



Allgemeine Versicherungsbedingungen

Inhaltsverzeichnis

1. Willkommen	3
2. Versicherungsarten	4
3. Verwaltung Ihrer Versicherung	5
4. Allgemeine Versicherungsbedingungen	7
5. Datenschutz	9
6. Leitfaden zum Versicherungsschutz bei Krebs	9
7. Leitfaden zum Versicherungsschutz bei chronischen Krankheiten	11
8. Was nicht abgedeckt ist	12
9. Einreichung eines Antrages	16
10. Beschwerdeverfahren	17
11. Definitionen	18
12. Kontaktdaten	26

1. Willkommen

Willkommen und danke, dass Sie VfA-International gewählt haben.

In diesem Dokument erklären wir Ihnen:

- wie Ihre Versicherung funktioniert,
- wie Sie Ihre Versicherung verwalten,
- was abgedeckt ist und was nicht,
- wie Sie einen Antrag stellen,
- wie Sie in dem unwahrscheinlichen Fall, dass Sie mit Ihrer Versicherung nicht zufrieden sind, eine Beschwerde einreichen,
- Definition und Erklärung der in diesem Dokument verwendeten Begriffe.

Deshalb sind die vorliegenden Unterlagen wichtige Dokumente, die an einem sicheren Ort aufzubewahren sind.

Bitte lesen Sie die Versicherungsunterlagen sorgfältig durch, um sicherzustellen, dass alle Angaben richtig sind. Sollten Sie Fragen zu den in dieser Versicherungspolice aufgeführten Angaben haben, setzen Sie sich bitte so schnell wie möglich mit uns in Verbindung.

Das von Ihnen ausgefüllte Antragsformular und die von Ihnen abgegebenen Erklärungen stellen zusammen mit den Versicherungsunterlagen und dem Versicherungsschein einen Vertrag zwischen dem Versicherungsnehmer, dem Versicherer und uns dar. Als Gegenleistung für die Beitragszahlung übernehmen wir die Kosten für vorher genehmigte, angemessene und medizinisch notwendige Behandlungen berechtigter gesundheitlicher Beschwerden. Behandlungskosten müssen angemessen und üblich sein. Alle Behandlungen müssen während der Laufzeit der Versicherungspolice genehmigt werden.

VfA-International bietet Produkte auf dem deutschen Markt gemäß EU-Vermittlerrichtlinie an. Um Zweifel auszuschließen, Produkte von VfA-International sind kein Ersatz für eine deutsche Krankenversicherungspflicht (Versicherungsaufsichtsgesetz - Insurance Supervision Act - VAG).



Christopher Götze
Geschäftsführer

VfA-International
Gutenbergstraße 3
23611 Bad Schwartau
Deutschland

2. Versicherungsarten

Für Ihre Versicherungspolice gibt es verschiedene Versicherungsarten und im Folgenden erklären wir Ihnen, was das für Sie bedeutet.

Volle medizinische Risikoprüfung

Dies ist eine Versicherungsart, bei der wir Sie darum bitten, eine Reihe von Fragen zu Ihrer Gesundheit zu beantworten..

Wir werden diese Angaben überprüfen und entscheiden, welchen Versicherungsschutz wir Ihnen anbieten können. Gegebenenfalls werden wir Ihren Hausarzt darum bitten, uns dafür weitere Informationen zu übermitteln.

Sollten Vorerkrankungen bestehen, für die in Zukunft eine Behandlung erforderlich sein könnte, schließen wir diese für gewöhnlich zusammen mit damit in Verbindung stehenden Beschwerden vom Versicherungsschutz aus.

Sollten Sie den von uns vorgelegten Versicherungsbedingungen zustimmen, finden Sie alle von uns angewendeten Ausschlüsse, die ab dem Beginn des Versicherungsschutzes gültig sind, auf Ihrem Versicherungsschein. In einigen Fällen weisen wir Sie darauf hin, dass gewisse Ausschlüsse nach Ablauf eines bestimmten Zeitraumes nach Beginn des Versicherungsschutzes auf Ihren Wunsch hin überprüft werden können. Bitte beachten Sie, dass, wenn wir eine Überprüfung eines Ausschlusses anbieten, dies nicht bedeutet, dass dieser aufgehoben wird.

Bei einer vollen medizinischen Risikoprüfung sind neue akute Beschwerden, die nach Beginn des Versicherungsschutzes auftreten, gemäß den Versicherungsbedingungen und -bestimmungen sofort versichert.

Eine volle medizinische Risikoprüfung umfasst keine Krankheiten, an denen Sie und Ihre Familienangehörigen bereits vor Beginn des Versicherungsschutzes gelitten haben. Dazu gehören auch Beschwerden, die Sie uns nicht mitgeteilt und die nicht durch uns genehmigt wurden.

Es ist wichtig, dass Sie uns alle Informationen mitteilen, um die wir Sie bitten, auch wenn Sie Symptome haben, die nicht diagnostiziert wurden. Sollten Sie dies nicht tun, werden wir keine der Forderungen, welche Sie in Zukunft stellen, bezahlen oder die Versicherung sogar kündigen. Sollten Sie sich nicht sicher sein, ob Sie etwas angeben müssen oder nicht, dann machen Sie die Angaben besser.

Ausschluss von Vorerkrankungen für einen bestimmten Zeitraum (Moratorium)

Sollten Sie diese Versicherungsart wählen, müssen Sie bei Stellung des Antrages keine Fragen zu Ihrer Gesundheit beantworten, allerdings sind Forderungen, die innerhalb der ersten zwei Jahre des Versicherungsschutzes in Verbindung mit Vorerkrankungen gestellt werden, wegen denen Sie innerhalb der zwei Jahre vor Beginn der Versicherungspolice mit uns behandelt wurden oder Medikamente erhalten haben, sich haben beraten lassen oder Symptome hatten, unabhängig davon, ob diese diagnostiziert wurden oder nicht, nicht abgedeckt.

In Verbindung mit Vorerkrankungen stehende Beschwerden, die nach Beginn des Versicherungsschutzes auftreten, sind ebenfalls ausgeschlossen.

Ausgeschlossen sind Krankheiten oder damit in Verbindung stehende Beschwerden, die in den zwei Jahren vor Beginn des Versicherungsschutzes der versicherten Person:

- vorhersehbar waren,
- auftraten,
- aufgrund derer Sie Beschwerden oder Symptome hatten,
- aufgrund derer Sie sich haben beraten lassen oder
- behandelt wurden und/oder Medikamente erhalten haben,
- die nach Ihrem besten Wissen und Gewissen vorhanden waren

Sollten Sie in den 2 Jahren nach Beginn des Versicherungsschutzes:

- Symptome gehabt,
- sich beraten lassen,
- eine Behandlung, Medikamente oder Schonkost benötigt oder
- eine Behandlung, Medikamente oder Schonkost erhalten haben,

müssen Sie einen Zeitraum von 2 aufeinanderfolgenden Jahren abwarten, in dem Sie:

- keine Symptome haben,
- sich nicht beraten lassen,
- keine Behandlung, Medikamente oder Schonkost benötigen oder
- keine Behandlung, Medikamente oder Schonkost erhalten, damit die Krankheit oder damit verbundenen Beschwerden abgedeckt sind.

3. Verwaltung Ihrer Versicherung

Diese Versicherung ist verfügbar für Personen (es bestehen Altersbeschränkungen) und deren Familienangehörige in Ländern, in denen der Versicherer für den Abschluss privater Krankenversicherungen gesetzlich zugelassen ist. Diese Versicherung ist nicht verfügbar für US-Bürger, die in den USA wohnhaft sind, für Personen, die Devisenkontrollen unterliegen, oder in Ländern, in denen der Erwerb einer solchen Versicherung gemäß den dortigen Gesetzen illegal ist.

Das Mindestalter für den Beitritt als Versicherungsnehmer ist 18 Jahre. Das maximale Eintrittsalter liegt bei 70 Jahren. Sollte ein Antragssteller noch keine 18 Jahre alt sein, muss ein Elternteil oder Vormund das Antragsformular unterzeichnen; letzterer wird dann als Versicherungsnehmer betrachtet und muss die entsprechenden Beiträge bezahlen. Es werden keine Nachlässe gewährt.

Versicherungsschutz für Schwangerschaft ist nur für weibliche Mitglieder von 18-44 Jahren verfügbar.

Beitragszahlung

Die Versicherung ist ein Jahresvertrag und die Beiträge sind im Voraus entweder monatlich, vierteljährlich oder jährlich zu bezahlen.

Die Beiträge sind in Euro (€) zu bezahlen.

Beitragszahlung

Bei einer jährlichen Beitragszahlung können Sie wählen zwischen der Zahlung per:

- Kreditkarte (Visa oder Mastercard),
- SEPA-Lastschrift (nur bei Inhabern eines Bankkontos in der EU),
- Überweisung.

Bei einer monatlichen Beitragszahlung können Sie wählen zwischen der Zahlung per:

- Kreditkarte (Visa oder Mastercard),
- SEPA-Lastschrift (nur bei Inhabern eines Bankkontos in der EU).

Bei einer vierteljährlichen Beitragszahlung können Sie wählen zwischen der Zahlung per:

- Kreditkarte (Visa oder Mastercard),
- SEPA-Lastschrift (nur bei Inhabern eines Bankkontos in der EU).

Durch Ausfüllen der Felder zur Zahlung per Kreditkarte oder Einzugsermächtigung autorisieren Sie uns, Ihr Konto mit dem entsprechenden Betrag, der abhängig von der gewählten Beitragsfrequenz ist, zu belasten. Sie ermächtigen uns außerdem, anschließende Verlängerungsbeiträge wie von uns vorher mitgeteilt einzuziehen, bis wir eine schriftliche Anweisung von Ihnen erhalten, dass Sie die Zahlungsart ändern oder die Versicherungspolice kündigen möchten.

Sie sind dafür verantwortlich, uns immer die aktuellen Kreditkartendaten mitzuteilen. Sollten sich die Daten Ihrer Kreditkarte ändern, müssen Sie uns dies mitteilen, um sicherzustellen, dass wir Ihre Beiträge weiterhin einziehen können.

Sollten wir aus welchem Grund auch immer zu irgendeinem Zeitpunkt einen Betrag über eine Einzugsermächtigung oder Kreditkarte nicht einziehen können, ist es möglich, dass wir beim nächsten Zahlungstermin mehr als einen Beitrag einziehen müssen.

Unbezahlte oder verspätet bezahlte Beiträge

Um Ihre Versicherungsleistungen nutzen zu können, müssen Sie die Beiträge am oder vor dem Fälligkeitsdatum bezahlen. Sollten Sie einen Beitrag nicht bis zum Fälligkeitsdatum bezahlt haben, werden alle Forderungen zurückgestellt, bis der Beitrag bezahlt wurde.

Sollte ein Beitrag nicht innerhalb von 30 Tagen nach dem Fälligkeitsdatum bezahlt worden sein, wird die Versicherungspolice gekündigt.

Wir informieren Sie schriftlich über ausstehende Beitragszahlungen.

Sollten wir den Versicherungsplan kündigen, müssen Sie erneut einen Antrag für einen neuen Versicherungsplan stellen. Zum Zeitpunkt der nochmaligen Beantragung gültige Beiträge werden berechnet, außerdem kann der Versicherungsschutz dann neuen Versicherungsbedingungen unterliegen.

Kündigung

Sollte diese Versicherung nicht Ihren Bedürfnissen entsprechen, können Sie diese innerhalb von 14 Tagen (Widerrufsfrist) nach Erhalt ihrer Versicherungsunterlagen oder ab dem Tag des Versicherungsbeginns, je nachdem, welches Datum das spätere ist, kündigen. Sie müssen den Kündigungsantrag schriftlich per Post, Fax oder E-Mail schicken.

Sollten innerhalb der Versicherungslaufzeit berechnete Forderungen entstehen und Sie kündigen die Versicherung innerhalb dieser Laufzeit, behalten wir uns das Recht vor, für berechnete Forderungen bezahlte Beträge zurückzufordern.

Wir werden die Versicherung ab dem Tag des Erhalts des Kündigungsantrages oder zu einem späteren Datum kündigen. Wir werden die Kündigung der Versicherung nicht zurückdatieren.

Wir behalten uns außerdem das Recht vor, die Versicherung zu kündigen, wenn Sie:

- die Beiträge nicht bezahlen,
- die Versicherungsbedingungen, einschließlich der Änderung der Situation, nicht einhalten,
- uns durch falsche Angaben, Betrug oder Verschweigen täuschen,
- nicht nach Treu und Glauben handeln,
- alleine oder mit einem Dritten versuchen, auf unsere Kosten unrechtmäßig Geld zu erhalten,
- ein US-Bürger sind und mehr als 180 Tage ununterbrochen in den USA verbringen.

Wir können die Versicherung zudem kündigen, wenn sich das nationale Krankenversicherungsgesetz (national health insurance law) oder irgendeine andere gesetzliche Vorschrift, welche die Versicherung wesentlich betrifft, ändert und folglich keine Grundlage mehr für die Versicherung besteht.

Änderung der Situation

Sie müssen uns so schnell wie möglich über Änderungen Ihrer eigenen Situation oder der einer anderen versicherten Person informieren, zum Beispiel über:

- Namensänderungen,
- Adressänderungen,
- Berufswechsel,
- alle wesentlichen Tatsachen, welche den Beitrag oder die Versicherungsbedingungen betreffen könnten.

Wir behalten uns das Recht vor, die Versicherungsbedingungen oder -beiträge nach Mitteilung der entsprechenden Änderung zu kündigen oder zu ändern.

Hinzufügen und Entfernen von Familienangehörigen

Nach vorheriger Genehmigung durch uns können Sie beantragen, einen Familienangehörigen zu Ihrer Versicherungspolice hinzuzufügen. Ein solcher Antrag muss schriftlich per Post, Fax oder E-Mail gestellt werden und Sie müssen uns alle wesentlichen Tatsachen mitteilen.

Sollte der Familienangehörige ein neugeborenes Kind sein, das während der Versicherungslaufzeit auf die Welt kam, werden wir, solange Sie den Antrag, bevor das Kind 3 Monate alt ist, eingereicht und uns alle wesentlichen Tatsachen, die wir akzeptiert haben, mitgeteilt haben, kein Moratorium einbinden.

Am Verlängerungsdatum entfernen wir Familienangehörige (Kinder) aus Ihrer Versicherungspolice, wenn diese 21 Jahre (bzw. 25 Jahre, wenn sie einen Vollzeitunterricht besuchen) alt sind. Diese können eine eigene Versicherungspolice beantragen und, solange keine Unterbrechung des Versicherungsschutzes stattgefunden hat, ändert sich das Datum des Versicherungsbeginns nicht. Ein solcher Antrag muss von uns genehmigt werden.

Verlängerung

Ihre Versicherung ist ein Jahresvertrag, der sich immer um ein weiteres Jahr verlängert, sofern Sie diesen nicht kündigen. Für gewöhnlich erhalten Sie einen Monat vor Ablauf des Vertragsjahres Ihren neuen Versicherungsschein. Eine Verlängerung Ihrer Versicherung findet nach unserem Ermessen statt und muss durch uns genehmigt werden.

Wir behalten uns das Recht vor, die Versicherungsbedingungen und -bestimmungen zu ändern; auf solche Änderungen weisen wir Sie hin, wenn wir Sie darum bitten, die Versicherungspolice zu verlängern.

Die Beiträge werden für gewöhnlich jedes Jahr überprüft und basieren immer auf dem Alter der versicherten Person, auf medizinischen Aspekten und einer allgemeinen Beurteilung.

Sollten Sie eine Änderung der von Ihnen gewählten Leistungen, Währung, Beitragsfrequenz oder dem Selbstbehalt wünschen, können Sie dies bei der Verlängerung beantragen; die entsprechende Änderung ist nur möglich, wenn wir sie genehmigen.

Jede Änderung Ihres Leistungsumfangs bei Verlängerung muss von uns genehmigt werden.

Tod

Sollte die versicherte Person sterben, findet gemäß dieser Versicherungspolice keine Beitragsrückerstattung statt, allerdings werden gültige Forderungen trotzdem gemäß den Versicherungsbedingungen und -bestimmungen bezahlt. Nach vorheriger Genehmigung durch uns und auf Wunsch können wir die Versicherungspolice auf den Ehegatten oder einen Familienangehörigen des Versicherten, wenn dieser mindestens 18 Jahre alt ist, übertragen.

4. Allgemeine Versicherungsbedingungen

1. Diese Versicherung bietet Leistungen für angemessene und übliche Kosten für berechnete akute Beschwerden, wie in den von Ihnen gewählten Leistungen beschrieben. Sollte Ihre Versicherung chronische Krankheiten abdecken, sind die verfügbaren Grenzwerte in Ihrer Leistungstabelle näher beschrieben.
2. Wir leisten Zahlungen für berechnete neue Krankheiten, die nach der Genehmigung und dem Beginn des Versicherungsschutzes auftreten, wie in dem Versicherungsschein beschrieben. Die Grundlage für die Genehmigung des Versicherungsschutzes geht aus dem Versicherungsschein hervor.
3. Alle Behandlungen und Diagnostiktests müssen von den Spezialisten, zu denen der Hausarzt überwiesen hat, und unter deren Aufsicht durchgeführt werden.
4. Alle stationären und ambulanten Operationen (Not- und Unfälle ausgenommen) sowie alle Forderungen, die durch eine Evakuierung oder einen Rücktransport entstehen, müssen vorher von uns genehmigt werden. Ohne eine solche vorherige Genehmigung einer solchen Behandlung werden nur 50% der angefallenen Kosten bezahlt.
5. Die Leistungen werden abzüglich der gemäß diesen Versicherungsbedingungen vereinbarten Selbstbeteiligungen bezahlt.
6. Die Grenzwerte in der Leistungstabelle sind in der Währung aufgeführt, in der die Beiträge bezahlt werden.
7. Sollten Sie auf Ihrem Antragsformular keine Angaben zu Ihrem Hausarzt gemacht haben und eine Forderung einreichen, die wir auf Grundlage des Gutachtens unseres Chefarztes als Vorerkrankung betrachten, können wir Ihren Leistungsantrag nicht berücksichtigen.
8. Wir behalten uns das Recht vor, von Ihnen die Einholung einer zweiten Meinung eines von uns gewählten Spezialisten zu verlangen. Die Kosten für die Zweitmeinung dieses Spezialisten übernehmen wir.
9. Sollten Sie sich dazu entschieden haben, die Behandlung durch einen Hausarzt durchführen zu lassen und sollte dessen Honorar nicht als angemessen und üblich betrachtet werden, haben Sie den Differenzbetrag zu bezahlen.
10. Ihre Versicherung wird gekündigt, wenn Sie einen weltweiten, einschließlich der USA, Versicherungsschutz besitzen, ein US-Bürger sind und sich mehr als 180 Tage ununterbrochen in den USA aufhalten.
11. Die gesamte Korrespondenz zu dieser Versicherung wird an die letzte bekannte Adresse des Versicherungsnehmers gesendet. Sollten Sie diese nicht erhalten, sind die Änderungen trotzdem gültig.
12. Im Falle einer Forderung setzen wir uns direkt mit dem Antragsteller, wenn dieser 18 Jahre oder älter ist, in Verbindung und kommunizieren direkt mit ihm. Sollte der Antragsteller noch keine 18 Jahre alt sein, setzen wir uns direkt mit dem Versicherungsnehmer in Verbindung.
13. Sollten wir eine Forderung, die bei uns eingereicht wurde, bezahlt haben, können wir die Originalunterlagen nicht mehr zurückgeben.
14. Eine Bedingung dieser Versicherung ist, dass uns alle wesentlichen Tatsachen mitgeteilt werden, bevor wir einen Antrag genehmigen, irgendeine Änderung des Versicherungsschutzes vornehmen oder den Versicherungsvertrag verlängern. Sollten Sie sich nicht sicher sein, ob ein Sachverhalt eine wesentliche Tatsache darstellt, empfehlen wir Ihnen, uns zu Ihrem eigenen Schutz darauf hinzuweisen.
Bitte beachten Sie, dass, wenn Sie in Ihrem Antrag den Ausschluss von Vorerkrankungen gewählt haben und uns auf irgendeine Vorerkrankung, an der Sie leiden könnten, hinweisen, die Bedingungen des Ausschlusses von Vorerkrankungen bei jeglicher Vorerkrankung gelten.
Sollten wesentliche Tatsachen, die Auswirkungen auf unsere Risikobeurteilung haben, nicht mitgeteilt werden, kann das zur Kündigung der Versicherung und einer Nichtbezahlung von Forderungen unsererseits führen.
Sollten wir die Versicherung kündigen, weil Sie uns eine wesentliche Tatsache nicht mitgeteilt haben, erstatten wir Ihnen die bezahlten Beiträge abzüglich der auf Forderungen bezahlten Beträge zurück. Sollte der auf eine Forderung bezahlte Leistungsbetrag höher sein als die eingezahlten Beiträge, haben Sie den durch uns bezahlten Mehrbetrag zurückzuzahlen.
15. Sollte vor oder nach Versicherungsbeginn irgendeine Täuschung, falsche Angaben oder das Verschweigen von Tatsachen vorliegen, kündigen wir die Versicherung und alle bezahlten Leistungen sind zurückzuzahlen. Sollten wir Beweise dafür haben, dass Sie eine falsche, betrügerische oder vorsätzlich übertriebene Forderung eingereicht haben, werden wir für die Forderung keine Zahlungen leisten.
16. Sollten wir zum Stützen der Behauptung weitere Informationen von Ihnen verlangen, müssen Sie uns diese geben oder wir bezahlen keine Forderungen. Sollten wir ärztliche Gutachten, Informationen, Beweise und Quittungen verlangen, hat die versicherte Person diese auf ihre Kosten zu besorgen. Wir behalten uns das Recht vor, Ihren Hausarzt, Facharzt, Spezialisten oder einen anderen Arzt so oft wie angemessener Weise erforderlich um Zusatzinformationen zu bitten und/oder die Meinungen Dritter einzuholen.

17. Wir behalten uns das Recht vor, eine bereits im Voraus genehmigte Forderung neu zu bewerten, wenn wir neue Informationen erhalten oder uns solche mitgeteilt werden. Sollten diese neuen Informationen bestätigen, dass eine Forderung gemäß der Police nicht berechtigt ist, haben wir Anspruch darauf, von Ihnen alle in Verbindung mit der Forderung bereits bezahlten Kosten zurück zu verlangen.
18. Es ist möglich, dass wir einen Krankentransport nicht organisieren können, wenn dieser aufgrund der Lage vor Ort gefährlich, nicht durchführbar oder unmöglich ist.
19. Sollte eine andere Versicherungsgesellschaft oder Versicherung die Behandlung, für welche die versicherte Person eine Leistung fordert, abdecken, bezahlen wir nur unseren Anteil, nachdem diese Deckungssumme aufgebraucht wurde.
20. Wir haben volles Recht auf Subrogation und können in Ihrem Namen, aber auf unsere Kosten Verfahren einleiten, um den Betrag von Zahlungen, die aufgrund einer anderen Versicherungspolice stattgefunden haben, zu unseren Gunsten zurückzuerlangen.
21. Sie dürfen frühestens 60 Tage, nachdem eine Forderung bei uns eingereicht wurde, und müssen spätestens nach 2 Jahren ab der genannten Einreichung ein Gerichtsverfahren einleiten, um einen Betrag im Rahmen der Police zurückzuerlangen.
22. Sie müssen uns so schnell wie möglich mitteilen, wenn eine gesundheitliche Beschwerde, wegen der Sie eine Forderung eingereicht haben, von einem Dritten verursacht wurde oder verursacht sein könnte. In diesem Fall:
 - a) können wir ein Gerichtsverfahren im Namen der versicherten Person aber auf unsere Kosten einleiten, um Leistungen, die aufgrund dieser Police erbracht wurden, zurückzuerlangen;
 - b) muss die versicherte Person uns die zur Einleitung eines Gerichtsverfahrens oder zur Befriedigung bzw. Verteidigung eines Anspruches notwendige Unterstützung und Informationen liefern;
 - c) muss die versicherte Person uns die in Verbindung mit ihrer Forderung erhaltenen oder fälligen Entschädigungen bis zum von uns bezahlten Leistungsbetrag zurückbezahlen.
23. Sollten wir aufgrund dieser Police eine Forderung ablehnen, liegt die Beweislast dafür, dass die Forderung abgedeckt ist, bei der versicherten Person.
24. Einen Sendenachweis für ein Antragsformular, ein Forderungsformular oder eine Beitragszahlung akzeptieren wir nicht als Nachweis dafür, dass wir dies/e erhalten haben.
25. Die Ausgabe der Versicherungsunterlagen und des Versicherungsscheins dient als Nachweis dafür, dass der Vertrag gültig ist.
26. Sollten Sie Ihre Versicherungsunterlagen verlieren, können wir eine Bearbeitungsgebühr für die Neuausstellung verlangen.
27. Ihre Versicherungspolice unterliegt Luxemburgischen Recht.

5. Datenschutz

Dieser Abschnitt enthält wichtige Informationen zu Ihren persönlichen Daten. Bitte stellen Sie sicher, dass Sie es allen Personen zeigen, die über diese Police versichert sind und dass sie wissen, dass ihre persönlichen Daten uns möglicherweise mitgeteilt werden.

VfA-International ist für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten verantwortlich. Wir werden die von Ihnen angegebenen Daten im Einklang mit den Datenschutzgesetzen der DSGVO und anderen geltenden Gesetzen verarbeiten. Wir arbeiten möglicherweise mit Partnerorganisationen und Dienstleistern zusammen, die in anderen Ländern ansässig sind. Infolgedessen werden Ihre Informationen möglicherweise außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums verarbeitet. In jedem Fall werden wir sicherstellen, dass Ihre Daten angemessen geschützt sind. Alle Übermittlungen personenbezogener Daten außerhalb Europas unterliegen den Bestimmungen des US-Privacy Shield, den von der Europäischen Kommission genehmigten Standardvertragsklauseln oder anderen Verträgen, die einen gleichwertigen Schutz bieten.

Wo wir Ihre persönlichen Daten sammeln.

Wir können personenbezogene Daten über Sie sammeln von:

- Ihnen
- Anderen Unternehmen auf dem Versicherungsmarkt
- Datenbanken zur Betrugsbekämpfung, Sanktionslisten, Gerichtsurteile und ähnliche Datenbanken
- Regierungsbehörden
- Im Schadenfall Zeugen, Sachverständige, Schadenregulierer, Rechtsberater und Schadenbearbeiter.

Wie wir Ihre persönlichen Daten verwenden und weitergeben

Um die Bedingungen Ihres Versicherungsvertrags zu prüfen oder Ansprüche zu bearbeiten, müssen wir möglicherweise Informationen wie Ihren Namen, Ihre Adresse, Ihr Geburtsdatum und Details wie z. B. Ihren Gesundheitszustand weitergeben.

Zu den Empfängern dieser Informationen zählen unter anderem Kreditauskunfteien, Datenbanken zur Betrugsbekämpfung, Makler / Rückversicherungsmakler, andere Versicherer / Rückversicherer, und andere Unternehmen, die Verwaltungs- oder Unterstützungsdienste erbringen.

Zu den Empfängern für die Schadenbearbeitung könnten externe Schadenbearbeiter, Schadensregulierer, Rechtsberater und andere Fachberater sowie Dritte gehören, die an dem Schaden beteiligt sind (ohne darauf beschränkt zu sein).

Weitere Informationen zu diesen Angaben finden Sie weiter unten.

Die Datenschutzgesetze klassifizieren Informationen über Ihre Erkrankungen, Behinderungen und strafrechtlichen Verurteilungen als personenbezogene Daten der besonderen Kategorie, die zusätzlichen Schutz verdienen. Wir geben diese personenbezogenen Daten nur weiter, wenn dies für die Verwaltung Ihres Versicherungsvertrags oder die Bearbeitung von Ansprüchen erforderlich ist, oder zu Betrugsbekämpfungszwecken. Sie werden nur in Übereinstimmung mit den geltenden Gesetzen und Vorschriften verwendet. Die meisten persönlichen Daten, die Sie uns zur Verfügung stellen, werden von uns benötigt, um Ihren Antrag auf Versicherung zu prüfen, mit Ihnen einen Versicherungsvertrag abzuschließen und diesen dann zu verwalten. Wenn wir Ihre Zustimmung zur Verwendung bestimmter Informationen benötigen, werden wir dies zum Zeitpunkt der Erfassung der Informationen von Ihnen klarstellen. Es steht Ihnen frei, Ihre Einwilligung zu verweigern oder jederzeit zu widerrufen. Andernfalls kann sich dies jedoch auf unsere Fähigkeit auswirken, Versicherungen abzuschließen oder Ansprüche zu begleichen.

6. Leitfaden zum Versicherungsschutz bei Krebs

Krebsbehandlung

Wir möchten, dass Sie sich voll und ganz darüber im Klaren sind, was bei einer Krebsbehandlung durch Ihre Versicherungspolice abgedeckt ist und was nicht, weshalb Sie unten einen Leitfaden hierzu finden. Sollten Sie jedoch eine Krebsbehandlung benötigen, rufen Sie bitte unsere Antragshotline an und eines unserer für Forderungen zuständigen Teams wird Ihnen den entsprechenden Versicherungsschutz erklären.

Was ist bei Krebs abgedeckt?

Die folgenden Behandlungen sind zur Heilung oder zum Erreichen eines Abklingens der Symptome abgedeckt. Sollten Sie über Leistungen aus dem Leistungsbereich chronische Krankheiten und dem Bereich unheilbare Krankheiten verfügen, sind die im Folgenden aufgeführten Behandlungen auch abgedeckt, wenn das Krebswachstum dadurch gestoppt wird oder sie zur Linderung der Symptome dienen:

- Arztbesuche, Diagnostiktests zum Stellen der Diagnose.
- Chirurgische Eingriffe. Ein chirurgischer Eingriff muss allgemein als sichere und wirksame Behandlung anerkannt sein.
- Medikamente für Chemo- und Strahlentherapie, sofern diese in der gewöhnlichen klinischen Praxis verwendet werden. Zulässige Medikamente für die Chemotherapie sind Medikamente, die zur Nutzung im dänischen Gesundheitsdienst durch das dänische Staatliche Institut für Qualität im Gesundheits- und Pflegewesen zugelassen wurden, in ihren zugelassenen

Indikationen, wie von der Europäischen Arzneimittelagentur oder der Arzneimittelzulassungsbehörde (MHRA) genehmigt verwendet werden und bei der Verwendung von Arzneimittelkombinationen müssen diese Medikamente gezeigt haben, dass sie für die aktive Behandlung der Krebsart, an welcher der Patient leidet, wirksam sind.

- Hormontherapien und biologische Therapien, z.B. monoklonale Antikörper wie Herceptin, wenn diese durch die Europäische Arzneimittelagentur zugelassen sind. Sie müssen durch das britische Staatliche Institut für Qualität im Gesundheits- und Pflegewesen zugelassen sein und für die Zwecke verwendet werden, für die sie zu diesem Zeitpunkt zugelassen sind, und allgemein im britischen Gesundheitsdienst verfügbar sein. Sollten diese in Kombination mit anderen Medikamenten verwendet werden, kommen Hormontherapien und biologische Therapien nur in Betracht, wenn diese Kombinationen für die Verwendung im britischen Gesundheitsdienst allgemein anerkannt sind.
- Nachuntersuchungen und Kontrollen für die 5 Folgejahre, nachdem die Behandlung zur Heilung oder zum Erreichen eines Abklingens der Symptome beendet wurde.
- Brustrekonstruktionen und chirurgische Eingriffe zur Verbesserung der Symmetrie, als Folge einer Mastektomie oder Lumpektomie. Wir bezahlen für solche Eingriffe für einen Zeitraum von bis zu 24 Monaten nach dem ersten chirurgischen Eingriff.

Was ist bei Krebs nicht abgedeckt?

- Arzneimittel, die sich noch immer im Versuchsstadium befinden oder Therapieversuche mit Arzneimittelkombinationen. Diese können als experimentell bezeichnet werden.
- Medizinische und nicht medizinische Krebsbehandlungen, die nicht als zur Behandlung dieser speziellen Krebsart anerkannte Behandlung anerkannt sind.
- Erhaltungs- oder Langzeitbehandlungen, bei denen der Zustand stabil ist, die Krankheit weiter abklingt oder die Krankheit abklingt und keine Heilung erreicht werden kann.
- Krebsbehandlungen, durch die versucht wird, die Symptome zu lindern.
- Behandlungskosten, welche die Verfahrens- oder Versicherungsgrenzen übersteigen.
- Sollte der Krebs zurückkehren, werden wir Ihren Spezialisten um eine genauere Auskunft bezüglich der Behandlungsversuche bitten, um festzustellen, ob Ihre Forderung berechtigt ist.

Anleitung

Sollte der Krebs zurückkehren, werden wir Ihren Gesundheitszustand und die vorgeschlagene Behandlung als neue Behandlungsphase bewerten und führen zur Beurteilung, ob Ihre Forderung berechtigt ist, dasselbe Verfahren durch.

Wenn der Behandlungsversuch eher zum Abklingen der Symptome als zur Heilung dienen soll, wird diese Leistung bei der Versicherung für chronische Krankheiten oder der Versicherung für unheilbare Krankheiten angeboten.

Wir nennen Ihnen nun einige Beispiele, um Ihnen dies genauer erklären zu können. Alle Beispiele setzen voraus, dass der Gesundheitszustand gemäß der Versicherungspolice berechtigt und die Leistung verfügbar ist.

Beispiel 1

Sarah war seit fünf Jahren bei VfA-International versichert, als bei ihr Brustkrebs diagnostiziert wurde. Nachdem sie sich von ihrem Spezialisten beraten ließ, entschied sie sich zu einer Brustentfernung mit anschließender Brustrekonstruktion. Ihr Spezialist empfahl zudem eine Behandlung mit Strahlen- und Chemotherapie. Zusätzlich soll sie für mehrere Jahre Hormontabletten einnehmen.

Deckt ihre Versicherung diese Behandlung ab und gibt es irgendwelche Einschränkungen des Versicherungsschutzes?

Wir würden die Kosten für die Mastektomie und Brustrekonstruktion übernehmen.

Danach würden wir die Kosten für die Medikamente der Strahlen- und Chemotherapie übernehmen, sofern diese in der gewöhnlichen klinischen Praxis verwendet werden. Die Anspruchsforderung für Hormontabletten wäre ebenfalls berechtigt.

Beispiel 2

Lara hatte Brustkrebs, der mittels Lumpektomie, Strahlen- und Chemotherapie gemäß der damals bestehenden Versicherungspolice behandelt wurde. Der Krebs ist nun in ihrer anderen Brust zurückgekehrt und sie hat sich zu einer Mastektomie, Strahlen- und Chemotherapie entschieden.

Wir würden die Kosten für die Mastektomie, Strahlen- und Chemotherapie übernehmen. Die Kosten für die Medikamente im Verlauf der Strahlen- und Chemotherapie sind abgedeckt, sofern diese in der gewöhnlichen klinischen Praxis verwendet werden.

Beispiel 3

Bei Monika, die gemäß der damals bestehenden Versicherungspolice wegen Brustkrebs behandelt wurde, kehrte der Krebs zurück und streute in anderen Körperteilen. Ihr Spezialist empfahl folgende Behandlung:

- sechs Chemotherapiezyklen zur Vernichtung der Krebszellen die nächsten sechs Monate lang;
- monatliche Infusion eines Arzneimittels, das die Knochen vor Schmerzen und Brüchen schützt. Diese Infusion soll solange verabreicht

werden, wie sie Wirkung zeigt (hoffentlich jahrelang);

- wöchentliche Infusion eines Arzneimittels, welches das Krebswachstum unterdrückt. Diese Infusion soll solange verabreicht werden, wie sie Wirkung zeigt (hoffentlich jahrelang).

Deckt ihre Versicherung diese Behandlung ab und gibt es irgendwelche Einschränkungen des Versicherungsschutzes?

Wir würden die Kosten für die sechs Chemotherapie Zyklen bezahlen, sofern diese in der gewöhnlichen klinischen Praxis angewendet werden und die Behandlung zur Heilung und nicht experimentell stattfindet

Wir würden keine vorbeugenden Behandlungen, wie die beschriebene monatliche Infusion, bezahlen. Wir finanzieren sie allerdings bei Bedarf während der Chemotherapie.

Wir würden die wöchentliche Infusion als Leistung bei der Versicherung für chronische Krankheiten bezahlen, falls diese Versicherung verfügbar ist, auch wenn das Arzneimittel nicht mit Heilungsabsicht verabreicht wird.

Beispiel 4

Bei Daniel wurde Krebs im Endstadium diagnostiziert und er würde gerne in ein Pflegehospiz aufgenommen werden, das nur die Linderung der Symptome anstrebt.

Deckt seine Versicherung diese Behandlung ab und gibt es irgendwelche Einschränkungen des Versicherungsschutzes?

Wir würden die Kosten für die Aufnahme in ein Hospiz bei der Versicherung für unheilbare Krankheiten übernehmen.

7. Leitfaden zum Versicherungsschutz bei chronischen Krankheiten

Sollten Sie an einer chronischen Krankheit leiden, bei der die Behandlung dazu dient, die Symptome unter Kontrolle zu halten, und eine Heilung unmöglich ist, bieten wir die Leistung, wenn verfügbar, bei der Versicherung für chronische Krankheiten an.

Anleitung

Was meinen wir mit „chronische Krankheiten“?

Wir definieren eine chronische Krankheit als:

eine Krankheit, Erkrankung oder Verletzung mit einer oder mehrere der folgenden Merkmale:

- eine permanente Überwachung oder eine Langzeitüberwachung mittels Arztbesuchen, Untersuchungen, Check-ups und/oder Tests ist erforderlich,
- eine permanente Kontrolle oder Langzeitkontrolle oder eine Symptomlinderung ist erforderlich,
- Ihre Rehabilitation oder ein spezielles Training, damit sie damit zurechtkommen, ist erforderlich,
- wird eine unbestimmte Zeit andauern,
- es ist kein Heilmittel bekannt,
- kommt zurück oder könnte zurückkommen.

Was bedeutet das in der Praxis?

Sollten Sie erstmals an einer Krankheit erkranken, wird die Behandlung zur Stabilisierung Ihres Gesundheitszustandes (wenn gemäß der Versicherungspolice berechtigt) von uns abgedeckt. Sobald Ihr Gesundheitszustand stabil ist und die Behandlung, die Sie erhalten, allein zur Überwachung oder Kontrolle Ihres Gesundheitszustandes und nicht zur Heilung dient, wird diese Leistung nur bei der Versicherung für chronische Krankheit, wenn verfügbar, abgedeckt.

Was passiert, wenn die chronische Krankheit sich verschlimmert oder instabil wird?

Sollte die chronische Krankheit instabil werden oder sich verschlimmern, decken wir dies ab, damit Ihr chronischer Gesundheitszustand, wie unter Leistungen für chronische Krankheiten, sofern verfügbar, beschrieben, stabilisiert werden kann.

Wir nennen Ihnen nun einige Beispiele, um Ihnen dies genauer erklären zu können. Alle Beispiele setzen voraus, dass der Gesundheitszustand gemäß der Versicherungspolice berechtigt und die Leistung verfügbar ist.

Beispiel 1

Stefan ist bereits seit vielen Jahren bei VfA-International versichert. Er bekommt Brustschmerzen und wird von seinem Allgemeinarzt zu einem Spezialisten überwiesen. Es werden einige Untersuchungen durchgeführt und diagnostiziert, dass er an Angina leidet. Er bekommt Medikamente zur Linderung der Symptome.

Deckt Stefans Versicherung das ab?

Wir übernehmen die Kosten für Alans anfänglichen Arztbesuche und die Tests zur Stellung der Diagnose. Die Versicherung deckt auch Folgeuntersuchungen bei seinem Spezialisten ab, bis die Symptome unter Kontrolle oder gelindert sind. Alle Behandlungen zur Kontrolle und Aufrechterhaltung der Symptome werden nur bei der Versicherung für chronische Krankheiten, wenn verfügbar, abgedeckt.

Zwei Jahre später kehrt Stefans Brustschmerz stärker zurück und sein Spezialist empfiehlt ihm eine Herzbybassoperation.

Wir übernehmen die Kosten für den chirurgischen Eingriff. Die Versicherung deckt außerdem die postoperativen Check-ups, um sicherzustellen, dass der Gesundheitszustand stabil ist, ab. Nachdem der Gesundheitszustand stabil ist, bieten wir den Versicherungsschutz für Routineuntersuchungen nur bei und gemäß der Versicherung für chronische Krankheiten, sofern verfügbar, an.

Beispiel 2

Eva ist seit fünf Jahren bei VfA-International versichert, als sie Atembeschwerden bekommt. Ihr Hausarzt überweist sie zu einem Spezialisten, der eine Reihe von Tests durchführt. Diese zeigen, dass Eva Asthma hat. Der Spezialist verschreibt ihr Medikamente und empfiehlt eine Nachuntersuchung in drei Monaten, um zu sehen, ob sich ihr Gesundheitszustand verbessert hat. Bei dieser Nachuntersuchung erklärt Eva, dass ihre Atembeschwerden nachgelassen hätten, weshalb der Spezialist vorschlägt, alle vier Monate Check-ups durchzuführen.

Wir übernehmen die Kosten für die Arztbesuche und Tests sowie für die Nachuntersuchung nach drei Monaten. Nachdem der Gesundheitszustand stabil ist, decken wir die routinemäßige Nachuntersuchungen und Medikamente, die zur Kontrolle des Gesundheitszustandes notwendig sind, bei der Versicherung für chronische Krankheiten, wenn verfügbar, ab.

Achtzehn Monate später hat Eva einen schlimmen Asthmaanfall.

Wir würden die Kosten für die Aufnahme im Krankenhaus, wenn medizinisch notwendig, und die zur Stabilisierung des Gesundheitszustandes notwendige Behandlung übernehmen.

Beispiel 3

Sabrina ist seit zwei Jahren bei VfA-International versichert, als sie Symptome entwickelt, die darauf hindeuten, dass sie Diabetes haben könnte. Ihr Hausarzt überweist sie zu einem Endokrinologen, der eine Reihe von Untersuchungen durchführt, um die Diagnose zu bestätigen. Danach beginnt sie eine orale Medikation, um die Diabetes in den Griff zu bekommen. Nach mehreren Monaten regelmäßiger Arztbesuche und einiger Anpassungen der Medikation, bestätigt der Spezialist, dass die Krankheit nun gut kontrollierbar sei und teilt ihr mit, dass sie alle vier Monate zur Überprüfung des Gesundheitszustandes kommen solle.

Wir bezahlen die Diabetesbehandlung. Wenn der Spezialist bestätigt, dass der Gesundheitszustand gut kontrollierbar ist und Sabrina nur noch alle vier Monate zu ihm gehen muss, werden diese Routineuntersuchungen bei der Versicherung für chronische Krankheiten, wenn verfügbar, abgedeckt.

Ein Jahr später wird Sabrinas Diabetes instabil und ihr Allgemeinarzt überweist sie zur Behandlung ins Krankenhaus.

Wir würden die Kosten für die Aufnahme im Krankenhaus und die Behandlung zur Stabilisierung des Gesundheitszustandes übernehmen.

8. Was nicht versichert ist

Soweit in Ihrer Leistungstabelle oder einem schriftlichen Nachtrag zur Versicherungspolice nicht etwas anderes aufgeführt oder von uns genehmigt ist, deckt die Versicherungspolice keine Forderungen ab, die aus oder in Verbindung mit den folgenden Versicherungsausschlüssen entstehen:

Bitte lesen Sie diesen Abschnitt zusammen mit der Leistungstabelle und dem Versicherungsschein sorgfältig durch.

1. Mit Ihrer Versicherungspolice nicht verfügbare Leistung.
2. Eine Leistung, bei der Sie die Karenzzeit nicht eingehalten haben.
3. Geforderte Beträge, die das gesamte maximale Jahreslimit eines Versicherungsjahres übersteigen. Danach sind alle Folgebehandlungen oder andere Beschwerden ausgeschlossen.
4. Jegliche Folgeschäden.
5. Jede Behandlungsart oder medikamentöse Therapie, die nach unserer Einschätzung experimentell oder gemäß der allgemein anerkannten medizinischen Praxis nicht erprobt ist.
6. Unterstützte Fortpflanzung, einschließlich der In-vitro-Fertilisation (IVF).
7. Bestattung, Einäscherung oder Transport, wenn der Tod einer versicherten Person in deren Heimatland geschieht.
8. Betreuung und/oder Behandlung einer Drogenabhängigkeit oder Alkoholsucht und/oder einer Krankheit, Erkrankung oder Verletzung, die direkt oder indirekt aufgrund eines Alkohol-, Drogen- oder Substanzmissbrauchs oder einer Alkohol-, Drogen- oder Substanzabhängigkeit auftritt.

9. Gebühren, die von einem Spezialisten/Facharzt oder einem Krankenhaus berechnet werden und die wir nicht als angemessen und üblich erachten.
10. Geburtsfehler, einschließlich der Korrektur angeborener Missbildungen, soweit nichts anders vereinbart wurde.
11. Von Ihnen, Ihrem Ehegatten, Ihren Eltern oder Kindern durchgeführte ärztliche Beratungen oder von einer dieser Personen verschriebene Medikamente oder Behandlungen.
12. Ergänzende Behandlungen oder alternative Therapien, einschließlich, jedoch nicht beschränkt auf Ayurveda-Medikamenten, Rolfing, Massagen, Pilates, Yoga, Fangotherapien, Milta-Therapien und Energietherapien, mit Ausnahme der Behandlungen, die in der Leistungstabelle aufgeführt sind und für die ein Versicherungsschutz verfügbar ist.
13. Kosmetische oder plastische chirurgische Eingriffe sowie alle sich daraus ergebenden Behandlungen, unabhängig davon, ob sie zu medizinischen/psychologischen Zwecken sind oder nicht. Die einzige Ausnahme stellen rekonstruktive chirurgische Eingriffe dar, die zur Wiederherstellung der Funktion oder des Erscheinungsbildes nach einem entstehenden Unfall oder aufgrund einer Krebserkrankung notwendig sind, sofern der Unfall oder der chirurgische Eingriff während der Versicherungslaufzeit der versicherten Person geschieht.
14. Die Kryokonservierung, Implantation und Reimplantation lebender Zellen oder lebenden Gewebes, unabhängig davon, ob es vom Patienten selbst oder einem Spender stammt.
15. Zahnimplantate.
16. Essstörungen.
17. Kosten für den Erwerb eines Organs, einschließlich, jedoch nicht beschränkt auf die Spendersuche, die Typisierung, den Transports und die Verwaltungskosten.
18. Kosten, die aufgrund von Komplikationen entstanden sind, die unmittelbar durch eine Krankheit oder Behandlung auftraten, für die der Versicherungsschutz gemäß dieser Police ausgeschlossen oder eingeschränkt gewesen war.
19. Nichtbefolgung des ärztlichen Rates und der verschriebenen Betreuung sowie Komplikationen, die aufgrund des Nichtbeachtens eines solchen Rates auftreten. Dies beinhaltet den Verstoß gegen ein Reise-, Arbeits-, Bewegungs- oder Aktivitätsverbot.
20. Fetalchirurgie, einschließlich der Behandlung der Mutter oder des ungeborenen Kindes.
21. Gentests.
22. Wachstumshormonbehandlung.
23. HIV/AIDS/damit in Verbindung stehende Beschwerden.
24. Hausbesuche, außer wenn diese aufgrund einer plötzlich auftretenden Erkrankung, durch welche die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, zu ihrem Hausarzt, Arzt oder Therapeuten zu gehen, notwendig sind.
25. Unfruchtbarkeitsbehandlung, soweit nicht anders vereinbart.
26. Stationäre Behandlungen für Babys bei einer Mehrlingsgeburt, die aufgrund einer medizinisch unterstützten Fortpflanzung zur Welt kamen, sind auf € 20.000 pro Kind für die ersten 3 Monate nach der Geburt beschränkt. Ambulante Behandlungen sind gemäß der Beschränkungen der Versicherung für ambulante Behandlungen abgedeckt. Die Neugeborenen müssen innerhalb von 30 Tagen nach der Geburt zur Versicherungspolice hinzugefügt werden.
27. Untersuchung und Behandlung von Fettleibigkeit.
28. Untersuchung und Behandlung von Haarausfall und jede Art von Haarerersatz, außer wenn der Haarausfall aufgrund einer Krebsbehandlung auftritt.
29. Untersuchung und Behandlung von Geschlechtskrankheiten.
30. Untersuchung, Behandlung und Komplikationen, die aufgrund sexueller Funktionsstörungen, Impotenz, Sterilisation und Empfängnisverhütung, einschließlich des Einsetzens und Entfernens von Verhütungsmitteln, und aller anderen Empfängnisverhütungsarten, auch wenn sie aus medizinischen Gründen verschrieben wurden, durchgeführt wurden bzw. auftraten. Einzige Ausnahme ist die Anwendung von Verhütungsmitteln zur Behandlung von Akne, wenn diese von einem Dermatologen verschrieben wurden.
31. Lern-, Verhaltens- und Entwicklungsstörungen.
32. Gesundheitliche Beschwerden und deren Folgen sowie Todesfälle, die durch Alkohol- oder Drogenmissbrauch von Seiten der versicherten Person aufgetreten sind.
33. Ärztliche Behandlungsfehler/Verstoß gegen die ärztliche Sorgfalt.
34. Arztgebühren für das Ausfüllen eines Antragsformulars oder andere Verwaltungsgebühren.

35. Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit, Hornhautverkrümmung, natürliche/nicht medizinische degenerative Sehschwächen, nicht medizinische/natürliche degenerative Hörschwächen, Seh- und Hörhilfen, Kontaktlinsenlösungen/-flüssigkeiten und Augentropfen.
36. Natürliche und atomare Gefahren.
37. Transporte, die keine Notfalltransporte sind.
38. Orthodontische Behandlungen, soweit nicht anders vereinbart.
39. Orthomolekulare Behandlungen.
40. Palliative Behandlungen oder die Behandlung chronischer Krankheiten, außer wenn diese Leistung in Ihrer Leistungstabelle aufgeführt ist.
41. Pandemien.
42. Persönlicher medizinischer Ausschlüsse.
43. Phobien.
44. Wenn Sie sich unnötig in Gefahr begeben.
45. Fußorthopädie und Fußpflege.
46. Prä- und postnatale Kurse oder sonstige anderen pädagogische Kurse.
47. Vorerkrankungen oder damit verbundene Beschwerden (außer wenn wir den Abschluss ohne eine vorherige Gesundheitsprüfung genehmigt haben):
 - a) Sollten Sie eine Versicherung mit Moratorium, auch MORI genannt, abgeschlossen haben, gilt Folgendes:
Wir schließen jede Krankheit oder damit verbundene Beschwerden aus, die in den zwei Jahren vor Beginn des Versicherungsschutzes der versicherten Person:
 - vorhersehbar waren,
 - auftraten,
 - aufgrund derer diese Beschwerden oder Symptome hatte
 - aufgrund derer diese sich hat beraten lassen oder
 - aufgrund derer diese behandelt wurde und/oder Medikamente erhalten hat,
 - die nach ihrem besten Wissen und Gewissen vorhanden waren.

Sollten Sie in den 2 Jahren nach Beginn des Versicherungsschutzes:

 - Symptome gehabt,
 - sich beraten lassen,
 - eine Behandlung, Medikamente oder Schonkost benötigt bzw.
 - eine Behandlung, Medikamente oder Schonkost erhalten haben,

müssen Sie einen Zeitraum von 2 aufeinanderfolgenden Jahren abwarten, in dem Sie:

 - keine Symptome haben,
 - sich nicht beraten lassen,
 - keine Behandlung, Medikamente oder Schonkost benötigen bzw.
 - keine Behandlung, Medikamente oder Schonkost erhalten,

damit die Krankheit oder damit verbundenen Beschwerden abgedeckt sind.
 - b) Sollten Sie eine Versicherung mit voller medizinischer Risikoprüfung, auch FMU genannt, abgeschlossen haben, gilt Folgendes:
Es werden alle Vorerkrankungen oder damit verbundene Beschwerden ausgeschlossen, es sei denn, Sie haben uns diese bei Beantragung des Versicherungsschutzes mitgeteilt und wir haben keinen Ausschluss in den Versicherungsschein mitaufgenommen. Alle geltenden Ausschlüsse sind im Versicherungsschein aufgeführt.
48. Präventivbehandlungen oder -verfahren.
49. Produkte, die als Vitamine oder Mineralien eingestuft werden (außer während der Schwangerschaft oder zur Behandlung von diagnostizierten, klinisch signifikanten Vitaminmangelkrankheiten), Ernährungs- oder Diätberatung sowie Nahrungs- oder Diätergänzungsmittel, einschließlich, jedoch nicht beschränkt auf spezielle Säuglingsanfangsnahrung und Kosmetikprodukte, auch wenn diese empfohlen oder verschrieben wurden bzw. deren therapeutische Wirkung bestätigt wurde.

50. Produkte, die ohne ärztliches Rezept besorgt werden können
51. Entfernung von Fettgewebe und gesundem Gewebe, unabhängig davon, ob dies aus medizinischen oder psychologischen Gründen geschieht oder nicht (einschließlich, jedoch nicht beschränkt auf Brustverkleinerungen).
52. Normale Schwangerschaft oder Entbindung, soweit nicht anders vereinbart.
53. Selbst zugefügte Leiden oder eine Verletzung, die durch einen versuchten Selbstmord verursacht wurde.
54. Dienstleistungen oder Behandlungen in Langzeitpflegeeinrichtungen, Pflegeheimen, Spas, Hydrokliniken, Sanatorien oder Erholungseinrichtungen, die kein Krankenhaus sind. Auch wenn der Aufenthalt von einem Arzt verschrieben wurde.
55. Geschlechtswechsel und Geschlechtsumwandlung, egal ob aus psychologischen Gründen oder nicht.
56. Transportkosten vom Schiff an Land.
57. Schlafapnoe, Schnarchen, Schlafstörungen und schlafbezogene Atemstörungen.
58. Sprachtherapien, außer im Zusammenhang mit einer diagnostizierten körperlichen Beeinträchtigung wie z.B., unter anderem, einer Nasenverstopfung, einer neurogenen Störung (z.B. Zungenparese oder Gehirnverletzung) oder Artikulationsstörungen, welche die Mundstruktur (z.B. die Gaumenspalte) mit betreffen. In Verbindung mit Entwicklungsstörungen, Legasthenie, Dyspraxie oder einer expressiven Sprachstörung übernehmen wir die Kosten für eine Sprachtherapie nicht.
59. Chirurgische/medizinische Apparate wie beispielsweise Hilfsmittel oder Geräte, einschließlich Seh- und Hörhilfen, Zahnersatz und -prothesen. Während eines chirurgischen Eingriffes eingesetzte künstliche Hilfsmittel oder Prothesen sind abgedeckt.
60. Fahrtkosten zu und von medizinischen Einrichtungen (einschließlich Parkgebühren) bei berechtigten Behandlungen, mit Ausnahme der Fahrtkosten, die bei der Versicherung für medizinische Evakuierung und Rückführung abgedeckt sind.
61. Schwangerschaftsabbrüche, außer in den Fällen, in denen das Leben der schwangeren Frau in Gefahr ist.
62. Terrorismus, unabhängig davon, ob dies die Verwendung, das Abfeuern oder die Drohung mit einer Atomwaffe oder einem chemischen oder biologischen Stoff beinhaltet.
63. Behandlungen als Folge krimineller Handlungen.
64. Behandlungen von Leiden wie z.B. Verhaltensstörung, Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom, Autismus-Spektrum-Störung, oppositionelles Trotzverhalten, antisoziales Verhalten, Zwangsneurose, Bindungsstörung, Anpassungsstörung sowie alle Behandlungen zur Förderung positiver sozial-emotionaler Beziehungen, wie Kommunikationstherapie, Floortime-Therapie⁴ und Familientherapie.
65. Krieg, Krawalle, zivile Unruhen, Terrorismus oder Maßnahmen gegen ausländische Feindseligkeiten, unabhängig davon, ob ein Krieg erklärt wurde oder nicht.
66. Behandlungen in den USA sind nicht abgedeckt, wenn wir wissen oder vermuten, dass die Versicherung abgeschlossen wurde, um zur Behandlung einer Krankheit, deren Symptome bei dem Mitglied bereits vor dem Abschluss aufgetreten waren, in die USA zu reisen.
67. Behandlungen oder Diagnoseverfahren bei Verletzungen, die durch die Ausübung eines Berufssports verursacht wurden.
68. Behandlungen außerhalb des geographischen Bereichs des Versicherungsschutzes, außer bei Notfällen und/oder mit unserer vorherigen Genehmigung.
69. Nur auf Ihren Wunsch hin durchgeführte Behandlungen.
70. Ohne die Überweisung durch Ihren Hausarzt durchgeführte Behandlungen.
71. Behandlungen, die stattgefunden haben:
 - vor Beginn des Versicherungsschutzes;
 - nach Ablauf des Versicherungsschutzes, außer Sie haben die Versicherung bei uns verlängert, den fälligen Beitrag bezahlt und die Beschwerde ist berechtigt;
 - ohne dass Sie den fälligen Beitrag bezahlt haben.
72. Behandlungen in Verbindung mit Herzschrittmachern oder Neurostimulatoren.
73. Triple-/Bart-, Quadruple- oder Spina-bifida-Tests, außer bei Frauen, die 35 Jahre oder älter sind, die Mütterversicherung abgeschlossen und die Karenzfrist eingehalten haben.

9. Einreichen eines Antrags

Bevor Sie einen Antrag stellen, lesen Sie bitte die vorliegenden Versicherungsunterlagen, einschließlich der Leistungstabelle, durch, um zu erfahren, ob Sie über den entsprechenden Versicherungsschutz verfügen.

Sollten Sie Fragen zum Versicherungsschutz haben, wenden Sie sich bitte an unsere Kundenhotline.

+49 (0)451 70 73 67 12

1. Vorherige Genehmigung medizinischer Evakuierungen oder von Notfällen mit Einweisung als stationärer Patient/Tagespatient

Bei einem medizinischen Notfall, bei dem Sie in ein Krankenhaus eingewiesen werden müssen oder eine medizinische Evakuierung notwendig ist, müssen Sie oder Ihre Vertreter unverzüglich die Antrags hotline anrufen.

2. Beantragung von Behandlungskosten als stationärer Patient/Tagespatient

Stationäre Behandlungen und Behandlungen als Tagespatient werden direkt an den Hausarzt oder Facharzt, das Krankenhaus oder die Klinik bezahlt. Das bedeutet, dass Sie keine Behandlung bezahlen müssen, sofern Sie weder einen Selbstbehalt noch eine Zuzahlung in Ihrer Versicherungspolice vereinbart haben, die Behandlung nicht berechtigt ist oder die Leistungen aufgebraucht wurden.

Sie müssen für jede stationäre oder ambulante Operation vorher die Genehmigung erhalten. Sollte eine solche vorherige Genehmigung nicht vorliegen, werden die entstandenen Kosten nur zu 50% übernommen (Not- und Unfälle ausgenommen).

Vorheriges Genehmigungsverfahren:

- Das Antragsverfahren beginnt in dem Moment, in dem Ihr Hausarzt Sie zu einem Spezialisten überweist. Sie müssen Ihrem Hausarzt mitteilen, dass Sie eine Privatbehandlung wünschen.
- Wenden Sie sich unter +44 (0) 1992 444 337 an die internationale Antrags hotline.
- Jemand aus unserem für Forderungen zuständigen Team wird Ihre Angaben aufnehmen.
- Wir setzen uns dann mit Ihrem Hausarzt und dem Krankenhaus oder der Klinik in Verbindung, um sicherzustellen, dass alle Maßnahmen für Ihre Behandlung getroffen wurden.
- Danach bestätigen wir die Genehmigung und die Maßnahmen, die für Ihre Behandlung vereinbart wurden. Sie müssen kein Antragsformular ausfüllen.
- Sie erhalten Ihre Behandlung im Krankenhaus oder in der Klinik.

3. Beantragung ambulanter Behandlungen

Sie müssen das Krankenhaus oder die Klinik für Ihre ambulante Behandlung bezahlen. Danach bezahlen wir die Auslagen, die Ihnen entstanden sind, ausgenommen der gemäß der Versicherungsbedingungen und -bestimmungen vereinbarten Selbstbeteiligung oder Zuzahlung. Rechnungen müssen innerhalb von 6 Monaten nach Erhalt der Rechnung bei uns eingereicht werden.

Sollten Sie Hilfe oder eine Beratung benötigen, wenden Sie sich bitte unter den genannten Nummern an unser für Forderungen zuständiges Team. Für eine vorherige Genehmigung müssen Sie die internationale Antrags hotline nicht anrufen.

- Gehen Sie wie gewöhnlich zu Ihrem Hausarzt, Therapeuten, Spezialisten oder Facharzt.
- Reichen Sie die Rechnung ein, die Sie für die Behandlung erhalten haben.
- Füllen Sie ein Antragsformular aus und stellen Sie sicher, dass Ihr Hausarzt, Spezialist oder Facharzt seinen Teil ausfüllt. Bitte beachten Sie, dass Behandlungen durch einen Therapeuten nur nach Überweisung durch den Hausarzt möglich sind.

Ein Antragsformular erhalten Sie, wenn Sie sich mit der internationalen Antrags hotline in Verbindung setzen:

+49 (0)451 70 73 67 12

leistung@vfa-international.de oder indem Sie das Antragsformular unter:

www.vfa-international.de herunterladen.

- Stellen Sie sicher, dass Sie das vollständig ausgefüllte Antragsformular zusammen mit der detaillierten Originalrechnung und der Originalquittung an die Leistungsabteilung schicken.
- Senden Sie das vollständig ausgefüllte Antragsformular per Post oder per Mail an die unten aufgeführte Adresse. Sie müssen uns folgende Unterlagen schicken, damit wir Ihren Leistungsantrag bearbeiten können:
- ein vollständig ausgefülltes medizinisches Antragsformular,
- die detaillierte/n Originalrechnung/en,
- die Originalquittung/en,
- eine Kopie des Rezeptes, wenn Medikamente Teil der Leistungsforderung sind.

Kontakt Daten der Leistungsabteilung

Internationale Claims Hotline

+44 (0) 1992 444 337 oder medicalops@intana-assist.com

Allgemeine Anfragen zu Leistungen:

corporateteam@intana-assist.com

10. Beschwerden

Unsere Verpflichtung Ihnen gegenüber

VfA-International ist jeder Kunde wichtig und wir sind der Meinung, dass Sie das Recht auf einen fairen, schnellen und zuvorkommenden Service haben.

Wir verpflichten uns, Ihnen einen ausgezeichneten Service zu liefern und die Erwartungen unserer Kunden zu übertreffen.

Sollten Sie aus irgendeinem Grund mit einem bestimmten Teil unseres Services nicht vollkommen zufrieden sein, bitten wir Sie, uns dies mitzuteilen.

Unsere Arbeit besteht darin, Angelegenheiten so schnell wie möglich zu erledigen und, soweit erforderlich, Maßnahmen zu ergreifen, um zu verhindern, dass das Problem erneut auftritt. Wir schätzen unsere Kunden und Ihr Feedback kann uns dabei helfen, die Produkte und Dienstleistungen, die wir Ihnen anbieten, zu verbessern.

Ihre Beschwerde wird von einem zuständigen Angestellten überprüft, der nicht in die Angelegenheit, die Gegenstand der Beschwerde ist, verwickelt ist.

Unser Ziel ist es, Ihre Beschwerde bei Geschäftsschluss am Tag nach Erhalt der Beschwerde erledigt zu haben. Sollten wir die Beschwerde innerhalb dieses Zeitraumes nicht erledigen können, da wir eine genauere Überprüfung durchführen müssen, werden wir:

1. den Empfang Ihrer Beschwerde innerhalb von 5 Werktagen entweder mit einer ausführlichen Antwort oder einer Auskunft über den Fortschritt der Angelegenheit sowie der Nennung eines Ansprechpartners für zukünftige Auskünfte bestätigen;
2. Wir werden unsere endgültige Antwort innerhalb von 10 Tagen nach Entscheidung über die Beschwerde, spätestens jedoch innerhalb von zwei Monaten nach Eingang der Beschwerde, schriftlich herausgeben.

Definition einer Beschwerde

Eine Beschwerde ist eine Unzufriedenheitserklärung, die ein Nutzer einer Finanzdienstleistung aufgrund von Verspätungen, Fahrlässigkeit oder sonstigen Funktionsstörungen des Finanzinstituts, gegen das die Beschwerde gerichtet wird, einreicht. Sie umfasst auch Beschwerden im Hinblick auf den Ersatz für Verletzung des Interesses oder des Rechts des Nutzers für bestimmte Tatsachen über Handlungen oder Unterlassungen, die für den Nutzer nachteilig sind und sich aus Verstößen gegen die Vorschriften über Transparenz und Kundenschutz ergeben. oder von guten Praktiken im Finanzgeschäft.

Eine Beschwerde muss schriftlich beim Versicherer eingereicht werden, damit sie als Beschwerde gewertet wird.

Es gibt keine Definition eines „Beschwerdeführers“, aber jede einzelne Person oder juristische Person, die ein Recht oder Interesse an einem Vertrag hat (z. B. Versicherungsnehmer, Versicherter, Begünstigter, Drittantragsteller), ist berechtigt, eine Beschwerde bei einem Versicherer einzureichen.

Kontakt für Beschwerde

Abteilungsleiter

- ☑ Sompo International Insurance Europe (Spain)
Carrer de Tarragona 149-157
Floor 6, Office 1
E-08014 Barcelona
Spain

Beschwerden von natürlichen und juristischen Personen können an die Versicherungsaufsicht oder an die Generaldirektion für Versicherungen und Pensionskassen (DGS) gerichtet werden. Die DGS befasst sich mit Beschwerden in Bezug auf Risiken, die von lokalen und EWR-Versicherern geschrieben wurden.

- ☑ Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones / Directorate General of Insurance and Pension Funds
Paseo de la Castellana, 44
28046 Madrid
Spain

☎ 902 19 11 11

🌐 www.dgsfp.mineco.es/reclamaciones

11. Definitionen

Missbrauch

Missbräuchlicher oder übermäßiger Konsum von Alkohol, Drogen oder jeglicher anderer berauschender Substanz. Dies schließt die Einnahme von Medikamenten in einer anderen als der ärztlich verordneten oder verschriebenen Menge oder aus einem anderen als dem ursprünglich beachteten Grund ein.

Unfall

Eine Verletzung, die durch ein unerwartetes Ereignis und unabhängig vom Willen der versicherten Person verursacht wurde und auf die diese keinen Einfluss hatte. Der Grund und die Symptome müssen medizinisch und objektiv feststellbar sein, eine Diagnose ermöglichen und eine Therapie erforderlich machen.

Unfalltod

Ein einzelnes, plötzliches und unerwartetes Ereignis, das während der Versicherungslaufzeit zu einer feststellbaren Zeit und an einem feststellbaren Ort stattfindet und zu dem Zeitpunkt, an dem es stattfindet, eine unerwartete Verletzung verursacht und allein und unabhängig von jeglichen anderen Gründen nach seinem Eintritt zum Tod der versicherten Person führt.

Durch Unfall verursachte Zahnverletzung

Ein plötzlicher und unvorhersehbarer Schlag ins Gesicht, auf die Zähne oder den Kiefer, der Ihnen an einem feststellbaren Ort und zu einer feststellbaren Zeit versetzt und durch den eine Zahnverletzung verursacht wird.

Akute Erkrankung

Eine Krankheit, Erkrankung oder Verletzung, die für gewöhnlich schnell auf eine Behandlung anspricht, die dazu führen soll, Sie wieder in den Gesundheitszustand, in dem Sie sich befanden, bevor Sie an der Krankheit, Erkrankung oder Verletzung litten, zu versetzen oder durch welche die völlige Genesung erreicht werden soll.

Rat

Jeder Rat in Bezug auf irgendein Symptom oder irgendeine Auffälligkeiten, den Sie von einem Arzt, Spezialist, Therapeuten oder einem verbundenen Facharzt oder auf andere Weise erhalten haben.

Angemessen

- a) Die Serviceart, -stufe und -dauer sowie die Einrichtung, die für eine sichere und angemessene Versorgung erforderlich ist.
- b) Gemäß der allgemein anerkannten medizinischen Praxis und den fachlich anerkannten Richtlinien erbracht.
- c) Durch anerkannte Mediziner oder entsprechende Behörden allgemein nicht als experimentell, in der Erprobung oder unerprobt betrachtet.
- d) Speziell gemäß den Gesetzen zugelassen, welche den Dienstleister, der den Service erbringt, betreffen.

Sollten in Verbindung mit einem Antrag Zweifel bezüglich der Angemessenheit einer Behandlung bestehen, hat unser Chefarzt über die Angemessenheit zu entscheiden.

Leistung

Den Höchstbetrag bezahlen wir gemäß der Versicherungspolice und wie in der Leistungstabelle aufgeführt. Die Kosten müssen angemessen und üblich sein.

Krebs

Ein bösartiger Tumor, bösartiges Gewebe oder bösartige Zellen, der bzw. die durch das unkontrollierte Wachstum und die unkontrollierte Streuung bösartiger Zellen und den Befall von Gewebe gekennzeichnet ist bzw. sind. Nähere Informationen zum Versicherungsschutz bei Krebsbehandlungen finden Sie unter dem Punkt Leitfaden zum Versicherungsschutz bei Krebs.

Versicherungsschein

Das dieser Versicherungspolice beigefügte Dokument, in dem die versicherte Person, der Versicherungsbeginn und jegliche Nachträge aufgeführt sind.

Chronische Krankheit

Eine Krankheit, Beschwerde oder Verletzung, die mindestens eine der folgenden Merkmale aufweist:

- eine permanente oder eine Langzeitüberwachung durch Arztbesuche, Untersuchungen, Check-ups und/oder Tests ist erforderlich;
- permanente oder Langzeitkontrollen oder die Linderung von Symptomen sind notwendig;
- Ihre Rehabilitation ist erforderlich oder Sie benötigen ein spezielles Training, um damit zurechtzukommen;
- es dauert auf unbestimmte Zeit an;
- es ist kein Heilverfahren dafür bekannt;
- Sie kehrt zurück oder wird wahrscheinlich zurückkehren.

Forderung

Die Kosten für eine Behandlung, die in Verbindung mit einer bestimmten akuten Erkrankung durchgeführt und vorher von uns schriftlich als berechtigte Leistung gemäß dieser Versicherungspolice genehmigt wurde.

Antragsteller

Eine versicherte Person, die eine Forderung gemäß der Versicherungspolice eingereicht hat.

Naher Familienangehöriger

Ein Familienangehöriger, Eltern, Stiefeltern, Schwiegereltern, Großeltern, Enkel, Brüder, Schwestern, Schwager, Schwägerinnen, Schwiegersöhne, Schwiegertöchter oder ein gesetzlicher Vormund.

Beginn des Versicherungsschutzes

Dies ist der Tag des Vertragsbeginns bei uns, der in dem Versicherungsschein angegeben ist.

Zusatzbehandlung

Therapeutische und diagnostische Behandlungen, die es außerhalb der Einrichtungen, in denen konventionelle Medizin unterrichtet wird, gibt. Diese Medizin schließt von zugelassenen Therapeuten durchgeführte chiropraktische Behandlungen, Osteopathie, chinesische Kräuterheilkunde, Homöopathie und Akupunktur mit ein.

Zuzahlung

Der Prozentsatz der Kosten, welche die versicherte Person übernehmen muss.

Kritisch

Ein instabiler und ernster Gesundheitszustand, bei dem der Ausgang nicht medizinisch prognostizierbar ist, die Prognose unklar ist und der zum Tod führen könnte.

Tagespatient

Ein Patient, der in einem Krankenhaus oder auf einer Station für Tagespatienten aufgenommen wird, da über einen gewissen Zeitraum die medizinische Überwachung seines Genesungsverlaufes erforderlich ist, der aber nicht im Krankenhaus übernachtet.

Zahnprothese

Dies beinhaltet Kronen, Einlagefüllungen, Kuppelfüllungen, adhäsive Rekonstruktionen/Füllungen, Brücken, Gebisse und Implantate sowie alle notwendigen und erforderlichen Zusatzbehandlungen.

Zahnchirurgie

Dies beinhaltet das Ziehen von Zähnen, Zahnwurzelbehandlungen sowie die Behandlung anderer Mundprobleme, wie beispielsweise angeborene Kiefermissbildungen (z.B. Kieferspalte), Brüche und Tumore. Die Zahnchirurgie deckt keine chirurgischen Behandlungen in Verbindung mit Zahnimplantaten ab.

Zahnbehandlung

Beinhaltet einen jährlichen Zahncheck, einfache Füllungen in Verbindung mit Löchern, Karies und Wurzelkanalbehandlungen.

Familienangehöriger

Ihr Ehemann, Ihre Ehefrau, Ihr Partner oder ein uneheliches Kind, das in Ihre Versicherungspolice eingebunden wurde. Mit Partner meinen wir eine Person, mit der Sie dauerhaft zusammenleben. Mit Kind meinen wir Ihr eigenes oder uneheliches Kind, ihr Adoptiv- oder Stiefkind oder das Ihres Partners, das unter 21 Jahre (bzw. unter 25 Jahre bei Studenten, die einen Vollzeitunterricht besuchen) alt ist.

Diagnosetest

Untersuchungen wie Röntgen oder Bluttests, um den Auslöser Ihrer Symptome zu finden oder die dabei helfen, diesen zu finden.

Essstörung

Jede psychische Störung, wie beispielsweise Anorexia nervosa oder Bulimie, die eine unzureichende oder exzessive Nahrungsaufnahme beinhaltet.

Notfall

Dies bedeutet das plötzliche und unvorhersehbare Auftreten einer Krankheit, die dringend medizinischer Versorgung bedarf. Es sind nur Behandlungen, die innerhalb von 24 Stunden nach Eintritt des Notfalls beginnen, abgedeckt.

Selbstbehalt

Der auf dem Versicherungsschein aufgeführte Betrag, zu dessen Bezahlung Sie für die Kosten begründeter Behandlungen in jedem Versicherungsjahr durch Sie selbst zugestimmt haben.

Experimentelle Behandlung

Ein Diagnoseverfahren, medizinisches oder chirurgisches Verfahren, eine solche Behandlung oder eine medikamentöse Behandlung, das bzw. die basierend auf der allgemein anerkannten medizinischen Praxis als experimentell oder unerprobt gelten.

Heimatland

Das Land, für welches die versicherte Person einen gültigen Pass besitzt und in welches die versicherte Person zurücktransportiert werden möchte.

Krankenhaus

Eine Einrichtung, die in dem Land, in dem sie tätig ist und in dem der Patient dauerhaft von einem Arzt überwacht wird, als medizinisches oder chirurgisches Krankenhaus zugelassen ist. Folgende Einrichtungen werden nicht als Krankenhäuser betrachtet: Pflege- und Altersheime, Spas, Kurzentren und Kurorte.

Krankenhausunterbringung

Eine standardmäßige private oder halbprivate Unterbringung, wie in der Leistungstabelle beschrieben. Deluxe- und Executive-Räume und -Suiten sind nicht abgedeckt.

Krankenhauskosten

Kosten für Unterbringung, Pflege, Operationssäle, Medikamente, Verbandsmaterial, Pathologie, Radiologie und alle anderen Kosten, die von einem Krankenhaus für Behandlungen berechnet werden und in unserer Gebührentabelle aufgeführt sind.

Unfruchtbarkeitsbehandlung

Behandlungen für beide Geschlechter, einschließlich invasiver Untersuchungsmethoden, die zur Feststellung der Ursache der Unfruchtbarkeit erforderlich sind, wie beispielsweise Hysterosalpingogramm, Laparoskopie oder Hysteroskopie.

Stationärer Patient

Ein Patient, der in ein Krankenhaus aufgenommen wird und dort aus medizinischen Gründen eine oder mehrere Nächte verbringen muss.

Versicherte/s Person/Mitglied

Alle auf dem Versicherungsschein aufgeführten Personen.

Lokaler Krankenwagentransport

Krankenwagentransporte zum nächstgelegenen und geeigneten Krankenhaus oder zu einer entsprechenden zugelassenen medizinischen Einrichtung, die aufgrund eines Notfalles oder aus medizinischen Gründen erforderlich sind.

Langzeitpflege

Eine Betreuung über einen längeren Zeitraum, nachdem die Akutbehandlung abgeschlossen wurde, für gewöhnlich bei einer chronischen Krankheit oder einer Behinderung, die periodische, regelmäßige oder ununterbrochene Betreuung erforderlich macht. Eine Langzeitpflege kann zu Hause, in der Gemeinschaft, in einem Krankenhaus oder in einem Pflegeheim erfolgen.

Wesentliche Tatsache

Informationen, die Auswirkungen auf unsere Beurteilung, Zustimmung, die Verlängerung des Versicherungsschutzes oder die Vornahme von Änderungen an der Versicherungspolice haben. Dazu gehören beispielsweise Informationen:

- über Sie und Ihre Familienangehörigen, Ihren Lebensstil, Ihre Gesundheit oder Beschwerden, zu denen wir Ihnen Fragen gestellt haben;
- bei denen Sie sich entschieden haben, uns diese mitzuteilen; oder
- zzu denen wir Ihnen keine Fragen gestellt haben, zu denen Sie uns aber Auskunft geben müssen.

Sollten Sie Zweifel haben, ob es sich bei einer Information um eine wesentliche Tatsache handelt oder nicht, teilen Sie uns diese bitte mit.

Beschwerde

Jede Art von Anzeichen, Symptom, Erkrankung, Krankheit, Leiden oder Verletzung.

Medizinische Notwendigkeit/medizinisch notwendig

Dienstleistungen oder Versorgungen, die:

- den Anzeichen, Symptomen, der Diagnose oder Behandlung der Beschwerde angemessen sind;
- für die Diagnose oder die direkte Pflege oder Behandlung der Verletzung oder Erkrankung erbracht wurden;
- gemäß der Richtlinien der guten medizinischen Praxis innerhalb einer organisierten medizinischen Gemeinschaft erbracht wurden;
- nicht primär als Annehmlichkeit für die versicherte Person oder einen beteiligten Dienstleister, welcher für die versicherte Person angemessene und abgedeckte Leistungen erbringt, erbracht wird.
- eine für eine sichere und passende Versorgung notwendige angemessene Versorgung und ein angemessenes Servicelevel bieten.

Sollten Zweifel an der medizinischen Notwendigkeit einer Behandlung in Verbindung mit einer Forderung bestehen, wird unser Chefarzt über die medizinische Notwendigkeit entscheiden.

Arzt

Ein Arzt, der zur Ausübung der ärztlichen Tätigkeit gemäß der Gesetzgebung des Landes, in dem die Behandlung durchgeführt wird und in dem er/sie die Tätigkeit im Rahmen seiner/ihrer Zulassung ausübt, zugelassen ist.

Arztgebühren

Eine nicht chirurgische, durch einen Arzt durchgeführte bzw. verabreichte Behandlung.

Hebammengebühren

Gebühren, die durch eine Hebamme oder einen Geburtshelfer angefallen sind, die/der die gemäß den Gesetzen des Landes, in dem die Behandlung durchgeführt wird, notwendige Ausbildung abgeschlossen und die erforderlichen Staatsexamen bestanden hat.

Moratorium

Der Zeitraum, in dem wir keine Kosten für Vorerkrankungen erstatten.

Neugeborenenversorgung

Übliche und erforderliche Untersuchungen zur Beurteilung der vollständigen und grundlegenden Funktion der Organe und Skelettstruktur des Neugeborenen. Diese notwendigen Untersuchungen werden sofort nach der Geburt durchgeführt. Spätere Präventivuntersuchungen, wie beispielsweise Routineabstriche, Blutgruppenbestimmung und Hörtests, sind nicht abgedeckt. Alle medizinisch notwendigen Nachuntersuchungen und -behandlungen sind durch die eigene Versicherung des Neugeborenen abgedeckt.

Betreuung zu Hause oder in einer Kuranstalt

Fachliche Pflegedienste, die von einer qualifizierten Krankenschwester zu Hause erbracht werden. Die Betreuung muss unter der Aufsicht eines Spezialisten und zu medizinischen und nicht häuslichen Zwecken stattfinden.

Übergewicht

Wird diagnostiziert, wenn der BMI (Body-Maß-Index) einer Person bei über 30 liegt.

Onkologie

Gebühren für Spezialisten, Diagnostiktests, Radiotherapie, Chemotherapie und Krankenhausaufenthalte, die in Verbindung mit der Planung und Ausführung einer Krebsbehandlung ab dem Zeitpunkt der Diagnose entstanden sind.

Oralchirurgische Maßnahmen

Chirurgische Maßnahmen wie z.B.:

- Zahnreplantation nach einem Unfall,
- chirurgische Entfernung betroffener/verborgener Zähne,
- chirurgische Entfernung kompliziert verborgener Zähne,
- chirurgische Drainage von Zahnabszessen,
- Wurzelspitzenamputation,
- Eukleation von Kieferzysten,
- Behandlung von Unterkiefer-, Jochbogen- und Oberkieferfrakturen, einschließlich innerer und äußerer Fixierung
- Entfernung oder Resektion des Unter- oder Oberkiefers, einschließlich der Entfernung von Malignitäten,
- Kieferosteotomie und Prothesenchirurgie,
- offene Operationen am Kiefer, einschließlich des Kiefergelenks,
- Krankenhausaufenthalte für Zahnbehandlungen, bei denen bei der gerinnungshemmenden Therapie eine Behandlung erforderlich ist,

wenn diese von einem Oral- oder Kieferchirurgen durchgeführt werden.

Kieferorthopädie

Die Verwendung von Apparaten, um einen Fehlbiss zu korrigieren und die richtige Stellung und Funktion wiederherzustellen.

Orthomolekulare Behandlung

Behandlungen mit dem Ziel, das optimale ökologische Umfeld für die Körperzellen wiederherzustellen, indem Mängel auf molekularer Ebene, basierend auf der individuellen Biochemie beseitigt werden. Es werden natürliche Substanzen wie Vitamine, Mineralien, Enzyme, Hormone, usw. verwendet.

Ambulante Operation

Eine in einer Arztpraxis, einem Krankenhaus, einer Tagesklinik oder auf einer Station für ambulante Operationen durchgeführte Operation, bei der der Patient aus medizinischer Sicht nicht über Nacht bleiben muss.

Ambulanter Patient

Ein Patient, der ein Krankenhaus, eine Sprechstunde oder eine ambulante Klinik besucht und nicht als Tagespatient oder stationärer Patient aufgenommen wird.

Palliative Behandlung

Eine Behandlung, die allein zur Linderung der Symptome und nicht zur Heilung der Beschwerde durchgeführt wird.

Patient

Die versicherte Person, bei der eine Krankheit behandelt wird.

Zahnfleischbehandlungen

Zahnbehandlungen in Verbindung mit Zahnfleischerkrankungen.

Phobie

Eine anhaltende, irrationale, starke Angst vor einem speziellen Gegenstand, einer speziellen Tätigkeit oder Situation.

Versicherungspolice

Das Antragsformular, die Erklärung, die Versicherungsunterlagen, die angemessenen und üblichen Gebühren, der Versicherungsschein, die Leistungstabelle, Definitionen und alle Nachträge.

Versicherungslaufzeit

Der auf dem Versicherungsschein angegebene Zeitraum zwischen dem Beginn und Ablauf des Versicherungsschutzes.

Postnatale Versorgung

Übliche medizinische Versorgung nach der Geburt, welche die Mutter bis zu sechs Wochen nach der Geburt erhält.

Vorherige Genehmigung

Ein Verfahren, über das die versicherte Person uns um Genehmigung bittet, bevor die Behandlung durchgeführt wird oder Kosten verursacht werden. Sollte die vorherige Genehmigung nicht eingeholt werden, übernehmen wir nur 50% der Kosten, die vereinbart worden wären, wenn der entsprechende Genehmigungsablauf eingehalten worden wäre.

Vorerkrankungen

Jede Krankheit, Beschwerde oder Verletzung, in Verbindung mit der Sie:

- ein Medikament, eine Beratung oder eine Behandlung erhalten oder
- Symptome gehabt haben,

unabhängig davon, ob die Krankheit innerhalb der zwei Jahre vor Beginn des Versicherungsschutzes diagnostiziert wurde oder nicht. Für genauere Informationen lesen Sie bitte den Abschnitt Versicherungsarten.

Schwangerschaft

Der Zeitraum von der Diagnose an bis zur Geburt.

Beiträge

Der Betrag, den Sie jedes Jahr als Versicherungsbeitrag für die Police bezahlen müssen. Dies schließt die Versicherungssteuer gemäß der lokalen Gesetzgebung mit ein.

Pränatale Versorgung

Übliche, während der Schwangerschaft notwendige Untersuchungen und Nachuntersuchungen. Für Frauen ab 35 beinhaltet dies Triple-/Bart-, Quadriple- und Spina-bifida-Tests, eine Fruchtwasseruntersuchung und DNA- Analyse, wenn diese direkt an die berechnete Fruchtwasseranalyse gekoppelt ist.

Verschriebene medizinische Hilfsmittel/Apparate

Ein Hilfsmittel, Apparat oder Gerät, das bzw. der zur Unterstützung der Funktions- oder Leistungsfähigkeit der versicherten Person verschrieben wurde, wie beispielsweise Hör- oder Sprechhilfen (elektronischer Kehlkopf), Krücken oder Rollstühle, orthopädische Stützen/Bandagen, künstliche Glieder, künstlicher Darmausgang, medizinische Thromboseprophylaxe-Strümpfe sowie orthopädische Einlagen. Die Kosten für medizinische Hilfsmittel, die Teil einer palliativen Behandlung oder einer Langzeitbehandlung sind, sind nicht abgedeckt.

Verschreibungspflichtige Arzneimittel und Medikamente

Eine chemische Substanz, die als Arzneimittel zugelassen ist, das für die Behandlung einer bestätigten Diagnose oder Krankheit oder zur Kompensierung einer vitalen Körpersubstanz verschreibungspflichtig ist. Die Wirksamkeit der verschreibungspflichtigen Arzneimittel muss durch die pharmazeutische Aufsichtsbehörde des entsprechenden Landes klinisch geprüft und von dieser anerkannt sein.

Präventivbehandlung

Eine Behandlung, die durchgeführt wird, ohne dass zum Zeitpunkt der Behandlung Symptome vorhanden waren. Ein Beispiel für eine solche Behandlung ist die Entfernung einer präkanzerösen Gewebeveränderung (Muttermal auf der Haut).

Land des Hauptwohnsitzes

Das Land, in dem Sie und Ihre Familienangehörigen mehr als sechs Monate im Jahr leben.

Berufssport

Jede Art von Berufssport, wofür man eine Bezahlung erhält.

Psychiatrie und Psychotherapie

Die Behandlung einer Geistes-, Nerven- oder Essstörung, die durch einen klinischen Psychiater oder Psychologen durchgeführt wird. Die Störung muss mit einem vorhandenen Leiden oder einer erheblichen Beeinträchtigung der Fähigkeit der betroffenen Person, in einem wichtigen Lebensbereich (z.B. am Arbeitsplatz) ihre Rolle zu erfüllen, einhergehen. Das vorangehend genannte Leiden muss klinisch signifikant und darf keine Reaktion auf ein besonderes Ereignis, wie beispielsweise einen Todesfall, eine Beziehung, ein Schulproblem oder eine Akkulturation sein. Die Störung muss die Einstufungskriterien gemäß einem internationalen Klassifikationssystem, wie beispielsweise dem Diagnostic and Statistical Manual (DSM-IV, diagnostischer und statistischer Kriterienkatalog) oder der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10), erfüllen.

Angemessen und üblich

Was wir basierend auf unserer Erfahrung und unserem Wissen als vertretbare Behandlungskosten betrachten.

Rehabilitation

Eine Behandlung mit dem Ziel, nach einer akuten Erkrankung oder Verletzung die normale Form und/oder Funktion wiederherzustellen. Die Rehabilitationskosten werden nur für Behandlungen übernommen, die unmittelbar nach Beenden der akuten medizinischen Behandlung beginnen. Die Behandlung muss in einer zugelassenen Rehabilitationseinrichtung stattfinden.

In Verbindung stehende Krankheit

Jede Krankheit, die aus medizinischer Sicht in Verbindung mit einer anderen Krankheit steht.

Routinemäßige Gesundheitschecks

Tests/Untersuchungen, die durchgeführt werden, ohne dass ein klinisches Symptom vorhanden ist. Solche Tests beinhalten die folgenden Untersuchungen, die in bestimmten Altersintervallen, zur Früherkennung einer Krankheit oder Erkrankung durchgeführt werden:

- Untersuchung der Vitalzeichen (Blutdruck, Cholesterin, Puls, Atmung, Temperatur, usw.),
- Herz-Kreislauf-Untersuchung,
- neurologische Untersuchung,
- Krebsuntersuchung,
- Gesundheitschecks für Kinder (für Kinder bis 6 Jahre, für bis zu 15 Besuche pro Laufzeit).

Spezialist

Ein qualifizierter und zugelassener Arzt, der über die erforderlichen Zusatzqualifikationen und Fachkenntnisse verfügt, um als anerkannter Spezialist für Diagnosetechniken, Behandlungen und Prävention in einem speziellen medizinischen Bereich tätig sein zu können. Diese Leistung beinhaltet keinen Versicherungsschutz für Psychiater- oder Psychologengebühren. Wenn diese Leistung abgedeckt sein sollte, ist in der Leistungstabelle eine extra Leistung für Psychiater und Psychologen aufgeführt.

Facharztgebühren

Nicht chirurgische, von einem Spezialisten durchgeführte und verordnete Behandlungen.

Sprachtherapie

Behandlungen, die von einem zur Behandlung diagnostizierter körperlicher Beeinträchtigungen qualifizierten Sprachtherapeuten durchgeführt werden. Zu diesen Beeinträchtigungen zählen unter anderem Nasenverstopfungen, neurogene Störungen (z.B. Zungenparesen oder Gehirnverletzungen) oder Artikulationsstörungen, welche die Mundstruktur (z.B. die Gaumenspalte) mit betreffen.

Chirurgische Hilfsmittel und Prothesen

Künstliche Körperteile oder Apparate, die einen wesentlichen Bestandteil des chirurgischen Eingriffs oder einer nach dem chirurgischen Eingriff erforderlichen Behandlung darstellen.

Leistungstabelle

Hier finden Sie die für Sie verfügbaren Leistungen. Sie erhalten die Leistungstabelle zusammen mit dem Versicherungsschein.

Therapeut

Ein Chiropraktiker, Osteopath, chinesischer Kräuterarzt, Homöopath, Akupunkteur, Physiotherapeut, Sprachtherapeut, Ergotherapeut oder Okulomotortherapeut, der gemäß den Gesetze des Landes, in dem die Behandlung stattfindet, dafür qualifiziert und zugelassen ist.

Dritte Meinung

Der Erhalt einer alternativen Meinung über die Krankheit von einem zweiten, von uns ausgewählten Spezialisten.

Behandlung

Chirurgische oder medizinische Dienste (einschließlich Diagnosetests), die zur Stellung der Diagnose, Abschwächung oder Heilung der Krankheit, Beschwerde oder Verletzung benötigt werden.

Impfungen

Alle Basisimmunisierungen und Auffrischungsimpfungen, die laut den gesetzlichen Vorschriften des Landes, in dem die Behandlung stattfindet, erforderlich sind, sowie medizinisch notwendige Reiseimpfungen und Malariaprophylaxe. Die Kosten für den Arztbesuch zur Verabreichung des Impfstoffes sowie die Kosten für das Medikament sind abgedeckt.

Karenzfrist

Ein Zeitraum, der bei Beginn des Versicherungsschutzes (oder im Falle eines Familienangehörigen am Gültigkeitsdatum) beginnt, in dem Sie keinen Anspruch auf die Erstattung von Sonderleistungen haben. In Ihrer Leistungstabelle können Sie sehen, welche Leistungen Karenzfristen unterliegen.

Wir/unser/uns

Die ernannten Vertreter (VfA-International) handeln im Auftrag des Versicherers.

Sie/Ihr

Der Versicherungsnehmer und jede versicherte Person, die in dem Versicherungsschein aufgeführt ist.

12. Kontaktdaten

Setzen Sie sich mit uns in Verbindung:

✉ VfA-International GbR | Gutenbergstraße 3 | 23611 Bad Schwartau | Deutschland

@ mail@vfa-international.de

☎ +49(0)451-70 73 67 12

☎ +49(0)451-70 73 67 15

🌐 www.vfa-international.de