EXPAT GERMANY

100% stationäre Behandlung

100% ambulante Behandlung

Für Deutschland, EU & Schengen Raum

Rücktransport

Zahnersatz*

Hilfsmittel*

Krebsvorsorge*

25 JAHRE BDAE

EAZ-INSTITUT
Deutschlands beste Finanzdienstleister
1. PLATZ
SPEZIALVERSICHERUNGEN
2.000 untersuchte Finanzdienstleister
02 | 2020
www.faz.net/Beste-Finanzdienstleister

ab **75€** monatlich

* nur im Modul **EXPAT GERMANY PLUS**

BDAE

Mit Sicherheit ins Ausland!

Wir bedanken uns für Ihr Interesse an den Versicherungsprodukten des BDAE, dem Experten für Auslandsversicherungen und Auslandsentsendungen.

In diesem Dokument erfahren Sie alles über die Leistungen und Eigenschaften dieses Produktes. Sollten dennoch Fragen offen bleiben, wenden Sie sich gerne an unsere Kundenberater:

Makler & Vertriebspartner

makler@bdae.com

+49 40-30 68 74-43

Privatkunden-Beratung

privatkunden@bdae.com

+49 40-30 68 74-23

Firmenkunden-Beratung

firmenkunden@bdae.com

+49 40-30 68 74-72

+49-40-30 68 74-0 **info@bdae.com** **www.bdae.com**

Inhaltsverzeichnis

Versicherungsbedingungen **A**

- Produktspezifische Versicherungsbedingungen A.1
- Allgemeine Versicherungsbedingungen A.2
- Widerrufsrecht A.3

Ergänzende Leistungen **B**

- Patienten-Rechtsschutzversicherung B.1
- Medizinische Assistance B.2
- EMMA - die digitale Gesundheits-Assistentin B.3

Antragsunterlagen **C**

- Checkliste C.1
- Antrag C.2
- SEPA-Lastschriftmandat C.2.1
- Rechtsbelehrung C.3
- Einwilligung zur Erhebung der Gesundheitsdaten C.4
- Ärztliches Zeugnis C.5
- Anlage zum Ärztlichen Zeugnis C.5.1

VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

für befristete Krankenversicherungen der Expat-Reihe für Langzeitreisen (VB Teil II – Swiss Life Prévoyance et Santé)

Leistungsbeschreibung

	Leistungen	**EXPAT GERMANY BASIS**	**EXPAT GERMANY PLUS** (als Ergänzung zum EXPAT GERMANY BASIS)
A1	**Ambulante Heilbehandlung**	**100%** des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung als Privatpatient, ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen, im Rahmen der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für den entsprechenden Berufsstand.	Keine ergänzenden Leistungen
A2	**Stationäre Heilbehandlung**	**100%** für medizinisch notwendige Krankenhausbehandlung und behandlungsbedingte Unterbringung unter Beachtung von VB Teil I, § 5 Abs. 8. In Deutschland wird im Rahmen der allgemeinen Pflegeklasse geleistet, außerhalb Deutschlands, abweichend von VB Teil I, § 5 Abs. 8, als Privatpatient im Zweibettzimmer, soweit möglich, sowie für medizinisch notwendige Operationen, Röntgen-, Strahlenbehandlung und -diagnostik. Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2b besteht Versicherungsschutz für medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung.	Keine ergänzenden Leistungen
A3	**Arznei-, Verband- und Heilmittel**	**100%**, soweit ärztlich verordnet und medizinisch notwendig.	Keine ergänzenden Leistungen
A4	**Zahnmedizinische Heilbehandlung**	**100%** des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige ambulante zahnärztliche Behandlung. Inlays und Onlays sind nicht versichert. Pro Jahr Vertragslaufzeit ist eine einmalige Vorsorgeuntersuchung und -behandlung mitversichert (auch Polieren und Zahnreinigung).	Keine ergänzenden Leistungen
A5	**Zahnersatz/Kieferorthopädische Maßnahmen**	Keine Leistung	Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2q besteht Versicherungsschutz für Versicherungsfälle, die nach Ablauf der Wartezeit von 8 Monaten eingetreten sind, für • **60%** des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendigen Zahnersatz und • bis zu einem Alter von 18 Jahren für kieferorthopädische Behandlungen, im Rahmen der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung, • höchstens jedoch bis max. 500 Euro im ersten Versicherungsjahr, • bis max. 800 Euro im zweiten Versicherungsjahr, • in jedem folgenden Versicherungsjahr bis max. 1.200 Euro. In der Vertragslaufzeit ist unfallbedingt erforderlicher Zahnersatz ohne Wartezeit innerhalb der Höchstgrenzen versichert. Bei unterjährigen An-/Abmeldungen werden die genannten Beträge anteilig berechnet. Ansprüche aus einem Versicherungsjahr können nicht auf andere Versicherungsjahre übertragen werden.
A6	**Vorsorgeuntersuchungen**	Keine Leistung	Ambulante Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen nach in Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen.
A7	**Leistungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Entbindung**	Keine Leistung	Keine Leistung
A8	**Hilfsmittel**	Keine Leistung	Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2g besteht, sofern ärztlich verordnet und medizinisch notwendig, Versicherungsschutz für Hilfsmittel in einfacher Ausfertigung und deren Reparaturkosten bis zu **80%** des Rechnungsbetrages, höchtens jedoch bis zur Höchstgrenze von insgesamt 1.000 Euro pro Versicherungsjahr. Für Sehhilfen werden innerhalb der Höchstgrenzen bis zu **100%**, maximal bis zu 50 Euro pro versicherter Person und Versicherungsjahr geleistet. Bei unterjährigen An-/Abmeldungen werden die genannten Beträge anteilig berechnet.
A9	**Psychotherapie**	Keine Leistung	Keine Leistung

Stand:13.09.2019

	Leistungen	**EXPAT GERMANY BASIS**	**EXPAT GERMANY PLUS** (als Ergänzung zum EXPAT GERMANY BASIS)
A10	**Sonstige Leistungen**	a) **100%** für Krankentransporte zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare, geeignete Krankenhaus und bei Erstversorgung nach einem Unfall zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt und zurück. b) Der Versicherer erstattet für einen medizinisch notwendigen Rücktransport oder eine Überführung in das Land, in dem die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder Wohnsitz hat, • innerhalb eines Kontinentes bis zu 5.000 Euro, • kontinentübergreifend bis zu 10.000 Euro. Muss für einen Rücktransport ein zugelassenes Sanitätsflugzeug in Anspruch genommen werden, entfällt die Leistungsbegrenzung. Für den Rücktransport ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen, soweit dies aus medizinischen Gründen möglich ist. Medizinische Notwendigkeit für einen Rücktransport liegt vor, wenn im Aufenthaltsland eine ausreichende medizinische Versorgung nicht gewährleistet ist. Eine ärztliche Bescheinigung des behandelnden Arztes im Ausland über die medizinische Notwendigkeit des Rücktransportes ist vorzulegen.	Keine ergänzenden Leistungen
A11	**Nachhaftung**	Sofern ein Krankenrücktransport bis zum Ende der versicherten Langzeitreise wegen Transportunfähigkeit der versicherten Person nicht möglich ist und die Erkrankung auf eine notwendige und nicht planbare ärztliche Behandlung zurückzuführen ist, erstattet der Versicherer die Kosten der Heilbehandlung bis zum Tag der Transportfähigkeit, maximal jedoch für 30 Tage nach Beendigung des Versicherungsschutzes.	Keine ergänzenden Leistungen

Monatlicher Beitrag

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

	Geltungsbereich	**EXPAT GERMANY BASIS**	**EXPAT GERMANY PLUS** (ergänzend zum Beitrag des EXPAT GERMANY BASIS)
B1	**Deutschland**	75 Euro	40 Euro

Jährlicher Selbstbehalt

Der Selbstbehalt gilt pro Versicherungsjahr und versicherter Person. Hierbei ersetzt der Versicherer den versicherten Personen die erstattungsfähigen Leistungen, abzüglich des jeweiligen Selbstbehaltes, bis zur vereinbarten Höhe.

Im Produkt EXPAT GERMANY gibt es keinen Selbstbehalt.

	Geltungsbereich	**EXPAT GERMANY BASIS**	**EXPAT GERMANY PLUS** (ergänzend zum Beitrag des EXPAT GERMANY BASIS)
B2	**Deutschland**	0 Euro	0 Euro

Stand:13.09.2019

Vertragliche Grundlagen

C1	**Versicherer**	Swiss Life Prévoyance et Santé, 7 rue Belgrand, F-92300 Levallois-Perret, Frankreich	
C2	**Versicherungsnehmerin**	BDAE Expat GmbH	
C3	**Versicherungsberechtigte**	Natürliche und juristische Personen	
C4	**Versicherbare Personen**	Versicherungsberechtigte natürliche Personen oder von versicherungsberechtigten juristischen Personen gemeldete natürliche Personen und jeweils deren Familienangehörige, sofern Versicherungsfähigkeit gemäß der VB Teil I, § 1 gegeben ist. Das höchstversicherbare Alter beträgt 66 Jahre. Der Versicherungsschutz endet automatisch spätestens mit Ablauf des Monats, bevor die versicherte Person 67 Jahre alt wird. Als Familienangehörige gelten in häuslicher Gemeinschaft lebende Lebenspartner und Kinder. Personen, die in Deutschland krankenversicherungspflichtig sind, sind nicht versicherbar. Versicherbarkeit besteht innerhalb von 31 Tagen nach der Einreise in Deutschland. Das Einreisedatum sowie das Meldedatum sind auf Verlangen nachzuweisen. Bis zu einem Jahr nach der Einreise in Deutschland besteht Versicherbarkeit, sofern eine ununterbrochene Krankenversicherung bei einem deutschen Versicherer nachgewiesen wird oder sofern die zu versichernden Personen ein auf eigene Kosten in Deutschland zu erstellendes ärztliches Zeugnis einreichen, welches bei Einreichung nicht älter als 14 Tage ist. Die Versicherungsnehmerin behält sich eine Risikoprüfung vor.	
C5	**Vertragliche Grundlagen**	Versicherungsbedingungen für befristete Krankenversicherungen der EXPAT-Reihe für Langzeitreisen VB Teil I und Teil II (EXPAT GERMANY).	
C6	**Geltungsbereich**	1. Die versicherte Person hat unter Beachtung von VB Teil I, § 1, Abs. 4 und 5 Versicherungsschutz für vorübergehende Aufenthalte in Deutschland sowie für Reisen innerhalb der Europäischen Union und des Schengen-Raums sowie für Reisen nach Andorra, Monaco, San Marino und Vatikanstadt. a) Für urlaubs- oder berufsbedingte Aufenthalte außerhalb der unter 1 genannten Regionen besteht Versicherungsschutz für maximal 42 Tage pro Versicherungsjahr. Der Versicherungsschutz ist begrenzt auf akut auftretenden Behandlungsbedarf. Für Krankheiten, deren Behandlung bereits vor der Einreise feststand, besteht kein Versicherungsschutz. Für Behandlungen, die über den 42. Tag hinaus notwendig werden, wird nicht geleistet. Der Aufenthalt ist vor Einreise beim Versicherer anzuzeigen. Beginn und Ende des Aufenthaltes sind auf Verlangen nachzuweisen.	
C7	**Beginn des Versicherungsschutzes**	Mit dem in der Versicherungsbestätigung genannten Zeitpunkt, unter Beachtung von VB Teil I, § 4.	
C8	**Versicherungsjahr**	Jeweils vom 01.01. bis 31.12. eines Jahres.	
C9	**Dauer des Versicherungsverhältnisses**	**EXPAT GERMANY BASIS**	**EXPAT GERMANY PLUS**
		Maximal 60 Monate, unter Beachtung von VB Teil I, § 1, Abs. 5.	Entsprechend der Laufzeit des Basis-Moduls; Abschluss nur in Verbindung mit dem Basis-Modul möglich.
C10	**Kündigung des Versicherungsverhältnisses**	Das Versicherungsverhältnis kann für einzelne versicherte Personen jederzeit vom Versicherungsberechtigten oder der versicherten Person gegenüber der Versicherungsnehmerin gekündigt werden. Es endet dann mit dem Ablauf des auf die Kündigung folgenden Monats.	
C11	**Angaben zum Gesundheitszustand**	Bitte beachten Sie VB Teil II, Punkt C4 EXPAT GERMANY sowie die Leistungsausschlüsse in den Versicherungsbedingungen Teil I und II.	
C12	**Wartezeit**	**EXPAT GERMANY BASIS**	**EXPAT GERMANY PLUS**
		Keine Wartezeit	8 Monate für Zahnersatz und kieferorthopädische Maßnahmen.
C13	**Sonstiges**	Ein nachträglicher Wechsel zwischen den Modulen oder eine nachträgliche Hinzunahme des Moduls ist nicht möglich. Es werden keine Alterungsrückstellungen gebildet. Der Abschluss einer Anwartschaftsversicherung wird angeraten.	

Stand:13.09.2019

VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

für befristete Krankenversicherungen der Expat-Reihe für Langzeitreisen (VB Teil I – Swiss Life Prévoyance et Santé)

§1 Versicherbare Personen und Versicherungsfähigkeit

Soweit nicht anders vereinbart, gilt:

1. Der Antrag auf Aufnahme von versicherten Personen in den Gruppenversicherungsvertrag kann nur durch Versicherungsberechtigte gestellt werden. Versicherungsberechtigte sind juristische und natürliche Personen gemäß den jeweils zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen.
2. Versicherbar sind natürliche Personen.
3. Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind
   a) dauernd pflegebedürftige Personen. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf.
   b) Personen, deren Teilhabe am allgemeinen Leben dauerhaft ausgeschlossen ist. Für die Einordnung sind insbesondere der mentale Geisteszustand und die objektiven Lebensumstände der Person zu berücksichtigen.
4. Für versicherte Personen, die ihren Lebensmittelpunkt nicht nur vorübergehend in der Bundesrepublik Deutschland haben, besteht kein Versicherungsschutz in Deutschland.
5. 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

1. Der Gruppenversicherungsvertrag wird zwischen der Versicherungsnehmerin und dem Versicherer für die Dauer eines Jahres geschlossen. Der Gruppenversicherungsvertrag verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn er nicht mit einer Frist von drei Monaten zum jeweiligen Ablauf gekündigt wird.
2. Die Versicherungsnehmerin ist verpflichtet, die Kündigung des Gruppenversicherungsvertrages mit einer Frist von zwei Monaten zum Wirksamwerden der Kündigung den Versicherungsberechtigten und den versicherten Personen in Textform mitzuteilen.
3. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
4. Bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages erhalten die versicherten Personen von dem Versicherer ein Angebot auf Fortsetzung des Versicherungsschutzes.
5. 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.

§3 Beiträge, Leistungsanpassung, Versicherungsjahr

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

§4 Geltungsbereich, Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsschutzes

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

1. Der Versicherungsschutz beginnt für die versicherte Person nach der verbindlichen Aufnahme in den Gruppenversicherungsvertrag und mit dem in der Versicherungsbestätigung bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn),
   a) jedoch nicht vor Beginn des Aufenthaltes der versicherten Person im vereinbarten Geltungsbereich;
   b) nicht vor Eintritt der Versicherbarkeit der versicherten Person;
   c) nicht vor Zahlung des Beitrages;
   d) nicht vor Ablauf vereinbarter Wartezeiten.
2. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind bzw. bestehen, wird nicht geleistet.
3. Für Versicherungsfälle, die während der im jeweiligen Produkt vereinbarten Wartezeit eingetreten sind, wird nicht geleistet.
4. Die Höchstversicherungsdauer für die versicherten Personen wird in den VB Teil II des jeweiligen Produktes festgelegt.
5. Der Versicherungsschutz für einzelne versicherte Personen endet auch für noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle:
   a) mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses der versicherten Person, spätestens jedoch mit Ablauf der Höchstversicherungsdauer des gewählten Produkts;
   b) mit der Abmeldung aus dem Gruppenversicherungsvertrag durch die Versicherungsnehmerin unter Beachtung der im Produkt festgelegten Fristen und Voraussetzungen;
   c) mit dem Tod der versicherten Person;
   d) zum Ende des Monats, der der Beendigung des vorübergehenden Aufenthaltes der versicherten Person im vereinbarten Geltungsbereich oder der endgültigen Rückkehr der versicherten Person in ihr Heimatland folgt;
   e) mit Wegfall der Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person gemäß VB Teil I, §1;
   f) sobald die im Produkt genannten Voraussetzungen der Versicherbarkeit einer versicherten Person entfallen;
   g) mit der Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages zwischen Versicherer und Versicherungsnehmerin.

§5 Gegenstand des Versicherungsschutzes und Umfang der Leistungspflicht

Soweit nicht anders vereinbart, gilt:

1. Der Versicherungsschutz ergibt sich aus der Versicherungsbestätigung, diesen Versicherungsbedingungen, dem gewählten Produkt und den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.
2. Ein Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit dem Eintritt in die Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

Stand:14.09.2020

3. Sofern das jeweilige Produkt entsprechende Leistungen vorsieht, gelten als Versicherungsfall auch:

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

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

   c) Entbindungen nach Ablauf der im jeweiligen Produkt vereinbarten Wartezeit;

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

   e) Tod.

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

5. Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus diesen Bedingungen und dem jeweils gewählten Produkt.

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

7. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in den Versicherungsbedingungen Teil I, §5, Abs. 6 genannten Behandlern verordnet, 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.

8. Bei medizinisch notwendiger stationärer Krankenhausbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, Krankengeschichten führen und keine Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen. Versicherungsschutz besteht für die allgemeine Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) ohne Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung), sofern im jeweiligen Produkt keine anderweitige Regelung vereinbart ist.

9. Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzung von VB Teil I, § 5, Abs. 8, erfüllen, werden die produktspezifischen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tuberkulose-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfange auch bei stationärer Behandlung in Tuberkulose-Heilstätten und Sanatorien geleistet.

10. Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

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

12. Der Versicherer leistet im vereinbarten Umfang 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:

1. Versicherungsschutz wird nicht gewährt für Schäden durch aktive Teilnahme an Streik, Krieg, kriegsähnliche Ereignisse, innere Unruhen, Schäden durch Kernenergie, sowie für solche Ereignisse, die auf vorsätzliches Handeln der Versicherungsnehmerin, des Versicherungsberechtigten oder der versicherten Person zurückzuführen sind.

2. Keine Leistungspflicht besteht für:

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

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

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

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

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

   f) Immunisierungsmaßnahmen;

   g) Hilfsmittel;

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

   i) Vorsorgeuntersuchungen;

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

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

   l) Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;

   m) Behandlungen 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.

   n) Behandlungen eines Abhängigkeitssyndroms und deren Folgen;

   o) Selbstmordversuche und deren Folgen;

   p) Organspenden und deren Folgen;

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

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.

Stand: 14.09.2020

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.

§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 Versicherungsberechtigte 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 Versicherungsberechtigte oder die versicherte Person vorsätzlich eine der vertraglich vereinbarten Obliegenheiten, so ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens der Versicherungsnehmerin, des Versicherungsberechtigten oder der versicherten Person entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt die Versicherungsnehmerin, der Versicherungsberechtigte oder die versicherte Person.

§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 Versicherungsberechtigte oder die versicherte Person ihre Einwilligung zu einer solchen Erhebung schuldhaft nicht erteilt, auch nicht auf andere Weise eine Leistungsprüfung ermöglicht wird, und der Versicherer hierdurch die Höhe und 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 Versicherungsberechtigte oder die versicherte Person verpflichtet, eine Abtretungserklärung gegenüber dem Versicherer abzugeben. Die Leistungspflicht des Versicherers ruht bis zur Abgabe einer Abtretungserklärung.
3. Die Ansprüche der Versicherungsnehmerin, des Versicherungsberechtigten oder der versicherten Person gegenüber Behandlern aufgrund überhöhter Honorare gehen auf den Versicherer im gesetzlichen Umfang über, soweit dieser die entsprechenden Rechnungen ersetzt hat. Sofern erforderlich, ist die Versicherungsnehmerin, der Versicherungsberechtigte und die versicherte Person zur Mithilfe bei der Durchsetzung der Ansprüche verpflichtet. Weiterhin sind die Versicherungsnehmerin, der Versicherungsberechtigte und die versicherte Person verpflichtet, sofern erforderlich, eine Abtretungserklärung gegenüber dem Versicherer abzugeben. Die Leistungspflicht des Versicherers ruht bis zur Abgabe einer Abtretungserklärung.

§10 Aufrechnung

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

§11 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der 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.

Stand: 14.09.2020

§12 Anzuwendendes Recht/Vertragssprache

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

§13 Überschussbeteiligung

Die hier genannte Versicherung ist nicht überschussberechtigt.

§14 Aufsichtsbehörde und Beschwerdestellen

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

Für diesen Versicherungsvertrag sind bei Beschwerden die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, und die Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR – die französische Versicherungsaufsichtsbehörde), 4 Place de Budapest CS 92459, 75436 Paris Cedex 09, Frankreich, zuständig.

Im Fall von Streitigkeiten in Bezug auf die Anwendung dieses Vertrags erläutern der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen den Grund für ihre Beschwerde oder Ablehnung mittels eines an die Abteilung Kundendienst (Direction Services Clients), Assurances Collectives SwissLife Prévoyance et Santé – 7, rue Belgrand 92682 Levallois-Perret Cedex Frankreich, gerichteten Schreibens.

Falls die Antwort nicht zufriedenstellend ist, können der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen die Meinung eines unabhängigen Mediators einholen. Die Bedingungen für den Zugang zum Ombudsmann werden auf Anforderung beim Hauptsitz der Swiss Life Prévoyance et Santé – 7, rue Belgrand 92300 Levallois-Perret Frankreich, bereitgestellt.

Stand:14.09.2020

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

Stand:12.09.2019

Ergänzende Leistung:

PATIENTEN-RECHTSSCHUTZVERSICHERUNG FÜR BDAE-VERSICHERTE

Zusätzlich zu Ihrer Auslandskrankenversicherung hat Ihr BDAE für Sie kostenfrei eine Patienten-Rechtsschutzversicherung für das Ausland abgeschlossen. Dabei handelt es sich um eine **Absicherung gegen medizinische Behandlungs- und Aufklärungsfehler**. Dank einer Kooperation des BDAE mit der ARAG gilt der Patienten-Rechtsschutz für Sie auf der ganzen Welt.

Was ist abgesichert?

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

- Versichert sind **Rechtsfälle** in Höhe von je **bis zu einer Million Euro weltweit**. Bis zu dieser Höhe übernimmt die ARAG sämtliche Anwalts- und Gerichtskosten.
- Auf Wunsch empfiehlt Ihnen der Versicherer außerdem einen **Anwalt für Medizinrecht**.
- Zugang zum ARAG **Online-Rechts-Service** mit rund 1.000 rechtlich geprüften Musterschreiben und Dokumenten aus vielen Rechtsbereichen.
- Mit ARAG-JuraTel® stehen Ihnen Anwälte für eine **telefonische Erstberatung** aufgrund eines Schadenersatz-Anspruchs oder wegen des Vorwurfs eines strafrechtlichen Vergehens zur Seite.
- Pro Kalenderjahr ist ein Beratungsgespräch mit einem in Deutschland zugelassenen Rechtsanwalt zur Erstellung oder Änderung einer **Patientenverfügung** einschließlich **Vorsorgevollmacht** bis zu 250 Euro versichert.

Wann liegen Behandlungs- und Aufklärungsfehler vor?

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

Über die ARAG

Die ARAG ist das größte Familienunternehmen in der deutschen Assekuranz und versteht sich als vielseitiger Qualitätsversicherer. Neben ihrem Schwerpunkt im Rechtsschutzgeschäft bietet sie ihren Kunden in Deutschland auch attraktive, bedarfsorientierte Produkte und Services aus einer Hand in den Bereichen Komposit, Gesundheit und Vorsorge. Aktiv in insgesamt 17 Ländern – inklusive den USA und Kanada – nimmt die ARAG zudem über ihre internationalen Niederlassungen, Gesellschaften und Beteiligungen in vielen internationalen Märkten mit ihren Rechtsschutzversicherungen und Rechtsdienstleistungen eine führende Position ein. Mit über 4.000 Mitarbeitern erwirtschaftet der Konzern ein Umsatz- und Beitragsvolumen von über 1,6 Milliarden Euro. Der BDAE kooperiert seit 2008 mit dem Unternehmen. Gemeinsam haben die ARAG und der BDAE die erste weltweit gültige Auslands-Rechtsschutzversicherung entwickelt.

Stand: 11.09.2019

BDAE Holding GmbH
Kühnehöfe 3 • 22761 Hamburg • Deutschland
Tel.: +49-40-30 68 74-0
Fax: +49-40-30 68 74-90
E-Mail: info@bdae.com
Web: www.bdae.com
Sitz der Gesellschaft: Hamburg • HRB 79790
Amtsgericht Hamburg • Geschäftsführer: Philipp Belau

Ergänzende Leistung:

MEDIZINISCHE ASSISTANCE FÜR BDAE-VERSICHERTE UND BDAE-MITGLIEDER

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

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

Zusätzlich zu den links aufgeführten Assistance-Leistungen übernimmt der BDAE auf Anfrage die Kosten für weitere Dienstleistungen, für welche Allianz Partners Deutschland GmbH die Autorisierung direkt beim BDAE und dessen Risikoträger (Versicherer) einholt. Darunter fallen:

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

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

24h-Notfallbereitschaft des BDAE unter

+49-40-30 68 74-74

Stand: 13.04.2021

Emma

Medizinische Informationen immer zur Hand mit Ihrer persönlichen Gesundheits-Assistentin

Dank der digitalen Gesundheits-Assistentin *Emma* haben Sie als BDAE-Kundin und BDAE-Kunde Zugang zu umfassenden Gesundheits-Services direkt über Ihr Smartphone. Diese Leistung steht Ihnen jederzeit zur Verfügung – wo immer Sie sind!

Einzigartige Funktionen

Sofortige Auskunft zu Ihren medizinischen Fragen

Emma bietet rund um die Uhr unmittelbaren Zugang zu medizinischen Informationen.

- Schreiben Sie Ihre Fragen an eine medizinische Fachkraft
- Der Symptom-Checker bietet sofortige medizinische Beratung
- Entdecken Sie sorgfältig recherchierte Informationen zu Ihren Symptomen von medizinischen Partnern

Gesundheitsfürsorge nach Ihren Wünschen

Emma wird bequem über Ihre bevorzugte Messenger-Anwendung verwaltet:

- Alle Interaktionen zentralisiert in Ihrer bevorzugten Chat-App
- Nachfragen, Antworten und Nachfassen nach eigenem Ermessen
- Download/Installation nicht erforderlich, einfache Erstanmeldung

Medizinische Einschätzung auf Abruf

Emma verbindet Sie mit medizinischem Fachpersonal und bietet medizinische Informationen auf Abruf.

- Medizinische Hotline auf Deutsch und Englisch verfügbar
- DoctorChat zum Chatten mit medizinischen Expertinnen und Experten

Emma: so einfach geht's

Beginnen Sie mit der einfachen Anmeldung und nutzen Sie einen Emma-Service Ihrer Wahl.

Besuchen Sie die Registrierungsseite über den Link, den Sie erhalten haben, und wählen Sie Ihre bevorzugte Messenger-Anwendung. Dann können Sie mit Emma chatten, indem Sie Ihren persönlichen Aktivierungscode eingeben.

1

Ihre digitale Gesundheitsassistentin „Emma" steht Ihnen rund um die Uhr per Smartphone oder PC zur Verfügung

2

Stellen Sie eine Anfrage über den Symptom-Checker

3

Lesen Sie die von Emma bereitgestellten Informationen zu Ihren Symptomen

4

Stellen Sie eine Frage an eine Ärztin oder einen Arzt per Chat und erhalten Sie umgehend eine persönliche Antwort

5

Behalten Sie den Überblick über Ihre medizinischen Chats in Ihrer bevorzugten Messenger-App

6

Rufen Sie bei der medizinischen Hotline des BDAE an, wenn ihre Anliegen nicht geklärt werden konnten oder sie vertragsrelevante Fragen haben

Möchten Sie mehr über Emma erfahren?

Wer oder was ist Emma?

Emma ist eine virtuelle Gesundheitsassistentin, die rund um die Uhr verfügbar ist - über WhatsApp, Telegram oder unseren gesicherten Webchat. Emma ist ein Chatbot, der Ihnen Zugang zu verschiedenen hilfreichen Gesundheitsdiensten bietet. Sie können zum Beispiel Symptome einschätzen, eine Frage an eine medizinische Fachkraft stellen oder diese direkt anrufen, um medizinische Ratschläge zu erhalten.

Wie viel kostet Emma?

Emma kostet Sie als BDAE-Versicherter oder -Versicherte gar nichts. Dieser Service mit Zugang zu medizinischen Informationen ist in Ihre Versicherungspolice integriert.

Welches Unternehmen steckt hinter Emma?

Emma ist eine virtuelle Gesundheitsassistentin, die von Medi24 entwickelt wurde, einem Anbieter von Telemedizin mit Sitz in der Schweiz. Medi24 ist ein Mitglied der Allianz Partners Group, dem weltweit führenden Anbieter von Anbieter von Assistance-Dienstleistungen.

Wo kann ich meinen Aktivierungscode finden?

Ihren Aktivierungslink mit integriertem Code erhalten Sie zusammen mit der Versicherungsbestätigung vom BDAE. Bei Fragen kontaktieren Sie gerne unser Service-Team (vertragsinfo@bdae.com oder +49-40-306874-23/43).

WICHTIGE HINWEISE ZUR ANTRAGSTELLUNG

Damit wir Ihren Versicherungsantrag zügig bearbeiten können, bitten wir Sie darum, folgende Punkte zu beachten und zu überprüfen:

Ausfüllen der Antragsunterlagen

- ☐ Alle Angaben sind vollständig und in **Druckbuchstaben** erfolgt.
- ☐ **Rechtsbelehrung** ist unterschrieben.
- ☐ **Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten** ist unterschrieben.
- ☐ Es liegen die **Unterschriften des Antragstellers** sowie aller **volljährigen zu versichernden Personen** vor.
- ☐ Es sind alle **Angaben zu den Zahlungsmodalitäten** gemacht worden und alle erforderlichen Unterschriften liegen vor.

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 Ärztliches Zeugnis darf zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht älter als 14 Tage sein.
- ✔ 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 Ärztliches 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!

Stand:10.03.2021

BDAE Expat GmbH
Kühnehöfe 3 • 22761 Hamburg • Deutschland
Tel.: +49-40-30 68 74-0
Fax: +49-40-30 68 74-90
E-Mail: info@bdae.com
Web: www.bdae.com
Sitz der Gesellschaft: Hamburg • HRB 122052
Amtsgericht Hamburg • Geschäftsführer: Philipp Belau

ANTRAG AUF KRANKENVERSICHERUNG

für vorübergehende Aufenthalte in Deutschland bis zu 60 Monaten

Antragsteller(in)/Versicherungsberechtigte(r)

Nachname		Geschlecht	☐ m ☐ 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:

Tarifauswahl EXPAT GERMANY	☐ BASIS ☐ PLUS		
Einreisedatum nach Deutschland (TT.MM.JJJJ)		Meldedatum in Deutschland (TT.MM.JJJJ) laut gesetzlicher Meldebescheinigung	
Monatsbeitrag in Euro		Gewünschter Versicherungsbeginn (TT.MM.JJJJ)	

Bestand eine Vorversicherung für Deutschland?	☐ ja ☐ nein	Falls ja, machen Sie bitte folgende Angaben:	Name der Versicherung	
			Versicherungsnummer	
			Versicherungszeitraum (TT.MM.JJJJ bis TT.MM.JJJJ)	
Besteht aktuell eine weitere Krankenversicherung?	☐ ja ☐ nein	Falls ja, machen Sie bitte folgende Angaben:	Name der Versicherung	
			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)

Stand: 24.09.2020 • Versicherer: Swiss Life Prévoyance et Santé • Versicherungsnehmerin: BDAE Expat GmbH

Mitzuversichernde Angehörige

Angehörige/r 1

Nachname		Geschlecht	☐ m ☐ w
Vorname(n)			
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)		Nationalität	

Tarifauswahl EXPAT GERMANY	☐ BASIS ☐ PLUS		
Einreisedatum nach Deutschland (TT.MM.JJJJ)		Meldedatum in Deutschland (TT.MM.JJJJ) laut gesetzlicher Meldebescheinigung	
Monatsbeitrag in Euro		Gewünschter Versicherungsbeginn (TT.MM.JJJJ)	

Bestand eine Vorversicherung für Deutschland?	☐ ja ☐ nein	Falls ja, machen Sie bitte folgende Angaben:	Name der Versicherung	
			Versicherungsnummer	
			Versicherungszeitraum (TT.MM.JJJJ bis TT.MM.JJJJ)	
Besteht aktuell eine weitere Krankenversicherung?	☐ ja ☐ nein	Falls ja, machen Sie bitte folgende Angaben:	Name der Versicherung	
			Versicherungsnummer	
			Versicherungszeitraum (TT.MM.JJJJ bis TT.MM.JJJJ)	

Angehörige/r 2

Nachname		Geschlecht	☐ m ☐ w
Vorname(n)			
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)		Nationalität	

Tarifauswahl EXPAT GERMANY	☐ BASIS ☐ PLUS		
Einreisedatum nach Deutschland (TT.MM.JJJJ)		Meldedatum in Deutschland (TT.MM.JJJJ) laut gesetzlicher Meldebescheinigung	
Monatsbeitrag in Euro		Gewünschter Versicherungsbeginn (TT.MM.JJJJ)	

Bestand eine Vorversicherung für Deutschland?	☐ ja ☐ nein	Falls ja, machen Sie bitte folgende Angaben:	Name der Versicherung	
			Versicherungsnummer	
			Versicherungszeitraum (TT.MM.JJJJ bis TT.MM.JJJJ)	
Besteht aktuell eine weitere Krankenversicherung?	☐ ja ☐ nein	Falls ja, machen Sie bitte folgende Angaben:	Name der Versicherung	
			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)

Stand: 24.09.2020 • Versicherer: Swiss Life Prévoyance et Santé • Versicherungsnehmerin: BDAE Expat GmbH

Angaben zum Zahlungsverkehr

☐ **Lastschrifteinzug**

Bitte füllen Sie die das beigefügte 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	
Kartennummer		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 (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

Gemäß Artikel 32 des geänderten französischen Datenschutzgesetzes Nr. 78-17 vom 6. Januar 1978 ist mir bekannt, dass SwissLife Prévoyance et Santé für die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten verantwortlich ist. Ich kann meine Rechte auf Zugriff und Berichtigung in Bezug auf meine personenbezogenen Daten im Sinne von Artikel 39 und 40 des oben genannten Gesetzes geltend machen, indem ich mich an die SwissLife Marketingabteilung (Swiss Life, 1 rue du Mal de Lattre de Tassigny - 59671 Roubaix Cedex 01 Frankreich) und für die medizinischen Daten an den medizinischen Berater (Swiss Life, 7 rue Belgrand 92300 Levallois-Perret Frankreich) wende. Die für die Bearbeitung meines Vorgangs erhobenen personenbezogenen Daten werden von Swiss Life Group, dem Empfänger der Daten, zusammen mit seinen Beauftragten und Rückversicherern streng konform nach der ärztlichen Schweigepflicht verwendet. Ich muss alle Fragen beantworten, andernfalls kann SwissLife Prévoyance et Santé meinen Vorgang nicht prüfen.

Hiermit beantrage(n) ich/wir Versicherungsschutz nach den Versicherungsbedingungen für eine befristete Krankenversicherung der EXPAT-Reihe für Langzeitreisen Teil I und Teil II. Dieser Antrag gilt für das Produkt EXPAT GERMANY und für die oben aufgeführten Personen durch Anmeldung als versicherte Personen beim Versicherer.

Bitte kreuzen Sie an und bestätigen Sie, dass Sie

☐ die Versicherungsbedingungen (Teil I und Teil II) sowie die Information zum Widerrufsrecht gelesen und akzeptiert haben.

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)

Stand: 24.09.2020 • Versicherer: Swiss Life Prévoyance et Santé • Versicherungsnehmerin: BDAE Expat GmbH

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. Beitragsschuldner ist der Versicherungsberechtigte 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 Versicherungsberechtigten 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 Versicherungsberechtigten / der versicherten Person ist, obliegt es dem Versicherungsberechtigten / 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 Versicherungsberechtigten 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	☐ m ☐ w
	Vorname(n)				
	Vollständige Anschrift				
	Tel.				
	IBAN				
	BIC/SWIFT		Bank		
	Zahlweise	☐ jährlich	☐ halbjährlich (+ 2 %)	☐ vierteljährlich (+ 3 %)	☐ monatlich (+ 5 %)

Angaben zur versicherten Person	Nachname (falls abweichend vom Beitragszahler)			Geschlecht	☐ m ☐ w
	Vorname(n) (falls abweichend vom Beitragszahler)				
	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)		Versicherungsnummer(n) (sofern vorhanden)		

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Stand: 11.09.2019

RECHTSBELEHRUNG

über die Besonderheiten einer Gruppenversicherung und zu den Pflichten nach dem Versicherungsvertrags-Gesetz (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 VVG-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 ähnlichen 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 Entschluss 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)

Stand: 01.10.2020

EINWILLIGUNG

in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflicht-entbindungserklärung gegenüber Swiss Life Prévoyance et Santé (Versicherer)

Teil I - Erklärung bei Antragstellung

Die unter I. abgedruckten Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen wurden auf Grundlage der Abstimmung des Gesamtverbandes der deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) mit den Datenschutzaufsichtsbehörden erstellt.

Das Versicherungsvertragsgesetz, das Bundesdatenschutzgesetz sowie andere Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch den Versicherer. Aus diesem Grund benötigen wir Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir daher Ihre datenschutzrechtliche Einwilligung. Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen.

Wir benötigen Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, Ihre Kundennummer oder weitere Identifikationsdaten, an andere Stellen, z.B. Assistance-, Logistik- oder IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages (Bearbeitung Ihres Schadensfalles) unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen von der Schweigepflicht geschützten Daten durch uns selbst (unter 1.), im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.) und bei der Weitergabe an Stellen außerhalb des Versicherers (unter 3.).

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

1. Einwilligung in die Erhebung, Speicherung und Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten

Ich willige ein, dass die Swiss Life Prévoyance et Santé die von mir in diesem Antrag künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Durchführung oder Beendigung des Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsfragen bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Darüber hinaus kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass wir Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Hierfür benötigen wir Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere von der Schweigepflicht geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Wir werden Sie in jedem Einzelfall informieren, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Sie können dann jeweils entscheiden, ob Sie in die Erhebung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten durch den Versicherer einwilligen, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinden und in die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an den Versicherer einwilligen oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen.

Ich wünsche, dass die Swiss Life Prévoyance et Santé mich in jedem Fall vorab informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die Swiss Life Prévoyance et Santé einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Swiss Life Prévoyance et Santé einwillige oder
- die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe

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

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer von der Schweigepflicht geschützter Daten an Stellen außerhalb Swiss Life Prévoyance et Santé

Wir verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Zur Beurteilung der zu versichernden Risiken sowie zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzubeziehen. Hierfür benötigen wir Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere von der Schweigepflicht geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die Swiss Life Prévoyance et Santé meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies für die Prüfung der Leistungspflicht in meinem Versicherungsfall erforderlich ist und die Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an Swiss Life Prévoyance et Santé zurückübermittelt werden. Im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für Swiss Life Prévoyance et Santé tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Bestimmte Aufgaben wie z. B. die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, führen wir teilweise nicht selbst durch. Insoweit haben wir diese Aufgaben anderen Gesellschaften übertragen. Werden hierbei Ihre von der Schweigepflicht geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen. Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß von der Schweigepflicht geschützte Daten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen. Die Aufgaben, die den einzelnen Stellen übertragen wurden, können Sie dieser Liste entnehmen. Die zurzeit gültige Liste kann im Internet unter www.bdae.com/images/forms/docs/de/Dienstleisterliste.pdf eingesehen werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und deren Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Swiss Life Prévoyance et Santé meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie Swiss Life Prévoyance et Santé es tun dürfte. Soweit erforderlich entbinde ich die Mitarbeiter der beauftragten Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

Stand: 11.09.2019

4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen, bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragsstellung.

Ich willige ein, dass die Swiss Life Prévoyance et Santé meine Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt, für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

Gemäß Artikel 32 des geänderten französischen Datenschutzgesetzes Nr. 78-17 vom 6. Januar 1978 ist mir bekannt, dass SwissLife Prévoyance et Santé für die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten verantwortlich ist. Ich kann meine Rechte auf Zugriff und Berichtigung in Bezug auf meine personenbezogenen Daten im Sinne von Artikel 39 und 40 des oben genannten Gesetzes geltend machen, indem ich mich an die SwissLife Marketingabteilung, 1 rue du Mal de Lattre de Tassigny - 59671 Roubaix Cedex 01 Frankreich, und für die medizinischen Daten an den medizinischen Berater unter Swiss Life, 7 rue Belgrand 92300 Levallois-Perret Frankreich wende. Die für die Bearbeitung meines Vorgangs erhobenen personenbezogenen Daten werden von Swiss Life Group, dem Empfänger der Daten, zusammen mit seinen Beauftragten und Rückversicherern, streng konform mit der ärztlichen Schweigepflicht verwendet. Ich muss alle Fragen beantworten, andernfalls kann SwissLife Prévoyance et Santé meinen Vorgang nicht prüfen.

5. Erklärungen der zu versichernden Person(en) oder des gesetzlichen Vertreters der zu versichernden Person(en)

Ich gebe hiermit für mich bzw. für die zu versichernde(n) Person(en) die vom Antragsteller bzw. Versicherungsinteressenten abgegebenen Erklärungen zur Datenverarbeitung ab.

Ort, Datum

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

Teil II - Erklärung zur Prüfung der Leistungspflicht

A. Einwilligung und Schweigepflichtentbindung für die Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten und für die Datenweitergabe

Datenweitergabe an Rückversicherer

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann Swiss Life Prévoyance et Santé Verträge mit Rückversicherern abschließen, die das von uns versicherte Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer dafür weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls Ihre Daten übermitteln. Damit der Rückversicherer kontrollieren kann, ob Swiss Life Prévoyance et Santé einen Versicherungsfall richtig eingeschätzt hat, ist es möglich, dass Swiss Life Prévoyance et Santé Ihre Schadenunterlagen dem Rückversicherer vorlegen muss. Zur Abrechnung von Versicherungsfällen können ebenfalls Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherer weitergegeben werden. Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherern nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherer werden wir Sie unterrichten.

Ich willige ein, dass die Swiss Life Prévoyance et Santé meine Gesundheitsdaten an Rückversicherer übermittelt, soweit dies für die Geltendmachung gesetzlicher Erstattungsansprüche in meinem Versicherungsfall erforderlich ist und die Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an Swiss Life Prévoyance et Santé zurückübermittelt werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für Swiss Life Prévoyance et Santé tätigen Personen und die Gutachter im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten von ihrer Schweigepflicht.

Erklärungen der zu versichernden Person(en) oder des gesetzlichen Vertreters der zu versichernden Person(en)

Ich gebe hiermit für mich bzw. für die zu versichernde(n) Person(en) die vom Antragsteller bzw. Versicherungsinteressenten abgegebenen Erklärungen zur Datenverarbeitung ab.

B. Datenweitergabe an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) hat der Versicherte im Schadensfall dem Versicherer alle für die Schadensabwicklung wichtigen Umstände anzuzeigen. Hierzu können auch frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen gehören. In bestimmten Fällen wie Doppelversicherungen, gesetzlicher Forderungsübergang sowie bei Teilungsabkommen bedarf es eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Auch um den Missbrauch von Versicherungen zu verhindern, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen. Dabei werden Daten des Betroffenen, wie Name und Anschrift, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden (Schadenart, Schadenhöhe, Schadentag), weitergegeben.

Ort, Datum

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

Stand: 11.09.2019

ÄRZTLICHES ZEUGNIS

Bitte beachten Sie, dass das Zeugnis nur benötigt wird, sofern sich die zu versichernde Person bei Versicherungsbeginn länger als 31 Tage in Deutschland aufhält. Die Kosten für die Untersuchung sind von der versicherten Person bzw. des 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.)	☐ Ja ☐ Nein		
1.b	Besteht oder bestand eine chronische bzw. wiederkehrende Erkrankung?	☐ Ja ☐ Nein		
1.c	Sind Sie in den letzten drei Jahren durch Behandler (z. B. Ärzte, Fachärzte, Heilpraktiker, Psychologen, Masseure etc.) untersucht, beraten oder behandelt worden oder waren Sie – auch zeitweise – arbeitsunfähig?	☐ Ja ☐ Nein		
1.d	Sind in den letzten drei Jahren Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt worden?	☐ Ja ☐ Nein		
1.e	Sind Operationen und Behandlungen durchgeführt, vorgesehen oder angeraten?	☐ Ja ☐ Nein		
1.f	Fand in den letzten 5 Jahren eine stationäre Behandlung (auch Kurklinik, Sanatorium o. ä.) statt?	☐ Ja ☐ Nein		
1.g	Wurden Blutuntersuchungen durchgeführt? Wenn ja, bitte Laborwerte beifügen.	☐ Ja ☐ Nein		
1.h	Wurde eine HIV-Infektion festgestellt, z. B. im Rahmen eines Aids-Tests?	☐ Ja ☐ Nein		

Stand: 29.07.2020

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?	☐ Ja ☐ Nein		
1.j	Werden oder wurden regelmäßig Medikamente, Alkohol oder Drogen genommen?	☐ Ja ☐ Nein		
1.k	Besteht eine Fehlsichtigkeit bzw. benötigen Sie eine Sehhilfe (z. B. Brille, Kontaktlinsen)? Wenn ja: bitte pos./neg. Dioptrienwert angeben.	☐ Ja ☐ 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.)			
1.m	Wieviele nicht endgültig ersetzte Naturzähne (ohne Weisheitszähne) fehlen?			
1.n	Ist eine zahnärztliche Behandlung, insbesondere wegen Zahnersatz, Kieferorthopädie oder Parodontose notwendig?	☐ Ja ☐ Nein		
1.o	Besteht eine Schwangerschaft?	☐ Ja ☐ Nein		

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

Ort, Datum

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

Stand: 29.07.2020

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?	☐ Ja ☐ Nein	
2.b	Größe:	cm	
	Gewicht:	kg	
2.c	Halten Sie den Skelett- und Bewegungsapparat für gesund?	☐ Ja ☐ Nein	
2.d	Halten Sie Haut, Schleimhäute und Lymphdrüsen für gesund?	☐ Ja ☐ Nein	
2.e	Halten Sie die Sinnesorgane für gesund?	☐ Ja ☐ Nein	
2.f	Halten Sie Nervensystem und Psyche für gesund?	☐ Ja ☐ Nein	
2.g	Ist das Reflexverhalten normal?	☐ Ja ☐ Nein	
2.h	Halten Sie das Hormonsystem für gesund?	☐ Ja ☐ Nein	
2.i	Hat die Schilddrüse eine normale Form?	☐ Ja ☐ Nein	
2.j	Besteht Verdacht auf eine Erkrankung der Organe?	☐ Ja ☐ Nein	

3. Herz, Kreislauf:

		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?	☐ Ja ☐ Nein	

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes

Stand: 29.07.2020

Untersuchungsbefund für:

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

		Antwort	Befund/Abweichung/Erläuterung
3.d	Besteht eine Arrhytmie?	☐ Ja ☐ Nein	
3.e	Ist das Herz vergrößert oder verlagert?	☐ Ja ☐ Nein	
3.f	Bestehen Anzeichen einer Insuffi-zienz?	☐ Ja ☐ Nein	
3.g	Besteht Dyspnoe?	☐ Ja ☐ Nein	

4. Gefäße:

		Antwort	Befund/Abweichung/Erläuterung
4.a	Bestehen Ödeme?	☐ Ja ☐ Nein	
4.b	Bestehen Hämorrhoiden, Krampf-adern? Wenn ja: Art?/Umfang?	☐ Ja ☐ Nein	
4.c	Bestehen Narben, Ulcera? Wenn ja: Art?/Umfang?	☐ Ja ☐ Nein	

5. Atmungsorgane:

		Antwort	Befund/Abweichung/Erläuterung
5.a	Besteht Heiserkeit, Husten, Bronchi-tis? Wenn ja: Seit wann?/Umfang?	☐ Ja ☐ Nein	
5.b	Liegen Deformationen des Brustkorbs vor?	☐ Ja ☐ Nein	
5.c	Sind die Ergebnisse der Perkussion und Auskultation normal?	☐ Ja ☐ Nein	
5.d	Halten Sie die Atmungsorgane für gesund?	☐ Ja ☐ Nein	

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes

Stand: 29.07.2020

Untersuchungsbefund für:

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

6. Verdauungs-/Bauchorgane:

		Antwort	Befund/Abweichung/Erläuterung
6.a	Krankheitsbefund an Zunge, Mandeln, Rachen?	☐ Ja ☐ Nein	
6.b	Sind die Untersuchungsergebnisse des Bauches normal?	☐ Ja ☐ Nein	
6.c	Ist die Leber vergrößert?	☐ Ja ☐ Nein	
6.d	Ist die Milz vergrößert?	☐ Ja ☐ Nein	
6.e	Besteht ein Bruchleiden?	☐ Ja ☐ Nein	
6.f	Krankhafter Befund an den Verdauungsorganen?	☐ Ja ☐ Nein	

7. Harn-/Geschlechtsorgane:

			Antwort	Befund/Abweichung/Erläuterung
7.a	Ist die Beschaffenheit der Nierenlager normal?		☐ Ja ☐ Nein	
7.b	Harnuntersuchung	Eiweiß	☐ Ja ☐ Nein	Sediment:
		Zucker	☐ Ja ☐ Nein	
		Ubg. vermehrt	☐ Ja ☐ Nein	
	Äußere Beschaffenheit: Pathologische Bestandteile:			
7.c	Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?		☐ Ja ☐ Nein	im _____ Monat

8. Sonstiges:

		Antwort	Befund/Abweichung/Erläuterung
8.a	Wurden weitere krankhafte und bisher nicht genannte Befunde festgestellt?	☐ Ja ☐ Nein	
8.b	Bestehen Anzeichen für eine Immunschwäche?	☐ Ja ☐ Nein	

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes

Stand: 29.07.2020

Angaben zum Zahnstatus nur bei Abschluss des Moduls **EXPAT GERMANY PLUS** erforderlich.

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

- **f** fehlende Zähne
- **e** bereits ersetzte Zähne
- **K** vorhandene Kronen
- **b** vorhandene Brückenglieder
- **s** sanierungsbedürftige Zähne
- **)(** Lückenschluss

		Antwort	Falls ja: welche, wo behandelt (Zahnarzt), Befunde	Wann? (TT.MM.JJJJ)
1.b	Bestehen Zahnfleischerkrankungen?	☐ Ja ☐ Nein		

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Zahnarztes

Stand: 29.07.2020

ANLAGE ZUM ÄRZTLICHEN ZEUGNIS

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

Untersuchungsbefund für:

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

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes/Zahnarztes

Stand:13.09.2019