EXPAT SMART

Günstiger Basisschutz

Drei Leistungs-varianten

Im Ausland abschließbar

FAZ-INSTITUT
Bester Service 2024
BDAE

30 JAHRE BDAE

BDAE
Mit Sicherheit ins Ausland!

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

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

Makler & Vertriebspartner

makler@bdae.com

+49 40-30 68 74-43

Privatkunden-Beratung

privatkunden@bdae.com

+49 40-30 68 74-23

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

Inhaltsverzeichnis

Versicherungsbedingungen A

- Produktinformationsblatt gem. § 4 VVG-Info-VO A.1
- Produktspezifische Versicherungsbedingungen A.2
- Allgemeine Versicherungsbedingungen A.3
- Erläuterungen zur Gruppenversicherung A.4

Ergänzende Leistungen B

- Patienten-Rechtsschutzversicherung B.1
- Medizinische Assistance B.2
- EMMA - die digitale Gesundheits-Assistentin B.3
- My BDAE-App B.4
- Feel Good Package B.5

Antragsunterlagen C

- Wichtige Hinweise zur Antragsstellung C.1
- Antrag C.2
- SEPA-Lastschriftmandat C.2.1
- Widerrufsrecht C.3
- Datenschutzinformation C.4
- Einwilligungserklärung gem. DSGVO C.5
- Schweigepflichtentbindung C.6
- Angaben zum Gesundheitszustand C.7

Auslandskrankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Unternehmen: BDAE Expat GmbH
Produkt: EXPAT SMART BASIC

Dieses Blatt dient nur zu Ihrer Information und gibt Ihnen einen kurzen Überblick über die wesentlichen Inhalte Ihrer Versicherung. Vollständig dargestellt ist der Versicherungsschutz in Ihren Versicherungsunterlagen. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Wir bieten Ihnen auf Basis einer Gruppenversicherung Versicherungsschutz für Krankheiten und Unfälle, die während eines Auslandsaufenthaltes auftreten.

Was ist versichert?

Wir bieten Versicherungsschutz für unfallbedingte Behandlungen während Ihres Aufenthaltes in der vereinbarten Länderzone. Versichert sind zum Beispiel:

- ✔ Ambulante Heilbehandlungen
- ✔ Stationäre Heilbehandlungen
- ✔ Arznei-, Verband- und Heilmittel
- ✔ Zahnmedizinische Heilbehandlungen
- ✔ Zahnersatz
- ✔ Hilfsmittel
- ✔ Krankentransport
- ✔ Repatriierungen (Rücktransport)
- ✔ Überführung im Todesfall
- ✔ Nachhaftung von 30 Tagen

Was ist nicht versichert?

Nicht versichert sind zum Beispiel:

- ✖ Häusliche Krankenpflege und hauswirtschaftliche Versorgung
- ✖ Zahnmedizinische Vorsorgeuntersuchung und -behandlung
- ✖ Vorsorgeuntersuchung
- ✖ Allgemeine Check-ups
- ✖ Impfungen
- ✖ Schwangerschaft und Entbindung
- ✖ Unfruchtbarkeitsbehandlungen
- ✖ Sehhilfen und Sehtests
- ✖ Augenlasern
- ✖ Psychotherapie
- ✖ Angeborene Leiden
- ✖ Kieferorthopädie
- ✖ Immunisierungsmaßnahmen
- ✖ Anschlussheilbehandlung
- ✖ Schäden durch die aktive Teilnahme an Streik, Krieg, kriegsähnlichen Ereignissen, inneren Unruhen
- ✖ Eine durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung

Was ist nicht versichert?

Nicht versichert sind zum Beispiel:

- ✖ Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren
- ✖ Die bei Beginn des Versicherungsschutzes bestehenden und bekannten Krankheiten und Beschwerden sowie deren Folgen. Weiterhin besteht kein Versicherungsschutz für Versicherungsfälle die vor Beginn des Versicherungsschutzes und während der Wartezeit eingetreten sind.

Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ℹ Das höchstversicherbare Alter beträgt 74 Jahre
- ℹ Die maximale Versicherungsdauer beträgt 36 Monate. Es besteht die Möglichkeit einer Verlängerung um weitere 24 Monate.
- ℹ Der Jahreshöchstbetrag beträgt 300.000 Euro.
- ℹ Medizinisch notwendiger Rücktransport innerhalb eines Kontinents ist bis 5.000 Euro und kontinentübergreifend bis 10.000 Euro versichert.
- ℹ Nachhaftung bis maximal 30 Tage nach Beendigung des Versicherungsschutzes
- ℹ Es gibt einige Fälle, in denen der Versicherungsschutz eingeschränkt sein kann, zum Beispiel:
- ℹ Wenn Sie oder eine versicherte Person den Versicherungsfall vorsätzlich herbeigeführt haben. Bei grob fahrlässiger Herbeiführung des Versicherungsfalls können wir die Leistung kürzen.
- ℹ Haben Sie ein Produkt mit Selbstbeteiligung beantragt, müssen Sie diese im Falle eines Leistungsfalles selbst tragen.
- ℹ Einige der versicherten Leistungen sind begrenzt. Die genauen Höchstsummen entnehmen Sie bitte den produktspezifischen Versicherungsbedingungen.

Wo bin ich versichert?

- Versicherungsschutz besteht in der jeweils vereinbarten Länderzone (Zone 1, 2 oder 3).
- Der Versicherungsschutz besteht im vollen Umfang für all die Länder, die der gewählten Zone zugeordnet sind sowie in allen Ländern, die sich in einer der darunterliegenden Zonen befinden.
- Für urlaubs- oder berufsbedingte Aufenthalte in den nicht versicherbaren Ländern und in den Ländern einer übergeordneten Zone besteht Versicherungsschutz für maximal 6 Wochen (kumuliert) pro Versicherungsjahr. Der Versicherungsschutz ist begrenzt auf den versicherten Leistungsumfang.
- Für urlaubs- oder berufsbedingte Aufenthalte in Deutschland besteht für bis zu 30 Tage (kumuliert) pro Versicherungsjahr Versicherungsschutz.

Welche Verpflichtungen habe ich?

- Sie müssen alle Fragen in den Antragsdokumenten sowie zu Ihrem Gesundheitszustand wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Den Versicherungsbeitrag müssen Sie rechtzeitig und vollständig bezahlen.
- Im Versicherungsfall müssen Sie uns vollständige und wahrheitsgemäße Informationen geben.
- Sie müssen die Kosten des Schadens gering halten (Schadenminderungspflicht).

Wann und wie zahle ich?

Die Beiträge sind nach Zugang der Versicherungsbestätigung, spätestens zum beantragten Versicherungbeginn fällig und zahlbar. Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag.

Sie können die Beiträge überweisen oder die Ermächtigung erteilen, die Beiträge von Ihrem SEPA-Konto einziehen zu lassen. Ebenso besteht die Möglichkeit, die Beiträge per Kreditkarte zu bezahlen. Unterjährige Zahlweisen sind gegen einen Zahlungszuschlag möglich.

Wann beginnt und endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), welcher in der Versicherungsbestätigung angegeben ist, jedoch nicht vor Zahlung der Beiträge und nicht vor Ablauf der Wartezeit sowie nicht vor Beginn des Aufenthaltes im vereinbarten Aufenthaltsland.

Der Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person endet mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses. Zudem endet die Deckung auch mit Abmeldung der versicherten Person aus dem Gruppenvertrag, mit dem Tod der versicherten Person, mit Wegfall der Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit, oder letztendlich wenn der Gruppenversicherungsvertrag beendet wurde.

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Der Versicherungsschutz kann für einzelne versicherte Personen mit einer Frist von einem Monat zum Ende des folgenden Monats vom Versicherungsberechtigten oder der versicherten Person gegenüber der Versicherungsnehmerin gekündigt werden.

Versicherer:
Allianz Partners, Eurosquare 2, 7 rue Dora Maar, 93400 Saint-Ouen, Frankreich

Versicherungsnehmer:
BDAE Expat GmbH, Kühnehöfe 3, 22761 Hamburg, Deutschland

Versicherte Person/Versicherter:
Personen die in den Gruppenversicherungsvertrag aufgenommen wurden und hierüber eine Bestätigung erhalten haben.

Format: © European Union, 2017

Auslandskrankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Unternehmen: BDAE Expat GmbH

Produkt: EXPAT SMART CLASSIC

Dieses Blatt dient nur zu Ihrer Information und gibt Ihnen einen kurzen Überblick über die wesentlichen Inhalte Ihrer Versicherung. Vollständig dargestellt ist der Versicherungsschutz in Ihren Versicherungsunterlagen. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Wir bieten Ihnen auf Basis einer Gruppenversicherung Versicherungsschutz für Krankheiten und Unfälle, die während eines Auslandsaufenthaltes auftreten.

Was ist versichert?

Wir bieten Versicherungsschutz für unfallbedingte und lebensbedrohlich notfallbedingte Behandlungen während Ihres Aufenthaltes in der vereinbarten Länderzone. Versichert sind zum Beispiel:

- ✔ Ambulante Heilbehandlungen
- ✔ Stationäre Heilbehandlungen
- ✔ Arznei-, Verband- und Heilmittel
- ✔ Zahnmedizinische Heilbehandlungen
- ✔ Zahnersatz
- ✔ Hilfsmittel
- ✔ Krankentransport
- ✔ Repatriierungen (Rücktransport)
- ✔ Überführung im Todesfall
- ✔ Nachhaftung von 60 Tagen

Was ist nicht versichert?

Nicht versichert sind zum Beispiel:

- ✖ Häusliche Krankenpflege und hauswirtschaftliche Versorgung
- ✖ Zahnmedizinische Vorsorgeuntersuchung und -behandlung
- ✖ Vorsorgeuntersuchung
- ✖ Allgemeine Check-ups
- ✖ Impfungen
- ✖ Schwangerschaft und Entbindung
- ✖ Unfruchtbarkeitsbehandlungen
- ✖ Sehhilfen und Sehtests
- ✖ Augenlasern
- ✖ Psychotherapie
- ✖ Angeborene Leiden
- ✖ Kieferorthopädie
- ✖ Immunisierungsmaßnahmen
- ✖ Anschlussheilbehandlung
- ✖ Schäden durch die aktive Teilnahme an Streik, Krieg, kriegsähnlichen Ereignissen, inneren Unruhen
- ✖ Eine durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung

Was ist nicht versichert?

Nicht versichert sind zum Beispiel:

- ✖ Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren
- ✖ Die bei Beginn des Versicherungsschutzes bestehenden und bekannten Krankheiten und Beschwerden sowie deren Folgen. Weiterhin besteht kein Versicherungsschutz für Versicherungsfälle die vor Beginn des Versicherungsschutzes und während der Wartezeit eingetreten sind.

Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ℹ Das höchstversicherbare Alter beträgt 74 Jahre
- ℹ Die maximale Versicherungsdauer beträgt 36 Monate. Es besteht die Möglichkeit einer Verlängerung um weitere 24 Monate.
- ℹ Der Jahreshöchstbetrag beträgt 600.000 Euro.
- ℹ Medizinisch notwendiger Rücktransport innerhalb eines Kontinents ist bis 5.000 Euro und kontinentübergreifend bis 10.000 Euro versichert.
- ℹ Nachhaftung bis maximal 60 Tage nach Beendigung des Versicherungsschutzes
- ℹ Es gibt einige Fälle, in denen der Versicherungsschutz eingeschränkt sein kann, zum Beispiel:
- ℹ Wenn Sie oder eine versicherte Person den Versicherungsfall vorsätzlich herbeigeführt haben. Bei grob fahrlässiger Herbeiführung des Versicherungsfalls können wir die Leistung kürzen.
- ℹ Haben Sie ein Produkt mit Selbstbeteiligung beantragt, müssen Sie diese im Falle eines Leistungsfalles selbst tragen.
- ℹ Einige der versicherten Leistungen sind begrenzt. Die genauen Höchstsummen entnehmen Sie bitte den produktspezifischen Versicherungsbedingungen.

Wo bin ich versichert?

- ✔ Versicherungsschutz besteht in der jeweils vereinbarten Länderzone (Zone 1, 2 oder 3).
- ✔ Der Versicherungsschutz besteht im vollen Umfang für all die Länder, die der gewählten Zone zugeordnet sind sowie in allen Ländern, die sich in einer der darunterliegenden Zonen befinden.
- ✔ Für urlaubs- oder berufsbedingte Aufenthalte in den nicht versicherbaren Ländern und in den Ländern einer übergeordneten Zone besteht Versicherungsschutz für maximal 6 Wochen (kumuliert) pro Versicherungsjahr. Der Versicherungsschutz ist begrenzt auf den versicherten Leistungsumfang.
- ✔ Für urlaubs- oder berufsbedingte Aufenthalte in Deutschland besteht für bis zu 60 Tage (kumuliert) pro Versicherungsjahr Versicherungsschutz.

Welche Verpflichtungen habe ich?

- Sie müssen alle Fragen in den Antragsdokumenten sowie zu Ihrem Gesundheitszustand wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Den Versicherungsbeitrag müssen Sie rechtzeitig und vollständig bezahlen.
- Im Versicherungsfall müssen Sie uns vollständige und wahrheitsgemäße Informationen geben.
- Sie müssen die Kosten des Schadens gering halten (Schadenminderungspflicht).

Wann und wie zahle ich?

Die Beiträge sind nach Zugang der Versicherungsbestätigung, spätestens zum beantragten Versicherungbeginn fällig und zahlbar. Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag.

Sie können die Beiträge überweisen oder die Ermächtigung erteilen, die Beiträge von Ihrem SEPA-Konto einziehen zu lassen. Ebenso besteht die Möglichkeit, die Beiträge per Kreditkarte zu bezahlen. Unterjährige Zahlweisen sind gegen einen Zahlungszuschlag möglich.

Wann beginnt und endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), welcher in der Versicherungsbestätigung angegeben ist, jedoch nicht vor Zahlung der Beiträge und nicht vor Ablauf der Wartezeit sowie nicht vor Beginn des Aufenthaltes im vereinbarten Aufenthaltsland.

Der Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person endet mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses. Zudem endet die Deckung auch mit Abmeldung der versicherten Person aus dem Gruppenvertrag, mit dem Tod der versicherten Person, mit Wegfall der Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit, oder letztendlich wenn der Gruppenversicherungsvertrag beendet wurde.

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Der Versicherungsschutz kann für einzelne versicherte Personen mit einer Frist von einem Monat zum Ende des folgenden Monats vom Versicherungsberechtigten oder der versicherten Person gegenüber der Versicherungsnehmerin gekündigt werden.

Versicherer:
Allianz Partners, Eurosquare 2, 7 rue Dora Maar, 93400 Saint-Ouen, Frankreich

Versicherungsnehmer:
BDAE Expat GmbH, Kühnehöfe 3, 22761 Hamburg, Deutschland

Versicherte Person/Versicherter:
Personen die in den Gruppenversicherungsvertrag aufgenommen wurden und hierüber eine Bestätigung erhalten haben.

Format: © European Union, 2017

Auslandskrankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Unternehmen: BDAE Expat GmbH
Produkt: EXPAT SMART PREMIUM

Dieses Blatt dient nur zu Ihrer Information und gibt Ihnen einen kurzen Überblick über die wesentlichen Inhalte Ihrer Versicherung. Vollständig dargestellt ist der Versicherungsschutz in Ihren Versicherungsunterlagen. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Wir bieten Ihnen auf Basis einer Gruppenversicherung Versicherungsschutz für Krankheiten und Unfälle, die während eines Auslandsaufenthaltes auftreten.

Was ist versichert?

Wir bieten Versicherungsschutz für Krankheiten und Unfälle während Ihres Aufenthaltes in der vereinbarten Länderzone. Versichert sind zum Beispiel:

- ✔ Ambulante Heilbehandlungen
- ✔ Stationäre Heilbehandlungen
- ✔ Anschlussheilbehandlung
- ✔ Arznei-, Verband- und Heilmittel
- ✔ Zahnmedizinische Heilbehandlungen
- ✔ Zahnmedizinische Vorsorgeuntersuchung und -behandlung
- ✔ Zahnersatz/Kieferorthopädie
- ✔ Ambulante Vorsorgeuntersuchung für Kinder
- ✔ Ambulante Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen
- ✔ Allgemeine Check-ups
- ✔ Impfungen
- ✔ Hilfsmittel
- ✔ Krankentransport
- ✔ Repatriierungen (Rücktransport)
- ✔ Überführung im Todesfall
- ✔ Nachhaftung von 90 Tagen

Was ist nicht versichert?

Nicht versichert sind zum Beispiel:

- ✖ Häusliche Krankenpflege und hauswirtschaftliche Versorgung
- ✖ Schwangerschaft und Entbindung
- ✖ Unfruchtbarkeitsbehandlungen
- ✖ Sehhilfen und Sehtests
- ✖ Augenlasern
- ✖ Psychotherapie
- ✖ Angeborene Leiden
- ✖ Immunisierungsmaßnahmen
- ✖ Schäden durch die aktive Teilnahme an Streik, Krieg, kriegsähnlichen Ereignissen, inneren Unruhen
- ✖ Eine durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung

Was ist nicht versichert?

Nicht versichert sind zum Beispiel:

- ✖ Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren
- ✖ Die bei Beginn des Versicherungsschutzes bestehenden und bekannten Krankheiten und Beschwerden sowie deren Folgen. Weiterhin besteht kein Versicherungsschutz für Versicherungsfälle die vor Beginn des Versicherungsschutzes und während der Wartezeit eingetreten sind.

Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ℹ Das höchstversicherbare Alter beträgt 74 Jahre
- ℹ Die maximale Versicherungsdauer beträgt 36 Monate. Es besteht die Möglichkeit einer Verlängerung um weitere 24 Monate.
- ℹ Nachhaftung bis maximal 90 Tage nach Beendigung des Versicherungsschutzes
- ℹ Medizinisch sinnvoller Rücktransport innerhalb eines Kontinents ist bis 5.000 Euro und kontinentübergreifend bis 10.000 Euro versichert.
- ℹ Es gibt einige Fälle, in denen der Versicherungsschutz eingeschränkt sein kann, zum Beispiel:
- ℹ Wenn Sie oder eine versicherte Person den Versicherungsfall vorsätzlich herbeigeführt haben. Bei grob fahrlässiger Herbeiführung des Versicherungsfalls können wir die Leistung kürzen.
- ℹ Haben Sie ein Produkt mit Selbstbeteiligung beantragt, müssen Sie diese im Falle eines Leistungsfalles selbst tragen.
- ℹ Innerhalb der Wartezeiten erhalten Sie keine Versicherungsleistungen. Die Wartezeiten treffen nur auf bestimmte Leistungen zu.
- ℹ Einige der versicherten Leistungen sind begrenzt. Die genauen Höchstsummen entnehmen Sie bitte den produktspezifischen Versicherungsbedingungen.

Wo bin ich versichert?

- ✔ Versicherungsschutz besteht in der jeweils vereinbarten Länderzone (Zone 1, 2 oder 3).
- ✔ Der Versicherungsschutz besteht im vollen Umfang für all die Länder, die der gewählten Zone zugeordnet sind sowie in allen Ländern, die sich in einer der darunterliegenden Zonen befinden.
- ✔ Für urlaubs- oder berufsbedingte Aufenthalte in den nicht versicherbaren Ländern und in den Ländern einer übergeordneten Zone besteht Versicherungsschutz für maximal 6 Wochen (kumuliert) pro Versicherungsjahr. Der Versicherungsschutz ist begrenzt auf den akut auftretenden Behandlungsbedarf innerhalb des Leistungsumfangs.
- ✔ Für urlaubs- oder berufsbedingte Aufenthalte in Deutschland besteht für bis zu 90 Tage (kumuliert) pro Versicherungsjahr Versicherungsschutz.

Welche Verpflichtungen habe ich?

- Sie müssen alle Fragen in den Antragsdokumenten sowie zu Ihrem Gesundheitszustand wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Den Versicherungsbeitrag müssen Sie rechtzeitig und vollständig bezahlen.
- Im Versicherungsfall müssen Sie uns vollständige und wahrheitsgemäße Informationen geben.
- Sie müssen die Kosten des Schadens gering halten (Schadenminderungspflicht).

Wann und wie zahle ich?

Die Beiträge sind nach Zugang der Versicherungsbestätigung, spätestens zum beantragten Versicherungbeginn fällig und zahlbar. Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag.

Sie können die Beiträge überweisen oder die Ermächtigung erteilen, die Beiträge von Ihrem SEPA-Konto einziehen zu lassen. Ebenso besteht die Möglichkeit, die Beiträge per Kreditkarte zu bezahlen. Unterjährige Zahlweisen sind gegen einen Zahlungszuschlag möglich.

Wann beginnt und endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), welcher in der Versicherungsbestätigung angegeben ist, jedoch nicht vor Zahlung der Beiträge und nicht vor Ablauf der Wartezeit sowie nicht vor Beginn des Aufenthaltes im vereinbarten Aufenthaltsland.

Der Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person endet mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses. Zudem endet die Deckung auch mit Abmeldung der versicherten Person aus dem Gruppenvertrag, mit dem Tod der versicherten Person, mit Wegfall der Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit, oder letztendlich wenn der Gruppenversicherungsvertrag beendet wurde.

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Der Versicherungsschutz kann für einzelne versicherte Personen mit einer Frist von einem Monat zum Ende des folgenden Monats vom Versicherungsberechtigten oder der versicherten Person gegenüber der Versicherungsnehmerin gekündigt werden.

Versicherer:
Allianz Partners, Eurosquare 2, 7 rue Dora Maar, 93400 Saint-Ouen, Frankreich

Versicherungsnehmer:
BDAE Expat GmbH, Kühnehöfe 3, 22761 Hamburg, Deutschland

Versicherte Person/Versicherter:
Personen die in den Gruppenversicherungsvertrag aufgenommen wurden und hierüber eine Bestätigung erhalten haben.

Format: © European Union, 2017

VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

für Auslandskrankenversicherungen (VB Teil II – Allianz Partners AWP Health & Life)

Leistungsbeschreibung

	Leistungen	EXPAT SMART BASIC	EXPAT SMART CLASSIC	EXPAT SMART PREMIUM
	Jahreshöchstbetrag	300.000 Euro	600.000 Euro	unbegrenzt
A1	**Ambulante Heilbehandlung**	100% des Rechnungsbetrages für unfallbedingt erforderliche ambulante Heilbehandlung als Privatpatient, ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen und -diagnostik im Rahmen der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für den entsprechenden Berufsstand.	100% des Rechnungsbetrages für unfallbedingt oder lebensbedrohlich notfallbedingt erforderliche ambulante Heilbehandlung als Privatpatient, ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen und -diagnostik im Rahmen der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für den entsprechenden Berufsstand.	100% des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung als Privatpatient, ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen und -diagnostik im Rahmen der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für den entsprechenden Berufsstand.
A2	**Stationäre Heilbehandlung**	Sofern unfallbedingt: a) 100% für erforderliche Krankenhausbehandlung und behandlungsbedingte Unterbringung als Privatpatient im Zweibettzimmer b) 100% für medizinisch notwendige Operationen, Röntgen-, Strahlenbehandlung und -diagnostik. c) 100% für Arznei-, Verband- und Heilmittel Kein Versicherungsschutz besteht für Anschlussheilbehandlung.	Sofern unfallbedingt oder lebensbedrohlich notfallbedingt: a) 100% für erforderliche Krankenhausbehandlung und behandlungsbedingte Unterbringung als Privatpatient im Zweibettzimmer. b) 100% für medizinisch notwendige Operationen, Röntgen-, Strahlenbehandlung und -diagnostik. c) 100% für Arznei-, Verband- und Heilmittel Kein Versicherungsschutz besteht für Anschlussheilbehandlung.	a) 100% für medizinisch notwendige Krankenhausbehandlung und behandlungsbedingte Unterbringung als Privatpatient im Einbettzimmer in der einfachsten Form. b) 100% für medizinisch notwendige Operationen, Röntgen-, Strahlenbehandlung und -diagnostik. c) 100% für Arznei-, Verband- und Heilmittel Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2b besteht Versicherungsschutz für medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung.
A3	**Arznei-, Verband- und Heilmittel**	100% des Rechnungsbetrages, soweit unfallbedingt, ärztlich verordnet und medizinisch notwendig, bis 300 Euro pro Versicherungsjahr im Rahmen ambulanter Heilbehandlungen.	100% des Rechnungsbetrages, soweit unfallbedingt oder lebensbedrohlich notfallbedingt, ärztlich verordnet und medizinisch notwendig, bis 600 Euro pro Versicherungsjahr im Rahmen ambulanter Heilbehandlungen.	100% des Rechnungsbetrages, soweit ärztlich verordnet und medizinisch notwendig im Rahmen ambulanter Heilbehandlungen.
A4	**Zahnmedizinische Heilbehandlung**	100% des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige ambulante zahnärztliche Behandlung bis 300 Euro pro Versicherungsjahr. Inlays und Onlays sind nicht versichert. Vorsorgeuntersuchungen und Zahnreinigungen sind nicht versichert.	100% des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige ambulante zahnärztliche Behandlung bis 600 Euro pro Versicherungsjahr. Inlays und Onlays sind nicht versichert. Vorsorgeuntersuchungen und Zahnreinigungen sind nicht versichert.	100% des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige ambulante zahnärztliche Behandlung. Inlays und Onlays sind nicht versichert. Pro Versicherungsjahr ist zu 100% des Rechnungsbetrages eine einmalige Vorsorgeuntersuchung mitversichert. 100% des Rechnungsbetrages für eine einmalige Vorsorgebehandlung (professionelle Zahnreinigung und Fluoridierung) pro Versicherungsjahr.
A5	**Zahnersatz/Kieferorthopädische Maßnahmen**	Es besteht Versicherungsschutz für unfallbedingt erforderlichen Zahnersatz ohne Wartezeit. Für die gesamte Vertragslaufzeit werden bis zu 1.000 Euro erstattet. Kieferorthopädische Behandlungen sind nicht versichert.	Es besteht Versicherungsschutz für unfallbedingt erforderlichen Zahnersatz ohne Wartezeit. Für die gesamte Vertragslaufzeit werden bis zu 2.000 Euro erstattet. Kieferorthopädische Behandlungen sind nicht versichert.	Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2p besteht Versicherungsschutz für Versicherungsfälle, die nach Ablauf der Wartezeit von 8 Monaten eingetreten sind, für • medizinisch notwendigen Zahnersatz und • bis zu einem Alter von 18 Jahren für kieferorthopädische Behandlungen, • höchstens jedoch bis insgesamt 3.000 Euro pro Vertragslaufzeit. Für die gesamte Vertragslaufzeit ist unfallbedingt erforderlicher Zahnersatz ohne Wartezeit bis zu 5.000 Euro versichert.

Stand: 01.03.2025

Fortsetzung auf nächster Seite

	Leistungen	EXPAT SMART BASIC	EXPAT SMART CLASSIC	EXPAT SMART PREMIUM
A6	**Vorsorgeuntersuchungen**	Keine Leistung	Keine Leistung	Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2f und i besteht Versicherungsschutz für: a) ambulante Vorsorgeuntersuchungen für Kinder inklusive aller damit verbundenen Impfungen. Reiseschutzimpfungen sind inklusive der Impfstoffe sowie Prophylaxe Maßnahmen versichert. b) Impfungen inklusive Reiseschutzimpfungen ab dem 18. Lebensjahr inklusive der Impfstoffe sowie Prophylaxe Maßnahmen. c) ambulante Vorsorgeuntersuchungen für Erwachsene zur Früherkennung von Krebserkrankungen. d) allgemeine Check-ups. Pro Vertragslaufzeit sind die unter a) - d) genannten Untersuchungen insgesamt bis 500 Euro pro versicherte Person versichert.
A7	**Leistungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Entbindung**	Keine Leistung	Keine Leistung	Keine Leistung
A8	**Immunisierungsmaßnahmen**	Keine Leistung	Keine Leistung	Keine Leistung
A9	**Unfruchtbarkeitsbehandlungen**	Keine Leistung	Keine Leistung	Keine Leistung
A10	**Hilfsmittel**	Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2g besteht, sofern unfallbedingt, ärztlich verordnet und medizinisch notwendig, für Hilfsmittel in einfacher Ausfertigung und deren Reparaturkosten Versicherungsschutz bis insgesamt 300 Euro pro Versicherungsjahr. Lebenserhaltende Hilfsmittel und deren Reparaturkosten sind, sofern unfallbedingt und ärztlich verordnet, pro Versicherungsjahr bis zum Jahreshöchstbetrag versichert. Für Sehhilfen besteht kein Versicherungsschutz.	Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2g besteht, sofern unfallbedingt oder lebensbedrohlich notfallbedingt, ärztlich verordnet und medizinisch notwendig, für Hilfsmittel in einfacher Ausfertigung und deren Reparaturkosten Versicherungsschutz bis insgesamt 600 Euro pro Versicherungsjahr. Lebenserhaltende Hilfsmittel und deren Reparaturkosten sind, sofern unfallbedingt oder lebensbedrohlich notfallbedingt und ärztlich verordnet, pro Versicherungsjahr bis zum Jahreshöchstbetrag versichert. Für Sehhilfen besteht kein Versicherungsschutz.	Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2g besteht, sofern ärztlich verordnet und medizinisch notwendig, für Hilfsmittel in einfacher Ausfertigung und deren Reparaturkosten Versicherungsschutz bis insgesamt 1.000 Euro pro Versicherungsjahr. Lebenserhaltende Hilfsmittel und deren Reparaturkosten sind, sofern ärztlich verordnet und medizinisch notwenidg, ohne Limitierung versichert. Für Sehhilfen besteht kein Versicherungsschutz.
A11	**Sehhilfen inkl. Sehtest**	Keine Leistung	Keine Leistung	Keine Leistung
A12	**Augenlasern**	Keine Leistung	Keine Leistung	Keine Leistung
A13	**Psychotherapie**	Keine Leistung	Keine Leistung	Keine Leistung.

Fortsetzung auf nächster Seite ▸

Stand: 01.03.2025

	Leistungen	EXPAT SMART BASIC	EXPAT SMART CLASSIC	EXPAT SMART PREMIUM
A14	**Krankentransport/Rücktransport/Überführung**	Sofern unfallbedingt: a) **100%** für Krankentransporte zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare, geeignete Krankenhaus und bei Erstversorgung nach einem Unfall zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt und zurück. b) Der Versicherer erstattet für einen medizinisch notwendigen Rücktransport an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person: • innerhalb eines Kontinentes bis 5.000 Euro, • kontinentübergreifend bis 10.000 Euro. Muss für einen Rücktransport ein zugelassenes Sanitätsflugzeug in Anspruch genommen werden, entfällt die Leistungsbegrenzung. Für den Rücktransport ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen, soweit dies aus medizinischen Gründen möglich ist. Medizinische Notwendigkeit für einen Rücktransport liegt vor, wenn im Aufenthaltsland eine ausreichende medizinische Versorgung nicht gewährleistet ist. Eine ärztliche Bescheinigung des behandelnden Arztes im Ausland über die medizinische Notwendigkeit des Rücktransportes ist vorzulegen. c) Der Versicherer erstattet für eine Überführung an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person: • innerhalb eines Kontinentes bis 5.000 Euro, • kontinentübergreifend bis 10.000 Euro. Für die Überführung ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen.	Sofern unfallbedingt oder lebensbedrohlich notfallbedingt: a) **100%** für Krankentransporte zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare, geeignete Krankenhaus und bei Erstversorgung nach einem Unfall zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt und zurück. b) Der Versicherer erstattet für einen medizinisch notwendigen Rücktransport an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person: • innerhalb eines Kontinentes bis 5.000 Euro, • kontinentübergreifend bis 10.000 Euro. Muss für einen Rücktransport ein zugelassenes Sanitätsflugzeug in Anspruch genommen werden, entfällt die Leistungsbegrenzung. Für den Rücktransport ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen, soweit dies aus medizinischen Gründen möglich ist. Medizinische Notwendigkeit für einen Rücktransport liegt vor, wenn im Aufenthaltsland eine ausreichende medizinische Versorgung nicht gewährleistet ist. Eine ärztliche Bescheinigung des behandelnden Arztes im Ausland über die medizinische Notwendigkeit des Rücktransportes ist vorzulegen. c) Der Versicherer erstattet für eine Überführung an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person: • innerhalb eines Kontinentes bis 5.000 Euro, • kontinentübergreifend bis 10.000 Euro. Für die Überführung ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen.	a) **100%** für Krankentransporte zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare, geeignete Krankenhaus und bei Erstversorgung nach einem Unfall zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt und zurück. b) Der Versicherer erstattet, abweichend von VB Teil I, § 5, Abs. 12, für einen medizinisch sinnvollen Rücktransport an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person: • innerhalb eines Kontinentes bis 5.000 Euro, • kontinentübergreifend bis 10.000 Euro. Muss für einen Rücktransport ein zugelassenes Sanitätsflugzeug in Anspruch genommen werden, entfällt die Leistungsbegrenzung. Für den Rücktransport ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen, soweit dies aus medizinischen Gründen möglich ist. Ein medizinisch sinnvoller Rücktransport liegt vor, wenn im Aufenthaltsland eine ausreichende medizinische Versorgung nicht gewährleistet ist oder am ständigen Wohnsitz der versicherten Person die Aussicht auf den Behandlungserfolg eine höhere ist. Eine ärztliche Bescheinigung des behandelnden Arztes im Ausland über den Rücktransport ist auf Verlangen vorzulegen. c) Der Versicherer erstattet für eine Überführung an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person: • innerhalb eines Kontinentes bis 5.000 Euro, • kontinentübergreifend bis 10.000 Euro. Für die Überführung ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen.
A15	**Nachhaftung**	Sofern ein Krankenrücktransport bis zum Ende der Versicherungsdauer wegen Transportunfähigkeit der versicherten Person nicht möglich ist und die Erkrankung auf eine notwendige und nicht planbare ärztliche Behandlung zurückzuführen ist, erstattet der Versicherer die Kosten der Heilbehandlung bis zum Tag der Transportfähigkeit, maximal jedoch für 30 Tage nach Beendigung des Versicherungsschutzes.	Sofern ein Krankenrücktransport bis zum Ende der Versicherungsdauer wegen Transportunfähigkeit der versicherten Person nicht möglich ist und die Erkrankung auf eine notwendige und nicht planbare ärztliche Behandlung zurückzuführen ist, erstattet der Versicherer die Kosten der Heilbehandlung bis zum Tag der Transportfähigkeit, maximal jedoch für 60 Tage nach Beendigung des Versicherungsschutzes.	Sofern ein Krankenrücktransport bis zum Ende der Versicherungsdauer wegen Transportunfähigkeit der versicherten Person nicht möglich ist und die Erkrankung auf eine notwendige und nicht planbare ärztliche Behandlung zurückzuführen ist, erstattet der Versicherer die Kosten der Heilbehandlung bis zum Tag der Transportfähigkeit, maximal jedoch für 90 Tage nach Beendigung des Versicherungsschutzes.
A16	**Angeborene Leiden**	Keine Leistung	Keine Leistung	Keine Leistung
A17	**Sonstige Leistungen**	Keine Leistung	Keine Leistung	Keine Leistung

Fortsetzung auf nächster Seite ▸

Stand: 01.03.2025

Vertragliche Grundlagen

C1	**Versicherer**	Allianz Partners, Eurosquare 2, 7 rue Dora Maar, 93400 Saint-Ouen, Frankreich
C2	**Versicherungsnehmerin**	BDAE Expat GmbH
C3	**Versicherungsberechtigte**	Natürliche Personen
C4	**Versicherbare Personen**	Natürliche Personen und jeweils deren Familienangehörige, sofern Versicherungsfähigkeit gemäß der VB Teil I, § 1 gegeben ist. Das höchstversicherbare Alter beträgt 74 Jahre. Der Versicherungsschutz endet automatisch spätestens mit Ablauf des Monats, bevor die versicherte Person 75 Jahre alt wird. Als Familienangehörige gelten in häuslicher Gemeinschaft lebende Lebenspartner und Kinder.
C5	**Vertragliche Grundlagen**	Versicherungsbedingungen für Auslandskrankenversicherungen - VB Teil I und Teil II (EXPAT SMART).
C6	**Geltungsbereich**	1. Versicherungsschutz besteht im jeweils vereinbarten Aufenthaltsland. Hierzu muss pro versicherter Person eine Länderzone (Zone 1, 2 oder 3) gewählt werden, welche abhängig vom geplanten Aufenthaltsland ist sowie von den Ländern, in denen die versicherte Person Leistungen in vollem Umfang in Anspruch nehmen möchte (= Behandlungsland). Der Versicherungsschutz besteht somit im vollen Umfang der versicherten Variante für all die Länder, die der gewählten Zone zugeordnet sind sowie in allen Ländern, die sich in einer der darunterliegenden Zonen befinden. Die Prüfung, ob die Versicherung den gesetzlichen oder lokalen Bestimmungen des Aufenthaltes- oder Wohnsitzlandes genügt, obliegt dem Versicherungsberechtigten bzw. der versicherten Person. Nicht versicherbar sind dauerhafte Aufenthalte in den Ländern und Regionen, die in der Tabelle „Länderzonen“ als nicht versicherbar gekennzeichnet sind sowie in Deutschland. a) Für urlaubs- oder berufsbedingte Aufenthalte in den nicht versicherbaren Ländern gemäß der Tabelle „Länderzonen“ und in Ländern einer übergeordneten Zone besteht Versicherungsschutz für maximal sechs Wochen (kumuliert) pro Versicherungsjahr. Der Versicherungsschutz in den Varianten Basic und Classic ist begrenzt auf den Leistungsumfang der jeweils versicherten Variante. In der Premium Variante ist der Versicherungsschutz auf den akut auftretenden Behandlungsbedarf innerhalb des Leistungsumfangs begrenzt. Für Krankheiten, deren Behandlung bereits vor der Einreise feststand, besteht kein Versicherungsschutz. Für Behandlungen, die über die sechs Wochen hinaus notwendig werden, besteht kein Versicherungsschutz. Beginn und Ende des Aufenthaltes sind auf Verlangen nachzuweisen. b) Für urlaubs- oder berufsbedingte Aufenthalte in Deutschland besteht Versicherungsschutz für bis zu 30 Tage im Expat Smart Basic, 60 Tage im Expat Smart Classic und 90 Tage im Expat Smart Premium kumuliert pro Versicherungsjahr, bei unterjährigen Versicherungsdauern im anteiligen Verhältnis. Für Behandlungen, die über die definierten Tage hinaus notwendig werden, besteht kein Versicherungsschutz. Beginn und Ende des Aufenthaltes sind auf Verlangen nachzuweisen. 2. Bei dauerhafter Verlegung des ständigen Aufenthaltes in das Heimatland kann der Versicherungsschutz aufrechterhalten bleiben, sofern diese Versicherung den gesetzlichen und lokalen Bestimmungen des Aufenthalts- oder Wohnsitzlandes genügt. Die Prüfung dessen obliegt dem Versicherungsberechtigten bzw. der versicherten Person. Bei Verlegung des ständigen Aufenthaltes in die nicht versicherbaren Länder gemäß der Tabelle „Länderzonen“ oder nach Deutschland muss die Versicherung zum Ende des aktuellen Versicherungsjahres beendet werden. 3. Der Versicherungsvertrag kann durch den Versicherer bzw. dessen Beauftragten gekündigt werden, wenn sich rechtliche Rahmenbedingungen bezüglich des Versicherungsschutzes in einem Land so verändern, dass dieser Versicherungsschutz gegen nationale Gesetzgebungen verstößt.
C7	**Beginn des Versicherungsschutzes**	Der Versicherungsschutz beginnt mit dem in der Versicherungsbestätigung genannten Zeitpunkt, unter Beachtung von VB Teil I, § 4.
C8	**Versicherungsjahr**	Jeweils vom 01.01. bis zum 31.12. eines Jahres.
C9	**Dauer des Versicherungsverhältnisses**	Die Laufzeit des Vertrages beträgt mindestens 30 Tage und maximal 36 Monate, unter Beachtung von VB Teil I, § 1, Abs. 5. Eine einmalige Verlängerung um 24 Monate ist mit Einwilligung des Versicherers bzw. dessen Beauftragten möglich. Der Versicherungsberechtigte bzw. die versicherte Person hat die Möglichkeit, zum Ablauf einer ununterbrochenen Vertragslaufzeit von 36 Monaten eine Verlängerung des Vertrages um maximal 24 weitere Monate auf insgesamt maximal 60 Monate zu beantragen. Der Versicherer bzw. dessen Beauftragten behalten sich das Recht auf eine Risikoprüfung vor und entscheiden über die Annahme des Verlängerungsantrages. Eine Garantie auf Verlängerung besteht nicht. Eine Verlängerung der Vertragslaufzeit ist ausschließlich in der bisherigen Produktvariante möglich. Bei einer Verlängerung wird der bisherige bestehende Vertrag unverändert fortgeführt und es entstehen keine neuen Wartezeiten. Die Frist auf Verlängerung erlischt einen Monat nach Ablauf der bisherigen maximalen Vertragslaufzeit von 36 Monaten.
C10	**Kündigung des Versicherungsverhältnisses**	Das Versicherungsverhältnis kann für einzelne versicherte Personen jederzeit vom Versicherungsberechtigten oder der versicherten Person gegenüber der Versicherungsnehmerin gekündigt werden. Es endet dann mit dem Ablauf des auf die Kündigung folgenden Monats.

Fortsetzung auf nächster Seite ▸

Stand: 01.03.2025

C11	**Angaben zum Gesundheitszustand**	Zur Feststellung des Gesundheitszustandes bei Vertragsabschluss ist für jede zu versichernde Person ab 55 Jahren ein Gesundheitsfragenbogen vollständig und wahrheitsgemäß auszufüllen. Der Versicherer bzw. dessen Beauftragten behalten sich eine Risikoprüfung vor und entscheiden über die Annahme des Antrages. Je nach Ergebnis der Gesundheitsprüfung behalten sich der Versicherer bzw. dessen beauftragten das Recht vor, die Versicherungsbedingungen um weitere Bestimmungen zu ergänzen. Bitte beachten Sie die Leistungsausschlüsse in den Versicherungsbedingungen Teil I und II.		
C12	**Wartezeit**	**EXPAT SMART BASIC**	**EXPAT SMART CLASSIC**	**EXPAT SMART PREMIUM**
		Keine Wartezeit	Keine Wartezeit	8 Monate für Zahnersatz und kieferorthopädische Maßnahmen. Für unfallbedingten Zahnersatz entfällt die Wartezeit.
C13	**EXPAT INFINITY**	Der Versicherungsberechtigte bzw. die versicherte Person hat die Möglichkeit, zum Ablauf einer ununterbrochenen Vertragslaufzeit von 36 Monaten bzw. der verlängerten Vertragslaufzeit von maximal 24 weiteren Monaten einen vereinfachten Produktwechsel in die unbefristete Auslandskrankenversicherung EXPAT INFINITY zu beantragen. Hierfür hat der Versicherungsberechtigte bzw. die versicherte Person ergänzende Fragen zum Gesundheitszustand zu beantworten. Der Versicherer bzw. dessen Beauftragten behalten sich das Recht auf eine Risikoprüfung vor und entscheiden über die Annahme des Antrages. Je nach Ergebnis der Gesundheitsprüfung behalten sich der Versicherer bzw. dessen Beauftragten das Recht vor, die Versicherungsbedingungen zum EXPAT INFINITY um weitere Bestimmungen zu ergänzen oder einen entsprechenden Risikozuschlag zu erheben. Bei einer Versicherbarkeit im EXPAT INFINITY werden bisherige Wartezeiten aus dem Expat SMART angerechnet. Der Antrag auf Wechsel in den EXPAT INFINITY kann frühestens 3 Monate vor Ablauf der Vertragslaufzeit gestellt werden. Die Frist endet einen Monat nach Ablauf der bisherigen Vertragslaufzeit. Die Aufnahme in den EXPAT INFINITY ist nicht garantiert.		
C14	**Sonstiges**	a) Ein nachträglicher Wechsel innerhalb der Varianten “Basic“, “Classic“ und “Premium“ ist nicht möglich. b) Es werden keine Alterungsrückstellungen gebildet. c) Der Abschluss einer Anwartschaft in der gesetzlichen/privaten Krankenversicherung oder einer Anwartschaft auf EXPAT INFINITY wird empfohlen.		

Monatlicher Beitrag

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

Der jeweils gültige Beitrag ergibt sich aus der anliegenden Beitragstabelle, welche Bestandteil der Versicherungsbedingungen ist. Die Höhe des Beitrages richtet sich nach der gewünschten Produktvariante (Basic, Classic oder Premium), der gewünschten Länderzone (Zone 1, 2 oder 3) und dem Alter der zu versichernden Person zu Vertragsbeginn.

Liegt der Versicherungsbeginn nicht auf dem ersten Tag eines Monats oder das Versicherungsende nicht auf dem letzten Tag eines Monats, wird der Beitrag anteilig der versicherten Tage in dem entsprechenden Monat berechnet.

Stand: 01.03.2025

Beitragstabellen

Mit Hilfe der folgenden Tabellen können Sie anhand Ihres Alters und der Länderzone Ihres Ziellandes den monatlichen Beitrag in jeder Variante des **EXPAT SMART** ersehen. Bei Fragen unterstützen wir Sie gerne telefonisch unter +49-40-30 68 74-0.

EXPAT SMART BASIC

Alter	Zone 1	Zone 2	Zone 3
0 - 18	51 €	66 €	86 €
19 - 49	64 €	83 €	143 €
50 - 55	81 €	104 €	207 €
56 - 60	91 €	114 €	253 €
61 - 65	101 €	125 €	298 €
66 - 74	135 €	167 €	435 €

EXPAT SMART CLASSIC

Alter	Zone 1	Zone 2	Zone 3
0 - 18	64 €	83 €	104 €
19 - 49	81 €	104 €	177 €
50 - 55	101 €	130 €	258 €
56 - 60	112 €	143 €	317 €
61 - 65	125 €	156 €	376 €
66 - 74	170 €	209 €	545 €

EXPAT SMART PREMIUM

Alter	Zone 1	Zone 2	Zone 3
0 - 18	130 €	165 €	*nicht wählbar*
19 - 49	162 €	205 €	*nicht wählbar*
50 - 55	203 €	247 €	*nicht wählbar*
56 - 60	227 €	278 €	*nicht wählbar*
61 - 65	254 €	310 €	*nicht wählbar*
66 - 74	344 €	414 €	*nicht wählbar*

Stand: 01.03.2025

Darum gibt es Länderzonen in der Auslandskrankenversicherung EXPAT SMART

Weil die Kosten für medizinische Behandlungen weltweit von Land zu Land variieren, gibt es im Produkt EXPAT SMART drei Länderzonen. Auf diese Weise bieten wir unseren Kunden die größtmögliche Fairness bei der Höhe der Versicherungsbeiträge entsprechend Ihrer Lebenssituation.

Wichtiges zu Länderzonen und zum Versicherungsschutz bei Wechsel des Aufenthaltslandes

Jedem Land ist eine Zone zugeordnet. Dabei handelt es sich bei Zone 1 um die günstigste Behandlungsregion und bei Zone 3 um die teuerste.

Ein Beispiel: Ist Ihr geplantes Aufenthaltsland Singapur, so richtet sich Ihr Versicherungsbeitrag nach der Zone 3. Da dies hinsichtlich der Beitragskategorie die höchstmögliche Zone ist, können Sie sich auch problemlos in allen Ländern der anderen Zonen behandeln lassen. Als Beitragszahler der Zone 3 sind Sie außerdem automatisch auch in allen anderen Ländern der Zone 3 versichert.

Für Versicherte in niedrigeren Länderzonen gilt eine Besonderheit: Für urlaubs- oder berufsbedingte Aufenthalte in den nicht versicherbaren Ländern gemäß der Tabelle „Länderzonen“ und in Ländern einer übergeordneten Zone besteht Versicherungsschutz für maximal sechs Wochen (kumuliert) pro Versicherungsjahr. Der Versicherungsschutz in den Varianten Basic und Classic ist begrenzt auf den Leistungsumfang der jeweils versicherten Variante. In der Premium Variante ist der Versicherungsschutz auf den akut auftretenden Behandlungsbedarf innerhalb des Leistungsumfangs begrenzt.

Ein Beispiel: Ihr Aufenthaltsland ist Frankreich (Zone 1), Sie befinden sich urlaubsbedingt aber gerade in Großbritannien (Zone 2). Dann haben Sie auch dort für maximal 6 Wochen Versicherungsschutz, gerechnet ab Einreise.

Sie wechseln während Ihres Auslandsaufenthaltes die Länderzone, verlagern Ihren Aufenthalt beispielsweise von Spanien (Zone 1) nach Brasilien (Zone 2)? Dies ist kein Problem, teilen Sie uns bitte einfach vor Einreise ins neue Aufenthaltsland mit, dass Sie die Länderzone wechseln und wir passen Ihren monatlichen Versicherungsbeitrag an.

Sie planen Aufenthalte in verschiedenen Ländern unterschiedlicher Länderzonen? Wir empfehlen Ihnen von Anfang an, die Länderzone desjenigen Landes der höchsten Kategorie zu wählen.

Ein Beispiel: Während Ihrer Weltreise planen Sie nach Singapur (Zone 3), auf die Philippinen (Zone 1) und nach Thailand (Zone 2) zu reisen? Wählen Sie am besten von Vornherein die Zone 3. Dann haben Sie auf jeden Fall auch Versicherungsschutz in Ländern der höchsten Zone.

Stand: 01.03.2025

Länderzonen

Der folgenden Tabelle können Sie die zur Beitragsberechnung notwendige Länderzone Ihres Ziellandes entnehmen.

Abchasien	1
Afghanistan	1
Ägypten	1
Åland	1
Albanien	1
Algerien	1
Amerikanisch-Samoa	*nicht versicherbar*
Andorra	1
Angola	1
Anguilla	1
Antarktis	1
Antigua und Barbuda	1
Äquatorialguinea	1
Argentinien	1
Armenien	1
Aruba	1
Aserbaidschan	1
Äthiopien	1
Australien	1
Bahamas	2
Bahrain	1
Bangladesch	1
Barbados	1
Belarus	1
Belgien	1
Belize	1
Benin	1
Bermuda	1
Bhutan	1
Bolivien	1
Bonaire, Saba und Sint Eustatius	1
Bosnien und Herzegowina	1
Botswana	1
Bouvet-Insel	*nicht versicherbar*
Brasilien	2
Britische Territorien im Indischen Ozean	2
Brunei	1
Bulgarien	1
Burkina Faso	1
Burundi	1
Chile	2
China	2
Cookinseln	1
Costa Rica	1
Curaçao	1
Dänemark	1
Deutschland	*eingeschränkt versicherbar*
Dominica	1
Dominikanische Republik	1
Dschibuti	1
Ecuador	1
El Salvador	1
Elfenbeinküste	1
Eritrea	1
Estland	1
Falklandinseln (Malvinen)	2
Färöer	1
Fidschi	1
Finnland	1
Frankreich	1
Französische Süd- und Antarktisgebiete	*nicht versicherbar*
Französisch-Guyana	1
Französisch-Polynesien	1
Gabun	1
Gambia	1
Georgien	1
Ghana	1
Gibraltar	2
Grenada	1
Griechenland	1
Grönland	1
Großbritannien	2
Guadeloupe	1
Guam	*nicht versicherbar*
Guatemala	1
Guernsey	2
Guinea	1
Guinea-Bissau	1
Guyana	1
Haiti	1
Heard- und McDonald-Inseln	*nicht versicherbar*
Honduras	1
Hongkong	3
Indien	1
Indonesien	1
Irak	1
Iran	1
Irland	1
Island	1
Isle of Man	2
Israel	1
Italien	1
Jamaika	1
Japan	1
Jemen	1
Jersey	2
Jordanien	1
Jungfern-Inseln (UK)	2
Jungfern-Inseln (USA)	*nicht versicherbar*
Kaimaninseln	1
Kambodscha	1
Kamerun	1
Kanada	1
Kap Verde	1
Kasachstan	1
Katar	1
Kenia	1
Kirgisistan	1
Kiribati	1
Kokos-Inseln	1
Kolumbien	1
Komoren	1
Kongo (Demokratische Republik)	1
Kongo (Republik)	1
Kosovo	1
Kroatien	1
Kuba	1
Kuwait	1
Laos	1
Lesotho	1
Lettland	1
Libanon	1
Liberia	1
Libyen	1
Liechtenstein	1
Litauen	1
Luxemburg	1
Macão	1
Madagaskar	1
Malawi	1
Malaysia	1
Malediven	1
Mali	1
Malta	1
Marokko	1
Marshallinseln	1
Martinique	1
Mauretanien	1
Mauritius	1
Mayotte	1
Mexiko	1
Mikronesien	1
Moldawien	1
Monaco	1
Mongolei	1
Montenegro	1
Montserrat	2
Mosambik	1
Myanmar	1
Namibia	1
Nauru	1
Nepal	1
Neukaledonien	1
Neuseeland	1
Nicaragua	1
Niederlande	1
Niederländische Antillen	1
Niger	1
Nigeria	1
Niue	1
Nord Korea	1
Nördliche Marianen	*nicht versicherbar*
Nordmazedonien	1
Norfolkinsel	1

Stand: 01.03.2025

Norwegen	1
Oman	1
Österreich	1
Osttimor (Timor-Leste)	1
Pakistan	1
Palästina	1
Palau	1
Panama	1
Papua-Neuguinea	1
Paraguay	1
Peru	1
Philippinen	1
Pitcairn-Inseln	1
Polen	1
Portugal	1
Puerto Rico	*nicht versicherbar*
Réunion	1
Ruanda	1
Rumänien	1
Russland	1
Saint-Barthélemy	2
Salomonen	1
Sambia	1
Samoa	1
San Marino	1
São Tomé und Príncipe	1
Saudi-Arabien	1
Schweden	1
Schweiz	2
Senegal	1
Serbien	1
Seychellen	1
Sierra Leone	1
Simbabwe	1
Singapur	3
Sint Maarten	1
Slowakei	1
Slowenien	1
Somalia	1
Spanien	1
Sri Lanka	1
St. Helena	2
St. Kitts und Nevis	1
St. Lucia	1
St. Martin	2
St. Pierre und Miquelon	1
St. Vincent und die Grenadinen	1
Süd Georgia und die südlichen Sandwich Inseln	*nicht versicherbar*
Süd Korea	1
Südafrika	1
Sudan	1
Südossetien	1
Südsudan	1
Suriname	1
Svalbard und Jan Mayen	1
Swasiland	1
Syrien	1
Tadschikistan	1
Taiwan	1
Tansania	1
Thailand	2
Togo	1
Tokelau	1
Tonga	1
Trinidad und Tobago	1
Tschad	1
Tschechien	1
Tunesien	1
Türkei	1
Turkmenistan	1
Turks- und Caicosinseln	2
Tuvalu	1
Übrige Inseln im Pazifik der USA	*nicht versicherbar*
Uganda	1
Ukraine	1
Ungarn	1
Uruguay	1
USA	*nicht versicherbar*
Usbekistan	1
Vanuatu	1
Vatikanstadt	1
Venezuela	1
Vereinigte Arabische Emirate	2
Vietnam	1
Wallis und Futuna	1
Weihnachtsinsel	1
Westsahara	1
Zentralafrikanische Republik	1
Zypern	1

Stand: 01.03.2025

Jährlicher Selbstbehalt

Im Produkt **EXPAT SMART** gibt es keinen generellen Selbstbehalt.

Abweichend von dieser Regelung beträgt der Selbstbehalt für Behandlungen in den nachstehend aufgeführten Krankenhäusern 20% des Rechnungsbetrages. Der Selbstbehalt gilt je Versicherungsjahr und versicherter Person. Hierbei leistet der Versicherer den versicherten Personen die erstattungsfähigen Kosten abzüglich des jeweiligen Selbstbehaltes bis zur vereinbarten Höhe. Ausgenommen von dieser Regelung sind lebensbedrohlich notfall- sowie unfallbedingte Behandlungen.

Definition eines lebensbedrohlichen Notfalls:

Ein lebensbedrohlicher Notfall liegt vor, wenn ein plötzliches, unvorhersehbares Ereignis oder eine akute Verschlechterung des Gesundheitszustandes eintritt, die ohne sofortige medizinische Maßnahmen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit:

- unmittelbar zum Tod führen,
- unmittelbar eine schwerwiegende dauerhafte gesundheitliche Schädigung verursachen, oder
- unmittelbar die Funktionsfähigkeit lebenswichtiger Organe erheblich beeinträchtigen würde.

Nicht als Notfall gelten:

- Zustände oder Beschwerden, die keine unmittelbare Lebensgefahr darstellen
- Erkrankungen, deren Diagnose oder Behandlung planbar ist, wie chronische Krankheiten,
- Situationen, deren Behandlung aufgeschoben werden kann, ohne schwerwiegende gesundheitliche Folgen zu riskieren

Definition eines Unfalls:

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Der Unfallbegriff beinhaltet damit fünf Merkmale: Ereignis, Gesundheitsschädigung, plötzlich, von außen, unfreiwillig. Darüber hinaus bedingt dieser Unfall bei der versicherten Person eine sofortige medizinische Maßnahme und eine unmittelbare Behandlung. Unmittelbar heißt innerhalb von 48 (achtundvierzig) Stunden nach der direkten Ursache des Unfalls.

Krankenhäuser, die dem Selbstbehalt unterliegen

Bangkok Heart Hospital, 2 Soi Soonvijai 7 New Petchburi Road, Huaykwang 10310

Bangkok Hospital Chanthaburi International, 25/14 Thaluang Road, Wat Mai, Mueang Chanthaburi, Chanthaburi 22000

Bangkok Hospital Chiang Mai, 88/8-9 Moo 6, Superhighway Chiang Mai - Lampang, Tambon Nong Pa Khrang, Mueang Chiang Mai District, Chiang Mai 50000

Bangkok Hospital Chiang Rai, 369 Moo 13 Phahonyothin road, Nang Lae, Mueang Chiang Rai, Chiang Rai 57100

Bangkok Hospital Hat Yai, 75 Soi 15/2 Phetkasem Rd, Tambon Hat Yai, Hat Yai District, Songkhla 90110

Bangkok Hospital Hua Hin, 888 Petchkasem Rd., Hua Hin Prachuapkhirikhan 77110

Bangkok Hospital Khon Kaen, 888 Moo 16 Maliwan Road, Nai Mueang Subdistrict, Mueang Khon Kaen District, Khon Kaen 40000

Bangkok Hospital Medical Center, 2 Soi Phetchaburi 47 Yaek 10, Bang Kapi, Huai Khwang, Bangkok 10310

Bangkok Hospital Muangraj, 59 3 Na Muang, Mueang Ratchaburi, Ratchaburi 70000

Bangkok Hospital Pakchong, 5/1 Mitrapap Road Nongsarai, Nakhon Ratchasima 30130

Bangkok Hospital Pattaya, 5th floor, Building e, 301 Moo 6 Sukhumvit Road, Km. 143, Banglamung, Chonburi 20150

Bangkok Hospital Pattaya, 301 Moo 6 Sukhumvit Road, Km. 143, Banglamung, Chonburi, Thailand 20150

Bangkok Hospital Phetchaburi, 150 Phet Kasem Rd, Ton Mamuang, Mueang Phetchaburi District, Phetchaburi 76000

Bangkok Hospital Phitsanulok, 138 Pra Ong Dam Rd, Nai Mueang, Mueang Phitsanulok District, Phitsanulok 65000,

Bangkok Hospital Phuket, 2/1 Hongyok Utis Road, Muang District, Phuket, 83000

Stand: 01.03.2025

Bangkok Hospital Ratchasima, 1308, 9 Thanon Mittraphap, Tambon Nai Mueang, Mueang Nakhon Ratchasima District, Nakhon Ratchasima 30000

Bangkok Hospital Rayong, 8 Moo2 Noen Phra Sub-district, Mueang Rayong District, Rayong 21000, Thaïlande

Bangkok Hospital Samui, 57 Moo 3 Thaweerat Phakdee Rd, Amphoe Koh Sa-mui, Surat Thani 84320

Bangkok Hospital Sanamchan, 1194 Phet Kasem Rd, Sanam Chan Sub-district, Mueang Nakhon Pathom District, Nakhon Pathom 73000

Bangkok Hospital Siriroj, 44 Chalermprakiat Ror 9 Rd Phuket 83000

Bangkok Hospital Surat, 179,179/1 Moo 1, Wat Pradu, Muang Surat Thani, Surat Thani 84000

Bangkok Hospital Trat, 376 Moo 2 Sukhumvit Road, Wangkrajae, Muangtrat 23000

Bangkok Hospital Udon, 111 Thong-yai Road, Mak-Khaeng Sub-district, Muang District, Udon Thani, 41000

Bdms Wattanasoth Cancer Hospital, 2 Soi Soonvijai 7, New Petchburi Rd., Huaykwang, Bangkok 10310

Bnh Hospital, 9/1 Convent Rd, Silom, Bang Rak, Bangkok 10500

Bumrungrad International Hospital, 33 Soi Sukhumvit 3, Khlong Toei Nuea, Watthana, Bangkok 10110 Wattana 10110

Jomtien Hospital, 234/1 Moo 11 Nongprue, Bang Lamung District, Chonburi 20150

Phyathai 1 Hospital, 364 1 Thanon Si Ayutthaya, Thanon Phaya Thai, Ratchathewi, Bangkok 10400

Phyathai 2 International Hospital, 943 Phahonyothin Rd, Phaya Thai, Bangkok 10400

Phyathai 3 Hospital, 111 Phet Kasem Rd, Pak Khlong Phasi Charoen, Phasi Charoen, Bangkok 10160

Phyathai Nawamin Hospital, 44/505 Nawamin Rd, Nuan Chan, Bueng Kum, Bangkok 10230

Samitivej Chinatown Hospital, 624 Yaowarat Rd, Samphanthawong, Bangkok 10100

Samitivej Chonburi Hospital, 888/88 Village No.3, Sukhumvit Road, Ban Suan, Mueang District, Chonburi, 20000

Samitivej International Children's Hospital, 488 Srinagarindra Rd, Suan Luang, Bangkok 10250

Samitivej Srinakarin Hospital, 488 Srinagarindra Rd, Suan Luang, Bangkok 10250

Samitivej Sriracha Hospital, 8 Soi Lamkaet, Si Racha District, Chon Buri 20110

Samitivej Sukhumvit Hospital, 133 Sukhumvit 49, Klongtan Nua, Vadhana, Bangkok 10110

Samitivej Suvarnabhumi Clinic, Suvarnabhumi Airport, Gate 3 on the 3rd floor, 999 Moo 1, Nongprue, Bang Phli District, Samut Prakan 10540

Samitivej Thonburi Hospital, 337 Somdet Phra Chao Tak Sin Rd, Samre, Thon Buri, Bangkok 10600

Samitivj Children's Hospital Sukhumvit, 133 Sukhumvit 49, Klongtan Nua, Vadhana, Bangkok 10110

Vejthani Hospital, 1 Soi Lat Phrao 111, Khlong Chan, Bang Kapi District, Bangkok 10240

Vichaiyut Hospital, 53 Set Siri Road, Phayathai, Bangkok 10400

Wattanasoth Hospital, 2 Soi Soonvijai 7, New Petchburi Rd., Huaykwang, Bangkok 10310

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

VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

für Auslandskrankenversicherungen (VB Teil I – Allianz Partners AWP Health & Life)

§ 1 Versicherbare Personen und Versicherungsfähigkeit

Soweit nicht anders vereinbart, gilt:

1. Der Antrag auf Aufnahme von versicherten Personen in den Gruppenversicherungsvertrag kann nur durch Versicherungsberechtigte gestellt werden. Versicherungsberechtigte sind natürliche Personen gemäß den jeweils zugrundeliegenden Versicherungsbedingungen.
2. Versicherbar sind natürliche Personen.
3. Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind
   a) dauernd pflegebedürftige Personen. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf.
   b) Personen, deren Teilhabe am allgemeinen Leben dauerhaft ausgeschlossen ist. Für die Einordnung sind insbesondere der mentale Geisteszustand und die objektiven Lebensumstände der Person zu berücksichtigen.
4. Für versicherte Personen, die ihren Lebensmittelpunkt nicht nur vorübergehend in der Bundesrepublik Deutschland haben, besteht kein Versicherungsschutz in Deutschland.
5. Nicht versicherbar sind natürliche Personen mit einem befristeten Aufenthaltstitel für die Bundesrepublik Deutschland, bei denen zum Zeitpunkt der Antragstellung auf Aufnahme in den Gruppenversicherungsvertrag die Gesamtversicherungsdauer aller während des Aufenthaltes abgeschlossenen Krankenversicherungsverträge einen Zeitraum von 5 Jahren überschritten hat.

§ 2 Abschluss und Beendigung des Versicherungsvertrages

1. Der Gruppenversicherungsvertrag wird zwischen der Versicherungsnehmerin und dem Versicherer für die Dauer eines Jahres geschlossen. Der Gruppenversicherungsvertrag verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn er nicht mit einer Frist von drei Monaten zum jeweiligen Ablauf gekündigt wird.
2. Die Versicherungsnehmerin ist verpflichtet, die Kündigung des Gruppenversicherungsvertrages mit einer Frist von zwei Monaten zum Wirksamwerden der Kündigung den Versicherungsberechtigten und den versicherten Personen in Textform mitzuteilen.
3. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
4. Bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages erhalten die versicherten Personen von dem Versicherer ein Angebot auf Fortsetzung des Versicherungsschutzes, sofern dieser entsprechende Versicherungstarife anbietet.
5. Sind Versicherungsberechtigter und versicherte Person nicht identisch, wird eine Kündigung nur wirksam, wenn die von der Kündigung betroffene versicherte Person von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat und die Versicherungsnehmerin dieses dem Versicherer bei der Abmeldung aus dem Gruppenversicherungsvertrag entsprechend nachweist. Die betroffene versicherte Person hat in diesem Fall das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung eines zukünftigen Versicherungsberechtigten fortzusetzen. Die Erklärung hierüber ist innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Kündigung abzugeben.
6. Wenn eine Sanktion, ein Verbot oder eine Beschränkung unter Resolutionen der Vereinten Nationen, unter Handels- oder Wirtschaftssanktionen, unter Gesetzen oder Vorschriften der Europäischen Union oder des Vereinigten Königreichs oder unter Sanktionen der Vereinigten Staaten von Amerika verhängt wird, die den Versicherer direkt oder indirekt daran hindert, Versicherungsleistungen im Rahmen dieses Gruppenversicherungsvertrags zu erbringen, hat der Versicherer bzw. die Versicherungsnehmerin ein außerordentliches Kündigungsrecht. Zudem können betroffene Personen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen werden.

§ 3 Beiträge, Leistungsanpassung, Versicherungsjahr

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

§ 4 Geltungsbereich, Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherer bietet versicherten Personen, die sich im vereinbarten Geltungsbereich aufhalten, Versicherungsschutz im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrages und diesen Versicherungsbedingungen. Soweit nicht anders vereinbart, gilt:

1. Der Versicherungsschutz beginnt für die versicherte Person nach der verbindlichen Aufnahme in den Gruppenversicherungsvertrag und mit dem in der Versicherungsbestätigung bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn),
   a) jedoch nicht vor Beginn des Aufenthaltes der versicherten Person im vereinbarten Aufenthaltsland;
   b) nicht vor Eintritt der Versicherbarkeit der versicherten Person;
   c) nicht vor Zahlung des Beitrages;
   d) nicht vor Ablauf vereinbarter Wartezeiten.
2. Neugeborene können ab dem Tag ihrer Geburt ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten mitversichert werden, vorausgesetzt der Antrag auf Versicherung geht innerhalb von zwei Monaten ab Geburt bei der Versicherungsnehmerin ein. Wird der Antrag auf Versicherung nach der zweimonatigen Frist gestellt, erfolgt die Aufnahme in den Gruppenversicherungsvertrag frühestens ab dem Tag des Eingangs des Antrages bei der Versicherungsnehmerin.
3. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind bzw. bestehen, wird nicht geleistet.
4. Für Versicherungsfälle, die während der vereinbarten Wartezeit eingetreten sind, wird nicht geleistet.
5. Die Höchstversicherungsdauer für die versicherten Personen wird in den Versicherungsbedingungen für Auslandskrankenversicherungen - VB Teil II, Abschnitt C der Allianz Partners AWP Health & Life.
6. Der Versicherungsschutz für einzelne versicherte Personen endet auch für noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle:
   a) mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses der versicherten Person;
   b) mit der Abmeldung aus dem Gruppenversicherungsvertrag durch die Versicherungsnehmerin unter Beachtung der festgelegten Voraussetzungen;
   c) mit dem Tod der versicherten Person;
   d) zum Ende des Monats, der der Beendigung des vorübergehenden Aufenthaltes der versicherten Person im vereinbarten Geltungsbereich oder der endgültigen Rückkehr der versicherten Person in ihr Heimatland folgt;
   e) mit Wegfall der Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person gemäß VB Teil I, §1;
   f) sobald die im Produkt genannten Voraussetzungen der Versicherbarkeit einer versicherten Person entfallen;
   g) mit der Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages zwischen Versicherer und Versicherungsnehmerin.

§ 5 Gegenstand des Versicherungsschutzes und Umfang der Leistungspflicht

Soweit nicht anders vereinbart, gilt:

1. Der Versicherungsschutz ergibt sich aus der Versicherungsbestätigung, diesen

Stand: 01.03.2025

Versicherungsbedingungen, den produktspezifischen Versicherungsbedingungen und den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.

2. Ein Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit dem Eintritt in die Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

3. Sofern die jeweilige Variante entsprechende Leistungen vorsieht, gelten als Versicherungsfall auch:

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

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

   c) Entbindungen nach Ablauf der vereinbarten Wartezeit;

   d) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (gezielte Vorsorgeuntersuchungen);

   e) Tod.

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

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

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

7. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in den Versicherungsbedingungen Teil I, § 5, Abs. 6 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden. Als Arzneimittel, auch wenn sie als solche verordnet sind, gelten nicht Nähr- und Stärkungsmittel, Mineralwasser, Desinfektions- und kosmetische Mittel, Diät- und Säuglingskost und dergleichen.

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

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

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

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

12. Der Versicherer leistet im vereinbarten Umfang für einen medizinisch notwendigen Rücktransport zum nächstgelegenen, geeigneten Krankenhaus am ständigen Wohnsitz der versicherten Person. Die Kosten für eine mitversicherte Begleitperson werden übernommen, soweit die Begleitung medizinisch erforderlich, behördlich angeordnet oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben ist.

§ 6 Allgemeine Einschränkungen der Leistungspflicht

Soweit nicht anders vereinbart, gilt:

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

2. Keine Leistungspflicht besteht für:

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

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

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

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

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

   f) Immunisierungsmaßnahmen;

   g) Hilfsmittel;

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

   i) Vorsorgeuntersuchungen;

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

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

   l) Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;

   m) Behandlungen eines Abhängigkeitssyndroms und deren Folgen;

   n) Selbstmordversuche und deren Folgen;

   o) Organspenden und deren Folgen;

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

   q) angeborene Leiden. Angeborene Leiden sind Erkrankungen, Anomalien, Geburtsfehler, Störungen oder Fehlbildungen, die bereits bei der Geburt bestanden, unabhängig vom Vorliegen einer Diagnose.

3. Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, besteht keine Leistungspflicht für Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und Krankenanstalten oder Hebammen, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat. Voraussetzung ist, dass der Versicherer den Versicherungsberechtigten und die versicherte Person vor Eintritt des Versicherungsfalles über den nicht mehr zu erstattenden Behandler informiert hat. Sofern vor der Benachrichtigung ein Versicherungsfall eingetreten ist, besteht für den betroffenen Behandler die im jeweiligen Produkt festgelegte Leistungspflicht für maximal drei Monate, gerechnet ab dem Zeitpunkt der Benachrichtigung.

4. Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung ortsüblich nicht angemessen, kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

5. Im Interesse aller Beteiligten werden geltende internationale Sanktionsvor-

Stand: 01.03.2025

schriften befolgt. Der Versicherer ist nicht verpflichtet, Versicherungsschutz zu leisten oder Schäden abzudecken oder sonstige Leistungen unter diesem Vertrag zu erbringen, wenn die Leistung eines derartigen Versicherungsschutzes, die Bezahlung derartiger Schäden oder die Erbringung einer derartigen Leistung einer Sanktion, einem Verbot oder einer Beschränkung unter Resolutionen der Vereinten Nationen, unter Handels- oder Wirtschaftssanktionen, unter Gesetzen oder Vorschriften der Europäischen Union oder des Vereinigten Königreichs oder unter Sanktionen der Vereinigten Staaten von Amerika aussetzen würde.

§ 7 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen

1. Versicherungsnehmerin, Versicherungsberechtigter und versicherte Person sind verpflichtet, nach Eintritt des Versicherungsfalles
   a) alles zu vermeiden, was zu einer unnötigen Kostenerhöhung führen könnte;
   b) alle Schäden, die voraussichtlich eine Summe von 1.000 Euro überschreiten, dem Versicherer oder dessen Beauftragten unverzüglich anzuzeigen;
   c) dem Versicherer oder dessen Beauftragten jede zumutbare Untersuchung über Ursache und Höhe ihrer Leistungspflicht zu gestatten, jede hierzu dienliche Auskunft zu erteilen, Originalbelege einzureichen sowie bei Todesfällen die Sterbeurkunde einzureichen.
2. Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn dem Versicherer anzuzeigen.
3. Die versicherte Person hat binnen drei Monaten nach einer einzelnen Heilbehandlung die entsprechenden Belege beim Versicherer einzureichen.
4. Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer eine Krankheitskostenversicherung abgeschlossen, besteht eine solche oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, sind der Versicherungsberechtigte und die versicherte Person verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.
5. Schwangerschaften sind, sofern das Produkt nichts anderes vorsieht, innerhalb von vier Wochen nach deren Feststellung dem Versicherer anzuzeigen.
6. Medizinisch notwendige Rücktransporte sind vor deren Durchführung dem Versicherer anzuzeigen.
7. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
8. Beginn und Ende sowie die Unterbrechung eines Aufenthaltes im vorgesehenen Geltungsbereich sowie das Vorliegen der produktspezifischen Voraussetzung auf Versicherungsfähigkeit sind von der versicherten Person auf Verlangen des Versicherers im Leistungsfall nachzuweisen.
9. Versicherungsberechtigter und versicherte Person sind verpflichtet, Änderungen ihrer Anschrift unverzüglich der Versicherungsnehmerin anzuzeigen.
10. Verletzt die Versicherungsnehmerin, der Versicherungsberechtigte oder die versicherte Person vorsätzlich eine der vertraglich vereinbarten Obliegenheiten, so ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens der Versicherungsnehmerin, des Versicherungsberechtigten oder der versicherten Person entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt die Versicherungsnehmerin, der Versicherungsberechtigte oder die versicherte Person.

§ 8 Auszahlung der Versicherungsleistungen

Soweit nicht anders vereinbart, gilt:

1. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn folgende Nachweise – diese werden Eigentum des Versicherers – erbracht sind:
   a) Bezahlte Original-Belege, die den Namen, Vornamen und das Geburtsdatum der behandelten Person, Namen und Anschrift des Behandlers, die Bezeichnung der Krankheit, die Angabe der vom Behandler erbrachten Leistungen nach Art, Ort und Behandlungszeitraum enthalten müssen. Besteht anderweitig Versicherungsschutz für Heilbehandlungskosten und wird dieser zuerst in Anspruch genommen, so genügen als Nachweis die mit Erstattungsvermerken versehenen Rechnungs-Zweitschriften. Werden fremdsprachige Belege eingereicht, die für die Versicherungsleistungen erheblich sind, sind auf Verlangen des Versicherers deutsch- oder englischsprachige Übersetzungen beizubringen.
   b) Rezepte sind zusammen mit der Arztrechnung, die Rechnung über Heil- oder Hilfsmittel zusammen mit der Verordnung einzureichen.
   c) Nachweise über die Höhe der Kosten, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, wenn Leistungen für einen medizinisch notwendigen Rücktransport geltend gemacht werden. Ferner ist eine ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit des Rücktransportes vorzulegen.
   d) Zusätzlich eine amtliche Sterbeurkunde und ärztliche Bescheinigung über die Todesursache, wenn Überführungs- bzw. Bestattungskosten gezahlt werden sollen.
2. Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer bzw. dessen Beauftragten eingehen, in die zu diesem Zeitpunkt in der Bundesrepublik Deutschland gültige Währung umgerechnet, es sei denn, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden und dies durch eine Änderung der Währungsparitäten bedingt war.
3. Von den Leistungen können Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer Überweisungen in das Ausland vornimmt oder besondere Überweisungsformen vereinbart werden.
4. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.
5. Im Rahmen der Leistungsprüfung kann es erforderlich werden, dass der Versicherer im gesetzlich zugelassenen Rahmen personenbezogene Gesundheitsdaten einholt. Sofern der Versicherungsberechtigte oder die versicherte Person ihre Einwilligung zu einer solchen Erhebung schuldhaft nicht erteilt, auch nicht auf andere Weise eine Leistungsprüfung ermöglicht wird und der Versicherer hierdurch die Höhe und den Umfang der Leistungspflicht nicht abschließend feststellen kann, wird die Leistung nicht fällig.
6. Einen Monat nach Anzeige des Schadens kann als Abschlagszahlung der Betrag beansprucht werden, der nach Lage der Sache mindestens zu zahlen ist. Der Lauf dieser Frist ist gehemmt, solange die Prüfungen des Anspruches durch den Versicherer bzw. dessen Beauftragten infolge eines Verschuldens der Versicherungsnehmerin, des Versicherungsberechtigten oder der versicherten Person gehindert sind.
7. Ansprüche aus diesem Gruppenversicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Ende des Jahres, in welchem die Leistung verlangt werden kann.

§ 9 Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen und Ansprüche gegen Dritte

1. Kann im Versicherungsfall eine Entschädigung aus einem anderen Versicherungsvertrag beansprucht werden, geht der anderweitige Vertrag diesem vor. Dies gilt auch dann, wenn in einem dieser Versicherungsverträge ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart ist, unabhängig davon, wann der andere Versicherungsvertrag abgeschlossen wurde. Wird der Versicherungsfall über diesen Gruppenversicherungsvertrag zuerst dem Versicherer gemeldet, tritt dieser in Vorleistung und wird sich zwecks Kostenteilung direkt an den anderen Versicherer wenden.
2. Die Ansprüche der Versicherungsnehmerin, des Versicherungsberechtigten oder der versicherten Person gegen Dritte gehen auf den Versicherer im gesetzlichen Umfang über, soweit dieser den Schaden ersetzt hat. Sofern erforderlich, ist die Versicherungsnehmerin, der Versicherungsberechtigte oder die versicherte Person verpflichtet, eine Abtretungserklärung gegenüber dem Versicherer abzugeben. Die Leistungspflicht des Versicherers ruht bis zur Abgabe einer Abtretungserklärung. Vereitelt die versicherte Person die Durchsetzung der Ansprüche durch Anerkenntnis o. ä., können die Ansprüche entsprechend gekürzt werden.
3. Die Ansprüche der Versicherungsnehmerin, des Versicherungsberechtigten oder der versicherten Person gegenüber Behandlern aufgrund überhöhter Honorare gehen auf den Versicherer im gesetzlichen Umfang über, soweit dieser die entsprechenden Rechnungen ersetzt hat. Sofern erforderlich, ist die Versicherungsnehmerin, der Versicherungsberechtigte und die versicherte Person zur Mithilfe bei der Durchsetzung der Ansprüche verpflichtet. Weiterhin sind die Versicherungsnehmerin, der Versicherungsberechtigte und die versicherte Person verpflichtet, sofern erforderlich, eine Abtretungserklärung gegenüber dem Versicherer abzugeben. Die Leistungspflicht des Versicherers ruht bis zur Abgabe einer Abtretungserklärung.
4. Der Versicherer und die Versicherungsnehmerin haften weder für die Auswahl noch für die Handlungen der gewählten Ärzte, Chirurgen, Anästhesisten, Krankenhäuser oder anderer Leistungserbringer wie z. B. Heilpraktiker und Hebammen. Ebenso haftet der Versicherer und die Versicherungsnehmerin nicht für Behandlungen, Ratschläge, medizinische Eingriffe oder für die Verordnung und Vergabe von Medikationen durch zuvor genannte Leistungserbringer.

§ 10 Aufrechnung

1. Versicherungsnehmerin, Versicherungsberechtigter oder versicherte Person können gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.
2. Entgegen § 35 VVG darf der Versicherer jedoch nicht mit Prämienansprüchen gegenüber anderen versicherten Personen aufrechnen.

Stand: 01.03.2025

§ 11 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform (Brief, Fax, E-Mail, elektronischer Datenträger etc). Die versicherte Person hat ein eigenes Recht, Ansprüche aus dem Vertrag gegen den Versicherer geltend zu machen. Die versicherte Person darf Ansprüche gegenüber dem Versicherer selbst dann geltend machen, wenn sie nicht im Besitz des Versicherungsscheines ist (abweichend von § 44 VVG).

§ 12 Anzuwendendes Recht/Vertragssprache

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

§ 13 Überschussbeteiligung

Die hier genannte Versicherung ist nicht überschussberechtigt.

§ 14 Aufsichtsbehörde und Beschwerdestellen

Sollten Sie mit einer Leistung oder Entscheidung des Versicherers nicht zufrieden sein oder bei Meinungsverschiedenheiten über die allgemeinen Bedingungen hat sich der Versicherungsberechtigte und/oder die versicherten Personen zunächst an ihren Vertreter des Vertrages unter der folgenden Adresse (oder einer weiteren auf der Website des Unternehmens angegebenen Adresse) zu wenden:

BDAE Holding GmbH
Kühnehöfe 3
22761 Hamburg
Deutschland
E-Mail: kritik@bdae.com

Entspricht die vorgeschlagene Lösung nicht den Erwartungen des Versicherungsberechtigten und/oder der versicherten Person, kann eine Beschwerde, auch direkt beim Versicherer, per einfachem Brief oder E-Mail eingereicht werden:

AWP Health & Life S.A.
Kundenbetreuung
Eurosquare 2
7 rue Dora Maar
93400 Saint Ouen
Frankreich
E-Mail: client.care@allianzworldwidecare.com

Zudem können für diesen Versicherungsvertrag Beschwerden bei der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) sowie bei der französischen Aufsichtsbehörde (ACPR) eingereicht werden:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
https://www.bafin.de

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution
4 Place de Budapest
CS 92459
75436 Paris Cedex 09
Frankreich

AWP Health & Life SA ist Unterzeichner der Mediations-Charta des französischen Verbands der Versicherungsunternehmen. Daher hat der Versicherungsberechtigte, die versicherte Person und der Versicherungsnehmer im Falle einer anhaltenden und endgültigen Meinungsverschiedenheit die Möglichkeit, sich nach Ausschöpfung aller anderen möglichen gütlichen Rechtsbehelfe an den Schlichter des französischen Verbands der Versicherungsgesellschaften zu wenden, unbeschadet anderer möglicher rechtlicher Schritte, der unter der folgenden Adresse zu erreichen ist:

La Médiation de l'Assurance
TSA 50 110
75 441 Paris Cedex 09
https://www.mediation-assurance.org/

Die Einreichung einer Beschwerde berührt nicht das Recht, eine Klage vor dem zuständigen ordentlichen Gericht einzureichen.

Stand: 01.03.2025

ERLÄUTERUNGEN

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

Die Besonderheiten eines Gruppenversicherungsvertrages

Der Versicherungsschutz wird im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrages (GV) gewährt. Versicherungsnehmerin ist ein Unternehmen der BDAE-Gruppe (BDAE), Versicherer ist ein nach dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) zum Geschäftsbetrieb in Deutschland zugelassener Versicherer. Die versicherte Person erhält Versicherungsschutz durch den Beitritt zur Gruppe. Das VVG gilt damit nicht direkt und unmittelbar für das Verhältnis zwischen der Versicherungsnehmerin und der versicherten Person.

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

Der GV sieht entsprechend den Vorgaben der Aufsichtsbehörde einige Verbesserungen der rechtlichen Situation der versicherten Person vor:

- Abweichend von § 44, Abs. 2 VVG hat die versicherte Person die Möglichkeit, Ansprüche direkt beim Versicherer des GV geltend zu machen.
- Abweichend von § 35 VVG kann der Versicherer nicht mit Forderungen aufrechnen, die nicht der versicherten Person zuzurechnen sind.
- Der versicherten Person werden alle nach § 7 VVG und der VVG-Info-VO üblichen Informationen übermittelt.
- Die versicherte Person wird bei einer Änderung, auch Kündigung, des GV rechtzeitig unterrichtet.
- Die versicherte Person hat ein dem VVG ähnlichen Widerrufsrecht.
- Für die versicherten Personen gilt der Gleichbehandlungsgrundsatz des § 138, Abs. 2 VAG.

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

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

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

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

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

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

1. **Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes**

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

2. **Kündigung**

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

3. **Vertragsänderung**

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

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

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

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

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

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

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

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

Ort, Datum

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

Stand: 01.12.2021

Ergänzende Leistung:

PATIENTEN-RECHTSSCHUTZVERSICHERUNG FÜR BDAE-VERSICHERTE

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

Was ist abgesichert?

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

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

Wann liegen Behandlungs- und Aufklärungsfehler vor?

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

Über die ARAG

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

Stand: 11.09.2019

Ergänzende Leistung:

MEDIZINISCHE ASSISTANCE FÜR BDAE-VERSICHERTE UND BDAE-MITGLIEDER

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

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

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

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

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

24h-Notfallbereitschaft des BDAE unter

+49-40-30 68 74-74

Stand:13.04.2021

Emma

Medizinische Informationen immer zur Hand mit Ihrer persönlichen Gesundheits-Assistentin

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

Einzigartige Funktionen

Sofortige Auskunft zu Ihren medizinischen Fragen

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

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

Gesundheitsfürsorge nach Ihren Wünschen

Emma wird bequem über Ihre bevorzugte Messenger-Anwendung verwaltet:

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

Medizinische Einschätzung auf Abruf

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

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

Emma: so einfach geht's

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

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

1

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

2

Stellen Sie eine Anfrage über den Symptom-Checker

3

Lesen Sie die von Emma bereitgestellten Informationen zu Ihren Symptomen

4

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

5

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

6

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

Möchten Sie mehr über Emma erfahren?

Wer oder was ist Emma?

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

Wie viel kostet Emma?

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

Welches Unternehmen steckt hinter Emma?

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

Wo kann ich meinen Aktivierungscode finden?

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

Die „My BDAE“-App

Ihr digitaler Begleiter rund um Ihre Auslandsversicherung

Mit unserer benutzerfreundlichen App können Sie Rechnungen und Belege schnell und unkompliziert einreichen und den Status Ihrer Schadensbearbeitung jederzeit einsehen.

Rechnungen und Belege bequem einreichen

Verabschieden Sie sich von Papierkram und langwierigen Prozessen. Mit der „My BDAE“ App können Sie Rechnungen und Belege schnell und unkompliziert direkt über Ihr Smartphone einreichen.

Den Bearbeitungsstatus immer im Blick

In der App können Sie den aktuellen Bearbeitungsstatus Ihrer eingereichten Dokumente jederzeit einsehen. Keine Unsicherheit mehr – Sie wissen immer genau, wie der Stand Ihrer Angelegenheit ist.

Hohe Datensicherheit

Ihre Daten werden sicher und verschlüsselt an uns übertragen. Wir gehen beim Schutz Ihrer Daten keine Kompromisse ein.

Für iOS und Android

Laden Sie die „My BDAE“ App im Apple App Store oder Google Play Store herunter.

JETZT BEI Google Play

Laden im App Store

Stand 25.09.2024

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

Mehr als eine Versicherung

Expats stehen vor vielen Herausforderungen

– wir unterstützen Sie dabei diese zu meistern

WORKPLACE OPTIONS

Als erster Anbieter in Deutschland bietet der BDAE gemeinsam mit Workplace Options unseren Versicherten im Ausland einen ganz besonderen länderübergreifenden und kostenfreien Service an: das **Feel Good Package**.

Kundinnen und Kunden, die im **EXPAT INFINITY** oder **EXPAT SMART** versichert sind, können jederzeit umfangreiche Beratungsleistungen zu vielen Themen rund um das psychische und physische Wohlbefinden in Anspruch nehmen.

Emotionale Unterstützung

- **Rund um die Uhr:** Diverse Beratungs- und Kriseninterventionsdienste vermitteln 24/7 und weltweit Unterstützung.
- **In eigener Hand:** Eine selbstgesteuerte computergestützte kognitive Verhaltenstherapie dient als Alternative zu telefonischer/persönlicher Beratung.
- **Förderung der Achtsamkeit:** Ein sechswöchiges telefonisches Programm, das u. a. die Stressbewältigung unterstützt, ist ebenso Teil der Leistungen.
- **Individuelle Einzelsitzungen:** Im Einzelfall helfen individuelle Sitzungen per Telefon oder Video mit max. 3 Sessions pro Fall bzw. Problem.

Praktische Unterstützung

- **Lebensberatung:** Sechs Sitzungen für persönliche und berufliche Themen wie z. B. die Erreichung von Karrierezielen, die Verbesserung von Zeitmanagement oder die Bewältigung von Lebensübergängen sind inklusive.
- **Arbeit und Leben im Einklang:** Beratungsleistungen oder eine personalisierte Recherche zu bspw. Themen des alltäglichen Lebens oder der Pflege von Angehörigen werden angeboten.
- **Website für Mitglieder:** Auf der Website, die in 27 Sprachen verfügbar ist, werden aktuelle Artikel, Videos, Webinare und vieles mehr angeboten.

Weitere Infos unter
www.bdae.com/feel-good-package

Stand 01.03.2025

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