

Versicherer:

vermittelt durch:



Seite 1 von 2

豪华险申请表	保险号码(由保险公司填写)
代理人	代理人号码 /Vermittler-Nr. 004012000G

申请人或保险持有人(18周岁以上)		
姓/公司名称	出生日期	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
名	国籍	职业
街道名称, 门牌号码	私人电话	公司电话
邮编	城市名称	电子邮件

我申请为下列人员投保		
	被保险人1	被保险人2
姓名	名: 姓:	名: 姓:
出生日期(日.月.年)		
性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
国籍		
职业		
入境日期(日.月.年)		
之前何时在何处保险	保险公司名称: 从何时: 至何时:	保险公司名称: 从何时: 至何时:
保险开始日(日.月.年)		
逗留国家		
保险终止日(日.月.年)		
月保险费	欧元	欧元
	总额:	欧元

保险费自动转帐委托书		
付款方式	<input type="checkbox"/> 月付款	<input type="checkbox"/> 一次性
我授权保险公司定期从我所提供的帐户上自动提取上列合同该支付的保险费。同时声明, 本人对此授权随时有撤销权。		
BIC	IBAN	开户人姓名 (如果申请人和帐户主人不一致时)
银行名称及所在地	帐户主人签字	

申请人签字	
在签字以前, 请您再次审阅您或者您的代理在这份申请当中所提供的信息和声明是否正确和完整. 错误的信息会影响您的保险保障. 另外我们还敬请您签字以前认真阅读申请表注意事项. 特别提请注意有关解除个人数据保护沉默义务的规定. 因为解除沉默义务属于合同的一部分. 一旦有您的签字, 就表明您已经同意该条款. 特此声明, 在我正式递交申请之前我已经看过保险产品介绍/全部保险条款/用户信息/保险法第§19款 第5条和第28款 第4条规定以及数据保护说明。	
请申请人注明申请日期并签字	已成年的所有被保险人签字(18岁以下的由法定代理人签字)



Versicherer:



vermittelt durch:



Seite 2 von 2

Wichtige Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Person(en) sowie Hinweise !

Anwendbares Recht

Auf den Vertrag findet deutsches Recht Anwendung.

Gerichtsstand

Klagen gegen die Advigon können erhoben werden in Vaduz oder an dem Ort, an dem der Versicherungsnehmer zum Zeitpunkt der Klageerhebung seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

Zustandekommen des Vertrages/Beginn

Mir ist bekannt, dass der Versicherungsvertrag frühestens zustande kommt, wenn der Versicherer schriftlich die Annahme des Antrags erklärt hat oder der Versicherungsschein ausgehändigt oder angeboten wird.

Versicherungsbeginn ist der Termin, ab dem Beiträge zu zahlen sind.

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Versicherungsbeginn, jedoch nicht vor dem Zustandekommen des Vertrages, nicht vor Zahlung der Erst- oder Einmalprämie und gegebenenfalls nicht vor Ablauf von Wartezeiten.

Hinweis gemäß § 37 Absatz 2 des Versicherungsvertragsgesetzes

Ist die erste oder einmalige 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.

Widerrufsrecht

Ich kann diesen Antrag bis zum Ablauf von 14 Tagen nach Erhalt des Versicherungsscheins und der Vertragsbestimmungen einschließlich der allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie der weiteren gesetzlich vorgeschriebenen Informationen ohne Angabe von Gründen in Textform (E-Mail, Fax oder per Post) widerrufen. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Wichtig für Antragsteller und Vermittler

Mir ist bekannt, dass ich gemäß § 19 des Versicherungsvertragsgesetzes die in diesem Antrag gestellten Fragen nach bestem Wissen sorgfältig und vollständig beantworten und dabei auch von mir für unwesentlich gehaltene Erkrankungen oder Beschwerden angeben muss. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und ggf. die Leistungen verweigern.

Mir ist bekannt, dass ich im Leistungsfall aufgrund § 28 des Versicherungsvertragsgesetzes verpflichtet bin, jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs der Leistungspflicht erforderlich ist. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann der Versicherer die Leistung im Verhältnis zur Schwere meines Verschuldens kürzen.

Erstattungskonto

Wenn Sie ein spezielles Erstattungskonto wünschen, teilen Sie uns bitte den Kontoinhaber und die Bankverbindung mit.

有不明之处来电联系. 电话号码: +49 228 977 3588
请将填写好后的申请表直接邮寄下列地址

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

或发传真给我们. 传真号码: +49 228 977 35911或将申请表通过电子邮件发给我们. 电子信箱: vertrag@care-concept.de



§ 1 Versicherbare Personen und Versicherungsfähigkeit

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

1. Versichert sind die im Versicherungsschein namentlich genannten Personen, für welche die vereinbarte Prämie bezahlt wurde.
2. Versicherungsfähig sind chinesische Staatsbürger, deren mitreisende Ehegatten bzw. Lebensgefährten und deren Kinder, sofern sie in einer häuslichen Gemeinschaft leben.
3. Versicherungsfähig sind Personen bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres (65. Geburtstag), sofern
 - a. diese sich nur vorübergehend im Ausland aufhalten und
 - b. bei Abschluss des Versicherungsvertrages das 65. Lebensjahr (vor dem 65. Geburtstag) noch nicht vollendet haben (Höchst Eintrittsalter).
4. Versicherungsfähig sind Reisende, die sich voraussichtlich länger als 3 Monate in den Ländern der Mitgliedsstaaten der Europäischen Union bzw. des Schengen-Abkommens aufhalten.
5. Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, die
 - a. bei Versicherungsbeginn bzw. bei Beginn einer Anschlussversicherung (Verlängerung des Versicherungsschutzes durch Abschluss eines unmittelbar anschließenden neuen Versicherungsvertrages) das 65. Lebensjahr (65. Geburtstag) vollendet haben;
 - b. in der Bundesrepublik Deutschland einer gesetzlichen Kranken- und/oder Pflegeversicherungspflicht unterliegen bzw. deren Versicherungsaufnahme gegen geltendes Recht des Aufenthaltslandes verstößt;
 - c. Leistungssport betreiben oder im Rahmen ihres Auslandsaufenthaltes eine körperliche Tätigkeit in einem der in Anlage 1 aufgelisteten Berufe bzw. eine sportliche Tätigkeit gegen Entgelt ausüben. Die Anlage 1 ist Bestandteil dieser Bedingungen;
 - d. die dauernd pflegebedürftig sind sowie Personen, deren Teilhabe am allgemeinen Leben dauerhaft ausgeschlossen ist. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtung des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf;
 - e. zum Zeitpunkt der Antragstellung bei dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, während der Dauer ihres befristeten Aufenthaltstitels in der Bundesrepublik Deutschland einen oder mehrere aufeinander folgende Krankenversicherungsverträge gemäß § 195 Abs. 3 VVG abgeschlossen hatten, deren Gesamtversicherungsdauer einen Zeitraum von 5 Jahren überschritten hat. Dies gilt auch dann, wenn mehrere aufeinander folgende Verträge bei unterschiedlichen Versicherungsgesellschaften bestanden haben;
 - f. sich bei Antragstellung bereits länger als 12 Monate durchgehend im Ausland aufhalten, wenn sie während dieser Zeit nicht bei einer gesetzlichen oder privaten Kranken- oder Reise-Krankenversicherung versichert waren;
 - g. illegal eingereist sind bzw. sich illegal im Aufenthaltsland aufhalten.
6. Bei laufenden Verträgen endet die Versicherungsfähigkeit versicherter Personen, die sich im Rahmen eines befristeten Aufenthaltstitels in der Bundesrepublik Deutschland aufhalten, mit Erreichen einer Gesamtversicherungsdauer von 5 Jahren aller aufeinanderfolgenden Krankenversicherungsverträge im Sinne des § 195 Abs. 3 VVG, auch soweit diese bei anderen Versicherungsgesellschaften abgeschlossen wurden.
7. Die Versicherungsfähigkeit entfällt auch dann, wenn die betreffende Person die Staatsangehörigkeit des Reiselandes erworben hat oder ihren ständigen Wohnsitz in das Reiseland verlegt hat.

§ 2 Abschluss und Beendigung des Versicherungsvertrages, Kindernachversicherung

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

I. Abschluss des Versicherungsvertrages

1. Der Vertrag kommt dadurch zustande, dass der von dem Versicherer hierfür vorgesehene Antrag ordnungsgemäß ausgefüllt bei dem Versicherer oder der Care Concept AG eingeht, auch soweit er in elektronischer Form zu stellen ist, und der Versicherer, vertreten durch die Care Concept, den Antrag mit Übersendung des Versicherungsscheines annimmt. Ordnungsgemäß ausgefüllt ist der Antrag nur dann, wenn er alle geforderten Angaben eindeutig und vollständig enthält.
2. Wird für den beantragten Tarif Versicherungsschutz ein Gesundheitszeugnis benötigt, ist hierfür das von dem 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. Der Vertrag kommt nur dadurch zustande, dass der Versicherungsnehmer eine ausdrückliche Erklärung über die Antragsannahme in Textform erhält.

3. Für Personen, welche die Voraussetzung der Versicherungsfähigkeit gem. § 1 dieser Bedingungen nicht erfüllen, kommt der Versicherungsvertrag auch nicht durch Zahlung der Prämie zustande. Wird für eine nicht versicherungsfähige Person dennoch die Prämie gezahlt, so steht der Betrag dem Absender – unter Abzug der Kosten des Versicherers oder der Care Concept – zur Verfügung.
4. Der Versicherungsvertrag soll, soweit im gesetzlichen Rahmen zulässig, für die gesamte Dauer des Auslandsaufenthaltes, maximal bis zur Höchstversicherungsdauer, abgeschlossen werden.
5. Mindest- und Höchstversicherungsdauer
 - a. Die Mindestversicherungsdauer beträgt 3 Monate.
 - b. Für Reisen außerhalb der Bundesrepublik Deutschland kann die Versicherung zunächst nur für einen Zeitraum von bis zu 60 Monaten abgeschlossen werden.
 - c. Die Höchstversicherungsdauer für Reisen in die Bundesrepublik Deutschland beträgt inklusive aller Verlängerungen maximal 60 Monate.
6. Nach Erreichen der Höchstversicherungsdauer für vorübergehende Aufenthalte in der Bundesrepublik Deutschland kann ein neuer befristeter Krankenversicherungsvertrag nur abgeschlossen werden, wenn zwischen der Beendigung des vorherigen Auslandsaufenthaltes und dem neuen Auslandsaufenthalt ein Zeitraum von mindestens 180 Kalendertagen besteht, in dem sich die versicherte Person nachweislich in ihrem Heimatland aufgehalten hat. Heimatland, im Sinne dieser Vertragsbestimmungen, ist das Land, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat und/oder die Staatsgebiete der Länder, deren Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt.

II. Abschluss eines Anschlussvertrages

1. Bei einer Verlängerung des Aufenthaltes im Ausland kann für den weiteren, bisher nicht versicherten Auslandsaufenthalt ein rechtlich eigenständiger Anschlussvertrag (= Verlängerungsvertrag) unter den folgenden Voraussetzungen abgeschlossen werden:
 - a. Der Antrag auf Abschluss eines rechtlich eigenständigen Anschlussvertrages muss postalisch bzw. über die Homepage der Care Concept AG vor dem Versicherungsende des laufenden Versicherungsvertrages erfolgen.
 - b. Der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, muss dem Antrag auf Verlängerung des Versicherungsschutzes ausdrücklich zustimmen. Der rechtlich eigenständige Anschlussvertrag kommt dann mit Übersendung des Versicherungsnachweises an den Versicherungsnehmer zustande. Wird für einen nicht ausdrücklich angenommenen Vertrag eine Prämie bezahlt, steht diese dem Absender – unter Abzug der Kosten des Versicherers und der Care Concept AG – zu.
 - c. Bei Personen mit befristetem Aufenthaltstitel für die Bundesrepublik Deutschland ist der Abschluss eines Anschlussvertrages nur möglich, sofern unter Berücksichtigung aller vorbestehenden befristeten Krankenversicherungsverträge mit Versicherungsschutz für die Bundesrepublik Deutschland eine Gesamtversicherungsdauer von 5 Jahren nicht überschritten wird. Dies gilt auch, wenn vorbestehende befristete Krankenversicherungen bei anderen Versicherungsgesellschaften bestanden. Der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, ist vom Versicherungsnehmer über alle vorbestehenden Krankenversicherungsverträge, welche während des vorübergehenden Aufenthaltes bestanden haben, zu informieren.
 - d. Der Abschluss eines rechtlich eigenständigen Anschlussvertrages ist nur mit in Textform erteilter Zustimmung des Versicherers, vertreten durch die Care Concept AG, bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres möglich. Es werden der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif sowie das dann gültige Eintrittsalter der versicherten Person zugrunde gelegt. Wird für einen nicht ausdrücklich angenommenen Vertrag eine Prämie bezahlt, steht diese dem Absender – unter Abzug der Kosten des Versicherers oder der Care Concept AG – zu.
2. Bei einer Verlängerung des Versicherungsschutzes durch einen rechtlich eigenständigen Anschlussvertrag
 - a. besteht kein Versicherungsschutz für Krankheiten und deren Folgen sowie für die Folgen von Unfällen, die nachweislich in den letzten 6 Monaten vor Eingang des Antrages auf Verlängerung des Versicherungsschutzes durch rechtlich eigenständigen Anschlussvertrag behandelt worden sind;
 - b. gelten die §§ 6 Ziff. 2 und 8 Ziff. 1 a., b. und i. entsprechend. Zusätzlich ist die besondere Wartezeit gemäß § 7 II. Ziff. 1 und 2 zu beachten.

III. Ende des Versicherungsvertrages

Der Versicherungsvertrag endet

- a. zum vereinbarten Zeitpunkt;
- b. mit Vollendung des 65. Lebensjahres (65. Geburtstag);
- c. mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des

- zukünftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von 2 Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben;
- d. bei vorübergehenden Aufenthalten in der Bundesrepublik Deutschland mit dem Wegzug des Versicherungsnehmers aus der Bundesrepublik Deutschland. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des zukünftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von 2 Monaten nach dem Wegzug des Versicherungsnehmers abzugeben;
- e. wenn die Voraussetzungen eines vorübergehenden Aufenthaltes im Ausland nicht mehr vorliegen, insbesondere
- da sich die versicherte Person zu einem dauerhaften Aufenthalt im Aufenthaltsland ohne Rückkehrabsicht entschieden hat oder
 - da die versicherte Person endgültig in ihr Heimatland zurückkehrt;
- f. zu dem Zeitpunkt, in welchem eine der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit der versicherten Person gemäß § 1 entfällt;
- g. mit Beendigung des Auslandsaufenthaltes.

IV. Weiterversicherungsrecht

Mit Ablauf des Produktes Care China Business erwirbt die versicherte Person das Recht, ohne Wartezeiten bei der HanseMercur Krankenversicherung AG eine Weiterversicherung nach dem Tarif „Mini“ in folgenden Fällen abzuschließen:

- bei Wegfall der Befristung des Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland und ständiger Wohnsitznahme in der Bundesrepublik Deutschland oder dem Wegfall der Versicherungsmöglichkeiten nach § 195 Abs. 3 VVG;
- bei endgültiger Rückkehr einer versicherten Person mit Deutscher Staatsangehörigkeit aus dem Ausland in die Bundesrepublik Deutschland. Die HanseMercur Krankenversicherung AG hat die Möglichkeit, nach einer Risikoprüfung für eine Weiterversicherung im Tarif Mini einen Risikozuschlag von bis zu 100 % auf die zugrunde zu legende Tarifprämie zu erheben. Voraussetzung für die Weiterversicherung im Tarif Mini ist, dass keine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung besteht und die Weiterversicherung innerhalb eines Monats nach Ablauf des Produktes Care China Business beantragt wird.

V. Kindernachversicherung

1. Der Versicherungsschutz für Neugeborene beginnt ohne Risikozuschläge und Wartezeiten mit dem Tag der Geburt, sofern die Anmeldung zur Versicherung des Kindes bei dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, nachweislich spätestens 2 Monate nach der Geburt rückwirkend erfolgt ist. Als Nachweis genügt die Vorlage einer Kopie der Geburtsurkunde in Textform per E-Mail, Fax oder Post.
2. Voraussetzung für die Kindernachversicherung ist, dass:
 - der Vertrag des versicherten Elternteils am Tag der Geburt bereits mindestens 3 Monate ununterbrochen bestanden hat und
 - der beantragte Versicherungsschutz nicht höher und nicht umfassender ist, als der des versicherten Elternteils.
3. Die Adoption steht der Geburt gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Besteht eine erhöhte Gefahr für den Eintritt des Versicherungsfalles, ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zu 100 % auf die Tarifprämie möglich. Der Nachweis der Adoption gilt insbesondere durch die Vorlage der Adoptionsurkunde bei der Care Concept AG als geführt. Es gilt V Ziff. 1 dieses Paragraphen entsprechend.
4. Erfolgt die Anmeldung zum Versicherungsschutz später als 2 Monate nach der Geburt, unterliegt die Versicherung des Kindes einer gesonderten Risikoprüfung durch den Versicherer, vertreten durch die Care Concept. In diesem Fall tritt der Versicherungsschutz erst mit der Annahme des Versicherungsvertrages durch den Versicherer, vertreten durch die Care Concept, in Kraft. Es gelten die Bestimmungen dieses Paragraphen unter I. bis III. entsprechend.
5. Die Verpflichtung des Versicherers zur Gewährung von Versicherungsschutz im Rahmen der Kindernachversicherung besteht nicht, soweit für das Neugeborene oder das Adoptivkind anderweitiger privater oder gesetzlicher Krankenversicherungsschutz im Inland oder Ausland besteht.

§ 3 Kündigung

1. Das Versicherungsverhältnis kann nach Ablauf der Mindestlaufzeit durch den Versicherungsnehmer jederzeit gekündigt werden. Bei Kündigung steht dem Versicherungsnehmer die Rückerstattung der Versicherungsprämie für den Zeitraum des nicht in Anspruch genommenen Versicherungsschutzes zu. Die Kündigung des Versicherungsvertrages entzieht dem Versicherer nicht das Recht, die Zahlung der Prämie für den Versicherungszeitraum zu fordern, für den Versicherungsschutz durch den Versicherer gewährleistet wurde. Die

Kündigung durch den Versicherungsnehmer kann auf einzelne Personen oder Tarife beschränkt werden. Wird die Kündigung für einzelne versicherte Personen erklärt, ist die Kündigung nur dann wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben. Die Kündigungserklärung bedarf der Textform (E-Mail, Fax oder Post). Die betroffene versicherte Person hat das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung eines zukünftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung hierüber ist innerhalb von 2 Monaten nach Zugang der Kündigung abzugeben. Der Versicherer verzichtet auf sein ordentliches Kündigungsrecht.

2. Außerordentliche Kündigung
Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

§ 4 Prämie

1. Zahlung der Erst- oder Einmalprämie
 - a. Die Erst- oder Einmalprämie ist bei Vertragsbeginn fällig.
 - b. Wird die Erst- oder Einmalprämie 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.
 - c. Ist die Erst- oder Einmalprämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
2. Einzelheiten zur Prämienzahlung
 - a. Die Zahlung der Erst- oder Folgeprämie bzw. des Erst- oder Folgebeitrages kann wahlweise über das SEPA-Lastschriftverfahren, per Überweisung, per Kreditkartenzahlung oder per PayPal erfolgen.
 - b. Wird die Prämie vom Versicherer per SEPA-Lastschriftverfahren von einem Bank- oder Kreditkartenkonto abgerufen, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn die Prämie am Abbuchungstag eingezogen werden kann und weder der Versicherungsnehmer noch – im Fall, dass der Versicherungsnehmer nicht Inhaber des Kontos ist – der Versicherungsnehmer und/oder Kontoinhaber dem Zahlungsbefehl widerspricht bzw. widersprechen. Konnte die Prämie ohne Verschulden des Versicherungsnehmers nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch 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.
3. Zahlung von Folgeprämien:
 - a. Wird die Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, übersendet der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, dem Versicherungsnehmer eine Zahlungsaufforderung und setzt eine Zahlungsfrist von 2 Wochen.
 - b. Tritt ein 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.
 - c. Der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, verbindet die Zahlungsfrist von 2 Wochen mit der Kündigung des Vertrages zum Ablauf der Zahlungsfrist. Die Kündigung wird mit dem Fristablauf wirksam, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung noch in Verzug ist.
 - d. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Wirksamwerden der Kündigung die Zahlung leistet. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz. Gleiches gilt für den Fall, dass die versicherte Person innerhalb von 2 Monaten nach Kenntnis von der Kündigung einen neuen Versicherungsnehmer benennt und von diesem der abgemahnte Betrag gezahlt wird. Auch in diesem Fall besteht jedoch kein Versicherungsschutz für Versicherungsfälle, die zwischen dem Ablauf und der Zahlungsfrist und der Zahlung eingetreten sind.

§ 5 Prämie bei Anschlussverträgen

Die Berechnung der Prämien erfolgt auf Grundlage der zum Versicherungsbeginn des Anschlussvertrages jeweils gültigen Berechnungsgrundlagen. Insoweit werden das dann erreichte Lebensalter der versicherten Person sowie die dann im Neugeschäft gültigen Rechnungsgrundlagen zur Prämienberechnung verwendet.

§ 6 Geltungsbereich, Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsschutzes

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

1. Geltungsbereich

- a. Der Versicherer bietet versicherten Personen, die sich im Rahmen einer Reise nur vorübergehend im Ausland aufhalten, Versicherungsschutz im Rahmen dieser Bestimmungen. Als Ausland im Sinne dieser Bedingungen gelten die Mitgliedsländer der Europäischen Union bzw. des Schengen-Abkommens.
- b. Bei Eintritt des Versicherungsfalles im Heimatland der versicherten Person besteht unter den folgenden Voraussetzungen Versicherungsschutz:
 - Bei Versicherungsverträgen von mindestens einjähriger Dauer besteht Versicherungsschutz auch bei einer vorübergehenden Rückkehr aus dem vereinbarten örtlichen Geltungsbereich in das Heimatland der versicherten Person. Der Versicherungsschutz im Heimatland ist begrenzt auf 90 Tage und gilt für alle Heimatlandaufenthalte je Versicherungsjahr. Als Versicherungsjahr gilt dabei ein Zeitraum von 12 Monaten gerechnet ab Versicherungsbeginn, einschließlich aller aufeinander folgenden Anschlussverträge. Der Tag der Ein- und Ausreise wird jeweils als voller Tag des Heimatlandaufenthaltes gerechnet.
 - Voraussetzung für eine Leistung im Rahmen dieser Deckungserweiterung ist, dass Beginn und Ende eines jeden Heimatlandaufenthaltes während der Vertragslaufzeit vom Versicherungsnehmer vor Reiseantritt angemeldet und im Leistungsfall auf Verlangen des Versicherers oder der Care Concept AG nachgewiesen werden. Bitte beachten Sie hierzu insbesondere § 9 Ziff. 3 a. Unterbleibt die Anmeldung vor Reiseantritt, wird im Versicherungsfall nur für 50 % von den tarifgemäß erstattungsfähigen Kosten geleistet. Heimatland im Sinne dieser Vertragsbestimmungen, ist das Land, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat und/oder die Staatsgebiete der Länder, deren Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt.
- c. Die Regelung des Buchstabe b. gilt jedoch nicht für Staatsangehörige der nordamerikanischen Freihandelszone NAFTA (USA, Kanada und Mexiko). Für diesen Personenkreis besteht kein Versicherungsschutz bei Eintritt des Versicherungsfalles im Heimatland der versicherten Person.

2. Beginn

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch

- a. nicht vor Zustandekommen des Versicherungsvertrages (Vertragsbeginn);
- b. nicht vor der Grenzüberschreitung der versicherten Person ins Ausland;
- c. nicht vor Zahlung der Prämie;
- d. nicht vor Ablauf von Wartezeiten.

3. Ende

Der Versicherungsschutz endet auch für schwebende Versicherungsfälle

- a. zum vereinbarten Zeitpunkt; das ist derjenige Zeitpunkt, der in der Versicherungspolice genannt ist;
- b. mit Beendigung des Versicherungsvertrages;
- c. spätestens mit Beendigung des Auslandsaufenthaltes;
- d. wenn eine unbefristete Aufenthaltsgenehmigung für die Bundesrepublik Deutschland erteilt wird;
- e. mit dem Zeitpunkt, in dem eine der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit der versicherten Person entfällt;
- f. im Rahmen der Heimatlanddeckung gemäß § 6 Ziff. 1 b. nach Ablauf der nach dem gewählten Tarif vereinbarten Dauer für alle Heimatlandaufenthalte je Versicherungsjahr.

4. Nachhaftung

Erfordert eine Erkrankung über das Ende des Versicherungsschutzes hinaus Heilbehandlung, weil die Rückreise wegen nachgewiesener Transportunfähigkeit nicht möglich ist, so besteht die Leistungspflicht längstens bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit, jedoch höchstens bis zur Dauer von 4 Wochen weiter. Von der Nachleistungspflicht ausgeschlossen sind die Kosten für Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie und Hilfsmittel.

§ 7 Gegenstand des Versicherungsschutzes und Umfang der Leistungspflicht

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

I. Allgemeines

1. Der Versicherer leistet Entschädigung für die nach Ablauf der Wartezeit entstehenden Behandlungskosten für unerwartete und akut auf der Reise im Ausland eintretende Versicherungsfälle. Die Regelungen der Wartezeit sind in § 7 II. aufgeführt.
2. Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer

versicherten Person wegen Unfallfolgen oder Krankheit. 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 auch

- a. Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft der versicherten Person, sofern die Schwangerschaft nicht bereits bei Eingang des Antrages auf Versicherungsschutz bzw. bei Eingang des Antrages auf Verlängerung des Versicherungsschutzes durch einen rechtlich selbständigen Anschlussvertrag bei dem Versicherer oder Care Concept AG noch nicht bestanden hat;
 - b. Entbindungen einschließlich der notwendigen Unterbringungskosten nach einer Entbindung im Krankenhaus des oder der gesunden Neugeborenen für einen Zeitraum von maximal 10 Kalendertagen;
 - c. der Tod.
3. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, eventuellen, gesonderten, schriftlichen Vereinbarungen, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.
4. In der Bundesrepublik Deutschland steht der versicherten Person die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei sowie unter anderen staatlich zugelassenen Behandlern, die über eine auf ihrem Fachgebiet anerkannte und fundierte Ausbildung verfügen. In der Bundesrepublik Deutschland werden im vertraglich vereinbarten Umfang die Heilbehandlungskosten für Verrichtungen des Behandlers 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 gestellt hat. Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland steht der versicherten Person die Wahl unter den im Aufenthaltsland gesetzlich anerkannten und zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei sowie unter anderen staatlich zugelassenen Behandlern, die über eine auf ihrem Fachgebiet anerkannte und fundierte Ausbildung verfügen. Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland werden im vertraglich vereinbarten Umfang die Heilbehandlungskosten für Verrichtungen des Behandlers erstattet, die auf der Grundlage der landestypischen Bemessungsgrundlagen des Aufenthaltslandes berechnet und angemessen sind. Existiert eine landestypische Bemessungsgrundlage nicht, erfolgt eine Erstattung auf der Grundlage angemessener und im Aufenthaltsland allgemein ortsüblicher Gebühren.
5. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Ziff. 4 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden. Als Arzneimittel, auch wenn sie als solche verordnet sind, gelten nicht Nähr- und Stärkungsmittel, Mineralwasser, Desinfektions- und kosmetische Mittel, Diät- und Säuglingskost und dergleichen.
6. Bei medizinisch notwendiger stationärer Krankenhausbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, Krankengeschichten führen und keine Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen. Erstattungsfähig sind bei stationärer Krankenhausbehandlung die Kosten für Unterkunft und Pflege, ärztliche Behandlung und Operation, Laboruntersuchungen, Röntgendiagnostik, Heilmittel, Arzneien und Verbandmittel. Für 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. Diese Einschränkung entfällt bei einer Notfallaufnahme. Die Zustimmung muss dann umgehend nachträglich eingeholt werden.
7. Bei ambulanten und stationären Behandlungen leistet der Versicherer im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Der Versicherer leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch ihre Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
8. Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Überführungs- und Bestattungskosten bis zu 25.000,- EUR, sofern der Tod einer versicherten

Person durch ein Ereignis eintritt, das in die Leistungspflicht dieses Vertrages fällt.

II. Wartezeiten

- Die besonderen Wartezeiten für Entbindungen sowie für Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlung betragen 8 Monate.
- Die besondere Wartezeit für Sehhilfen (Brillen und Kontaktlinsen) beträgt 12 Monate.
- Bei Erstverträgen rechnen die Wartezeiten vom Zeitpunkt der Stellung des Antrages auf Versicherungsschutz an.
- Bei Abschluss eines rechtlich eigenständigen Anschlussvertrages rechnen die Wartezeitregelungen vom Zeitpunkt der Stellung des Antrages auf Abschluss des Anschlussvertrages an.

III. Heilbehandlungskosten

Soweit nicht anderes vereinbart, gilt:

- Heilbehandlungskosten
Der Versicherer erstattet die während des Auslandsaufenthaltes entstandenen Kosten medizinisch notwendiger Heilbehandlung. Als Heilbehandlung im Sinne dieser Bedingungen gelten:
 - ärztliche Behandlungen einschließlich durch akute Beschwerden hervorgerufene, medizinisch notwendige Schwangerschaftsbehandlungen, Entbindungen bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche (Frühgeburt), Behandlungen wegen Fehlgeburt sowie medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche;
 - Entbindungen nach Ablauf einer Wartezeit von 8 Monaten, einschließlich der notwendigen Unterbringungskosten nach einer Entbindung im Krankenhaus des oder der gesunden Neugeborenen für einen Zeitraum von maximal zehn Kalendertagen;
 - Schwangerschaftsuntersuchungen, sofern die Schwangerschaft bei Eingang des Antrages auf Versicherungsschutz bzw. bei Eingang des Antrages auf Verlängerung des Versicherungsschutzes durch einen Anschlussvertrag noch nicht bestanden hat. Behandlungen und Untersuchungen durch Hebammen werden erstattet, sofern diese nach der im Aufenthaltsland gültigen Gebührenordnungen für Hebammen abrechnen. Sofern im Aufenthaltsland keine Gebührenordnung für Hebammen besteht, werden die ortsüblichen Gebühren erstattet;
 - ärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel;
 - folgende physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel), sofern sie ärztlich verordnet sind: Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Wärmebehandlung, Elektro- und Lichttherapie;
 - folgende ärztlich verordnete Hilfsmittel (einschl. Reparaturen): Brillengläser und Brillenfassungen oder Kontaktlinsen (nach medizinischer Notwendigkeit, Kontaktlinsen-Pflegemittel sind nicht mitversichert) max. bis insgesamt 50,- EUR, Bandagen, Einlagen, Bruchbänder, Gummistrümpfe, Leibbinden, Katheter, Geh- und Stützapparate, Gipsschalen, künstliche Gliedmaßen und Augen, orthopädische Schuhe, Hör- und Sprechgeräte, Krankenfahrstühle in Normalausführung, Brillen (hierzu gehören nicht Sport-, Sonnen- und Arbeitsbrillen) und Kontaktlinsen sind erstattungsfähig:
 - frühestens 12 Monate nach Versicherungsbeginn bzw. Beginn des rechtlich selbständigen Anschlussvertrages (Wartezeit) und
 - wenn seit dem letzten Bezug mindestens 2 Jahre vergangen sind und
 - sich die Glasstärke um mindestens 1,0 Dioptrien insgesamt geändert hat.
 - Röntgendiagnostik und Strahlenbehandlung;
 - Vorsorgeuntersuchungen, soweit sie in der Bundesrepublik Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen entsprechen;
 - Schutzimpfungen von Kindern und Erwachsenen, soweit sie von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlen werden;
 - Erstattungsfähig sind bei stationärer Krankenhausbehandlung die Kosten für
 - Unterkunft und Pflege;
 - Ärztliche Behandlung und Operation, Laboruntersuchungen, Röntgendiagnostik, Heilmittel, Arzneien und Verbandmittel;
 - Medizinisch notwendige Behandlung wegen normaler und operativer Entbindung einschließlich Hebammenleistung, wenn diese nach Ablauf von 8 Monaten (Wartezeit) seit Eingang des Antrages auf Versicherungsschutz bzw. bei Eingang des Antrages auf Verlängerung des Versicherungsschutzes durch einen rechtlich eigenständigen Anschlussvertrag erfolgt. Die Behandlungen und Untersuchungen durch Hebammen werden erstattet, sofern diese nach der im Aufenthaltsland gültigen Gebührenordnungen für Hebammen abrechnen. Sofern im Aufenthaltsland keine Gebührenordnung für Hebammen besteht, werden die ortsüblichen Gebühren erstattet;

- Kranken Transporte zur stationären Behandlung in das nächst erreichbare geeignete Krankenhaus, bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit und bei Erstversorgung nach einem Unfall zum nächst erreichbaren geeigneten Arzt und zurück (ausgenommen in Privatfahrzeugen);

I. Operationen;

- Die Kosten für Behandlungen von HIV-Infektionen (AIDS) und deren Folgen werden im vertraglichen Umfang bis zu 25.000,- EUR innerhalb der gesamten Vertragszeit übernommen, sofern die Infektion nachweislich erstmals nach Eingang des Antrages auf Versicherungsschutz bzw. Eingang des Antrages auf Verlängerung des Versicherungsschutzes durch rechtlich eigenständigen Anschlussvertrag festgestellt wurde.

2. Zahnbehandlungskosten

Der Versicherer erstattet die während des Auslandsaufenthaltes Kosten für:

- Medizinisch notwendige Zahnbehandlungen einschließlich Zahnfüllungen in nicht dentinadhäsiver Ausführung sowie jährliche Kontrolluntersuchungen einschließlich Zahnreinigungen zu 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages;
- Zahnersatz (inkl. Reparaturen) zu 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Als Zahnersatz gelten prothetische Maßnahmen einschließlich Stützabutments, Einlagefüllungen, Aufbissbehelfe, Teil- und Vollkronen (auch bei Versorgung eines Einzelzahnes), Gnathologie, Implantate sowie damit verbundene kieferchirurgische Maßnahmen. Dem Versicherer soll vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorgelegt werden. Der Versicherer verpflichtet sich, diesen Heil- und Kostenplan unverzüglich zu prüfen und die vertraglichen Leistungen bekannt zu geben;
- Kieferorthopädische Behandlungen, wenn die Behandlung bis zum vollendeten 20. Lebensjahr begonnen wird, zu 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages;
- Die Erstattung für b. und c. ist begrenzt auf maximal 1.000,- EUR je Person und Kalenderjahr.

IV. Rücktransport, Überführungs-/Bestattungskosten

Der Versicherer erstattet – außer bei einem Aufenthalt im Heimatland:

- Ersatz von Mehraufwendungen durch medizinisch sinnvollen Rücktransport eines Erkrankten an seinen ständigen Wohnsitz in seinem Heimatland oder in das von dort nächste erreichbare Krankenhaus in voller Höhe. Abweichend hiervon gelten bei einem Ambulanzflug die folgenden Höchstgrenzen:
 - Bei einem Ambulanzflug durch Vermittlung von Vertragspartnern des Versicherers werden die Kosten in voller Höhe erstattet.
 - Ansonsten werden die Kosten eines Ambulanzfluges bis zu der Höhe erstattet, die bei einem Ambulanzflug durch Vermittlung der Vertragspartner des Versicherers entstanden wäre. Die notwendigen Mehrkosten für eine mitversicherte Begleitperson werden bis zu einem Betrag von 1.750,- EUR übernommen, sofern die Begleitung medizinisch erforderlich und ärztlich verordnet oder von den zuständigen Behörden bzw. Fluggesellschaften angeordnet ist. In allen Fällen gelten als Mehrkosten nur diejenigen Transportkosten, welche die normalen Reisekosten übersteigen.
- Überführungskosten beim Tod einer versicherten Person während des Auslandsaufenthaltes in das Heimatland der verstorbenen Person bis zu 25.000,- EUR oder
- Bestattungskosten im Aufenthaltsland bis zu 25.000,- EUR.

V. Assistance-Leistungen

Über eine Notruftelefonnummer

- erteilt der Versicherer Auskünfte über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung im In- und Ausland, wie z.B. die Benennung von Ärzten, Fachärzten, Krankenhäusern und Fachkliniken mit entsprechenden Sprachkenntnissen;
- benennt Abschlepp-/Bergungsunternehmen, Fachwerkstätten, Mietwagenunternehmen, Hotels, Luftfahrtgesellschaften bzw. sonstige Beförderungsunternehmen im In- und Ausland;
- und benennt Sachverständige, Rechtsanwälte, und Dolmetscher im In- und Ausland mit entsprechenden Sprachkenntnissen.

§ 8 Einschränkung der Leistungspflicht

- Sofern nicht etwas anderes bestimmt ist, besteht keine Leistungspflicht für
 - Krankheiten und deren Folgen sowie für die Folgen von Unfällen, die in den letzten 6 Monaten vor Eingang des Antrages auf Versicherungsschutz bzw. Eingang des Antrages auf Verlängerung des Versicherungsschutzes durch rechtlich eigenständigen Anschlussvertrag behandelt worden sind;
 - Heilbehandlungen und andere ärztlich angeordnete Maßnahmen, von denen der versicherten Person bei Vertragsabschluss oder vor Antritt des

- Auslandsaufenthaltes bekannt war, dass sie bei planmäßiger Durchführung des Auslandsaufenthaltes stattfinden mussten;
- c. Krankheiten und Unfallfolgen, deren Behandlung im Ausland der alleinige oder einer der Gründe für den Antritt der Reise war;
 - d. solche Krankheiten einschl. ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse oder die aktive Teilnahme an Unruhen verursacht sind. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person während Ihres Auslandsaufenthaltes als Unbeteiligter überraschend von einem Kriegsereignis oder Unruhen betroffen wird. Dieser Versicherungsschutz erlischt sieben Tage nachdem das Auswärtige Amt für das Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält, eine Reisewarnung ausgegeben hat (Krisenregion). Besteht für die versicherte Person nachweislich keine Möglichkeit, die Krisenregion innerhalb von sieben Tagen nach der ausgesprochenen Reisewarnung zu verlassen und hat die versicherte Person die Unmöglichkeit oder Verzögerung der Ausreise aus der betroffenen Region nicht zu vertreten, besteht der erweiterte Versicherungsschutz fort, bis der versicherten Person die Ausreise möglich wird. Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg, Bürgerkrieg oder Unruhen vorherrschen;
 - e. solche Krankheiten einschl. ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kernenergie, den Einsatz von ABC-Waffen (atomare, biologische oder chemische Waffen) oder im Rahmen einer kriminellen Handlung verursacht sind;
 - f. Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen (mit Ausnahme von § 7 I. Ziff. 6);
 - g. die Behandlung von Krankheiten, die auf übermäßigen Alkoholenuss bzw. Drogen- oder Medikamentenmissbrauch zurückzuführen sind sowie für Entziehungsmassnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 - h. Behandlungen von Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholenuss bzw. Drogen- oder Medikamentenmissbrauch bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind;
 - i. bei Versicherungsbeginn bzw. Beantragung der Verlängerung des Versicherungsschutzes durch einen rechtlich eigenständigen Anschlussvertrag bestehende Schwangerschaften und deren Folgen. Leistungspflicht besteht jedoch für während der Vertragszeit unvorhersehbare Komplikationen, sofern die Schwangere bei Versicherungsbeginn bzw. Beantragung der Vertragsverlängerung die 36. Schwangerschaftswoche noch nicht vollendet hatte;
 - j. Behandlungen durch Ehegatten, den Partner/die Partnerin einer gesetzlich eingetragenen Lebenspartnerschaft, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - k. für Behandlungen durch den Versicherungsnehmer oder von Personen mit denen die versicherte Person innerhalb der eigenen oder der Gastfamilie zusammenlebt. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - l. eine durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung;
 - m. Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen für Hypnose sowie für psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlungen;
 - n. ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die Heilbehandlung durch einen dort eingetretenen Unfall notwendig wird. Bei Erkrankungen entfällt sie, wenn sich der Versicherte in dem Heilbad oder Kurort nur vorübergehend und nicht zu Kurzwecken aufgehalten hat;
 - o. Schwangerschaftsabbrüche, die nicht medizinisch notwendig sind (sozial indizierte Schwangerschaftsabbrüche);
 - p. Immunisierungsmaßnahmen;
 - q. Hilfsmittel;
 - r. Behandlungen wegen Sterilität, einschl. künstlicher Befruchtungen, dazugehöriger Voruntersuchungen und Folgebehandlungen sowie Störungen und/oder Schäden der Fortpflanzungsorgane;
 - s. Behandlungen von HIV-Infektionen (AIDS) und deren Folgen;
 - t. Zahnersatz, Stützähne, Einlagefüllungen, Überkronungen und kieferorthopädische Behandlung, Implantate, Aufbissbehelfe und gnathologische Maßnahmen;
 - u. Selbstmord, Selbstmordversuche und Folgen;
 - v. Organspenden und deren Folgen.
2. Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn:
 - a. der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person den Versicherungsfall vorsätzlich herbeigeführt hat;
 - b. der Versicherungsnehmer 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.
 3. Übersteigt eine Heilbehandlung das medizinisch notwendige Maß, so kann der

Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

§ 9 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen

1. Versicherungsnehmer und versicherte Person sind verpflichtet, nach Eintritt des Versicherungsfalles
 - a. den Schaden möglichst gering zu halten und alles zu vermeiden, was zu einer unnötigen Kostenenerhöhung führen könnte;
 - b. eine ambulante Behandlung dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, unverzüglich in Textform (E-Mail, Fax oder Post) anzuzeigen;
 - c. dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, jede zumutbare Untersuchung über Ursache und Höhe ihrer Leistungspflicht zu gestatten, jede hierzu dienliche Auskunft zu erteilen und Originalbelege einzureichen. Originalbelege werden Eigentum des Versicherers und müssen in der amtlichen Währung des Aufenthaltslandes, in dem die Behandlung stattgefunden hat, berechnet sein, sowie den Namen der behandelten Person, die genaue Bezeichnung der Krankheit und die Angabe der vom behandelnden Arzt erbrachten Leistungen nach Art, Ort und Behandlungszeitraum enthalten. Besteht anderweitig Versicherungsschutz für Heilbehandlungskosten und wird dieser zuerst in Anspruch genommen, so genügen als Nachweis die mit Erstattungsvermerken versehenen Rechnungszweitschriften. Rezepte, Labor- und Röntgenrechnungen sind zusammen mit der Arztrechnung, die Rechnung über Heil- oder Hilfsmittel zusammen mit der ärztlichen Verordnung einzureichen. Bei Todesfällen ist eine Sterbeurkunde einzureichen; wenn Überführungs- bzw. Bestattungskosten gezahlt werden sollen, eine ärztliche Bescheinigung über die Todesursache;
 - d. Nachweise über die Höhe der Kosten einzureichen, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, wenn Leistungen für einen medizinisch sinnvollen Rücktransport geltend gemacht werden; ferner ist eine ärztliche Bescheinigung vorzulegen, aus der sich der medizinische Sinn des Rücktransportes ergibt;
 - e. eine stationäre Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland des Versicherers, vertreten durch die Care Concept AG, unverzüglich, spätestens jedoch 5 Tage nach ihrem Beginn telefonisch oder in Textform (E-Mail, Fax oder Postbrief) anzuzeigen und vor Beginn diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen eine vorherige Kostenzusage in Textform (E-Mail, Fax oder Post) einzuholen;
 - f. eine stationäre Behandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland des Versicherers, vertreten durch die Care Concept AG, unverzüglich, spätestens jedoch 5 Tage nach ihrem Beginn telefonisch oder in Textform (E-Mail, Fax oder Post) anzuzeigen und vor Beginn diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen für mindestens folgende stationäre Leistungen eine Kostenzusage in Textform einzuholen:
 - Unterbringung im Krankenhaus,
 - verschreibungspflichtige Arzneimittel und Materialien,
 - Operationskosten einschl. Kosten für Anästhesie und OP-Saal,
 - Kosten für Ärzte und Therapeuten;
 - g. für folgende Leistungen bei dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, eine vorherige Kostenzusage in Textform (E-Mail, Fax oder Post) einzuholen, sofern diese versichert sind:
 - Diagnostische Untersuchungen einschl. bildgebender Verfahren wie insbesondere Kernspinn-(MRT), Computer-(CT), Positronen-Emissions-(PET) und Computer-Positronen-Emissions-Tomographie (PET-CT);
 - Onkologie/onkologische Behandlungen;
 - palliativmedizinische Betreuung;
 - teilstationäre Behandlung/Tagesklinik;
 - medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlungen (Rehabilitationsmaßnahmen);
 - ambulante Operationen;
 - medizinische Überführung oder Rücktransport;
 - Rücktransport im Todesfall.
2. Auf Verlangen des Versicherers, vertreten durch die Care Concept AG, ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von dem Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
3. Versicherungsnehmer und versicherte Person sind ebenfalls verpflichtet, auf Anforderung des Versicherers, vertreten durch die Care Concept AG, oder spätestens im Versicherungsfall
 - a. einen Nachweis über Beginn und Ende eines jeden Aufenthaltes im Heimatland einzureichen;
 - b. Beginn und Ende eines jeden Auslandsaufenthaltes durch Vorlage geeigneter und aussagefähiger Dokumente nachzuweisen;
 - c. einen geeigneten und aussagefähigen Nachweis über Beginn und Ende eines jeden Aufenthaltes in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union

- bzw. des Schengen-Abkommens;
- d. einen Nachweis über die Erfüllung der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit gemäß § 1 sowie eine gültige Aufenthaltsgenehmigung für den Aufenthalt im Aufenthaltsland einzureichen;
 - e. einen Nachweis über alle während des Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland abgeschlossenen Krankenversicherungen im Sinne des § 195 Abs. 3 VVG einzureichen;
 - f. die Annahme der Staatsbürgerschaft des Aufenthaltslandes, die Erteilung einer unbefristeten Aufenthaltsgenehmigung oder die Versagung der Aufenthaltserlaubnis für das Aufenthaltsland, sowie die ständige Wohnsitznahme im Aufenthaltsland dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, umgehend in Textform (E-Mail, Fax, Post) anzuzeigen.
4. Sofern erforderlich, ist der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person verpflichtet, eine Abtretungserklärung gegenüber dem Versicherer abzugeben, wenn Ansprüche des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person gegen Dritte im gesetzlichen Umfang auf den Versicherer übergehen.
 5. Sind Ansprüche des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person gegenüber Behandlern aufgrund überhöhter Honorare im gesetzlichen Umfang auf den Versicherer übergegangen, ist der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person zur Mithilfe bei der Durchsetzung der Ansprüche verpflichtet. Weiterhin ist der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person verpflichtet, sofern erforderlich, eine Abtretungserklärung gegenüber dem Versicherer abzugeben.
 6. Versicherungsnehmer und versicherte Person sind verpflichtet, nach Eintritt des Versicherungsfalles dem Rücktransport an den Wohnort bzw. in das dem Wohnort nächstgelegene geeignete Krankenhaus bei Bestehen der Transportfähigkeit zuzustimmen, wenn der Versicherer den Rücktransport nach Art der Krankheit und deren Behandlungsbedürftigkeit genehmigt.
 7. Folgen von Obliegenheitsverletzung
Verletzt der Versicherungsnehmer 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 Versicherungsnehmers/der versicherten Person entsprechenden Verhältnis, zu kürzen. Die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer/die versicherte Person.

§ 10 Auszahlung der Versicherungsleistung

1. Die Originalrechnungen sind bei der

Care Concept AG
Postfach 30 02 62
53182 Bonn

zur Prüfung der Leistungsansprüche einzureichen.

2. Einen Monat nach Anzeige des Schadens kann als Abschlagszahlung der Betrag beansprucht werden, der nach Lage der Sache mindestens zu zahlen ist. Der Lauf dieser Frist ist gehemmt, solange die Prüfungen des Anspruchs durch den Versicherer bzw. der Care Concept AG infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person gehindert sind.
3. Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem Versicherer oder der Care Concept 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.
4. Von den Leistungen können Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer Überweisungen in das Ausland vornimmt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt.
5. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.
6. Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag verjähren in 3 Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in welchem die Leistung verlangt werden kann. Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers bei dem Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Eingang der Entscheidung des Versicherers in Textform gehemmt.

§ 11 Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen oder von anderen Leistungsträgern

1. Kann im Versicherungsfall eine Entschädigung aus einem anderen Versicherungsvertrag beansprucht werden, geht der anderweitige Vertrag diesem vor. Dies gilt auch dann, wenn in einem dieser Versicherungsverträge ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart ist, unabhängig davon, wann der andere Versicherungsvertrag abgeschlossen wurde. Wird der Versicherungsfall zuerst dem Versicherer bzw. der Care Concept gemeldet, tritt der Versicherer in Vorleistung und wird sich zum Zwecke der Kostenteilung direkt an den anderen Versicherer wenden.
2. Der Versicherer verzichtet auf eine Kostenteilung mit einem PKV-Unternehmen, wenn dem Versicherten hierdurch Nachteile entstehen, z. B. Verlust der Beitragsrückerstattung.
3. Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, kann der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche auf Krankenhaustagegeld, die gesetzlichen Leistungen von den Versicherungsleistungen abziehen.
4. Die Ansprüche des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person gegenüber Behandlern aufgrund überhöhter Honorare gehen auf den Versicherer im gesetzlichen Umfang über, soweit diese die entsprechenden Rechnungen ersetzt hat.

§ 12 Aufrechnung

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

§ 13 Willenserklärung und Anzeigen

1. Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer und der Care Concept bedürfen der Textform (E-Mail, Fax oder Post).
2. Hat der Versicherungsnehmer eine Änderung seiner Anschrift dem Versicherer nicht mitgeteilt, genügt für eine dem Versicherungsnehmer gegenüber abzugebende Willenserklärung der Nachweis des entsprechenden Unzustellbarkeitsvermerkes der Post für Briefe an die letzte dem Versicherer bekannte Anschrift des Versicherungsnehmers. Die Erklärung gilt 3 Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen. Die Sätze 1 und 2 sind im Fall einer Namensänderung des Versicherungsnehmers entsprechend anzuwenden.

§ 14 Anzuwendendes Recht, Vertragssprache

Es gilt deutsches Recht. Vertragssprache ist Deutsch.

§ 15 Überschussbeteiligung

Die hier genannte Versicherung ist nicht überschussberechtigigt.

Anschriften:

Care Concept AG	Advigon Versicherung AG
Am Herz-Jesu-Kloster 20	Drescheweg 1
53229 Bonn	9490 Vaduz
Deutschland	Liechtenstein

Anlage 1: Nicht versicherbare berufliche Tätigkeiten gemäß
 § 1 Ziff. 5 c der Versicherungsbedingungen

Berufe	Bestimmung zu den Tätigkeiten	Begrenzung des Ausschlusses
Artisten	Alle Tätigkeiten	
Bauarbeiter	Ausgewählte Tätigkeiten	Nur folgende Tätigkeiten sind ausgeschlossen:
		Betonbauer
		Dachdecker
		Gerüstbauer
		Hochbaufacharbeiter
		Maurer
		Stahlbetonbauer
		Stuckateure
		Tiefbauer
		Zimmerer
Bergmänner/-frauen	Alle Tätigkeiten	
Berufssoldaten	Alle Tätigkeiten	
Berufstaucher	Alle Tätigkeiten	
Dompteure	Ausgewählte Tätigkeiten	Nur soweit ursprüngliche Wildtiere (Raubkatzen, Elefanten, etc.) domptiert werden
Fallschirmspringer	Alle Tätigkeiten	
Feuerwehrmänner/-frauen	Alle Tätigkeiten	
Hochseefischer	Alle Tätigkeiten	
Metzger	Alle Tätigkeiten	
Offshore-Arbeiter	Ausgewählte Tätigkeiten	Nur unmittelbar in der Ölförderung Tätige
Prostituierte/Pomodarsteller	Alle Tätigkeiten	
Pyrotechniker	Alle Tätigkeiten	
Sicherheitskräfte	Ausgewählte Tätigkeiten	Nur folgende Tätigkeiten sind ausgeschlossen:
		Personenschützer
		Wachpersonal
Sprengmeister	Alle Tätigkeiten	
Stuntmänner/-frauen	Alle Tätigkeiten	
Zerleger	Ausgewählte Tätigkeiten	Tätigkeit in der Fleischzerlegung

Inhaltsverzeichnis

1. Produktinformationsblatt
2. Verbraucherinformationen
3. Vermittlerinfo/Versicherungsvermittlerverordnung
4. Verbraucherinformationen bei Verträgen im elektronischem Geschäftsverkehr gemäß § 312i Bürgerliches Gesetzbuch
5. Informationspflichten bei elektronischer Geschäftsverkehr
6. Merkblatt zur Datenverarbeitung
7. Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach einem Versicherungsfall
8. Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht
9. Ausdrückliche Erklärungen

Auslandskrankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Unternehmen: Advigon Versicherung AG

Produkt: Care China Business / Classic

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz. Diese Informationen sind nicht abschließend. Der vollständige Vertragsinhalt ergibt sich aus Ihren Versicherungsunterlagen, insbesondere dem Versicherungsantrag, dem gewählten Tarif, dem Versicherungsschein und den Versicherungsbedingungen sowie ggf. späteren schriftlichen Vereinbarungen. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie sich bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art der Versicherung handelt es sich?

Bei dieser Versicherung handelt es sich um eine Auslandskrankenversicherung.



Was ist versichert?

- ✓ ambulante Heilbehandlungen wegen Krankheit oder Unfallfolgen
- ✓ stationäre Heilbehandlungen wegen Krankheit oder Unfallfolgen
- ✓ Schwangerschaftsuntersuchungen und -behandlungen sowie Entbindung nach Ablauf der Wartezeit
- ✓ schmerzstillende Zahnbehandlungen
- ✓ Überführungs- und Bestattungskosten

Der Umfang und die im Einzelnen zutreffenden Leistungen Ihres Vertrages werden durch die Versicherungsbedingungen sowie durch die Tarifbedingungen bestimmt. Bezüglich der Einzelheiten verweisen wir an dieser Stelle auf Ihre Versicherungsunterlagen.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Versicherungsfälle, die durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vorsätzlich herbeigeführt worden sind
- ✗ Eine Behandlung im Ausland, wenn die Behandlung zumindest auch Grund für den Antritt der Reise war
- ✗ Entziehungsmaßnahmen und Entziehungskuren
- ✗ Organspenden und deren Folgen



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Die Höhe der Versicherungsleistung hängt davon ab, welches Versicherungsprodukt und welche Tarifvariante Sie gewählt haben. In Betracht kommen insbesondere Deckungsbeschränkungen

- ! in zeitlicher Hinsicht (z.B. Höchstdauer beim Heimatlandaufenthalt, zeitliche Begrenzung bei der Nachhaftung)
- ! in Bezug auf persönliches Verhalten (z.B. bei Nichtvorlage eines Heil- und Kostenplans)
- ! in finanzieller Hinsicht (z.B. Selbstbehalte, Höchstversicherungssummen)

Bezüglich der Einzelheiten verweisen wir an dieser Stelle auf Ihre Versicherungsunterlagen.



Wo bin ich versichert?

Die Versicherung zugunsten der jeweils versicherten Person gilt im Ausland. Je nach gewähltem Tarif besteht

- ✓ weltweiter Versicherungsschutz (Die Auslandskrankenversicherung hat einen weltweiten Geltungsbereich)
- ✓ weltweiter Versicherungsschutz ohne NAFTA (die Auslandskrankenversicherung hat einen weltweiten Geltungsbereich. Nicht vom Versicherungsschutz umfasst ist jedoch der Aufenthalt in einem Staat der Nordamerikanischen Freihandelszone NAFTA (USA, Kanada, Mexiko))
- ✓ europaweiter Schutz (der Geltungsbereich erstreckt sich auf die Länder der Europäischen Union und die der Schengenstaaten)

Der konkrete Geltungsbereich Ihres Versicherungsschutzes wird durch das von Ihnen gewählte Versicherungsprodukt, insbesondere durch den von Ihnen gewählten Tarif, bestimmt. Bitte beachten Sie, dass je nach der von Ihnen gewählten Tarifvariante auch ein temporärer Schutz im Heimatland mitversichert sein kann. Bezüglich der Einzelheiten verweisen wir an dieser Stelle auf Ihre Versicherungsunterlagen.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- rechtzeitige Beitragszahlung
- Beachtung der in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannten Anzeigepflichten, so z.B. das unverzügliche Anzeigen eines Schadens
- Übersenden einer vollständigen und vollständig ausgefüllten Schadenanzeige
- Sie sind verpflichtet, den Schaden nach Eintritt des Versicherungsfalles möglichst gering zu halten und alles zu vermeiden, was zu einer unnötigen Kostenerhöhung führen könnte
- Wahrung der vertraglich vereinbarten Obliegenheiten



Wann und wie zahle ich?

Die Versicherungsprämie ist grundsätzlich eine Einmalprämie, welche nach vertraglicher Vereinbarung auch als monatliche Prämie entrichtet werden kann. Die Einmal- bzw. Erstprämie ist je nach vertraglicher Vereinbarung bei Abschluss des Versicherungsvertrages oder mit Versicherungsbeginn fällig. Ob und wann Sie weitere Prämien zahlen müssen, entnehmen Sie bitte Ihren Versicherungsunterlagen, insbesondere Ihrem Versicherungsschein.

Sie zahlen gemäß Ihrer bei Vertragsschluss gewählten Zahlungsart. Bezüglich der Einzelheiten verweisen wir an dieser Stelle auf Ihre Versicherungsunterlagen.



Wann beginnt und endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein benannten Zeitpunkt, jedoch grundsätzlich nicht vor Zustandekommen des Versicherungsvertrages und nicht vor Zahlung der Erst- bzw. Einmalprämie. Der Versicherungsschutz endet zum vereinbarten Zeitpunkt bzw. mit Beendigung des Versicherungsvertrages. Bezüglich der Einzelheiten verweisen wir an dieser Stelle auf Ihre Versicherungsunterlagen.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Ob Sie ein ordentliches Kündigungsrecht haben, wird durch das von Ihnen gewählte Versicherungsprodukt bestimmt. Sofern ein ordentliches Kündigungsrecht vereinbart worden ist, bedarf die Kündigungserklärung der Textform (E-Mail, Fax oder Post). Bezüglich der Einzelheiten verweisen wir an dieser Stelle auf Ihre Versicherungsunterlagen.

Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

Identität des Versicherers (Name, Anschrift):

Advigon Versicherung AG (Rechtsform Aktiengesellschaft)
Drescheweg 1
9490 Vaduz
Liechtenstein

Eintragung im Handelsregister:

FL-0002.181.006-7, Handelsregister des Fürstentums Liechtenstein

Ladungsfähige Anschrift und Vertretungsberechtigte der Advigon Versicherung AG:

Advigon Versicherung AG (Rechtsform Aktiengesellschaft)
Drescheweg 1
9490 Vaduz
Liechtenstein
Geschäftsleitung: Kai-Uwe Blum, Godehard Laufköter, Rinaldo Manetsch
Präsident des Verwaltungsrates: Eberhard Reinhold Sautter

Hauptgeschäftstätigkeit der Advigon Versicherung AG, im Folgenden „Advigon“ genannt:

Die Advigon betreibt die direkte Kranken- und Lebensversicherung.

Name und Adresse der zuständigen Aufsichtsbehörde:

FMA (Finanzmarktaufsicht Liechtenstein)
Postfach 279
Landstraße 109
9490 Vaduz
Liechtenstein
E-Mail: info@fma-li.li

Zuständiger Versicherungsvermittler:

Das Versicherungsverhältnis kommt mit Hilfe der Care Concept AG als Mehrfachvermittler (Assekurateur) zustande. Diese steht Ihnen unter

Care Concept AG
Am Herz-Jesu-Kloster 20
53229 Bonn
Telefon: +49 228 97735-0
Fax: +49 228 97735-35
E-Mail: info@care-concept.de

zur Verfügung und ist für die Vertragsabwicklung einschließlich der Bearbeitung von Leistungsfällen zuständig.

Garantiefonds oder andere Entschädigungsregelungen:

Für die in diesem Druckstück aufgeführten Produkte bestehen keine Garantiefonds oder andere Entschädigungsregelungen.

Wesentliche Merkmale der Leistungen:

Die Advigon betreibt die direkte Kranken- und Lebensversicherung. Je nach Umfang des gewählten Versicherungsschutzes, leistet die Advigon nach den jeweiligen Versicherungsbedingungen.

Der beabsichtigte Umfang und Inhalt des Versicherungsschutzes wird vom Versicherungsnehmer im Antragsformular bzw. im Online-Anmeldeverfahren durch Auswahl des gewünschten Tarifs bestimmt. Der konkrete Inhalt des Versicherungsvertrages ergibt sich sodann aus dem vom Versicherer übersandten Versicherungsschein, den Versicherungsbedingungen, den tariflichen Bedingungen des gewählten Tarifs, eventuellen schriftlichen Nachträgen und weiteren gesetzlichen Vorschriften, wie insbesondere dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG).

Die Leistungspflicht der Advigon nach Eintritt des Versicherungsfalles wird fällig, wenn diese dem Grunde und der Höhe nach festgestellt ist. Die Auszahlung der Erstattungssumme an den Versicherungsnehmer erfolgt binnen eines Monats. Der

Lauf dieser Frist ist gehemmt, solange die Prüfung des Anspruches durch die Advigon infolge eines Verschuldens der versicherten Person oder des Versicherungsnehmers gehindert ist.

Rechtsordnung:

Auf das Vertragsverhältnis findet deutsches Recht Anwendung.

Gesamtpreis und Preisbestandteile:

Die zu entrichtende Gesamtprämie ergibt sich aus dem Umfang des vom Versicherungsnehmer gewählten Versicherungsschutzes. Die jeweiligen Prämien für die Bestandteile des Versicherungsschutzes sind dem Versicherungsschein sowie den vom Versicherungsnehmer ausgefüllten Antragsunterlagen zu entnehmen. Wir empfehlen daher, auch die Antragsunterlagen, welche Ihnen mit dem Versicherungsschein per E-Mail zugesendet werden, auszudrucken und zu Ihren Unterlagen zu nehmen.

Die genannten Prämien der Krankenversicherung sind versicherungssteuerfrei.

Zusätzliche Kosten, Steuern oder Gebühren:

Grundsätzlich entstehen keine zusätzlichen Kosten, Steuern oder Gebühren. Im Einzelfall können jedoch Mahngebühren in Höhe von 2,50 EUR für die erste bzw. 5,- EUR für die 2. Mahnung, Gebühren für die Rückbuchung von Lastschriften in Höhe von 4,- EUR, eine Bearbeitungsgebühr bei Durchführung von Beitragsrückerstattungen in Höhe von 5,- EUR, eine Geschäftsgebühr in Höhe von 15,- EUR bei Rücktritt der Advigon wegen Nichtzahlung des Beitrages, sowie über den pauschalen Erstattungsbetrag hinausgehende Telekommunikationskosten in Abhängigkeit von dem gewählten Kommunikationsweg / Provider, entstehen.

Einzelheiten der Zahlung und Erfüllung:

Die Prämie ist eine Einmalprämie. Sie kann als einmalige Beitragszahlung für die gesamte Versicherungsdauer entrichtet werden. Die Erst- oder Einmalprämie wird mit Beginn des Versicherungsvertrages fällig. Die Zahlung der Versicherungsprämie kann durch Vereinbarung auch in monatlichen Raten entrichtet werden. In diesem Fall ist die Erstprämie bei Versicherungsbeginn fällig. Die Folgeprämien sind jeweils monatlich zu einem vertraglich festgelegten Termin zu leisten.

Die Zahlweise der Erst- oder Folgeprämie kann nur über das SEPA-Lastschriftverfahren erfolgen. Die Zahlung der Prämie per SEPA-Lastschriftverfahren ist rechtzeitig, wenn die Prämie am Abbuchungstag eingezogen werden kann und der Versicherungsnehmer – bzw. sofern dieser nicht der Inhaber des genannten Kontos ist – der Kontoinhaber dem Zahlungsabruf widerspricht.

Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen:

Die zur Verfügung gestellten Informationen sind zeitlich unbefristet gültig.

Beginn des Vertrages, des Versicherungsschutzes, Dauer der Bindefrist bei Antragsstellung

Der Vertrag kommt zustande, wenn der vom Versicherer hierfür vorgesehene Antrag ordnungsgemäß ausgefüllt bei dem Versicherer eingeht und dieser den Antrag mit Übersendung des Versicherungsscheines annimmt. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt, nicht jedoch vor rechtzeitiger Zahlung der geschuldeten Prämie. Ist die Einziehung der Prämie von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn die Prämie am Abbuchungstag eingezogen werden kann und der Versicherungsnehmer einer berechtigten Einziehung nicht widerspricht. Kann die Prämie ohne Verschulden des Versicherungsnehmers nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach einer schriftlichen Zahlungsaufforderung des Versicherers erfolgt. In der Auslandskrankenversicherung beginnt der Versicherungsschutz darüber hinaus nicht vor dem Zeitpunkt der Einreise in die Bundesrepublik Deutschland bzw. nicht vor Grenzüberschreitung ins Ausland sowie dem Ablauf vertraglich bestimmter Wartezeiten. Die Voraussetzungen für den Abschluss der Versicherung entnehmen Sie bitte § 2 der beigefügten Versicherungsbedingungen. Eine Bindefrist des Antragstellers an den Antrag ist nicht vorgesehen.

Wichtiger Hinweis gemäß § 37 Abs. 2 VVG:

Tritt der Versicherungsfall nach Abschluss des Vertrages ein und die einmalige oder die erste Versicherungsprämie zu diesem Zeitpunkt noch nicht gezahlt, ist die Advigon nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Bei Verträgen im elektronischen Geschäftsverkehr beginnt sie jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten gemäß § 312i Abs. 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs in Verbindung mit Artikel 246c des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuch. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an die
Care Concept AG
Postfach 30 02 62, 53182 Bonn
Telefon: + 49 228 97735-0
Fax: +49 228 97735-35
E-Mail: info@care-concept.de

Widerrufsfolgen:

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, der sich zeitanteilig vom Beginn des Vertrags bis zum Zugang des Widerrufs errechnet. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens nach 30 Tagen nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise:

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

Ende der Belehrung

Informationen über die Laufzeit der Versicherung:

Der Vertrag ist je nach gewählter Dauer befristet.

Ende des Vertrages, Kündigungsrecht, Geschäftsgebühr:

Der Vertrag endet mit dem Ende der Reise bzw. dem vereinbarten Versicherungsende. Der Versicherungsnehmer kann nach Ablauf der Mindestvertragsdauer das Versicherungsverhältnis jederzeit kündigen. Die Mindestvertragsdauer in der Auslandskrankenversicherung beträgt drei Monate. Näheres entnehmen Sie bitte aus § 2 I. und III. der Versicherungsbedingungen. In der Auslandskrankenversicherung endet der Versicherungsschutz mit dem Ende der Reise bzw. dem vereinbarten Versicherungsende bzw. mit der Beendigung des vorübergehenden Aufenthaltes im Ausland, also mit Einreise bzw. Grenzüberschreitung in die Bundesrepublik Deutschland bzw. in das Staatsgebiet, in dem die versicherte Person ihren Wohnsitz hat. Das vereinbarte Versicherungsende ist u.a. in dem Versicherungsschein genannt. Tritt die Advigon wegen Nichtzahlung der ersten bzw. einmaligen Prämie nach § 37 Abs. 1 VVG vom Vertrag zurück, erhebt sie eine Geschäftsgebühr in Höhe von 15,- EUR je Versicherungsvertrag gemäß § 39 Abs. 1 VVG.

Anwendbares Recht und Gerichtsstand:

Auf das Vertragsverhältnis findet deutsches Recht Anwendung. Klagen gegen die Advigon können erhoben werden in Vaduz oder an dem Ort, an dem der Versicherungsnehmer zum Zeitpunkt der Klageerhebung seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

Vertragsprache:

Maßgebliche Sprache für das Vertragsverhältnis und die Kommunikation mit dem Versicherungsnehmer während der Vertragslaufzeit ist Deutsch.

Außergerichtliches Schlichtungsverfahren:

Schlichtungsversuche und Beschwerden können – wenn eine Einigung mit der Advigon nicht erzielt werden kann – an folgende Schlichtungsstelle gerichtet werden:

Amt für Volkswirtschaft
Bereich Konsumentenschutz
Postfach 684
9490 Vaduz
Liechtenstein

www.llv.li

Beschwerdemöglichkeit bei der zuständigen Aufsichtsbehörde:

Beschwerden gegen die Advigon können erhoben werden bei der zuständigen Aufsichtsbehörde:

FMA (Finanzmarktaufsicht Liechtenstein)
Postfach 279
Landstraße 109
9490 Vaduz
Liechtenstein
E-Mail: info@fma-li.li

Name: Care Concept AG
Anschrift: Am Herz-Jesu-Kloster 20
53229 Bonn
Telefon: +49 228 97735-0
Telefax: +49 228 9773535

Wir sind tätig als Mehrfachvertreter gemäß § 34 d I GewO.

Beratungsleistung:

Hinsichtlich der vermittelten Versicherungsprodukte bieten wir eine Beratung an.

Art und Quelle der Vergütung:

Die Vergütung der Tätigkeit erfolgt als in der Versicherungsprämie enthaltene Provision, die vom jeweiligen Versicherungsunternehmen ausgezahlt wird.

Handelsregister-Nr.: HRB 8470 Amtsgericht Bonn
Vermittlerregister: Deutscher Industrie- und Handelskammertag (DIHK) e.V.:
Breite Straße 29
10178 Berlin
Telefon: 0 180 600 58 50
(Festpreis 0,20 EUR / Anruf;
Mobilfunkpreise max. 0,60 EUR / Anruf)
www.vermittlerregister.info
Beteiligung: Über die HVP Hanse Vertriebspartner AG besitzt die
HanseMerkur Holding AG indirekt mehr als zehn Prozent
der Stimmrechte und des Kapitals der Care Concept® AG.
Schlichtungsstellen: Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22 | 10052 Berlin
www.pkv-ombudsmann.de
Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 08 06 32 | 10006 Berlin
www.versicherungsombudsmann.de
Vorstand: Jörg Schmidt, Dirk Günther
Aufsichtsrat: Hans Geisberger (Vors.)
Gesellschaftssitz: Bonn
Ust-IdNr.: DE813961035
IHK-Reg.-Nr.: D-KJUH-GSQ14-87
Zuständige Aufsichtsbehörde: IHK Industrie- und Handelskammer Bonn/Rhein-Sieg
Care Concept Compliance: Care Concept Compliance

Online-Streitbeilegung gemäß Art. 14 Abs. 1 ODR-VO:

Die Europäische Kommission stellt eine Plattform zur Online-Streitbeilegung (OS) bereit, die Sie unter <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> finden.

Hinweis gem. § 36 VSBG: Die Care Concept AG ist nicht bereit oder verpflichtet, an Streitbeilegungsverfahren vor einer Verbraucherschlichtungsstelle teilzunehmen.

(Dies gilt nicht für die „Schlichtungsstellen Versicherungsombudsmann e.V.“ und „Ombudsmann für die private Kranken- und Pflegeversicherung“.)

Verbraucherinformationen bei Verträgen im elektronischen Geschäftsverkehr gemäß § 312 i Bürgerliches Gesetzbuch (BGB): Informationen über technische Schritte



Diese Schritte führen zum Abschluss, wenn Sie im Internet buchen:

Online-Abschluss

Erst wenn Sie auf den Button „Antrag absenden“ klicken (oder im Falle der Auswahl von Kreditkarten- oder PayPal-Zahlung auf „Antrag absenden und bezahlen“ klicken und anschließend eine erfolgreiche Zahlung per Kreditkarte oder per PayPal-Account ausführen), beantragen Sie verbindlich den Abschluss des Onlinevertrages, und Ihre Daten werden erfasst und gespeichert.

Speicherung Ihrer Daten und Ihrer Angaben

Abhängig vom gewählten Produkt erhalten Sie einen Versicherungsschein per E-Mail und/oder per Post. Die Internet-Buchung mit Ihren Angaben bekommen Sie per E-Mail als PDF-Dokument für Ihre Unterlagen zugeschickt. Eine Online-Zugriffsmöglichkeit auf Ihre Daten sowie Ihre Angaben besteht nach Beitritt nicht. Sie können jedoch telefonisch oder per E-Mail Auskunft zu Ihrem Versicherungsschutz erhalten.

Berichtigung von Eingaben

Sie können Ihre Eingaben vor dem kostenpflichtigen Buchen prüfen und die von Ihnen gemachten Angaben jederzeit berichtigen oder ergänzen. Nachdem Sie das Antragsformular ausgefüllt und den Button „Onlinevertrag abschließen“ angeklickt haben, werden alle eingegebenen Daten nochmals zur Überprüfung auf ihre Richtigkeit dargestellt. Sollten Ihnen an dieser Stelle Eingabefehler auffallen, können Sie diese korrigieren, indem Sie auf den Button „Daten korrigieren“ klicken. Dadurch gelangen Sie zurück zum Antragsformular und können die gewünschten Änderungen vornehmen. Nach der Beantragung können Sie über das Service-Portal (http://www.care-concept.de/service/versicherung_service.htm) Änderungen vornehmen.

Datenspeicherung

Ihre Daten werden von dem Versicherer (deckungsgewährender Versicherer aus Ihren Vertragsunterlagen), vertreten durch die Care Concept AG, zur Durchführung des Versicherungsverhältnisses gespeichert.

Auskunft

Sie können jederzeit mündlich oder schriftlich Auskunft zu Ihrem Versicherungsschutz erhalten. Ein Online-Zugriff auf Ihre Daten besteht nach Abschluss nicht.

Im Übrigen finden Sie Informationen zum Datenschutz und Ihrer diesbezüglichen Rechte unter www.care-concept.de/datenschutz.php oder fordern Sie diese gern bei uns an.

Welche Schritte sind erforderlich, um Ihren Krankenversicherungsvertrag online abzuschließen?

Um einen Versicherungsvertrag über das von Ihnen gewünschte Produkt abzuschließen, müssen Sie zunächst über die Internetpräsenz der Care Concept AG das jeweilige Online-Antragsformular zum gewünschten Produkt ausfüllen. Nähere Informationen zum Online-Abschluss bitten wir Sie dem Merkblatt Verbraucherinformationen bei Verträgen im elektronischen Geschäftsverkehr gemäß § 312i Bürgerliches Gesetzbuch: „Informationen über technische Schritte“ zu entnehmen. Nachdem Sie den Button „Onlinevertrag abschicken“ angeklickt haben, erscheint ein Bestätigungsfenster mit den von Ihnen eingegebenen Daten. Hier können Sie Ihre Angaben auf Richtigkeit überprüfen und ggf. korrigieren. Wenn Sie Ihre Angaben überprüft haben und den Button „Antrag absenden“ anklicken, geben Sie Ihr verbindliches Angebot auf Abschluss des Auslands Krankenversicherungsvertrages ab.

Kurze Zeit später erhalten Sie per E-Mail zunächst eine Antragseingangsbestätigung. Mit dieser Bestätigung erhalten Sie ein PDF-Dokument mit den von Ihnen im Online-Antrag angegebenen Daten.

Soweit Ihr Antrag angenommen wird, erhalten Sie nach der Antragsbestätigung zeitnah eine weitere Bestätigungsmail der Care Concept AG. Diese erhält auch Ihre Versicherungsunterlagen (u.a. Versicherungsschein, Versicherungsbedingungen, Behandlungsschein etc.). Mit der Übersendung dieser E-Mail nebst Unterlagen ist der Versicherungsvertrag mit dem Versicherer (deckungsgewährender Versicherer aus Ihren Vertragsunterlagen), vertreten durch die Care Concept AG, zustande gekommen.

Wird der Vertragstext nach dem Vertragsschluss von dem Unternehmer gespeichert und ist er Ihnen zugänglich?

Im Online-Antrag müssen Sie durch Anklicken des entsprechenden Kästchens erklären, dass Sie

- die Versicherungsbedingungen,
- die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der Care Concept AG,
- die ausdrücklichen Erklärungen,
- das Produktinformationsblatt und
- die Verbraucherinformationen

zur Kenntnis genommen haben und mit Ihnen einverstanden sind. Sie können die genannten Dokumente vor dem Absenden des Antrags ausdrucken und/oder als PDF-Datei herunterladen und müssen uns dies bestätigen.

Eine Kopie Ihres Online-Antrages sowie die Versicherungsunterlagen (u.a. Versicherungsschein, Versicherungsbedingungen, Behandlungsschein etc.) werden Ihnen anschließend per E-Mail übersandt.

Ihr ausgefüllter Online-Antrag, die Antragseingangsbestätigung und die Bestätigungsmail mit Ihren Vertragsunterlagen werden von uns für die Geschäftsabwicklung unter Einhaltung der geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen gespeichert.

Kann ich vor dem Absenden meines verbindlichen Versicherungsantrages Eingabefehler erkennen und korrigieren?

Ja. Nähere Informationen zum Online-Abschluss bitten wir Sie dem Merkblatt Verbraucherinformationen bei Verträgen im elektronischen Geschäftsverkehr gemäß § 312i Bürgerliches Gesetzbuch: „Informationen über technische Schritte“ zu entnehmen.

In welchen Sprachen können Sie den Versicherungsvertrag abschließen?

Die verbindliche Sprache für den Vertragsabschluss ist deutsch. Soweit Ihnen bei Stellung des Online-Antrags bzw. bei Vertragsabschluss weitere Unterlagen in einer anderen als der deutschen Sprache zur Verfügung gestellt werden, geschieht dies ausschließlich als unverbindliche Serviceleistung. Verbindlich ist ausschließlich der Inhalt der deutschsprachigen Version des Online-Antrags sowie der weiteren Dokumente (z.B. Versicherungsbedingungen, Informationen zum Fernabsatzgesetz, Ausdrückliche Erklärungen, Produktinformationsblatt, Verbraucherinformationen, Versicherungsschein).

Hat sich die Care Concept AG Verhaltenskodizes unterworfen? Sind diese abrufbar über die Unternehmenshomepage?

Grundlage unseres Handelns und Verhaltens ist die Compliance-Richtlinie der Care Concept AG.

Die Compliance-Richtlinie der Care Concept AG ist abrufbar unter www.care-concept.de.

Auskunft

Im Übrigen finden Sie Informationen zum Datenschutz und Ihrer diesbezüglichen Rechte unter www.care-concept.de/datenschutz.php oder fordern Sie diese gern bei uns an.

Vorbemerkung

Versicherungen können heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln; auch bietet die EDV einen besseren Schutz der Versichertengemeinschaft vor missbräuchlichen Handlungen als die bisherigen manuellen Verfahren.

Die Verarbeitung der uns bekannt gegebenen Daten zu Ihrer Person wird durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Danach ist die Datenverarbeitung und -nutzung zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat.

Das BDSG erlaubt die Datenverarbeitung und -nutzung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der speichernden Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

Einwilligungserklärung

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf eine sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung, ist in Ihrem Versicherungsantrag eine Einwilligungserklärung nach dem BDSG aufgenommen worden.

Diese gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrages hinaus, endet jedoch – außer in der Lebens- und Unfallversicherung – schon mit Ablehnung des Antrags oder durch Ihren jederzeit möglichen Widerruf.

Wird die Einwilligungserklärung bei Antragstellung ganz oder teilweise gestrichen, kommt es unter Umständen nicht zu einem Vertragsabschluss. Trotz Widerruf oder ganz bzw. teilweise gestrichener Einwilligungserklärung kann eine Datenverarbeitung und -nutzung in dem begrenzten gesetzlich zulässigen Rahmen, wie in der Vorbemerkung beschrieben, erfolgen.

Schweigepflichtentbindungserklärung

Daneben setzt auch die Übermittlung von Daten, die wie z. B. beim Arzt, einem Berufsgeheimnis unterliegen, eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Schweigepflichtentbindung) voraus. In der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung (Personenversicherung) ist daher im Antrag bzw. in Schaden-/Leistungsanzeigen auch eine Schweigepflichtentbindungsklausel enthalten. Im Folgenden wollen wir Ihnen einige wesentliche Beispiele für die Datenverarbeitung und -nutzung nennen.

Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer:

Dieser speichert Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind.

Das sind zunächst Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten). Weiter werden zum Vertrag versicherungstechnische Daten, wie Kundennummer (Partnernummer), Versicherungssumme, Versicherungsdauer, Beitrag, Bankverbindung sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z. B. eines Vermittlers, eines Sachverständigen oder eines Arztes geführt (Vertragsdaten).

Bei einem Versicherungsfall speichert der Versicherer Ihre Angaben zum Schaden und ggf. auch Angaben von Dritten, wie z. B. den vom Arzt ermittelten Grad der Berufsunfähigkeit, die Feststellung Ihrer Reparaturwerkstatt über einen Kfz-Totalschaden oder bei Ablauf einer Lebensversicherung den Auszahlungsbetrag (Leistungsdaten).

Datenübermittlung an Rückversicherer

Im Interesse seiner Versicherungsnehmer wird ein Versicherer stets auf einen Ausgleich der von ihm übernommenen Risiken achten. Deshalb geben wir in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Rückversicherer im In- und Ausland ab. Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns, wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschlags sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien. Soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadenbeurteilung mitwirken, werden ihnen auch die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls entsprechende Daten übergeben.

Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz hat der Versicherte bei Antragstellung, jeder Vertragsänderung und im Schadenfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Schadenabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z. B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte). Um Versicherungsmissbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen. Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (Doppelversicherungen, gesetzlicher Forderungsübergang sowie bei Teilungsabkommen) eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben, wie Name und Anschrift, Kfz-Kennzeichen, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden, wie Schadenhöhe und Schadentag.

Zentrale Datensammlung

Einzelne Versicherungsbranchen (z. B. Lebens-, Kranken-, Sachversicherung) werden durch rechtlich selbständige Unternehmen betrieben. Um den Kunden einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten zu können, arbeiten die Unternehmen häufig in Unternehmensgruppen zusammen. Zur Kostenersparnis werden dabei einzelne Bereiche zentralisiert, wie das Inkasso oder die Datenverarbeitung. So wird z. B. Ihre Adresse nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Verträge mit verschiedenen Unternehmen der Gruppe abschließen; und auch Ihre Versicherungsnummer, die Art der Verträge, ggf. Ihr Geburtsdatum, Kontonummer und Bankleitzahl, d. h., Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten werden in einer zentralen Datensammlung geführt. Dabei sind die sog. Partnerdaten (z. B. Name, Adresse, Kundennummer, Kontonummer, Bankleitzahl, bestehende Verträge) von allen Unternehmen der Gruppe abfragbar. Auf diese Weise kann eingehende Post immer richtig zugeordnet und bei telefonischen Anfragen sofort der zuständige Partner genannt werden. Auch Geldeingänge können so in Zweifelsfällen ohne Rückfragen korrekt verbucht werden. Die übrigen allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten sind dagegen nur von den Versicherungsunternehmen der Gruppe abfragbar. Obwohl alle diese Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Unternehmen verwendet werden, spricht das Gesetz auch hier von "Datenübermittlung", bei der die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes zu beachten sind. Branchenspezifische Daten – wie z. B. Gesundheits- oder Bonitätsdaten – bleiben dagegen unter ausschließlicher Verfügung der jeweiligen Unternehmen.

Betreuung durch Versicherungsvermittler

In Ihren Versicherungsangelegenheiten werden Sie durch einen unserer Vermittler betreut. Vermittler in diesem Sinn sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften. Um seine Aufgaben ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhält der Vermittler zu diesen Zwecken von uns die für die Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, z. B. Versicherungsnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen. Ausschließlich zum Zweck von Vertragsanpassungen in der Personenversicherung können an den zuständigen Vermittler auch Gesundheitsdaten übermittelt werden.

Unsere Vermittler verarbeiten und nutzen selbst diese personenbezogenen Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung des Kunden. Auch werden Sie von uns über Änderungen der kundenrelevanten Daten informiert.

Jeder Vermittler ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des BDSG und seine besonderen Verschwiegenheitspflichten (z. B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten.

Der für Ihre Betreuung zuständige Vermittler wird Ihnen mitgeteilt. Endet seine Tätigkeit für unser Unternehmen (z. B. durch

Kündigung des Vermittlervertrages oder bei Pensionierung), regelt das Unternehmen Ihre Betreuung neu; Sie werden hierüber informiert.

Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte

Sie haben als Betroffener nach dem Bundesdatenschutzgesetz neben dem eingangs erwähnten Widerrufsrecht ein Recht auf Auskunft sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer in einer Datei gespeicherten Daten.

Wegen eventueller weiterer Auskünfte und Erläuterungen wenden Sie sich bitte an den betrieblichen Datenschutzbeauftragten Ihres Versicherers. Richten Sie auch ein etwaiges Verlangen auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung oder Löschung wegen der beim Rückversicherer gespeicherten Daten stets an Ihren Versicherer.

Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall



Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir Ihre Mithilfe.

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalls verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit), und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie uns alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Tatbestands dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit). Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns Belege zur Verfügung stellen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Leistungsfreiheit

Machen Sie entgegen der vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stellen Sie uns vorsätzlich die verlangten Belege nicht zur Verfügung, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, verlieren Sie Ihren Anspruch zwar nicht vollständig, aber wir können unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen bleiben wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen arglistig, werden wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

Hinweis:

Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung nicht Ihnen, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, zur Aufklärung und zur Beschaffung von Belegen verpflichtet

Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht



Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die Fragen im Versicherungsantrag wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

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

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
 - noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht
- ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Unser Kündigungsrecht ist ferner ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Dies kann zu einer rückwirkenden Beitragserhöhung oder zu einem rückwirkenden Ausschluss der Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand und insoweit zu einem rückwirkenden Wegfall des Versicherungsschutzes führen. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu. Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen

4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzungen der gesetzlichen Anzeigepflicht



Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

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

Ausdrückliche Erklärungen

Einwilligung zur Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung



Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften (insb. EU-DSGVO) enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt der Versicherer (deckungsgewährender Versicherer aus Ihren Vertragsunterlagen – im Folgenden „der Versicherer“ genannt) sowie wir als dessen Partner, die Care Concept AG, daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindung, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten bei schweigepflichtigen Stellen weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtenbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss und die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein bzw. die evtl. Leistung evtl. nicht fällig werden kann.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten

- durch den Versicherer selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb des Versicherers (unter 3.) und
- wenn ein Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

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

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch den Versicherer

Ich willige ein, dass der Versicherer und dessen Partner, die Care Concept AG, die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrags erforderlich ist.

Ich willige ein, dass der Versicherer und dessen Partner, die Care Concept AG, meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten bei Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. bei Eintritt des Versicherungsfalls im dafür erforderlichen Umfang mit den von mir im Antrag benannten früheren Versicherern bzw. mit ihren eigenen Datenbeständen abgleichen dürfen um meine Angaben überprüfen und im Bedarfsfall ergänzen zu können.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass der Versicherer und dessen Partner, die Care Concept AG, die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstiger Angehöriger eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Der Versicherer und dessen Partner, die Care Concept AG, benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Ich wünsche, dass mich der Versicherer und dessen Partner, die Care Concept AG, in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- **in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch den Versicherer und dessen Partner, die Care Concept AG, einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an den Versicherer und dessen Partner, die Care Concept AG, einwillige oder**
- **die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.**

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragsbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht sowie zu einer fehlenden Fälligkeit der evtl. Leistung führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer oder dessen Partner, die Care Concept AG, konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

Ausdrückliche Erklärungen

Einwilligung zur Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung



2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für den Versicherten sowie dessen Partner, Care Concept AG, konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht bzw. zu einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung nach meinem Tod Gesundheitsdaten erhoben werden müssen, geht die Entscheidungsbefugnis über Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen auf meine Erben oder – wenn diese abweichend bestimmt sind – auf die Begünstigten des Vertrags über.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb des Versicherten

Der Versicherte und dessen Partner, die Care Concept AG, verpflichten die jeweiligen Dienstleister vertraglich zur Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Der Versicherte und dessen Partner, die Care Concept AG, benötigen Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass der Versicherte und dessen Partner, die Care Concept AG, meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist, und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an den Versicherten und die Care Concept AG zurückübermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für den Versicherten und dessen Partner, die Care Concept AG, tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen und Personen)

Der Versicherte und dessen Partner, die Care Concept AG, führen bestimmte Aufgaben, wie z. B. den Notruf-Service, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer personenbezogener Daten kommen kann, nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung einer anderen Gesellschaft oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen der Versicherte und die Care Concept AG Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und, soweit erforderlich, für die anderen Stellen.

Ich willige ein, dass der Versicherte und dessen Partner, die Care Concept AG, – meine Gesundheitsdaten an die unter dem nachfolgenden

Link: https://www.care-concept.de/wir_ueber_uns/dienstleisteruebersicht.php

genannten Stellen übermitteln und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie der Versicherte und die Care Concept AG dies tun dürfen. Soweit erforderlich entbinde ich die Mitarbeiter der genannten Unternehmen und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von Ihrer Schweigepflicht.

Die vorstehende Liste erhebt dabei keinen Anspruch auf Vollständigkeit, weil sich zwischenzeitlich Änderungen ergeben haben können. Eine aktuelle Liste kann schriftlich angefordert werden.

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können der Versicherte und deren Partner, Care Concept AG, Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Leistungsfall machen kann, ist es möglich, dass der Versicherte bzw. die Care Concept AG Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag den Rückversicherungen vorlegen. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherungen den Versicherten bzw. die Care Concept AG aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützen.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob der Versicherte und deren Partner, die

Ausdrückliche Erklärungen

Einwilligung zur Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung



Care Concept AG, **das Risiko bzw.** den Leistungsfall richtig eingeschätzt haben.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit die überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch den Versicherer bzw. die Care Concept AG unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für den Versicherer und dessen Partner, die Care Concept AG, tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4 Datenweitergabe an selbständige Vermittler

Der Versicherer und dessen Partner, die Care Concept AG, geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbst- ständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann. Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden. Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass der Versicherer sowie dessen Partner, die Care Concept AG, meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen- soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten bei Nichtzustandekommen des Vertrages

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern der Versicherer und die Care Concept AG Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten z.B. für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen oder um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei dem Versicherer und dessen Partner, der Care Concept AG, bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass der Versicherer und dessen Partner, die Care Concept AG, meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichern und nutzen.

Ausdrückliche Erklärungen

Einwilligung zur Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung



5. Weitere Erklärungen, Einwilligungen und Datenschutzhinweise

Empfangsberechtigung bezüglich der Versicherungsleistungen

Der Versicherungsnehmer ermächtigt den Versicherer und dessen Partner, die Care Concept AG, die Leistungen aus diesem Vertrag gegebenenfalls auch mit der versicherten Person oder Behandlern etc. direkt abzurechnen.

Zustimmung betreffs werblicher Maßnahmen

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar kann ich daher durch Auswahl einer entsprechenden Option darin einwilligen, dass die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen dürfen.

(Diese Einwilligungen gelten nur, wenn ich die Möglichkeit hatte, in zumutbarer Weise vom Inhalt des Merkblatts zur Datenverarbeitung Kenntnis zu nehmen. Das Merkblatt finden Sie unten. Ich kann weiteren Werbemaßnahmen schriftlich oder telefonisch widersprechen. Nach Ablauf einer technisch/organisatorisch notwendigen Umsetzungsfrist wird diesem Wunsch entsprochen.

Schriftverkehr

Sie sind damit einverstanden, dass wir bzw. unsere Vertriebspartner Ihnen Unterlagen in einer nicht verschlüsselten E-Mail zuschicken. Es erfolgt keine Ende-zu-Ende-Verschlüsselung. Die E-Mail-Adresse haben Sie uns hierzu mitgeteilt. Unterlagen können zum Beispiel Dokumente zu einem Angebot oder Antrag sein. Wir dürfen Ihnen Inhalte und Dateien unverschlüsselt zuzusenden. Es kann sein, dass Gesundheitsdaten oder andere nach § 203 StGB geschützte Daten betroffen sein. In diesem Fall haben Sie uns oder unseren Vertriebspartner und die jeweiligen Mitarbeiter von der Schweigepflicht entbunden. Diese Vereinbarung gilt für alle E-Mails und Unterlagen bis zum Vertragsschluss.

Damit gehen Risiken einher. Über diese sind Sie vorher mündlich oder telefonisch aufgeklärt worden. Besonders darüber, dass diese E-Mail dem Versand einer Postkarte gleicht. Jeder, der sie „in die Hand“ bekommt kann sie problemlos lesen. Dies gilt auch für Ihre Gesundheitsangaben oder Bankverbindungsdaten im Antrag oder Angebot. Anhänge, Inhalte und Absenderadressen könnten durch Dritte unbemerkt verändert werden. Deswegen kann für die Richtigkeit einer E-Mail nicht garantiert werden. Wenn sich Ihre E-Mail-Adresse ändert, teilen Sie und dies unverzüglich mit.

Diese Einwilligung und die Entbindung von der Schweigepflicht können Sie zu jeder Zeit widerrufen: Formlos, ganz oder nur teilweise, ohne Angabe von Gründen. Wenden Sie sich dazu an uns oder unseren Vertriebspartner. Unsere Kontaktdaten erhalten Sie unter:

[http://www.care-concept.de/wir ueber uns/impressum.htm](http://www.care-concept.de/wir_ueber_uns/impressum.htm)

Soweit Sie eine E-Mail erhalten, sind die Kontaktdaten in dieser angegeben. Wenn Sie widerrufen, erhalten Sie die Informationen per Post, Telefax oder E-Mail-Verschlüsselungsverfahren.

Hinweise zur Versicherungsfähigkeit

- Für die Tarife Care College und Care Au-Pair:

Ich habe vor, wieder in mein Heimatland zurückzukehren, bzw. ich besitze nur eine befristete Aufenthaltserlaubnis.

- Für den Tarif Care College:

Der Hauptgrund meines Aufenthaltes ist die Aus- und Weiterbildung, bzw. es handelt sich um ein "working holiday" oder "work & travel" Programm.

- Für den Tarif Care Visa Protect:

Der Vertragsabschluss erfolgt im Zusammenhang mit einer Visumerteilung.

- Für den Tarif Care Science:

Ich bin chinesischer Stipendiat.

Merkblatt zur Datenverarbeitung

Ich erkläre, dass mir die Möglichkeit gegeben wurde, von dem Merkblatt zur Datenverarbeitung Kenntnis zu nehmen.