

1.	Versicherer	Swiss Life Prévoyance et Santé, 7 rue Belgrand, F-92300 Levallois-Perret, Frankreich
2.	Versicherungsnehmerin	BDAE EXPAT GmbH
3.	Versicherungsberechtigte	Körperschaften und Wirtschaftsunternehmen, deren Mitglieder und Mitarbeiter international tätig sind
4.	Versicherbare Personen	Beschäftigte des Versicherungsberechtigten, die sich aus berufsbedingten Gründen im Auftrag ihres Arbeitgebers im Ausland aufhalten und weiterhin in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung verbleiben sowie deren nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen, die die hauptversicherte Person für die Zeit dieser Beschäftigung im Ausland begleiten oder besuchen, sofern die Versicherungsfähigkeit gem. der VB Teil I, § 1 gegeben ist. Das höchstversicherbare Alter beträgt 66 Jahre. Der Versicherungsschutz endet automatisch spätestens mit der Vollendung des 67. Lebensjahres der versicherten Person. Auf Verlangen ist für die angemeldeten Mitarbeiter eine Mitgliedsbescheinigung der zuständigen Krankenkasse vorzulegen.
5.	Vertragliche Grundlagen	Versicherungsbedingungen Teil I und Teil II (Swiss Life Prévoyance et Santé) sowie das SGB V und die Versicherungsvereinbarung zum EXPAT GKV
6.	Geltungsbereich	Der Versicherungsschutz besteht weltweit, jedoch nicht für Aufenthalte in der Schweiz und in den USA. Kurzfristige berufsbedingte Aufenthalte in den USA sind unter Beachtung von VB Teil II, Punkt 15 versichert.
7.	Beginn des Versicherungsschutzes	Mit dem in der Versicherungsbestätigung genannten Zeitpunkt unter Beachtung von VB Teil I, § 4, Abs. 1.
8.	Versicherungsjahr	Jeweils vom 01.07. eines jeden Jahres bis zum 30.06. des darauffolgenden Jahres
9.	Dauer des Versicherungsverhältnisses	Die Versicherungsvereinbarung zwischen Versicherungsberechtigtem und Versicherungsnehmerin wird ab der Aufnahme der versicherten Person in den Gruppenversicherungsvertrag zunächst bis zum Ende des laufenden Versicherungsjahres abgeschlossen. Die Vereinbarung verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr, sofern diese nicht vom Versicherungsberechtigten gekündigt wird. Das Versicherungsverhältnis endet in jedem Fall mit Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages zwischen Versicherer und Versicherungsnehmerin sowie wenn der generelle Leistungsanspruch gegen die deutsche gesetzliche Krankenversicherung nicht mehr besteht oder die versicherte Person den vorübergehenden Auslandsaufenthalt beendet.
10.	Kündigung des Versicherungsverhältnisses	Der Versicherungsschutz innerhalb der Versicherungsvereinbarung kann für einzelne versicherte Personen jederzeit zum laufenden Monatsende, ohne Einhaltung einer Frist, vom Versicherungsberechtigten gegenüber der Versicherungsnehmerin gekündigt werden.
11.	Beitragszahlung	Der Beitrag ist ein Tagesbeitrag. Er ist jeweils bis zum Ende des Versicherungsjahres im Voraus fällig und zahlbar.
12.	Angaben zum Gesundheitszustand	Keine
	Leistungen	EXPAT GKV
13.1.	Erstattungsgrundlage	Die in diesem Tarif vorzunehmenden Erstattungen basieren auf den Bestimmungen des § 17 SGB V.
13.2.	Allgemeine Leistungen	Alle gemäß SGB V (in der jeweils gültigen Fassung) erstattungsfähigen Leistungen. Der Umfang der Leistungen des EXPAT GKV richten sich nach den Bestimmungen des § 17 SGB V (siehe beigefügten Auszug).
13.3.	Genehmigungspflichtige Leistungen	Die Durchführung und Abrechnung bestimmter ärztlicher Leistungen in der ambulanten und stationären Versorgung ist an spezifische Anforderungen zur fachlichen Qualifikation, apparativen Praxisausstattung oder an Mindestmengen der Leistungserbringung geknüpft. Diese genehmigungspflichtigen Leistungen der jeweiligen gesetzlichen Krankenkassen sind nur erstattungsfähig, wenn die Rechnung zusammen mit der schriftlichen Genehmigung eingereicht wird. Genehmigungspflichtige Leistungen sind z.B. Kuren und Rehabilitationsmaßnahmen, Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlungen u.s.w..
13.4.	Besonderheit bei stationärer Heilbehandlung	Ist eine stationäre Behandlung im Rahmen der allgemeinen Pflegeklasse gemäß SGB V in dem Aufenthaltsland der Versicherten Person nicht zumutbar, wird eine der allgemeinen Pflegeklasse vergleichbare ortsübliche stationäre Unterbringung erstattet.
13.5.	Zusatzleistungen (Satzungsleistungen der Krankenkasse)	Zusatzleistungen sind alternative, ergänzende oder komplementäre Heilmethoden, welche über die gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen hinausgehen. Diese sind von den Krankenkassen unterschiedlich geregelt und somit im Vorfeld von der Krankenkasse zu genehmigen. Nur bei einer im Vorfeld erteilten Genehmigung werden anfallende Kosten erstattet. Die Rechnung muss zusammen mit der schriftlichen Genehmigung eingereicht werden.
13.6.	Sonstige Leistungen	a) 100% für Krankentransporte zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus und bei Erstversorgung nach einem Unfall zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt und zurück. b) Der Versicherer erstattet für einen medizinisch notwendigen Rücktransport oder Überführung nach Deutschland - 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.

14.	Wartezeit	Keine	
15.	Tagesbeitrag	Der Mindestbeitrag pro versicherter Person entspricht der Beitragssumme für einen Zeitraum von 30 Tagen.	
	Weltweit außer Schweiz und USA (Versicherungsschutz für bis zu 30 Tage bei Aufenthalten in USA/Kanada)	Mitarbeiter des Versicherungsberechtigten	Familienangehörige
		1,90 Euro pro Tag	2,80 Euro pro Tag
		Versicherungsschutz für berufsbedingte Aufenthalte in USA/Kanada besteht für insgesamt 30 Tage pro Versicherungsjahr frühestens jedoch nach 15 Tagen, gerechnet ab dem in der Versicherungsbestätigung bezeichneten Versicherungsbeginn. Für Behandlungen, die über den 30. Tag hinaus notwendig werden, wird nicht geleistet. Der Versicherungsschutz in USA/Kanada ist jedoch auf akut auftretenden Behandlungsbedarf begrenzt. Der Aufenthalt ist vor Einreise in USA/Kanada beim Versicherer anzuzeigen. Beginn und Ende des Aufenthaltes in USA/Kanada sind auf Verlangen nachzuweisen.	
	Weltweit (einschl. Versicherungsschutz für bis zu 365 Tage bei Aufenthalten in Kanada)	Mitarbeiter des Versicherungsberechtigten	Familienangehörige
		8,50 Euro pro Tag	12,40 Euro pro Tag
		Versicherungsschutz besteht nicht für urlaubsbedingte Aufenthalte außerhalb des vereinbarten Aufenthaltslandes.	
16.	Sonstiges	Es werden keine Alterungsrückstellungen gebildet.	

§1 VERSICHERBARE PERSONEN UND VERSICHERUNGSFÄHIGKEIT

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

- Der Antrag auf Aufnahme von versicherten Personen in den Gruppenversicherungsvertrag kann nur durch Versicherungsberechtigte gestellt werden. Versicherungsberechtigte sind juristische, in Deutschland ansässige Unternehmen.
- Versicherbar sind natürliche Personen, die sich aus berufsbedingten Gründen im Auftrag ihres Arbeitgebers im Ausland aufhalten und weiterhin in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung verbleiben sowie deren nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen, die die hauptversicherte Person für die Zeit dieser Beschäftigung im Ausland begleiten oder besuchen.
- Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind
 - dauernd pflegebedürftige Personen. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf.
 - Personen, deren Teilhabe am allgemeinen Leben dauerhaft ausgeschlossen ist. Für die Einordnung sind insbesondere der mentale Geisteszustand und die objektiven Lebensumstände der Person zu berücksichtigen.
 - Personen, deren Mitgliedschaft bei der gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr besteht oder rückwirkend storniert wurde.
 - Personen, die nicht mehr bei dem deutschen Arbeitgeber (Versicherungsberechtigter) beschäftigt sind.

§2 ABSCHLUSS UND BEENDIGUNG DES VERSICHERUNGSVERTRAGES

- Der Gruppenversicherungsvertrag wird zwischen der Versicherungsnehmerin und dem Versicherer für die Dauer eines Jahres geschlossen. Der Gruppenversicherungsvertrag verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn er nicht mit einer Frist von drei Monaten zum jeweiligen Ablauf gekündigt wird.
- Die Versicherungsnehmerin ist verpflichtet, die Kündigung des Gruppenversicherungsvertrages mit einer Frist von zwei Monaten zum Wirksamwerden der Kündigung den Versicherungsberechtigten und den versicherten Personen mitzuteilen.
- Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- Sind Versicherungsberechtigte und die versicherte Person nicht identisch, wird eine Kündigung nur wirksam, wenn die von der Kündigung betroffene versicherte Person von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat und der Versicherungsnehmer dieses dem Versicherer bei der Abmeldung aus dem Gruppenversicherungsvertrag entsprechend nachweist. Die betroffene versicherte Person hat in diesem Fall das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung eines zukünftigen Versicherungsberechtigten fortzusetzen. Die Erklärung hierüber ist innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Kündigung abzugeben.

§3 BEITRÄGE, LEISTUNGSANPASSUNG, VERSICHERUNGSJAHR

- Die Versicherungsnehmerin hat das Recht, einzelne versicherte Personen wegen Nichtzahlung der Beiträge aus dem Gruppenversicherungsvertrag abzumelden.
- Der Versicherer ist berechtigt, zu Beginn eines neuen Versicherungsjahres eine Änderung der Prämie oder des Umfangs der Versicherungsleistung vorzunehmen, sofern er dies der Versicherungsnehmerin mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des vereinbarten Versicherungsjahres mitteilt.
- Die Festlegung des Versicherungsjahres erfolgt in den Versicherungsbedingungen Teil II EXPAT GKV (Swiss Life Prévoyance et Santé).
- Die Versicherungsnehmerin ist verpflichtet, eine Anpassung der Prämie oder der Versicherungsleistung mit einer Frist von 2 Monaten zum Ende des vereinbarten Versicherungsjahres den Versicherungsberechtigten und den versicherten Personen schriftlich mitzuteilen.

§4 GELTUNGSBEREICH, BEGINN, DAUER UND ENDE DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

Der Versicherer bietet versicherten Personen, die sich im Rahmen eines beruflich bedingten Aufenthaltes im Ausland aufhalten, Versicherungsschutz im Rahmen dieser Versicherungsbedingungen. Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

- Der Versicherungsschutz beginnt für die versicherte Person nach der verbindlichen Aufnahme in den Gruppenversicherungsvertrag und mit dem in der Versicherungsbestätigung bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn),
 - jedoch nicht vor Beginn des Aufenthaltes der versicherten Person im vereinbarten Aufenthaltsland;

- nicht vor Eintritt der Versicherbarkeit der versicherten Person;
- nicht vor Zahlung des Beitrages.

- Der Versicherungsschutz für einzelne versicherte Personen endet auch für noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle:
 - mit dem Ende des Beschäftigungsverhältnisses mit dem Versicherungsberechtigten;
 - mit der Abmeldung aus dem Gruppenversicherungsvertrag durch die Versicherungsnehmerin oder durch den Versicherungsberechtigten, unter Beachtung der Fristen und Voraussetzungen;
 - mit dem Tod der versicherten Person;
 - mit dem Ende der Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung;
 - mit dem Tag der Beendigung des Auslandsaufenthaltes im vereinbarten Aufenthaltsland oder der endgültigen Rückkehr der versicherten Person nach Deutschland;
 - sobald die Voraussetzungen der Versicherbarkeit einer versicherten Person entfallen;
 - mit der Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages zwischen Versicherer und Versicherungsnehmerin.

§5 GEGENSTAND DES VERSICHERUNGSSCHUTZES UND UMFANG DER LEISTUNGSPFLICHT

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

- Der Versicherer leistet für versicherte Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung, die im Ausland beschäftigt sind und während dieser Zeit erkranken oder bei denen Leistungen bei Schwangerschaft oder Mutterschaft erforderlich sind. Der Umfang der Leistungen richtet sich nach dem fünften Sozialgesetzbuch (SGB V).
- Der Versicherungsschutz ergibt sich aus der Versicherungsbestätigung, diesen Versicherungsbedingungen zum EXPAT GKV sowie den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.

§6 ALLGEMEINE EINSCHRÄNKUNGEN DER LEISTUNGSPFLICHT

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

- Versicherungsschutz wird nicht gewährt für Schäden durch aktive Teilnahme an Streik, Krieg, kriegsähnliche Ereignisse, innere Unruhen, Schäden durch Kernenergie, sowie für solche Ereignisse, die auf vorsätzliches Handeln der Versicherungsnehmerin, des Versicherungsberechtigten oder der versicherten Person zurückzuführen sind.
- Keine Leistungspflicht besteht für:
 - Leistungen, zu deren Erstattung deutsche Krankenkassen nicht nach SGB V verpflichtet sind;
 - für nicht in Deutschland anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden;
 - Behandlungsmethoden, die nicht als vertragsärztliche Leistungen zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden dürfen;
 - Behandlungsmethoden, deren Bewertungsverfahren noch nicht abgeschlossen sind;
 - urlaubsbedingte Aufenthalte außerhalb des vereinbarten Aufenthaltslandes.

§7 OBLIEGENHEITEN UND FOLGEN VON OBLIEGENHEITSVERLETZUNGEN

- Versicherungsnehmerin, Versicherungsberechtigte und versicherte Person sind verpflichtet, nach Eintritt des Versicherungsfalles
 - alles zu vermeiden, was zu einer unnötigen Kostenerhöhung führen könnte;
 - jede Krankenhausbehandlung binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn der Versicherungsnehmerin oder dem Versicherer anzuzeigen;
 - alle Schäden, die voraussichtlich eine Summe von 1.000 Euro überschreiten, dem Versicherer oder dessen Beauftragten unverzüglich anzuzeigen;
 - 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.
 - Belege binnen drei Monaten nach einer einzelnen Heilbehandlung bei der Versicherungsnehmerin oder beim Versicherer einzureichen.
- Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

3. Beginn und Ende sowie die Unterbrechung eines Aufenthaltes im vereinbarten Geltungsbereich sowie das Vorliegen der Voraussetzung auf Versicherungsfähigkeit sind von der versicherten Person auf Verlangen des Versicherers im Leistungsfall nachzuweisen.
4. Verletzt die Versicherungsnehmerin, der Versicherungsbeneficiäre 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 Versicherungsbeneficiären oder der versicherten Person entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt die Versicherungsnehmerin, der Versicherungsbeneficiäre oder die versicherte Person.
5. Versicherungsbeneficiärer und versicherte Person sind verpflichtet, Änderungen hinsichtlich ihrer Anschrift, des Beschäftigungsverhältnisses, eines Wechsels des Aufenthaltslandes sowie Änderungen des Versicherungsstatus der gesetzlichen Krankenversicherung unverzüglich der Versicherungsnehmerin anzuzeigen.
6. Versicherungsbeneficiärer und Versicherte Person sind verpflichtet, bei einem Wechsel der Krankenkasse die Versicherungsnehmerin unverzüglich hierüber in Kenntnis zu setzen. Name und Anschrift sowie die Mitgliedsnummer müssen mitgeteilt werden.

§8 AUSZAHLUNG DER VERSICHERUNGSLEISTUNGEN

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, 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 Verordnung, 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.
2. Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in die zu diesem Zeitpunkt in der Bundesrepublik Deutschland gültige Währung umgerechnet, es sei denn, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden und dies durch eine Änderung der Währungsparitäten bedingt war.
3. Von den Leistungen können Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer Überweisungen in das Ausland vornimmt oder besondere Überweisungsformen vereinbart werden.
4. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können nicht verpfändet werden.
5. Im Rahmen der Leistungsprüfung kann es erforderlich werden, dass der Versicherer im gesetzlich zugelassenen Rahmen personenbezogene Gesundheitsdaten einholt. Sofern der Versicherungsbeneficiäre oder die versicherte Person ihre Einwilligung zu einer solchen Erhebung schuldhaft nicht erteilt und auch nicht auf andere Weise eine Leistungsprüfung ermöglicht wird und der Versicherer hierdurch die Höhe und Umfang der Leistungspflicht nicht abschließend feststellen kann, wird die Leistung nicht fällig.
6. Einen Monat nach Anzeige des Schadens kann als Abschlagszahlung der Betrag beansprucht werden, der nach Lage der Sache mindestens zu zahlen ist. Der Lauf dieser Frist ist gehemmt, solange die Prüfungen des Anspruches durch den Versicherer infolge eines Verschuldens der Versicherungsnehmerin, des Versicherungsbeneficiären 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 privaten 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 Versicherungsbeneficiären 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 Versicherungsbeneficiäre oder die versicherte Person verpflichtet, eine Abtretungserklärung gegenüber dem Versicherer abzugeben. Die Leistungspflicht des Versicherers ruht bis zur Abgabe einer Abtretungserklärung.
3. Bei einer rückwirkenden Stornierung der Mitgliedschaft der in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Person behält sich die Versicherungsnehmerin das Recht vor, die erbrachten Leistungen dem Versicherungsbeneficiären in Rechnung zu stellen.

§10 AUFRECHNUNG

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

§11 WILLENSERKLÄRUNGEN UND ANZEIGEN

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform (Brief, Fax, E-Mail, Elektronischer Datenträger, etc.). Die versicherte Person hat ein eigenes Recht, Ansprüche aus dem Vertrag gegen den Versicherer geltend zu machen.

§12 ANZUWENDENDEN RECHT / VERTRAGSSPRACHE

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

§13 ÜBERSCHUSSBETEILIGUNG

Die hier genannte Versicherung ist nicht überschussberechtig.

§14 AUFSICHTSBEHÖRDE UND BESCHWERDESTELLEN

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

Für diesen Versicherungsvertrag sind bei Beschwerden die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, und die Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR - die französische Versicherungsaufsichtsbehörde), 61 rue Taitbout 75009 Paris Frankreich, zuständig.

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

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

! Bitte beachten Sie, dass es sich hierbei nur um einen Auszug handelt und somit nicht das komplette SGB V abbildet.

§10 SGB V Familienversicherung

(1) Versichert sind der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern, wenn diese Familienangehörigen

1. ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben,
2. nicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 1, 2, 2a, 3 bis 8, 11 oder 12 oder nicht freiwillig versichert sind,
3. nicht versicherungsfrei oder nicht von der Versicherungspflicht befreit sind; dabei bleibt die Versicherungsfreiheit nach § 7 außer Betracht,
4. nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und
5. kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches überschreitet; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a des Vierten Buches beträgt das zulässige Gesamteinkommen 450 Euro.

Eine hauptberufliche selbständige Tätigkeit im Sinne des Satzes 1 Nr. 4 ist nicht deshalb anzunehmen, weil eine Versicherung nach § 1 Abs. 3 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte vom 29. Juli 1994 (BGBl. I S. 1890, 1891) besteht. Das Gleiche gilt bis zum 31. Dezember 2018 für eine Tagespflegeperson, die bis zu fünf gleichzeitig anwesende, fremde Kinder in Tagespflege betreut. Ehegatten und Lebenspartner sind für die Dauer der Schutzfristen nach § 3 Abs. 2 und § 6 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes sowie der Elternzeit nicht versichert, wenn sie zuletzt vor diesen Zeiträumen nicht gesetzlich krankenversichert waren.

(2) Kinder sind versichert

1. bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres,
2. bis zur Vollendung des dreiundzwanzigsten Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,
3. bis zur Vollendung des fünfundzwanzigsten Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstegesetzes oder Bundesfreiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz leisten; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Versicherung auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das fünfundzwanzigste Lebensjahr hinaus; dies gilt ab dem 1. Juli 2011 auch bei einer Unterbrechung oder Verzögerung durch den freiwilligen Wehrdienst nach § 58b des Soldatengesetzes, einen Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstegesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Absatz 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes für die Dauer von höchstens zwölf Monaten,
4. ohne Altersgrenze, wenn sie als behinderte Menschen (§ 2 Abs. 1 Satz 1 des Neunten Buches) außerstande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, daß die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind nach Nummer 1, 2 oder 3 versichert war.

(3) Kinder sind nicht versichert, wenn der mit den Kindern verwandte Ehegatte oder Lebenspartner des Mitglieds nicht Mitglied einer Krankenkasse ist und sein Gesamteinkommen regelmäßig im Monat ein Zwölftel der Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt und regelmäßig höher als das Gesamteinkommen des Mitglieds ist; bei Renten wird der Zahlbetrag berücksichtigt.

(4) Als Kinder im Sinne der Absätze 1 bis 3 gelten auch Stiefkinder und Enkel, die das Mitglied überwiegend unterhält, sowie Pflegekinder (§ 56 Abs. 2 Nr. 2 des Ersten Buches). Kinder, die mit dem Ziel der Annahme als Kind in die Obhut des Annehmenden aufgenommen sind und für die die zur Annahme erforderliche Einwilligung der Eltern erteilt ist, gelten als Kinder des Annehmenden und nicht mehr als Kinder der leiblichen Eltern. Stiefkinder im Sinne des Satzes 1 sind auch die Kinder des Lebenspartners eines Mitglieds.

(5) Sind die Voraussetzungen der Absätze 1 bis 4 mehrfach erfüllt, wählt das Mitglied die Krankenkasse.

(6) Das Mitglied hat die nach den Absätzen 1 bis 4 Versicherten mit den für die Durchführung der Familienversicherung notwendigen Angaben sowie die Änderung dieser Angaben an die zuständige Krankenkasse zu melden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt für die Meldung nach Satz 1 ein einheitliches Verfahren und einheitliche Meldevordrucke fest.

§17 SGB V Leistungen bei Beschäftigung im Ausland

(1) Mitglieder, die im Ausland beschäftigt sind und während dieser Beschäftigung erkranken oder bei denen Leistungen bei Schwangerschaft oder Mutterschaft erforderlich sind, erhalten die ihnen nach diesem Kapitel zustehenden Leistungen von ihrem Arbeitgeber. Satz 1 gilt entsprechend für die nach § 10 versicherten Familienangehörigen, soweit sie das Mitglied für die Zeit dieser Beschäftigung begleiten oder besuchen.

(2) Die Krankenkasse hat dem Arbeitgeber die ihm nach Absatz 1 entstandenen Kosten bis zu der Höhe zu erstatten, in der sie ihr im Inland entstanden wären.

(3) Die zuständige Krankenkasse hat dem Reeder die Aufwendungen zu erstatten, die ihm nach § 104 Absatz 2 des Seearbeitsgesetzes entstanden sind.



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 AGA Service Deutschland GmbH zur Verfügung:

24 H NOTFALLBEREITSCHAFT DES BDAE UNTER +49 - 40 - 30 68 74 - 74

- 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 ggf. 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 oben aufgeführten Assistance-Leistungen übernimmt der BDAE auf Anfrage die Kosten für weitere Dienstleistungen, für welche die ALLIANZ GLOBAL ASSISTANCE 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 Schadenereignis
- 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 GLOBAL ASSISTANCE stets Ihre BDAE-Versicherten- oder -Mitgliedsnummer bereit.

**RECHTSBELEHRUNG NACH § 19 ABS. 5 SATZ 1 VVG**

RECHTSBELEHRUNG DURCH SWISS LIFE PRÉVOYANCE ET SANTÉ (VERSICHERER)

MITTEILUNG NACH § 19 ABS. 5 VVG ÜBER DIE FOLGEN EINER VERLETZUNG DER GESETZLICHEN ANZEIGEPFLICHT

Damit der Versicherer 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 dem Versicherer schriftlich 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 der Versicherer in Textform gefragt hat, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind. Wenn der Versicherer 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 der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, es sei denn, Sie weisen ihm nach, dass Sie die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt haben. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht kann der Versicherer nicht vom Vertrag zurücktreten, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklärt der Versicherer den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleibt er 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. Seine Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. Dem Versicherer steht im Falle eines Rücktritts wegen Anzeigepflichtverletzung die Prämie bis zum Wirksamwerden des Rücktritts zu.

2. KÜNDIGUNG

Kann der Versicherer nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt haben, kann er den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Das Kündigungsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

3. VERTRAGSÄNDERUNG

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

4. AUSÜBUNG DER RECHTE DES VERSICHERERS (§ 21 VVG)

Der Versicherer kann seine Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem er von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihm geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Bei der Ausübung seiner Rechte hat er die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt. Zur Begründung kann er 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 er sich nicht berufen, wenn er den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte. Seine 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 des Versicherers, 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.

Ort, Datum:

Unterschrift:

(Antragsteller)



EINWILLIGUNG IN DIE ERHEBUNG UND VERWENDUNG VON GESUNDHEITSDATEN UND SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG GEGENÜBER SWISS LIFE PRÉVOYANCE ET SANTÉ (VERSICHERER)

TEIL I - ERKLÄRUNG BEI ANTRAGSTELLUNG

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

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

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

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

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

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

1. EINWILLIGUNG IN DIE ERHEBUNG, SPEICHERUNG UND NUTZUNG IHRER GESUNDHEITSDATEN

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

2. ABFRAGE VON GESUNDHEITSPRÜFUNG BEI DRITTEN ZUR RISIKOBEURTEILUNG UND ZUR PRÜFUNG DER LEISTUNGSPFLICHT

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

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

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

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

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

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

3. WEITERGABE IHRER GESUNDHEITSDATEN UND WEITERER VON DER SCHWEIGEPLICHT GESCHÜTZTER DATEN AN STELLEN AUSSERHALB SWISS LIFE PRÉVOYANCE ET SANTÉ
Wir verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.
3.1. DATENWEITERGABE ZUR MEDIZINISCHEN BEGUTACHTUNG
Zur Beurteilung der zu versichernden Risiken sowie zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzubeziehen. Hierfür benötigen wir Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere von der Schweigepflicht geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.
Ich willige ein, dass die Swiss Life Prévoyance et Santé meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies für die Prüfung der Leistungspflicht in meinem Versicherungsfall erforderlich ist und die Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an Swiss Life Prévoyance et Santé zurückübermittelt werden. Im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für Swiss Life Prévoyance et Santé tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.
3.2. ÜBERTRAGUNG VON AUFGABEN AUF ANDERE STELLEN (UNTERNEHMEN ODER PERSONEN)
Bestimmte Aufgaben wie z. B. die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, führen wir teilweise nicht selbst durch. Insoweit haben wir diese Aufgaben anderen Gesellschaften übertragen. Werden hierbei Ihre von der Schweigepflicht geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen. Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß von der Schweigepflicht geschützte Daten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen. Die Aufgaben, die den einzelnen Stellen übertragen wurden, können Sie dieser Liste entnehmen. Die zurzeit gültige Liste ist den Erklärungen unmittelbar angefügt 1*). Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.bdae.com/de/downloads/GesundheitsdatenSchweigepflichtentbindung.pdf eingesehen werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und deren Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.
Ich willige ein, dass die Swiss Life Prévoyance et Santé meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie Swiss Life Prévoyance et Santé es tun dürfte. Soweit erforderlich entbinde ich die Mitarbeiter der beauftragten Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.
4. SPEICHERUNG UND VERWENDUNG IHRER GESUNDHEITSDATEN, WENN DER VERTRAG NICHT ZUSTANDE KOMMT
Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragsstellung.
Ich willige ein, dass die Swiss Life Prévoyance et Santé meine Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt, für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.
Gemäß Artikel 32 geänderten französischen Datenschutzgesetz Nr. 78-17 vom 6. Januar 1978 ist mir bekannt, dass SwissLife Prévoyance et Santé für die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten verantwortlich ist. Ich kann meine Rechte auf Zugriff und Berichtigung in Bezug auf meine personenbezogenen Daten im Sinne von Artikel 39 und 40 des oben genannten Gesetzes geltend machen, indem ich mich an die SwissLife Marketingabteilung, 1 rue du Mal de Lattre de Tassigny - 59671 Roubaix Cedex 01 Frankreich, und für die medizinischen Daten an den medizinischen Berater unter: Swiss Life, 7 rue Belgrand 92300 Levallois-Perret Frankreich wende. Die für die Bearbeitung meines Vorgangs erhobenen personenbezogenen Daten werden von Swiss Life Group, dem Empfänger der Daten, zusammen mit seinen Beauftragten und Rückversicherern, streng konform mit der ärztlichen Schweigepflicht verwendet. Ich muss alle Fragen beantworten, andernfalls kann SwissLife Prévoyance et Santé meinen Vorgang nicht prüfen.
ERKLÄRUNGEN DER ZU VERSICHERNDEN PERSON(EN) ODER DES GESETZLICHEN VERTRETERS DER ZU VERSICHERNDEN PERSON(EN)
Ich gebe hiermit für mich bzw. für die zu versichernde(n) Person(en) die vom Antragsteller bzw. Versicherungsinteressenten abgegebenen Erklärungen zur Datenverarbeitung ab.

Ort, Datum:

Unterschriften:

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

AGA Service Deutschland GmbH (Assistancedienstleistungen)
 Gutachter (medizinische und pflegerische Begutachtung und Gutachtenerstellung)
 Pflegedienste und Hilfsmittelversorger (Vermittlung von Pflegediensten sowie Hilfsmittelversorgern)
 Krankenrücktransporte (medizinisch notwendiger Rücktransport aus dem Ausland)
 BDAE Expat GmbH
 BDAE Dienstleistungsgesellschaft mbH
 BDAE Holding GmbH
 BDJ Versicherungsmakler GmbH & Co. KG

TEIL II - ERKLÄRUNG ZUR PRÜFUNG DER LEISTUNGSPFLICHT

A. EINWILLIGUNG UND SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG FÜR DIE ABFRAGE VON GESUNDHEITSDATEN BEI DRITTEN UND FÜR DIE DATENWEITERGABE

DATENWEITERGABE AN RÜCKVERSICHERER

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

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

ERKLÄRUNGEN DER ZU VERSICHERNDEN PERSON(EN) ODER DES GESETZLICHEN VERTRETERS DER ZU VERSICHERNDEN PERSON(EN)

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

B. DATENWEITERGABE AN ANDERE VERSICHERER

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

Ort, Datum:

Unterschriften:

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

Zwischen Versicherungsberechtigtem (Firma):

Firma				
Anschrift				
Ansprechpartner			Funktion	
Fon		Fax	E-Mail	

und Versicherungsnehmerin (BDAE EXPAT GMBH):

- Die Versicherungsnehmerin bietet Beschäftigten des Versicherungsberechtigten, die sich aus berufsbedingten Gründen im Auftrag Ihres Arbeitgebers im Ausland aufhalten und weiterhin in der deutschen gesetzlichen Versicherung verbleiben, durch Anmeldung beim Versicherer Einschluss in den Versicherungsschutz des Produkts EXPAT GKV. Familienversicherte Angehörige nach § 10 SGB V, die die hauptversicherte Person für die Zeit dieser Beschäftigung im Ausland begleiten oder besuchen, können durch Aufnahme in den Gruppenversicherungsvertrag ebenfalls in den Versicherungsschutz des EXPAT GKV eingeschlossen werden. Grundlage bilden die Versicherungsbedingungen Teil I und Teil II (Swiss Life Prévoyance et Santé) sowie das SGB V und diese Versicherungsvereinbarung. Der Versicherungsberechtigte bestätigt den Erhalt vorgenannter Vereinbarungsgrundlagen und verpflichtet sich, diese den versicherten Personen ebenfalls zur Kenntnis zu bringen.
- Die Anmeldung der versicherten Personen durch den Versicherungsberechtigten erfolgt im Listenverfahren. Die Meldeliste wird erstmalig mit Beginn der Versicherungsvereinbarung erstellt, danach jährlich bis 14 Tage vor Beginn des neuen Versicherungsjahres. Unterjährige Änderungen (Zu- und Abmeldungen) sind bei Bedarf monatlich der Versicherungsnehmerin zu melden. Der Versicherungsberechtigte verpflichtet sich, die versicherte Person über die Abmeldung in Kenntnis zu setzen und dies der Versicherungsnehmerin bei Bedarf nachzuweisen. Der Versicherungsberechtigte ist verpflichtet, die Versicherungsnehmerin über Änderungen des Arbeitsverhältnisses der versicherten Person, sofern sie die Versicherbarkeit oder den versicherten Leistungsumfang betreffen, unverzüglich in Kenntnis zu setzen. Für unberechtigt empfangene Leistungen, die durch Verletzung der Anzeigepflicht des Versicherungsberechtigten erbracht wurden, haftet der Versicherungsberechtigte gegenüber der Versicherungsnehmerin. Desweiteren ist der Versicherungsberechtigte verpflichtet, die Versicherungsnehmerin über einen Wechsel des Aufenthaltslandes der versicherten Personen zu informieren.
- Der zu zahlende Beitrag ist ein Tagesbeitrag. Die Beitragszahlung erfolgt bei Erstanmeldung versicherter Personen im Voraus bis zum Ende des laufenden Versicherungsjahres, danach jährlich im Voraus auf ein von der Versicherungsnehmerin zu benennendes Konto innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungsstellung. Beitragsforderungen bzw. -verbindlichkeiten aufgrund unterjähriger Änderungen sind innerhalb von 14 Tagen nach Erstellung einer entsprechenden Zwischenabrechnung in Form von Rückerstattungen an den Versicherungsberechtigten bzw. von Nacherstattungen an die Versicherungsnehmerin auszugleichen. Beitragsschuldner ist der Versicherungsberechtigte gegenüber der Versicherungsnehmerin und die Versicherungsnehmerin gegenüber dem Versicherer. Die Versicherungsnehmerin entrichtet die Versicherungsbeiträge an den Versicherer.
- Dem Versicherungsberechtigten ist bekannt, dass im Falle einer durch den Versicherungsberechtigten zu vertretenden fehlenden oder unvollständigen Zahlung des jeweils fälligen Beitrags und Nebenkosten die Versicherungsnehmerin die benannten versicherten Personen nicht bei dem Versicherer anmelden wird beziehungsweise im Falle fehlender Folgezahlungen die versicherten Personen wieder abmelden wird. Dem Versicherungsberechtigten ist weiterhin bekannt, dass in diesem Fall der Versicherungsschutz gefährdet ist.
- Der Versicherungsberechtigte bestätigt, dass die Mitgliedschaft des Beschäftigten in der gesetzlichen Krankenversicherung während des Auslandsaufenthaltes weiterhin bestehen bleibt. Zudem willigt der Versicherungsberechtigte ein, dass sich die Versicherungsnehmerin bei einer rückwirkenden Stornierung der Mitgliedschaft der in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Person das Recht vorbehält, ihm die erbrachten Leistungen in Rechnung zu stellen.
- Der Versicherungsberechtigte ermächtigt die BDAE Holding GmbH in seinem Namen Leistungen mit den gesetzlichen Krankenversicherungen der jeweiligen Mitarbeiter abzurechnen und tritt den daraus bestehenden Leistungsanspruch an die BDAE Holding GmbH ab. (Bitte die Anlage 'Abtretungserklärung' beachten!)
- Die Versicherungsvereinbarung tritt in Kraft am (TT.MM.JJJJ):

.....

- Sonstige Vereinbarungen:

.....

Unterschriften und Stempel:

.....

Ort, Datum

Unterschrift und Firmenstempel Versicherungsberechtigter (Firma)

.....

Ort, Datum

Unterschrift und Firmenstempel Versicherungsnehmerin (BDAE EXPAT GMBH)

Der Versicherungsberechtigte (Firma)

Firma				
Anschrift				
Ansprechpartner			Funktion	
Fon		Fax	E-Mail	

ermächtigt hiermit die BDAE Holding GmbH, Kühnehöfe 3, 22761 Hamburg, im eigenen Namen und für eigene Rechnung gegenüber den Krankenkassen Erstattungsleistungen gem. §17 Abs. 2 SGB V geltend zu machen. Hierzu tritt die Gesellschaft (Versicherungsberechtigter) der BDAE Holding GmbH ihre diesbezüglichen Erstattungsansprüche gegenüber den Krankenkassen ab, wobei sie auf eine Annahmeerklärung der BDAE Holding GmbH verzichtet (§ 151 S. 1 Alt. 2 BGB).

Sollte rechtskräftig festgestellt oder von der Gesellschaft (Versicherungsberechtigter) anerkannt werden, dass die BDAE Holding GmbH die Gesellschaft (Versicherungsberechtigter) von bestimmten Ansprüchen des Arbeitnehmers/der Arbeitnehmerin nach § 17 Abs. 1 SGB V nicht freizuhalten hat, verpflichtet sich die BDAE Holding GmbH, die vorerwähnten Ansprüche an die Gesellschaft (Versicherungsberechtigter) zurückzutreten, sofern sie nicht geleistet oder Leistungen zurückerhalten hat.

Ort, Datum

Unterschrift und Firmenstempel Versicherungsberechtigter (Firma)

Firma:

Firmen-ID:
wenn bereits BDAE-Kunde

Bitte machen Sie zu jeder Abfrage Angaben.

Zu versichernde Person (von der Firma auszufüllen)

Folgende(r) berechnete(r) Mitarbeiter(in) soll(en) gemäß Versicherungsvereinbarung versichert werden:

Allgemeine Angaben	Name, Vorname(n)			
	Nationalität			Geschlecht (bitte ankreuzen) <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
	Geburtsdatum			
	Geplantes Aufenthaltsland	Versicherungsbeginn (Tag/Monat/Jahr)		
		Versicherungsende* (Tag/Monat/Jahr)		
Geltungsbereich	<input type="checkbox"/> weltweit (einschl. Versicherungsschutz für bis zu 30 Tage bei Aufenthalten in USA/Kanada)		<input type="checkbox"/> weltweit (einschl. Versicherungsschutz für bis zu 365 Tage bei Aufenthalten in Kanada)	
Angaben zur Krankenkasse	Name der zuständigen Krankenkasse			
	Anschrift der zuständigen Krankenkasse			
	Versicherungs-Nr. der zuständigen Krankenkasse			

* nur auszufüllen wenn bereits bekannt

Angehörige

! Angehörige müssen gemäß §10 SGB V familienversichert sein.

Mitversichernde Angehörige sollen gemäß Versicherungsvereinbarung versichert werden:

	Angehöriger 1		Angehöriger 2		Angehöriger 3	
Name						
Vorname(n)						
Nationalität						
Geschlecht (bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w
Geburtsdatum						
Aufenthalt	Versicherungsbeginn (Tag/Monat/Jahr)		Versicherungsbeginn (Tag/Monat/Jahr)		Versicherungsbeginn (Tag/Monat/Jahr)	
	Versicherungsende* (Tag/Monat/Jahr)		Versicherungsende* (Tag/Monat/Jahr)		Versicherungsende* (Tag/Monat/Jahr)	
Versicherungsnummer der zuständigen Krankenkasse						

* nur auszufüllen wenn bereits bekannt

Bitte kreuzen Sie an und bestätigen Sie, dass Sie

- die Versicherungsbedingungen EXPAT GKV Teil I und II erhalten und gelesen haben.
- den Hinweis zum Widerrufsrecht erhalten und gelesen haben.
- die Produkt- sowie Vertragsunterlagen an die zu versichernden Mitarbeiter weiterleiten werden.

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel des Versicherungsberechtigten (Firma)

1. WIDERRUFSRECHT

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie die Versicherungsbestätigung, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Absatz 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: BDAE EXPAT GmbH, Kühnehöfe 3, 22761 Hamburg, Fax: +49-40-30 68 74-90, E-Mail: info@bdae.com.

2. WIDERRUFSFOLGEN

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

3. BESONDERE HINWEISE

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

! Bitte beachten Sie, dass es sich hierbei nur um einen Auszug handelt und somit nicht das komplette VVG abbildet.

§7 VVG Information des Versicherungsnehmers

- (1) Der Versicherer hat dem Versicherungsnehmer rechtzeitig vor Abgabe von dessen Vertragserklärung seine Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die in einer Rechtsverordnung nach Absatz 2 bestimmten Informationen in Textform mitzuteilen. Die Mitteilungen sind in einer dem eingesetzten Kommunikationsmittel entsprechenden Weise klar und verständlich zu übermitteln. Wird der Vertrag auf Verlangen des Versicherungsnehmers telefonisch oder unter Verwendung eines anderen Kommunikationsmittels geschlossen, das die Information in Textform vor der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers nicht gestattet, muss die Information unverzüglich nach Vertragsschluss nachgeholt werden; dies gilt auch, wenn der Versicherungsnehmer durch eine gesonderte schriftliche Erklärung auf eine Information vor Abgabe seiner Vertragserklärung ausdrücklich verzichtet.
- (2) Das Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates zum Zweck einer umfassenden Information des Versicherungsnehmers festzulegen,
1. welche Einzelheiten des Vertrags, insbesondere zum Versicherer, zur angebotenen Leistung und zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie zum Bestehen eines Widerrufsrechts, dem Versicherungsnehmer mitzuteilen sind,
 2. welche weiteren Informationen dem Versicherungsnehmer bei der Lebensversicherung, insbesondere über die zu erwartenden Leistungen, ihre Ermittlung und Berechnung, über eine Modellrechnung sowie über die Abschluss- und Vertriebskosten und die Verwaltungskosten, soweit eine Verrechnung mit Prämien erfolgt, und über sonstige Kosten mitzuteilen sind,
 3. welche weiteren Informationen bei der Krankenversicherung, insbesondere über die Prämienentwicklung und -gestaltung sowie die Abschluss- und Vertriebskosten und die Verwaltungskosten, mitzuteilen sind,
 4. was dem Versicherungsnehmer mitzuteilen ist, wenn der Versicherer mit ihm telefonisch Kontakt aufgenommen hat und
 5. in welcher Art und Weise die Informationen zu erteilen sind.

Bei der Festlegung der Mitteilungen nach Satz 1 sind die vorgeschriebenen Angaben nach der Richtlinie 92/49/EWG des Rates vom 18. Juni 1992 zur Koordinierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften für die Direktversicherung (mit Ausnahme der Lebensversicherung) sowie zur Änderung der Richtlinien 73/239/EWG und 88/357/EWG (ABl. EG Nr. L 228 S. 1), der Richtlinie 2002/65/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. September 2002 über den Fernabsatz von Finanzdienstleistungen an Verbraucher und zur Änderung der Richtlinie 90/619/EWG des Rates und der Richtlinien 97/7/EG und 98/27/EG (ABl. EG Nr. L 271 S. 16) sowie der Richtlinie 2002/83/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 5. November 2002 über Lebensversicherungen (ABl. EG Nr. L 345 S. 1) zu beachten.

§1 VVG-InfoV - Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

- (1) Der Versicherer hat dem Versicherungsnehmer gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:
1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
 2. die Identität eines Vertreters des Versicherers in dem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz hat, wenn es einen solchen Vertreter gibt, oder die Identität einer anderen gewerblich tätigen Person als dem Anbieter, wenn der Versicherungsnehmer mit dieser geschäftlich zu tun hat, und die Eigenschaft, in der diese Person gegenüber dem Versicherungsnehmer tätig wird;
 3. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer, seinem Vertreter oder einer anderen gewerblich tätigen Person gemäß Nummer 2 und dem Versicherungsnehmer maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten;
 4. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
 5. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen, die nicht unter die Richtlinie 94/19/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 30. Mai 1994 über Einlagensicherungssysteme (ABl. EG Nr. L 135 S. 5) und die Richtlinie 97/9/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 3. März 1997 über Systeme für die Entschädigung der Anleger (ABl. EG Nr. L 84 S. 22) fallen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;
 6. a) die für das Versicherungsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich der Tarifbestimmungen;
b) die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
 7. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die dem Versicherungsnehmer eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
 8. gegebenenfalls zusätzlich anfallende Kosten unter Angabe des insgesamt zu zahlenden Betrages sowie mögliche weitere Steuern, Gebühren oder Kosten, die nicht über den Versicherer abgeführt oder von ihm in Rechnung gestellt werden; anzugeben sind auch alle Kosten, die dem Versicherungsnehmer für die Benutzung von Fernkommunikationsmitteln entstehen, wenn solche zusätzlichen Kosten in Rechnung gestellt werden;
 9. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
 10. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;

11. gegebenenfalls den Hinweis, dass sich die Finanzdienstleistung auf Finanzinstrumente bezieht, die wegen ihrer spezifischen Merkmale oder der durchzuführenden Vorgänge mit speziellen Risiken behaftet sind, oder deren Preis Schwankungen auf dem Finanzmarkt unterliegt, auf die der Versicherer keinen Einfluss hat, und dass in der Vergangenheit erwirtschaftete Beträge kein Indikator für künftige Erträge sind; die jeweiligen Umstände und Risiken sind zu bezeichnen;
 12. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
 13. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den der Versicherungsnehmer im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen hat;
 14. Angaben zur Laufzeit und gegebenenfalls zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
 15. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen;
 16. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zum Versicherungsnehmer vor Abschluss des Versicherungsvertrages zugrunde legt;
 17. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
 18. die Sprachen, in welchen die Vertragsbedingungen und die in dieser Vorschrift genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in welchen sich der Versicherer verpflichtet, mit Zustimmung des Versicherungsnehmers die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrages zu führen;
 19. einen möglichen Zugang des Versicherungsnehmers zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für den Versicherungsnehmer, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
 20. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.
- (2) Soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen nach Absatz 1 Nr. 3, 13 und 15 einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form.

§2 VVG-InfoV - Informationspflichten bei der Lebensversicherung, der Berufsunfähigkeitsversicherung und der Unfallversicherung mit Prämienrückgewähr

- (1) Bei der Lebensversicherung hat der Versicherer dem Versicherungsnehmer gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes zusätzlich zu den in § 1 Abs. 1 genannten Informationen die folgenden Informationen zur Verfügung zu stellen:
1. Angaben zur Höhe der in die Prämie einkalkulierten Kosten; dabei sind die einkalkulierten Abschlusskosten als einheitlicher Gesamtbetrag und die übrigen einkalkulierten Kosten als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen; bei den übrigen einkalkulierten Kosten sind die einkalkulierten Verwaltungskosten zusätzlich gesondert als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen;
 2. Angaben zu möglichen sonstigen Kosten, insbesondere zu Kosten, die einmalig oder aus besonderem Anlass entstehen können;
 3. Angaben über die für die Überschussermittlung und Überschussbeteiligung geltenden Berechnungsgrundsätze und Maßstäbe;
 4. Angabe der in Betracht kommenden Rückkaufswerte;
 5. Angaben über den Mindestversicherungsbetrag für eine Umwandlung in eine prämienfreie oder eine prämienreduzierte Versicherung und über die Leistungen aus einer prämienfreien oder prämienreduzierten Versicherung;
 6. das Ausmaß, in dem die Leistungen nach den Nummern 4 und 5 garantiert sind;
 7. bei fondsgebundenen Versicherungen Angaben über die der Versicherung zugrunde liegenden Fonds und die Art der darin enthaltenen Vermögenswerte;
 8. allgemeine Angaben über die für diese Versicherungsart geltende Steuerregelung;
 9. bei Lebensversicherungsverträgen, die Versicherungsschutz für ein Risiko bieten, bei dem der Eintritt der Verpflichtung des Versicherers gewiss ist, die Minderung der Wertentwicklung durch Kosten in Prozentpunkten (Effektivkosten) bis zum Beginn der Auszahlungsphase.
- (2) Die Angaben nach Absatz 1 Nr. 1, 2, 4 und 5 haben in Euro zu erfolgen. Bei Absatz 1 Nr. 6 gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass das Ausmaß der Garantie in Euro anzugeben ist.
- (3) Die vom Versicherer zu übermittelnde Modellrechnung im Sinne von § 154 Abs. 1 des Versicherungsvertragsgesetzes ist mit folgenden Zinssätzen darzustellen:
1. dem Höchstrechnungszinssatz, multipliziert mit 1,67,
 2. dem Zinssatz nach Nummer 1 zuzüglich eines Prozentpunktes und
 3. dem Zinssatz nach Nummer 1 abzüglich eines Prozentpunktes.
- (4) Auf die Berufsunfähigkeitsversicherung sind die Absätze 1 und 2 entsprechend anzuwenden. Darüber hinaus ist darauf hinzuweisen, dass der in den Versicherungsbedingungen verwendete Begriff der Berufsunfähigkeit nicht mit dem Begriff der Berufsunfähigkeit oder der Erwerbsminderung im sozialrechtlichen Sinne oder dem Begriff der Berufsunfähigkeit im Sinne der Versicherungsbedingungen in der Krankentagegeldversicherung übereinstimmt.
- (5) Auf die Unfallversicherung mit Prämienrückgewähr sind Absatz 1 Nr. 3 bis 8 und Absatz 2 entsprechend anzuwenden.

§3 VVG-InfoV - Informationspflichten bei der Krankenversicherung

- (1) Bei der substitutiven Krankenversicherung (§ 146 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes) hat der Versicherer dem Versicherungsnehmer gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes zusätzlich zu den in § 1 Abs. 1 genannten Informationen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:
1. Angaben zur Höhe der in die Prämie einkalkulierten Kosten; dabei sind die einkalkulierten Abschlusskosten als einheitlicher Gesamtbetrag und die übrigen einkalkulierten Kosten als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen; bei den übrigen einkalkulierten Kosten sind die einkalkulierten Verwaltungskosten zusätzlich gesondert als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen;
 2. Angaben zu möglichen sonstigen Kosten, insbesondere zu Kosten, die einmalig oder aus besonderem Anlass entstehen können;
 3. Angaben über die Auswirkungen steigender Krankheitskosten auf die zukünftige Beitragsentwicklung;
 4. Hinweise auf die Möglichkeiten zur Beitragsbegrenzung im Alter, insbesondere auf die Möglichkeiten eines Wechsels in den Standardtarif oder Basistarif oder in andere Tarife gemäß § 204 des Versicherungsvertragsgesetzes und der Vereinbarung von Leistungsausschlüssen, sowie auf die Möglichkeit einer Prämienminderung gemäß § 152 Absatz 3 und 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes;
 5. einen Hinweis, dass ein Wechsel von der privaten in die gesetzliche Krankenversicherung in fortgeschrittenem Alter in der Regel ausgeschlossen ist;
 6. einen Hinweis, dass ein Wechsel innerhalb der privaten Krankenversicherung in fortgeschrittenem Alter mit höheren Beiträgen verbunden sein kann und gegebenenfalls auf einen Wechsel in den Standardtarif oder Basistarif beschränkt ist;
 7. eine Übersicht über die Beitragsentwicklung im Zeitraum der dem Angebot vorangehenden zehn Jahre; anzugeben ist, welcher monatliche Beitrag in den dem Angebot vorangehenden zehn Jahren jeweils zu entrichten gewesen wäre, wenn der Versicherungsvertrag zum damaligen Zeitpunkt von einer Person gleichen Geschlechts wie der Antragsteller mit Eintrittsalter von 35 Jahren abgeschlossen worden wäre; besteht der angebotene Tarif noch nicht seit zehn Jahren, so ist auf den Zeitpunkt der Einführung des Tarifs hinzuweisen, und es ist darauf hinzuweisen, dass die Aussagekraft der Übersicht wegen der kurzen Zeit, die seit der Einführung des Tarifs vergangen ist, begrenzt ist; ergänzend ist die Entwicklung eines vergleichbaren Tarifs, der bereits seit zehn Jahren besteht, darzustellen.
- (2) Die Angaben zu Absatz 1 Nr. 1, 2 und 7 haben in Euro zu erfolgen.

§4 VVG-InfoV - Produktinformationsblatt

- (1) Ist der Versicherungsnehmer ein Verbraucher, so hat der Versicherer ihm ein Produktinformationsblatt zur Verfügung zu stellen, das diejenigen Informationen enthält, die für den Abschluss oder die Erfüllung des Versicherungsvertrages von besonderer Bedeutung sind.
- (2) Informationen im Sinne des Absatzes 1 sind:
1. Angaben zur Art des angebotenen Versicherungsvertrages;
 2. eine Beschreibung des durch den Vertrag versicherten Risikos und der ausgeschlossenen Risiken;
 3. Angaben zur Höhe der Prämie in Euro, zur Fälligkeit und zum Zeitraum, für den die Prämie zu entrichten ist, sowie zu den Folgen unterbliebener oder verspäteter Zahlung;
 4. Hinweise auf im Vertrag enthaltene Leistungsausschlüsse;
 5. Hinweise auf bei Vertragsschluss zu beachtende Obliegenheiten und die Rechtsfolgen ihrer Nichtbeachtung;
 6. Hinweise auf während der Laufzeit des Vertrages zu beachtende Obliegenheiten und die Rechtsfolgen ihrer Nichtbeachtung;
 7. Hinweise auf bei Eintritt des Versicherungsfalles zu beachtende Obliegenheiten und die Rechtsfolgen ihrer Nichtbeachtung;
 8. Angabe von Beginn und Ende des Versicherungsschutzes;
 9. Hinweise zu den Möglichkeiten einer Beendigung des Vertrages.
- (3) Bei der Lebensversicherung mit Überschussbeteiligung ist Absatz 2 Nr. 2 mit der Maßgabe anzuwenden, dass zusätzlich auf die vom Versicherer zu übermittelnde Modellrechnung gemäß § 154 Abs. 1 des Versicherungsvertragsgesetzes hinzuweisen ist.
- (4) Bei der Lebensversicherung, der Berufsunfähigkeitsversicherung und der Krankenversicherung ist Absatz 2 Nr. 3 mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Abschluss- und Vertriebskosten und die Verwaltungskosten (§ 2 Abs. 1 Nr. 1, § 3 Abs. 1 Nr. 1) sowie die sonstigen Kosten (§ 2 Abs. 1 Nr. 2, § 3 Abs. 1 Nr. 2) jeweils in Euro gesondert auszuweisen sind.
- (5) Das Produktinformationsblatt ist als solches zu bezeichnen und den anderen zu erteilenden Informationen voranzustellen. Die nach den Absätzen 1 und 2 mitzuteilenden Informationen müssen in übersichtlicher und verständlicher Form knapp dargestellt werden; der Versicherungsnehmer ist darauf hinzuweisen, dass die Informationen nicht abschließend sind. Die in Absatz 2 vorgegebene Reihenfolge ist einzuhalten. Soweit die Informationen den Inhalt der vertraglichen Vereinbarung betreffen, ist auf die jeweils maßgebliche Bestimmung des Vertrages oder der dem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen hinzuweisen.