

A. Allgemeiner Teil gültig für die in Teil B aufgeführten Tarife

(Relevante Inhalte aus dem zugrundeliegenden Gruppenversicherungsvertrag den die ISPA e.V. mit der Barmenia Krankenversicherung AG geschlossen hat)

Die Abwicklung dieses Versicherungsvertrages erfolgt im Auftrag des Versicherers durch die Care Concept AG, Am Herz-Jesu-Kloster 20, 53229 Bonn (nachfolgend „Care Concept AG“).

Soweit in diesen Bedingungen der Begriff „Versicherung“ oder „Versicherungsschutz“ verwendet wird, bezeichnet dieser nicht den Abschluss eines eigenständigen Versicherungsvertrages mit dem Versicherer. Vielmehr beziehen sich die Begriffe ausschließlich auf den Versicherungsschutz, der der versicherten Person aus der Mitgliedschaft im ISPA e.V. auf Grundlage der zu diesem Zweck bestehenden Versicherungsverträge gewährt wird.

Die Care Concept AG ist ein sogenannter Assekurateur und auf Versicherungslösungen für private und berufliche Reisen sowie für Auslandsaufenthalte spezialisiert. In dieser Eigenschaft vermittelt sie Versicherungsschutz im Auftrag von Versicherungsunternehmen und übernimmt auf Grundlage entsprechender vertraglicher Vereinbarungen organisatorische Aufgaben im Zusammenhang mit dem Abschluss und der Betreuung von Versicherungsverträgen.

Zu diesen Aufgaben zählen insbesondere die Verwaltung bestehender Versicherungsverträge, die Abwicklung von Prämienzahlungen einschließlich des Zahlungs- und Mahnwesens sowie die Entgegennahme von Leistungsanträgen. Care Concept AG nimmt die Prämienzahlungen entgegen und handelt dabei als Zahlstelle des ISPA e.V. Die rechtliche Verantwortung für den Versicherungsschutz sowie für die Erbringung der Versicherungsleistungen verbleibt jedoch ausschließlich beim Versicherer.

§ 1 Versicherbare Personen und Versicherungsfähigkeit

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

1. Wer ist versichert?

Versichert sind die Personen, die in der Versicherungsbestätigung namentlich genannt sind und für welche die vereinbarte Prämie gezahlt wurde.

2. Wer ist versicherungsfähig?

Versicherungsfähig sind Personen,

- die sich im Ausland aufhalten;
- die Mitglied bei der ISPA e.V. sind (hauptversicherte Person);
- die bei Versicherungsbeginn das 65. Lebensjahr (65. Geburtstag) noch nicht vollendet haben.

Als Ausland gelten alle Länder, mit Ausnahme des Landes, welches die versicherte Person als ihr Heimatland angibt.

Das Heimatland ist das Land, in welches eine versicherte Person im Falle einer medizinischen Rückführung, oder im Todesfall zurückgebracht wird. Das Heimatland ist in der Antragseingangsbestätigung sowie im Beratungsprotokoll festgehalten. Die versicherte Person muss entweder die Staatsangehörigkeit oder eine unbefristete Aufenthaltserlaubnis für das angegebene Heimatland besitzen.

Versicherungsfähig als (mit-) versicherte Personen sind Familienangehörige – Ehegatte/Ehegattin, Lebenspartner/in und Kinder, welche die unter Ziff. 2 Buchstabe a bis c genannten Personen ins Ausland begleiten bzw. dort gemeinsam leben. Familienangehörige sind, wie auch die Personen in Ziff. 2 dieser Regelung, jeweils gemäß § 2 anzumelden und die aus der Versicherung ausscheidenden Personen abzumelden.

Die Vertragsparteien sind sich darüber einig, dass die Rechte und Pflichten aus diesem Vertrag ausschließlich zwischen dem Versicherungsnehmer und dem Versicherer bestehen.

3. Wer ist nicht versicherbar?

- Nicht versicherbar, trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, die
- bei Beginn des Versicherungsschutzes das 65. Lebensjahr (65. Geburtstag) vollendet haben;
 - eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung benötigen;

- Profisportler sind;
Profisport im Sinne dieser Versicherungsbedingungen liegt vor, wenn eine Person eine sportliche Tätigkeit
 - berufsmäßig ausübt oder
 - daraus unmittelbar oder mittelbar Einkünfte erzielt, die nicht nur geringfügig sind (mehr als 7.200 EUR pro Kalenderjahr), und/oder
 - der Sportbetrieb im Rahmen eines **Arbeits-, Dienst- oder Ausbildungsverhältnisses**, eines **förmlichen Vertrags** (z. B. Spieler-, Förder- oder Sponsorenvertrag) erfolgt.
- sich länger als 180 Tage pro Kalenderjahr in der Bundesrepublik Deutschland aufhalten. Maßgeblich ist die tatsächliche Aufenthaltsdauer unabhängig von eventuellen Unterbrechungen. Paragraph 6 Abs. 1b. (Heimatlanddeckung) bleibt hiervon unberührt.
- in der Bundesrepublik Deutschland versicherungspflichtig nach dem Sozialgesetzbuch SGB V sind/werden.

§ 2 Abschluss und Beendigung des Versicherungsvertrages; Mitgliedschaft im Gruppenversicherungsvertrag, Kindernachversicherung

1. Wie wird der Versicherungsvertrag abgeschlossen?

- Der Beitritt zum Gruppenversicherungsvertrag/die Mitgliedschaft kommt zustande, indem der vom Versicherer hierfür vorgesehene Antrag vollständig und ordnungsgemäß ausgefüllt beim Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, eingereicht wird und der Versicherer den Antrag durch Übersendung einer ausdrücklichen Annahmeerklärung in Textform (Mitgliedsbestätigung) annimmt. Dies gilt auch, sofern der Antrag in elektronischer Form zu gestellt ist. Der Antrag gilt nur dann als ordnungsgemäß ausgefüllt, wenn er alle vom Versicherer geforderten Angaben vollständig und eindeutig enthält;
- Der Antrag auf Aufnahme versicherter Personen in den Gruppenversicherungsvertrag wird von dem jeweiligen Mitglied für alle mitzuversichernden Personen gestellt und ist an den Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, zu richten.
Die Aufnahme der mitzuversichernden Personen setzt die Annahme des Antrags durch den Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, voraus;
- Der Versicherungsbeginn darf zum Zeitpunkt der Antragstellung max. 4 Monate in der Zukunft liegen. Voraussetzung für Beitritt und Anmeldung gemäß Ziffer a und b ist auch, dass eine Vorversicherung für die versicherten Personen bestand und diese bei Versicherungsbeginn nicht länger als 12 Monate abgelaufen ist. Auf die Regelungen der Wartezeiten in § 7 Absatz II dieser Bedingungen wird verwiesen. Das Bestehen einer Vorversicherung und das Datum der Grenzüberschreitung ist auf Verlangen des Versicherers, vertreten durch die Care Concept AG, nachzuweisen;

2. Kann Ihr Neugeborenes/Adoptivkind in diesem Vertrag mitversichert werden?

- Neugeborene von versicherten Personen sind mit Vollendung der Geburt zum Tarif der Eltern ohne Wartezeiten mitversichert, sofern die Anmeldung zur Versicherung des Kindes bei dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, nachweislich spätestens zwei Monate nach der Geburt rückwirkend erfolgt ist.
- Voraussetzung für die Kindernachversicherung ist, dass
 - der Vertrag des versicherten Elternteils am Tag der Geburt mindestens drei Monate ununterbrochen bestanden hat;
 - der beantragte Versicherungsschutz nicht höher und umfassender ist als der des versicherten Elternteils;
 - kein anderweitiger Krankenversicherungsschutz für das Neugeborene besteht;Wird der Versicherungsschutz zu einem späteren Zeitpunkt beantragt, so ist eine Gesundheitsprüfung erforderlich.
Auf Verlangen des Versicherers ist eine Kopie der Geburtsurkunde in Textform, z. B. per E-Mail, Fax oder Post, für die Anmeldung von neugeborenen Kindern vorzulegen.
- Die Adoption steht der Geburt gleich, sofern das Kind zum Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Der Nachweis der Adoption gilt durch die Vorlage der Adoptionsurkunde als geführt.
Der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, hat das Recht, bei Bestehen einer erhöhten Gefahr einen Risikozuschlag auf die Tarifprämie und/ oder einen Leistungsausschluss zu vereinbaren (§ 2 Ziff. 1 Abs. e. gilt entsprechend);

- d. Erfolgt die Anmeldung zum Versicherungsschutz später als zwei Monate nach der Geburt oder wird ein Versicherungsschutz beantragt, der höher oder umfassender ist als derjenige des versicherten Elternteiles, kann für das Neugeborene/ Adoptivkind ein Beitritt zum Gruppenversicherungsvertrag beantragt werden (§ 2 Ziff. 1 Abs. e. findet entsprechend Anwendung);
Der Versicherungsschutz tritt mit der Annahme des Antrages auf Beitritt zum Gruppenversicherungsvertrag durch den Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, in Kraft. Es gelten die Bestimmungen dieses Paragraphen unter Ziff. 1 entsprechend.
 - e. Der Versicherer ist nicht zur Gewährung von Versicherungsschutz im Rahmen der Kindernachversicherung verpflichtet, sofern für das Neugeborene oder das Adoptivkind anderweitiger privater oder gesetzlicher Krankenversicherungsschutz im Inland oder Ausland besteht.
3. Für Personen, die die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit gemäß § 1 dieser Bedingungen nicht erfüllen, kommt der Versicherungsschutz auch nicht durch Zahlung und Entgegennahme des Beitrages zustande. Wird für eine nichtversicherungsfähige Person der Beitrag gezahlt, so steht der Betrag dem Absender – unter Abzug einer Geschäftsgebühr – zur Verfügung. Bitte beachten Sie, dass in diesem Fall kein Versicherungsschutz besteht.
 4. Sind Vorerkrankungen mitversichert?
Vorerkrankungen sind im Versicherungsschutz eingeschlossen. Um über die Versicherbarkeit einer zu versichernden Person entscheiden zu können, unterzieht sich diese im Rahmen der Antragstellung einer Gesundheitsprüfung in Form eines Interviewtermins. Die Beantwortung der im Interview gestellten Gesundheitsfragen und die dazu gemachten Angaben müssen wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen erfolgen. In diesen Fällen sind wir berechtigt, sofern ein erhöhtes Risiko besteht, einen Beitragszuschlag zu erheben und/oder einzelne Leistungen auszuschließen oder den Vertrag abzulehnen;
Wird für den beantragten Tarif oder für die Aufhebung bestimmter (auch tarifmäßiger) Einschränkungen des Versicherungsschutzes ein Gesundheitszeugnis benötigt, ist hierfür das vom Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, vorgesehene Formular zu verwenden. Sofern ein ergänzendes ärztliches Zeugnis erforderlich ist, trägt der Antragsteller die Kosten für die Untersuchung und die Erstellung des ärztlichen Zeugnisses.
 5. Die versicherte Person muss alle gefahrerheblichen Umstände (z. B. Vorerkrankungen, Behandlungen) richtig und vollständig angeben, soweit der Versicherer danach in Textform gefragt hat. Eine falsche, unvollständige oder verzerrte Antwort auf Gesundheitsfragen ist rechtlich eine Verletzung dieser Anzeigepflicht.
 6. Mögliche Rechtsfolgen

Rücktritt vom Vertrag (§ 19 Abs. 2 VVG)

Bei vorsätzlicher oder grob fahrlässiger Falschbeantwortung kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten; der Vertrag gilt dann rückwirkend als beendet, Leistungen können verweigert und zurückgefordert werden.

Kündigung (§ 19 Abs. 3 VVG)

Das Rücktrittsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.

Vertragsanpassung (§ 19 Abs. 4 VVG)

Wenn der Versicherer den Vertrag bei korrekten Angaben zu anderen Bedingungen (z. B. Risikozuschlag, Ausschluss) abgeschlossen hätte, kann er die Bedingungen nachträglich entsprechend anpassen; die hauptversicherte Person hat dann ein Sonderkündigungsrecht für sich und die mitversicherten Personen. Die Frist beträgt einen Monat.

Anfechtung wegen arglistiger Täuschung (§ 22 VVG i.V.m. BGB)

Bei nachgewiesener Arglist (bewusstes Täuschen, um Versicherungsschutz zu erlangen) kann der Versicherer den Vertrag anfechten; dann gilt der Vertrag als von Anfang an nichtig, Leistungen entfallen vollständig.

7. Mitglieder des Gruppenversicherungsvertrages können sich selbst und/oder mitversicherte Personen zum Ende des auf die Abmeldung folgenden Monats in Textform (z. B. per E-Mail) vom Gruppenversicherungsvertrag abmelden.

Die Abmeldung wird nur wirksam, wenn die von der Abmeldung betroffenen (mit-)versicherten Personen von der Abmeldungserklärung Kenntnis erlangt haben und der Hauptversicherte dem Versicherer einen entsprechenden Nachweis hierüber erbringt.

8. Welche Mindest- und Höchstversicherungsdauer gelten für den Versicherungsschutz und die Mitgliedschaft im Gruppenversicherungsvertrag?

- Die Mindestvertragslaufzeit der Mitgliedschaft im Gruppenversicherungsvertrag beträgt 12 Monate;
- Die Höchstvertragslaufzeit der Mitgliedschaft im Gruppenversicherungsvertrag ist – vorbehaltlich der Regelung zur Versicherungsfähigkeit der versicherten Person nach § 1 – unbefristet;

9. Für die Abmeldung einer versicherten Person ist die Textform zwingend erforderlich;

10. Änderungen der oben genannten Daten sind unverzüglich mitzuteilen;

§ 3 Kündigung

1. Ordentliche Kündigung Ihrer Mitgliedschaft

Das Versicherungsverhältnis kann – nach Ablauf der Mindestvertragslaufzeit – zum Ende des Folgemonats gekündigt werden. Die Mindestvertragsdauer beträgt entsprechend der zugrundeliegenden Vertragsbedingungen 12 Monate. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende der Mitgliedschaft zu.

Die Kündigung kann auf einzelne Personen beschränkt werden.

Wird die Kündigung für einzelne versicherte Personen erklärt, ist diese nur wirksam, wenn der Hauptversicherte nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

Die Kündigungserklärung bedarf der Textform (z. B. E-Mail, Fax oder Post).

Die betroffene versicherte Person hat das Recht, die Mitgliedschaft unter Benennung eines zukünftigen Hauptversicherten fortzusetzen. Die Erklärung hierüber ist innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Kündigung abzugeben.

Der Versicherer verzichtet auf sein Recht zur ordentlichen Kündigung.

2. Außerordentliche Kündigung Ihrer Mitgliedschaft

Die gesetzlichen Vorschriften über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben sowohl für den Hauptversicherten als auch für den Versicherer unberührt.

§ 4 Prämie | Beitrag

Wann und wie muss die Beitragszahlung erfolgen?

Die Pflicht zur Beitragszahlung wurde vom Versicherungsnehmer auf die hauptversicherte Person übertragen. Es gelten die den Versicherungsnehmer betreffenden Regelungen gleichermaßen für die hauptversicherte Person.

1. Zahlung Erstbeitrag

- a. Die Erstprämie ist bei Vertragsbeginn fällig.
- b. Wird die Erstprämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht erfolgt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Hauptversicherte hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
- c. Ist die Erstprämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Hauptversicherte hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

2. Zahlung von Folgebeiträgen

- a. Wird die Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, übersendet der Versicherer dem Hauptversicherten/Mitglied eine Zahlungsaufforderung und setzt eine Zahlungsfrist von zwei Wochen.
- b. Tritt ein Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Hauptversicherte bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
- c. Der Versicherer verbindet die Zahlungsfrist von zwei Wochen mit der Abmeldung der versicherten Person(en) aus dem Vertrag zum Ablauf der Zahlungsfrist. Die Abmeldung wird mit Fristablauf wirksam, wenn der Hauptversicherte/das Mitglied zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung noch in Verzug ist.
- d. Die Beendigung wird unwirksam, wenn der Hauptversicherte innerhalb eines Monats nach Wirksamwerden der Abmeldung die Zahlung leistet. § 4 Ziff. 2 Buchstabe b bleibt hiervon unberührt. Gleiches gilt für den Fall, dass die versicherte Person innerhalb von zwei Monaten nach Kenntnis von der Abmeldung einen neuen Hauptversicherten benennt und von diesem der angemahnte Betrag gezahlt wird. § 4 Ziff. 2 Buchstabe b bleibt hiervon unberührt.

3. Einzelheiten zur Prämien-/Beitragszahlung
 - a. Die Zahlung der Erst- und Folgeprämie kann mittels eines der angebotenen Zahlungsmittel (z. B. SEPA-Lastschriftverfahren) erfolgen.
 - b. Wird die Prämie vom Versicherer per SEPA-Lastschriftverfahren von einem Bankkonto oder einem Online-Zahlungsanbieter abgerufen, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn die Prämie am Abbuchungstag eingezogen werden kann und weder der Hauptversicherte noch – für den Fall, dass der Hauptversicherte nicht Inhaber des Kontos ist – der Hauptversicherte bzw. Kontoinhaber dem Zahlungsabruf widerspricht bzw. widersprechen.
Konnte die Prämie ohne Verschulden des Hauptversicherten nicht eingezogen werden, ist die Zahlung dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach einer Zahlungsaufforderung des Versicherers in Textform (z. B. durch Übersendung per E-Mail, Fax oder Post etc.) erfolgt.

§ 5 Recht zur Beitrags-/Prämienanpassung

1. Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers, z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, ändern.
Der Versicherer vergleicht **jährlich** die kalkulierten mit den tatsächlich erbrachten Versicherungsleistungen und passt die Beiträge an, soweit dies erforderlich ist. Unter den gleichen Voraussetzungen können auch ein vereinbarter Beitragszuschlag sowie tariflich vorgesehene Leistungshöchstbeträge und Tagesgelder entsprechend geändert werden.
Die Beitragsanpassung wird mit Beginn des folgenden Kalenderjahres wirksam. Der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, übersendet dem Hauptversicherten eine Mitteilung über die Beitragsanpassung. Voraussetzung hierfür ist, dass die Mitteilung mindestens einen Monat vor Wirksamwerden der Beitragsanpassung zugegangen ist.
2. Die hauptversicherte Person/Mitglied des Gruppenversicherungsvertrages ist berechtigt, ihrerseits innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung ihre Mitgliedschaft im Gruppenversicherungsvertrag zu beenden. Die Beendigung der Teilnahme ist als Beendigung des Versicherungsschutzes aller mitversicherten Personen zu verstehen, die über die hauptversicherte Person in den Versicherungsschutz einbezogen sind.
3. Beendigungen nach Ziffer 2 und 3 dieser Regelung bedürfen der Schriftform und müssen gegenüber dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, erklärt werden.

§ 6 Geltungsbereich, Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsschutzes

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen.

Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonstige vereinbarte Leistungen.

Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen. Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen oder Embargos, die durch die Vereinigten Staaten von Amerika in Hinblick auf den Iran erlassen werden, soweit dem nicht europäische oder deutsche Rechtsvorschriften entgegenstehen.

1. In welchen Ländern gilt der Versicherungsschutz?
 - a. Der Versicherungsschutz gilt für den vereinbarten örtlichen Geltungsbereich für Aufenthalte im Ausland.

Als Ausland im Sinne dieser Bedingungen gilt nicht das Heimatland der versicherten Person.

Der örtliche Geltungsbereich des Versicherungsschutzes kann für folgende Zielregionen vereinbart werden:

- Zielregion 1: Weltweites Ausland ohne USA, China, Singapur;
- Zielregion 2: Zielregion 1 + China, Singapur (ohne USA)
- Zielregion 3: Zielregion 2 + USA

Als Zielregion gilt das Land in der sich die versicherte Person aufhält oder aufhalten wird. Besteht Versicherungsschutz für Zielregion 1, so besteht bei vorübergehender Reise (für max. 42 Tage pro Reise) auch in der Zielregion 2 oder 3 Versicherungsschutz, jedoch nur für medizinische Notfälle. Das gleiche gilt auch bei einer Reise in Zielregion 3, wenn Zielregion 2 versichert ist. Der Tag der Einreise und der Tag der Ausreise werden jeweils als voller Tag des Aufenthaltes gerechnet.

Erkrankt die versicherte Person während einer vorübergehenden Reise in einer übergeordneten Zielregion und ist sie aufgrund einer ärztlich nachgewiesenen Transportunfähigkeit nicht transportfähig, so besteht die Leistungspflicht auch über die Dauer von 42 Tagen hinaus bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit.

Krankheiten und Unfallfolgen, deren Behandlung der alleinige oder einer der Gründe für den Aufenthalt in der übergeordneten Zielregion war, sind nicht vom Versicherungsschutz umfasst.

- b. Abweichend von § 6 Ziff. 1 a Satz 2 besteht für die versicherte Person während der Versicherungslaufzeit auch im Heimatland Versicherungsschutz, sofern das Heimatland ein Mitgliedstaat der EU oder des Schengen-Abkommens ist. Aufenthalte im Heimatland sind bis zu 180 Tage je Kalenderjahr mitversichert. Hinsichtlich des Heimatlandurlaubes verzichtet der Versicherer auf die Pflicht zur Anzeige vor Reiseantritt.

Im Leistungsfall kann der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, einen Nachweis über Beginn und Ende des Aufenthaltes im Heimatland verlangen.

Als Kalenderjahr gilt der Zeitraum vom 01. Januar bis 31. Dezember des jeweiligen Jahres.

Die gewählte Zielregion kann der Versicherungsbestätigung entnommen werden.

2. Wann ist ein Wechsel der Tarifvariante, Selbstbehaltsstufe und Zielregion möglich?

Während der Versicherungslaufzeit ist ein Tarifwechsel, hinsichtlich der Tarifvariante, der Selbstbehaltsstufe und Zielregion unter folgenden Voraussetzungen möglich:

- a. grundsätzlich ist ein Wechsel der Tarifvariante und Selbstbehaltsstufe nur einmal pro Kalenderjahr, d. h. jeweils zum 01.01. eines Jahres möglich. Die Beantragung kann frühestens 4 Monate vor Ablauf des Kalenderjahres erfolgen;
- b. bei einem Wechsel zwischen den Tarifvarianten, d. h. vom Tarif Premium zum Tarif Comfort oder Basic bzw. vom Tarif Comfort zum Tarif Basic, sowie in eine höhere Selbstbehaltsstufe (siehe § 7 Absatz IV.), kann auf eine erneute Gesundheitsprüfung verzichtet werden;

Andere als die vorstehend genannten Tarifwechsel/Wechsel der Selbstbehaltsstufe sind nur durch erneute Gesundheitsprüfung (via Interview) möglich. Bitte vereinbaren Sie hierzu bei Bedarf einen Termin. Für die Mehrleistungen aus dem neu gewählten Tarif gelten dieselben Regelungen wie bei einem Neuabschluss.

- c. Der Wechsel in eine andere Zielregion ist jeweils nur zur Hauptfälligkeit (d. h. zum 01. eines Monats) der Beitragszahlung möglich und ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Kein Versicherungsschutz besteht, wenn der Wechsel der Zielregion zum Zwecke einer Heilbehandlung erfolgt.

3. Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt (vorbehaltlich der Annahme des Antrages und gesetzlicher Widerrufsrechte) mit dem in der Versicherungsbestätigung bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch

- a. nicht vor Erhalt der Versicherungsbestätigung;
- b. nicht vor Grenzüberschreitung ins Ausland;
- c. nicht vor Zahlung der Prämie/des Beitrages;
- d. nicht vor Ablauf von Wartezeiten, soweit vorhanden.

4. Wann endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz endet auch für schwebende Versicherungsfälle

- a. zum vereinbarten Zeitpunkt;
- b. mit Beendigung des Versicherungsvertrages;
- c. spätestens mit Beendigung des Auslandsaufenthaltes der versicherten Person im Ausland und endgültiger Rückkehr in das Heimatland;

- d. mit dem Zeitpunkt, in dem eine der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit der versicherten Person gemäß § 1 dieser Bedingungen entfällt;
- e. mit Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer für Aufenthalte in einer übergeordneten Zielregion, spätestens jedoch nach dem 42. Tag pro Reise ins Drittland (vgl. § 6 Ziff. 1 Buchstabe a);
- f. mit Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer im Rahmen der Deckungserweiterung für (Ferien-)Aufenthalte im Heimatland, spätestens jedoch nach dem 180. Tag für alle (Ferien-)Aufenthalte im Heimatland innerhalb eines Kalenderjahres (vgl. § 6 Ziff. 1 Buchstabe b).
- g. mit dem Tod der hauptversicherten Person/des Mitgliedes. Dann besteht für die versicherten Personen jedoch das Recht, den Gruppenversicherungsvertrag unter Benennung des zukünftigen Hauptversicherten fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod des Hauptversicherten abzugeben;
- h. mit dem vereinbarten Kündigungs-/Abmeldezeitpunkt der hauptversicherten Person/des Mitgliedes des Gruppenversicherungsvertrages.

§ 7 Gegenstand des Versicherungsschutzes und Umfang der Leistungspflicht

Sofern nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

I. Allgemeines

1. **Wofür leistet der Versicherer?**
Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen. Die Regelungen der Wartezeit sind in § 7 Absatz II dieser Vorschrift genannt.
2. **Was ist ein Versicherungsfall?**
Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten, je nach Tarif auch
 - a. ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (gezielte Vorsorgeuntersuchungen);
 - b. Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Früh- oder Fehlgeburt oder einem unvorhersehbaren medizinisch notwendigen Schwangerschaftsabbruch;
 - c. die Entbindung;
 - d. der Tod.Näheres entnehmen Sie bitte den jeweiligen Tarifbedingungen.
3. **Woraus ergibt sich der Umfang des Versicherungsschutzes?**
Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus der Versicherungsbestätigung, den Versicherungsbedingungen, (späteren) schriftlichen Vereinbarungen sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
4. In der Bundesrepublik Deutschland steht der versicherten Person die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten sowie unter anderen staatlich zugelassenen Behandelnden, die über eine auf ihrem Fachgebiet anerkannte und fundierte Ausbildung verfügen, frei. In der Bundesrepublik Deutschland werden im vertraglich vereinbarten Umfang die Heilbehandlungskosten für Verrichtungen des Behandelnden erstattet, soweit dieser sie nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ), dem Krankenhausentgeltgesetz oder einer sonstigen zur Anwendung kommenden amtlichen oder gesetzlichen Bemessungsgrundlage in der jeweils gültigen Fassung in Rechnung stellen kann.
5. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Ziff. 4 genannten Behandelnden verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden. Als Arzneimittel, auch wenn sie als solche verordnet sind, gelten nicht Nähr- und Stärkungsmittel, Mineralwasser, Desinfektions- und kosmetische Mittel, Diät- und Säuglingskost und dergleichen.

6. Im Aufenthaltsland steht der versicherten Person die Wahl unter den Ärzten und Zahnärzten frei, die nach dem für das Aufenthaltsland geltenden Recht zur Heilbehandlung zugelassen sind. Therapeuten, die im Aufenthaltsland zugelassen sind und dort anerkannte Heilberufe ausüben (zum Beispiel Heilpraktiker, Chiropraktiker, Physiotherapeuten, Osteopathen) dürfen ebenfalls in Anspruch genommen werden.
7. Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person
 - a. freie Wahl unter den im Aufenthaltsland allgemein anerkannten Krankenanstalten, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, nach wissenschaftlich allgemein anerkannten Methoden arbeiten und Krankengeschichten führen;
 - b. Anspruch auf medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen des Satzes 1 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn kein anderes der in Satz 1 genannten Krankenhäuser in zumutbarer Nähe ist, oder wenn der Versicherer die Kostenübernahme vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.
8. Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

II. Gibt es Wartezeiten?

1. Grundsätzlich werden Wartezeiten ab Versicherungsbeginn gerechnet;
2. Eine Wartezeit von 31 Tagen besteht dann, wenn zwischen Versicherungsbeginn und abgelaufener Vorversicherung eine Lücke von bis zu 12 Monaten besteht;
3. Bei Unfällen, die nach Versicherungsbeginn eingetreten sind, besteht keine Wartezeit;
Das Datum der Einreise bzw. Grenzüberschreitung in das versicherte Ausland ist auf Verlangen nachzuweisen;
4. Die besondere Wartezeit für Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung (kieferorthopädische Behandlung) sowie Leistungen für Schwangerschaft und Entbindung betragen 10 Monate;
5. Bei Unfällen entfallen die Wartezeiten für Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung (kieferorthopädische Behandlung);
6. Die Wartezeit für operative Maßnahmen zur Behebung der Fehlsichtigkeit (z. B. LASIK) einschließlich der erforderlichen Vor- und Nachsorgeuntersuchungen beträgt zwei volle Kalenderjahre. Bei unterjährigem Versicherungsbeginn beginnt die Wartezeit ab Beginn des Folgejahres;
7. Bei Vertragsänderungen bezüglich der Tarifvariante gelten die Wartezeitregelungen für den neu hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes;
8. Die Leistungseinschränkungen des § 8 dieser Bedingungen gelten uneingeschränkt weiter.

III. Welche Tarifvarianten gibt es?

Es stehen drei unterschiedlich ausgestaltete Tarifvarianten zur Verfügung. Wählbar sind:

Basic: Beinhaltet ausgewählte ambulante, stationäre medizinische Maßnahmen und Behandlungen – kein Versicherungsschutz bei Zahnbehandlungen;

Comfort: Beinhaltet weitergehende ausgewählte ambulante, stationäre medizinische Maßnahmen und Behandlungen sowie Versicherungsschutz bei Zahnbehandlungen;

Premium: Beinhaltet umfangreiche versicherbare Leistungen für ambulante, stationäre medizinische Maßnahmen und Behandlungen (u. a. auch die Behebung der Fehlsichtigkeit oder stationäre Psychotherapie) sowie Versicherungsschutz bei Zahnbehandlungen.

Den genauen Leistungsumfang entnehmen Sie bitte dem Teil **B. Besonderer Teil**.

Die gewählte Tarifvariante kann der Versicherungsbestätigung entnommen werden.

IV. Gibt es Selbstbehalte?

Die unter Teil **B. Besonderer Teil** aufgeführten Tarifvarianten können mit verschiedenen Selbsthalten abgeschlossen werden.

Folgende kalenderjährliche anfallende Selbstbehalte sind wählbar:

- (1) kein Selbstbehalt
- (2) 1.200,- EUR
- (3) 3.600,- EUR

Die Selbstbehalte gelten nicht (sofern im Tarif enthalten) für

- a. medizinisch notwendige Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten. Dazu zählen ärztliche Untersuchungen zur Krebsvorsorge, Ultraschalluntersuchungen von Organen, EKG, Blutdruckmessung, Glaukomvorsorge, Urin- und Stuhluntersuchungen, Vorsorgeuntersuchungen zum Entwicklungsstand von Kindern sowie Blutbild und Blutbildbestandteile. Weiterhin besteht ein Leistungsanspruch für präventive Laboruntersuchungen;
- b. Ersttrimesterscreening sowie eine Amniozentese
- c. Schutzimpfungen
- d. Zahnbehandlungen

Beginnt der Versicherungsschutz im Laufe eines Kalenderjahres, wird der Selbstbehalt für das erste Kalenderjahr anteilig berechnet. Dabei erfolgt die Berechnung auf volle Kalendermonate, beginnend mit dem Monat des Versicherungsbegins.

Ein Wechsel der Selbstbehaltstufen ist möglich. Unter welchen Voraussetzungen das möglich ist, kann in § 6 Ziff. 2 eingesehen werden.

Der gewählte Selbstbehalt kann der Versicherungsbestätigung entnommen werden.

V. Heilbehandlungskosten

Welche Kosten nach Art, Umfang und Höhe erstattet werden, ist den jeweiligen Tarifen in Teil B dieser Bedingungen zu entnehmen.

VI. Krankenrücktransport und Bergungskosten

Welche Kosten nach Art, Umfang und Höhe erstattet werden, ist den jeweiligen Tarifen in Teil B dieser Bedingungen zu entnehmen.

§ 8 Einschränkung der Leistungspflicht

1. Gibt es Einschränkungen der Leistungspflicht?

Sofern nicht etwas anderes vereinbart ist, leistet der Versicherer nicht für

- a. Behandlungen im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren;
- b. vorsätzlich herbeigeführte Krankheiten und Unfälle sowie deren Folgen;
- c. solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch vorhersehbare Kriegsereignisse oder aktive Teilnahme an Unruhen verursacht und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind. Als vorhersehbar gelten Kriegsereignisse oder innere Unruhen insbesondere dann, wenn das Auswärtige Amt der Bundesrepublik Deutschland oder eine vergleichbare Behörde des Heimatlandes – vor Reisebeginn – für das jeweilige Land eine Reisewarnung ausspricht;
- d. Rehabilitationsmaßnahmen zur Wiederherstellung einer Berufs- oder Erwerbsfähigkeit sowie Maßnahmen zur Entziehung und Entwöhnung bei Drogen-, Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit und reine Kurmaßnahmen;
- e. bei Versicherungsbeginn bestehende Schwangerschaften und deren Folgen. Leistungspflicht besteht jedoch für während der Versicherungslaufzeit unvorhersehbare Komplikationen, sofern die Schwangere bei Versicherungsbeginn die 36. Schwangerschaftswoche noch nicht vollendet hatte;

- f. Behandlungen durch Ehegatten, den Partner/die Partnerin einer gesetzlich eingetragenen Lebenspartnerschaft, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- g. nicht medizinisch notwendige kosmetische Behandlungen und Operationen (z. B. Schönheitsoperationen), sowie Behandlungen zur Gewichtsreduktion;
- h. Heilbehandlungen und andere ärztlich angeordnete Maßnahmen sowie für Krankentransporte, Rettungs- und Bergungsmaßnahmen, die in Zusammenhang mit der Ausübung von Profisport stehen;
- i. eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung;
- j. Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen, für Hypnose, sowie für psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlungen;
- k. Schwangerschaftsabbrüche, die nicht medizinisch notwendig sind (sozial indizierte Schwangerschaftsabbrüche);
- l. Diagnostik und Behandlung von Sterilität, deren Ursache und Folge, einschließlich künstlicher Befruchtung sowie der hierfür erforderlichen Untersuchungen und Folgebehandlungen;
- m. Impfungen, die vor Beginn des Versicherungsschutzes durchgeführt werden;
- n. Hilfsmittel;
- o. Gegenstände mit geringem therapeutischem Nutzen, Geräte, die dem Fitness- und/oder Wellnessbereich zuzuordnen sind, ferner Bestrahlungsgeräte und TENS-Geräte, sonstige sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel (z. B. Fieberthermometer, Heizkissen, Massagegeräte, Blutdruckmessgeräte) sowie nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Anschaffungszweck stehendes Zubehör, ferner Unterhaltungs- und Betriebskosten;
- p. arbeitsmedizinische Untersuchungen, für Untersuchungen zur Erlangung einer Aufenthaltsgenehmigung oder Arbeitsgenehmigung;
- q. eine behördlich angeordnete Quarantäneunterbringung aufgrund einer Pandemie oder Epidemie, wenn aufgrund von aktuellen Einreisebestimmungen des Ziellandes/der Zielländer bereits vor Beginn der Reise feststeht, dass ein Quarantäneaufenthalt der versicherten Person erfolgen muss;
- r. Zahnersatz (z. B. Prothesen, Stützähne, Brücken, Kronen, Inlays/Onlays, Implantate), Reparaturen am Zahnersatz sowie für Zahn- und Kieferregulierung, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen;
- s. Selbstmord, Selbstmordversuche und Folgen;
- t. Organspenden und deren Folgen;
- u. rezeptfreie, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel;
- v. Verletzungen oder Unfallfolgen, die im Rahmen des Auslandsaufenthaltes durch Ausübung einer der in Anlage 1 aufgelisteten Extremsportarten verursacht werden. Die Anlage 1 ist Bestandteil dieser Bedingungen.

2. Wann ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet?

Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn:

- a. der Hauptversicherte bzw. die versicherte Person den Versicherungsfall vorsätzlich herbeigeführt hat;
 - b. der Hauptversicherte bzw. die versicherte Person den Versicherer arglistig über Umstände zu täuschen versucht, die für den Grund oder für die Höhe der Leistung von Bedeutung sind;
 - c. der Hauptversicherte bzw. die versicherte Person die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens der versicherten Person entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt die versicherte Person.
3. Übersteigt eine Heilbehandlung das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
 4. Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so kann der Versicherer die gesetzlichen Leistungen von den Versicherungsleistungen abziehen.

§ 9 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheiten

1. Welche Mitwirkungspflichten (Obliegenheiten) haben Sie, wenn ein Versicherungsfall eintritt?
Die Hauptversicherte und versicherte Person sind nach Eintritt des Versicherungsfalles zu folgendem verpflichtet:
 - a. auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges erforderlich ist;
 - b. auf Verlangen des Versicherers, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen;
 - c. nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind;
2. Sofern Originalrechnungen angefordert werden, sind diese einzureichen bei der Care Concept AG
Postfach 30 02 62
53182 Bonn
3. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet (vgl. § 9 Ziff. 5), wenn folgende Nachweise – diese werden Eigentum des Versicherers – erbracht sind:
 - a. Originalbelege (auf Anforderung) in der amtlichen Währung des Landes, in dem die Behandlung stattgefunden hat, die den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit sowie die Angabe, der vom behandelnden Arzt erbrachten Leistungen wiedergeben. Besteht anderweitig Versicherungsschutz für Heilbehandlungskosten und wird dieser zuerst in Anspruch genommen, so genügen als Nachweis die mit Erstattungsvermerken versehenen Rechnungszweitschriften;
 - b. Rezepte, Labor- und Röntgenrechnungen sind zusammen mit der Arztrechnung, die Rechnung über Heil- oder Hilfsmittel zusammen mit der ärztlichen Verordnung einzureichen;
 - c. eine amtliche Sterbeurkunde und ärztliche Bescheinigung über die Todesursache, wenn Überführungs- bzw. Bestattungskosten gezahlt werden sollen;
 - d. auf Verlangen des Versicherers einen Nachweis über Beginn und Ende eines jeden Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland;
 - e. auf Verlangen des Versicherers einen Nachweis über Beginn und Ende eines vorübergehenden Reise/Aufenthaltes in eine übergeordnete Zielregion gemäß §6 Ziff. 1 Buchstabe a.
 - f. auf Verlangen des Versicherers einen Nachweis über alle während des Aufenthaltes im Reiseland abgeschlossenen Krankenversicherungen mit Versicherungsschutz für das Aufenthaltsland.
 - g. weitere Nachweise und Belege (auf Anforderung Originalbelege), die der Versicherer anfordert, um seine Leistungspflicht zu prüfen, wenn dem Hauptversicherten die Beschaffung billigerweise zuzumuten ist.
4. Im Rahmen der Leistungsprüfung kann es erforderlich werden, dass der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, im gesetzlich zugelassenen Rahmen personenbezogene Gesundheitsdaten einholt. Sofern der Hauptversicherte oder die versicherte Person ihre Einwilligung zu einer solchen Erhebung nicht erteilt, und der Versicherer hierdurch die Höhe und Umfang der Leistungspflicht nicht abschließend feststellen kann, wird die Fälligkeit zur Leistung gehemmt. Gleiches gilt, wenn die befragten Anstalten oder Personen von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Versicherer schuldhaft nicht entbunden werden.
5. Welche Folgen treten ein, wenn Sie Ihre Mitwirkungspflichten (Obliegenheiten) verletzen?
Verletzt der Hauptversicherte 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 des Hauptversicherten/der versicherten Person entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Hauptversicherte.
 - a. Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der Ziffer 1 genannten Obliegenheiten verletzt wird;
 - b. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden der Hauptversicherten Person gleich.

§ 10 Auszahlung der Versicherungsleistung

Wann zahlt der Versicherer die Versicherungsleistung aus?

1. In der Regel werden Rechnungen innerhalb von 14 Tagen nach Erhalt erstattet. 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 des Hauptversicherten oder der versicherten Person gehindert sind.
2. Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Behandlung erfolgte bzw. die Mittel bezogen wurden. Die Aufwendungen sind durch die Urschriften der Rechnungen oder durch Rechnungszweitschriften, auf denen die Leistungen anderer Versicherer oder Kostenträger bestätigt sind, nachzuweisen.

Arztrechnungen müssen enthalten:

- Namen der behandelten Person;
- Bezeichnung aller Krankheiten;
- Angabe der einzelnen ärztlichen Leistungen mit Ziffern der angewendeten Gebührenordnung;
- Daten der Behandlung.

Die Nachweise sollen spätestens bis zum 31. März des auf die Heilbehandlung folgenden Jahres eingereicht werden.

4. Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).
5. Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.
6. Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem Versicherer eingehen, in die zu diesem Zeitpunkt in der Bundesrepublik Deutschland gültige Währung umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der amtliche Devisenkurs Frankfurt/Main, für nicht gehandelte Währungen der Kurs gemäß „Währungen der Welt“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.
7. Kosten für Übersetzungen werden nicht von den Leistungen abgezogen. Von den Leistungen können Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer Überweisungen in das Ausland vornimmt oder auf Verlangen des Hauptversicherten besondere Überweisungsformen wählt.
8. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; eine Abtretung muss dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, angezeigt werden. Gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.
9. Ist ein Versichertenalausweis ausgegeben worden, auf Grund dessen mit einem Leistungserbringer direkt abgerechnet werden kann, gilt das Abtretungsverbot insoweit nicht.
10. Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in welchem die Leistung verlangt werden kann. Ist ein Anspruch des Hauptversicherten bei dem Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Eingang der Entscheidung des Versicherers in Textform (z. B. durch Übersendung per E-Mail, Fax oder Post etc.) gehemmt.

§ 11 Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen und Ansprüche gegen Dritte

1. Hat die Hauptversicherte oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.
2. Die Hauptversicherte oder eine versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer - soweit erforderlich - mitzuwirken.

- Verletzt die hauptversicherte oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
- Steht der hauptversicherten oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.
- Soweit bei einem Versicherungsfall Dritte leistungspflichtig sind oder Leistungen aus Versicherungsverträgen bei anderen Versicherungsunternehmen beansprucht werden können, gehen deren Leistungsverpflichtungen vor; und zwar auch dann, wenn in einem Versicherungsvertrag ebenfalls nur eine nachrangige Haftung vereinbart ist.
Die Ansprüche der versicherten Person bleiben hiervon unberührt. Wird der Versicherungsfall dem Versicherer zuerst gemeldet, wird dieser in Vorleistung treten und den Schadensfall bedingungsgemäß regulieren.
- Die hauptversicherte oder eine versicherte Person hat den Versicherer über den Abschluss oder das Bestehen anderweitiger Versicherungsverträge, die denselben Leistungsgegenstand wie dieser Gruppenversicherungsvertrag haben, unverzüglich nach Kenntnis zu informieren.

§ 12 Aufrechnung gegen Forderungen des Versicherers

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

§ 13 Unterrichtung der versicherten Personen

- Der Hauptversicherte hat die versicherte Person über ihren Versicherungsschutz und die wesentlichen Bestimmungen dieses Vertrages ausreichend zu unterrichten.
- Der Hauptversicherte verpflichtet sich, sämtliche versicherten Personen unverzüglich zu benachrichtigen, falls der Vertrag – ganz oder teilweise – im Rahmen dieser Vereinbarung beendet ist und keine Versicherungsleistungen mehr gezahlt werden.

§ 14 Ausscheiden aus der Gruppenversicherung

- Der Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person endet – auch für schwebende Versicherungsfälle –
 - mit der Beendigung des Aufenthaltes im Ausland, bzw. mit Rückkehr ins Heimatland; hierbei ist die Reiseunterbrechungsregelung gemäß § 6 Abs. 1 b. zu beachten;
 - für Personen, welche die Voraussetzung der Versicherungsfähigkeit gemäß § 1 dieser Bedingungen nicht erfüllen;
 - mit dem Tod der versicherten Person;
 - mit Beendigung der Mitgliedschaft gemäß § 3;
 - mit Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages (eine ordentliche Kündigung durch den Versicherer ist ausgeschlossen).

Die ISPA e. V. wird den Versicherer unverzüglich über das Vorliegen der in a) bis e) genannten Beendigungsgründe informieren.

§ 15 Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer

- Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, bedürfen der Textform (z. B. durch Übersendung per E-Mail, Fax oder Post etc.).
- Hat der Hauptversicherte/das Mitglied des Gruppenversicherungsvertrages eine Änderung seiner Anschrift dem Versicherer nicht mitgeteilt, genügt für eine dem Hauptversicherten gegenüber abzugebende Willenserklärung der Nachweis des entsprechenden Unzustellbarkeitsvermerkes der Post für Briefe an die letzte dem Versicherer bekannte Anschrift des Hauptversicherten. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen. Die Sätze 1 und 2 sind im Fall einer Namensänderung des Hauptversicherten entsprechend anzuwenden.

§ 16 Welches Recht gilt für den Versicherungsvertrag? Wie ist die Vertragssprache?

- Die Vertragsbestimmungen sind in deutscher Sprache verfasst. Auch die Kommunikation während der Laufzeit der Versicherung erfolgt in Deutsch. Sofern Unterlagen in englischer Sprache zur Verfügung gestellt werden, so ist dies als reine Serviceleistung des Versicherers zu verstehen, die keinerlei Auswirkung auf die vereinbarte Vertragssprache hat.
- Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- Seitens des Versicherers kann nicht zugesichert werden, dass es sich bei dem Vertrag um eine substitutive Krankenversicherung im Sinne einer ggf. bestehenden lokalen Krankenversicherungspflicht handelt. Die Prüfung, ob diese Gruppenversicherung geeignet ist, eine solche zu ersetzen, obliegt nicht dem Versicherer. Der Versicherer ist nicht verpflichtet, die Einhaltung aller in Betracht kommender Bestimmungen und Regelungen, die im Zusammenhang mit der Entsendung stehen, für alle im Versicherungsvertrag erfassten versicherten Personen sicherzustellen.
- In Bezug auf die in Deutschland bestehende Versicherungspflicht gemäß § 193 Abs. 3 S. 1 VVG weist der Versicherer ausdrücklich darauf hin, dass es sich bei der Gruppenversicherung nicht um eine substitutive Krankenversicherung im Sinne des § 146 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) handelt und diese daher nicht geeignet ist, die Versicherungspflicht zu erfüllen.

§ 17 Erklärung zur Empfangsberechtigung der versicherten Person

Die Erstattung erfolgt an die hauptversicherte bzw. versicherte Person. Der Versicherer kann mit befreiender Wirkung an die hauptversicherte Person leisten.

§ 18 Überschussbeteiligung

Die hier genannte Versicherung ist nicht überschussberechtig.

Anschriften:

Care Concept AG
Am Herz-Jesu-Kloster 20
53229 Bonn
Deutschland

Barmenia Krankenversicherung AG
Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal
Deutschland

ISPA e. V. – Insurance Solutions for People Abroad e. V.

Am Herz-Jesu-Kloster 20
53229 Bonn
Deutschland

**Versicherungsbedingungen
für die Krankenversicherung
Care Expat World
bei der Barmenia Krankenversicherung AG
Gruppenversicherung VB-KV 2026_05 (CEW2026_05)**



Anlage 1: Nicht versicherbare Extremsportarten gemäß § 7 Ziff. 4. der Versicherungsbedingungen (abschließende Liste)

Extremsportarten	Begrenzung des Ausschlusses
Para-Ski	
Speed Skydiving	
Proximity Wingsuit-Flying	
Base-Jumping	
Speed Flying / Speed Riding	
Motocross-, Motorboot- sowie Motorradrennen	wenn dies in Form eines Wettbewerbes oder mit Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten erfolgt
Freeclimbing / Free Solo	Unter Freeclimbing versteht man das Klettern an Felsen oder Kunstwänden, bei dem nur Hände und Füße zur Fortbewegung (insbesondere ohne Sicherung) verwendet werden (ausgenommen Bouldern). Bouldern ist das Klettern ohne Kletterseil und Klettergurt an Felsblöcken, Felswänden oder an künstlichen Kletterwänden bis zur Absprunghöhe. Absprunghöhe ist die Höhe, aus der noch ohne wesentliches Verletzungsrisiko von der Wand zum Boden abgesprungen werden kann. Dies hängt vom Trainings- und Gesundheitszustand der Person ab. In der Regel ergibt sich eine Höhe von ca. 1,5 m. Kletterabschnitte bei Bergwanderungen sind ohne Einschränkungen mitversichert.
Parkour	Parkour bezeichnet eine Fortbewegungsart, deren Ziel es ist, nur mit den Fähigkeiten des eigenen Körpers möglichst effizient von Punkt A zu Punkt B zu gelangen. Der Parkourläufer bestimmt seinen eigenen Weg durch den urbanen oder natürlichen Raum – auf eine andere Weise als von Architektur und Kultur vorgegeben. Das beinhaltet zum Beispiel das Überwinden von größeren Hindernissen, das Überspringen von (Häuser-)Lücken oder das Springen aus großer Höhe.
Skifahren/Snowboardfahren, etc. im Sinne von „Freeriden“	Unter "Freeriding" im Sinne dieser Bedingungen wird das verbotene Fahren im abgesperrten Gelände, insbesondere in Naturschutzgebieten und Lawinenregionen, verstanden. Nicht gemeint ist das versehentliche bzw. unbeabsichtigte Abkommen von der Piste während der Fahrt auf einer ausgewiesenen Piste.
Buildering / Roofing	Unter Buildering (Roofing) wird das klettern an Mauern, Brücken oder Gebäuden (Bauwerken) hinauf, ohne Sicherung verstanden.
High lining	
Volcano Boarding	
Heli-Skiing	
Eisklettern	

B. Besonderer Teil:

Leistungsbeschreibung der jeweiligen Tarife zu den Care Expat World VB-KV 2026_05 (CEW2026_05)

Soweit die nachfolgend in den Tarifvarianten genannten Leistungen des Versicherers pro Kalenderjahr erstattet werden, gilt als Kalenderjahr im Sinne dieser Bedingungen der Zeitraum vom 1. Januar bis zum 31. Dezember eines jeden Jahres.

Bei einem vorübergehenden Aufenthalt der versicherten Person in der Bundesrepublik Deutschland erfolgt die Erstattung angefallener und vertraglich vereinbarter Heilbehandlungskosten im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte (GOÄ, GOZ) bis zum 3,5-fachen Satz.

Umfang der Leistungspflicht

Bei einer medizinisch notwendigen ambulanten oder stationären Heilbehandlung, ambulanten Vorsorgeuntersuchungen, Zahnbehandlungen, Untersuchungen und medizinisch notwendigen Behandlungen wegen Schwangerschaft sowie bei Früh- oder Fehlgeburt oder bei einem unvorhersehbaren medizinisch notwendigen Schwangerschaftsabbruch, bei Entbindung fallen unter den Versicherungsschutz die folgenden Leistungen:

B I. Tarif Care Expat World Basic - Tarifbedingungen (TB/CEW2026_05Ba)

Der Versicherer erstattet die nach Beginn des Versicherungsschutzes und Ablauf der Wartezeit entstandenen Kosten medizinisch notwendiger Heilbehandlungen.

Im Tarif **Basic** sind folgende Leistungen enthalten:

1. Ambulante Leistungen

- a. 100% für ärztliche Beratungen, Besuche und Verrichtungen, einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten. Dazu zählen auch ärztliche Leistungen der Onkologie;
- b. 100% für ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel;
- c. 100% für lebenserhaltende Hilfsmittel z. B. Beatmungsgeräte zur lebenserhaltenden Beatmung, Überwachungsgeräte für Atmungs- und Herzfrequenz, Systeme zur Heimdialyse und zur Sauerstofftherapie;
- d. 100% für diagnostische Untersuchungen; Hierzu zählen u. a. Pathologie, Radiologie, Computertomographie (CT), Kernspintomographie (Magnetresonanztomographie, MRT) und Positronen-Emissions-Tomographie (PET), Röntgen-, Radium- und Isotopenleistungen;
- e. 100% für ambulante Krankentransporte
Erstattungsfähig ist der medizinisch notwendige Krankentransport zum und vom Arzt, Zahnarzt oder Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Notfall oder Unfall;
- f. 100% für ambulante Transportkosten
Erstattungsfähig sind Fahrten zur Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapie sowie die Fahrt zu und von einer ambulanten Operation (am Tag der Operation).

Als Fahrten gelten: medizinisch notwendiger Krankentransport, die Inanspruchnahme eines Krankenfahrdienstes, eines Taxis oder privat organisiert mit Kilometerpauschale (0,30 EUR pro Kilometer).

2. Stationäre Behandlungen

- a. 100% für Behandlungen (Chefarzt) im 1- oder 2-Bettzimmer, Unterkunft und Verpflegung bei stationärer Heilbehandlung. Dazu zählen die allgemeinen Krankenhausleistungen, Sachleistungen (z. B. Medikamente, Chemotherapeutika etc.) und Nebenkosten (z. B. OP-Saal-Benutzung).
In der Bundesrepublik Deutschland: Behandlung (Chefarzt) in der allgemeinen Pflegeklasse (Mehrbettzimmer);
- b. 100% für Physiotherapie, inklusive Massagen;
- c. 100% für Therapien, inklusive Ergotherapie, Lichttherapie, Hydrotherapie, Inhalationen, Packungen, medizinische Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie;
- d. 100% für lebenserhaltende Hilfsmittel z. B. Beatmungsgeräte zur lebenserhaltenden Beatmung, Überwachungsgeräte für Atmungs- und Herzfrequenz, Systeme zur Heimdialyse und zur Sauerstofftherapie);

- e. Der Versicherer erstattet durch akute Beschwerden hervorgerufene, medizinisch notwendige Schwangerschaftsbehandlungen und Behandlungen wegen Fehlgeburt sowie medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche und Entbindungen bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche (Frühgeburt), sofern die Behandlungsnotwendigkeit bei Versicherungsbeginn noch nicht feststand;
- f. 100% für Krebstherapie, onkologische Arzneimittel und Heilbehandlung, inklusive wiederherstellender Chirurgie nach Brustkrebs bis max. 50.000,- EUR;
- g. 100% für Knochenmark- und Organtransplantationen (Übernahme der Kosten für den Spender und den Empfänger);
- h. 100% für stationäre oder teilstationäre Anschlussheilbehandlung (AHB). Stationäre Anschlussheilbehandlungen, wenn eine mit ihr in Zusammenhang stehende stationäre Krankenhausbehandlung vorausgegangen ist und die Anschlussheilbehandlung spätestens zwei Wochen nach Abschluss dieser stationären Krankenhausbehandlung beginnt bis zu einer max. Dauer von 14 Tagen;
- i. 100% für den Transport zum nächsterreichbaren geeigneten Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Unfall oder Notfall;
- j. 100% Hospizversorgung bis zu einer max. Dauer von 21 Tagen;
- k. 100% für einen Blutkonserventransport. Werden an einem Operationsort Blutkonserven für eine Operation medizinisch notwendig und muss bei den vor Ort vorhandenen Blutkonserven mit HIV-Infektionen gerechnet werden oder sind die notwendigen Blutkonserven vor Ort nicht vorhanden, werden die notwendigen Kosten für einen Blutkonserventransport ins Ausland erstattet.

3. Krankenrücktransport und Bergungskosten

- a. 100% für Krankenrücktransport
Der Versicherer erstattet die Kosten für einen Rücktransport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus aus dem Ausland ins Heimatland der versicherten Person, sofern der Rücktransport medizinisch sinnvoll und vertretbar ist. Die Beurteilung eines Krankenrücktransportes erfolgt durch einen beratenden Arzt des Versicherers in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt im Aufenthaltsland.

Das Heimatland ist das Land, in dem die versicherte Person die Staatsangehörigkeit oder eine unbefristete Aufenthaltserlaubnis für das angegebene Heimatland besitzt.

Erstattungsfähig sind auch die Kosten einer Begleitperson, sofern diese aus medizinischen Gründen erforderlich und angeordnet ist.

Rettungsflüge, d. h. Krankentransporte mit einem speziell dafür ausgerüsteten und zugelassenen Ambulanzflugzeug, sind ebenfalls eingeschlossen, sofern diese nach ärztlicher Bescheinigung die einzige Möglichkeit sind, das Leben schwer erkrankter oder verletzter versicherter Personen zu retten und von einem nach der Richtlinie für die Durchführung von Ambulanzflügen anerkannten Flugrettungsunternehmen durchgeführt werden;

- b. 100% für Rückholung mitversicherter Kinder inkl. Begleitperson
Sofern die hauptversicherte Person sowie alle mitversicherten Personen zur Rücktransportiert wurden, werden darüber hinaus die notwendigen Kosten einer Rückholung mitversicherter Kinder unter 18 Jahren und einer Begleitperson, bis zu einem Gesamtbetrag von max. 5.000,- EUR erstattet;
- c. 100% für Bergungskosten
Muss die versicherte Person aufgrund eines Unfalls gesucht, gerettet oder geborgen werden, erstattet der Versicherer hierfür die Kosten bis zu einer Höhe von max. 5.000,- EUR.

4. Leistungen bei vorübergehenden Aufenthalten im Heimatland

Im Rahmen des Tarifes Care Expat World Basic besteht während der vereinbarten Versicherungslaufzeit des Auslandsaufenthaltes Versicherungsschutz für vorübergehende Aufenthalte der versicherten Person im Heimatland gemäß § 6 Ziff. 1 Buchstabe b des Allgemeinen Teils dieser Bedingungen für die Dauer von 180 Tagen pro Kalenderjahr.

**B II. Tarif Care Expat World Comfort -
Tarifbedingungen (TB/CEW2026_05Co)**

Der Versicherer erstattet die nach Beginn des Versicherungsschutzes und Ablauf der Wartezeit entstandenen Kosten medizinisch notwendiger Heilbehandlungen.

Im Tarif **Comfort** sind folgende Leistungen enthalten:

1. Ambulante Leistungen

- a. 100% für ärztliche Beratungen, Besuche und Verrichtungen, einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten. Dazu zählen auch ärztliche Leistungen der Onkologie;
- b. 100% für ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel;
- c. 100% für lebenserhaltende Hilfsmittel z. B. Beatmungsgeräte zur lebenserhaltenden Beatmung, Überwachungsgeräte für Atmungs- und Herzfrequenz, Systeme zur Heimdialyse und zur Sauerstofftherapie);
- d. 100% für diagnostische Untersuchungen; Hierzu zählen u. a. Pathologie, Radiologie, Computertomographie (CT), Kernspintomographie (Magnetresonanztomographie, MRT) und Positronen-Emissions-Tomographie (PET), Röntgen-, Radium- und Isotopenleistungen;
- e. 100% für Behandlung durch Akupunktur, Homöopathie, Heilpraktiker, Phytotherapie und Behandlungsmethoden der Traditionellen chinesischen Medizin (TCM), sowie Präparate und Heilmittel bis max. 750,- EUR pro Kalenderjahr;
- f. 100% für Schutzimpfungen - auch berufsbedingte oder solche aus Anlass von Auslandsreisen - sowie die Impfstoffe und in diesem Zusammenhang anfallende Arztkosten bis max. 250,- EUR pro Kalenderjahr; Ein evtl. vereinbarter Selbstbehalt wird nicht angerechnet;
- g. 100% für Geburtshilfe und Nachsorge durch eine Hebamme bzw. einen Entbindungspfleger. Erstattet werden neben den Entbindungskosten alle medizinisch notwendigen Untersuchungen und Behandlungen im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge. Es gilt eine Wartezeit von 10 Monaten. Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an;
- h. 100% für ärztlich verordnete Heilmittel, und zwar Bäder, Krankengymnastik, manuelle Therapie, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige elektrische und physikalische Behandlungen;
- i. 100% für Osteopathie / Chiropraktik bis zu 10 Behandlungen pro Kalenderjahr; max. 150,- EUR pro Behandlung;
- j. 100% für medizinisch notwendige Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten. Dazu zählen ärztliche Untersuchungen zur Krebsvorsorge, Ultraschalluntersuchungen von Organen, EKG, Blutdruckmessung, Glaukomvorsorge, Urin- und Stuhluntersuchungen, Vorsorgeuntersuchungen zum Entwicklungsstand von Kindern sowie Blutbild und Blutbildbestandteile. Weiterhin besteht ein Leistungsanspruch für präventive Laboruntersuchungen. Diese Leistungen sind bis max. 600,- EUR alle zwei volle Kalenderjahre versichert. Bei unterjährigem Versicherungsbeginn besteht Leistungsanspruch ab Beginn des Folgejahres. Ein evtl. vereinbarter Selbstbehalt wird nicht angerechnet;
- k. 100% für ärztlich verordnete Hilfsmittel bis max. 1.000,- EUR pro Kalenderjahr;
- l. 100% für Sehhilfen (Brillen, Kontaktlinsen) bis max. 300,- EUR alle zwei volle Kalenderjahre; bei unterjährigem Versicherungsbeginn besteht Leistungsanspruch ab Beginn des Folgejahres;
- m. 100% für ambulante Psychotherapie bis zu 15 Sitzungen pro Kalenderjahr; max. 150,- EUR pro Sitzung;
- n. 100% für ambulante Krankentransporte
Erstattungsfähig ist der medizinisch notwendige Krankentransport zum und vom Arzt, Zahnarzt oder Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Notfall oder Unfall;
- o. 100% für ambulante Transportkosten
Erstattungsfähig sind Fahrten zur Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapie sowie die Fahrt zu und von einer ambulanten Operation (am Tag der Operation).

Als Fahrten gelten: medizinisch notwendiger Krankentransport, die Inanspruchnahme eines Krankenfahrdienstes, eines Taxis oder privat organisiert mit Kilometerpauschale (0,30 EUR pro Kilometer);
- p. 100% für erstattungsfähige Aufwendungen für medizinisch notwendige podologische Heilbehandlungen. Um anspruchsberechtigt zu sein, müssen diese Leistungen von einem Arzt verordnet werden. Zudem muss die Verordnung vor Behandlungsbeginn ausgestellt werden und die Diagnose, die Art der Erkrankung und die erforderliche Anzahl der

Behandlungseinheiten ausweisen. Die Kosten werden bis max. 100,- EUR pro Kalenderjahr übernommen.

2. Stationäre Behandlungen

- a. 100% für Behandlungen (Chefarzt) im 1- oder 2-Bettzimmer, Unterkunft und Verpflegung bei stationärer Heilbehandlung. Dazu zählen die allgemeinen Krankenhausleistungen, Sachleistungen (z. B. Medikamente, Chemotherapeutika etc.) und Nebenkosten (z. B. OP-Saal-Benutzung);
- b. 100% für Physiotherapie, inklusive Massagen;
- c. 100% für Therapien, inklusive Ergotherapie, Lichttherapie, Hydrotherapie, Inhalationen, Packungen, medizinische Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie;
- d. 100% für lebenserhaltende Hilfsmittel z. B. Beatmungsgeräte zur lebenserhaltenden Beatmung, Überwachungsgeräte für Atmungs- und Herzfrequenz, Systeme zur Heimdialyse und zur Sauerstofftherapie);
- e. 100% für Leistungen für Schwangerschaft und Entbindung. Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers im Krankenhaus inkl. Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen sowie Neugeborenenpflege. Es gilt eine Wartezeit von 10 Monaten; Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.
- f. Die Wartezeit entfällt bei durch akute Beschwerden hervorgerufene, medizinisch notwendige Schwangerschaftsbehandlungen und Behandlungen wegen Fehlgeburt sowie medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche und Entbindungen bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche (Frühgeburt), sofern die Behandlungsnotwendigkeit bei Versicherungsbeginn noch nicht feststand;
- g. 100% für Krebstherapie, onkologische Arzneimittel und Heilbehandlung, inklusive wiederherstellender Chirurgie nach Brustkrebs bis max. 100.000,- EUR;
- h. 100% für Knochenmark- und Organtransplantationen (Übernahme der Kosten für den Spender und den Empfänger);
- i. 100% für stationäre oder teilstationäre Anschlussheilbehandlung (AHB). Stationäre Anschlussheilbehandlungen, wenn eine mit ihr in Zusammenhang stehende stationäre Krankenhausbehandlung vorausgegangen ist und die Anschlussheilbehandlung spätestens zwei Wochen nach Abschluss dieser stationären Krankenhausbehandlung beginnt bis zu einer max. Dauer von 21 Tagen;
- j. 100% für den Transport zum nächsterreichbaren geeigneten Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Unfall oder Notfall;
- k. 100% für Hospizversorgung bis zu einer max. Dauer von 42 Tage;
- l. 100% für häusliche Krankenpflege nach einem mindestens zweiwöchigen ununterbrochenen stationären Krankenhausaufenthalt. Die medizinische Notwendigkeit der häuslichen Krankenpflege ist durch ein ärztliches Gutachten nachzuweisen. Unter den Versicherungsschutz fallen Leistungen der häuslichen Krankenpflege, die üblicherweise ärztliche Leistungen darstellen (z. B. Verbandwechsel, Stoma-Versorgung, Medikamentengabe etc.). Die Erstattung beträgt max. 200,- EUR pro Tag, max. 1.400,- EUR pro versicherter Person und Kalenderjahr. Sonstige Pflegeleistungen wie z. B. Waschen, Anziehen, Haushaltsführung etc. fallen nicht unter den Versicherungsschutz;
- m. Rooming-In Unterkunft und Verpflegung einer elterlichen Begleitperson für Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (18. Geburtstag) bei einer stationären Krankenhausbehandlung;
- n. 100% für einen Blutkonserventransport. Werden an einem Operationsort Blutkonserven für eine Operation medizinisch notwendig und muss bei den vor Ort vorhandenen Blutkonserven mit HIV-Infektionen gerechnet werden oder sind die notwendigen Blutkonserven vor Ort nicht vorhanden, werden die notwendigen Kosten für einen Blutkonserventransport ins Ausland erstattet.

3. Zahnbehandlungen

Ohne Selbstbehalt werden folgende Leistungen übernommen:

- a. 100% für Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Zahn-, Mund und Kieferkrankheiten einmal pro Kalenderjahr;
- b. 100% für professionelle Zahnreinigung bis max. 150,- EUR pro Kalenderjahr;
- c. 100% für Zahnbehandlungen (z. B. Extraktionen, Wurzelbehandlungen, Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums, schmerzstillende Behandlungen, einfache Zahnfüllungen);
- d. 100% für Nachtschiene / Knirscherschiene.

4. Zahnersatz und Kieferorthopädie

Ohne Selbstbehalt werden folgende Leistungen übernommen:

- a. 60% für Zahnersatz sowie Zahn- und Kieferregulierung (kieferorthopädische Behandlung bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres; d. h. der 20. Geburtstag). Die Kosten werden bis max. 8.000,- EUR pro Kalenderjahr übernommen;

Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für Zahnersatz (z. B. Prothesen, Stützähne, Brücken, Kronen, Inlays/Onlays, Implantate), Reparaturen am Zahnersatz sowie für Zahn- und Kieferregulierung, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen, einschließlich Vor- und Nachbehandlungen.

Es gilt eine Wartezeit von 10 Monaten.

Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an. Sie entfällt bei Unfällen, welche nach Versicherungsbeginn eintreten.

5. Krankenrücktransport und Bergungskosten

- a. 100% für Krankenrücktransport

Der Versicherer erstattet die Kosten für einen Rücktransport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus aus dem Ausland ins Heimatland der versicherten Person, sofern der Rücktransport medizinisch sinnvoll und vertretbar ist. Die Beurteilung eines Krankenrücktransportes erfolgt durch einen beratenden Arzt des Versicherers in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt im Aufenthaltsland.

Erstattungsfähig sind auch die Kosten einer Begleitperson, sofern diese aus medizinischen Gründen erforderlich und angeordnet ist.

Rettungsflüge, d. h. Krankentransporte mit einem speziell dafür ausgerüsteten und zugelassenen Ambulanzflugzeug, sind ebenfalls eingeschlossen, sofern diese nach ärztlicher Bescheinigung die einzige Möglichkeit ist, das Leben schwer erkrankter oder verletzter versicherter Personen zu retten und von einem nach der Richtlinie für die Durchführung von Ambulanzflügen anerkannten Flugrettungsunternehmen durchgeführt werden;

- b. 100% für Rückholung mitversicherter Kinder inkl. Begleitperson; Sofern die hauptversicherte Person sowie alle mitversicherten Personen zurücktransportiert wurden, werden darüber hinaus die notwendigen Kosten einer Rückholung mitversicherter Kinder unter 18 Jahren und einer Begleitperson, bis zu einem Gesamtbetrag von max. 5.000,- EUR erstattet;
- c. 100% für Bergungskosten
Muss die versicherte Person aufgrund eines Unfalls gesucht, gerettet oder geborgen werden, erstattet der Versicherer hierfür die Kosten bis zu einer Höhe von max. 10.000,- EUR.

6. Leistungen bei vorübergehenden Aufenthalten im Heimatland

Im Rahmen des Tarifes Care Expat World Comfort besteht während der vereinbarten Versicherungslaufzeit des Auslandsaufenthaltes Versicherungsschutz für vorübergehende Aufenthalte der versicherten Person im Heimatland gemäß § 6 Ziff. 1 Buchstabe b des Allgemeinen Teils dieser Bedingungen für die Dauer von 180 Tagen pro Kalenderjahr.

- e. 100% für Behandlung durch Akupunktur, Homöopathie, Heilpraktiker, Phytotherapie und Behandlungsmethoden der Traditionellen chinesischen Medizin (TCM), sowie Präparate und Heilmittel bis max. 1.500,- EUR pro Kalenderjahr;
- f. 100% für Schutzimpfungen - auch berufsbedingte oder solche aus Anlass von Auslandsreisen - sowie die Impfstoffe und in diesem Zusammenhang anfallende Arztkosten bis max. 500,- EUR pro Kalenderjahr; Ein evtl. vereinbarter Selbstbehalt wird nicht angerechnet.
- g. 100% für Geburtshilfe und Nachsorge durch eine Hebamme bzw. einen Entbindungspfleger. Erstattet werden neben den Entbindungskosten alle medizinisch notwendigen Untersuchungen und Behandlungen im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge. Es gilt eine Wartezeit von 10 Monaten. Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an;
- h. 100% der Kosten für das Ersttrimesterscreening sowie eine Amniozentese; Ein evtl. vereinbarter Selbstbehalt wird nicht angerechnet; Es gilt eine Wartezeit von 10 Monaten. Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an;
- i. 100% für ärztlich verordnete Heilmittel, und zwar Bäder, Krankengymnastik, manuelle Therapie, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige elektrische und physikalische Behandlungen;
- j. 100% für Osteopathie / Chiropraktik bis zu 20 Behandlungen pro Kalenderjahr; max. 200,- EUR pro Behandlung;
- k. 100% für Ergotherapie;
- l. 100% für Logopädie (ab dem 18. Lebensjahr);
- m. 100% für medizinisch notwendige Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten. Dazu zählen ärztliche Untersuchungen zur Krebsvorsorge, Ultraschalluntersuchungen von Organen, EKG, Blutdruckmessung, Glaukomvorsorge, Urin- und Stuhluntersuchungen, Vorsorgeuntersuchungen zum Entwicklungsstand von Kindern sowie Blutbild und Blutbildbestandteile. Weiterhin besteht ein Leistungsanspruch für präventive Laboruntersuchungen. Diese Leistungen sind bis max. 1.200,- EUR alle zwei volle Kalenderjahre versichert. Bei unterjährigem Versicherungsbeginn besteht Leistungsanspruch ab Beginn des Folgejahres. Ein evtl. vereinbarter Selbstbehalt wird nicht angerechnet;
- n. 100% für ärztlich verordnete Hilfsmittel bis max. 1.500,- EUR pro Kalenderjahr;
- o. 100% für Sehhilfen (Brillen, Kontaktlinsen) bis max. 500,- EUR alle zwei volle Kalenderjahre; bei unterjährigem Versicherungsbeginn besteht Leistungsanspruch ab Beginn des Folgejahres;
- p. 100% für ambulante Psychotherapie bis zu 25 Sitzungen pro Kalenderjahr; max. 150,- EUR pro Sitzung;
- q. 100% für operative Maßnahmen zur Behebung der Fehlsichtigkeit (z. B. LASIK). Es werden einschließlich der erforderlichen Vor- und Nachuntersuchungen operative Maßnahmen zur Behebung einer Fehlsichtigkeit erstattet. Die Aufwendungen sind bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 2.000,- EUR je Auge während der gesamten Versicherungslaufzeit erstattungsfähig. Es gilt eine Wartezeit von zwei vollen Kalenderjahren. Bei unterjährigem Versicherungsbeginn beginnt die Wartezeit ab Beginn des Folgejahres;
- r. 100% für ambulante Krankentransporte
Erstattungsfähig ist der medizinisch notwendige Krankentransport zum und vom Arzt, Zahnarzt oder Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Notfall oder Unfall;
- s. 100% für ambulante Transportkosten
Erstattungsfähig sind Fahrten zur Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapie sowie die Fahrt zu und von einer ambulanten Operation (am Tag der Operation).

Als Fahrten gelten: medizinisch notwendiger Krankentransport, die Inanspruchnahme eines Krankenfahrdienstes, eines Taxis oder privat organisiert mit Kilometerpauschale (0,30 EUR pro Kilometer);

- t. 100% für erstattungsfähige Aufwendungen für medizinisch notwendige podologische Heilbehandlungen. Um anspruchsberechtigt zu sein, müssen diese Leistungen von einem Arzt verordnet werden. Zudem muss die Verordnung vor Behandlungsbeginn ausgestellt werden und die Diagnose, die Art der Erkrankung und die erforderliche Anzahl der Behandlungseinheiten ausweisen. Die Kosten werden bis max. 200,- EUR pro Kalenderjahr übernommen.

B III. Tarif Care Expat World Premium - Tarifbedingungen (TB/CEW2026_05Pr)

Der Versicherer erstattet die nach Beginn des Versicherungsschutzes und nach Ablauf der Wartezeit entstandenen Kosten medizinisch notwendiger Heilbehandlungen.

Im Tarif **Premium** sind folgende Leistungen enthalten:

1. Ambulante Leistungen

- a. 100% für ärztliche Beratungen, Besuche und Verrichtungen, einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten. Dazu zählen auch ärztliche Leistungen der Onkologie;
- b. 100% für ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel;
- c. 100% für lebenserhaltende Hilfsmittel z. B. Beatmungsgeräte zur lebenserhaltenden Beatmung, Überwachungsgeräte für Atmungs- und Herzfrequenz, Systeme zur Heimdialyse und zur Sauerstofftherapie);
- d. 100% für diagnostische Untersuchungen; Hierzu zählen u. a. Pathologie, Radiologie, Computertomographie (CT), Kernspintomographie (Magnetresonanztomographie, MRT) und Positronen-Emissions-Tomographie (PET), Röntgen-, Radium- und Isotopenleistungen;

2. Stationäre Behandlungen

- a. 100% für Behandlungen (Chefarzt) im 1- oder 2-Bettzimmer, Unterkunft und Verpflegung bei stationärer Heilbehandlung. Dazu zählen die allgemeinen Krankenhausleistungen, Sachleistungen (z. B. Medikamente, Chemotherapeutika etc.) und Nebenkosten (z. B. OP-Saal-Benutzung);
- b. 100% für Physiotherapie, inklusive Massagen;
- c. 100% für Therapien, inklusive Ergotherapie, Lichttherapie, Hydrotherapie, Inhalationen, Packungen, medizinische Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie;
- d. 100% für lebenserhaltende Hilfsmittel z. B. Beatmungsgeräte zur lebenserhaltenden Beatmung, Überwachungsgeräte für Atmungs- und Herzfrequenz, Systeme zur Heimdialyse und zur Sauerstofftherapie);
- e. 100% für Leistungen für Schwangerschaft und Entbindung. Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspfleger im Krankenhaus inkl. Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen sowie Neugeborenenpflege. Es gilt eine Wartezeit von 10 Monaten; Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.
- f. Der Versicherer erstattet durch akute Beschwerden hervorgerufene, medizinisch notwendige Schwangerschaftsbehandlungen und Behandlungen wegen Fehlgeburt sowie medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche und Entbindungen bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche (Frühgeburt), sofern die Behandlungsnotwendigkeit bei Versicherungsbeginn noch nicht feststand;
- g. 100% für Krebstherapie, onkologische Arzneimittel und Heilbehandlung, inklusive wiederherstellender Chirurgie nach Brustkrebs;
- h. 100% für Knochenmark- und Organtransplantationen (Übernahme der Kosten für den Spender und den Empfänger);
- i. 100% für stationäre oder teilstationäre Anschlussheilbehandlung (AHB). Stationäre Anschlussheilbehandlungen, wenn eine mit ihr in Zusammenhang stehende stationäre Krankenhausbehandlung vorausgegangen ist und die Anschlussheilbehandlung spätestens zwei Wochen nach Abschluss dieser stationären Krankenhausbehandlung beginnt bis zu einer max. Dauer von 28 Tagen;
- j. 100% für den Transport zum nächsterreichbaren geeigneten Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Unfall oder Notfall;
- k. 100% für stationäre Psychotherapie bis zu einer Dauer von max. 42 Tagen.
Nicht versichert sind Behandlungen, bei denen der alleinige Aufnahmegrund die psychischen Erkrankungen sind, z. B. Alkoholentzug.
- l. 100% für Hospizversorgung bis zu einer max. Dauer von 56 Tage;
- m. 100% für häusliche Krankenpflege nach einem mindestens zweiwöchigen ununterbrochenen stationären Krankenhausaufenthalt. Die medizinische Notwendigkeit der häuslichen Krankenpflege ist durch ein ärztliches Gutachten nachzuweisen. Unter den Versicherungsschutz fallen Leistungen der häuslichen Krankenpflege, die üblicherweise ärztliche Leistungen darstellen (z. B. Verbandwechsel, Stoma-Versorgung, Medikamentengabe etc.). Die Erstattung beträgt max. 200,- EUR pro Tag, max. 1.400,- EUR pro versicherter Person und Kalenderjahr. Sonstige Pflegeleistungen wie z. B. Waschen, Anziehen, Haushaltsführung etc. fallen nicht unter den Versicherungsschutz;
- n. Rooming-In Unterkunft und Verpflegung einer elterlichen Begleitperson für Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (18. Geburtstag) bei einer stationären Krankenhausbehandlung;
- o. 100% für einen Blutkonserventransport. Werden an einem Operationsort Blutkonserven für eine Operation medizinisch notwendig und muss bei den vor Ort vorhandenen Blutkonserven mit HIV-Infektionen gerechnet werden oder sind die notwendigen Blutkonserven vor Ort nicht vorhanden, werden die notwendigen Kosten für einen Blutkonserventransport ins Ausland erstattet.

3. Zahnbehandlungen

- Ohne Selbstbehalt werden folgende Leistungen übernommen:
- a. 100% für Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Zahn-, Mund und Kieferkrankheiten einmal pro Kalenderjahr;
 - b. 100% für professionelle Zahnreinigung bis max. 250,- EUR pro Kalenderjahr;
 - c. 100% für Zahnbehandlungen (z. B. Extraktionen, Wurzelbehandlungen, Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums, schmerzstillende Behandlungen, einfache Zahnfüllungen);
 - d. 100% für Nachtschiene / Knirscherschiene.

4. Zahnersatz und Kieferorthopädie

Ohne Selbstbehalt werden folgende Leistungen übernommen:

- a. 80% für Zahnersatz sowie Zahn- und Kieferregulierung (kieferorthopädische Behandlung bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres; d. h. der 20. Geburtstag). Die Kosten werden bis max. 10.000,- EUR pro Kalenderjahr übernommen;

Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für Zahnersatz (z. B. Prothesen, Stützähne, Brücken, Kronen, Inlays/Onlays, Implantate), Reparaturen am Zahnersatz sowie für Zahn- und Kieferregulierung, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen, einschließlich Vor- und Nachbehandlungen.

Es gilt eine Wartezeit von 10 Monaten.

Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an. Sie entfällt bei Unfällen, welche nach Versicherungsbeginn eintreten.

5. Krankentransport und Bergungskosten

- a. 100% für Krankentransport
Der Versicherer erstattet die Kosten für einen Rücktransport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus aus dem Ausland ins Heimatland der versicherten Person, sofern der Rücktransport medizinisch sinnvoll und vertretbar ist. Die Beurteilung eines Krankentransportes erfolgt durch einen beratenden Arzt des Versicherers in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt im Aufenthaltsland.

Erstattungsfähig sind auch die Kosten einer Begleitperson, sofern diese aus medizinischen Gründen erforderlich und angeordnet ist.

Rettungsflüge, d. h. Krankentransporte mit einem speziell dafür ausgerüsteten und zugelassenen Ambulanzflugzeug, sind ebenfalls eingeschlossen, sofern diese nach ärztlicher Bescheinigung die einzige Möglichkeit ist, das Leben schwer erkrankter oder verletzter versicherter Personen zu retten und von einem nach der Richtlinie für die Durchführung von Ambulanzflügen anerkannten Flugrettungsunternehmen durchgeführt werden;

- b. 100% für Rückholung mitversicherter Kinder inkl. Begleitperson
Sofern die hauptversicherte Person sowie alle mitversicherten Personen zurücktransportiert wurden oder verstorben sind, werden darüber hinaus die notwendigen Kosten einer Rückholung mitversicherter Kinder unter 18 Jahren und einer Begleitperson, bis zu einem Gesamtbetrag von max. 5.000,- EUR erstattet;
- c. 100% für Bergungskosten
Muss die versicherte Person aufgrund eines Unfalls gesucht, gerettet oder geborgen werden, erstattet der Versicherer hierfür die Kosten bis zu einer Höhe von max. 15.000,- EUR.

6. Leistungen bei vorübergehenden Aufenthalten im Heimatland

Im Rahmen des Tarifes Care Expat World Premium besteht während der vereinbarten Versicherungslaufzeit des Auslandsaufenthaltes Versicherungsschutz für vorübergehende Aufenthalte der versicherten Person im Heimatland gemäß § 6 Ziff. 1 Buchstabe b des Allgemeinen Teils dieser Bedingungen für die Dauer von 180 Tagen pro Kalenderjahr.

Gesetzesauszüge als Anhang an die VB-KV 2026_05 (CEW2026_05)

AUSZUG AUS DEM VERSICHERUNGSVERTRAGSGESETZ (VVG)

§ 8 Widerrufsrecht des Versicherungsnehmers

(1) Der Versicherungsnehmer kann seine Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen widerrufen. Der Widerruf ist in Textform gegenüber dem Versicherer zu erklären und muss keine Begründung enthalten; zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung.

(2) Die Widerrufsfrist beginnt zu dem Zeitpunkt, zu dem folgende Unterlagen dem Versicherungsnehmer in Textform zugegangen sind:

1. der Versicherungsschein und die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die weiteren Informationen, die nach der VVG-Informationspflichtenverordnung mitzuteilen sind und
2. eine deutlich gestaltete Belehrung über das Widerrufsrecht und über die Rechtsfolgen des Widerrufs, die dem Versicherungsnehmer seine Rechte entsprechend den Erfordernissen des eingesetzten Kommunikationsmittels deutlich macht und die den Namen und die Anschrift desjenigen, gegenüber dem der Widerruf zu erklären ist, sowie einen Hinweis auf den Fristbeginn und auf die Regelungen des Abs. 1 Satz 2 enthält.

Die Belehrung genügt den Anforderungen des Satzes 1 Nr. 2, wenn das Bundesministerium der Justiz aufgrund einer Rechtsverordnung nach § 8 Absatz 5 VVG veröffentlichte Muster verwendet wird. Der Nachweis über den Zugang der Unterlagen nach Satz 1 obliegt dem Versicherer.

(3) Das Widerrufsrecht besteht nicht

1. bei Versicherungsverträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat,
2. bei Versicherungsverträgen über vorläufige Deckung, es sei denn, es handelt sich um einen Fernabsatzvertrag im Sinn des § 312b Abs. 1 und 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs, [...]

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19 Anzeigepflicht

(1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme, Fragen im Sinne des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. [...]

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er nur leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

(5) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

(2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

(1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

- (2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

§193 Versicherte Person; Versicherungspflicht

- (3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5.000,- EUR begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5.000,- EUR. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die
1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder
 2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder
 3. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben oder
 4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskostenversicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1.

§ 194 Anzuwendende Vorschriften

- (1) Soweit der Versicherungsschutz nach den Grundsätzen der Schadensversicherung gewährt wird, sind die §§ 74bis 80 und 82 bis 87 anzuwenden. Die §§ 23 bis 27 und 29 sind auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden. §19 Abs. 4 ist auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden, wenn der Versicherungsnehmer die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten hat. Abweichend von § 21 Abs. 3 Satz 1 beläuft sich die Frist für die Geltendmachung der Rechte des Versicherers auf drei Jahre.
- (2) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrags Erstattungsleistungen erbracht hat, ist § 86 Abs. 1 und 2 entsprechend anzuwenden.
- (3) Die §§ 43 bis 48 sind auf die Krankenversicherung mit der Maßgabe anzuwenden, dass ausschließlich die versicherte Person die Versicherungsleistung verlangen kann, wenn der Versicherungsnehmer sie gegenüber dem Versicherer in Textform als Empfangsberechtigten der Versicherungsleistung benannt hat; die Benennung kann widerrufen oder unwiderruflich erfolgen. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Versicherungsleistung verlangen. Einer Vorlage des Versicherungsscheins bedarf es nicht.

§ 195 Versicherungsdauer

- (1) Die Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), ist vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 und der §§ 196 und 199 unbefristet. Wird die nicht substitutive Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben, gilt Satz 1 entsprechend.
- (2) Bei Ausbildungs-, Auslands-, Reise- und Restschuldkrankenversicherungen können Versicherungslaufzeiten vereinbart werden.
- (3) Bei der Krankenversicherung einer Person mit befristetem Aufenthaltstitel für das Inland kann vereinbart werden, dass sie spätestens nach fünf Jahren endet. Ist 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 neue Vertrag mit einem anderen Versicherer geschlossen wird.

§ 205 Kündigung des Versicherungsnehmers

- (3) Ergibt sich aus dem Versicherungsvertrag, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintreten anderer dort genannter Voraussetzungen die Prämie für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder die Prämie unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens kündigen, wenn sich die Prämie durch die Änderung erhöht.
- (4) Erhöht der Versicherer auf Grund einer Anpassungsklausel die Prämie oder vermindert er die Leistung, kann der Versicherungsnehmer hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Prämienhöhung oder die Leistungsminderung wirksam werden soll.

§ 213 Erhebung personenbezogener Gesundheitsdaten bei Dritten

- (1) Die Erhebung personenbezogener Gesundheitsdaten durch den Versicherer darf nur bei Ärzten, Krankenhäusern und sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen und Pflegepersonen, anderen Personenversicherern und gesetzlichen Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden erfolgen; sie ist nur zulässig, soweit die Kenntnis der Daten für die Beurteilung des zu versichernden Risikos oder der Leistungspflicht erforderlich ist und die betroffene Person eine Einwilligung erteilt hat.
- (2) Die nach Absatz 1 erforderliche Einwilligung kann vor Abgabe der Vertragserklärung erteilt werden. Die betroffene Person ist vor einer Erhebung nach Absatz 1 zu unterrichten; sie kann der Erhebung widersprechen.
- (3) Die betroffene Person kann jederzeit verlangen, dass eine Erhebung von Daten nur erfolgt, wenn jeweils in die einzelne Erhebung eingewilligt worden ist.
- (4) Die betroffene Person ist auf diese Rechte hinzuweisen, auf das Widerspruchsrecht nach Absatz 2 bei der Unterrichtung.

AUSZUG AUS DEM VERSICHERUNGAUFSICHTSGESETZ (VAG)

§ 153 Nottagentarif

- (1) Nichtzahler nach § 193 Absatz 7 des Versicherungsvertragsgesetzes bilden einen Tarif im Sinne des § 155 Absatz 3 Satz 1. Der Nottagentarif sieht ausschließlich die Aufwendererstattung für Leistungen vor, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Abweichend davon sind für versicherte Kinder und Jugendliche zudem insbesondere Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen und für Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommision beim Robert Koch-Institut gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfiehlt, zu erstatten.

- (2) Für alle im Notlagentarif Versicherten ist eine einheitliche Prämie zu kalkulieren, im Übrigen gilt § 146 Absatz 1

Nummer 1 und 2. Für Versicherte, deren Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gewährt der Notlagentarif Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten. § 152 Absatz 3 ist entsprechend anzuwenden. Die kalkulierten Prämien aus dem Notlagentarif dürfen nicht höher sein, als es zur Deckung der Aufwendungen für Versicherungsfälle aus dem Tarif erforderlich ist. Mehraufwendungen, die zur Gewährleistung der in Satz 3 genannten Begrenzungen entstehen, sind gleichmäßig auf alle Versicherungsnehmer des Versicherers mit einer Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Absatz 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes erfüllt, zu verteilen. Auf die im Notlagentarif zu zahlende Prämie ist die Alterungsrückstellung in der Weise anzurechnen, dass bis zu 25 Prozent der monatlichen Prämie durch Entnahme aus der Alterungsrückstellung geleistet werden.

AUSZUG AUS DEM STRAFGESETZBUCH (STGB)

§218a Strafflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs

- (2) Der mit Einwilligung der Schwangeren von einem Arzt vorgenommene Schwangerschaftsabbruch ist nicht rechtswidrig, wenn der Abbruch der Schwangerschaft unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt ist, um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden, und die Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann.
- (3) Die Voraussetzungen des Absatzes 2 gelten bei einem Schwangerschaftsabbruch, der mit Einwilligung der Schwangeren von einem Arzt vorgenommen wird, auch als erfüllt, wenn nach ärztlicher Erkenntnis an der Schwangeren eine rechtswidrige Tat nach den §§ 176 bis 179 des Strafgesetzbuches begangen worden ist, dringende Gründe für die Annahme sprechen, dass die Schwangerschaft auf der Tat beruht, und seit der Empfängnis nicht mehr als zwölf Wochen vergangen sind.

AUSZUG AUS DEM BÜRGERLICHEN GESETZBUCH (BGB)

§195 Regelmäßige Verjährungsfrist

Die regelmäßige Verjährungsfrist beträgt drei Jahre.

Versicherungsbedingungen für die Anwartschaft Krankenversicherung Optionstarif (AWV) bei der Barmenia Krankenversicherung AG Gruppenversicherung VB-AWV 2026_05 (AWV2026_05)



Optionstarif (AWV) für den Abschluss einer Krankenversicherung

Grundlage für Ihren Versicherungsschutz ist der Optionstarif (AWV) in Verbindung mit Teil A Allgemeiner Teil und Teil B Besonderer Teil dieser Versicherungsbedingungen:

Teil A Allgemeiner Teil gültig für die in Teil B aufgeführten Tarife und

Teil B Besonderer Teil: Leistungsbeschreibung der jeweiligen Tarife zum Gruppenvertrag Care Expat World®

Die Teile A und B finden Sie in einer separaten Unterlage.

Teil C Optionstarif (AWV). Der Teil C liegt Ihnen hier vor.

Die Abwicklung dieses Versicherungsvertrages erfolgt im Auftrag des Versicherers durch die Care Concept AG, Am Herz Jesu Kloster 20, 53229 Bonn (nachfolgend „Care Concept AG“).

Darüber hinaus fungiert die Care Concept AG als Zahlstelle für den ISPA e. V. Soweit in diesen Bedingungen der Begriff „Versicherung“ oder „Versicherungsschutz“ verwendet wird, bezeichnet dieser nicht den Abschluss eines eigenständigen Versicherungsvertrages mit dem Versicherer. Vielmehr bezieht sich der Begriff ausschließlich auf den Versicherungsschutz, der der versicherten Person aus der Mitgliedschaft im ISPA e. V. auf Grundlage der zu diesem Zweck bestehenden Versicherungsverträge gewährt wird.

Der **Optionstarif (AWV)** räumt der versicherten Person das Recht ein, zu einem späteren Zeitpunkt ohne erneute Gesundheitsprüfung dem Gruppenversicherungsvertrag **Care Expat World®** zu den hierfür geltenden Versicherungsbedingungen beizutreten. Der **Optionstarif (AWV)** begründet selbst keinen Anspruch auf Krankenversicherungsleistungen und stellt keine substitutive Krankenversicherung dar.

§ 1 Versicherbare Personen und Versicherungsfähigkeit

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

Wer kann versichert werden?

Nach dem **Optionstarif (AWV)** können folgende Personen versichert werden:

Grundsätzlich sind die Personen versichert, die in der Versicherungsbestätigung namentlich genannt sind und für welche die vereinbarte Prämie gezahlt wurde, sofern folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

1. Abschluss des Optionstarifes (AWV) vor Beitritt zum Gruppenversicherungsvertrag:

- Versicherungsfähig sind Personen, die
- in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in der Bundesrepublik Deutschland versichert sind;
 - in der privaten Krankheitskosten-Vollversicherung in der Bundesrepublik Deutschland (PKV) versichert sind;
 - in der Bundesrepublik Deutschland Anspruch auf Heilfürsorge haben;
 - in der Europäischen Union, der Schweiz und dem Vereinigten Königreich über einen dort bestehenden entsprechenden (substitutiven) Krankenversicherungsschutz für ambulante und stationäre Heilbehandlung verfügen.

Um über die Versicherbarkeit einer zu versichernden Person entscheiden zu können, unterzieht sich diese im Rahmen der Antragstellung einer Gesundheitsprüfung in Form eines Interviewtermins. Die Beantwortung der im Interview gestellten Gesundheitsfragen und die dazu gemachten Angaben müssen wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen erfolgen.

2. Abschluss des Optionstarifes (AWV) nach Beitritt zum Gruppenversicherungsvertrag:

- Versicherungsfähig sind,
- diejenigen Personengruppen, die unter Ziffer 1 genannt sind und zu dem im Gruppenversicherungsvertrag **Care Expat World®** definierten Personenkreis gehören;
 - diejenigen Personen, die vorübergehend eine unselbständige Beschäftigung/ Tätigkeit (Angestellte) ausüben, sofern sie für die Dauer dieser Tätigkeit über einen substitutiven Krankenversicherungsschutz verfügen, der Leistungen für medizinisch notwendige ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst.

3. Mindest- und Höchstalter im Optionstarif (AWV)

Ein Mindestalter für den Abschluss des **Optionstarifes (AWV)** gibt es nicht. Der Abschluss des **Optionstarifes (AWV)** kann nicht mehr erfolgen ab Beginn des Jahres, in dem die hauptversicherte Person bzw. versicherte Person 60 Jahre alt wird.

4. Wer ist nicht versicherbar?

- Nicht versicherbar, trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, die
- bei Abschluss des **Optionstarifes (AWV)** nicht die Voraussetzungen des § 1 Ziff. 1 bzw. 2 erfüllen;
 - sich bei Abschluss des **Optionstarifes (AWV)** in dem Kalenderjahr befinden, in dem sie das 60. Lebensjahres (60. Geburtstag) vollenden bzw. bereits vollendet haben.

5. Voraussetzungen des Optionsrechtes während der Versicherungsdauer

- Voraussetzung für den Fortbestand des Versicherungsschutzes des **Optionstarifes (AWV)** ist, dass während der gesamten Versicherungsdauer für die versicherte Person ein lückenloser und aktiver Krankenversicherungsschutz für ambulante und stationäre Heilbehandlung besteht. Auf die Regelungen des § 1 Ziffer 1 und 2 wird verwiesen;
- Als Unterbrechung gilt jede Zeit, in der kein entsprechender Versicherungsschutz besteht;
- Kommt es zur Unterbrechung des lückenlosen Krankenversicherungsschutzes gemäß Buchstabe b, kann der Versicherungsschutz des **Optionstarifes (AWV)** nicht mehr aktiviert werden und wird beendet;
- Der Nachweis über das Bestehen einer Krankenversicherung ist auf Verlangen des Versicherers, vertreten durch die Care Concept AG, nachzuweisen.

6. Sind Zeitpunkte der Antragstellung zu beachten?

Der Versicherungsbeginn des **Optionstarifes (AWV)** darf zum Zeitpunkt der Antragstellung maximal 4 Monate in der Zukunft liegen.

§ 2 Beginn, Mindest- und Höchstversicherungsdauer des Optionstarifes (AWV)

- Der **Optionstarif (AWV)** beginnt zu dem in dem Versicherungsschein genannten Zeitpunkt;
- Die Mindestvertragslaufzeit beträgt 12 Monate;
- Die Höchstvertragslaufzeit beträgt 60 Monate.

§ 3 Optionsrecht

1. Was ist versichert?

Der **Optionstarif (AWV)** gewährt der versicherten Person das Recht, zu einem späteren Zeitpunkt dem Gruppenversicherungsvertrag **Care Expat World®** mit den für diesen Tarif geltenden Versicherungsbedingungen ohne erneute Gesundheitsprüfung beizutreten.

Während der Dauer des **Optionstarifes (AWV)** besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen in der Krankenversicherung des Gruppenversicherungsvertrages zum **Care Expat World®**.

Die während der Versicherungsdauer im **Optionstarif (AWV)** eingetretenen Krankheiten und Unfallfolgen, gelten bei der Ausübung der Option nicht als vorvertragliche Versicherungsfälle im Sinne der Bedingungen des **Care Expat World®**.

Der Anspruch auf Leistungen der Krankenversicherung besteht nur für diejenigen Behandlungen, die nach Beginn des Versicherungsschutzes in dem Tarif Care Expat World® durchgeführt werden bzw. eintreten.

Entsprechend gilt für Arznei- und Hilfsmittel, dass diese nur erstattungsfähig sind, soweit sie nach Beginn des Versicherungsschutzes bezogen werden und im gewählten Tarif bedingungsgemäß in den Versicherungsschutz einbezogen sind.

Etwaige Regelungen zu den besonderen Wartezeiten des Gruppenversicherungsvertrages gelten entsprechend den jeweils gültigen Bedingungen des **Care Expat World®**. Für die unter § 1 Ziffer 2 genannten versicherten Personen finden die besonderen Wartezeiten aus den Bedingungen des **Care Expat World®** keine Anwendung, sofern die Versicherungsdauer im **Care Expat World®** mindestens 10 Monate betragen hat und die Unterbrechung des Gruppenversicherungsvertrages **Care Expat World®** nicht länger als sechs Monate bestanden hat.

**Versicherungsbedingungen
für die Anwartschaft Krankenversicherung
Optionstarif (AWV)
bei der Barmenia Krankenversicherung AG
Gruppenversicherung VB-AWV 2026_05 (AWV2026_05)**



2. Wann beginnt der Versicherungsschutz im Optionstarif (AWV)?

Der Optionsversicherungsvertrag beginnt, vorbehaltlich der Annahme des Antrages und Berücksichtigung gesetzlicher Widerrufsrechte, mit dem in der Versicherungsbestätigung bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Zustandekommen des Versicherungsvertrages.

3. Wann kann das Optionsrecht ausgeübt werden und welche Fristen sind zu beachten?

- a. Die versicherten Personen haben das Recht, die Option auszuüben, sofern die Voraussetzungen des § 1 der Versicherungsbedingungen der Krankenversicherung **Care Expat World**® erfüllt sind, einschließlich, aber nicht beschränkt auf, die Ausreise aus dem Heimatland;
- b. Die Ausübung des Optionsrechtes erfolgt durch Erklärung des Hauptversicherten oder der versicherten Personen gegenüber dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, in Textform oder im Online-Verfahren;

Der Beginn des Versicherungsschutzes im Gruppenversicherungsvertrag **Care Expat World**® erfolgt zu dem vereinbarten Zeitpunkt, frühestens jedoch nach Zugang der Ausübungserklärung bei dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG.

Bei Ausübung des Optionsrechtes und Eintritt in die Gruppenversicherung **Care Expat World**® findet **keine erneute Gesundheitsprüfung statt**.

- c. Die Ausübung des Optionsrechtes ist erstmals nach Ablauf der Mindestvertragslaufzeit von 12 Monaten möglich und danach jeweils zum ersten Tag eines Monats.
- d. Für Personen, die bei Abschluss des **Optionstarifes (AWV)** bereits in die Gruppenversicherung **Care Expat World**® einbezogen sind, gilt abweichend von § 1 Ziff. 1:
 - der **Optionstarif (AWV)** kann entsprechend § 1 Ziff. 2 abgeschlossen werden;
 - Das Optionsrecht kann frühestens nach Ablauf einer Mindestvertragslaufzeit von 4 Monaten seit Beginn des **Optionstarifes (AWV)** ausgeübt werden;
 - Nach Ablauf dieser Frist ist die Ausübung jeweils zum ersten Tag eines Monats möglich.

Auf § 1 Ziff. 2 Buchstabe b wird verwiesen.

Krankheiten und Unfallfolgen sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen, wenn deren Behandlung alleiniger oder mitursächlicher Anlass für den Aufenthalt in der übergeordneten Zielregion oder für den Abschluss bzw. die Inanspruchnahme des **Optionstarifes (AWV)** ist.

§ 4 Tarifvarianten

1. Welche Tarife können Sie wählen?

Sie können den **Optionstarif (AWV)** in den Tarifvarianten **Basic**, **Comfort** oder **Premium** abschließen.

Der **Optionstarif (AWV)** berechtigt Sie bei der Auswahl der Krankenversicherung nach den Bedingungen zur Gruppenversicherung **Care Expat World**® zum Beitritt in die folgenden Tarifvarianten:

Tarifvariante Optionstarif (AWV)	berechtigt zum Beitritt zur Tarifvariante Krankenversicherung
Basic	Basic
Comfort	Basic & Comfort
Premium	Basic, Comfort & Premium

Die Zielregion und, sofern eine Versicherungsfähigkeit nach § 1 Ziffer 1 besteht, auch der Selbstbehalt, können frei gewählt werden..

2. Ist ein Tarifwechsel während der Vertragslaufzeit möglich?

Bei der Auswahl der Tarifvariante **Basic** ist kein Wechsel möglich.

Bei einem Wechsel zwischen den Tarifvarianten, d. h. vom Tarif **Premium** zum Tarif **Comfort** oder **Basic** bzw. vom Tarif **Comfort** zum Tarif **Basic**, kann auf eine erneute Gesundheitsprüfung verzichtet werden;

Andere als die vorstehend genannten Tarifwechsel sind nur durch eine erneute Gesundheitsprüfung möglich. Bitte vereinbaren Sie hierzu bei Bedarf einen Termin.

Für den Antrag auf Tarifwechsel durch den Hauptversicherten bzw. die versicherten Personen ist Textform erforderlich. Dies kann auf elektronischem Weg erfolgen, z.B. per E-Mail oder über sonstige von dem Versicherer zur Verfügung gestellte digitale Kommunikationsmittel.

Der neue Tarif beginnt mit dem in der Versicherungsbestätigung angegebenen Zeitpunkt, frühestens jedoch mit Annahme durch den Versicherer.

§ 5 Beendigung des Optionstarifes (AWV)

Der Tarif endet in folgenden Fällen:

- a. mit Ausübung des Optionsrechtes und Beitritt in die Gruppenversicherung **Care Expat World**®;
- b. zum Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person 65 Jahre alt wird;
- c. nach einer Laufzeit von 60 Monaten gerechnet ab Beginn des **Optionstarifes (AWV)**;
- d. durch Kündigung. Die Mindestvertragslaufzeit beträgt 12 Monate. Die hauptversicherte Person kann den Tarif also jederzeit, frühestens jedoch nach Ablauf der Mindestvertragslaufzeit kündigen. Danach kann der Tarif zum Ende des Folgemonats gekündigt werden;
- e. Abweichend von Punkt d. beträgt die Mindestvertragslaufzeit für die in § 1 Ziff. 2 Buchstabe b versicherbaren Personen drei Monate;
- f. wenn die versicherte Person die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit gemäß § 1 dieser Bedingungen nicht mehr erfüllt; jeweils zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzungen weggefallen sind.
- g. wenn die versicherte Person nach § 1 Ziff. 1 und 2 nicht mehr versicherungsfähig ist.

Wenn die Option innerhalb der vereinbarten Vertragslaufzeit nicht ausgeübt wird, erlöschen alle durch die Optionsversicherung erworbenen Rechte automatisch mit Ablauf der Vertragslaufzeit.

Es besteht kein Anspruch auf Rückzahlung der gezahlten Beiträge.

§ 6 Beitrag

1. Welche Beitragshöhe gibt es?

Die Beitragshöhe richtet sich nach der gewählten Tarifvariante.

Der monatliche Beitrag im **Optionstarif (AWV)** beträgt je versicherter Person:

Tarifvarianten	EUR
Basic	29,-
Comfort	39,-
Premium	49,-

2. Wann und wie müssen Sie den Beitrag für den Optionstarif (AWV) zahlen?

- 1. Zahlung Erstbeitrag
 - a. Die Erstprämie ist bei Vertragsbeginn fällig.
 - b. Wird die Erstprämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht erfolgt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Hauptversicherte hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

Ein Anspruch auf Ausübung des Optionsrechtes besteht nicht, solange der Erstbeitrag nicht gezahlt ist.

- 2. Zahlung von Folgebeiträgen
 - a. Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, übersendet der Versicherer dem Hauptversicherten/Mitglied eine Zahlungsaufforderung und setzt eine Zahlungsfrist von zwei Wochen.
 - b. Ist der Hauptversicherte nach Ablauf der gesetzten Frist mit der Zahlung in Verzug, ruht das Optionsrecht.

Während des Ruhens besteht kein Anspruch auf Ausübung des Optionsrechtes.

Eine während des Verzugs erklärte Ausübung des Optionsrechtes ist unwirksam, sofern der Beitragsrückstand nicht vollständig ausgeglichen wird.

**Versicherungsbedingungen
für die Anwartschaft Krankenversicherung
Optionstarif (AWV)
bei der Barmenia Krankenversicherung AG
Gruppenversicherung VB-AWV 2026_05 (AWV2026_05)**



- c. Der Versicherer verbindet die Zahlungsfrist von zwei Wochen mit der Abmeldung der versicherten Person(en) aus dem Vertrag zum Ablauf der Zahlungsfrist. Die Abmeldung wird mit Fristablauf wirksam, wenn der Hauptversicherte/das Mitglied zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung noch in Verzug ist.
 - d. Die Beendigung wird unwirksam, wenn der Hauptversicherte innerhalb eines Monats nach Wirksamwerden der Abmeldung die Zahlung leistet. Dann lebt das Optionsrecht nach vollständiger Zahlung der rückständigen Beiträge wieder auf.
3. Einzelheiten zur Prämien-/Beitragszahlung
- a. Die Zahlung des Erst- und Folgeprämie kann mittels eines der angebotenen Zahlungsmittel (z. B. SEPA-Lastschriftverfahren) erfolgen.
 - b. Wird die Prämie vom Versicherer per SEPA-Lastschriftverfahren von einem Bankkonto oder einem Online-Zahlungsanbieter abgerufen, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn die Prämie am Abbuchungstag eingezogen werden kann und weder der Hauptversicherte noch – für den Fall, dass der Hauptversicherte nicht Inhaber des Kontos ist – der Hauptversicherte bzw. Kontoinhaber dem Zahlungsabruf widerspricht bzw. widersprechen.
- Konnte die Prämie ohne Verschulden des Hauptversicherten nicht eingezogen werden, ist die Zahlung dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach einer Zahlungsaufforderung des Versicherers in Textform (z. B. durch Übersendung per E-Mail, Fax oder Post etc.) erfolgt.
- Der Beitrag ist an die vom Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, benannte Stelle zu entrichten.

§ 7 Welches Recht gilt für den Versicherungsvertrag? Wie ist die Vertragssprache?

- 1. Die Vertragsbestimmungen sind in deutscher Sprache verfasst.
- 2. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.