

# Versicherungsbedingungen für Auslandskrankenversicherungen von Sprachschülern und Studenten bei der Advigon Versicherung AG VB-KV 2024\_03 (CC2024\_03)



## A: Allgemeiner Teil gültig für die in Teil B aufgeführten Tarife

### § 1 Versicherbare Personen und Versicherungsfähigkeit

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt

1. Wer ist versichert?  
Versichert sind die im Versicherungsschein namentlich genannten Personen, für welche die vereinbarte Prämie bezahlt wurde.
2. Wer ist versicherungsfähig?  
Versicherungsfähig sind Praktikanten, Teilnehmer an Working-Holiday-Programmen sowie Personen, die sich nachweislich zur Durchführung von Weiterbildungsmaßnahmen an staatlichen oder privaten, zu diesem Zweck zugelassenen Einrichtungen, vorübergehend im Ausland aufhalten, sofern sie zu einem der folgenden Personenkreise zählen:
  - a. Personen mit weder deutscher noch österreichischer Staatsangehörigkeit und unmittelbar vor Reiseantritt ständigem Wohnsitz im Ausland während eines Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland oder eines anderen Mitgliedstaates der EU, EWR oder des Schengen-Abkommens;
  - b. Personen mit deutscher, österreichischer oder anderer Staatsbürgerschaft und ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland oder Österreich während eines Aufenthaltes im Ausland;
  - c. Personen mit deutscher oder österreichischer Staatsangehörigkeit, die unmittelbar vor Reiseantritt für einen Zeitraum von mindestens 2 Jahren einen ständigen Wohnsitz im Ausland nachweisen können, während eines Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland oder eines anderen Mitgliedstaates der EU, EWR oder des Schengen-Abkommens.
  - d. Sofern die versicherte Person eine weitere Staatsangehörigkeit im Aufenthaltsland unterhält, ist sie dann versicherungsfähig, wenn sie ihren Hauptwohnsitz länger als 5 Jahre nicht im Staatsgebiet des Landes ihrer Staatsangehörigkeit hat.
3. Wer ist nicht versicherbar?  
Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, die
  - a. vorbehaltlich der vorrangigen Regelung zur Kindernachversicherung (vgl. § 2 Ziff. 5 dieser Bedingungen) bei Versicherungsbeginn das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben (12. Geburtstag);
  - b. bei Versicherungsbeginn bzw. bei Beginn einer Anschlussversicherung (Verlängerung des Versicherungsschutzes durch Abschluss eines unmittelbar anschließenden neuen Versicherungsvertrages) das 41. Lebensjahr vollendet haben (41. Geburtstag);
  - c. in der Bundesrepublik Deutschland der gesetzlichen Kranken- und/oder Pflegeversicherungspflicht unterliegen bzw. deren Versicherungsaufnahme gegen geltendes Recht des Aufenthaltslandes verstößt;
  - d. Leistungssport betreiben oder im Rahmen ihres Auslandsaufenthaltes eine körperliche Tätigkeit in einem der in Anlage 1 aufgelisteten Berufe bzw. eine sportliche Tätigkeit gegen Entgelt ausüben. Die Anlage 1 ist Bestandteil dieser Bedingungen;
  - e. illegal in das Aufenthaltsland eingereist sind bzw. sich dort illegal aufhalten;
  - f. dauernd pflegebedürftig sind. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf;
  - g. zum Zeitpunkt der Antragstellung bei dem Versicherer bzw. der Care Concept AG während der Dauer ihres befristeten Aufenthaltstitels in der Bundesrepublik Deutschland einen oder mehrere aufeinander folgende Reise-, Kranken- Versicherungsverträge abgeschlossen hatten, deren Gesamtversicherungsdauer einen Zeitraum von 5 Jahren überschritten hat (gemäß § 195 Abs. 3 VVG). Dies gilt auch dann, wenn mehrere aufeinander folgende Verträge bei unterschiedlichen Versicherungsgesellschaften bestanden haben;
  - h. sich vorbehaltlich der vorrangigen Regelung zur Kindernachversicherung (vgl. § 2 Ziff. 5 dieser Bedingungen) ohne die Versicherungsfähigkeit begründenden Hauptgrund im Reiseland aufhalten.
4. Wann entfällt die Versicherungsfähigkeit?  
Die Versicherungsfähigkeit entfällt, wenn die Aus- oder Weiterbildung oder die Durchführung eines Working-Holiday-Programmes nicht mehr der Hauptgrund für den vorübergehenden Aufenthalt im Reiseland während des versicherten Zeitraumes ist.  
Die Versicherungsfähigkeit entfällt auch dann, wenn die betreffende Person die Staatsangehörigkeit des Reiselandes erworben hat oder ihren ständigen Wohnsitz in das Reiseland verlegt hat.

### § 2 Abschluss und Beendigung des Versicherungsvertrages, Kindernachversicherung

1. Wie wird der Versicherungsvertrag abgeschlossen?  
Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt
  - a. Der Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages ist vor Antritt der Auslandsreise bzw. innerhalb eines Jahres nach Einreise in das Zielland der Auslandsreise zu stellen. Maßgebend ist der Eingang des Versicherungsantrages bei dem Versicherer. Das Datum der Einreise in die Bundesrepublik Deutschland oder in einen anderen Mitgliedstaat der EU, EWR oder des Schengen-Abkommens bzw. der Grenzüberschreitung ins Ausland, ist auf Verlangen nachzuweisen.
  - b. Der Vertrag kommt dadurch zustande, dass der von dem Versicherer hierfür vorgesehene Antrag ordnungsgemäß ausgefüllt bei dem Versicherer eingeht und der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, den Antrag mit Übersendung des Versicherungsscheines annimmt. Ordnungsgemäß ausgefüllt ist der Antrag nur dann, wenn er alle geforderten Angaben eindeutig und vollständig enthält.
  - c. Für Personen, die die Voraussetzung der Versicherungsfähigkeit gem. § 1 Ziff. 2 dieser Bedingungen nicht erfüllen, kommt der Versicherungsvertrag auch nicht durch Entgegennahme der Prämie zustande. Wird für eine nichtversicherungsfähige Person dennoch die Prämie gezahlt, so steht der Betrag dem Absender – unter Abzug der Kosten des Versicherers bzw. der Care Concept AG, – zur Verfügung.
  - d. Mindest- und Höchstversicherungsdauer
    - aa. Die Mindestversicherungsdauer beträgt einen Monat.
    - bb. Die Höchstversicherungsdauer beträgt 5 Jahre.
2. Kann der ursprüngliche Versicherungsvertrag verlängert werden?  
Bei einer Verlängerung des Aufenthaltes innerhalb der Höchstversicherungsdauer kann für den weiteren, ursprünglich nicht versicherten Auslandsaufenthalt, ein rechtlich eigenständiger Anschlussvertrag unter den folgenden Voraussetzungen abgeschlossen werden:
  - a. Der Antrag auf Verlängerung des Versicherungsschutzes (eigenständiger Anschlussvertrag) muss auf dem von dem Versicherer hierfür vorgesehenen Formblatt erfolgen und vor Ablauf des ursprünglichen Versicherungsvertrages bei dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, eingereicht werden.
  - b. Der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, muss dem rechtlich eigenständigen Anschlussvertrag ausdrücklich zustimmen. Wird für einen nicht ausdrücklich angenommenen Vertrag eine Prämie bezahlt, steht diese dem Absender – unter Abzug der Kosten des Versicherers oder der Care Concept AG – zu.
  - c. Bei Personen mit befristetem Aufenthaltstitel für die Bundesrepublik Deutschland ist eine Verlängerung des Versicherungsschutzes (rechtlich eigenständiger Anschlussvertrag) nur möglich, sofern unter Berücksichtigung aller vorbestehenden Krankenversicherungsverträge mit Versicherungsschutz für die Bundesrepublik Deutschland eine Gesamtversicherungsdauer von 5 Jahren nicht überschritten wird. Der Versicherer ist vom Versicherungsnehmer über alle vorbestehenden Krankenversicherungsverträge, welche während des vorübergehenden Aufenthaltes bestanden haben, zu informieren.
  - d. Bei einer Verlängerung des Versicherungsschutzes durch einen rechtlich eigenständigen Anschlussvertrag
    - aa. besteht Versicherungsschutz für die Versicherungsfälle, Unfallfolgen, Krankheiten und Krankheitssymptome sowie deren Folgen, die nach Beantragung des Anschlussvertrages (Datum und Uhrzeit des Antrages) neu eingetreten sind, gemäß § 9 dieser Bedingungen;
    - bb. gelten § 6 Ziff. 2, § 7 I. Ziff. 2, § 8 Ziff. 1 a. und k. entsprechend. Zusätzlich ist die besondere Wartezeit gemäß § 7 II. Ziff. 3 zu beachten.
3. Ein Wechsel zwischen den Tarifen Care College Basic, Care College Comfort und Care College Premium ist während der Vertragszeit nicht möglich. Sofern ein Tarifwechsel nachweislich aufgrund einer behördlichen Auflage für die Erteilung einer Aufenthaltsgenehmigung erforderlich wird, kann der Versicherungsschutz in einem neuen Vertrag eines anderen Tarifes fortgeführt werden. Voraussetzung hierfür ist, dass die verbleibende Vertragslaufzeit aus dem bisherigen Vertrag nicht überschritten wird. Rechte und Pflichten aus dem Vorvertrag gehen dann auf den rechtlich eigenständigen Anschlussvertrag über. Für die Mehrleistungen aus dem neu gewählten Tarif gelten die vertraglichen Regelungen wie bei einem Neuabschluss. Sofern gleichzeitig eine Verlängerung des Versicherungsschutzes durch eine Anschlussversicherung beantragt wird, gilt Ziff. 2 entsprechend.

Die Umstellung kann nicht rückwirkend erfolgen.

4. Wann endet Ihr Versicherungsvertrag?
  - a. Zum vereinbarten Zeitpunkt;
  - b. mit dem Tod bzw. dem Wegzug des Versicherungsnehmers aus der Bundesrepublik Deutschland oder Österreich. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des zukünftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von 2 Monaten nach dem Tod bzw. dem Wegzug des Versicherungsnehmers abzugeben;
  - c. mit der Beendigung des vorübergehenden Aufenthaltes der versicherten Person im Ausland;
  - d. wenn die Voraussetzungen eines vorübergehenden Aufenthaltes im Ausland nicht mehr vorliegen; da sich die versicherte Person zu einem dauerhaften Aufenthalt im Ausland entschieden hat oder da die versicherte Person endgültig in ihr Heimatland zurückkehrt;
  - e. wenn eine der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit der versicherten Person entfällt;
  - f. bei versicherten Personen mit befristetem Aufenthaltstitel für die Bundesrepublik Deutschland nach der gesetzlichen Gesamtversicherungsdauer für alle nach der Einreise in die Bundesrepublik Deutschland abgeschlossenen Reise-Krankenversicherungsverträge, auch soweit mehrere aufeinander folgende Verträge bei unterschiedlichen Versicherern bestanden haben.
5. Bei Wegfall der Befristung des Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland und ständiger Wohnsitznahme in der Bundesrepublik Deutschland hat jede versicherte Person das Recht auf Weiterversicherung im Basistarif bei der HanseMercur Krankenversicherung AG  
Siegfried-Wedells-Platz 1  
20354 Hamburg
6. Kann Ihr Neugeborenes/ Adoptivkind in diesem Vertrag nachversichert werden?
  - a. Der Versicherungsschutz für Neugeborene beginnt ohne Risikozuschläge und Wartezeiten mit dem Tag der Geburt, sofern die Anmeldung zur Versicherung des Kindes bei dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, nachweislich spätestens 2 Monate nach der Geburt rückwirkend erfolgt ist.  
Als Nachweis genügt die Vorlage einer Kopie der Geburtsurkunde in Textform per E-Mail, Fax oder Post.
  - b. Voraussetzung für die Kindermachversicherung ist, dass
    - aa. der Vertrag des versicherten Elternteils am Tag der Geburt mindestens 3 Monate ununterbrochen bestanden hat;
    - bb. der beantragte Versicherungsschutz nicht höher und umfassender ist, als der des versicherten Elternteils;
    - cc. kein anderweitiger Versicherungsschutz besteht.
  - c. Die Adoption steht der Geburt gleich, sofern das Kind zum Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Besteht eine erhöhte Gefahr, ist die Vereinbarung eines Risikozuschlags bis zu 100 % auf die Tarifprämie möglich.
  - d. Erfolgt die Anmeldung zum Versicherungsschutz später als 2 Monate nach der Geburt oder wird ein Versicherungsschutz beantragt, der höher oder umfassender ist, unterliegt die Versicherung des Kindes einer gesonderten Risikoprüfung durch den Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG. In diesem Fall tritt der Versicherungsschutz erst mit der Annahme des Versicherungsvertrages in Kraft. Es gelten die Bestimmungen dieses Paragraphen unter Ziff. 1 bis 6 entsprechend.
  - e. Die Verpflichtung des Versicherers zur Gewährung von Versicherungsschutz im Rahmen der Kindermachversicherung besteht nicht, soweit für das Neugeborene oder das Adoptivkind anderweitiger privater oder gesetzlicher Krankenversicherungsschutz im Inland oder Ausland besteht.

### § 3 Kündigung

1. Ordentliche Kündigung Ihres Versicherungsvertrages  
Das Versicherungsverhältnis kann – nach Ablauf der Mindestlaufzeit – jederzeit durch den Versicherungsnehmer gekündigt werden. Die Mindestlaufzeit ist in § 2 Ziff. 1 d dieser Bedingungen geregelt. Bei Kündigung steht dem Versicherungsnehmer die Rückerstattung der Versicherungsprämie für den Zeitraum des nicht in Anspruch genommenen Versicherungsschutzes zu. Die Kündigung des Versicherungsvertrages entzieht dem Versicherer nicht das Recht, die Zahlung der Prämie für den Versicherungszeitraum zu fordern, für den Versicherungsschutz durch den Versicherer gewährleistet wurde.  
Die Kündigung durch den Versicherungsnehmer kann auf einzelne Personen

oder Tarife beschränkt werden.

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

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

Die betroffene versicherte Person hat das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung eines zukünftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung hierüber ist innerhalb von 2 Monaten nach Zugang der Kündigung abzugeben. Der Versicherer verzichtet auf sein Recht zur ordentlichen Kündigung

2. Außerordentliche Kündigung Ihres Versicherungsvertrages  
Die gesetzlichen Vorschriften über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben sowohl für den Versicherungsnehmer als auch für den Versicherer unberührt.

### § 4 Prämie

Wann und wie müssen Sie die Versicherungsprämie zahlen?

1. Zahlung der Erst- oder Einmalprämie
  - a. Die Erst- oder Einmalprämie ist bei Vertragsbeginn fällig.
  - b. Wird die Erst- oder Einmalprämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
  - c. Ist die Erst- oder Einmalprämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
2. Zahlung von Folgeprämien:
  - a. Wird die Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, übersendet der Versicherer dem Versicherungsnehmer eine Zahlungsaufforderung und setzt eine Zahlungsfrist von 2 Wochen.
  - b. Tritt ein Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
  - c. Der Versicherer verbindet die Zahlungsfrist von 2 Wochen mit der Kündigung des Vertrages zum Ablauf der Zahlungsfrist. Die Kündigung wird mit Fristablauf wirksam, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung noch in Verzug ist.
  - d. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Wirksamwerden der Kündigung die Zahlung leistet. Buchstabe b. bleibt hiervon unberührt. Gleiches gilt für den Fall, dass die versicherte Person innerhalb von 2 Monaten nach Kenntnis von der Kündigung einen neuen Versicherungsnehmer benennt und von diesem der angemahnte Betrag gezahlt wird. Buchstabe b. bleibt hiervon unberührt.
3. Einzelheiten zur Prämienzahlung
  - a. Die Zahlung der Erst- oder Folgeprämie kann mittels eines der angebotenen Zahlungsmittel (z.B. SEPA-Lastschriftverfahren) erfolgen.
  - b. Wird die Prämie vom Versicherer per SEPA-Lastschriftverfahren von einem Bank- oder Kreditkartenkonto abgerufen, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn die Prämie am Abbuchungstag eingezogen werden kann und weder Versicherungsnehmer, noch – im Fall, dass der Versicherungsnehmer nicht Inhaber des Kontos ist – der Versicherungsnehmer und/oder Kontoinhaber dem Zahlungsabruf widerspricht bzw. widersprechen.  
Konnte die Prämie ohne Verschulden des Versicherungsnehmers nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach einer Zahlungsaufforderung des Versicherers in Textform (z. B. durch Übersendung per E-Mail, Fax oder Post etc.) erfolgt.

### § 5 Prämie bei Anschlussverträgen

Wie berechnet sich die Prämie bei einem Anschlussvertrag?

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

# Versicherungsbedingungen für Auslandskrankenversicherungen von Sprachschülern und Studenten bei der Advigon Versicherung AG VB-KV 2024\_03 (CC2024\_03)



## § 6 Geltungsbereich, Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsschutzes

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

1. In welchen Ländern gilt der Versicherungsschutz?
  - a. Der Versicherer bietet versicherten Personen, die sich im Rahmen einer Reise nur vorübergehend im Ausland aufhalten, Versicherungsschutz im Rahmen dieser Bedingungen.
  - b. Als Ausland im Sinne dieser Bedingungen gilt, mit Ausnahme der Staaten, die gem. § 6 Ziff. 1 f als Heimatland oder Drittland eingestuft sind:
    - aa. für Personen mit weder deutscher noch österreichischer Staatsangehörigkeit und unmittelbar vor Reiseantritt ständigem Wohnsitz außerhalb Deutschlands oder Österreichs: die Bundesrepublik Deutschland oder ein anderer Mitgliedstaat der EU, des EWR oder des Schengen-Abkommens;
    - bb. für Personen mit deutscher oder österreichischer Staatsangehörigkeit und ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland oder Österreich sowie für Staatsangehörige der EU-Staaten mit ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland oder Österreich: alle Länder und Gebiete außerhalb der Bundesrepublik Deutschland bzw. Österreich;
    - cc. für Personen mit anderer als deutscher oder österreichischer Staatsangehörigkeit, wenn sie ihren ständigen Wohnsitz seit mindestens 2 Jahren in der Bundesrepublik Deutschland oder Österreich haben: alle Länder und Gebiete außerhalb der Bundesrepublik Deutschland bzw. Österreich.
  - c. Der Versicherungsschutz hat auch dann Gültigkeit, wenn sich der Aufenthalt im Ausland auf mehr als ein Gastland bezieht und der Wechsel zwischen den Gastländern im Zusammenhang mit der Aus- und Weiterbildung steht.
  - d. Bei Eintritt des Versicherungsfalles im Heimatland der versicherten Person besteht kein Versicherungsschutz. Heimatland im Sinne dieser Vertragsbedingungen, ist das Land, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat und/oder die Staatsgebiete der Länder, deren Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt.
  - e. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, eventuellen gesonderten schriftlichen Vereinbarungen, diesen Versicherungsbedingungen (allgemeiner und besonderer Teil) sowie den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.
  - f. Abweichend von b. und d. besteht unter den folgenden Voraussetzungen auch im Heimatland der versicherten Person sowie in Drittländern Versicherungsschutz:  
(Heimatland im Sinne dieser Vertragsbedingungen, ist das Land, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat und/oder die Staatsgebiete der Länder, deren Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt.  
Drittländer sind die Länder außerhalb des Auslandes des jeweilig versicherten Personenkreises.)
    - aa. für Personen mit weder deutscher noch österreichischer Staatsangehörigkeit und unmittelbar vor Reiseantritt ständigem Wohnsitz außerhalb Deutschlands oder Österreichs: die Länder außerhalb der Bundesrepublik Deutschland oder eines anderen Mitgliedstaates der EU, des EWR oder des Schengen-Abkommens;
    - bb. für Personen mit deutscher oder österreichischer Staatsangehörigkeit und ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland oder Österreich sowie für Staatsangehörige der EU-Staaten mit ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland oder Österreich: das Staatsgebiet der USA;
    - cc. für Personen mit anderer als deutscher oder österreichischer Staatsangehörigkeit, wenn sie ihren ständigen Wohnsitz seit mindestens 2 Jahren in der Bundesrepublik Deutschland oder Österreich haben: das Staatsgebiet der USA.
- Bei unterjährigen Versicherungsverträgen mit einer Dauer von bis zu 4 Monaten besteht Versicherungsschutz auch bei einem vorübergehenden Ferienaufenthalt im Heimatland der versicherten Person sowie in Drittländern bis zu einer Dauer von 14 Tagen für alle Heimat- oder Drittlandaufenthalte während der Vertragslaufzeit.
- Bei unterjährigen Versicherungsverträgen mit einer Dauer von mehr als 4 und weniger als 12 Monaten besteht Versicherungsschutz auch bei einem vorübergehenden Ferienaufenthalt im Heimatland der versicherten Person sowie in Drittländern bis zu einer Dauer von 28 Tagen für alle Heimat- oder Drittlandaufenthalte während der

Vertragslaufzeit.

- Für mehrere aufeinander folgende Verträge mit unterjähriger Laufzeit ist die Versicherungsdauer für Ferienaufenthalte im Heimatland sowie in Drittländern begrenzt auf 42 Tage für alle Heimat- oder Drittlandaufenthalte innerhalb eines Versicherungsjahres.
- Bei Versicherungsverträgen von mindestens einjähriger Dauer besteht Versicherungsschutz bei einem vorübergehenden Ferienaufenthalt im Heimatland der versicherten Person sowie in Drittländern bis zu einer Dauer von 42 Tagen für alle Heimat- oder Drittlandaufenthalte innerhalb eines Versicherungsjahres. Ab dem zweiten Versicherungsjahr besteht Versicherungsschutz für Ferienaufenthalte im Heimatland oder in Drittländern für jeweils 21 Tage je angefangenes halbes Versicherungsjahr, höchstens jedoch für 42 Tage für alle Heimat- oder Drittlandaufenthalte innerhalb eines Versicherungsjahres.
- Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von 12 Monaten gerechnet ab Versicherungsbeginn. Voraussetzung für eine Leistung im Rahmen dieser Deckungserweiterung ist, Beginn und Ende einer jeden Reise in das Heimatland oder ein Drittland während der Vertragslaufzeit vom Versicherungsnehmer vor Reiseantritt in Textform (z. B. durch Übersendung per E-Mail, Fax oder Post etc.) anzumelden und im Leistungsfall auf Verlangen des Versicherers oder der Care Concept AG nachzuweisen.

Bitte beachten Sie hierzu insbesondere § 10 Ziff. 4. Unterbleibt die Anmeldung vor Reiseantritt, wird im Versicherungsfall nur für 50 % der tarifgemäß maximal erstattungsfähigen Kosten geleistet.

### 2. Wann beginnt der Versicherungsschutz?

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

- a. nicht vor Zustandekommen des Versicherungsvertrages;
- b. nicht vor der Einreise in die Bundesrepublik Deutschland oder Österreich bzw. Grenzüberschreitung ins Ausland;
- c. nicht vor Zahlung der Prämie;
- d. nicht vor Ablauf von Wartezeiten.

### 3. Wann endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz endet auch für schwebende Versicherungsfälle

- a. zum vereinbarten Zeitpunkt;
- b. für versicherte Personen mit deutscher oder österreichischer Staatsbürgerschaft spätestens mit Beendigung des vorübergehenden Auslandsaufenthaltes;
- c. für Versicherte mit der Staatsbürgerschaft eines Drittlandes spätestens mit Beendigung des vorübergehenden Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland bzw. der Republik Österreich;
- d. mit Beendigung des Versicherungsvertrages;
- e. wenn die Voraussetzungen eines vorübergehenden Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland, Österreich oder im Ausland nicht mehr vorliegen bzw. eine unbefristete Aufenthaltsgenehmigung für das Reiseland erteilt wird;
- f. wenn eine der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit der versicherten Person gemäß § 1 Ziff. 2 dieser Bedingungen entfällt. Die Versicherungsfähigkeit entfällt insbesondere dann, wenn die betreffende Person die Staatsangehörigkeit des Reiselandes erworben hat oder ihren ständigen Wohnsitz in das Reiseland verlegt hat;
- g. spätestens nach Ablauf einer Gesamtversicherungsdauer von 5 Jahren für alle nach der Einreise in die Bundesrepublik Deutschland abgeschlossenen Reise-Krankenversicherungsverträge, auch soweit mehrere aufeinander folgende Verträge bei unterschiedlichen Versicherern bestanden haben;
- h. nach Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer für Ferienaufenthalte im Heimatland, spätestens jedoch nach dem 42. Tag für alle Ferienaufenthalte im Heimatland innerhalb eines Versicherungsjahres.

### 4. Gibt es eine Nachhaftung?

Die Regelung zur Nachhaftung ist den jeweiligen Tarifen in Teil B dieser Bedingungen zu entnehmen.

## § 7 Gegenstand des Versicherungsschutzes und Umfang der Leistungspflicht

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

### I. Allgemeines

#### 1. Wofür leistet der Versicherer?

Der Versicherer leistet Entschädigung für die nach Ablauf der Wartezeit entstehenden Behandlungskosten für akut auf der Reise im Ausland

# Versicherungsbedingungen für Auslandskrankenversicherungen von Sprachschülern und Studenten bei der Advigon Versicherung AG VB-KV 2024\_03 (CC2024\_03)



Eintretende Versicherungsfälle. Die Regelungen der Wartezeit sind in § 7 II. aufgeführt.

## 2. Was ist ein Versicherungsfall?

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

- Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft, sofern die Schwangerschaft nicht bereits vor Beginn des Versicherungsschutzes bzw. Beantragung der Verlängerung des Versicherungsschutzes (Anschlussvertrag) bestanden hat;
- die Entbindung einschließlich der notwendigen Unterbringungskosten nach einer Entbindung im Krankenhaus des oder der gesunden Neugeborenen für einen Zeitraum von maximal zehn Kalendertagen;
- der Tod.

## 3. Woraus ergibt sich der Umfang des Versicherungsschutzes?

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, eventuellen gesonderten schriftlichen Vereinbarungen, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.

- In der Bundesrepublik Deutschland steht der versicherten Person die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Im vertraglichen Umfang werden die Heilbehandlungskosten für Verrichtungen des Behandlers erstattet, soweit sie dieser nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte in Rechnung stellen kann. Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland steht der versicherten Person die Wahl unter den im Aufenthaltsland gesetzlich anerkannten und zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei, sofern diese nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte – sofern vorhanden – oder die örtliche übliche Gebühr berechnen.
- Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Ziff. 4 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden. Als Arzneimittel, auch wenn sie als solche verordnet sind, gelten nicht Nähr- und Stärkungsmittel, Mineralwasser, Desinfektions- und kosmetische Mittel, Diät- und Säuglingskost und dgl.
- 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). Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen des Satzes 1 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn kein anderes der in Satz 1 genannten Krankenhäuser in zumutbarer Nähe ist, oder wenn der Versicherer die Kostenübernahme vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.
- Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
- Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Überführungs- und Bestattungskosten, sofern der Tod einer versicherten Person durch ein Ereignis eintritt, dass in die Leistungspflicht dieses Vertrages fällt.

## II. Gibt es Wartezeiten?

- Die allgemeine Wartezeit beträgt 31 Tage. Sie rechnet vom Versicherungsbeginn an. Sie entfällt,
  - wenn die versicherte Person eine Einreise im versicherten Aufenthaltsland innerhalb von 31 Tagen vor Antragstellung nachweist bzw. die Versicherung vor Antritt der Auslandsreise abgeschlossen wurde.

Maßgebend ist der Eingang des Antrages bei dem Versicherer bzw. Care Concept AG;

- bei Unfällen, welche nach Versicherungsbeginn eintreten.
- Eine seit Einreise in die Bundesrepublik Deutschland oder Österreich bzw. seit der Grenzüberschreitung ins Ausland lückenlos bis zum Versicherungsbeginn bestehende Vorversicherung kann auf die allgemeine Wartezeit angerechnet werden. Die Leistungseinschränkungen gemäß § 8 dieser Bedingungen gelten uneingeschränkt weiter.
  - Die besondere Wartezeit beträgt für Entbindungen und Zahnersatz 8 Monate. Sie rechnet vom Versicherungsbeginn und bei Verlängerung des Versicherungsschutzes durch einen Anschlussvertrag ab Beginn der Verlängerung an.

## III. Heilbehandlungskosten

Welche Kosten erstattet werden, ist den jeweiligen Tarifen in Teil B dieser Bedingungen zu entnehmen.

## IV. Rücktransport, Überführungs-/Bestattungskosten

Welche Kosten erstattet werden, ist den jeweiligen Tarifen in Teil B dieser Bedingungen zu entnehmen.

## § 8 Einschränkung der Leistungspflicht

### 1. Gibt es Einschränkungen der Leistungspflicht?

Sofern nach dem gewählten Tarif oder den vertraglichen Vereinbarungen nicht etwas anderes bestimmt ist, wird nicht geleistet für:

- Krankheiten und Unfallfolgen, deren Behandlung im Ausland der alleinige oder einer der Gründe für den Antritt der Reise war;
- die Behandlungen, von denen bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten;
- solche Krankheiten einschl. ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kernenergie, Kriegsereignisse oder aktive Teilnahme an Unruhen verursacht und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
- Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen (für eine Anschlussheilbehandlung gilt § 7 I. Ziff. 6, Satz 3);
- Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
- ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die Heilbehandlung durch einen dort eingetretenen Unfall notwendig wird. Bei Erkrankungen entfällt sie, wenn sich der Versicherte in dem Heilbad oder Kurort nur vorübergehend und nicht zu Kurzwecken aufgehalten hat;
- Behandlungen durch Ehegatten, den Partner/die Partnerin einer gesetzlich eingetragenen Lebenspartnerschaft, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- Behandlungen durch den Versicherungsnehmer oder Personen, mit denen die versicherte Person innerhalb der eigenen oder einer Gastfamilie zusammen lebt. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- eine durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung;
- psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung;
- bei Versicherungsbeginn bzw. bei Beantragung einer Vertragsverlängerung (= rechtlich eigenständiger Anschlussvertrag) bestehende Schwangerschaften und deren Folgen. Leistungspflicht besteht jedoch für während der Vertragszeit unvorhersehbare Komplikationen, sofern die Schwangere bei Versicherungsbeginn bzw. Beantragung der Vertragsverlängerung (= rechtlich eigenständiger Anschlussvertrag) die 36. Schwangerschaftswoche noch nicht vollendet hatte;
- Immunsierungsmaßnahmen;
- Hilfsmittel, die nicht aufgrund eines Unfalles innerhalb des versicherten Zeitraumes erstmals notwendig werden;
- Behandlungen wegen Sterilität, einschließlich künstlicher Befruchtungen, dazugehöriger Voruntersuchungen und Folgebehandlungen sowie wegen Störungen und/oder Schäden der Fortpflanzungsorgane;
- Behandlungen von HIV-Infektionen und deren Folgen. Abweichend hiervon werden diese Kosten im vertraglichen Umfang bis zu 25.000,- EUR innerhalb der gesamten Vertragszeit übernommen, sofern die Infektion nachweislich erstmals nach Versicherungsbeginn bzw. Beantragung der Vertragsverlängerung (= rechtlich eigenständiger Anschlussvertrag) festgestellt wurde;
- Vorsorgeuntersuchungen;

# Versicherungsbedingungen für Auslandskrankenversicherungen von Sprachschülern und Studenten bei der Advigon Versicherung AG VB-KV 2024\_03 (CC2024\_03)



- q. Zahnersatz, Stifzähne, Einlagefüllungen, Überkronungen und kieferorthopädische Behandlung, Implantate, Aufbissbehelfe und gnathologische Maßnahmen;
  - r. Selbstmord, Selbstmordversuch und deren Folgen;
  - s. Organspenden und Folgen.
2. Wann ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet?  
Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn:
- a. der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person den Versicherungsfall vorsätzlich herbeigeführt hat;
  - b. der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person der Versicherer arglistig über Umstände zu täuschen versucht, die für den Grund oder für die Höhe der Leistung von Bedeutung sind.
3. Übersteigt eine Heilbehandlung das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
4. Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so kann der Versicherer die gesetzlichen Leistungen von den Versicherungsleistungen abziehen.

## § 9 Vorerkrankungen

### Sind Vorerkrankungen mitversichert?

Soweit in diesen Bedingungen oder z. B. in den tariflichen Bestimmungen keine abweichenden Regelungen getroffen werden, gilt:

1. Mitversichert sind,
  - Erkrankungen,
  - Folgen von Unfällen,
  - Gebrechenjeweils einschließlich daraus resultierender Beschwerden – auch soweit diese vor Beantragung des Versicherungsschutzes bekannt waren.  
Keine Leistungspflicht besteht jedoch, wenn der Eintritt des Versicherungsfalles bei der Beantragung des Versicherungsvertrages bzw. bei der Beantragung der Verlängerung des Versicherungsschutzes durch einen eigenständigen Anschlussvertrag feststand.
2. Soweit eine gemäß § 9 Absatz 1. eingeschlossene Vorerkrankung, Folgen von Unfällen und/oder Gebrechen zu einem Versicherungsfall führt, so gilt:  
Von den erstattungsfähigen Kosten der Heilbehandlung für die bei Beantragung des Versicherungsschutzes bzw. bei Beantragung der Verlängerung des Versicherungsschutzes bestehenden Vorerkrankungen, Folgen von Unfällen und/oder Gebrechen, sowie den sich daraus ergebenden Beschwerden und Folgen trägt der Versicherungsnehmer einen Selbstbehalt in Höhe von 5.000,- EUR je versicherte Person und angefangenem Versicherungsjahr. Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von jeweils 12 Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn an. Bei einer kürzeren Versicherungsdauer verringert sich dieser Selbstbehalt nicht. Die Leistungen des Versicherers hierfür sind je versicherte Person begrenzt auf maximal 30.000,- EUR innerhalb der gesamten Vertragszeit.
3. Die Bestimmungen der
  - § 2 Ziff. 2 Abschluss eigenständiger Verlängerungsvertrag,
  - § 6 Ziff. 2 Beginn des Versicherungsschutzes,
  - § 6 Ziff. 3 Ende des Versicherungsschutzes,
  - § 7 I. Ziff. 2 Definition Versicherungsfall,
  - § 7 II. Wartezeiten,
  - § 8 Einschränkungen der Leistungspflichtbleiben unberührt.

## § 10 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheiten

### Welche Mitwirkungspflichten (Obliegenheiten) haben Sie, wenn ein Versicherungsfall eintritt?

1. Versicherungsnehmer und versicherte Person sind verpflichtet, nach Eintritt des Versicherungsfalles
  - a. den Schaden möglichst gering zu halten und alles zu vermeiden, was zu einer unnötigen Kostenerhöhung führen könnte;
  - b. den Schaden dem Versicherer unverzüglich, spätestens nach Abschluss der Reise, anzuzeigen;
  - c. dem Versicherer jede zumutbare Untersuchung über Ursache und Höhe seiner Leistungspflicht zu gestatten, jede hierzu dienliche Auskunft zu erteilen, Originalbelege einzureichen sowie bei Todesfällen die Sterbeurkunde einzureichen;

- d. im Falle einer stationären Behandlung und vor Beginn umfangreicher diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen Kontakt zum Versicherer aufzunehmen.
2. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von dem Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
  3. Die Originalrechnungen sind einzureichen bei der  
Care Concept AG  
Postfach 30 02 62  
53182 Bonn
  4. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet (vgl. § 10 Ziff. 6), wenn folgende Nachweise – diese werden Eigentum des Versicherers – erbracht sind:
    - a. Originalbelege in der amtlichen Währung des Landes, in dem die Behandlung stattgefunden hat, die den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit, sowie die Angabe der vom behandelnden Arzt erbrachten Leistungen wiedergeben. Besteht anderweitig Versicherungsschutz für Heilbehandlungskosten und wird dieser zuerst in Anspruch genommen, so genügen als Nachweis die mit Erstattungsvermerken versehenen Rechnungszweitschriften;
    - b. Rezepte, Labor- und Röntgenrechnungen sind zusammen mit der Arztrechnung, die Rechnung über Heil- oder Hilfsmittel zusammen mit der ärztlichen Verordnung einzureichen;
    - c. eine amtliche Sterbeurkunde und ärztliche Bescheinigung über die Todesursache, wenn Überführungs- bzw. Bestattungskosten gezahlt werden sollen;
    - d. auf Verlangen des Versicherers einen Nachweis über Beginn und Ende eines jeden Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland und Österreich;
    - e. auf Verlangen des Versicherers einen Nachweis über Beginn und Ende eines jeden Aufenthaltes im Heimatland oder einem Drittland;
    - f. auf Anforderung oder spätestens im Schadensfall einen Nachweis über die Erfüllung der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit gemäß § 1 Ziff. 2 sowie eine gültige Aufenthaltsgenehmigung für den Aufenthalt im Aufenthaltsland;
    - g. auf Verlangen des Versicherers einen Nachweis über alle während des Aufenthaltes im Reiseland abgeschlossenen Krankenversicherungen mit Versicherungsschutz für das Reiseland;
    - h. die Annahme der Staatsbürgerschaft des Aufenthaltslandes, die Erteilung einer unbefristeten Aufenthaltsgenehmigung oder die Versagung der Aufenthaltserlaubnis für das Aufenthaltsland, sowie die ständige Wohnsitznahme im Aufenthaltsland dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, umgehend in Textform (E-Mail, Fax, Post) anzuzeigen;
    - i. die Änderung des Hauptgrundes des Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland oder in einem anderen Mitgliedstaat der EU, EWR oder des Schengen-Abkommens bzw. im Ausland (z. B. Beendigung des Studiums, der Schulbesuche) anzuzeigen.
  5. Im Rahmen der Leistungsprüfung kann es erforderlich werden, dass der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, im gesetzlich zugelassenen Rahmen personenbezogene Gesundheitsdaten einholt. Sofern der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person ihre Einwilligung zu einer solchen Erhebung nicht erteilt, und der Versicherer hierdurch die Höhe und Umfang der Leistungspflicht nicht abschließend feststellen kann, wird die Fälligkeit zur Leistung gehemmt. Gleiches gilt, wenn die befragten Anstalten oder Personen von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Versicherer schuldhaft nicht entbunden werden.
  6. Welche Folgen treten ein, wenn Sie Ihre Mitwirkungspflichten (Obliegenheiten) verletzen?  
Verletzt der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vorsätzlich eine der vertraglich vereinbarten Obliegenheiten, so ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers/der versicherten Person entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

## § 11 Auszahlung der Versicherungsleistung

### Wann zahlt der Versicherer die Versicherungsleistung aus?

1. 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

# Versicherungsbedingungen für Auslandskrankenversicherungen von Sprachschülern und Studenten bei der Advigon Versicherung AG VB-KV 2024\_03 (CC2024\_03)



- durch den Versicherer infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person gehindert sind.
- Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Behandlungskosten ausweislich der eingereichten ärztlichen Belege entstanden sind, in die zu diesem Zeitpunkt in der Bundesrepublik Deutschland gültige Währung umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der amtliche Devisenkurs Frankfurt/Main, für nicht gehandelte Währungen der Kurs gemäß „Währungen der Welt“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.
  - Von den Leistungen können Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer Überweisungen in das Ausland vornimmt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt.
  - Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.
  - Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag verjähren in 3 Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in welchem die Leistung verlangt werden kann. Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers bei dem Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Eingang der Entscheidung des Versicherers in Textform (z. B. durch Übersendung per E-Mail, Fax oder Post etc.) gehemmt.

## § 12 Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen und Ansprüche gegen Dritte

- Sie haben einen Anspruch aus einem anderen Versicherungsvertrag  
Kann im Versicherungsfall eine Entschädigung aus einem anderen Versicherungsvertrag beansprucht werden, geht der anderweitige Vertrag diesem vor. Dies gilt auch dann, wenn in einem dieser Versicherungsverträge ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart ist, unabhängig davon, wann der andere Versicherungsvertrag abgeschlossen wurde. Wird der Versicherungsfall zuerst dem Versicherer gemeldet, tritt dieser in Vorleistung und wird sich zwecks Kostenteilung direkt an den anderen Versicherer wenden. Der Versicherer wird auf eine Kostenteilung mit einem PKV-Unternehmen verzichten, wenn dem Versicherten hierdurch Nachteile entstehen, z. B. Verlust der Beitragsrückerstattung.
- Sie haben einen Anspruch gegen Dritte  
Die Ansprüche des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person gegen Dritte gehen auf den Versicherer im gesetzlichen Umfang über, soweit dieser den Schaden ersetzt hat. Sofern erforderlich, ist der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person verpflichtet, eine Abtretungserklärung gegenüber dem Versicherer abzugeben. Die Leistungspflicht des Versicherers ruht bis zur Abgabe einer Abtretungserklärung.
- Der Behandler hat ein überhöhtes Honorar berechnet  
Die Ansprüche des Versicherungsnehmers bzw. 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 der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person zur Mithilfe bei der Durchsetzung der Ansprüche verpflichtet. Weiterhin ist der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person verpflichtet, sofern erforderlich, eine Abtretungserklärung gegenüber dem Versicherer abzugeben.

## § 13 Aufrechnungen gegen Forderungen des Versicherers

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

## § 14 Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer

- Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, bedürfen der Textform (z. B. durch Übersendung per E-Mail, Fax oder Post etc.).
- Hat der Versicherungsnehmer eine Änderung seiner Anschrift dem Versicherer nicht mitgeteilt, genügt für eine dem Versicherungsnehmer gegenüber abzugebende Willenserklärung der Nachweis des entsprechenden Unzustellbarkeitsvermerkes der Post für Briefe an die letzte dem Versicherer bekannte Anschrift des Versicherungsnehmers. Die Erklärung gilt 3 Tage nach

der Absendung des Briefes als zugegangen. Die Sätze 1 und 2 sind im Fall einer Namensänderung des Versicherungsnehmers entsprechend anzuwenden.

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

Es gilt deutsches Recht, soweit zulässig. Vertragssprache ist Deutsch.

## § 16 Überschussbeteiligung

Die hier genannte Versicherung ist nicht überschussberechtigt.

### Anschriften:

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

**Advigon Versicherung AG**  
Drescheweg 1  
9490 Vaduz  
Liechtenstein

# Versicherungsbedingungen für Auslandskrankenversicherungen von Sprachschülern und Studenten bei der Advigon Versicherung AG VB-KV 2024\_03 (CC2024\_03)



## B. Besonderer Teil: Leistungsbeschreibung der jeweiligen Tarife zu den Care College VB-KV 2024\_03 (CC2024\_03)

### B I. Tarif Care College Basic

Von den nachfolgend unter I. und II. des Tarifes Basic genannten erstattungsfähigen Kosten trägt die versicherte Person einen Selbstbehalt in Höhe von insgesamt 120,- EUR pro Versicherungsjahr. Als ein Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von 12 Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn an, einschließlich aller Vertragsverlängerungen.

#### I. Leistungen im Rahmen der Heilbehandlungskosten

- Der Versicherer erstattet die nach Ablauf der Wartezeit entstandenen Kosten medizinisch notwendiger Heilbehandlungen.  
Die Regelung des § 9 des Allgemeinen Teils dieser Bedingungen bleibt unberührt.
- Die Erstattung erfolgt im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bis zum 1,8-fachen Satz der GOÄ.
- Als Heilbehandlung im Sinne dieser Bedingungen gelten:
  - ärztliche Behandlung einschl. Schwangerschaftsuntersuchungen, Schwangerschaftsbehandlung und Folgen, sofern die Schwangerschaft bei Beginn des Versicherungsvertrages (technischer Beginn) bzw. bei Beantragung der Verlängerung des Versicherungsschutzes (Anschlussvertrag) noch nicht bestanden hat;
  - ärztliche Behandlungen, 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 Versicherungsvertrages (technischer Beginn) bzw. bei Beantragung der Verlängerung des Versicherungsschutzes (Anschlussvertrag) bereits bestanden hat, sofern die Behandlungsnotwendigkeit zu diesem Zeitpunkt noch nicht feststand;
  - ärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel;
  - ärztlich verordnete Strahlen- und Lichtbehandlungen;
  - ärztlich verordnete Massagen, medizinische Packungen, Inhalationen und sonstige physikalische Behandlungen. Der Versicherer erstattet diese bis zu einer Höhe von max. 250,- EUR pro Versicherungsjahr. Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von 12 Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn an, einschließlich aller Vertragsverlängerungen;
  - ärztlich verordnete Hilfsmittel, die allein infolge eines Unfalles erstmals notwendig werden und der direkten Behandlung der Unfallfolgen dienen, bis zu max. 250,- EUR je Versicherungsjahr. Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von 12 Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn an, einschließlich aller Vertragsverlängerungen;
  - Röntgendiagnostik;
  - unaufschiebbare stationäre Behandlung in der allgemeinen Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) ohne Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung);
  - Krankentransporte zur stationären Behandlung in das nächst erreichbare geeignete Krankenhaus und bei Erstversorgung nach einem Unfall zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt und zurück;
  - unaufschiebbare Operationen;
  - Entbindungen, nach Ablauf der Wartezeit einschließlich der notwendigen Unterbringungskosten nach einer Entbindung im Krankenhaus des oder der gesunden Neugeborenen für einen Zeitraum von maximal 10 Kalendertagen.
  - Kosten für Rehabilitationsmaßnahmen, als medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung.

#### II. Leistungen im Rahmen der Zahnbehandlungskosten

Der Versicherer erstattet die während der Reise im Ausland entstandenen Kosten einer schmerzstillenden konservierenden Zahnbehandlung einschließlich Versorgung des betroffenen Zahnes mit nicht-dentinadhäsivem plastischem Füllungsmaterial (inklusive Unterfüllung) bis zum 1,8-fachen Satz der amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 500,- EUR pro Versicherungsjahr werden die Kosten zu 100 % erstattet. Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von 12 Monaten gerechnet ab Versicherungsbeginn, einschließlich aller Verlängerungen.

#### III. Leistungen für Rücktransport-, Überführungs-/Bestattungskosten

Der Versicherer erstattet – außer bei einem Aufenthalt im Heimatland –

- die Mehrkosten eines medizinisch sinnvollen Rücktransports in das

Heimatland, höchstens bis zu 10.000,- EUR;

- die Kosten für eine Bestattung bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären, höchstens bis zu 25.000,- EUR;
- im Falle des Ablebens einer versicherten Person die durch Überführung des Verstorbenen in das Heimatland entstehenden notwendigen Mehrkosten bis zu 25.000,- EUR.

#### IV. Leistungen im Rahmen der Nachhaftung

Erfordert eine Erkrankung über das Ende des Versicherungsschutzes hinaus eine Heilbehandlung, weil die Rückreise wegen nachgewiesener Transportunfähigkeit nicht möglich ist, so besteht die Leistungspflicht im Rahmen dieses Tarifs bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit maximal für die Dauer von 4 Wochen weiter.

### B II. Tarif Care College Comfort

Zu bzw. in Abänderung der Leistungen des Tarifs Care College Basic sieht der Tarif Care College Comfort folgende Leistungen vor:

#### I. Ihr Selbstbehalt im Tarif Care College Comfort

Ein Selbstbehalt fällt für die versicherte Person nicht mehr an.

Die Regelung des § 9 des Allgemeinen Teils dieser Bedingungen bleibt unberührt.

#### II. Begrenzung nach der Gebührenordnung

Die Erstattung erfolgt im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bis zum 2,3-fachen Satz der GOÄ.

#### III. Heilmittel

Ärztlich verordnete Massagen, medizinische Packungen, Inhalationen und sonstige physikalische Behandlungen erstattet der Versicherer bis zu max. 500,- EUR je Versicherungsjahr. Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von 12 Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn an, einschließlich aller Verlängerungen.

#### IV. Hilfsmittel

Ärztlich verordnete Hilfsmittel, die allein infolge eines Unfalles erstmals notwendig werden und der direkten Behandlung der Unfallfolgen dienen, werden bis zu einer Höhe von max. 500,- EUR pro Versicherungsjahr erstattet. Im Übrigen wird auf III. Satz 2 verwiesen.

#### V. Leistungen im Rahmen der Zahnbehandlungskosten

Der Versicherer erstattet die während der Reise im Ausland entstandenen Kosten einer schmerzstillenden konservierenden Zahnbehandlung einschließlich Versorgung des betroffenen Zahnes mit nicht-dentinadhäsivem plastischem Füllungsmaterial (inklusive Unterfüllung) bis zum 2,3-fachen Satz der amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 750,- EUR pro Versicherungsjahr werden die Kosten zu 100 % erstattet. Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von 12 Monaten gerechnet ab Versicherungsbeginn, einschließlich aller Verlängerungen.

#### VI. Leistungen im Rahmen des Zahnersatzes

Der Versicherer erstattet die während der Reise im Ausland entstandenen Kosten für einen medizinisch notwendigen Zahnersatz sowie die Kosten zur Wiederherstellung der Funktion von vorhandenem Zahnersatz (Reparaturen) nach einer Wartezeit von 8 Monaten in einfacher Ausführung zu 50 % bis maximal 500,- EUR innerhalb von 2 Versicherungsjahren. Wird der Versicherungsfall durch einen Unfall nach Beginn des Versicherungsschutzes hervorgerufen, werden die Kosten eines medizinisch notwendigen Zahnersatzes in einfacher Ausführung zu 100 % bis zu einer Höhe von maximal 1.000,- EUR innerhalb von 2 Versicherungsjahren erstattet. Als Unfall gilt nicht eine Beschädigung der Zähne durch Kauen von Nahrungsmitteln und Gegenständen sowie Beißen.

Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von 12 Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn an, einschließlich aller Verlängerungen.

#### VII. Rücktransport

Die Mehrkosten eines medizinisch sinnvollen Rücktransports in das Heimatland sind unbegrenzt mitversichert.

#### VIII. Reisekostenzuschuss für Angehörige

Der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, leistet auf Antrag bei einer medizinisch notwendigen vollstationären Krankenhausbehandlung aufgrund eines

# Versicherungsbedingungen für Auslandskrankenversicherungen von Sprachschülern und Studenten bei der Advigon Versicherung AG VB-KV 2024\_03 (CC2024\_03)



Versicherungsfalles nach § 7 I. Ziff. 2 dieser Bedingungen einen Reisekostenzuschuss für den Besuch von Angehörigen während des vollstationären Aufenthaltes der versicherten Person.

Die Zahlung des Zuschusses setzt voraus, dass die Dauer der medizinisch notwendigen vollstationären Krankenhausbehandlung mindestens 14 Kalendertage beträgt.

Die Tage der Einlieferung und der Entlassung bleiben bei der Berechnung der 14-tägigen Aufenthaltsdauer unberücksichtigt.

Mehrere vollstationäre Aufenthalte wegen desselben Versicherungsfalles gelten als ein Aufenthalt, wenn die Frist zwischen den einzelnen erforderlichen vollstationären Krankenhausaufenthalten maximal 30 Kalendertage beträgt.

Der Reisekostenzuschuss setzt voraus, dass der Besuch der versicherten Person während des vollstationären Aufenthaltes durch einen Ehegatten, Lebenspartner sowie eines Verwandten ersten Grades der versicherten Person erfolgt. Die entsprechenden Regelungen des BGB zum Verwandtschaftsgrad finden Anwendung.

Der Versicherer erstattet die Kosten der Reise in Verkehrsmittel des öffentlichen Nah- und Fernverkehrs (2. Klasse bei Bahn- bzw. Busanreise sowie Economy-Class bei Flugzeuganreise) ebenso wie die Anreisekosten per PKW.

Der Versicherer leistet den Reisekostenzuschuss einmalig pro Versicherungsfall bis zu einer Höhe von maximal 500,- EUR.

Die tatsächlich entstandenen Reisekosten müssen durch den Versicherungsnehmer durch Einreichen entsprechender Originalbelege nachgewiesen werden.

## IX. Prämienrückerstattung

Der Versicherungsnehmer hat auf Antrag je Versicherungsjahr einen Anspruch auf Rückerstattung einer 2-fachen aktuellen Monatsprämie, sofern:

- die Vertragslaufzeit mindestens 12 Monate betragen hat,
- der Versicherungsschutz in den letzten 12 Monaten ununterbrochen bestanden hat,
- in diesem Zeitraum die versicherte Person leistungsfrei geblieben ist und
- die Prämien fristgerecht gezahlt wurden.

## X. Ausfallgeld

Der Versicherer leistet eine Entschädigung für nicht in Anspruch genommene Leistungen, die in Zusammenhang mit der durch die versicherte Person geplanten Bildungsmaßnahme stehen. Die Entschädigung wird als pauschalierte Krankentagegeldleistung erbracht.

Voraussetzung für die Leistung ist, dass die versicherte Person aufgrund eines versicherten Ereignisses

- eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung von mindestens 14 Kalendertagen und eine an die stationäre Behandlung anschließende Arbeitsunfähigkeit erleidet und
- die Zeiträume der medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung sowie der daran anschließenden, ärztlich bestätigten Arbeitsunfähigkeit zusammengefasst mindestens 90 Kalendertage betragen. Aufnahme- und Entlassungstag der medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung gelten dabei jeweils als ein Tag. Die Leistung des Ausfallgeldes ist vor Eintritt aller vorstehenden Leistungsvoraussetzungen nicht fällig. Löst derselbe Vorfall (z. B. dieselbe Erkrankung oder dieselbe Unfallfolge) mehrfach eine Leistungspflicht aus, gilt dies auch dann als ein Ereignis, wenn die Leistungsvoraussetzungen in verschiedenen Versicherungsjahren erfüllt werden.

Die Leistung ist für alle einen Anspruch auslösenden Vorfälle pro begonnenes Versicherungsjahr beschränkt auf 1.500,- EUR.

## B III. Tarif Care College Premium

Zu bzw. in Abänderung der Leistungen des Tarifs Care College Comfort sieht der Tarif Care College Premium folgende Leistungen vor:

### I. Ihr Selbstbehalt im Tarif Care College Premium

Ein Selbstbehalt fällt für die versicherte Person nicht mehr an.

Die Regelung des § 9 des Allgemeinen Teils dieser Bedingungen bleibt unberührt.

## II. Heilmittel

Ärztlich verordnete Massagen, medizinische Packungen, Inhalationen und sonstige physikalische Behandlungen erstattet der Versicherer bis zu max. 1.500,- EUR je Versicherungsjahr. Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von 12 Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn an, einschließlich aller Verlängerungen.

## III. Hilfsmittel

Ärztlich verordnete Hilfsmittel, die allein infolge eines Unfalles erstmals notwendig werden und der direkten Behandlung der Unfallfolgen dienen, werden in einfacher Ausführung zu 100 % erstattet. Sehhilfen sind nach einer Wartezeit von 3 Monaten bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 100,- EUR erstattungsfähig. Ein erneuter Leistungsanspruch ergibt sich nur bei einer Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien.

## IV. Leistungen im Rahmen der Zahnbehandlungskosten

Der Versicherer erstattet die während der Reise im Ausland entstandenen Kosten einer schmerzstillenden konservierenden Zahnbehandlung einschließlich Versorgung des betroffenen Zahnes mit nicht-dentinadhäsivem plastischem Füllungsmaterial (inklusive Unterfüllung) in einfacher Ausführung zu 100 % bis zu einer Höhe von max. 1.250,- EUR pro Versicherungsjahr. Als ein Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von 12 Monaten gerechnet ab Versicherungsbeginn, einschließlich aller Verlängerungen.

## V. Leistungen im Rahmen des Zahnersatzes

Der Versicherer erstattet die während der Reise im Ausland entstandenen Kosten für einen medizinisch notwendigen Zahnersatz sowie die Kosten zur Wiederherstellung der Funktion von vorhandenem Zahnersatz (Reparaturen) nach einer Wartezeit von 8 Monaten in einfacher Ausführung zu 70 % bis maximal 1.000,- EUR innerhalb von 2 Versicherungsjahren. Wird der Versicherungsfall durch einen Unfall nach Beginn des Versicherungsschutzes hervorgerufen, werden die Kosten eines medizinisch notwendigen Zahnersatzes in einfacher Ausführung zu 100 % bis maximal 2.500,- EUR innerhalb von 2 Versicherungsjahren erstattet. Als Unfall gilt jedoch nicht eine Beschädigung der Zähne durch Kauen von Nahrungsmitteln und Gegenständen und Beißen. Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von 12 Monaten gerechnet ab Versicherungsbeginn, einschließlich aller Verlängerungen.

## VI. Leistungen im Rahmen der Nachhaftung

Erfordert eine Erkrankung über das Ende des Versicherungsschutzes hinaus Heilbehandlung, weil die Rückreise wegen nachgewiesener Transportunfähigkeit nicht möglich ist, so besteht die Leistungspflicht im Rahmen dieses Tarifs bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit maximal für die Dauer von 8 Wochen weiter.

## VII. Leistungen im Rahmen der Schwangerschaft und Entbindung

Bei Vertragsabschluss bestehende Schwangerschaften und sich daraus ergebende Entbindungen sind mitversichert ohne Wartezeit mit einem Selbstbehalt von 5.000,- EUR für Schwangerschaftsuntersuchungen und -vorsorge sowie Entbindung im Krankenhaus oder Entbindung durch Hebamme bei einer maximalen Erstattung von 30.000,- EUR innerhalb der gesamten Vertragszeit.

## VIII. Reisekostenzuschuss für Angehörige

Der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, leistet auf Antrag bei einer medizinisch notwendigen vollstationären Krankenhausbehandlung aufgrund eines Versicherungsfalles nach § 7 I. Ziff. 2 dieser Bedingungen einen Reisekostenzuschuss für den Besuch von Angehörigen während des vollstationären Aufenthaltes der versicherten Person.

Die Zahlung des Zuschusses setzt voraus, dass die Dauer der medizinisch notwendigen vollstationären Krankenhausbehandlung mindestens 14 Kalendertage beträgt.

Die Tage der Einlieferung und der Entlassung bleiben bei der Berechnung der 14-tägigen Aufenthaltsdauer unberücksichtigt.

Mehrere vollstationäre Aufenthalte wegen desselben Versicherungsfalles gelten als ein Aufenthalt, wenn die Frist zwischen den einzelnen erforderlichen vollstationären Krankenhausaufenthalten maximal 30 Kalendertage beträgt.

Der Reisekostenzuschuss setzt voraus, dass der Besuch der versicherten Person während des vollstationären Aufenthaltes durch einen Ehegatten, Lebenspartner sowie eines Verwandten ersten Grades der versicherten Person erfolgt. Die entsprechenden Regelungen des BGB zum Verwandtschaftsgrad finden Anwendung.



# Versicherungsbedingungen für Auslandskrankenversicherungen von Sprachschülern und Studenten bei der Advigon Versicherung AG VB-KV 2024\_03 (CC2024\_03)



Der Versicherer erstattet die Kosten der Reise in Verkehrsmittel des öffentlichen Nah- und Fernverkehrs (2. Klasse bei Bahn- bzw. Busanreise sowie Economy-Class bei Flugzeuganreise) ebenso wie die Anreisekosten per PKW.

Der Versicherer leistet den Reisekostenzuschuss einmalig pro Versicherungsfall bis zu einer Höhe von maximal 1.250,- EUR.

Die tatsächlich entstandenen Reisekosten müssen durch den Versicherungsnehmer durch Einreichen entsprechender Originalbelege nachgewiesen werden.

## IX. Prämienrückerstattung

Der Versicherungsnehmer hat auf Antrag je Versicherungsjahr einen Anspruch auf Rückerstattung einer 2-fachen aktuellen Monatsprämie, sofern:

- die Vertragslaufzeit mindestens 12 Monate betragen hat,
- der Versicherungsschutz in den letzten 12 Monaten ununterbrochen bestanden hat,
- in diesem Zeitraum die versicherte Person leistungsfrei geblieben ist und
- die Prämien fristgerecht gezahlt wurden.

## X. Ausfallgeld

Der Versicherer leistet eine Entschädigung für nicht in Anspruch genommene Leistungen, die in Zusammenhang mit der durch die versicherte Person geplanten Bildungsmaßnahme stehen. Die Entschädigung wird als pauschalierte Krankentagegeldleistung erbracht.

Voraussetzung für die Leistung ist, dass die versicherte Person aufgrund eines versicherten Ereignisses

- eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung von mindestens 14 Kalendertagen und eine an die stationäre Behandlung anschließende Arbeitsunfähigkeit erleidet und
- die Zeiträume der medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung sowie der daran anschließenden, ärztlich bestätigten Arbeitsunfähigkeit zusammengefasst mindestens 90 Kalendertage betragen. Aufnahme- und Entlassungstag der medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung gelten dabei jeweils als ein Tag.

Die Leistung des Ausfallgeldes ist vor Eintritt aller vorstehenden Leistungsvoraussetzungen nicht fällig.

Löst derselbe Vorfall (z. B. dieselbe Erkrankung oder dieselbe Unfallfolge) mehrfach eine Leistungspflicht aus, gilt dies auch dann als ein Ereignis, wenn die Leistungsvoraussetzungen in verschiedenen Versicherungsjahren erfüllt werden.

Die Leistung ist für alle einen Anspruch auslösenden Vorfälle pro begonnenes Versicherungsjahr beschränkt auf 2.500,- EUR.

## XI. Krankenhaustagegeld

Der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, gewährt der versicherten Person bei einer medizinisch notwendigen vollstationären Krankenhausbehandlung aufgrund eines Versicherungsfalles nach § 7 I. Ziff. 2 dieser Bedingungen auf Antrag ein pauschaliertes Krankenhaustagegeld in Höhe von 100,- EUR. Die Zahlung des Krankenhaustagegeldes setzt voraus, dass die Dauer der medizinisch notwendigen vollstationären Krankenhausbehandlung mindestens 14 Kalendertage beträgt.

Der Tag der Einlieferung und der Entlassung bleiben bei der Berechnung der 14-tägigen Aufenthaltsdauer unberücksichtigt.

Mehrere vollstationäre Aufenthalte wegen desselben Versicherungsfalles gelten als ein Aufenthalt, wenn die Frist zwischen den einzelnen erforderlichen vollstationären Krankenhausaufhalten maximal 30 Kalendertage beträgt.

Im Übrigen erfolgt keine Zusammenrechnung einzelner vollstationärer Krankenhausbehandlungen.

Die Leistung durch den Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, erfolgt einmalig pro Versicherungsfall.

## Anlage 1: Nicht versicherbare berufliche Tätigkeiten gemäß § 1 Ziff. 3 d. der Versicherungsbedingungen

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