



Krankenversicherungstarife für Sie und Ihre Familie
Valid from 1st November 2019

VERSICHERUNGS- HANDBUCH

Willkommen

Sie und Ihre Familie können sich darauf verlassen, durch Allianz Care Zugang zur bestmöglichen Versorgung im Krankheitsfall zu erhalten.

Dieses Versicherungshandbuch besteht aus zwei Teilen: Der Teil „So nutzen Sie Ihren Versicherungsschutz“ ist eine Zusammenfassung aller wichtigen Informationen, die Sie voraussichtlich regelmäßig nutzen. Der Teil „Allgemeine Versicherungsbedingungen“ erklärt Ihren Versicherungsschutz im Detail.

Um Ihren Versicherungsschutz optimal zu nutzen, lesen Sie bitte dieses Versicherungshandbuch zusammen mit Ihrem Versicherungsschein und der Tariflichen Leistungszusage.

SO NUTZEN SIE IHREN VERSICHERUNGSSCHUTZ

Unser Service, um Sie zu unterstützen.	5
Überblick über Ihren Versicherungsschutz	16
Behandlungen	20

ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN IHRES VERSICHERUNGSSCHUTZES

Ihr Versicherungsschutz erklärt	32
Erstattungsanträge und der Prozess der vorherigen Kostenzusage	34
Beitragszahlung	40
Verwaltung Ihrer Police	42
Weitere Bestimmungen für Ihren Versicherungsschutz	46
Datenschutz und die Erfassung und Verwendung persönlicher Daten	50
Beschwerden und Mediationsverfahren	52
Definitionen	54
Ausschlüsse	66

AWP Health & Life SA unterliegt der Aufsicht durch die French Prudential Supervisory Authority in 4 place de Budapest, CS 92459, 75 436 Paris Cedex 09, Frankreich.

AWP Health & Life SA, handelt durch ihre irische Niederlassung, ist eine Aktiengesellschaft nach französischem Recht. Registriert in Frankreich: Nr. 401 154 679 RCS Bobigny. Irische Niederlassung ist eingetragen im irischen Handelsregister, Registernummer: 907619, Adresse: 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irland. Allianz Care und Allianz Partners sind eingetragene Firmen von AWP Health & Life SA.

A warm, golden-hour photograph of a blonde woman with long hair smiling and hugging a young girl. The girl is wearing a pink cable-knit sweater and has her eyes closed in a happy embrace. They are on a sandy beach with the ocean and a bright sunset in the background. The woman's hair is blowing in the wind.

**SO NUTZEN SIE IHREN
VERSICHERUNGSSCHUTZ**



UNSER SERVICE, UM SIE ZU UNTERSTÜTZEN.

Ausgezeichneter Service, den Sie verdienen!

Auf den folgenden Seiten erklären wir Ihnen all unsere Leistungen und Services. Finden Sie heraus, welche Ihnen zur Verfügung stehen: von unseren MyHealth digitalen Services bis hin zum Expat-Unterstützungs-Programm.

Sprechen Sie mit uns, wir helfen Ihnen gerne weiter!

Unsere mehrsprachige Helpline ist 24 Stunden am Tag, 7 Tage die Woche erreichbar, um Fragen zu Ihrer Police zu beantworten oder Ihnen im Falle eines Notfalls weiter zu helfen.



Helpline: **+353 1 630 1302**

Eine Liste unserer aktuellen gebührenfreien Rufnummern finden Sie hier:

www.allianzcare.com/de/pages/toll-free-numbers.html



E-Mail: **client.services@allianzworldwidecare.com**



Fax: **+353 1 630 1306**

Wussten Sie....

...dass die meisten unserer Versicherten der Meinung sind, dass ihre Anfragen schneller beantwortet werden wenn sie uns anrufen.

MyHealth digitale Services

Unsere MyHealth digitalen Services bieten Ihnen einen einfachen und bequemen Zugang zu Ihrem Versicherungsschutz, egal wo Sie gerade sind.

Funktionen der MyHealth App und des Online Portals:

Meine Police

Auf Versicherungsunterlagen und Versichertenkarte von unterwegs aus zugreifen.

Meine Erstattungsanträge

Bisherige Erstattungsanträge anzeigen und neue Anträge in drei einfachen Schritten einreichen.

Meine Kontakte

Zugang zu unserer rund um die Uhr erreichbaren mehrsprachigen Helpline.

Zusätzlichen Funktionen der MyHealth App:

- **Symptome-Prüfer:** Schnelle und einfache Bewertung Ihrer Symptome.
- **Krankenhaussuche:** Wegbeschreibungen zu nahegelegenen Krankenhäusern per GPS.
- **Apotheken-Hilfe:** Suchen Sie nach lokalen Entsprechungen von Markenmedikamenten.
- **Medizinische Fachbegriffe übersetzen:** Allgemein bekannte Erkrankungen in 17 Sprachen übersetzen lassen.
- **Im Notfall:** Zugriff auf lokale Notrufnummern weltweit.

Die meisten Funktionen sind offline verfügbar. Sie müssen jedoch online sein, um einen Erstattungsantrag einreichen und einige andere Dienste nutzen zu können.

Funktionen des MyHealth Online Portals:

- Aktualisieren Sie Ihre Daten online (E-Mail Adresse, Telefonnummer, Passwort, Adresse (falls diese im gleichen Land wie Ihre letzte Adresse ist), Marketingpräferenzen usw.).
- Lassen Sie sich die verbleibenden Erstattungsbeträge jeder Leistung Ihrer Tariflichen Leistungszusage anzeigen.
- Zahlen Sie Ihren Beitrag online und lassen Sie sich bezahlte Beiträge anzeigen.
- Ändern Sie Ihre Kreditkartendaten oder fügen Sie eine neue Karte hinzu

Alle persönlichen Daten, die in den MyHealth Digital Services gespeichert werden, sind aus Datenschutzgründen durch Verschlüsselung gesichert.

Erste Schritte:



Anmeldung beim MyHealth Online Portal: Gehen Sie auf <https://my.allianzcare.com/myhealth>, klicken Sie auf „HIER REGISTRIEREN“ am Ende der Seite und folgen Sie den Anweisungen auf dem Bildschirm.



Sobald Sie Ihren Zugang eingerichtet haben, können Sie die E-Mail Adresse (Benutzername) und das Passwort, die Ihnen beide bei der Registrierung angegeben wurde, verwenden, um sich beim MyHealth Online Portal oder der MyHealth App anzumelden. Sie können für beide Services die gleichen Anmeldedaten verwenden. Wenn Sie die Anmeldedaten für einen Zugang ändern, gilt dies automatisch für den anderen Service. Es ist nicht nötig, die Daten in beiden Diensten zu ändern.



Um die MyHealth App herunterzuladen, suchen Sie einfach nach „Allianz MyHealth“ im Apple App Store oder bei Androids Google Play.

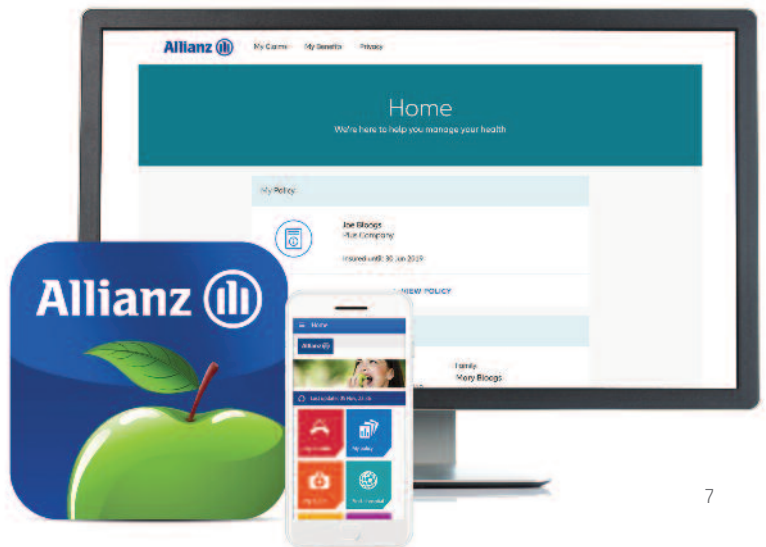


Befolgen Sie (nachdem Sie die App heruntergeladen haben) die Anweisungen auf dem Bildschirm und geben Sie Ihre Versicherungsnummer ein, wenn Sie dazu aufgefordert werden. Die MyHealth App wird Sie nach Ihrer E-Mail Adresse (Benutzername) und dem Passwort fragen, das Sie zuvor angegeben haben. Geben Sie diese einfach ein und folgen Sie den Anweisungen auf dem Bildschirm.



Ihre PIN festlegen - Jetzt können Sie Ihre eigene PIN bestimmen. In der Zukunft benötigen Sie dann nur Ihre PIN um auf die Allianz MyHealth App und all ihre Funktionen zuzugreifen.

Weitere Informationen finden Sie auf unserer Website: www.allianzcare.com/de.html



Webbasierte Services

Auf unserer Website www.allianzcare.com/de/ressourcen/ressourcen-fuer-versicherte.html können Sie:

- Nach medizinischen Dienstleistern suchen. Sie sind nicht auf die in unserem Verzeichnis aufgeführten Dienstleister beschränkt.
- Formulare herunterladen
- Auf unseren BMI Rechner zugreifen
- Auf unsere Gesundheitsleitfäden zugreifen

Medi24

Medi24 ist ein medizinischer Informationsdienst, der von einem erfahrenen medizinischen Team bereitgestellt wird. Er bietet Ihnen Informationen und Beratung zu einer Fülle von Themen wie z. B. Blutdruck- und Gewichtsregulierung, Infektionskrankheiten, Erste Hilfe, Zahnpflege, Impfungen, Onkologie, Arbeitsunfähigkeit, Sprachentwicklung, Fruchtbarkeitsdiagnostik, Kinderheilkunde, seelische Gesundheit und Gesundheit im Allgemeinen. Medi24 ist auf Englisch, Deutsch, Französisch und Italienisch verfügbar.

 **+44 (0) 208 416 3929**

Sollten Sie Fragen zu Ihrem Versicherungsschutz haben (z. B. zu Höchsterstattungsbeträgen oder dem Status eines Erstattungsantrags), rufen Sie bitte unsere Helpline an.



Expat-Unterstützungs-Programm

In herausfordernden Situationen im Privat- oder Arbeitsleben bietet unser Expat-Unterstützungs-Programm (Expat Assistance-Programm (EAP)) Ihnen und Ihren Angehörigen sofortige und vertrauliche Unterstützung. Das Expat-Unterstützungs-Programm wird, falls verfügbar, in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angezeigt. Dieser Service bietet Zugang zu einem in verschiedenen Sprachen rund um die Uhr erreichbaren Service, der folgendes einschließt:

- Ausgleich zwischen Arbeits- und Privatleben
- Kindererziehung und Familienleben
- Beziehungen
- Stress, Depressionen und Ängste
- Herausforderungen am Arbeitsplatz
- Kulturelle Veränderungen
- Kulturschock
- Isolation und Einsamkeit bewältigen
- Suchtprobleme

Die Unterstützungs-Services umfassen:



Vertrauliche, professionelle Beratung

Erhalten Sie rund um die Uhr Unterstützung von einem klinischen professionellen Berater per Online-Chat, persönlich, telefonisch, per Video oder per E-Mail.



Unterstützung bei kritischen Vorfällen

Erhalten Sie sofortige Unterstützung bei kritischen Ereignissen sowie einem Trauma oder einer Krise. Unser umfassender Ansatz beruhigt und reduziert Stress, der durch Trauma oder Gewalt verursacht wird.



Rechtliche und finanzielle Unterstützungsservices

Beratung beim Kauf eines Eigenheims, der Bewältigung eines Rechtsstreits oder der Bewältigung eines Kulturschocks, wir sind für Sie da und unterstützen Sie bei der Beantwortung von Fragen und beim Erreichen Ihrer Ziele.



Zugang zu einer Wellness Website

Lernen Sie die Unterstützungsangebote online kennen: Funktionen, Artikel, Hilfe und Ratschläge zu Gesundheit und Wohlbefinden.



Wir helfen Ihnen gerne weiter:



+1 905 886 3605

Dies ist eine kostenpflichtige Rufnummer. Es können lokale Telefonnummern verfügbar sein. Eine vollständige Liste aller weltweiten Telefonnummern finden Sie hier:



www.workhealthlife.com/AWCExpat

(verfügbar auf Englisch, Französisch und Spanisch)

Ihre Anrufe werden von einem Englisch sprechenden Mitarbeiter angenommen. Sie können jedoch nach einem eine andere Sprache sprechenden Mitarbeiter fragen. Wenn ein eine bestimmte Sprache sprechender Mitarbeiter nicht verfügbar ist, organisieren wir gerne einen Übersetzungsservice.

Das Expat-Unterstützungs-Programm wird von Morneau Shepell Limited zur Verfügung gestellt, vorbehaltlich Ihrer Annahme unserer Bedingungen. Ihnen ist bewusst und Sie erklären sich damit einverstanden, dass AWP Health & Life SA (irische Niederlassung) und AWP Health & Life Services Limited für Forderungen, Verluste oder Schäden, die direkt oder indirekt auf die Inanspruchnahme des Expat-Unterstützungs-Programms zurückzuführen sind, keinerlei Verantwortung oder Haftung übernimmt.



Reisesicherheitsservices

Da die Sicherheitsbedrohungen weltweit weiter zunehmen, bieten die Reisesicherheitsservices rund um die Uhr Zugriff auf Sicherheitsinformationen und Beratung zum Thema Reisesicherheit, per Telefon, E-Mail oder Website. Ihre Tarifliche Leistungszusage zeigt an, ob dieser Service für Sie verfügbar ist.

Der Service umfasst:



Notfall-Sicherheitsunterstützungs-Hotline

Sprechen Sie mit einem Sicherheitsspezialisten, wenn Sie Sicherheitsbedenken im Zusammenhang mit einem Reiseziel haben.



Länderanalysen und Sicherheitsberatung

Informationen zum Thema Sicherheit und Ratschläge für viele verschiedene Länder.



Tägliche Nachrichten und Updates zum Thema Sicherheit sowie Reisesicherheitswarnungen

Melden Sie sich an und erhalten Sie Warnungen zu Risiko-Ereignissen in Ihrer Nähe, einschließlich Terrorismus, Unruhen und Unwetterrisiken.

Um die Reisesicherheitsservices in Anspruch zu nehmen, wenden Sie sich bitte an:



+44 207 741 2185

Dies ist eine kostenpflichtige Rufnummer.



allianzcustomerenquiries@worldaware.com

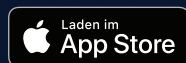


www.my.worldaware.com/awc

Registrieren Sie sich, indem Sie Ihre Versicherungsnummer (diese ist im Versicherungsschein angegeben) eingeben.



Laden Sie die „TravelKit“ App im App Store oder bei Google Play herunter.



Alle Reisesicherheitsservices werden in englischer Sprache angeboten. Wir können falls notwendig einen Übersetzungsservice für Sie organisieren.

Die Reisesicherheitsservices werden von WorldAware Ltd zur Verfügung gestellt, vorbehaltlich Ihrer Annahme unserer Bedingungen. Ihnen ist bewusst und Sie erklären sich damit einverstanden, dass AWP Health & Life SA (irische Niederlassung) und AWP Health & Life Services Limited für Forderungen, Verluste oder Schäden, die direkt oder indirekt auf die Inanspruchnahme der Reisesicherheitsservices zurückzuführen sind, keinerlei Verantwortung oder Haftung übernimmt.

Allianz HealthSteps

Der erste Schritt zu einem gesünderen Leben

Wussten Sie, dass Sie mit einem gesunden Lebensstil das Risiko von einigen Erkrankungen verringern können? Die Allianz HealthSteps App (nur auf Englisch verfügbar) wurde entwickelt, um Sie zu einem gesünderen Lebensstil zu führen und um Ihnen zu helfen, Ihre Gesundheits- und Fitnessziele zu erreichen. Durch die Verbindung mit Smartphones, tragbaren Fitness-Uhren und anderen Apps überwacht HealthSteps die Anzahl der Schritte, den Kalorienverbrauch, den Schlaf und vieles mehr. Ihre Tarifliche Leistungszusage zeigt an, ob dieser Service für Sie verfügbar ist.

HealthSteps Funktionen



PLANEN

Wählen Sie ein Gesundheitsziel und nutzen Sie die vorhandenen Pläne, um Ihre Gesundheitsgewohnheiten zu ändern oder aufrecht zu erhalten:

- Gewicht verlieren
- Haltung verbessern
- Besser schlafen
- Gesünder Essen
- Mehr Bewegung und Energie
- Gesund bleiben
- Körperform verändern
- Stress reduzieren
- Blutdruck verbessern



HERAUSFORDERUNGEN

Nehmen Sie an monatlichen Herausforderungen teil und lassen Sie sich von anderen HealthSteps Nutzern ermutigen, indem Sie Ihre Leistung teilen und bei Gruppenherausforderungen gegeneinander antreten. Diese monatlichen Herausforderungen basieren auf Schritten, Kalorien und Distanzen.



FORTSCHRITT

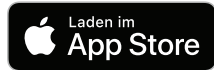
Stellen Sie eine Verbindung zu beliebten Gesundheits- und Aktivitäts-Trackern her und überwachen Sie Ihren Fortschritt anhand der von Ihnen selbst gesetzten Ziele.



ARCHIV

Lesen Sie Artikel und erhalten Sie Tipps und Ratschläge, wie Sie ein gesundes Leben führen können.

Laden Sie die „Allianz HealthSteps“ App im Apple App Store oder bei Androids Google Play herunter.



HealthSteps wird von einem Drittanbieter außerhalb der Allianz Gruppe erbracht. Der Service wird vorbehaltlich Ihrer Annahme der allgemeinen Geschäftsbedingungen zur Verfügung gestellt. Er unterliegt außerdem den allgemeinen Geschäftsbedingungen der AWP Health & Life Services Limited, wie in der HealthSteps App aufgeführt. Sie verstehen und akzeptieren, dass AWP Health & Life SA (irische Niederlassung) und AWP Health & Life Services Limited nicht für Ansprüche, Verluste oder Schäden verantwortlich ist, die direkt oder indirekt aus Ihrer Nutzung der genannten Service entstehen könnten.



ÜBERBLICK ÜBER IHREN VERSICHERUNGSSCHUTZ

Hier finden Sie einen Überblick über Ihren Versicherungsschutz.

Für was bin ich versichert?

Sie sind für alle in Ihrer Tariflichen Leistungszusage aufgelisteten Leistungen versichert. Wir versichern normalerweise Vorerkrankungen mit (einschließlich chronischer Vorerkrankungen), außer in Ihren Versicherungsunterlagen anders angegeben. Sollten Sie sich unsicher sein, sehen Sie bitte in den Anmerkungen Ihrer Tariflichen Leistungszusage nach, die bestätigen, ob Vorerkrankungen mitversichert sind.

Wo kann ich Behandlungen erhalten?

Sie können sich in jedem Land Ihres geografischen Geltungsbereichs behandeln lassen. Dieser ist in Ihrem Versicherungsschein angegeben.

Wenn die notwendige Behandlung vor Ort durchgeführt werden kann und Sie sich dennoch in einem anderen Land des versicherten geografischen Geltungsbereichs behandeln lassen möchten, werden alle Kosten der versicherten Leistungen zurückerstattet, abgesehen von den Reisekosten.

Wenn die Behandlung vor Ort nicht verfügbar ist und Ihr Versicherungsschutz die „medizinische Überführung“ umfasst, übernehmen wir auch die Reisekosten zur nächstgelegenen geeigneten medizinischen Einrichtung. Um unter diesen Umständen entstandene Krankheits- und Reisekosten geltend zu machen, müssen Sie ein Kostenzusageformular ausfüllen und vor Reiseantritt einreichen.

Sie sind außerdem für erstattungsfähige Kosten für Behandlungen in Ihrem Heimatland versichert, vorausgesetzt Ihr Heimatland liegt im Geltungsbereich Ihrer Versicherung.

Welche Höchstleistungsbeträge gelten?

Ihr Versicherungsschutz unterliegt gegebenenfalls einem tariflichen Höchstleistungsbetrag. Dies ist der maximale Betrag, den wir insgesamt für alle im Tarif enthaltenen Leistungen bezahlen werden. Obwohl viele in Ihrer Tariflichen Leistungszusage enthalten Leistungen vollständig versichert sind, sind einige auf einen bestimmten Betrag (z. B. €30.000) begrenzt. Diesen Betrag nennt man Höchstleistungsbetrag.

Weitere Informationen zu unseren Höchstleistungsbeträgen können Sie dem Teil „Höchstleistungsbeträge“ entnehmen.

Erwarten Sie Familienzuwachs?

Werden Sie heiraten oder bekommen Sie ein Baby? Herzlichen Glückwunsch!

Sie können eine Anfrage stellen, um Ihren Partner oder Ehepartner zu Ihrer Police hinzuzufügen, indem Sie ein Antragsformular ausfüllen. Dieses finden Sie hier:

🌐 www.allianzcare.com/de/internationale-krankenversicherungen-fuer-privatkunden/antragsformular.html

Um ein Neugeborenes zu Ihrer Police hinzuzufügen, schreiben Sie einfach eine E-Mail an unser Risikoprüfungsteam und hängen Sie die Geburtsurkunde an. Sie sollten Ihren Antrag innerhalb von vier Wochen nach dem Geburtsdatum stellen, um sicherzustellen, dass das Kind ohne medizinische Risikoprüfung mitversichert wird und der Versicherungsschutz ab dem Geburtsdatum beginnt.

Weitere Informationen zum Hinzufügen von Angehörigen, einschließlich wichtiger Informationen zum Hinzufügen mehrerer Babys, Adoptiv- und Pflegekinder, finden Sie im Abschnitt „Mitversichern von Familienangehörigen“ in diesem Handbuch.

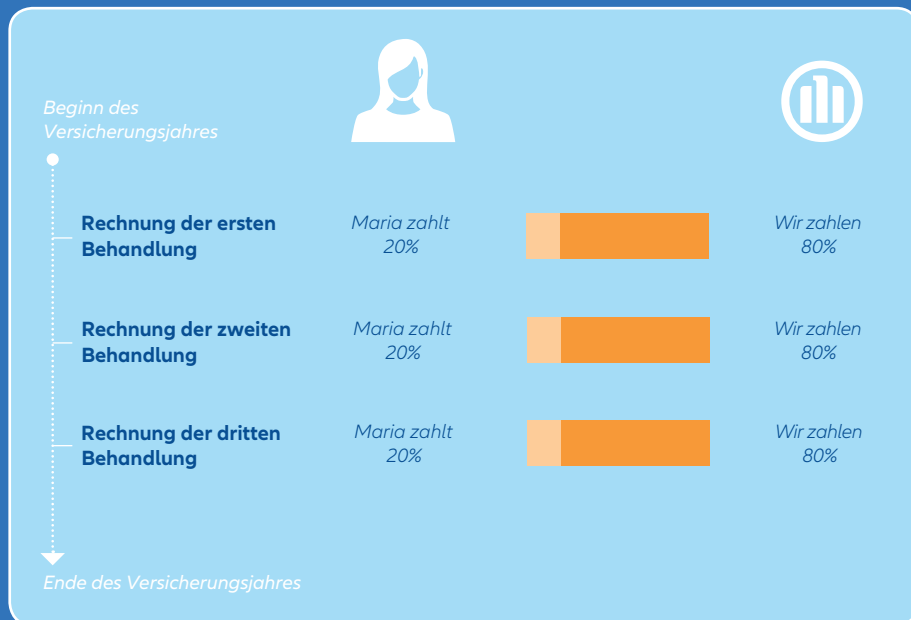
Nach der Annahme stellen wir einen neuen Versicherungsschein aus, der die neuen Versicherten berücksichtigt. Dieser neue Versicherungsschein ersetzt Ihre älteren Versionen ab dem angegebenen Anfangsdatum.



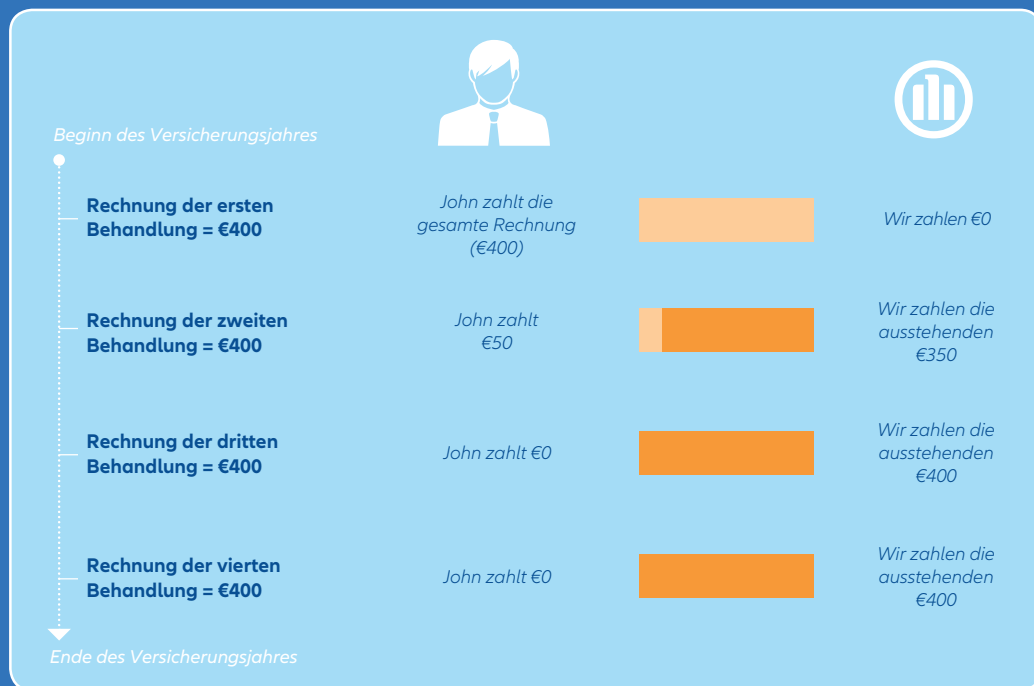
Was sind Selbstbeteiligungen und Eigenanteile?

Für einige Tarife und Leistungen können Selbstbeteiligungen, Eigenanteile oder beides anfallen. Ihre Tarifliche Leistungszusage zeigt an, ob diese anfallen.

Ein **Eigenanteil** ist ein Prozentsatz der medizinischen Kosten, den Sie bezahlen müssen. Das folgende Beispiel erklärt dies genauer: Maria benötigt mehrere Zahnbehandlungen über das Jahr. Für die Leistungen ihres Zahntarifs fällt ein Eigenanteil von 20% an, was bedeutet, dass wir 80% der Kosten erstatten. Der gesamte von uns zu erstattende Betrag kann außerdem einem Höchsterstattungsbetrag unterliegen.



Eine Selbstbeteiligung ist ein fester Betrag, den Sie pro Versicherungszeitraum zu Ihren Arztrechnungen hinzusteuern müssen, bevor wir einen Beitrag leisten können. Das folgende Beispiel erklärt dies genauer: John benötigt mehrere Behandlungen über das Jahr. Für seinen Tarif fällt eine Selbstbeteiligung von €450 an.



■ Anteil des Versicherers
■ Anteil der versicherten Person

BEHANDLUNGEN

Wir verstehen, dass die Suche nach einer Behandlung stressig sein kann. Folgen Sie den im Folgenden beschriebenen Schritten und wir kümmern uns um alle Details, so dass Sie sich darum kümmern können, gesund zu werden.

Prüfen Sie Ihren Versicherungsschutz

Prüfen Sie zunächst, ob Ihr Tarif die von Ihnen gewünschte Behandlung vorsieht. Ihre Tarifliche Leistungszusage gibt an, welche Leistungen versichert sind. Bei Fragen, wenden Sie sich bitte an unsere Helpline.

Manche Behandlungen müssen im Voraus genehmigt werden

Ihre Tarifliche Leistungszusage zeigt an, welche Leistungen im Voraus genehmigt werden müssen (durch das Einreichen eines Kostenzusageformulars). Dies sind meistens stationäre oder hochpreisige Behandlungen. Der Prozess der vorherigen Kostenzusage hilft uns, jeden Fall zu beurteilen, alle Einzelheiten mit dem Krankenhaus vor Ihrer Ankunft zu organisieren und die direkte Bezahlung der Kosten mit dem Krankenhaus zu vereinbaren, sofern möglich.

Behandlung im Krankenhaus

Eine vorherige Kostenzusage ist erforderlich.



Laden Sie ein Formular zur vorherigen Kostenzusage von unserer Website herunter:
<https://www.allianzcare.com/de/ressourcen/ressourcen-fuer-versicherte.html>



Füllen Sie das Formular aus und senden sie es uns **mindestens fünf Werktage vor Behandlungsbeginn**. Sie können es per E-Mail, Fax oder Post an die Adresse auf dem Formular senden.



Wir wenden uns dann an das Krankenhaus um die Zahlung Ihrer Rechnung direkt abzuwickeln, sofern möglich.
Wir können alle Einzelheiten zu einer vorherigen Kostenzusage für Behandlungen, die innerhalb von 72 Stunden erfolgen sollen, auch telefonisch aufnehmen. Bitte beachten Sie, dass wir Ihren Erstattungsantrag ablehnen können, wenn keine vorherige Kostenzusage eingeholt wird. Alle Einzelheiten zu unserem Prozess der vorherigen Kostenzusage finden Sie im Teil der Versicherungsbedingungen in diesem Handbuch.



Bei einem Notfall:

Lassen Sie sich die erforderliche Notfallbehandlung zukommen und rufen Sie uns an, wenn Sie Rat oder Unterstützung benötigen.

Wurden Sie in ein Krankenhaus eingeliefert, muss Ihr Arzt, ein Familienangehöriger oder ein Kollege unsere Helpline **innerhalb von 48 Stunden** nach Eintritt des Notfalls über Ihre Krankenhausaufnahme informieren. Unsere Helpline kann alle Angaben für das Kostenzusageformular auch telefonisch entgegennehmen.

Rückerstattung Ihrer Kosten für ambulante, zahnärztliche und andere Behandlungen

Wenn für Ihre Behandlung keine Vorabgenehmigung erforderlich ist, bezahlen Sie einfach Ihre Rechnung und fordern Sie Ihre Ausgaben von uns zurück. Gehen Sie wie folgt vor:



Lassen Sie sich die benötigte Behandlung zukommen und bezahlen Sie den medizinischen Dienstleister.



Lassen Sie sich eine Rechnung vom medizinischen Dienstleister ausstellen. Diese sollte Ihren Namen, das Behandlungsdatum, die Diagnose oder die Erkrankung (die Grund für die Behandlung war), das Datum, an dem die Symptome zum ersten Mal aufgetreten sind, die Behandlungsform und die entstandenen Kosten aufzeigen.



Fordern Sie Ihre erstattungsfähigen Ausgaben per mobiler App oder im Online-Portal zurück (www.allianzcare.com/en/myhealth).

Geben Sie einfach alle wichtigen Einzelheiten und Informationen an, machen Sie ein Foto von Ihren Rechnungen und klicken Sie auf „Absenden“.

Weitere Informationen zum Erstattungsverfahren finden Sie im Teil der Versicherungsbedingungen, im Abschnitt „Medizinische Erstattungsanträge“ in diesem Handbuch.



Schnelle Bearbeitung von Erstattungsanträgen

Sobald wir alle Informationen erhalten haben, werden wir Ihren Erstattungsantrag innerhalb von 48 Stunden bearbeiten. Wir können den Antrag allerdings nur bearbeiten, wenn Sie uns Ihre Diagnose mitgeteilt haben. Stellen Sie daher bitte sicher, dass Sie diese in Ihrem Antrag angeben. Andernfalls müssen wir diese von Ihrem Arzt anfragen.

Wir werden Ihnen eine E-Mail oder einen Brief senden, um Ihnen mitzuteilen, wann Ihr Erstattungsantrag bearbeitet wurde.





Überführungen und Rücktransporte

Beim ersten Anzeichen dafür, dass Sie eine medizinische Überführung oder einen medizinischen Rücktransport brauchen, rufen Sie bitte unsere rund um die Uhr erreichbare Helpline an und wir kümmern uns dann um alles Weitere. Da diese meist sehr dringend sind, raten wir Ihnen, wenn möglich anzurufen. Sie können aber auch gerne eine E-Mail senden. Falls Sie eine E-Mail schreiben, nehmen Sie den Hinweis „Dringend - Überführung/Rücktransport“ in die Betreffzeile auf.

Wenden Sie sich bitte an uns, bevor Sie mit anderen Anbietern sprechen, selbst wenn Sie von diesen angesprochen werden, um potenzielle überhöhte Kosten oder unnötige Verzögerungen zu vermeiden. Falls die Überführung/der Rücktransport nicht durch uns organisiert wird, behalten wir uns das Recht vor, alle Kosten abzulehnen.

☎ 353 1 630 1302

@ medical.services@allianzworldwidecare.com





Behandlungen in den USA

Einen Dienstleister suchen

Wenn Sie weltweiten Versicherungsschutz haben und einen Dienstleister in den USA suchen, gehen Sie auf:

 www.allianzcare.com/olympus

Weitere Informationen oder einen Termin vereinbaren

Wenn Sie eine Frage zu einem medizinischen Dienstleister haben oder einen Dienstleister ausgewählt haben und einen Termin vereinbaren möchten, wenden Sie sich bitte telefonisch an.

 **(+1) 800 541 1983**
(gebührenfrei aus den USA)



Ein Rezept erhalten

Sie können eine Rabatt-Apothekenkarte beantragen, die Sie nutzen können, wenn die Rezeptgebühr nicht von Ihrem Versicherungsschutz umfasst wird. Um sich zu registrieren und die Rabattkarte für Apotheken zu erhalten, gehen Sie einfach auf folgende Website und klicken Sie „Print Discount Card“:

🌐 <http://members.omhc.com/awc/prescriptions.html>



**ALLGEMEINE
VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN
IHRES
VERSICHERUNGSSCHUTZES**



ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

In diesem Teil werden die Leistungen und Regelungen Ihrer Versicherungspolice beschrieben.

Ihr Krankenversicherungsvertrag ist ein Jahresvertrag zwischen Allianz Care und dem bzw. den auf dem Versicherungsschein genannten Versicherten. Der Vertrag besteht aus:

- Dem **Versicherungshandbuch** (diesem Dokument), das die Leistungen und Regelungen Ihrer Krankenversicherung erklärt. Lesen Sie dieses bitte zusammen mit Ihrem Versicherungsschein und Ihrer Tariflichen Leistungszusage.
- Dem **Versicherungsschein**. Er legt den gewählten Tarif bzw. die gewählten Tarife, das Anfangs- und Verlängerungsdatum der Versicherung (und den Versicherungsbeginn für hinzugefügte mitversicherte Angehörige) sowie den versicherten geografischen Geltungsbereich fest. Sollten andere Bedingungen für Ihren Versicherungsschutz gelten, sind diese im Versicherungsschein angegeben. Diese sind auch in einem Sondervereinbarungsformular aufgeführt, das wir Ihnen zusenden, bevor Ihr Versicherungsschutz bestätigt wurde. Wir werden Ihnen einen neuen Versicherungsschein senden, wenn Sie Änderungen beantragen, z.B. einen Familienangehörigen hinzufügen möchten, und wir diese akzeptieren oder wenn wir Änderungen anwenden, zu denen wir berechtigt sind.
- Der **Tarifliche Leistungszusage**. In dieser werden die ausgewählten Tarife und die Ihnen zur Verfügung stehenden Leistungen angegeben sowie Informationen zu den Leistungen und Behandlungen, für die eine Kostenzusage eingeholt werden muss. Es werden außerdem die Leistungen bestätigt, für die bestimmte Höchsterstattungsbeträge, Wartezeiten, Selbstbeteiligungen und / oder Eigenanteile gelten.
- Informationen, die uns vom oder im Namen der Versicherten im unterzeichneten Antragsformular, im eingereichten Online-Antragsformular, in der Bestätigung des Gesundheitszustands oder in anderen Formularen angegeben wurden (nachfolgend werden alle diese als „relevantes Antragsformular“ bezeichnet) oder andere unterstützende medizinische Informationen.

IHR VERSICHERUNGSSCHUTZ ERKLÄRT

Die von Ihnen ausgewählten Tarife sind in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegeben. Dort werden alle versicherten Leistungen sowie die geltenden Höchsterstattungsbeträge aufgeführt. Um zu erfahren wie die Höchsterstattungsbeträge Ihres Tarifs angewandt werden, lesen Sie bitte den Abschnitt Erstattungsbeträge.

Alle Leistungen unterliegen zudem:

- Den Definitionen und Ausschlüssen der Versicherung (diese sind auch in diesem Handbuch aufgelistet).
- Allen besonderen Bestimmungen oder Sondervereinbarungen, die in Ihrem Versicherungsschein (und auf dem Sondervereinbarungsformular, das vor Versicherungsbeginn ausgestellt wurde) angegeben sind.

Versicherungsumfang

- Ihre Tarifliche Leistungszusage, der Versicherungsschein, etwaige Policennachträge, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie eventuelle gesetzliche Anforderungen legen den Umfang Ihres Versicherungsschutzes fest. Wir erstatten im Rahmen Ihrer Tariflichen Leistungszusage und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen die Kosten, die im Zusammenhang mit einer Erkrankung oder Verschlechterung des Gesundheitszustands entstehen.
- Im Rahmen Ihrer Police sind Sie für medizinische Behandlungen, Kosten und Services versichert, die wir als medizinisch notwendig erachten und die für den Zustand, die Krankheit oder die Verletzung des Patienten angemessen sind. Sie müssen außerdem einen palliativen, kurativen oder diagnostischen Zweck haben und von einem zugelassenen Arzt, Zahnarzt oder Therapeuten durchgeführt werden. Die Kosten werden übernommen, wenn es sich um übliche und allgemein anerkannte medizinische Verfahren handelt. Das bedeutet, dass sie im Land der Behandlung üblich sind. Wir erstatten medizinische Dienstleister nur dann, wenn ihre Gebühren angemessen und üblich sind und den üblichen und allgemein anerkannten medizinischen Verfahren entsprechen. Wenn wir der Meinung sind, dass ein Erstattungsantrag unangemessen ist, behalten wir uns das Recht vor, den von uns gezahlten Betrag zu reduzieren oder abzulehnen.
- Diese Police erstattet keine medizinischen Kosten oder Leistungen, wenn diese gegen geltende Sanktionen, Gesetze oder Vorschriften der Vereinten Nationen, der Europäischen Union oder andere geltende Wirtschafts- oder Handelssanktionen, Gesetze oder Vorschriften verstoßen.

Der Versicherungsschutz beginnt ...

... wenn Sie Ihren Versicherungsschein erhalten. Dies ist unsere Bestätigung, dass Ihr Versicherungsschutz beginnt. Sie finden dort das Datum des Versicherungsbeginns. Sie müssen Ihren Erstbeitrag und die nachfolgenden Beiträge bis zum Fälligkeitsdatum bezahlt haben, um einen Erstattungsantrag auf versicherte Leistungen zu stellen.

Wenn Angehörige im Rahmen der Police mitversichert ist, werden diese im Versicherungsschein genannt sowie der Beginn deren Versicherungsschutzes. Die Angehörigen können bis zum Ausscheiden des Versicherungsnehmers aus dem Vertrag mit versichert bleiben und so lange, wie eventuelle Kinder

innerhalb der definierten Altersbegrenzung bleiben. Kinder können bis zum Tag vor ihrem 18.Geburtstag oder bis zum Tag vor ihrem 24.Geburtstag, wenn sie sich in einer Vollzeitausbildung befinden, mitversichert werden. Danach können sie ihren eigenen Versicherungsschutz beantragen.

Erstattungsbeträge

Die Tarifliche Leistungszusage zeigt zwei verschiedene maximale Erstattungsbeträge an:

- Der **Höchstleistungsbetrag**, der für einige Tarife angegeben wird, ist der maximale Gesamtbetrag, der für sämtliche Leistungen des Tarifs zusammen, pro versicherte Person und pro Versicherungsjahr, erstattet wird.
- Für einige Leistungen gelten zudem **spezifische Erstattungsbeträge**, die beispielsweise pro Versicherungsjahr, auf Lebenszeit, pro Reise, pro Sitzung oder auch pro Schwangerschaft gelten. In manchen Fällen kann zusätzlich zu den Höchstleistungsbeträgen für Versicherungsleistungen auch eine prozentuale Erstattungsleistung angezeigt werden, z. B. 65% Erstattung, bis zu £4.150/€5.000/US\$6.750/CHF 6.500.

Der Betrag, den wir zurückerstatten, unterliegt dem maximalen Höchstleistungsbetrag des Tarifs (falls einer für Ihren Tarif gilt), auch wenn:

- Ein spezifischer Erstattungsbetrag gilt.
- „Volle Erstattung“ neben der Leistung steht (oder ein Häkchen, das „volle Erstattung“ bzw. „mitversichert“ bedeutet).

Alle Beträge gelten pro Versicherten und pro Versicherungsjahr, sofern nicht anderweitig in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegeben. Wenn Sie für Mutterschaftsleistungen versichert sind, werden diese in Ihrer Tariflichen Leistungszusage zusammen mit den geltenden Höchstleistungsbeträgen und/oder Wartezeiten angegeben. Mutterschaftsleistungen werden entweder „pro Schwangerschaft“ oder „pro Versicherungsjahr“ gezahlt. Ihre Tarifliche Leistungszusage bestätigt dies.

Wenn Ihre Mutterschaftsleistungen „pro Schwangerschaft“ gezahlt werden

Wenn sich eine Schwangerschaft über zwei Versicherungsjahre erstreckt und sich der Höchstleistungsbetrag bei der Vertragsverlängerung ändert, gilt folgendes:

- Im ersten Jahr gelten die Höchstleistungsbeträge für alle erstattungsfähigen Ausgaben.
- Im zweiten Jahr gelten die aktualisierten Höchstleistungsbeträge für alle erstattungsfähigen Ausgaben, die im zweiten Jahr anfallen, abzüglich des gesamten Leistungsbetrags, der bereits im ersten Jahr erstattet wurde.
- Wenn sich der Höchstleistungsbetrag im zweiten Jahr verringert und wir bereits bis zu oder über diesen neuen Betrag für erstattungsfähige Ausgaben im ersten Jahr gezahlt haben, zahlen wir im zweiten Jahr keine zusätzliche Leistung.

Die stationäre Behandlung für Mehrlingsgeburten infolge medizinisch assistierter Fortpflanzung ist bis zu einem Höchstbetrag von £24.900/€30.000/US\$40.500/CHF39.000 pro Kind für die ersten drei Monate nach der Geburt versichert. Kosten für ambulante Behandlungen werden im Rahmen eines entsprechenden Ambulanttarifs erstattet.

ERSTATTUNGSANTRÄGE UND DER PROZESS DER VORHERIGEN KOSTENZUSAGE



Medizinische Erstattungsanträge

Bevor Sie einen Erstattungsantrag an uns richten, beachten Sie bitte die folgendes:

- **Zeitraumen für Erstattungsanträge:** Reichen Sie bitte Ihre Erstattungsanträge spätestens sechs Monate nach Ablauf des Versicherungsjahrs (durch unsere MyHealth App oder unser Portal) ein. Wird die Versicherung innerhalb des Versicherungsjahrs gekündigt, so müssen Sie alle Erstattungsanträge spätestens sechs Monate nach Ende des Versicherungsschutzes einreichen. Danach sind wir nicht mehr zur Erstattung verpflichtet.
- **Einreichen von Erstattungsanträgen:** Sie müssen für jede Person, die Ansprüche geltend macht, und für jede Erkrankung einen separaten Erstattungsantrag einreichen.
- **Unterstützende Dokumente:** Bitte bewahren Sie die Originale auf, wenn Sie uns Kopien von Rechnungen (z. B. medizinische Rechnungen) zusenden. Wir sind berechtigt, bis zu 12 Monate nachdem Ihr Erstattungsantrag bezahlt wurde, originale Rechnungen zu Auditzwecken anzufordern. Möglicherweise verlangen wir von Ihnen auch einen Zahlungsnachweis (z. B. eine Bank- oder Kreditkartenabrechnung) für von Ihnen bezahlte Arztrechnungen. Zusätzlich empfehlen wir Ihnen, Kopien der gesamten Korrespondenz mit uns aufzubewahren. Wir übernehmen keine Haftung für Korrespondenz, die auf dem Postweg oder anderweitig außerhalb unseres Verantwortungsbereichs verloren geht.
- **Selbstbeteiligungen:** Wenn der von Ihnen geforderte Betrag geringer ist als die Selbstbeteiligung Ihres Tarifs, dann haben Sie folgende Möglichkeiten:
 - Sammeln Sie alle Rechnungen für ambulante Behandlungen bis Sie einen Betrag erreicht haben, der diese Selbstbeteiligung übersteigt.
 - Senden Sie uns nach jeder Behandlung Ihren Antrag auf Erstattung. Sobald Sie den Betrag der Selbstbeteiligung erreicht haben, werden wir beginnen Ihnen Ihre Kosten zu erstatten.Fügen Sie Ihrem Antrag alle Belege und Rechnungen bei.
- **Währung :** Bitte geben Sie die Währung an, in der Sie bezahlt werden möchten. In seltenen Fällen können wir aufgrund internationaler Bankvorschriften in bestimmten Währungen keine Zahlungen vornehmen. In diesem Fall suchen wir gerne eine geeignete Alternativwährung. Wenn wir von einer Währung in eine andere umrechnen müssen, verwenden wir den Wechselkurs, der am Rechnungsdatum gültig war oder denjenigen, der am Tag der Zahlung Ihrer Erstattung gültig ist. Bitte beachten Sie, dass wir uns das Recht vorbehalten zu entscheiden, welchen Wechselkurs wir anwenden.
- **Rückerstattung:** Wir erstatten nur erstattungsfähige Kosten (im Rahmen der Höchsterstattungsbeträge Ihrer Police), nachdem wir eventuelle Bedingungen einer vorherigen Kostenzusage, Selbstbeteiligungen oder Eigenanteile, wie in der Tariflichen Leistungszusage angegeben, berücksichtigt haben.
- **Angemessene und übliche Kosten:** Wir erstatten die Kosten für medizinische Leistungen, wenn sie angemessen sind und ihre Höhe den üblichen Gebühren für standardmäßige und allgemein anerkannte medizinische Verfahren entspricht. Wenn wir der Meinung sind, dass ein Erstattungsantrag unangemessen ist, behalten wir uns das Recht vor, den von uns gezahlten Betrag zu reduzieren oder abzulehnen.



- **Anzahlung:** Müssen Sie vor einer medizinischen Behandlung eine Anzahlung leisten, so werden Ihre Kosten nach der Behandlung zurückerstattet.
- **Informationen bereitstellen:** Sie und Ihre Angehörigen erklären sich damit einverstanden, uns bei der Beschaffung aller Informationen zu unterstützen, die wir zur Bearbeitung eines Erstattungsantrags benötigen. Wir sind berechtigt, in direkten Kontakt mit medizinischen Dienstleistern oder behandelnden Ärzten zu treten und Einsicht in medizinische Unterlagen zu nehmen. Falls wir es für notwendig erachten, können wir auf unsere Kosten eine medizinische Untersuchung durch unsere Ärzte verlangen. Alle Informationen werden vertraulich behandelt. Wir behalten uns vor, die Leistungen zu verweigern, falls Sie oder Ihre Familienangehörigen uns nicht bei der Beschaffung dieser Informationen unterstützen.

Leistungen bei einem Todesfall durch einen Unfall

Wenn die Leistung „Todesfall durch einen Unfall“ Teil Ihres Versicherungsschutzes ist, muss der Erstattungsantrag für diese Leistung innerhalb von 90 Arbeitstagen nach dem Sterbedatum der versicherten Person gestellt werden.

Bitte senden Sie uns:

- Ein vollständig ausgefülltes Leistungsantragsformular der Lebens- und Unfalltodversicherung.
- Eine Sterbeurkunde.
- Einen medizinischen Bericht, der die Todesursache enthält.
- Eine schriftliche Erklärung mit der Angabe des Datum, des Ortes und den Umständen des Unfalls.
- Offizielle Unterlagen zum Nachweis des Familienstands der versicherten Person (d. H. ob sie verheiratet ist oder Kinder hat).
- Für die Begünstigten, ein Identitätsnachweis sowie Nachweis ihrer Beziehung zur versicherten Person.

Begünstigte sind, soweit nicht anderweitig vom Versicherten angegeben:

- Der Ehepartner oder Partner des Versicherten, wenn nicht rechtskräftig geschieden.
- Falls kein Ehepartner vorhanden ist, die hinterlassenen Kinder des Versicherten (einschließlich Stief-, Adoptiv- und Pflegekinder) und die innerhalb von 300 Tagen nach dem Tod des Versicherten geborenen Kinder; zu gleichen Teilen.
- Falls keine Kinder vorhanden sind, Vater und Mutter des Versicherten zu gleichen Teilen, bzw. der der überlebende Elternteil (falls einer verstorben ist).
- Falls keine Eltern vorhanden sind, geht die Summe in die Erbmasse des Versicherten ein.

Wenn Sie einen anderen Begünstigten als die oben genannten ernennen möchten, wenden Sie sich bitte an unsere Helpline.

Beachten Sie bitte, dass wenn der Versicherten und eines oder alle Begünstigten im selben Ereignis verstreben sollten, der Versicherte als zuletzt verstorben betrachtet wird.

Behandlung durch Verschulden eines Dritten

Wenn eine Behandlung durch Verschulden eines Dritten erforderlich geworden ist, müssen Sie uns dies so schnell wie möglich schriftlich mitteilen. Zum Beispiel, wenn Sie nach einem Verkehrsunfall behandelt werden müssen, bei dem Sie unschuldig sind. Bitte unternehmen Sie alle angemessenen Schritte, um die Versicherungsdaten der schuldigen Person zu erhalten. Wir können dann die Kosten der von uns bezahlten Behandlung vom anderen Versicherer des Schuldigen zurückfordern. Wenn Ihnen die Kosten für die von uns übernommene Behandlung erstattet werden, müssen Sie den entsprechenden Betrag (einschließlich Zinsen) an uns zurückzahlen.

Vorherige Kostenzusage

Manche Ihnen zur Verfügung stehenden Leistungen müssen im Voraus genehmigt werden. Diese sind zudem mit einer 1 oder 2 in Ihrer Tariflichen Leistungszusage gekennzeichnet. Um eine Vorabgenehmigung zu erhalten, senden Sie uns bitte ein Kostenzusageformular.

Die folgenden Leistungen und Behandlungen müssen normalerweise vorher genehmigt werden. Dies kann sich von Tarif zu Tarif unterscheiden. Prüfen Sie daher bitte immer Ihre Tarifliche Leistungszusage.

- Alle aufgeführten stationären Leistungen¹ (wenn Sie über Nacht im Krankenhaus bleiben müssen).
- Teilstationäre Behandlung/Tagesklinik².
- Kosten für eine Begleitperson im Falle einer medizinischen Überführung oder eines medizinischen Rücktransports².
- Nierendialyse².
- Langzeitpflege².
- Medizinische Überführung bei entsprechender Versicherung² (oder Rücktransport², falls versichert).
- Kernspintomografie (MRT), eine vorherige Kostenzusage ist für ein MRT nur nötig, wenn Sie möchten, dass wir die Kosten direkt mit dem Krankenhaus abrechnen.
- Häusliche Pflege oder Aufenthalt in einem Genesungsheim².
- Beschäftigungstherapie² (nur ambulante Behandlung muss im Voraus genehmigt werden).
- Onkologie² (nur stationäre oder teilstationäre Behandlung muss im Voraus genehmigt werden).
- Ambulante Operationen².
- Palliativmedizinische Betreuung².
- Positronenemissions- (PET)² und Computer-Positronenemissionstomografie² (CT-PET).
- Präventive Operationen².
- Rehabilitationsmaßnahmen².
- Rücktransport im Todesfall².
- Reguläre Schwangerschaft², Reguläre Entbindung und Neugeborenenpflege², Komplikationen bei Schwangerschaft und Entbindung² (nur stationäre Behandlungen müssen im Voraus genehmigt werden)
- Reisekosten für versicherte Familienmitglieder im Falle einer Überführung², oder eines Rücktransports, falls versichert).
- Reisekosten für versicherte Familienmitglieder im Falle einer Überführung der sterblichen Überreste².
- Kosten für Reisen zu einer anderen Kanalinsel, in das Vereinigte Königreich oder nach Frankreich².

Durch das Kostenzusageformular können wir Ihre Rechnung direkt mit Krankenhäusern, Kliniken und anderen medizinischen Einrichtungen begleichen.

Wenn Sie einen Erstattungsantrag einreichen, ohne dass Sie eine vorherige Kostenzusage erhalten haben, gilt folgendes:

- Wenn die erhaltene Behandlung sich als medizinisch unnötig erweist, behalten wir uns das Recht vor, den **Erstattungsantrag abzulehnen**.
- Für die in der **Tariflichen Leistungszusage mit einer 1 gekennzeichneten Leistungen** behalten wir uns das Recht vor, den Erstattungsantrag abzulehnen. Bei später nachgewiesener medizinischer Notwendigkeit der Behandlungen werden lediglich **80%** der erstattungsfähigen Kosten erstattet.
- Für die in der **Tariflichen Leistungszusage mit einer 2 gekennzeichneten Leistungen** behalten wir uns das Recht vor, den Erstattungsantrag abzulehnen. Bei später nachgewiesener medizinischer Notwendigkeit der Behandlungen werden lediglich **50%** der erstattungsfähigen Kosten erstattet.



BEITRAGSZAHLUNG

Die Versicherungsbeiträge für jedes Versicherungsjahr basieren auf dem Alter des jeweiligen Versicherten am ersten Tag des Versicherungsjahres, dem geografischen Geltungsbereich seiner Versicherung, dem Aufenthaltsland des Versicherungsnehmers, der gültigen Versicherungsbeiträge und anderen Risikofaktoren, die eine wesentliche Auswirkung auf die Versicherung haben können.

Durch die Annahme des Versicherungsschutzes haben Sie sich einverstanden erklärt, den in Ihrem Angebot angegebenen Beitrag durch die angegebene Zahlungsmethode zu entrichten. Sie müssen Ihre Versicherungsbeiträge im Voraus bezahlen. Der Erstbeitrag bzw. die erste Beitragsrate ist sofort nach unserer Annahme Ihres Versicherungsantrags durch uns fällig. Folgebeiträge sind jeweils am ersten Tag des gewählten Zahlungszeitraums fällig. Sie können je nach vereinbarter Zahlungsweise monatliche, vierteljährliche, halbjährliche oder jährliche Zahlungen wählen. Wenn Sie Ihre Rechnung erhalten, überprüfen Sie bitte, ob der Versicherungsbeitrag mit dem Betrag auf dem Angebot, das Sie erhalten haben, übereinstimmt und kontaktieren Sie uns sofort, wenn dies nicht der Fall ist. Wir sind nicht verantwortlich für Zahlungen, die über Dritte erfolgen.

Zahlen Sie Ihre Beiträge bitte in der Währung, die Sie bei Antragstellung gewählt haben. Wenn Sie Ihren Beitrag aus irgendeinem Grund nicht bezahlen können, rufen Sie uns bitte unter der folgenden Telefonnummer an:

 **+353 1 630 1302**

Änderungen der Zahlungsbedingungen sind nur bei Versicherungsverlängerung möglich und müssen schriftlich unter Einhaltung einer Frist von mindestens 30 Tagen vor dem Verlängerungsdatum eingereicht werden. Die Nichtzahlung des Erst- oder Folgebeitrags kann den Verlust des Versicherungsschutzes zur Folge haben.

Wird der Erstbeitrag nicht fristgerecht bezahlt, können wir so lange vom Vertrag zurücktreten, wie der Erstbeitrag aussteht. Wenn wir die ausstehenden Beiträge nicht innerhalb von drei Monaten ab Inkrafttreten, Versicherungsbeginn oder Abschluss des Versicherungsvertrags gerichtlich geltend machen, gilt dies als Rücktritt vom Vertrag. Wird ein Folgebeitrag nicht fristgerecht bezahlt, so können wir schriftlich und zulasten des Versicherungsnehmers eine Frist von mindestens zwei Wochen zur vollständigen Bezahlung des ausstehenden Beitrags setzen. Nach Ablauf dieser Frist können wir den Vertrag schriftlich und mit sofortiger Wirkung kündigen und die Zahlungen Ihrer Leistungen einstellen.

Die Wirksamkeit der Kündigung kann aufgehoben werden, indem der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung bzw. innerhalb eines Monats nach Ablauf einer gesetzten Frist den ausstehenden Betrag bezahlt. Dies setzt voraus, dass zwischenzeitlich kein Leistungsfall eingetreten ist.

Zahlung anderer Gebühren

Falls zutreffend, müssen Sie möglicherweise zusätzlich zu Ihrem Beitrag die folgenden Steuern zahlen:

- Steuer auf Versicherungsbeiträge
- Mehrwertsteuer
- Andere Steuern und Abgaben oder Gebühren in Bezug auf Ihren Versicherungsschutz, die wir Ihnen möglicherweise gesetzlich berechnen müssen.

Diese Gebühren können bei Versicherungsbeginn bereits zu zahlen sein oder erst später eingeführt werden (oder sich in Zukunft ändern). Ihre Rechnung zeigt diese Steuern an. Wenn sich diese ändern oder neue Steuern eingeführt werden, werden wir Sie schriftlich informieren.

In einigen Ländern kann es auch erforderlich sein, eine Quellensteuer zu erheben. In diesem Fall liegt es in Ihrer Verantwortung, diesen Betrag zu berechnen und zusätzlich zu Ihrem Versicherungsbeitrag (der an uns bezahlt wird) an die entsprechenden Behörden zu zahlen.



VERWALTUNG IHRER POLICE

Mitversichern von Familienangehörigen

Sie können die Mitversicherung eines Familienangehörigen durch das Ausfüllen des entsprechenden Antragsformulars beantragen.

Wie kann ich ein Neugeborenes zu meiner Police hinzufügen?

Bitte senden Sie uns innerhalb vier Wochen nach der Geburt Ihres Kindes eine E-Mail mit der Geburtsurkunde an underwriting@allianzworldwidecare.com. Wir akzeptieren Neugeborene ohne eine medizinische Risikoprüfung wenn der leibliche oder der vorgesehene Elternteil (im Falle einer Leihmutterschaft) seit mindestens acht Monaten ohne Unterbrechung bei uns versichert ist. Der Versicherungsschutz gilt ab der Geburt.

Was passiert wenn ich mich nicht innerhalb von vier Wochen melde?

Das Neugeborene wird dann medizinisch risikoprüft und ab dem Zeitpunkt der Annahme des Versicherungsschutzes durch uns mitversichert.

Was wenn ich Mehrlingsgeburten, Adoptiv- oder Pflegekinder mitversichern will?

Mehrlingsgeburten, Pflege- und Adoptivkinder unterliegen einer medizinischen Risikoprüfung und werden, soweit der Antrag auf Versicherungsschutz angenommen wird, ab dem Datum der Annahme mitversichert. Stationäre Behandlungen für Mehrlingsgeburten infolge medizinisch assistierter Fortpflanzung sind bis zu einem Höchstbetrag von £24.900/€30.000/US\$40.500/CHF39.000 pro Kind für die ersten drei Monate nach der Geburt versichert. Kosten für ambulante Behandlungen werden innerhalb der Höchsterstattungsbeträge eines entsprechenden Ambulanttarifs erstattet.

Änderung des Versicherungsnehmers

Wenn zum Verlängerungsdatum eine Änderung des Versicherungsnehmers beantragt wird, muss der neue Versicherungsnehmer ein Antragsformular ausfüllen und es erfolgt eine medizinische Risikoprüfung. Lesen Sie bitte den Abschnitt „Tod des Versicherungsnehmers oder eines Familienangehörigen“, wenn die Änderung beantragt wird, da der Versicherungsnehmer verstorben ist.

Tod des Versicherungsnehmers oder eines Familienangehörigen

Verstirbt der Versicherungsnehmer oder ein Familienangehöriger, informieren Sie uns bitte schriftlich innerhalb von 28 Tagen. Verstirbt der Versicherungsnehmer, wird der Versicherungsvertrag beendet und der Beitrag des aktuellen Versicherungsjahres wird anteilmäßig zurückgezahlt, falls keine Erstattungsanträge gestellt wurden. Alternativ kann auch der nächste im Versicherungsschein genannte Familienangehörige seine Aufnahme als Versicherungsnehmer beantragen und andere Familienangehörige mitversichern lassen. Wenn der Antrag innerhalb von 28 Tagen gestellt wird,

können wir nach eigenem Ermessen darauf verzichten, zusätzlich Beschränkungen und Ausschlüsse in den Versicherungsvertrag aufzunehmen, als die, die zum Zeitpunkt des Todes des Versicherungsnehmer bereits gelten. Sollte ein Familienangehöriger versterben, wird dieser aus dem Versicherungsvertrag genommen und es erfolgt eine anteilige Rückzahlung der Beiträge für das laufende Jahr für diesen Familienangehörigen, wenn keine Erstattungsanträge eingereicht wurden. Wir können vor der Rückerstattung nach eine Sterbeurkunde fragen.

Änderung des Umfangs Ihres Versicherungsschutzes

Wenn Sie Ihren Versicherungsumfang ändern möchten, wenden Sie sich bitte vor dem Verlängerungsdatum Ihrer Versicherung an uns, um die verfügbaren Optionen zu besprechen. Änderungen am Versicherungsschutz können nur bei Vertragsverlängerung erfolgen. Falls Sie den Versicherungsumfang erweitern möchten, können wir verlangen, dass Sie vor der Annahme Ihres Antrags durch uns einen Fragebogen zu Ihrer Krankengeschichte ausfüllen und/oder bestimmten Beschränkungen und Ausschlüssen zum zusätzlichen Versicherungsschutz zustimmen. Wenn wir eine Erweiterung des Versicherungsumfangs akzeptieren, sind zusätzliche Beiträge zu entrichten. Es ist außerdem möglich, dass Wartezeiten anfallen.

Änderung des Aufenthaltslandes

Es ist wichtig, dass Sie uns über einen Wechsel Ihres Aufenthaltslandes informieren. Dieser kann Einfluss auf Ihren Versicherungsschutz oder Beitrag haben kann, selbst wenn Sie in ein Land ziehen, das innerhalb des Geltungsbereichs Ihrer Versicherung liegt. Versicherungsschutz in manchen Ländern unterliegt lokalen Gesetzgebungen für Krankenversicherungen, insbesondere für Personen, die dort ihren Wohnsitz haben. Sie müssen auf eigene Verantwortung sicherstellen, dass Ihre Krankenversicherung den gesetzlichen Anforderungen entspricht. Wenn Sie sich nicht sicher sind, sollten Sie sich unabhängigen rechtlichen Rat einholen, da es uns eventuell nicht mehr möglich sein wird, Ihnen Versicherungsschutz zu bieten. Unser Versicherungsschutz ist kein Ersatz für eine nationale Pflichtkrankenversicherung.

Änderungen Ihrer Adresse oder E-Mail Adresse

Wir werden sämtliche Korrespondenz an die Adresse senden, die Sie bei uns hinterlegt haben, sofern nichts anderes verlangt wird. Sie sollten uns schnellstmöglich schriftlich über jede Änderung Ihrer Privat-, Geschäfts- oder E-Mail Adresse informieren.

Korrespondenz

Wenn Sie uns schreiben möchten, bitte senden Sie eine E-Mail oder einen Brief per Post (frankiert). Wir senden Originaldokumente normalerweise nicht an Sie zurück. Wenn Sie aber danach fragen, machen wir es gerne.

Verlängerung Ihrer Versicherung

Vorbehaltlich der Bestimmungen über die Gründe, warum Ihr Versicherungsschutz enden würde, verlängert sich Ihr Versicherungsvertrag automatisch um ein weiteres Versicherungsjahr, wenn:

- Der Tarif, den Sie gewählt haben, weiterhin verfügbar ist.
- Wir den Versicherungsschutz in Ihrem Land weiterhin anbieten können.
- Alle fälligen Beiträge gezahlt wurden.
- Die Zahlungsangaben zum Datum der Vertragsverlängerung weiterhin gültig sind. Bitte informieren Sie uns, falls Sie eine neue Kreditkarte erhalten oder falls sich Ihre Bankdaten ändern.

Als Teil dieses neuen Prozesses werden Sie einen Monat vor dem Verlängerungsdatum einen neuen Versicherungsschein mit den Einzelheiten zu den Änderungen Ihrer Versicherungspolice erhalten. Sollten Sie Ihren Versicherungsschein nicht innerhalb eines Monats vor Ihrem Verlängerungsdatum erhalten, informieren Sie uns bitte.

Änderungen, die wir bei Vertragsverlängerung vornehmen können

Wir haben das Recht, ab dem Verlängerungsdatum überarbeitete Versicherungsbedingungen anzuwenden. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifliche Leistungszusage, die bei der Verlängerung gültig sind, gelten für das gesamte neue Versicherungsjahr. Wir können die Beiträge, Leistungen und Regeln Ihres Versicherungsvertrags zum Verlängerungsdatum ändern, u.a. wie wir Beiträge berechnen und die Zahlungsmethode oder Häufigkeit der Zahlungen. Diese Änderungen gelten erst ab dem Verlängerungsdatum, unabhängig davon, wann die Änderung vorgenommen wird. Wir fügen keine Einschränkungen oder Ausschlüsse hinzu, die persönlich für den Versicherungsschutz eines Versicherten in Bezug auf Erkrankungen gelten, die nach Versicherungsbeginn begonnen haben, vorausgesetzt, uns sind vor Inkrafttreten des Versicherungsvertrages die angeforderten Informationen zugegangen und es wurde keine Erweiterung des Versicherungsschutzes beantragt.

Wir setzen Sie über alle Änderungen schriftlich in Kenntnis. Wenn Sie mit den von uns vorgenommenen Änderungen nicht einverstanden sind, können Sie Ihren Versicherungsvertrag kündigen. Die Änderungen haben keine Gültigkeit, wenn Sie Ihre Versicherung innerhalb von 30 Tagen ab Inkrafttreten der Änderungen oder innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt unserer Mitteilung über die Änderungen (je nachdem, was später eintrifft) kündigen.

Ihr Widerrufsrecht

Sie können Ihren Versicherungsvertrag, bezogen auf alle versicherten Personen oder nur auf einen oder mehrere Angehörige, innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt der vollständigen Versicherungsbedingungen oder ab dem Datum des Versicherungsbeginns/ der Vertragsverlängerung Ihrer Versicherung (es gilt das später eintreffende) widerrufen. Der Widerruf Ihres Versicherungsvertrags kann nicht rückdatiert werden.

Falls Sie den Versicherungsvertrag widerrufen möchten, füllen Sie bitte das Formular Widerrufsrecht aus, das Ihnen mit Ihren Versicherungs- bzw. Verlängerungsunterlagen zugestellt wurde. Senden Sie das ausgefüllte Formular bitte per E-Mail an: underwriting@allianzworldwidecare.com. Alternativ können Sie dieses Formular auch an unser Client Services Team an die Adresse auf der Rückseite dieses Versicherungshandbuchs senden.

Wenn Sie von Ihrem Widerrufsrecht innerhalb der Frist von 30 Tagen Gebrauch machen, sind Sie zu einer vollständigen Rückerstattung der Beiträge des neusten Versicherungsjahres berechtigt, die für den Versicherten geleistet wurde, dessen Versicherungsschutz widerrufen wurde. Voraussetzung hierfür ist,

dass keine Erstattungsanträge eingereicht bzw. erstattet wurden. Wenn Sie Ihren Versicherungsvertrag nicht innerhalb der Widerrufsfrist von 30 Tagen widerrufen (oder eine Änderung beantragen), ist der Versicherungsvertrag für beide Vertragsparteien bindend und der gesamte Beitrag für das jeweilige Versicherungsjahr in der von Ihnen gewählten Zahlungsweise zu bezahlen.

Gründe für die Beendigung Ihres Versicherungsschutzes

In folgenden Fällen endet Ihr Versicherungsschutz (sowie der aller im Versicherungsschein genannten Personen):

- Wenn Sie die Beiträge nicht spätestens zum Fälligkeitsdatum bezahlen. Wenn Sie die ausstehenden Beiträge innerhalb von 30 Tagen nach Fälligkeit bezahlen, kann die Versicherung ohne Ausfüllen einer neuen Gesundheitserklärung bestehen bleiben.
- Wenn Sie etwaige Versicherungssteuern bzw. andere Steuern, Abgaben oder Gebühren, die laut Vertrag zu entrichten sind, nicht spätestens bis zum Fälligkeitsdatum bezahlen.
- Bei Tod des Versicherungsnehmers. Weitere Informationen können Sie dem Abschnitt „Tod des Versicherungsnehmers oder eines Familienangehörigen“ entnehmen.
- Wenn glaubhafte Beweise dafür vorliegen, dass der Versicherungsnehmer oder Familienangehörige uns irreführt haben oder versucht haben, uns irrezuführen. Beispiele hierfür sind: Falsche Informationen genannt zu haben, uns einschlägige Informationen vorenthalten oder mit Dritten zusammengearbeitet haben, so dass diese uns falsche Informationen, entweder absichtlich oder fahrlässig, übermittelt haben, so dass sich dies auf die folgenden Entscheidungen auswirken kann:
 - Ob sie in den Versicherungsvertrag aufgenommen werden
 - Wie hoch die zu zahlenden Beiträge sind
 - Ob wir eine Erstattungszahlung leistenWeitere Informationen können Sie dem Abschnitt „Zusätzliche Bedingungen“ entnehmen.
- Wenn Sie sich entscheiden, Ihren Versicherungsvertrag, nachdem Sie uns schriftlich innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt der vollständigen Versicherungsbedingungen oder nach dem Anfangs-/Verlängerungsdatum Ihrer Versicherung, je nachdem, welcher Termin später liegt, zu widerrufen. Weitere Informationen können Sie dem Abschnitt „Ihr Widerrufsrecht“ entnehmen.

Wenn Ihre Versicherung nicht aufgrund von Betrug oder Unterlassung einer wesentlichen Angabe, sondern aus einem anderen Grund endet, erstatten wir Ihnen alle Beiträge, die Sie für den Zeitraum nach dem Versicherungsende geleistet haben, nach Abzug aller Gelder, die Sie uns schulden. Mit Ende Ihres Versicherungsvertrags endet der Versicherungsschutz für Ihre Familienangehörigen ebenfalls.

Ablauf der Versicherung

Bei Ablauf Ihres Versicherungsvertrags erlischt Ihr Recht auf Erstattung von Kosten versicherter Leistungen. Bis zu sechs Monate nach Ablauf Ihrer Versicherung erstatten wir alle erstattungsfähigen Kosten, die während des Versicherungszeitraums angefallen sind. Wir werden jedoch keine Kosten erstatten (z. B. für laufende Behandlungen), die nach Ablauf der Versicherung angefallen sind.

WEITERE BESTIMMUNGEN FÜR IHREN VERSICHERUNGSSCHUTZ

1. Geltendes Recht:

- **Wenn Sie im Europäischen Wirtschaftsraum leben:** Ihre Police unterliegt den Gesetzen und Gerichten Ihres Wohnsitzlandes, sofern gesetzlich nicht anderes vorgeschrieben.
- **Wenn Sie außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums leben:** Ihre Police unterliegt den Gesetzen und Gerichten Irlands, sofern gesetzlich nicht anderes vorgeschrieben.

2. Wirtschaftssanktionen: Es besteht kein Versicherungsschutz wenn ein Bestandteil der Versicherung, der Leistungen, Tätigkeiten oder Geschäfte gegen geltende Sanktionen oder Regulierungen der Vereinten Nationen, der Europäischen Union oder jeglicher anderer Wirtschafts- bzw. Handelssanktionen oder -regulierungen verstoßen.

3. Beträge die wir leisten: Wir haften mit den in der Tariflichen Leistungszusage und in etwaigen folgenden Policennachträgen genannten Beträgen. Der Gesamterstattungsbetrag aus dieser Versicherungspolice, aus einer gesetzlichen Krankenversicherung und anderen Versicherungen wird auf keinen Fall den Rechnungsbetrag übersteigen.

4. Wer kann Änderungen an Ihrer Police vornehmen: Niemand außer einer von Ihnen autorisierte Person darf in Ihrem Namen Änderungen an Ihrer Police vornehmen. Änderungen am Versicherungsschutz sind nur gültig, wenn sie schriftlich von uns bestätigt wurden.

5. Wenn Versicherungsschutz durch jemand anderen bereit gestellt wird: Wir können einen Erstattungsantrag ablehnen, wenn Sie oder einer Ihrer Angehörigen Anspruch auf Leistungen haben von:

- Einem öffentlichen System oder einer gesetzlichen Krankenversicherung
- Einer anderen Krankenversicherung
- Anderer Dritter

Sollte dies der Fall sein, müssen Sie uns darüber informieren und uns alle notwendigen Informationen mitteilen. Sie und Dritte dürfen ohne unser vorheriges schriftliches Einverständnis weder eine Schlussabrechnung vereinbaren noch auf unser Recht auf Rückforderung von Auslagen verzichten. Anderenfalls steht uns das Recht zu, die an Sie ausbezahlten Beträge zurückzufordern und den Versicherungsvertrag zu kündigen.

Wir haben das Recht, jeden Betrag, den wir für eine Forderung gezahlt haben, von einem Dritten zurückzufordern, wenn die Kosten von diesem Dritten fällig wären oder geleistet wurden. Dies nennt man Rechtsnachfolge. Wir können auf unsere Kosten rechtliche Schritte in Ihrem Namen einleiten, um dies zu erreichen.

Wir leisten keinen Beitrag an einen anderen Versicherer, wenn die Kosten ganz oder teilweise von diesem Versicherer übernommen werden. Wenn der Tarif von uns jedoch einen höheren Betrag versichert als der des anderen Versicherers, zahlen wir den Betrag, der nicht von diesem gezahlt wird.

6. Umstände außerhalb unserer Kontrolle (höhere Gewalt): Wir versuchen immer unser Bestes für Sie zu tun. Wir haften jedoch nicht für Verzögerungen oder Fehler in unseren Verpflichtungen Ihnen gegenüber, die durch Dinge verursacht werden, die außerhalb unserer angemessenen Kontrolle liegen. Beispiele sind extreme Wetterbedingungen, Überflutungen, Erdbeben, Stürme, Blitzschlag, Feuer, Bergsenkungen, Epidemien, terroristische Gewalttaten, Ausbruch militärischer Kampfhandlungen (egal ob ein Krieg erklärt wurde oder nicht), Aufstände, Explosionen, Streiks oder sonstige Arbeitsunruhen, zivile Unruhen, Sabotage, Enteignung durch Regierungsstellen.

7. Betrug:

a) Die Angaben, die Sie und Ihre Angehörigen machen, z. B. auf dem Antragsformular oder weiteren Dokumenten, müssen genau und vollständig sein. Wenn diese nicht korrekt sind oder Sie uns Informationen verschweigen, die unsere Risikoprüfungsentscheidung beeinflussen könnten, wird Ihre Police möglicherweise ab Versicherungsbeginn ungültig. Sie müssen uns außerdem über alle Erkrankungen oder medizinischen Beschwerden informieren, die zwischen dem Ausfüllen des Antragsformulars und dem Beginn der Police auftreten. Erkrankungen, die Sie uns nicht mitteilen, werden höchstwahrscheinlich nicht mitversichert. Wenn Sie nicht sicher sind, ob bestimmte Informationen für die Risikoprüfung relevant sind, rufen Sie uns bitte an und besprechen Sie dies mit uns. Wenn sich der Vertrag aufgrund von Falschangaben oder Nichtoffenlegung wesentlicher Informationen als ungültig erweist, werden wir den zu viel gezahlten Versicherungsbeitrag zurückerstatten, abzüglich der Kosten für bereits erstattete Leistungen. Falls der Betrag der bereits erstatteten Leistungen höher als der geleistete Versicherungsbeitrag sein sollte, werden wir die Rückerstattung dieses Betrags beim Hauptversicherten geltend machen.

b) Wir werden keine Erstattungen leisten wenn:

- Der Erstattungsantrag falsch, betrügerisch oder absichtlich übertrieben ist.
- Sie, Ihre Angehörigen oder Personen, die in Ihrem oder im Namen Ihrer Angehörigen handeln, betrügerische Mittel nutzen, um im Rahmen dieser Police Leistungen zu erhalten.

Sämtliche Erstattungen, die vor Bekanntwerden der betrügerischen Handlung oder der Nichtoffenlegung erfolgten, sind mit sofortiger Wirkung an uns zurückzuzahlen. Wenn sich ein Versicherungsvertrag aufgrund falscher, betrügerischer oder vorsätzlich übertriebener Erstattungsanträge als unwirksam erweist oder wenn betrügerische Mittel eingesetzt wurden, wird der Beitrag weder zu Teilen noch als Ganzes zurückerstattet und alle laufenden Erstattungsansprüche verfallen. Im Falle betrügerischer Erstattungsanträge, wird die Versicherung ab dem Zeitpunkt der Entdeckung des betrügerischen Ereignisses gekündigt.

8. Kündigung: Wenn Sie den fälligen und geschuldeten Versicherungsbeitrag nicht vollständig zahlen, wird die Versicherung gekündigt. In diesem Fall informieren wir Sie über die Kündigung, und der Vertrag gilt ab dem Datum, an dem die Zahlung des Versicherungsbeitrags fällig gewesen wäre, als gekündigt. Wenn der Versicherungsbeitrag jedoch spätestens 30 Tage nach dem Fälligkeitsdatum bezahlt wird, lassen wir Ihren Versicherungsschutz wieder aufleben, wobei alle Erstattungsansprüche, die sich im Kündigungszeitraum ergeben haben, geltend gemacht werden können. Wenn der Versicherungsbeitrag jedoch erst nach Ablauf dieser 30-tägigen Frist bezahlt wird, müssen Sie eine Gesundheitserklärung ausfüllen, bevor wir den Versicherungsschutz vorbehaltlich einer medizinischen Risikoprüfung wieder aufleben lassen können.

9. Kontaktaufnahme zu Angehörigen: Zur Verwaltung Ihrer Police müssen wir möglicherweise weitere Informationen anfordern. Wenn wir Informationen zu einem Ihrer Angehörigen anfragen müssen (z. B. wenn wir eine E-Mail Adresse für einen erwachsenen Angehörigen wissen möchten), setzen wir uns mit Ihnen als Kontaktperson in Verbindung und fragen Sie nach den relevanten Informationen, sofern diese vorliegen und keine vertraulichen Information sind. Genau so können wir Ihnen bei

unserer Bearbeitung von Erstattungsanträgen nicht vertrauliche Informationen über ein Familienmitglied senden.

- 10. Nutzung von Medi24:** Der medizinische Informationsdienst Medi24 und die bereitgestellten Informationen zum Thema Gesundheit können sehr hilfreich sein, sind aber kein Ersatz für professionelle medizinische Beratung oder ärztliche Behandlung. Er ist nicht zur medizinischen Diagnose oder Behandlung vorgesehen und die erteilten Informationen dienen nicht diesem Zweck. Holen Sie vor Beginn einer neuen Behandlung oder bei Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand immer ärztlichen Rat ein. Wir sind nicht für etwaige Forderungen, Verluste oder Schäden, die direkt oder indirekt auf die Inanspruchnahme von Medi24 oder die bereitgestellten Informationen zurückzuführen sind, verantwortlich und übernehmen keinerlei Haftung. Medi24-Anrufe werden aufgezeichnet und können zu Schulungs-, Qualitätssicherungs- und Regulierungszwecken überprüft werden.



DATENSCHUTZ UND DIE ERFASSUNG UND VERWENDUNG PERSÖNLICHER DATEN

Unser Datenschutzhinweis erklärt, wie wir Ihre Privatsphäre schützen und wie Ihre persönlichen Daten verwendet werden. Sie sollten diese Information lesen, bevor Sie Ihre persönlichen Daten an uns übermitteln. Um unseren Datenschutzhinweis zu lesen, gehen Sie auf:

🌐 www.allianzcare.com/de/datenschutz.html

Alternativ können Sie uns auch anrufen und eine Kopie unseres Datenschutzhinweises anfragen.

☎ [+353 1 630 13 02](tel:+35316301302)

Falls Sie Fragen dazu haben, wie Ihre persönlichen Daten verwendet werden, schreiben Sie uns eine E-Mail.

@ AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com





BESCHWERDEN UND MEDIATIONSVERFAHREN

Beschwerden

Wenn Sie Anregungen oder Beschwerden haben, rufen Sie bitte immer zuerst unsere Helpline an. Wenn wir das Problem nicht am Telefon lösen konnten, schreiben Sie uns bitte eine E-Mail oder einen Brief:

☎ **+353 1 630 1302**

@ **client.services@allianzworldwidecare.com**

✉ Customer Advocacy Team, Allianz Partners, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irland.

Wir werden Ihre Beschwerde nach unserem internen Beschwerdemanagementprozess handhaben. Weitere Einzelheiten finden Sie hier:

🌐 **www.allianzcare.com/de/beschwerdeverfahren.html**

Sie können sich außerdem an unsere Helpline wenden, die Ihnen gerne eine Kopie unseres Prozesses zukommen lässt.

Mediation

1. Jegliche Streitigkeiten über die medizinische Auslegung von Ergebnissen eines Unfalls oder eines medizinischen Befunds müssen uns innerhalb von neun Wochen nach der Entscheidung mitgeteilt werden. Solche Streitigkeiten werden durch zwei medizinische Experten beigelegt, die von Ihnen und uns schriftlich ernannt werden.
2. Falls Streitigkeiten nicht gemäß Punkt a) beigelegt werden können, versuchen die Parteien, jegliche Konflikte, Meinungsverschiedenheiten oder Forderungen, die aus diesem Vertrag oder aus dessen Bruch, Beendigung oder Unwirksamkeit, hervorgehen oder diesen betreffen, gemäß des Modellschlichtungsverfahrens vom „Centre for Effective Dispute Resolution“ (CEDR = Zentrum für erfolgreiche Beilegung von Rechtsstreitigkeiten) beizulegen, falls der Streitwert €500.000 oder weniger beträgt und wenn die Streitigkeit nicht einvernehmlich zwischen den Parteien beigelegt werden kann. Die Parteien sollten sich auf die Ernennung eines Schlichters einigen. Falls sich die Parteien nicht innerhalb von 14 Tagen auf die Ernennung eines Schlichters einigen können, kann jede Partei, mit schriftlicher Benachrichtigung der jeweils anderen Partei, das CEDR bitten, einen Schlichter zu benennen.

Um eine Schlichtung einzuleiten, muss eine Partei die Andere über die Streitigkeit, für die eine Schlichtung erforderlich ist, schriftlich benachrichtigen („Alternative Dispute Resolution notice = ADR notice“ = Benachrichtigung zur alternativen Beilegung von Rechtsstreitigkeiten) und die Schlichtung verlangen. Eine Kopie der ADR-Benachrichtigung muss an das CEDR geschickt werden. Die Vermittlung beginnt nicht später als 14 Tage nach der ADR-Benachrichtigung. Keine der Parteien

darf ein Gerichtsverfahren oder Schlichtungsverfahren in Bezug auf Konflikte gemäß Punkt b) einleiten, bevor sie eine Schlichtung der Streitigkeit versucht hat und bevor entweder die Schlichtung beendet ist oder die andere Partei es versäumt hat, an der Schlichtung teilzunehmen. Dies gilt unter der Voraussetzung, dass das Recht auf Einleitung eines Verfahrens nicht durch eine Verzögerung beeinträchtigt ist. Das Schlichtungsverfahren findet im Land des anwendbaren Rechts statt. Der im Modellverfahren genannte Schlichtungsvertrag wird gemäß dem Land des anwendbaren Rechts geregelt, ausgelegt und wirksam. Die Gerichte des Landes des anwendbaren Rechts besitzen die alleinige Gerichtsbarkeit, um jegliche Forderungen, Meinungsverschiedenheiten oder Differenzen, die aus der Schlichtung hervorgehen oder mit ihr in Verbindung stehen, beizulegen.

3. Jegliche Konflikte, Meinungsverschiedenheiten oder Forderungen, die:

- aus diesem Vertrag (oder aus dessen Bruch, Beendigung oder Unwirksamkeit) hervorgehen oder diesen betreffen, und deren Streitwert mehr als €500.000 beträgt oder
- die zur Schlichtung gemäß Punkt b) gegeben wurden, aber nicht einvernehmlich durch solch eine Schlichtung innerhalb von drei Monaten nach der ADR-Benachrichtigung beigelegt werden können,

werden ausschließlich von Gerichten des Landes des anwendbaren Rechts entschieden und die Parteien verpflichten sich zur Annahme dieses Gerichtsstands. Alle Verfahren gemäß diesem Punkt c) werden innerhalb von neun Kalendermonaten nach Ablauf der genannten drei Monate eingeleitet.

Rechtliche Schritte

Sie sollten keine gerichtlichen Schritte zur Rückforderung von Beträgen aus dieser Police einleiten, bevor nicht mindestens 60 Tage seit Einreichen des Erstattungsantrags bei uns und höchstens zwei Jahre nach dem Datum des Einreichens vergangen sind, sofern Sie durch gesetzliche Vorschriften nicht zu einem anderweitigen Vorgehen gezwungen sind.



DEFINITIONEN

Die folgenden Definitionen beziehen sich auf sämtliche Leistungen unserer Krankenversicherungstarife und auf andere häufig verwendete Begriffe. Bitte entnehmen Sie Ihrer Tariflichen Leistungszusage, welche Leistungen Ihr Versicherungsschutz umfasst. Sollten speziell zugeschnittene Leistungen in Ihrem Versicherungsschutz enthalten sein, so ist die entsprechende Definition in den Anmerkungen am Ende Ihrer Tariflichen Leistungszusage aufgeführt. Wo immer die nachstehenden Begriffe und Ausdrücke in Ihren Versicherungsunterlagen verwendet werden, haben sie die im Folgenden definierte Bedeutung:



A

Akut bezeichnet den plötzlichen Beginn von Symptomen oder einer Erkrankung.

Angehörige(r) ist bzw. sind Ihr Ehepartner oder Partner (einschließlich gleichgeschlechtlicher Partner) und unverheiratete Kinder (einschließlich Stief-, Adoptiv- oder Pflegekinder), die auf Ihrem Versicherungsschein als Angehörige aufgeführt sind. Kinder können bis zum Tag vor ihrem 18. Geburtstag oder bis zum Tag vor ihrem 24. Geburtstag, wenn sie sich in einer Vollzeitausbildung befinden, im Rahmen Ihres Versicherungsvertrags mitversichert sein.

Ambulante zahnärztliche Notfallbehandlung ist eine Behandlung, die in einer Zahnarztpraxis oder in der Notaufnahme eines Krankenhauses erfolgt und auf die unmittelbare Beseitigung von Zahnschmerzen an einem intakten natürlichen Zahn abzielt. Die Behandlung kann Pulpotomie oder Pulpektomie und den damit einhergehenden provisorischen Füllungen umfassen, begrenzt auf drei Füllungen pro Versicherungsjahr. Die Behandlung muss innerhalb von 24 Stunden nach Eintritt des Notfalls erfolgen. Sie umfasst weder Zahnprothesen noch dauerhaften Zahnersatz oder Wurzelbehandlungen. Wenn Sie einen Zahntarif gewählt haben, besteht Versicherungsschutz für zahnärztliche Behandlungen, die über den Höchsterstattungsbetrag für zahnärztliche Notfallbehandlungen (im Haupttarif) hinausgehen. In diesem Fall gelten die Bestimmungen des Zahntarifs.

Ambulante Notfallbehandlung ist die medizinisch notwendige Behandlung in einer ambulanten Einrichtung oder Notaufnahme eines Krankenhauses, innerhalb von 24 Stunden nach einem Unfall oder einer plötzlich auftretenden Krankheit, ohne dass aus medizinischer Sicht ein Krankenhausaufenthalt über Nacht notwendig ist. Wenn Sie einen Ambulanttarif gewählt haben, besteht Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen, die über den Höchsterstattungsbetrag der Leistung „Ambulante Notfallbehandlung“ hinausgehen im Rahmen des Ambulanttarifs.

Ärzte für Allgemeinmedizin sind Ärzte, die gemäß dem Recht des Landes zugelassen sind, in dem die Behandlung erfolgt und in dem sie zugelassen sind.

Arzt ist eine Person, die als praktizierender Arzt gemäß dem Recht des Landes zugelassen ist, in dem die Behandlung erfolgt und in dem er gemäß seiner Zulassung praktiziert.

Allgemeinmedizinerkosten umfassen nichtchirurgische Behandlungskosten für Behandlungen, die von einem Arzt oder Allgemeinmediziner durchgeführt oder überwacht werden.

Ambulante Operationen sind chirurgische Eingriffe, die in einer Arztpraxis, einer Tagesklinik oder einem Krankenhaus

durchgeführt werden und es aus medizinischer Sicht nicht erfordern, dass Sie über Nacht bleiben.

Ambulante Behandlungen umfassen Behandlungen in der Praxis eines Allgemeinmediziners, Therapeuten oder Facharztes, bei denen Sie nicht in ein Krankenhaus eingewiesen werden.

Angemessen und üblich bezieht sich auf Behandlungskosten im Behandlungsland. Wir erstatten die Kosten für medizinische Leistungen nur, wenn sie angemessen sind und ihre Höhe den üblichen Gebühren für standardmäßige und allgemein anerkannte medizinische Verfahren entspricht.

B

Behandlung bei Unfruchtbarkeit umfassen Behandlungen für versicherte Personen, einschließlich aller invasiven Untersuchungsverfahren zur Feststellung der Ursache der Unfruchtbarkeit, wie z.B. Hysterosalpingografie, Laparoskopie oder Hysteroskopie. Wenn Ihre Tarifliche Leistungszusage keine spezifisch aufgeführte Leistung für Behandlungen bei Unfruchtbarkeit enthält, beschränkt sich der Versicherungsschutz auf nicht-invasive Untersuchungen zur Ermittlung der Unfruchtbarkeitsursache innerhalb der maximalen Erstattungsbeträge Ihres Ambulanttarifs (falls Sie einen haben). Dies gilt nicht für Versicherte, die im Krankenversicherungstarif für die Kanalsinseln versichert sind. Für diese Versicherten sind Unfruchtbarkeitsuntersuchungen nicht im Versicherungsschutz enthalten. Wenn eine bestimmte Leistung für Behandlungen bei Unfruchtbarkeit mitversichert ist, werden wir die Kosten für Behandlungen bei Unfruchtbarkeit für versicherte Personen (die die Behandlung erhalten) bis zum Höchsterstattungsbetrag der Tariflichen Leistungszusage übernehmen. Sie können keine Leistungen des Versicherungsschutzes Ihres Ehepartners oder Partners fordern (sofern mitversichert), wenn die Höchsterstattungsbeträge Ihres Tarifs erreicht sind. Bei InVivo-Fertilisation (IVF) ist die Kostenerstattung auf den in der Tariflichen Leistungszusage angegebenen Betrag beschränkt. Die stationäre Behandlung für Mehrlingsgeburten infolge medizinisch assistierter Fortpflanzung ist bis zu einem Höchstbetrag von £24.900/€30.000/US\$40.500/CHF39.000 pro Kind für die ersten drei Monate nach der Geburt versichert. Kosten für ambulante Behandlungen werden innerhalb der Höchsterstattungsbeträge eines entsprechenden Ambulanttarifs erstattet.

Beschäftigungstherapie umfasst Behandlungen, die Ihnen helfen Fähigkeiten zu entwickeln, die Sie für das tägliche Leben und den Umgang mit anderen Menschen und der Umwelt benötigen. Diese beziehen sich auf:

- Fein- und Grobmotorik (wie Sie kleine, präzise Aufgaben und Ganzkörperbewegungen ausführen)
- Sensorische Integration (wie das Gehirn eine Reaktion auf Ihre Sinne organisiert)

- Koordination, Gleichgewicht und andere Fähigkeiten wie Anziehen, Essen und Pflegen
Nach jeweils 20 Sitzungen muss ein Behandlungsbericht bei uns eingereicht werden.

Beratung nach der Geburt leistet einen Beitrag zu den Kosten der Beratung nach der Geburt, die innerhalb von 12 Monaten nach dem Geburtsdatum des Babys anfallen. Um Anspruch auf diese Leistung zu haben, müssen Sie zum Zeitpunkt der Geburt Ihres Kindes und zum Zeitpunkt, an dem Sie den Service in Anspruch nehmen, versichert sein. Die/der Berater/in muss im Land der Behandlung qualifiziert und registriert sein. Bitte fügen Sie Ihrem Erstattungsantrag eine mit Datum versehene Rechnung des Anbieters bei.

Behandlung ist jedes medizinische Verfahren zur Heilung oder Linderung von Krankheiten oder Verletzungen.

C

Chronische Erkrankung ist definiert als Krankheit, Erkrankung oder Verletzung, die entweder länger als sechs Monate dauert oder mindestens einmal jährlich ärztliche Hilfe (eine Untersuchung oder Behandlung) erfordert. Sie weist zudem folgende Merkmale auf:

- ist von wiederkehrender Natur.
- eine allgemein anerkannte Heilung ist nicht bekannt.
- spricht in der Regel auf Behandlungen nur begrenzt an.
- bedarf lindernder Behandlung.
- führt zu einer bleibenden Behinderung.

Entnehmen Sie bitte den Anmerkungen Ihrer Tariflichen Leistungszusage, ob chronische Erkrankungen von Ihrem Versicherungsschutz umfasst werden.

Chirurgisch zahnärztliche Eingriffe beziehen sich auf die operative Entfernung von Zähnen sowie andere chirurgische Eingriffe im Zusammenhang mit Zähnen, wie Wurzelspitzenresektionen und verschreibungspflichtige Arzneimittel zur Zahnbehandlung. Alle Untersuchungen, um festzustellen ob ein zahnchirurgischer Eingriff erforderlich ist, wie Labortests, Röntgenaufnahmen, CT- und MRT-Untersuchungen, sind im Rahmen dieser Leistung versichert. Die Leistung umfasst keine chirurgischen Maßnahmen, die im Zusammenhang mit Zahnimplantaten stehen.

Chirurgische Hilfsmittel und Materialien werden für Operationen benötigt. Dazu gehören auch künstliche Körperteile oder Geräte wie Gelenkersatzimplantate, Knochenschrauben und -platten, Vorrichtungen für künstliche Herzklappen, endovaskuläre Stents, implantierbare Defibrillatoren und Herzschrittmacher.

D

Diagnostische Untersuchungen sind z. B. Röntgen- oder Bluttests, die vorgenommen werden, um die Ursache vorliegender Symptome zu ermitteln.

Direkte familiäre Vorbelastung liegt dann vor, wenn bei einem Elternteil, einem Großeltern, einem Bruder, einer Schwester oder einem Kind die betreffende Erkrankung bereits diagnostiziert wurde.

Digitale Health App (Gesundheits-App) leistet einen Beitrag zu einer digitalen Health App Ihrer Wahl pro Versicherungsjahr. Die App sollte bei der Vorbeugung, Erkennung oder Behandlung von Krankheiten oder Zuständen wie Rückenschmerzen, Diabetes oder psychischen Problemen helfen. Versicherungsschutz besteht, wenn die versicherte Person Abonnent der App ist und zum Zeitpunkt des Kaufs versichert ist. Bitte fügen Sie Ihrem Erstattungsantrag eine mit Datum versehene Rechnung bei.

Drogen- und Alkoholabhängigkeitsbehandlung leistet einen Beitrag zu den Kosten eines angehörigen Kindes, das in einer anerkannten Drogen- und Alkoholabhängigkeitsbehandlungseinrichtung behandelt wird. Die verordnete Behandlung kann Entgiftung, Arzneimittel und Medikamente, Therapie und Beratung umfassen. Um Anspruch auf diese Leistung zu haben, muss Ihr Kind zum Zeitpunkt der Behandlung versichert sein.

E

Ergänzende Behandlung umfasst therapeutische und diagnostische Behandlungsweisen, die außerhalb der konventionellen westlichen Schulmedizin existieren. Bitte lesen Sie in Ihrer Tariflichen Leistungszusage nach, ob eine der folgenden Behandlungen von Ihrem Versicherungsschutz umfasst wird: Chiropraktische Behandlung, Osteopathie, traditionelle chinesische Medizin, Homöopathie, Akupunktur und medizinische Fußpflege, von einem anerkannten Therapeuten praktiziert.

Eigenanteil ist der Prozentsatz der Kosten, den Sie zahlen müssen. Eigenanteile gelten pro Versicherten und pro Versicherungsjahr, sofern nicht anderweitig in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegeben. Einige unserer Tarife enthalten einen maximalen prozentualen Eigenanteil pro versicherte Person und pro Versicherungsjahr. Wenn dies der Fall ist, ist der Eigenanteil, den Sie bezahlen müssen, durch den in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegebenen Betrag beschränkt. Eigenanteile können für den Haupt-, Ambulant-, Mutterschafts-, Zahn- oder Rücktransporttarif oder auch für eine Kombination dieser Tarife gelten. Weitere Informationen

zu Eigenanteilen finden Sie im Abschnitt „Was sind Selbstbeteiligungen und Eigenanteile“ in diesem Handbuch.

Ernährungsberaterkosten beziehen sich auf Kosten für eine Ernährungsberatung durch einen medizinischen Experten, der eine entsprechende Qualifikation und Zulassung des Landes hat, in dem die Behandlung erfolgt. Falls versichert, erstreckt sich der Versicherungsschutz ausschließlich auf diagnostizierte, erstattungsfähige Erkrankungen.

Elterngeld gilt nur im Rahmen des Krankenversicherungstarif für die Kanalsinseln und umfasst folgende Leistung: Jeder bei uns versicherte Elternteil erhält nach der Geburt eines Kindes eine Barleistung. Voraussetzung ist, dass die Behandlung vom Krankenhaus gebührenfrei bereitgestellt wird. Der genaue Erstattungsbetrag ist in Ihrer Tariflichen Leistungszusage festgelegt. Um Anspruch auf Elterngeld zu haben, müssen Sie uns innerhalb von drei Monaten nach der Geburt eine Kopie der Geburtsurkunde des Kindes zusenden. Des Weiteren gilt, um Anspruch auf diese Leistung zu haben, muss die Mutter bzw. der Vater mindestens zehn Monate unmittelbar vor der Geburt im Rahmen des Krankenversicherungstarifs für die Kanalsinseln versichert sein.

Erste-Hilfe-Kurs bietet einen Beitrag zu einem Erste-Hilfe-Kurs für versicherte Eltern, die ein Kind in Ihrer Police mitversichert haben. Um Anspruch auf diese Leistung zu haben, müssen Sie zum Zeitpunkt an dem Sie den Kurs besuchen, versichert sein. Diese Leistung muss von qualifizierten und anerkannten Fachleuten durchgeführt werden um erstattungsfähig zu sein. Versicherte Eltern können diese Leistung einmal pro Versicherungsjahr in Anspruch nehmen. Bitte fügen Sie Ihrem Erstattungsantrag eine mit Datum versehene Rechnung des Anbieters bei.

F

Familiäre Vorbelastung liegt dann vor, wenn bei einem Elternteil, einem Großelternteil, einem Bruder, einer Schwester, einem Kind, einer Tante oder einem Onkel die betreffende Erkrankung bereits diagnostiziert wurde.

Familienkosten während der Geburt tragen zu den folgenden Kosten bei, wenn Sie zu Ihrer Partnerin reisen, während sie zur Entbindung ins Krankenhaus eingeliefert wird:

- Kosten der Hotelunterbringung
- Ihre Reisekosten von zu Hause in das Krankenhaus und zurück
- Kosten für eine professionelle Kinderbetreuung, während Sie Ihre Partnerin im Krankenhaus besuchen
- Parkgebühren, während Sie Ihren Partner in einer medizinischen Einrichtung besuchen

Der zu erstattende Betrag kann nur für Kosten geltend gemacht werden, die entstehen:

- am Tag, an dem Ihr Baby geboren wird

- am Tag vor der Geburt Ihres Babys
- am Tag nach der Geburt Ihres Babys

Um Anspruch auf diese Leistung zu haben, müssen Sie zum Zeitpunkt an dem die Kosten anfallen, versichert sein. Bitte fügen Sie Ihrem Erstattungsantrag die mit Datum versehenen Rechnungen aller Ausgaben bei.

Fitness Test leistet einen Beitrag zu den Kosten einer Beurteilung des Fitnessniveaus des Versicherungsnehmers und seines versicherten Ehepartners oder Partners. Dies beinhaltet eine Beurteilung der kardiovaskulären Fitness und Kraft. Die anfallenden Kosten können einen Test der maximalen Sauerstoffaufnahme (VO2Max) und ein vorgeschriebenes Übungsprogramm umfassen, um Versicherten dabei zu helfen, ihre Ziele zu erreichen. Diese Leistung ist nur verfügbar, wenn der Test unter der direkten Aufsicht eines qualifizierten Arztes im Behandlungsland durchgeführt wird. Um Anspruch auf diese Leistung zu haben, müssen Sie zu dem Zeitpunkt, an dem Sie den Test machen, versichert sein. Bitte fügen Sie Ihrem Erstattungsantrag eine mit Datum versehene Rechnung des Anbieters bei.

Facharzt ist ein zugelassener Arzt, der über die notwendige Zusatzqualifikation verfügt und ausreichende Fachkenntnisse über diagnostische Methoden, Behandlungen und Präventivmaßnahmen in einem speziellen Gebiet der Medizin erworben hat, um in diesem medizinischen Fachgebiet zu praktizieren. Diese Leistung beinhaltet nicht die Gebühren für einen Psychiater oder Psychologen. Diese sind durch die separate Leistung Psychiatrie und Psychologie abgedeckt, die in der Tariflichen Leistungszusage aufgelistet wird, falls versichert.

Facharztkosten umfassen nichtchirurgische Behandlungskosten für Behandlungen, die von einem Facharzt durchgeführt oder überwacht werden.

G

Geburtsnachsorge ist die medizinische Standardversorgung der Mutter, die bis zu sechs Wochen nach der Entbindung erbracht wird.

Geburtsvorsorge sind die während einer Schwangerschaft erforderlichen allgemeinen Vor- und Nachsorgeuntersuchungen. Bei Frauen ab 35 Jahren gehören zur Geburtsvorsorge auch Triple-/Bart's-, Quadruple- und Spina-Bifida-Tests, Amniozentesen, wenn diese im direkten Zusammenhang mit einer versicherten Fruchtwasseruntersuchung durchgeführt werden, und DNA-Analysen.

H

Heimatland ist das Land, für das Sie über einen gültigen Pass verfügen oder in dem Sie ihren Hauptwohnsitz haben.

Hebammenkosten beziehen sich auf die durch Hebammen oder Geburtshelfer entstandenen Kosten. Die Hebammen und Geburtshelfer müssen gemäß den Gesetzen des Landes, in dem die Behandlung stattfindet, die erforderliche Ausbildung absolviert und die jeweiligen staatlichen Prüfungen bestanden haben.

Häusliche Pflege oder Aufenthalt in einem Genesungsheim ist Krankenpflege, die sich unmittelbar an eine tarifgemäße stationäre oder teilstationäre Behandlung anschließt oder diese ersetzt. Wir erstatten die in der Tariflichen Leistungszusage aufgeführten Leistungen, wenn der behandelnde Arzt entscheidet, dass Ihr Aufenthalt in einem Genesungsheim oder die häusliche Pflege medizinisch notwendig ist. Der Aufenthalt muss außerdem von unserem medizinischen Direktor genehmigt werden. Diese Leistung umfasst keine Aufenthalte in Kureinrichtungen, Kurzentren oder Sanatorien sowie palliativmedizinische Betreuung und Langzeitpflege (siehe Definitionen für palliativmedizinische Betreuung und Langzeitpflege).

I

Impfungen beziehen sich auf:

- Alle Grundimmunisierungen und Auffrischimpfungen, die gemäß den Vorschriften des Landes, in dem die Behandlung vorgenommen wird, erforderlich sind.
- Medizinisch notwendige Reiseimpfungen.
- Malariaphylaxe.
Die Kosten des Arztbesuchs zur Verabreichung des Impfstoffes sowie die Kosten für den Impfstoff sind auch mitversichert.

K

Kinderpflege zu Hause leistet einen Beitrag zu den Kosten für die häusliche Pflege von versicherten Angehörigen bis 16 Jahre. Versicherungsschutz besteht, wenn der behandelnde Arzt nach einer stationären Behandlung von fünf oder mehr Tagen entscheidet, dass das Kind aus medizinischen Gründen zu Hause betreut werden muss. Die Pflege muss:

- innerhalb von zwei Wochen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus beginnen

- nach max. sechs Wochen nach Entlassung abgeschlossen sein
- von einer qualifizierten Krankenschwester bereitgestellt werden, die im Land der Behandlung registriert ist

Bitte fügen Sie Ihrem Erstattungsantrag eine mit Datum versehene Rechnung des Anbieters bei.

Kinderhörtest leistet einen Beitrag zu den Leistungen eines entsprechend qualifizierten und anerkannten Hörgeräteakustikers im Behandlungsland. Um Anspruch auf diese Leistung zu haben, muss Ihr Kind 16 Jahre oder jünger sein und zum Zeitpunkt des Hörtests versichert sein. Bitte fügen Sie Ihrem Erstattungsantrag eine mit Datum versehene Rechnung des Anbieters bei.

Kosten der Unterbringung im Krankenhaus für einen Elternteil, der ein versichertes Kind begleitet, sind Kosten für die Unterbringung eines Elternteils über die Dauer des Krankenhausaufenthalts eines versicherten Kindes im Rahmen einer versicherten Behandlung. Wenn kein angemessenes Bett im Krankenhaus zur Verfügung steht, werden wir die Kosten einer Nacht in einem Zimmer in einem Drei-Sterne-Hotel zu den anfallenden Hotelkosten beisteuern. Sonstige Ausgaben, wie z. B. für Mahlzeiten, Telefonate, Zeitungen usw., werden nicht erstattet. Bitte entnehmen Sie Ihrer Tariflichen Leistungszusage, ob eine Altersbegrenzung für Ihr Kind besteht.

Komplikationen bei der Entbindung beziehen sich lediglich auf folgende Umstände, die während der Entbindung entstehen können und die ein anerkanntes geburtshilfliches Verfahren erfordern: Nachgeburtliche Blutungen und Plazentarückstände. Wenn Ihr Versicherungsschutz die Leistungen „Reguläre Schwangerschaft“ oder „Reguläre Entbindung und Neugeborenenpflege“ und „Komplikationen bei der Entbindung“ einschließt, wird auch ein medizinisch notwendiger Kaiserschnitt als Komplikation betrachtet.

Komplikationen während der Schwangerschaft beziehen sich auf die Gesundheit der Mutter. Versicherungsschutz besteht lediglich für die folgenden Komplikationen, die in der vorgeburtlichen Phase auftreten können: Ektopische Schwangerschaft, Schwangerschaftsdiabetes, Präeklampsie, Fehlgeburt, drohende Fehlgeburt, Totgeburt und Blasenmole.

Kosten für eine Begleitperson im Falle einer medizinischen Überführung oder eines medizinischen Rücktransports sind die Reisekosten, die für eine Person anfallen, die eine Überführung / einen Rücktransport begleitet. Wenn es nicht möglich ist, dass die Begleitperson dasselbe Transportmittel benutzt, bezahlen wir ein Ticket in der Economy-Klasse. Nach Abschluss der Behandlung übernehmen wir auch die Kosten für die Hin- und Rückreise der Begleitperson in das Land, in dem die Überführung oder der Rücktransports begonnen hat (in der Economy-Klasse). Der Versicherungsschutz umfasst keine Kosten für Hotelübernachtungen sowie andere zugehörige Kosten.

Krankenhaus ist eine Einrichtung, in der ein Patient unter ständiger Beobachtung eines Arztes steht, und die in dem Land, in dem sie betrieben wird, als medizinische oder

chirurgische Klinik zugelassen ist. Folgende Einrichtungen werden nicht als Krankenhaus betrachtet: Erholungs- und Pflegeheime, Kureinrichtungen, Kurzentren und Sanatorien.

Krankenhaustagegeld wird bezahlt, wenn Sie eine kostenfreie Behandlung für eine versicherte Erkrankung bzw. einen versicherten Zustand erhalten. Der Versicherungsschutz ist auf den in der Tariflichen Leistungszusage angegebenen Betrag und die angegebene Höchstanzahl an Nächten beschränkt und wird nach Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus bezahlt.

Kieferorthopädie ist der Einsatz von Hilfsmitteln zur Korrektur von Fehlstellungen (Zahn- und Bissfehlstellungen). Bitte reichen Sie mit Ihrem Erstattungsantrag unterstützende Informationen ein, um nachzuweisen, dass Ihre Behandlung medizinisch notwendig und daher versichert ist. Zu den von uns angeforderten Informationen können gehören:

- Ein medizinischer Bericht des Facharztes mit Angabe der Diagnose (Art der Fehlstellungen/Malokklusion) und einer Beschreibung Ihrer Symptome des kieferorthopädischen Problems.
- Behandlungsplan, der die geschätzte Behandlungsdauer, die geschätzten Kosten und die Art sowie das Material der verwendeten Vorrichtung angibt.
- Die Zahlungsvereinbarung, die mit dem medizinischen Anbieter vereinbart wurde.
- Ein Nachweis der Zahlung der kieferorthopädischen Behandlung.
- Fotografien beider Kieferseiten, die deutlich das Gebiss vor der Behandlung zeigen.
- Klinische Fotografien der Kiefer in zentraler Okklusion aus frontaler und lateraler Sichtweise.
- Orthopantomogramm (Panorama-Röntgenbild).
- Profil-Röntgenbild (kephalometrisches Röntgenbild).
- Sonstige Dokumente, die wir zur Bearbeitung der Erstattungsantrag benötigen.

Wir übernehmen die Kosten für kieferorthopädische Behandlungen, wenn Standard-Zahnspangen aus Metall und/oder herausnehmbare Standard-Apparate eingesetzt werden. Wir übernehmen ebenfalls Kosten für kosmetische Behandlungsgeräte wie Lingualspangen und unsichtbare Aligners bis zu der Höhe der Kosten von Zahnspangen aus Metall, gemäß des Höchsterstattungsbetrags für die Leistung „Kieferorthopädie und Zahnersatz“.



Laseraugenkorrektur bezieht sich auf die chirurgische Verbesserung der refraktiven Eigenschaft der Hornhaut mittels Lasertechnologie, inklusive aller notwendigen präoperativen Untersuchungen.

Lokaler Krankentransport ist ein Krankentransport im Notfall oder aus medizinischer Notwendigkeit in die

nächstgelegene oder nächste zugelassene medizinische Einrichtung.

Langzeitpflege ist Pflege, die nach vollständiger Beendigung der akuten Behandlung über einen längeren Zeitraum hinweg erteilt wird. Gewöhnlich handelt es sich dabei um eine chronische Krankheit oder Behinderung, die regelmäßige, sporadische oder kontinuierliche Pflege erfordert. Langzeitpflege kann zu Hause, in der Gemeinde, in einem Krankenhaus oder einem Pflegeheim erteilt werden.

Land des Hauptwohnsitzes ist das Land, in dem Sie und Ihre Angehörigen (falls zutreffend) mehr als sechs Monate des Jahres leben.



Medizinische Überführung betrifft die folgenden Fälle:

- Wenn die medizinisch notwendige Behandlung, für die Sie versichert sind, vor Ort nicht erhältlich ist.
- Wenn im Notfall keine angemessenen kontrollierten Blutkonserven vorhanden sind.

Wir werden Sie zur nächstgelegenen geeigneten medizinischen Einrichtung (die sich nicht unbedingt in Ihrem Heimatland befinden muss) per Krankenwagen, Hubschrauber oder Flugzeug überführen. Die medizinische Überführung muss von Ihrem Arzt angefordert und in ökonomisch sinnvoller Weise unter Berücksichtigung der medizinischen Umstände durchgeführt werden. Nach Beendigung der Behandlung übernehmen wir auch die Kosten der Rückreise (Economy-Klasse) in das Land Ihres Hauptwohnsitzes.

Wenn Sie nach Beendigung der stationären Behandlung und der Entlassung nicht reisen oder überführt werden können, übernehmen wir die angemessenen Kosten für ein Hotelzimmer mit privatem Bad bis zu maximal sieben Tagen. Kosten einer Hotelsuite oder eines Vier- oder Fünf-Sterne-Hotels sowie Hotelkosten für eine Begleitperson werden nicht erstattet.

Wenn Sie zur nächstgelegenen geeigneten medizinischen Einrichtung überführt wurden und dort laufende Behandlungen erhalten, erklären wir uns gerne bereit, die angemessenen Kosten für ein Hotelzimmer mit privatem Badezimmer zu erstatten. Diese Kosten müssen geringer sein als die Kosten von einigen Fahrten zwischen dem nächstgelegenen geeigneten medizinischen Zentrum und Ihrem Hauptwohnsitzland. Hotelkosten für eine Begleitperson werden nicht erstattet.

Sofern ausreichend kontrollierte Blutkonserven vor Ort nicht erhältlich sind, werden wir uns bemühen, entsprechende Blutkonserven und steriles Transfusionsbesteck zu beschaffen, wenn dies vom behandelnden Arzt und unseren medizinischen Experten geraten wird. Wir und unsere Partner übernehmen

keine Haftung falls unsere Bemühungen erfolglos sind oder wenn von der behandelnden Stelle infiziertes Blut oder Transfusionsbesteck verwendet wird.

Sie müssen uns beim ersten Anzeichen, dass eine Überführung erforderlich wird, kontaktieren. Wir organisieren und koordinieren dann die Überführung bis Sie sicher am Zielort angekommen ist. Falls Überführungen nicht durch uns organisiert werden, behalten wir uns das Recht vor, alle Kosten abzulehnen.

Medizinische Notwendigkeit bezieht sich auf medizinische Behandlungen, Services oder Versorgung, die alle folgenden Anforderungen erfüllen:

- a) erforderlich, um den Zustand, die Erkrankung oder Verletzung zu diagnostizieren oder zu behandeln.
- b) stimmen mit der Beschwerden, Diagnose und Behandlung der zugrunde liegenden Erkrankung überein.
- c) entsprechen der allgemein anerkannten medizinischen Praxis und den professionellen Standards der medizinischen Versorgung, die aktuell in der Medizin gelten (*dies gilt nicht für ergänzende Behandlungsmethoden, wenn sie Bestandteil Ihres Versicherungsschutzes sind*).
- d) sie werden nicht aus Gründen der Bequemlichkeit oder des persönlichen Vorteils für Sie oder den behandelnden Arzt durchgeführt.
- e) haben nachgewiesenen medizinischen Wert (*dies gilt nicht für ergänzende Behandlungsmethoden, wenn sie Bestandteil Ihres Versicherungsschutzes sind*).
- f) stellen die angemessenste Art und Stufe der medizinischen Versorgung dar.
- g) werden in einer geeigneten Einrichtung und auf einem dem Krankheitszustand entsprechenden Versorgungsniveau erbracht.
- h) werden nur über einen angemessenen Behandlungszeitraum hinweg erbracht.

In dieser Definition bezieht sich der Begriff „angemessen“ gleichermaßen auf Patientensicherheit und effizientes Kosten-Nutzen-Verhältnis. „Medizinische Notwendigkeit“ bedeutet im Zusammenhang mit einer stationären Behandlung, dass die Diagnose und Behandlung unter Berücksichtigung der Patientensicherheit und des medizinischen Qualitätsstandards nicht im ambulanten Bereich erfolgen kann.

Medizinischer Rücktransport ist ein optionaler Tarif, der in der Tariflichen Leistungszusage aufgeführt wird, falls er abgeschlossen wurde. Wenn die von Ihnen benötigte Behandlung durch den Versicherungsschutz gedeckt, jedoch vor Ort nicht erhältlich ist, können Sie sich im Rahmen dieser Leistung medizinisch in Ihr Heimatland überführen und sich dort behandeln lassen (anstatt in der nächstgelegenen geeigneten medizinischen Einrichtung). Dies ist nur möglich, wenn Ihr Heimatland innerhalb des versicherten geografischen Geltungsbereichs liegt. Nach Beendigung der Behandlung übernehmen wir auch die Kosten der Rückreise (Economy-Klasse) in das Land Ihres Hauptwohnsitzes. Die Rückreise muss innerhalb eines Monats nach Beendigung der Behandlung erfolgen.

Sie müssen uns beim ersten Anzeichen, dass ein Rücktransport erforderlich wird, kontaktieren. Wir organisieren und koordinieren dann alle Stufen des Rücktransports bis Sie sicher am Zielort angekommen sind. Falls der Rücktransport nicht durch uns organisiert wird, behalten wir uns das Recht vor, alle Kosten abzulehnen.

Medizinische Risikoprüfung Ist die Beurteilung des Versicherungsrisikos auf der Grundlage der Informationen, die Sie uns bei Antrag auf Ihren Versicherungsschutz bereitgestellt haben. Unser Risikoprüfungsteam verwendet diese Informationen, um die Bedingungen für Ihren Versicherungsschutz festzulegen.

N

Notfall ist der Ausbruch einer plötzlichen und unvorhergesehenen Erkrankung, bei der eine dringende medizinische Behandlung notwendig ist. Nur Behandlungen, die innerhalb von 24 Stunden nach Eintritt des Notfalleignisses beginnen, sind versichert.

Notfallbehandlung außerhalb des Geltungsbereichs der Versicherung ist die Behandlung medizinischer Notfälle auf Geschäfts- oder Urlaubsreisen außerhalb Ihres versicherten geografischen Geltungsbereichs. Versicherungsschutz besteht bis zu maximal sechs Wochen für Behandlungen bis zum Höchsterstattungsbetrag, wie in der Tariflichen Leistungszusage angegeben. Dies schließt die Behandlung ein, die aufgrund eines Unfalls oder des plötzlichen Beginns oder der Verschlechterung einer schweren Krankheit erforderlich ist, die eine unmittelbare Gefahr für Ihre Gesundheit darstellt. Die Behandlung von einem Arzt muss innerhalb von 24 Stunden nach Eintritt des Notfalls erfolgen. Es besteht kein Versicherungsschutz für Heil- oder Folgebehandlungen, bei denen es sich nicht um Notfallmaßnahmen handelt, selbst dann nicht, wenn Sie nicht in der Lage sind, in ein Land zu reisen, das im geografischen Geltungsbereich der Versicherung liegt. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch nicht auf Kosten im Zusammenhang mit Mutterschaft, Schwangerschaft, Geburt oder Komplikationen bei Schwangerschaft oder Geburt. Sie müssen uns informieren, wenn Sie Ihren versicherten Geltungsbereich für mehr als sechs Wochen verlassen.

Neugeborenenpflege schließt die üblichen Untersuchungen ein, die notwendig sind, um die Grundfunktionen und Integrität der Organe bzw. der Knochenstruktur des Kindes festzustellen. Diese wesentlichen Untersuchungen erfolgen direkt nach der Geburt. Es besteht kein Versicherungsschutz für weitere vorbeugende diagnostische Untersuchungen wie Abstriche, Feststellung der Blutgruppe oder Hörtests. Wenn Ihr Kind jedoch aus medizinischen Gründen Nachuntersuchungen oder Behandlungen benötigt, sind diese im Rahmen der Police des Neugeborenen versichert (sofern es als Angehörige/r mitversichert wurde). Die stationäre Behandlung für Mehrlingsgeburten infolge medizinisch assistierter Fortpflanzung ist bis zu einem Höchstbetrag von auf

£24.900/€30.000/US\$40.500/CHF39.000 pro Kind für die ersten drei Monate nach der Geburt versichert. Kosten für ambulante Behandlungen werden innerhalb der Höchsterstattungsbeträge eines entsprechenden Ambulanttarifs erstattet.

Nicht verschriebene Physiotherapie bezieht sich auf eine Behandlung durch einen eingetragenen Physiotherapeuten, ohne Überweisung eines Arztes. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die in der Tariflichen Leistungszusage angegebene Anzahl von Sitzungen. Sollen zusätzliche Behandlungen notwendig sein, müssen diese von einem Arzt verschrieben werden. Diese sind dann im Rahmen der Leistung „verschriebene Physiotherapie“ versichert. Physiotherapie umfasst keine Therapien wie Rolfing, Massage, Pilates, Fango und Milta.



Okulomotorthherapie ist eine spezifische Form der Beschäftigungstherapie, die darauf abzielt, die Augenbewegung bei mangelnder Koordination zwischen den Augenmuskeln zu synchronisieren.

Onkologie umfasst alle Facharztgebühren, Kosten für diagnostische Tests, Strahlentherapie, Chemotherapie und Krankenhausgebühren, die in Verbindung mit einer Krebsbehandlung entstehen, vom Zeitpunkt der Diagnose. Wir werden außerdem die Kosten für externe prothetische Vorrichtungen für kosmetische Zwecke übernehmen, wie z. B. eine Perücke bei Haarausfall oder einen prothetischen BH bei einer Krebsbehandlung.

Organtransplantation bezieht sich auf die folgenden Organ- oder Gewebetransplantationen: Herz, Herzklappen, Herz/Lunge, Leber, Bauchspeicheldrüse, Bauchspeicheldrüse/Niere, Niere, Knochenmark, Nebenschilddrüse, Muskel/Skelett und Augenhornhaut. Wir erstatten keine Kosten für den Erwerb der Organe.

Orthomolekulare Behandlung bezieht sich auf eine alternative Behandlung, die darauf abzielt, das individuelle biochemische Gleichgewicht durch Nahrungsergänzungsmittel wiederherzustellen. Dabei werden natürliche Substanzen wie Vitamine, Mineralstoffe, Enzyme und Hormone verwendet.



Partner bezieht sich auf eine Person, mit der Sie seit min. 12 Monaten in einer ehelichen Beziehung leben.

Palliativmedizinische Betreuung bezeichnet eine laufende Behandlung, die auf die Linderung des körperlichen/seelischen Leidens bei fortschreitenden,

unheilbaren Erkrankungen und auf die Erhaltung der Lebensqualität abzielt. Sie umfasst stationäre, teilstationäre und ambulante Behandlungen nach der Diagnose einer unheilbaren Erkrankung. Wir erstatten die Kosten für körperliche Pflege, psychologische Behandlungen, den Aufenthalt in einem Krankenhaus oder einem Hospiz sowie verschreibungspflichtige Arzneimittel und Medikamente.

Podologie bezieht sich auf medizinisch notwendige Behandlungen durch einen staatlich anerkannten Podologen.

Präventive Operationen beziehen sich auf prophylaktische Mastektomien oder Oophorektomien. Wir übernehmen die Kosten für einen präventiven chirurgischen Eingriff, wenn die/der Versicherte:

- Eine familiäre Vorbelastung mit einer vererbten Krebserkrankung aufweist, zum Beispiel Brustkrebs oder Eierstockkrebs, und
- genetische Tests ergeben haben, dass ein genetisches Krebsrisiko vorhanden ist.

Präventive Behandlungen sind Behandlungen, die Sie erhalten, ohne dass zum Behandlungszeitpunkt klinische Symptome vorliegen (z. B. Entfernung eines Leberflecks im Krebsvorstadium). Diese Leistung ist versichert wenn „Vorbeugende Behandlungen“ in Ihrer Tariflichen Leistungszusage aufgeführt sind.

Psychiatrie und Psychotherapie ist die Behandlung von psychischen Erkrankungen durch einen Psychiater oder klinischen Psychologen. Die Erkrankung muss klinisch signifikant sein und darf nicht durch folgendes hervorgerufen werden:

- Todesfälle
- Beziehungs- oder akademische Probleme
- Probleme bei der Akkulturation
- Stress und Druck in der Arbeit

Jegliche stationäre oder teilstationäre Aufnahme muss die verschiebenden Arzneimittel für diese Erkrankung beinhalten. Wir erstatten Kosten für ambulante und stationäre Psychotherapie. Ambulante psychotherapeutische Behandlung (falls versichert) ist zunächst auf zehn Sitzungen pro erstellte Diagnose begrenzt. Nach jeweils 10 Sitzungen muss der überweisende Psychiater den Erfolg der Behandlung überprüfen. Sollten Sie weitere Sitzungen brauchen, muss uns ein neuer Behandlungsbericht vorgelegt werden, in dem die medizinische Notwendigkeit einer Weiterbehandlung dargelegt wird.



Reguläre Entbindung bezieht sich auf medizinisch notwendige Kosten, die während der Entbindung anfallen. Diese umfassen Krankenhauskosten, Facharztkosten, Kosten für die Hebamme (nur während der Geburtswehen) sowie für

die Neugeborenenpflege (siehe Definition für Neugeborenenpflege, für weitere Informationen zu was im Rahmen dieser Leistung mitversichert ist sowie zu stationären Höchsterstattungsbeträge für Mehrlingsgeburten, die infolge einer medizinisch assistierten Fortpflanzung geboren wurden). Kosten für Komplikationen bei Schwangerschaft und Entbindung werden von dieser Leistung nicht umfasst. Kaiserschnitte, die nicht medizinisch notwendig sind, werden bis zu den Kosten für eine reguläre Entbindung in selben Krankenhaus versichert, im Rahmen der Höchsterstattungsbeträge. Medizinisch notwendige Kaiserschnittentbindungen sind im Rahmen der Leistung „Komplikationen bei der Entbindung“ mitversichert.

Bei einer Hausentbindung zahlen wir einen Pauschalbetrag bis zu dem Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegebenen Betrag, falls Ihr Tarif eine Hausentbindung umfasst.

Rehabilitation ist eine Kombination aus Physio-, Beschäftigungs- und Sprachtherapie. Ziel ist die Wiederherstellung der normalen Form und/oder Funktion nach einer akuten Erkrankung, Verletzung oder Operation. Behandlungen müssen in einer Rehabilitationseinrichtung innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung aus der medizinischen Einrichtung aufgrund einer akuten medizinischen und/oder chirurgischen Behandlung stattfinden.

Rücktransport im Todesfall ist der Transport der sterblichen Überreste der versicherten Person vom Aufenthaltsland in das Bestattungsland. Wir erstatten die folgenden Kosten: Einbalsamierung, ein den gesetzlichen Anforderungen entsprechender Transportbehälter, die Überführungskosten und die Kosten für die erforderlichen behördlichen Bewilligungen. Kosten für eine Einäscherung werden nur erstattet, wenn diese aus gesetzlichen Gründen notwendig ist. Die durch Begleitpersonen entstehenden Kosten sind nur dann versichert, wenn sie in der Tariflichen Leistungszusage als spezielle Leistung aufgeführt sind.

Reguläre Schwangerschaft bezieht sich auf medizinisch notwendige Kosten, die während der Schwangerschaft und Entbindung anfallen. Diese umfassen Krankenhauskosten, Facharztkosten, Kosten für die Hebamme (nur während der Geburtswehen) sowie für die Neugeborenenpflege (siehe Definition für Neugeborenenpflege, für weitere Informationen zu was im Rahmen dieser Leistung mitversichert ist sowie zu stationären Höchsterstattungsbeträge für Mehrlingsgeburten, die infolge einer medizinisch assistierten Fortpflanzung geboren wurden). Kosten für Komplikationen bei Schwangerschaft und Entbindung werden von dieser Leistung nicht umfasst. Kaiserschnitte, die nicht medizinisch notwendig sind, werden bis zu den Kosten für eine reguläre Entbindung in selben Krankenhaus versichert, im Rahmen der Höchsterstattungsbeträge. Medizinisch notwendige Kaiserschnittentbindungen sind im Rahmen der Leistung „Komplikationen bei der Entbindung“ mitversichert. Bei einer Hausentbindung zahlen wir einen Pauschalbetrag bis zu dem Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegebenen Betrag, falls Ihr Tarif eine Hausentbindung umfasst.

Reisekosten sind nur im Rahmen des Krankenversicherungstarifs für die Kanalinseln versichert. Wir erstatten Kosten für eine Hin- und Rückreise, bis zu dem in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegebenen Betrag, zu teilstationären Behandlungen in Privatkrankenhäusern, für postoperative ambulante Beratungen oder stationäre Behandlungen, wenn diese Leistungen im Rahmen Ihres Tarifs versichert sind und Ihr Arzt uns schriftlich bestätigt, dass es für Sie medizinisch notwendig ist, zu einer anderen Kanalinsel, in das Vereinigte Königreich oder nach Frankreich zu reisen, um eine derartige Behandlung zu erhalten. Sie müssen sich vom britischen Gesundheitsministerium (Department of Health) schriftlich bestätigen lassen, dass Sie im Hinblick auf Reise- und Begleitkosten keinen Anspruch auf eine Reisekostenpauschale haben. Im Rahmen dieser Leistung erstatten wir nur die folgenden Reisekosten:

- Flugtickets zum Normalpreis von einer Kanalinsel zu einer anderen Kanalinsel, in das Vereinigte Königreich oder nach Frankreich.
- Bahn-, U-Bahn- und Bustickets zum Normalpreis.
- Maximal £25/€30 pro Taxifahrttrip.
- Reisekosten für einen Elternteil, der ein Kind unter 18 Jahren begleitet, bis zu dem in der Tariflichen Leistungszusage genannten Betrag.
- Bei medizinischer Notwendigkeit sind wir auch bereit, einen Beitrag von bis zu £125/€150 pro Reise für Krankenpflege zu leisten, die während der Reise erforderlich ist.

Reisekosten für versicherte Familienangehörige im Falle einer Überführung / eines Rücktransports umfassen angemessene Reisekosten für alle versicherten Familienangehörigen der überführten oder rücktransportierten Person, einschließlich minderjähriger Angehöriger, die sonst unbeaufsichtigt wären. Sollte es nicht möglich sein, dass die Angehörigen dasselbe Transportmittel benutzen, zahlen wir für ein Hin- und Rückflugticket in der Economy-Klasse. Die Reisekosten für versicherte Familienangehörige im Falle einer Überführung/eines Rücktransports sind mitversichert wenn Sie einen Rücktransporttarif abgeschlossen haben. Kosten für Hotelübernachtungen sowie andere zugehörige Kosten sind nicht versichert.

Reisekosten für versicherte Familienangehörige im Falle einer Überführung der sterblichen Überreste umfassen angemessene Reisekosten in das Land der Bestattung des Verstorbenen für alle versicherten Familienmitglieder, die zusammen mit dem verstorbenen Versicherten im Ausland gewohnt haben. Angemessene Reisekosten sind Kosten für den Hin- und Rücktransport in der Economyklasse. Kosten für Hotelübernachtungen sowie andere zugehörige Kosten sind nicht versichert.

Reisekosten für Versicherte, die ein in Lebensgefahr schwebendes oder ein verstorbenes Familienmitglied begleiten umfassen angemessene Reisekosten für versicherte Familienmitglieder, um einen Verwandten ersten Grades, der in Lebensgefahr schwebt oder verstorben ist, zu begleiten (bis zu dem in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegebenen Betrag). Als angemessene Transportkosten gelten Kosten für

Hin- und Rücktransport in der Economyklasse. Ein Verwandter ersten Grades ist ein Ehepartner oder Partner, ein Elternteil, ein Bruder, eine Schwester oder ein Kind, einschließlich Adoptivkindern, Pflegekindern oder Stiefkindern. Bitte fügen Sie Ihrem Erstattungsantrag Kopien der Reisetickets, der Sterbeurkunde oder eine ärztliche Bescheinigung bei, die den Grund für die Reise belegen. Versichert im Rahmen dieser Police ist eine Erstattung dieser Leistung auf Lebenszeit. Der Versicherungsschutz umfasst keine Unterbringung im Hotel oder andere damit verbundene Kosten.

S

Sprachtherapie für Kinder leistet einen Beitrag zu den Behandlungskosten für Legasthenie und Dyspraxie bei Kindern unter 16 Jahren. Die Leistungen müssen von einem zertifizierten Sprachtherapeuten oder Pathologen im Behandlungsland erbracht werden. Um Anspruch auf diese Leistung zu haben, muss das Kind 16 zum Zeitpunkt der Behandlung versichert sein. Diese Leistung beschränkt sich nur auf die Behandlung von Legasthenie und Dyspraxie. Bitte fügen Sie Ihrem Erstattungsantrag eine mit Datum versehene Rechnung des Anbieters bei.

Stillberatung leistet einen Beitrag zu den Kosten einer Beratung durch eine/n qualifizierte/n Stillberater/in. Bitte fügen Sie Ihrem Erstattungsantrag eine mit Datum versehene Rechnung des Anbieters bei. Diese Leistung wird versicherten Müttern gezahlt, die diese Leistung in Anspruch nehmen.

Selbstbeteiligung ist der Kostenanteil, der von Ihnen zu zahlen ist und der von der von uns zu zahlenden Summe abgezogen wird. Sofern Selbstbeteiligungen bestehen, gelten sie pro Versicherten und pro Versicherungsjahr, sofern nicht anderweitig in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegeben. Selbstbeteiligungen können für den Haupt-, Ambulant-, Mutterschafts-, Zahn- oder Rücktransporttarif oder auch für eine Kombination dieser Tarife gelten.

Stationäre zahnärztliche Notfallbehandlung beinhaltet eine zahnärztliche Notfallbehandlung aufgrund eines schweren Unfalls, der einen Krankenhausaufenthalt erforderlich macht. Die Behandlung muss innerhalb von 24 Stunden nach Eintritt des Notfalls erfolgen. Der Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf anschließend erforderliche Zahnbehandlung, Zahnchirurgie, Zahnersatz, Kieferorthopädie oder zahnärztliche Parodontalbehandlung. Wenn diese Leistungen versichert sind, sind sie separat in der Tariflichen Leistungszusage aufgeführt.

Stationäre Behandlung beschreibt Behandlungen in einem Krankenhaus, die eine Übernachtung aus medizinischer Sicht erfordern.

Schwangerschaft ist der Zeitraum in dem Sie ein Baby erwarten, vom Datum der ersten Diagnose bis zur Entbindung.

Schwangerschafts-Yoga oder Pilates bietet einen Beitrag zu den Kosten eines Yoga oder Pilates-Kurses während der Schwangerschaft und durch einen qualifizierten Lehrer. Bitte fügen Sie Ihrem Erstattungsantrag eine mit Datum versehene Rechnung des Anbieters bei. Wir erstatten nur Besuche, die während der Schwangerschaft der Versicherten stattfinden.

Sprachtherapie bezieht sich auf Maßnahmen durch einen qualifizierten Sprachtherapeuten zur Behandlung von physischen Beeinträchtigungen. Sie umfasst nasale Obstruktion, neurogene Defekte (z.B. Zungenlähmung, Gehirnschäden) und Artikulationsstörungen, welche die Mundstruktur beeinflussen (z.B. Gaumenmissbildung).

Sie/Ihr bezeichnet den Versicherungsnehmer und die Angehörigen, die im Versicherungsschein genannt werden.

T

Todesfallleistung bei Unfällen bezeichnet eine Leistung bzw. einen Betrag, der in der Tariflichen Leistungszusage aufgeführt ist und ausgezahlt wird, falls eine versicherte Person (im Alter von 18 bis 70 Jahren) während der Versicherungsdauer infolge eines Unfalls (oder eines Arbeitsunfalls) verstirbt.

Teilstationäre Behandlung ist eine geplante Behandlung, die tagsüber in einem Krankenhaus oder einer Tagesklinik stattfindet. Sie schließt die Bereitstellung eines Krankenzimmers und der notwendigen Krankenpflege, bei der eine Übernachtung des Patienten aus medizinischen Gründen nicht notwendig ist und bei der ein Entlassungsschein ausgestellt wird, mit ein.

Therapeut ist ein Chiropraktiker, Osteopath, Arzt der traditionellen chinesischen Medizin, Homöopath, Akupunkteur, Physiotherapeut, Sprachtherapeut, Beschäftigungstherapeut oder Okulomotorthérapeut, der die notwendige Qualifikation und eine gesetzliche Zulassung des Landes hat, in dem die Behandlung durchgeführt wird.

U

Unfall ist ein plötzliches, unerwartetes Ereignis, das eine Verletzung verursacht und aufgrund von außen auf die versicherte Person einwirkenden Ursachen auftritt. Ursache und Symptome einer unfallbedingten Verletzung müssen medizinisch und objektiv definierbar sein, eine Diagnose ermöglichen und eine Behandlung.

Unterbringung im Krankenhaus ist die Standardunterbringung im einem Ein-, Zwei- oder Mehrbettzimmer, wie in der Tariflichen Leistungszusage beschrieben. Deluxe- und Executive-Zimmer sowie Suites sind nicht versichert. Diese Leistung kann nur erstattet werden,

wenn der Krankenhausaufenthalt nicht im Rahmen einer anderen in der Tariflichen Leistungszusage aufgeführten stationären Leistung versichert ist. Wenn der Versicherte z. B. aufgrund einer Krebsbehandlung in ein Krankenhaus eingeliefert wird, ist die Unterbringung im Krankenhaus im Rahmen der Leistung Onkologie mitversichert. Beispiele für diese Leistungen sind (falls Teil Ihres Tarifs): Psychiatrie und Psychotherapie, Organtransplantation, Onkologie, Reguläre Schwangerschaft, Palliativmedizinische Betreuung und Langzeitpflege.

Übergewicht wird diagnostiziert, wenn der Körpermasseindex (KMI) einer Person über 30 liegt (ein KMI-Rechner steht auf unserer Website zur Verfügung: www.allianzcare.com).



Verschreibungspflichtige Arzneimittel zur Zahnbehandlung sind Arzneimittel oder Medikamente, die von einem Zahnarzt zur Behandlung einer Entzündung oder Infektion im Zusammenhang mit Zähnen verschrieben werden. Die verschreibungspflichtigen Arzneimittel müssen auf ihre Wirksamkeit in Bezug auf die Erkrankung getestet und von der zuständigen Aufsichtsbehörde des jeweiligen Landes zugelassen sein. Mundspülungen, Fluoridprodukte, antiseptische Gele und Zahncremes sind nicht damit gemeint.

Vorsorgeuntersuchungen, einschließlich Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, sind Untersuchungen und Tests, die in angemessenen Altersabständen und ohne das Vorhandensein von akuten Beschwerden durchgeführt werden. Untersuchungen sind beschränkt auf:

- Ärztliche Untersuchungen.
- Blutuntersuchungen (vollständiges Blutbild, Biochemie, Fettspiegel, Schilddrüsenfunktionstest, Leberfunktionstest, Nierenfunktionstest).
- Herz-Kreislauf-Untersuchungen (ärztliche Untersuchungen, EKG, Blutdruck).
- Neurologische Untersuchungen (ärztliche Untersuchungen).
- Krebsvorsorgeuntersuchungen:
 - Jährlicher Pap-Abstrich.
 - Mammografie (alle zwei Jahre für Frauen ab 45 Jahren oder jünger bei familiärer Vorbelastung).
 - Prostata-Untersuchungen (jährlich für Männer ab 50 Jahren oder jünger bei familiärer Vorbelastung).
 - Darmspiegelung (alle fünf Jahre für Versicherte ab 50 Jahren oder ab 40 Jahren bei familiärer Vorbelastung).
 - Jährlicher Test auf verstecktes Blut im Stuhl.
- Knochendichtemessung (alle fünf Jahre für Frauen ab 50 Jahren).
- Kindervorsorgeuntersuchungen (für Kinder bis zu einem Alter von 6 Jahren, maximal 15 Untersuchungen pro Kind auf Lebenszeit).

- BRCA1 und BRCA2-Gentests (bei direkter familiärer Vorbelastung und wenn im Rahmen Ihrer Tariflichen Leistungszusage versichert).

Versicherungsschein ist ein Dokument, das die Einzelheiten Ihres Versicherungsschutzes angibt und von uns ausgestellt wird. Er bestätigt, dass zwischen Ihnen und uns eine Versicherungsbeziehung besteht.

Versicherungsjahr beginnt mit dem Datum des Inkrafttretens Ihrer Police, wie auf dem Versicherungsschein angegeben, und endet genau ein Jahr später.

Versicherte Person sind Sie und Ihre Familienangehörigen, wie im Versicherungsschein aufgeführt.

Vorerkrankungen sind Krankheiten oder Gesundheitszustände, für die im Laufe Ihres Lebens oder das Ihrer Angehörigen ein oder mehrere Symptome aufgetreten sind. Dies gilt unabhängig davon, ob Sie oder Ihre Angehörigen eine medizinische Behandlung oder einen ärztlichen Rat erhalten haben. Eine solche Vorerkrankung besteht wenn wir davon ausgehen, dass Sie oder Ihre Angehörigen davon Kenntnis hatten. Ihre Versicherung umfasst Vorerkrankungen, es sei denn, wir teilen Ihnen schriftlich etwas anderes mit. Wir werden Erkrankungen, die zwischen dem Datum, an dem Sie das Antragsformular ausgefüllt haben, und den folgenden Daten auftreten, als Vorerkrankungen betrachten:

- Datum, an dem wir den Versicherungsschein ausstellen oder
- Datum des Versicherungsbeginns

Vorerkrankungen unterliegen einer medizinischen Risikoprüfung und werden nicht mitversichert, sollten sie nicht angegeben worden sein. Entnehmen Sie bitte den Anmerkungen zu Ihrer Tariflichen Leistungszusage, ob Vorerkrankungen versichert sind.

Verschriebene Arzneimittel sind rezeptfreie Arzneimittel und Medikamente, die aber von einem Arzt verschrieben werden:

- Um eine vorliegenden Diagnose oder Krankheit zu behandeln
- Als Ersatz für lebenswichtige Körpersubstanzen

Beispiele sind Aspirin, Vitamine und Injektionsnadeln. Verschriebene Arzneimittel müssen auf ihre klinische Wirkung für den diagnostizierten Zustand getestet sein. Sie müssen von der Arzneimittelbehörde des Landes, in dem Sie das Rezept einlösen, anerkannt sein. Auch wenn Sie die Arzneimittel und Medikamente auch ohne ärztliches Rezept im jeweiligen Land kaufen können, ist für die Erstattung der Kosten ein Rezept nötig.

Verschriebene Brillen und Kontaktlinsen, einschließlich Augenuntersuchungen beziehen sich auf den Versicherungsschutz von Routineuntersuchungen der Augen, die von einem Augenoptiker oder Augenarzt durchgeführt

werden, sowie Versicherungsschutz für Kontaktlinsen oder Brillen zur Korrektur der Sehfähigkeit.

Verschriebene medizinische Hilfsmittel sind verschriebene, medizinisch notwendige Geräte, die Sie in Ihren körperlichen Funktionen im Alltag unterstützen. Beispiele:

- Biochemische Hilfsmittel wie Insulinpumpen, Blutzuckermessgeräte und Geräte für die Peritonealdialyse.
- Bewegungshilfen wie Krücken oder Rollstühle, orthopädische Geh- und Stützapparate, künstliche Gliedmaßen und Prothesen.
- Hör- und Sprechapparate, z. B. ein elektronischer Kehlkopf.
- Kompressionsstrümpfe.
- Hilfsmittel zur langfristigen Wundversorgung wie Verbände und Stoma-Verbrauchsmaterial.

Kosten für medizinische Hilfsmittel, die bei der palliativmedizinischen Betreuung oder Langzeitpflege (siehe Definition palliativmedizinische Betreuung und Langzeitpflege) verwendet werden, werden nicht übernommen.

Verschriebene Physiotherapie umfasst Behandlungen durch einen zugelassenen Physiotherapeuten nach Überweisung durch einen Arzt. Physiotherapie (entweder verschrieben oder als Kombination aus nicht verschriebenen und verschriebenen Behandlungen) ist zunächst auf 12 Sitzungen pro erstellter Diagnose begrenzt. Danach muss der Arzt, der die Überweisung veranlasst hat, die Behandlung überprüfen. Sollten weitere Sitzungen notwendig sein, muss uns nach jeweils 12 Sitzungen ein neuer Behandlungsbericht vorgelegt werden, in dem die medizinische Notwendigkeit einer Weiterbehandlung dargelegt wird. Physiotherapie umfasst keine Therapien wie Rolfing, Massage, Pilates, Fango und Milta.

Verschreibungspflichtige Arzneimittel sind Arzneimittel, die Sie nicht ohne ärztliches Rezept kaufen können und die eine bestätigte Diagnose oder Krankheit behandeln oder einen Mangel an lebenswichtigen Körpersubstanzen ausgleichen sollen. Beispiele sind Antibiotika und Beruhigungsmittel. Verschreibungspflichtige Arzneimittel müssen auf ihre klinische Wirkung für den diagnostizierten Zustand getestet sein. Sie müssen außerdem von international anerkannten medizinischen Richtlinien anerkannt werden.

W

Wartezeit bezeichnet den Zeitraum ab Versicherungsbeginn (bzw. ab dem Gültigkeitsdatum, falls Sie Familienangehöriger sind), in dem für bestimmte Leistungen noch kein Versicherungsschutz besteht. Entnehmen Sie bitte Ihrer Tariflichen Leistungszusage, für welche Leistungen eine Wartezeit besteht.

Wir/uns/uns bezeichnet Allianz Care.

Z

Zahnersatz umfasst Kronen, Inlays, Onlays, adhäsive Rekonstruktionen, Brücken, Zahnprothesen und Implantate sowie alle in diesem Zusammenhang erforderlichen und ergänzenden zahnärztlichen Maßnahmen.

Zahnbehandlungen umfassen eine jährliche Vorsorgeuntersuchung, einfache Füllungen aufgrund von Löchern oder Karies, Wurzelkanalbehandlungen sowie verschreibungspflichtige Arzneimittel.

Zahn- und kieferchirurgische Maßnahmen beziehen sich auf chirurgische Maßnahmen, die in einem Krankenhaus von einem Zahn- oder Kieferchirurg zur Behandlung von Erkrankungen im Mundbereich, Kiefergelenkerkrankungen, Frakturen der Gesichtsknochen, angeborener Kieferfehlbildungen, Speicheldrüsenerkrankungen und Tumoren durchgeführt werden.

Wenn Sie keinen Zahntarif haben, sind die folgenden Eingriffe nicht mitversichert, auch wenn sie von einem Zahn- und Kieferchirurgen durchgeführt werden.

- Operative Entfernung retinierter Zähne
- Operative Entfernung von Zysten
- Orthognathisch-chirurgische Korrekturen von Fehlstellungen

Zahnärztliche Parodontalbehandlung bezieht sich auf Zahnbehandlungen im Zusammenhang mit Zahnfleischerkrankungen.

AUSSCHLÜSSE

Auch wenn wir die meisten medizinisch notwendigen Behandlungen versichern, übernehmen wir die folgenden Ausgaben nicht, außer in der Tariflichen Leistungszusage oder in einem schriftlichen Versicherungsdokument anderes angegeben.



a) Die folgenden Ausschlüsse gelten für alle unsere Tarife, sofern nicht anders angegeben:

Absichtlich herbeigeführte Krankheiten und selbst verursachte Verletzungen

Pflege und/oder Behandlungen von absichtlich herbeigeführten Krankheiten und selbst verursachten Verletzungen, einschließlich eines Suizidversuchs.

Ärztliche Beratung durch Sie selbst oder ein Familienmitglied

Von Ihnen, Ihrem Ehepartner, Ihren Eltern oder Kindern erhaltene ärztliche Beratung, verschriebene Medikamente oder Behandlungen.

Aufenthalte in Kurzentren

Aufenthalte in Kurzentren, Badezentren, Kureinrichtungen, Sanatorien und Erholungsheimen, selbst wenn die Aufenthalte medizinisch verordnet sind.

Behandlung außerhalb des versicherten geografischen Geltungsbereichs

Behandlung außerhalb des versicherten geografischen Geltungsbereichs, außer in Notfällen oder nach entsprechender Genehmigung durch uns.

Behandlung bei Unfruchtbarkeit

Behandlungen bei Unfruchtbarkeit, einschließlich medizinisch assistierter Fortpflanzung oder negativer Folgen, es sei denn, Ihr Versicherungsschutz schließt die spezifisch aufgeführte Leistung „Behandlungen bei Unfruchtbarkeit“ ein oder Sie haben einen Ambulanttarif ausgewählt. Wenn Sie einen Ambulanttarif haben, sind nicht invasive Untersuchungen zur Feststellung der Ursache für die Unfruchtbarkeit bis zum Höchsterstattungsbetrag des Ambulanttarifs mitversichert. Diese Ausnahmen gelten nicht im Rahmen des Krankenversicherungstarifs für die Kanalinseln, für den Untersuchungen zur Feststellung der Ursache der Unfruchtbarkeit ausgeschlossen sind.

Behandlungen und Leistungen, die nicht in der Tariflichen Leistungszusage aufgeführt sind

Die folgende Leistungen oder damit verbundene nachteilige Folgen oder Komplikationen, es sei denn, sie sind in Ihrer Tariflichen Leistungszusage aufgeführt:

- Ambulante Psychiatrie und Psychotherapie.
- Ambulante Behandlungen.
- Behandlungen bei Unfruchtbarkeit.
- Ernährungsberaterkosten.
- Hausentbindungen.
- Impfungen.
- Komplikationen während der Schwangerschaft.
- Kosten für eine Begleitperson im Falle einer/s medizinischen Überführung/Rücktransports.
- Laseraugenkorrektur.
- Medizinischer Rücktransport.
- Organtransplantation.
- Reguläre Schwangerschaft, reguläre Entbindung und Neugeborenenpflege sowie Komplikationen bei der Entbindung.
- Rehabilitationsmaßnahmen.

- Reisekosten für Versicherte, die ein in Lebensgefahr schwebendes oder ein verstorbenes Familienmitglied begleiten.
- Reisekosten für versicherte Familienmitglieder im Falle eines Rücktransports/ einer Überführung.
- Reisekosten für versicherte Familienmitglieder im Falle einer Überführung der sterblichen Überreste.
- Stationäre Psychiatrie und Psychotherapie.
- Verschriebene Brillen und Kontaktlinsen, einschließlich Augenuntersuchungen.
- Verschriebene medizinische Hilfsmittel.
- Präventive Behandlungen.
- Vorsorgeuntersuchungen, einschließlich Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten.
- Zahnärztliche Notfallbehandlung.
- Zahnbehandlungen, chirurgisch zahnärztliche Eingriffe, zahnärztliche Parodontalbehandlung, kieferorthopädische Behandlungen und Zahnersatz. Die einzige Ausnahme sind zahn- und kieferchirurgische Maßnahmen, welche im Rahmen Ihres Haupttarifs versichert sind.

Behandlungen in den USA

Behandlungen in den USA, wenn wir vermuten, dass der Versicherungsschutz nur abgeschlossen wurde, um Behandlungen in den USA aufgrund einer Krankheit oder Symptomen zu erhalten, die bereits vor Versicherungsabschluss aufgetreten sind oder bevor Sie die USA in Ihren versicherten Geltungsbereich aufgenommen haben. Sollten wir Erstattung aufgrund solcher Gegebenheiten bezahlt haben, behalten wir uns das Recht vor, eine Erstattung für bereits bezahlte Leistungen von Ihnen zu verlangen.

Beschaffung eines Organs

Kosten für die Beschaffung eines Organs bei einer Transplantation, wie z. B. Kosten für die Spendersuche, die Typisierung, die Organentnahme, den Transport und die Verwaltung.

Chemische Verunreinigung und Radioaktivität

Behandlungen von Erkrankungen oder Verletzungen, die direkt oder indirekt im Zusammenhang mit chemischer Verunreinigung, Radioaktivität oder jeglichem Nuklearmaterial stehen, einschließlich der Verbrennung von Kernbrennstoffen.

Drogenabhängigkeit oder Alkoholismus

Behandlungen infolge von Drogenabhängigkeit oder Alkoholismus (inklusive Entzugsprogrammen wie z. B. Behandlungen zur Raucherentwöhnung), sowie Todesfälle oder Behandlung von Erkrankungen, die nach unserer angemessenen Beurteilung eine Folge des Missbrauchs von Alkohol oder Drogen sind (z. B. Organversagen oder Demenz).

Entwicklungsstörungen

Entwicklungsstörungen, es sei denn, ein Kind hat den seinem Alter entsprechenden Entwicklungsstand im Hinblick auf seine kognitive oder physische Entwicklung nicht erlangt. Behandlungskosten für ein leichtes oder vorübergehendes Zurückbleiben in der Entwicklung werden nicht erstattet. Die Entwicklungsstörung muss durch qualifiziertes Personal quantitativ gemessen und als 12-monatige Verzögerung der kognitiven und/oder physischen Entwicklung dokumentiert werden.

Ergänzende Behandlungen

Ergänzende Behandlung mit Ausnahme der Behandlungen, die in der Tariflichen Leistungszusage aufgeführt sind.

Experimentelle oder unbewiesene Behandlungen oder Arzneimittel

Jede Art von Behandlung oder Arzneimitteltherapie, die sich aus unserer Sicht als experimentell oder unbewiesen darstellt, da sie nicht der allgemein akzeptierten medizinischen Praxis entspricht.

Familietherapeuten oder Berater

Kosten für einen Familientherapeuten oder -berater für ambulante psychotherapeutische Behandlung.

Frei verkäufliche Produkte

Frei verkäufliche Arzneimittel und Produkte, es sei denn, eine diesbezügliche Leistung ist Teil Ihrer Tariflichen Leistungszusage.

Gebühren für das Ausfüllen des Erstattungsformulars

Gebühren eines Arztes für das Ausfüllen des Erstattungsformulars oder andere Verwaltungskosten.

Geburtsvor- und Geburtsnachbereitung

Geburtsvor- und Geburtsnachbereitungskurse.

Genetische Tests

Genetische Tests außer:

- a) spezifische genetische Tests, die in Ihrem Tarif versichert sind.
- b) DNA-Tests im direkten Zusammenhang mit einer versicherten Fruchtwasseruntersuchung, z. B. bei Frauen ab 35 Jahren.
- c) Wenn genetische Tests zur Erkennung von Tumorrezeptoren mitversichert sind.

Geschlechtsumwandlung

Operationen und Behandlungen zur Geschlechtsumwandlung.

Haarverlust und Haarsersatz

Untersuchungen und Behandlungen von Haarverlust sowie jeglicher Haarsersatz, es sei denn, der Haarverlust ist auf eine Krebstherapie zurückzuführen.

Hausbesuche

Hausbesuche, es sei denn, diese sind nach einem plötzlichen Ausbruch einer akuten Krankheit notwendig, weil es für Sie unmöglich ist, einen Arzt oder Therapeuten aufzusuchen.

Komplikationen aufgrund im Rahmen Ihres Tarifs nicht versicherter Behandlungen

Kosten für Komplikationen, die direkt durch eine Krankheit, Verletzung oder Behandlung entstanden sind, für die Ihr Versicherungsschutz begrenzt ist oder die Ihr Versicherungsschutz ganz ausschließt.

Kunstfehler

Behandlungen, die aufgrund eines Kunstfehlers erforderlich werden.

Leihmutterschaft

Behandlungen, die im direkten Zusammenhang mit einer Leihmutterschaft stehen, ungeachtet dessen, ob Sie Leihmutter oder zukünftiger Elternteil sind.

Nichtbeachtung eines ärztlichen Rats oder Nichtkonsultation eines Arztes

Behandlungen, die infolge der Nichtbeachtung eines ärztlichen Rats oder der Nichtkonsultation eines Arztes notwendig werden.

Orthomolekulare Behandlung

Bitte lesen Sie die Definition zu „Orthomolekulare Behandlung“.

Plastische Chirurgie

Behandlung durch einen Plastischen Chirurgen, sei es aus medizinischen oder psychologischen Gründen. Dies umfasst jegliche kosmetische oder ästhetische Behandlung zur Verbesserung des Aussehens, selbst wenn medizinisch verschrieben. Die einzige Ausnahme stellen Operationen zur Wiederherstellung der Funktion oder der äußeren Erscheinung nach einem entstellenden Unfall oder im Rahmen einer chirurgischen Behandlung im Zusammenhang mit einer Krebserkrankung dar, vorausgesetzt, der Unfall oder die chirurgische Behandlung erfolgen während Ihrer Versicherungszeit.

Schiff auf See

Medizinische(r) Überführung/Rücktransport von einem Schiff auf See zu einer medizinischen Einrichtung an Land.

Schlafstörungen

Behandlung von Schlafstörungen, einschließlich Insomnia, obstruktive Schlafapnoe, Narkolepsie, Schnarchen und Zähneknirschen.

Schwangerschaftsabbruch

Schwangerschaftsabbruch, außer wenn das Leben der Mutter in Gefahr ist.

Sterilisierung, sexueller Dysfunktion und Verhütung

Untersuchungen, Behandlungen und Folgeerscheinungen:

- Sterilisierung
- sexueller Dysfunktion (es sei denn, diese Störung resultiert aus einer vollständigen Entfernung der Prostata infolge einer Krebsbehandlung)

- Verhütung, einschließlich des Einsetzens und Entfernens jeglicher zur Verhütung gebräuchlicher Hilfsmittel, selbst wenn diese aus medizinischen Gründen verschrieben. Die einzige Ausnahme sind von einem Dermatologen verschriebene Verhütungsmittel zur Behandlung von Akne.

Im Rahmen des Krankenversicherungstarifs für die Kanalinseln ist auch Unfruchtbarkeit in diesem Ausschluss einbegriffen.

Teilnahme an einem Krieg oder illegalen Aktivitäten

Behandlungen von Krankheiten oder Verletzungen sowie Todesfällen, die aus einer aktiven Teilnahme an Folgendem resultieren, unabhängig davon, ob ein Krieg erklärt wurde oder nicht:

- Krieg
- Aufruhr
- Zivile Unruhen
- Terrorismus
- Kriminelle Aktivitäten
- Illegale Aktivitäten
- Aktivitäten gegen ausländische Feindseligkeiten

Tests auf Tumormarker

Tests auf Tumormarker, es sei denn bei Ihnen wurde der fragliche Krebs bereits früher diagnostiziert. In diesem Fall besteht Versicherungsschutz innerhalb der Leistung Onkologie.

Todesfallleistung bei Unfällen

Todesfallleistung bei Unfällen, wenn der Tod eines Versicherten direkt oder indirekt durch folgendes verursacht wurde:

- Aktive Teilnahme an einem Krieg, Aufruhr, zivilen Unruhen, Terrorismus, kriminellen oder anderweitigen illegalen Aktivitäten oder Maßnahmen gegen ausländische Feindseligkeiten, unabhängig davon, ob ein Krieg erklärt wurde oder nicht.
- Absichtlich herbeigeführte Krankheiten und selbst verursachte Verletzungen, einschließlich eines Suizidversuchs, innerhalb eines Jahres ab Inkrafttreten der Versicherung.
- Aktive Teilnahme an Aktivitäten, die unterirdisch oder unter Wasser stattfinden, wie beispielsweise unterirdischer Bergbau unter Tage oder Tiefseetauchen.
- Aktivitäten, die über Wasser ausgeführt werden (z. B. auf Ölplattformen oder Bohrinseln) und Aktivitäten in der Luft, außer anderweitig aufgeführt.
- Chemische oder biologische Verunreinigung, Radioaktivität oder Verunreinigung durch jegliches Nuklearmaterial, einschließlich der Verbrennung von Kernbrennstoffen.
- Passives Kriegsrisiko:
 - Aufenthalt in einem Land, für das die britische Regierung ihren Staatsbürgern empfohlen hat, dieses zu verlassen (unabhängig davon, welche Nationalität der Versicherte hat), und von sämtlichen Reisen in dieses Land abrät; oder
 - Reisen oder Aufenthalte, die länger als 28 Tage dauern, in einem Land oder Gebiet, bei dem die britische Regierung von allen nicht absolut notwendigen Reisen abrät.

Der Ausschluss des passiven Kriegsrisikos gilt unabhängig davon, ob der Anspruch direkt oder indirekt aus einem Krieg, Aufruhr, zivilen Unruhen, Terrorismus, kriminellen oder anderweitigen

illegalen Aktivitäten oder Maßnahmen gegen ausländische Feindseligkeiten hervorgeht, unabhängig davon, ob ein Krieg erklärt wurde oder nicht.

- Drogen- oder Alkoholeinfluss.
- Todesfälle, die mehr als 365 Tage nach Eintreten eines Unfalls als dessen Folge auftreten.
- Bewusste Gefahrenaussatzung- mit Ausnahme eines Versuchs, Menschenleben zu retten.
- Absichtliches Einatmen von Gas oder absichtliche Einnahme von giftigen Stoffen oder gesetzlich untersagten Drogen.
- Flüge in einem Luftfahrzeug, einschließlich Hubschraubern, sofern die versicherte Person kein Passagier ist und der Pilot keine rechtmäßige Lizenz hat oder Militärpilot ist und einen festen Flugplan eingereicht hat, sofern dies nach lokalen Vorschriften erforderlich ist.
- Aktive Teilnahme an Extremsport oder professionellen Sportaktivitäten wie beispielsweise:
 - Bergsport, z. B. Abseilen, Bergsteigen und jegliche Rennen (die nicht zu Fuß stattfinden).
 - Wintersport, z. B. Bobfahren, Rennrodeln, Rennschlitten, Bergsteigen, Ski- und Snowboardfahren abseits der Pisten.
 - Pferdesport, z. B. Jagen zu Pferd, Springreiten, Polo, Hindernisrennen und Pferderennen jeglicher Art.
 - Wassersport, wie z. B. Höhlenerkundungen, Höhlentauchen, Sporttauchen in einer Tiefe von mehr als 10 Metern, Turmspringen, Wildwasser-Rafting und Canyoning.
 - Auto - und Motorsport, z. B. Motorradfahren und Quadfahren.
 - Kampfsportarten.
 - Luftsport, z. B. Fliegen mit einem Ultraleichtflugzeug, Ballonsport, Drachenfliegen, Paragliding, Gleitschirmfliegen und Fallschirmspringen.
 - Verschiedene andere Sportarten, wie z. B. Bungeejumping.

Triple-/Bart's-, Quadruple- oder Spina-Bifida-Tests

Triple-/Bart's-, Quadruple- oder Spina-Bifida-Tests, ausgenommen für Frauen ab 35 Jahren.

Übergewicht

Untersuchungen und Behandlungen aufgrund von Übergewicht.

Verhaltens- und Persönlichkeitsstörungen

Behandlungen von Verhaltens-, Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen, Krankheiten des autistischen Formenkreises, Trotzverhalten/Autoritätsabwehr, Störungen des Sozialverhaltens, Zwangserkrankungen, Phobien, Bindungsunfähigkeit, Anpassungsstörungen, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen sowie alle Behandlungen, die zum Zweck der Förderung sozio-emotionaler Beziehungen durchgeführt werden, wie z. B. Familientherapie.

Verletzungen bei Berufssport

Diagnostik und Therapie von Verletzungen, die ihren Ursprung in der Ausübung von Berufssport haben.

Vitamine oder Mineralstoffe

Produkte, die wie folgt klassifiziert sind:

- Vitamine oder Mineralstoffe (außer während einer Schwangerschaft oder zur Behandlung eines diagnostizierten und klinisch relevanten Vitaminmangels)

- Nahrungsmittelergänzungsprodukte, inklusive Spezialbabynahrung und kosmetischer Produkte

Diese Produkte sind von einer Erstattung ausgeschlossen, auch wenn diese medizinisch anerkannt, empfohlen oder verschrieben wurden und eine therapeutische Wirkung haben. Die Kosten für eine Ernährungsberatung sind nicht versichert, außer, wenn eine Leistung in Ihrer Tariflichen Leistungszusage enthalten ist. (Im Rahmen des Krankenversicherungstarifs für die Kanalinseln ist auch der Zeitraum der Schwangerschaft in diesem Ausschluss inbegriffen.)

Zahnveneers

Zahnveneers und die damit verbundenen Maßnahmen.

b) Die folgenden zusätzlichen Ausschlüsse gelten für alle Tarife, mit Ausnahme des Tarifs für die Kanalinseln (für diesen Tarif gelten spezielle zusätzliche Ausschlüsse, die auf der folgenden Seite aufgelistet sind):

Reisekosten

Reisekosten zu bzw. von medizinischen Einrichtungen (einschließlich Parkgebühren) für Behandlungen, außer wenn sie im Rahmen der Leistungen „Lokaler Krankentransport“, „Medizinische Überführung“ und „Medizinischer Rücktransport“ versichert sind.

Sprachtherapie

Sprachtherapie, die im Zusammenhang mit Entwicklungsstörungen steht, wie z. B. Legasthenie, Dyspraxie oder expressive Sprachstörungen.

Vorerkrankungen

Vorerkrankungen (einschließlich chronischer Vorerkrankungen) wenn:

- Auf einem Sondervereinbarungsformular, das wir vor Versicherungsbeginn ausgestellt haben, angegeben.
- Erkrankungen im Antragsformular nicht angegeben wurden.
- Erkrankungen zwischen dem Ausfüllen des Antragsformulars und später als zu den folgenden Zeitpunkten auftreten:
 - Datum, an dem wir den Versicherungsschein ausstellen oder
 - Datum des Versicherungsbeginns.
 Solche Erkrankungen unterliegen einer medizinischen Risikoprüfung und werden nicht mitversichert, sollten sie nicht angegeben worden sein.

c) Die folgenden Ausschlüsse gelten nur für unseren Tarif für die Kanalinseln:

Chronische Erkrankungen

Chronische Erkrankungen, mit Ausnahme von Kurzzeitbehandlungen von akuten Phasen einer chronischen Erkrankung, die entweder das Ziel haben, den Gesundheitszustand wiederherzustellen, der unmittelbar vor der akuten Phase vorlag, oder zur vollständigen Genesung führen. Wir raten Ihnen dringend, sich an unsere Helpline zu wenden, damit Sie über den Umfang Ihres Versicherungsschutzes unter Ihren besonderen Umständen informiert sind, bevor Behandlungskosten entstehen.

HIV

Humane Immunschwäche-Virusinfektion, AIDS und jede damit in Zusammenhang stehende psychiatrische Erkrankung.

Organtransplantation

Reisekosten

Reisekosten werden in folgenden Fällen nicht von uns erstattet:

- Wenn die Reisekosten über dem standardmäßigen Normalpreis liegen.
- Wenn es sich um Kosten für einen Elternteil handelt, der ein Kind ab 18 Jahren begleitet.
- Wenn es sich um zusätzlich anfallende Reisekosten handelt, z.B. Hotelunterkunft oder Mahlzeiten.
- Wenn die Kosten vom britischen Gesundheitsministerium (Department of Health) übernommen werden.
- Wenn die Behandlung nicht versichert ist.
- Wenn die Reise nicht von Ihrem Arzt empfohlen wurde.
- Wenn wir vor der Reise nicht zugestimmt haben, alle Reisekosten zu übernehmen.

Reisekosten

Reisekosten im Zusammenhang mit ambulanten Arztkosten, mit Ausnahme von postoperativen Arztbesuchen, die nicht bei einem Arzt vor Ort durchgeführt werden können.

Reisekosten sofern die Behandlung vor Ort verfügbar ist

Die Kosten für Reisen zu einer anderen Kanalinsel, in das Vereinigte Königreich und nach Frankreich, wenn die vorgeschlagenen Behandlungen oder alternative Behandlungsmöglichkeiten vor Ort verfügbar sind. Die entstandenen Behandlungskosten werden jedoch im Rahmen der Höchsterstattungsbeträge Ihres Tarifs von uns erstattet.

Die folgenden Leistungen:

- Medizinische Überführung oder medizinischer Rücktransport.
- Okulomotorthherapie.
- Brillenreparaturen.
- Rücktransport im Todesfall.
- Sprachtherapie.

Verschreibungspflichtige Arzneimittel und Verbände

Verschreibungspflichtige Arzneimittel und Verbände, sofern diese nicht im Rahmen einer stationären oder teilstationären Behandlung verschrieben wurden.

Vorerkrankungen

Zahnchirurgie, Zahnersatz, zahnärztliche Parodontalbehandlung und kieferorthopädische Behandlungen

Zahnchirurgie, Zahnersatz, zahnärztliche Parodontalbehandlung und kieferorthopädische Behandlungen, mit Ausnahme der Zahnbehandlungen gemäß der Definition.

Sprechen Sie mit uns, wir helfen Ihnen gerne weiter!

Bei Fragen können Sie sich jederzeit mit uns in Verbindung setzen:

Rund um die Uhr erreichbare Helpline für allgemeine Fragen und Hilfe im Notfall

	Deutsch:	+353 1 630 1302
	Englisch:	+353 1 630 1301
	Französisch:	+353 1 630 1303
	Spanisch:	+353 1 630 1304
	Italienisch:	+353 1 630 1305
	Portugiesisch:	+353 1 645 4040

Gebührenfreie Telefonnummern www.allianzcare.com/de/pages/toll-free-numbers.html

Wenn Sie von Ihrem Mobiltelefon aus die gebührenfreien Nummern nicht wählen können, wählen Sie bitte eine der oben aufgeführten Helpline-Nummern.

Wir weisen Sie darauf hin, dass Helpline-Anrufe aufgezeichnet und zu Schulungs-, Qualitätssicherungs- und Regulierungszwecken überwacht werden. Bitte beachten Sie, dass nur der Hauptversicherte (oder eine von ihm autorisierte Person) Änderungen an der Police vornehmen kann. Anrufern werden Sicherheitsfragen gestellt, um deren Identität zu bestätigen

@ E-Mail: client.services@allianzworldwidecare.com

 Fax: + 353 1 630 1306

 Adresse: Allianz Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irland.

 www.allianz-care.com

 www.facebook.com/allianzcare

 twitter.com/AllianzCare

 www.youtube.com/user/allianzworldwide

 www.linkedin.com/company/allianz-care

AWP Health & Life SA unterliegt der Aufsicht durch die French Prudential Supervisory Authority in 4 place de Budapest, CS 92459, 75 436 Paris Cedex 09, Frankreich.

AWP Health & Life SA, handelt durch ihre irische Niederlassung, ist eine Aktiengesellschaft nach französischem Recht. Registriert in Frankreich: Nr. 401 154 679 RCS Bobigny. Irische Niederlassung ist eingetragen im irischen Handelsregister, Registernummer: 907619, Adresse: 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irland. Allianz Care und Allianz Partners sind eingetragene Firmen von AWP Health & Life SA.