

**VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN FÜR KRANKEN- UND KRANKENTAGEGELDVERSICHERUNGEN DER EXPAT®-REIHE
TEIL II**

TARIF EXPAT® RETIRED

1.	VERSICHERER:	Würzburger Versicherungs-AG, Bahnhofstr. 11, D-97070 Würzburg		
2.	VERSICHERUNGSNEHMERIN:	Dienstleistungsgesellschaft für den Bund der Auslandserwerbstätigen (BDAE) mbH		
3.	VERSICHERUNGSBERECHTIGTE:	Natürliche Personen		
4.	VERSICHERBARE PERSONEN:	Versicherungsberechtigte, die außerhalb des Landes leben, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzen, sowie deren Familienangehörige, sofern Versicherungsfähigkeit gem. der VB Teil I, A, §1 gegeben ist. Als Familienangehörige gelten in häuslicher Gemeinschaft lebende Ehepartner und Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, sofern der / die Versicherungsberechtigte oder der Ehepartner deren Erziehungsberechtigte sind. Familienangehörige, die die Staatsangehörigkeit des Aufenthaltslandes besitzen, können mitversichert werden. Das Höchstaufnahmearter beträgt 65 Jahre.		
5.	VERTRAGLICHE GRUNDLAGEN:	Versicherungsbedingungen für befristete Kranken- und Krankentagegeldversicherungen der EXPAT®-Reihe für Langzeitreisen VB Teil I und Teil II (EXPAT®RETIRED).		
6.	GELTUNGSBEREICH:	Weltweit, mit Ausnahme des Heimatlandes und USA / Kanada / Deutschland. Im jeweiligen Heimatland (mit Ausnahme USA / Kanada) besteht Versicherungsschutz für drei Monate (kumuliert) pro Versicherungsjahr, bei unterjährigen Versicherungsdauern im anteiligen Verhältnis.		
7.	BEGINN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES:	Mit dem in der Versicherungsbestätigung genannten Zeitpunkt, unter Beachtung von VB Teil I, A, §4 und nicht vor Beginn des Auslandsaufenthaltes.		
8.	VERSICHERUNGSAUFGABEN:	Jeweils vom 01.04. eines jeden Jahres bis zum 31.03. des darauffolgenden Jahres.		
9.	DAUER DES VERSICHERUNGSVERHÄLTNISSSES:	Die Laufzeit ist im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages unbefristet.		
10.	KÜNDIGUNG DES VERSICHERUNGSVERHÄLTNISSSES:	<ol style="list-style-type: none"> 1. 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. 2. Der Versicherungsschutz kann für einzelne versicherte Personen mit einer Frist von einem Monat zum Ende des Versicherungsjahres vom Versicherungsberechtigten oder der versicherten Person gegenüber der Versicherungsnehmerin gekündigt werden. 3. Sind Versicherungsberechtigter 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 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. 		
11.	PRÄMIENZAHLUNG:	Die Prämie ist eine Jahresprämie, die in gleichen Monatsraten ausgewiesen wird. Sie ist jeweils bis zum Ende des Versicherungsjahres im Voraus fällig und zahlbar.		
12.	ANGABEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND:	Zur Feststellung des Gesundheitszustandes bei Vertragsabschluss ist für jede zu versichernde Person ein Gesundheitsfragebogen vollständig und wahrheitsgemäß auszufüllen. Für zu versichernde Personen ab 60 Jahren ist zusätzlich auf eigene Kosten ein ärztliches Gesundheitszeugnis beizubringen. Die Versicherungsnehmerin behält sich eine Risikoprüfung vor und entscheidet über die Annahme des Antrages. Bitte beachten Sie die Leistungsausschlüsse in den Versicherungsbedingungen.		
13.	LEISTUNGEN:	EXPAT®R-BASIS	EXPAT®R-PLUS	EXPAT®R-DENT
13.1	AMBULANTE HEILBEHANDLUNG:	100% des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung als Privatpatient, ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen.	Keine Leistung	Keine Leistung

Stand: 01.04.2010

13.2	STATIONÄRE HEILBEHANDLUNG:	100 % für medizinisch notwendige Krankenhausbehandlung und behandlungsbedingte Unterbringung für medizinisch notwendige Operationen, Röntgen-, Strahlenbehandlung und -diagnostik. Im Ausland als Privatpatient im Zweibettzimmer, im Heimatland in der allgemeinen Pflegekasse (Bitte beachten Sie hierzu VB Teil I, B, § 1, Abs. 6)	Keine Leistung	Keine Leistung
13.3	ARZNEI-, VERBAND- UND HEILMITTEL:	100%, soweit ärztlich verordnet und medizinisch notwendig.	Keine Leistung	Keine Leistung
13.4	ZAHNMEDIZINISCHE HEILBEHANDLUNG:	100% des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige ambulante zahnärztliche Behandlung in einfacher Ausfertigung. Pro Jahr Vertragslaufzeit ist eine einmalige, zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung, jedoch keine Vorsorgebehandlung, mitversichert.	Keine Leistung	Keine Leistung
13.5	ZAHNERSATZ:	Keine Leistung	Keine Leistung	Abweichend von VB Teil I, A, § 6, Abs. 2q besteht Versicherungsschutz nach Ablauf der Wartezeit von 8 Monaten für 80% der Kosten für medizinisch notwendigen Zahnersatz höchstens jedoch: - bis zu 500 EUR pro Versicherungsjahr innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre, - bis zu 2.000 EUR in jedem folgenden Versicherungsjahr Bei unterjährigen An- / Abmeldungen werden die genannten Beträge anteilig berechnet. Ansprüche aus einem Versicherungsjahr können nicht auf andere Versicherungsjahre übertragen werden.
13.6	VORSORGEUNTERSUCHUNGEN:	Keine Leistung	Ambulante Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen nach in Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen.	Keine Leistung
13.7	LEISTUNGEN IM ZUSAMMENHANG MIT SCHWANGERSCHAFT UND ENTBINDUNG:	Keine Leistung	Keine Leistung	Keine Leistung
13.8	HILFSMITTEL:	Keine Leistung	Abweichend von VB Teil I, A, §6, Abs. 2g besteht, sofern ärztlich verordnet und medizinisch notwendig, Versicherungsschutz für die folgenden Hilfsmittel: a) Sehhilfen bis zu 50 EUR pro versicherter Person und Versicherungsjahr; b) Bandagen, Bruchbänder, orthopädische Einlagen und Gehstützen in einfacher Ausfertigung.	Keine Leistung

13.9	SONSTIGE LEISTUNGEN:	<p>a) 100% für Krankentransporte zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus und bei Erstversorgung nach einem Unfall zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt und zurück.</p> <p>b) Der Versicherer erstattet für einen medizinisch notwendigen Rücktransport oder Überführung an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person:</p> <ul style="list-style-type: none"> - innerhalb eines Kontinentes bis 5.000 EUR, - kontinentübergreifend bis 10.000 EUR. <p>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.</p> <p>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.</p>	Keine Leistung	Keine Leistung
14.	WARTEZEIT:	Keine	Keine	8 Monate für Zahnersatz.
15.	MONATSPRÄMIE:	124,00 EUR	55,00 EUR	38,00 EUR
		Die oben genannten Prämien erhöhen sich um 10% ab dem ersten Monat des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person 50 Jahre alt wird.		
		Die oben genannten Prämien erhöhen sich um 50% ab dem ersten Monat des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person 65 Jahre alt wird.		
15.a	SELBSTBEHALT:	250,00 EUR	0,00 EUR	0,00 EUR
		Der Selbstbehalt gilt jeweils pro Person und Versicherungsjahr. Unterjährige An- und Abmeldungen werden anteilig berechnet.		
16.	SONSTIGES:	Ein nachträglicher Wechsel zwischen den Modulen oder eine nachträgliche Hinzunahme der Module ist nicht möglich. Es werden keine Alterungsrückstellungen gebildet. Der Abschluß einer Anwartschaftsversicherung wird angeraten.		