

Allgemeine Versicherungs- bedingungen für Gruppen

(auch: Ihr Versicherungshandbuch für die
Gruppenversicherung)

Suisse

**Internationale Krankenversicherungstarife
für die Schweiz**

Gültig ab 1. Januar 2026

Willkommen

Sie und Ihre Familie können sich auf uns verlassen, um Zugang zur bestmöglichen Versorgung im Krankheitsfall zu erhalten.

In diesem Handbuch werden die Einzelheiten Ihrer Zusatzversicherung für den Zugang zu Behandlungen außerhalb der Schweiz erklärt. Es 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 Ihres Versicherungsschutzes“ erklärt Ihren Versicherungsschutz im Detail.

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

Versicherer Ihrer VVG Versicherung ist AWP P&C S.A., Saint-Ouen (Paris), Niederlassung Wallisellen (Schweiz), die schweizerische Niederlassung von AWP P&C S.A., Saint-Ouen, Frankreich, eine Aktiengesellschaft nach französischem Recht.

Registriert in Frankreich unter der Nr.: 519490080 RCS Paris. Schweizerische Niederlassung ist eingetragen im Handelsregister in Zürich, Registernummer: CHE-115.393.016, Adresse: Richtiplatz 1, 8304 Wallisellen, Schweiz.

KPT Krankenkasse AG, Wankdorfallee 3, CH-3000 Bern 22, registrierte BAG Nr. 376. KPT stellt Verwaltungsdienste innerhalb der Schweiz bereit.

AWP Health & Life SA, handelt durch ihre irische Niederlassung, ist eine Aktiengesellschaft nach französischem Recht. Registriert in Frankreich unter der Nr.: 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. AWP Health & Life SA agiert als Rückversicherer für VVG-Verträge und bietet Verwaltungsdienste und technischen Support außerhalb der Schweiz.

Inhalt

So nutzen Sie Ihren Versicherungsschutz.....	4
Unterstützungsservices.....	4
Wie funktioniert mein Versicherungsschutz?	11
Behandlungen.....	16
Allgemeine Versicherungsbedingungen	24
Allgemeine Geschäftsbedingungen.....	24
Verwaltung Ihrer Police	25
Beitragszahlung	32
Weitere Bestimmungen für Ihren Versicherungsschutz.....	34
Datenschutz.....	38
Beschwerden und Mediationsverfahren	39
Definitionen.....	40
Ausschlüsse.....	64
Sprechen Sie mit uns, wir helfen Ihnen gerne weiter!.....	72

So nutzen Sie Ihren Versicherungsschutz

Unterstützungsservices

Ausgezeichneter Service - den Sie verdienen. Auf den folgenden Seiten erklären wir Ihnen all unsere Leistungen und Services. Lesen Sie weiter, um herauszufinden, was Ihnen zur Verfügung steht.

Sprechen Sie mit uns, wir helfen Ihnen gerne weiter!

Falls Sie Fragen haben, nehmen Sie bitte mit uns Kontakt auf:

KPT (für Informationen und Unterstützung bei Behandlungen innerhalb der Schweiz):

Telefonnummer: + 41 (0)58 310 98 25

E-Mail: awc.member@kpt.ch

Fax: + 41 (0)58 310 88 25

Adresse: **KPT, Team International Allianz, Postfach, CH-3001 Bern**

Allianz (für Informationen und Unterstützung außerhalb der Schweiz):

24/7 Helpline: + 353 1 630 1302

Eine Liste unserer aktuellen gebührenfreien Rufnummern finden Sie unter:

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

E-Mail: client.services@e.allianz.com

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

Wussten Sie schon...

... dass unsere Versicherten der Meinung sind, dass ihre Anfragen schneller bearbeitet werden, wenn sie uns anrufen?

Unterstützung, wenn Sie sie am dringendsten brauchen

Manchmal wird man im Leben mit schmerzlichen Situationen konfrontiert und wenn man dabei nicht entsprechend unterstützt wird, kann selbst die Bewältigung von Versicherungsfragen zusätzlich belastend sein.

Unser tatkräftiges Team ist da, um Sie zu unterstützen. Bitte teilen Sie uns vertrauensvoll mit, wenn Sie zusätzliche Unterstützung benötigen, damit wir bei Bedarf entsprechende und angemessene Anpassungen vornehmen können. Dadurch können wir sicherstellen, dass Sie ohne Probleme Zugang zu unseren Produkten und Dienstleistungen haben.

Wenn Sie also Bedarf melden möchten, die Kommunikation anpassen oder eine andere Person mit der Kommunikation zwischen uns und Ihnen betrauen möchten, erreichen Sie unser Team unter der E-Mail-Adresse enhancedsupport@e.allianz.com.

MyHealth digitale Services

Über MyHealth, verfügbar als mobile App oder im Online-Portal, haben Sie einfachen und bequemen Zugang zu Ihrem Versicherungsschutz, egal wo Sie gerade sind und welches Gerät Sie gerade nutzen.

Funktionen der MyHealth App und des Online-Portals



Meine Police

Greifen Sie auf Versicherungsunterlagen und Versichertenkarten von unterwegs aus zu.



Meine Erstattungsanträge

Sie können bisherige Erstattungsanträge anzeigen und neue Anträge in drei einfachen Schritten einreichen.



Meine Kontakte

Zugang zu unserer rund um die Uhr erreichbaren, mehrsprachigen Helpline. Live-Chat ist im Online-Portal verfügbar.



Symptome-Prüfer

Schnelle und einfache Bewertung Ihrer Symptome.



Dienstleistersuche

Finden Sie medizinische Dienstleister in Ihrer Nähe.



Apotheken-Hilfe

Schlagen Sie die lokalen Namensentsprechungen von Markenmedikamenten nach.



Übersetzer für medizinische Begriffe

Lassen Sie allgemein bekannte Erkrankungen in 17 Sprachen übersetzen.



Notrufnummern

Zugang zu Notfallnummern weltweit.

Zusätzliche nützliche Funktionen

- Aktualisieren Sie Ihre Daten online (E-Mail, Telefonnummer, Passwort, Adresse, Marketing-Präferenzen usw.).
- Lassen Sie sich die verbleibenden Erstattungsbeträge jeder Leistung Ihrer Tariflichen Leistungszusage anzeigen.

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

Erste Schritte:

1. Loggen Sie sich auf dem MyHealth Online Portal ein, um sich zu registrieren. Gehen Sie auf my.allianzcare.com/myhealth, klicken Sie auf „HIER REGISTRIEREN“ am Ende der Seite und folgen Sie den Anweisungen auf dem Bildschirm. Halten Sie Ihre Versicherungsnummer bereit – diese befindet sich auf Ihrem Versicherungsschein.
2. Alternativ können Sie sich über unsere MyHealth App anmelden. Um die MyHealth App herunterzuladen, suchen Sie nach „Allianz MyHealth“ im Apple App Store oder bei Androids Google Play.



3. Sobald Sie Ihren Zugang eingerichtet haben, können Sie sich mit der E-Mail-Adresse (Benutzername) und dem Passwort, die Sie bei der Registrierung angegeben haben, im MyHealth Online Portal oder der MyHealth App anmelden. 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 für beide Dienste zu ändern. Wir bieten auch eine biometrische Anmeldeoption für die App, z. B. Touch ID oder Face ID, sofern Ihr Gerät diese unterstützt.

Weitere Informationen finden Sie auf unserer Website:

www.allianzcare.com/de/myhealth

Webbasierte Services

Auf 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 unsere Gesundheits- und Wellnessbibliothek zugreifen.
- auf die Ressourcen „Leben im Ausland“ zugreifen: Von der Umzugsplanung bis zur Eingewöhnung im neuen Land – hier finden Sie alles, was Sie über einen Umzug ins Ausland wissen müssen.

Zweiter ärztlicher Rat**

Als Ihr Gesundheitspartner möchten wir Ihnen Sicherheit bieten. Wurde bei Ihnen eine schwere Erkrankung diagnostiziert oder eine Operation empfohlen? Möchten Sie eine Beratung von Fachärzten zu den besten verfügbaren Behandlungen oder wo Sie diese erhalten können? Als Teil Ihres Versicherungsschutzes haben Sie Zugang zu unserem Service für einen zweiten ärztlichen Rat.

Wenn Sie diesen Service in Anspruch nehmen, weisen wir Ihnen für Ihren medizinischen Fall eine persönliche Ansprechperson aus unserem eigenen Ärzteteam zu, die Sie betreut und unterstützt. Zuerst wird Sie Ihr Fallmanager um alle Informationen zu Ihrem medizinischen Fall bitten. Anschließend hilft er Ihnen bei der Suche nach einem Krankenhaus, Arzt oder Facharzt für die Zweitmeinung und leitet Ihnen das Gutachten weiter.

Kontaktieren Sie uns für diesen Service:

+353 1 630 1302

medical.smo@e.allianz.com

und fragen Sie nach einem zweiten ärztlichen Rat. Geben Sie bei Ihrem Anruf zur Identifizierung bitte Ihre Versicherungsnummer an.

Weitere Leistungen für unsere Versicherten

Ihre Police deckt nicht nur Ihre medizinischen Ausgaben ab, sondern umfasst auch eine Reihe von kostenlosen Services. Überprüfen Sie in Ihrer Tariflichen Leistungszusage, welche der Services und Leistungen in Ihrem Versicherungsschutz enthalten sind.



Olive – unser Gesundheits- und Wellness-Programm**

Entwickelt, um Sie zu einem gesünderen Lebensstil zu motivieren und zu begleiten. Mit Olive haben Sie Zugriff auf:

- **Gesundheits- und Wellness Hub** mit Online-Gesundheitsbewertungen, Webinaren von und mit Experten zum Thema Wohlbefinden, Artikeln zu Themen wie Schlaf und Ernährung, uvm.
- **Unserer Fitness App**, die sich mit Smartphones, tragbaren Geräten und anderen Apps verbinden lässt und u.a. die Anzahl der zurückgelegten Schritte, Kalorienverbrauch, Schlaf und vieles mehr trackt. Messen Sie sich mit anderen Benutzern und/oder legen Sie persönliche Trainingsziele fest.



Telemedizin-Hub – Videoberatungsservices**

Wenn Ihr Tarif Videoberatungsservices umfasst, haben Sie direkten Zugang zu Online-Terminen mit medizinischen Fachkräften. Über den Telemedizin-Hub können Sie Zeit sparen und von zu Hause oder vom Büro aus mit einer medizinischen Fachkraft sprechen (auch per Video). Unser Telemedizin-Netzwerk von medizinischen Fachkräften ist ein sicherer und vertraulicher Service, über den Sie in nicht dringenden Fällen einen medizinischen Rat, Behandlungsempfehlungen oder ein ärztliches Rezept erhalten können. Rezepte können ausgestellt werden, vorausgesetzt die örtlichen Vorschriften lassen dies zu und Ihr Tarif deckt diese ab.



EAP – Mitarbeiter-Unterstützungs-Programm**

Wenn im Leben oder bei der Arbeit herausfordernde Situationen auftreten, bietet unser Mitarbeiter-Unterstützungs-Programm Ihnen und Ihren Angehörigen prompte und vertrauliche Unterstützung. Der Service umfasst:

- **Beratung** - vertraulich und professionell in Person, per Telefon oder Video zu Themen wie Stress, Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben, Erziehung, Ängste, Kulturschock, Suchtprobleme, uvm.
- **Rechtliche und finanzielle Überweisung**, z. B. beim Kauf eines Eigenheims, der Bewältigung eines Rechtsstreits oder für das Erstellen eines umfassenden Finanzplans.

Bitte beachten Sie, dass dieser Service nicht für Minderjährige geeignet ist, die die vor Ort geltende gesetzliche Volljährigkeit noch nicht erreicht haben. Des Weiteren beinhaltet dieser Service keine Gruppentherapie, wie z.B. Familientherapie.



Reisesicherheitsservices**

Die Sicherheitsbedrohungen weltweit nehmen weiter zu: Die Reisesicherheitsservices bieten rund um die Uhr Zugriff auf Sicherheitsinformationen und beraten Sie zu Ihrer geplanten Reise. Der Service beinhaltet:

- **Notfall-Hotline:** Sprechen Sie bei Sicherheitsbedenken in Zusammenhang mit Ihrem Reiseziel mit einem Experten.
- **Länderanalysen und Sicherheitsberatung:** Informationen und Ratschläge für eine Vielzahl von Ländern.
- **Tägliche Sicherheitsnachrichten:** Sie erhalten via E-Mail Warnungen zu Risiko-Ereignissen in Ihrer Nähe, einschließlich Terrorismus oder Unwetterrisiken.

Weitere Informationen oder Zugang zu den oben genannten Services finden Sie unter:

www.allianzcare.com/de/ressourcen/ressourcen-fuer-versicherte.html

** Bestimmte Dienste, die in Ihrem Tarif enthalten sein können, werden von Drittanbietern bereitgestellt. Wenn Ihr Tarif diese Dienste umfasst, werden sie in der Tariflichen Leistungsusage angezeigt.

Diese Dienste werden Ihnen vorbehaltlich Ihrer Annahme der allgemeinen Geschäftsbedingungen Ihres Versicherungsvertrags und der Bestimmungen und Bedingungen der Drittanbieter zur Verfügung gestellt. Mit der Annahme der Geschäftsbedingungen der Drittanbieter gehen Sie ein separates Nutzungsverhältnis direkt mit dem jeweiligen Drittanbieter ein. Diese Dienste können geografischen Beschränkungen unterliegen. Ausführliche Informationen zu den Geschäftsbedingungen der einzelnen Drittanbieterleistungen finden Sie auf den jeweiligen Webseiten und auf deren Apps und/oder Plattformen, über die sie angeboten und gehostet werden. Die Drittanbieter sind unabhängige Datenverantwortliche. Daher raten wir Ihnen, deren Datenschutzhinweise zu lesen um die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nachvollziehen zu können. Die Drittanbieter bieten nicht-versicherungsbezogene Dienste an. Diese Dienste sollten nicht als Ersatz für eine professionelle ärztliche, körperliche oder psychologische Untersuchung bzw. Beratung oder Versorgung angesehen werden. Sie verstehen und akzeptieren, dass der Versicherer, dessen Rückversicherer und deren Administratoren nicht für Ansprüche, Verluste oder Schäden verantwortlich sind, die direkt oder indirekt aus Ihrer Nutzung dieser Drittanbieterdienste entstehen könnten.

Wie funktioniert mein Versicherungsschutz?

Für was bin ich versichert?

Sie und Ihre Angehörigen sind für medizinisch notwendige Behandlungen und die damit verbundenen Kosten und Services, wie in der Tariflichen Leistungszusage aufgeführt, versichert. Diese unterliegen den folgenden Bedingungen:

- Den Definitionen und Ausschlüssen der Versicherung (diese sind auch in diesem Handbuch aufgelistet).
- Für risikogeprüfte Policen: Allen besonderen Bestimmungen, die in Ihrem Versicherungsschein (und auf dem Sondervereinbarungsformular, das vor Versicherungsbeginn ausgestellt wurde) angegeben sind.
- Angemessenen und üblichen Kosten: Dies 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. Wenn wir der Meinung sind, dass ein Erstattungsantrag unangemessen ist, behalten wir uns das Recht, den von uns gezahlten Betrag zu reduzieren oder abzulehnen.

Im Allgemeinen sind Vorerkrankungen (einschließlich chronischer Vorerkrankungen) mitversichert, außer in Ihren Versicherungsunterlagen anders angegeben. Sollten Sie sich unsicher sein, sehen Sie bitte in Ihrer Tariflichen Leistungszusage nach, ob Vorerkrankungen mitversichert sind.

Sollten Sie sich unsicher sein, ob eine geplante medizinische Behandlung im Rahmen Ihres Tarifs versichert ist oder nicht, rufen Sie bitte unsere Helpline an.

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 Höchsterstattungsbeträge gelten?

Ihr Versicherungsschutz unterliegt gegebenenfalls einem tariflichen **Höchsterstattungsbetrag**. Dies ist der maximale Betrag, den wir insgesamt für alle im Tarif enthaltenen Leistungen pro Versicherten und pro Versicherungsjahr bezahlen werden.

Wenn Ihr Tarif Höchsterstattungsbeträge hat, gelten diese auch in den folgenden Fällen:

- Wenn der Begriff „Volle Erstattung“ neben der Leistung steht.
- wenn ein bestimmter Erstattungsbetrag gilt – d. h., wenn die Leistung auf einen bestimmten Betrag begrenzt ist (z. B. CHF 10.000).

Höchsterstattungsbeträge können „pro Versicherungsjahr“, „auf Lebenszeit“ oder „pro Ereignis“, wie z. B. „pro Reise“, „pro Sitzung“ oder auch „pro Schwangerschaft“, gelten.

In manchen Fällen kann zusätzlich zu den Höchsterstattungsbeträgen für Versicherungsleistungen auch eine prozentuale Erstattungsleistung gelten, z. B. „80% Erstattung“.

Höchstleistungsbeträge bei Schwangerschaft

Die Leistungen „**Reguläre Schwangerschaft**“ und „**Komplikationen bei Schwangerschaft und Entbindung**“ 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.

Begrenzungen für Mehrlingsgeburten, Babys aus einer Leihmutterschaft, Adoptiv- oder Pflegekinder

In den folgenden Fällen gilt eine Höchstleistungsgrenze für stationäre Behandlungen innerhalb der ersten drei Monate nach der Geburt:

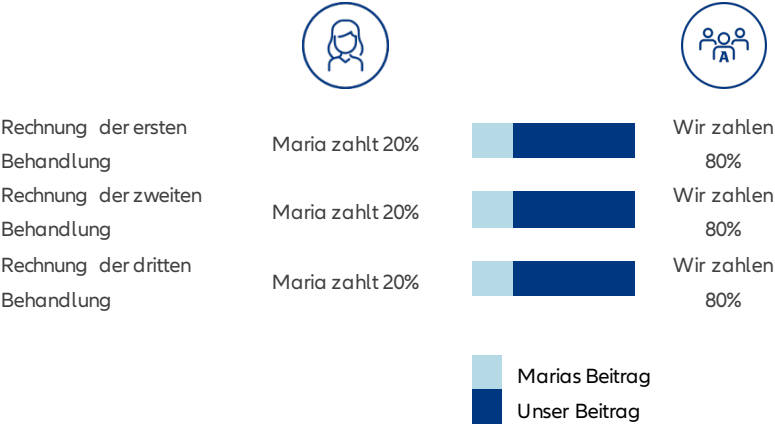
- im Falle einer Leihmutterschaft.
- bei Adoption.
- bei Pflegekindern.
- im Falle einer Mehrlingsgeburt infolge einer medizinisch assistierten Fortpflanzung.

Diese Höchsterstattungsgrenze beträgt CHF 39.000 pro Kind und greift vor allen anderen Leistungen Ihres Versicherungsschutzes. Kosten für ambulante Behandlungen werden im Rahmen eines entsprechenden Ambulanttarifs erstattet.

Was sind Eigenanteile?

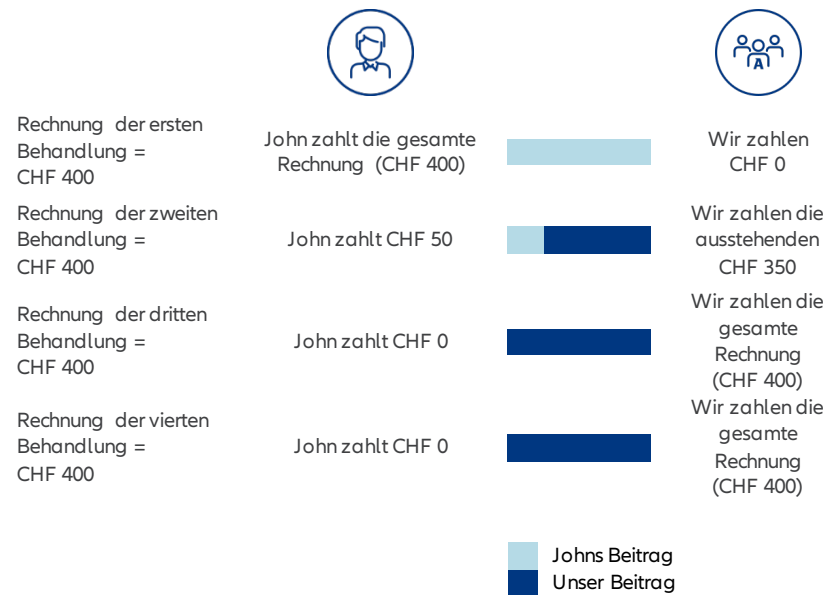
Ein Eigenanteil ist ein Prozentsatz der medizinischen Kosten, den Sie bezahlen müssen. Ihre Tarifliche Leistungszusage zeigt an, ob dieser anfällt.

Das folgende Beispiel erklärt dies genauer: Maria benötigt mehrere Zahnbehandlungen über das Jahr. Ihre Zahnleistungen haben einen Eigenanteil von 20%, was bedeutet, dass wir 80% der Kosten jeder anspruchsberechtigten Behandlung erstatten. Der gesamte von uns zu erstattende Betrag kann außerdem einem Höchsterstattungsbetrag unterliegen.



Was ist eine Selbstbeteiligung?

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



Behandlungen

Wir verstehen, dass die Suche nach einer Behandlung stressig sein kann. Folgen Sie den 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.

Sofern wir und Ihr Unternehmen nichts anderes vereinbaren, wenn Sie einen Erstattungsantrag einreichen, ohne dass Sie eine vorherige Kostenzusage einholen, gilt Folgendes:

- Wenn die erhaltene Behandlung oder Leistung sich als nicht berechtigt erweist, behalten wir uns das Recht vor, den Erstattungsantrag abzulehnen.
- Wenn sich die Behandlung oder Leistung nachträglich als doch berechtigt erweist, werden lediglich 80% der stationären Kosten und 50% der anderen Kosten erstattet.

Behandlungen innerhalb der Schweiz: Zeigen Sie Ihre KVG-Versichertenkarte vor

Wenn Sie eine vorherige Kostenzusage für eine stationäre Behandlung benötigen, Informationen zu Leistungsanträgen erhalten möchten oder Hilfe bei einer Behandlung innerhalb der Schweiz benötigen, wenden Sie sich bitte an Ihren lokalen Versicherer KPT.

Behandlungen außerhalb der Schweiz: Allianz ist Ihr Ansprechpartner

Ihre Allianz-Versichertenkarte bietet Ihnen Zugang zu Behandlungen und einem umfassenden internationalen Netzwerk an medizinischen Dienstleistern außerhalb der Schweiz. Um sicherzustellen, dass Ihre Behandlungskosten übernommen werden, prüfen Sie bitte zuerst Ihre Tarifliche Leistungszusage. Sollten Sie sich immer noch nicht sicher sein, ob Sie für die von Ihnen gewünschte Behandlung versichert sind, rufen Sie uns bitte an.

Stationäre Behandlung außerhalb der Schweiz (es gilt eine vorherige Kostenzusage)

Wenn Sie sich zu einer stationären Behandlung außerhalb der Schweiz entschieden haben, müssen Sie durch Einsendung eines Kostenzusageformulars eine Vorabgenehmigung einholen. Wir wenden uns dann an das Krankenhaus, um die Zahlung Ihrer Rechnung direkt abzuwickeln, sofern möglich.



Laden Sie das Kostenzusageformular von unserer Website herunter: www.allianzcare.com/de/ressourcen/ressourcen-fuer-versicherte/kostenzusageverfahren-und-formulare.html



Füllen Sie das Formular aus und senden Sie es uns **mindestens fünf Werktage vor Behandlungsbeginn**. Sie können es per E-Mail an medical.services@e.allianz.com senden.



Wir wenden uns dann an den medizinischen Dienstleister, um die Zahlung Ihrer Rechnung direkt abzuwickeln, sofern möglich.

Bei einem Notfall

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

Sie, Ihr Arzt, ein Familienmitglied oder Kollege müssen/muss unsere Helpline innerhalb von 48 Stunden nach Eintritt des Notfalls über Ihre Krankenhausaufnahme informieren. Details für das Kostenzusageformular können telefonisch aufgenommen werden, wenn Sie uns anrufen.

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.

Rückerstattung Ihrer Kosten für ambulante, zahnärztliche und andere Behandlungen

Wenn Ihre Behandlungskosten nicht direkt mit Ihrem medizinischen Dienstleister abgerechnet werden und für Ihre Behandlung keine vorherige Kostenzusage unsererseits erforderlich ist, können Sie die Rechnung einfach bezahlen und die Kosten bei uns geltend machen. Gehen Sie in diesem Fall wie folgt vor:



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



Lassen Sie sich von Ihrem medizinischen Dienstleister eine Rechnung ausstellen. Diese muss folgenden Daten enthalten: Ihren Namen, das Datum der Behandlung, die Diagnose/ die behandelte Erkrankung, das Datum der ersten Symptome, die Art der Behandlung und eine detaillierte Aufschlüsselung der Kosten.



Fordern Sie Ihre erstattungsfähigen Ausgaben über unserer MyHealth App oder im Online-Portal zurück (www.allianzcare.com/de/anmeldung.html).

Geben Sie einfach alle wichtigen Einzelheiten und Informationen an, fügen Sie Ihre Rechnungen hinzu und klicken Sie auf „Absenden“.

Schnelle Bearbeitung von Erstattungsanträgen

Sobald wir alle Informationen 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 Ihnen oder Ihrem Arzt erfragen.

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, kontaktieren Sie bitte unsere rund um die Uhr erreichbare Helpline. Wir kümmern uns dann um alles Weitere. Aufgrund der Dringlichkeit raten wir Ihnen, wenn möglich, uns anzurufen. Sie können aber auch gerne eine E-Mail senden. Falls Sie eine E-Mail schreiben, geben Sie den Hinweis „Dringend – Überführung/Rücktransport“ in der Betreffzeile an.

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@e.allianz.com

Behandlungen in den USA

Wenn Sie medizinische Versorgung in den USA in Anspruch nehmen, empfehlen wir Ihnen dringend, sich bereits vor der Planung einer Behandlung an uns zu wenden.

Durch diesen Vorsprung können wir unseren lokalen Partner in den USA mit Ihrer Anfrage betrauen. Dieser führt Sie dann basierend auf Ihrer Erkrankung und Ihr Bedürfnis durch ein umfangreiches Netzwerk medizinischer Einrichtungen in den USA. Diese Einrichtungen bieten qualitativ hochwertige Behandlungen auf Direktabrechnungsbasis an. Somit werden unnötige oder unerwartet hohe Behandlungskosten vermieden.

Zeigen Sie in Notfällen, in denen eine vorherige Kontaktaufnahme nicht möglich ist, einfach Ihre Versichertenkarte vor. Ihr Arzt wird sich dann mit unserem Partner in Verbindung setzen, um die erforderlichen Genehmigungen für die Behandlung einzuholen.

Wir zahlen, sofern möglich, die erstattungsfähigen Behandlungskosten

direkt an Ihren medizinischen Dienstleister; sollten Sie für einen Teil der Kosten verantwortlich sein, wird Sie Ihr Dienstleister darüber informieren.

Sollten Sie im Zusammenhang mit einer Behandlung in den USA Fragen haben oder Hilfe brauchen, finden Sie die betreffenden Kontaktdaten auf der Rückseite Ihrer Versichertenkarte.

Ein Rezept erhalten

Wenn Ihr Tarif eine Caremark-Apothekenkarte umfasst, können Sie bestimmte Medikamente und Apotheken-Produkte in den USA bargeldlos erhalten. Alle Details, die Sie zum Zugang zum Caremark-Apotheken-netzwerk brauchen, finden Sie auf Ihrer Versichertenkarte.

Zeigen Sie diese Karte in einer Caremark-Apotheke vor. Der Apotheker wird Ihnen sagen, ob Sie selbst etwas bezahlen müssen, z.B. einen Eigenanteil. Bitte stellen Sie sicher, dass das Rezept das Geburtsdatum der Person aufzeigt, auf die das Rezept ausgestellt ist.

Zusätzliche Informationen zu Erstattungsanträgen

Medizinische Erstattungsanträge

Bevor Sie einen Erstattungsantrag an uns senden, beachten Sie bitte Folgendes:

- **Recht auf Erstattung:** Sie haben das unmittelbare Recht, eine Erstattung bei uns geltend zu machen, sobald ein erstattungsfähiger Versicherungsfall gemäß den Versicherungsbedingungen eingetreten ist (Art. 87 VVG).
- **Zeitrahmen für Erstattungsanträge:** Reichen Sie bitte Ihre Erstattungsanträge spätestens zwei Jahre nach Ablauf des Versicherungsjahrs (durch unsere MyHealth App oder unser Online-Portal) ein. Wird die Versicherung innerhalb des Versicherungsjahrs gekündigt, so müssen Sie alle Erstattungsanträge spätestens sechs Monate nach Ende des Versicherungsschutzes einreichen. Nach Ablauf dieses Zeitraums sind wir nicht zur Erstattung verpflichtet (Art. 46 VVG). Ein Erstattungsantrag wird gemäß Art. 41 VVG innerhalb von vier Wochen nach Erhalt bearbeitet.

- **Einreichen von Erstattungsanträgen:** Sie müssen für jede Person, die Ansprüche geltend macht, und für jede Erkrankung, einen separaten Erstattungsantrag einreichen.
- **Direkte Abrechnung von Behandlungsrechnungen:** Wenn wir Ihre medizinischen Kosten direkt mit Ihrem medizinischen Dienstleister begleichen und später feststellen, dass Ihr Erstattungsanspruch nicht berechtigt ist, behalten wir uns das Recht vor, den vollen Erstattungsbetrag von Ihnen einzufordern.
- **Unterstützende Dokumente:** Bitte bewahren Sie die Originale auf, wenn Sie uns Kopien von Rechnungen (z. B. Arztrechnungen/Belege) 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 Kartenabrechnung) 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 Betrag der Selbstbeteiligung erreicht haben, werden wir beginnen Ihnen Ihre Kosten zu erstatten.
 Fügen Sie Ihrem Antrag alle Belege und Rechnungen bei.
- **Währung und Gebühren:** Geben Sie bitte die Währung an, in der Sie die Zahlung erhalten möchten. In seltenen Fällen kann es vorkommen, dass wir aufgrund internationaler Bankgesetze keine Zahlung in der gewünschten Währung vornehmen können. 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 Ausstellungsdatum der Rechnungen gültig war. Wir übernehmen alle mit der Zahlung verbundenen Gebühren. Wir haften jedoch nicht für die Gebühren, die Ihre Bank im Rahmen ihrer Geschäftsbedingungen für den Geldeingang auf Ihr Konto erhebt.

- **Rückerstattung:** Wir erstatten nur erstattungsfähige Kosten (im Rahmen der Höchsterstattungsbeträge Ihrer Police), nachdem wir eventuelle Bedingungen einer vorherigen Kostenzusage, von Selbstbeteiligungen oder Eigenanteilen, 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 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.
- **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.

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 ergreifen Sie alle von uns angeforderten Maßnahmen, 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.

Allgemeine Versicherungsbedingungen

Allgemeine Geschäftsbedingungen

In diesem Teil werden die Standardleistungen und -regelungen Ihrer Gruppenversicherungspolice beschrieben. Bitte lesen Sie diesen Teil des Handbuches mit Ihrem Versicherungsschein und Ihrer Tariflichen Leistungszusage.

- Auf dem Versicherungsschein ist der Tarif und der geografische Geltungsbereich aufgeführt, den Ihr Unternehmen für Sie und Ihre Familienangehörigen (falls zutreffend) ausgewählt hat. Er zeigt außerdem Versicherungsbeginn- sowie das Verlängerungsdatum an. Für Policen, bei denen Ihre Krankengeschichte berücksichtigt wurde (risikogeprüfte Policen), werden in diesem Dokument alle besonderen Bedingungen aufgeführt, die möglicherweise für Ihren Versicherungsschutz gelten. Wir werden Ihnen einen neuen Versicherungsschein senden, wenn Änderungen an Ihrer Police vorgenommen werden. Dies können entweder Änderungen sein, die Ihr Unternehmen beantragt und die wir vornehmen können, oder es können Änderungen sein, die Sie beantragen (z. B. das Hinzufügen eines Neugeborenen zum Vertrag). Voraussetzung ist, dass wir und Ihr Unternehmen diese Änderungen akzeptieren.
- In Ihrer Tariflichen Leistungszusage sind die Tarife aufgeführt, die von Ihrem Unternehmen ausgewählt wurden, und die Leistungen, die für Sie verfügbar sind. Sie zeigt außerdem Informationen zu den Leistungen und Behandlungen, für die Sie eine vorherige Kostenzusage einreichen müssen. Es werden die Leistungen bestätigt, für die bestimmte Höchsterstattungsbeträge, Wartezeiten, Selbstbeteiligungen und/oder Eigenanteile gelten. Ihre Tarifliche Leistungszusage wird in der mit Ihrem Unternehmen (oder mit Ihnen, falls Sie den Versicherungsbeitrag selbst bezahlen) vereinbarten Währung ausgestellt.

Bei Fragen zu Ihrem Gruppenversicherungsvertrag wenden Sie sich bitte an den Gruppenversicherungsverantwortlichen in Ihrem Unternehmen. Die Bedingungen Ihres Versicherungsschutzes können von Zeit zu Zeit durch eine Vereinbarung zwischen Ihrem Unternehmen und uns geändert werden.

Verwaltung Ihrer Police

Stimmen Ihre Police oder jegliche Änderungen zu derselben mit den von uns und dem Unternehmen getroffenen Vereinbarungen nicht überein, so hat das Unternehmen binnen vier Wochen nach Erhalt der Dokumente die Berichtigung zu verlangen. Versäumt der Versicherungsnehmer die Berichtigung, so gilt der Inhalt als vom Unternehmen angenommen (Art. 12 VVG).

Änderungen des hauptversicherten Mitarbeiters: Wenn eine Änderung des hauptversicherten Mitarbeiters beantragt wird, muss der neue hauptversicherte Mitarbeiter ein entsprechendes Antragsformular ausfüllen (nur bei risikogeprüften Gruppen).

Doppelversicherung und Subsidiarität

- Wir leisten unsere Versicherungsverpflichtungen nachrangig zur Sozialversicherung, anderen privaten Versicherern oder anderen haftungspflichtigen Parteien. Wenn andere Privatversicherer nachrangig zu anderen Parteien ihre Leistungen rückerstatten, werden die Leistungen auf der Grundlage des Versicherungsbetrags im Verhältnis zum Betrag der Versicherungshöchstgrenze, bei allen haftenden Versicherern, geleistet (Art. 71, VVG). Wenn ein Sozialversicherer haftungspflichtig ist und wir in Vorleistung getreten sind, behalten wir uns das Recht vor, die Vorleistung von Ihnen oder dem Sozialversicherer zurückzutreten.
- Soweit haftungspflichtige Dritte eine Leistungspflicht für die Folgen einer Krankheit oder eines Unfall haben, garantieren wir nur in Vorleistung zu treten, wenn die versicherte Person ihre Forderungen, für die von uns erbrachten Leistungen, gegen den haftende Dritte an uns abtritt. Kommt die versicherte Person ohne unsere Zustimmung zu einer Vereinbarung mit der haftungspflichtigen Partei, in der sie teilweise oder ganz auf ihre Ansprüche auf Versicherungsleistung oder

Schadensersatz verzichten, wird der Anspruch auf Leistung von uns ungültig.

Beginn des Versicherungsschutzes für Sie und Ihre Familienangehörigen

Ihre Versicherung ist ab dem Anfangsdatum, das auf Ihrem Versicherungsschein angegeben ist, gültig und läuft bis zum Verlängerungsdatum der Gruppe (auch im Versicherungsschein enthalten). In der Regel ist dies ein Versicherungsjahr, sofern nicht anders mit Ihrem Unternehmen vereinbart und sofern Sie Ihre Versicherung nicht in der Mitte des Versicherungsjahres begonnen haben. Am Ende des Versicherungsjahres kann Ihr Unternehmen die Versicherung gemäß den zum entsprechenden Zeitpunkt geltenden allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Versicherungsvertrag verlängern. Diese Vertragsbedingungen sind für Sie verbindlich.

Der Versicherungsschutz für Familienangehörige (falls zutreffend) beginnt zum Versicherungsbeginn, der auf dem neuesten Versicherungsschein aufgeführt ist, auf dem sie als Familienangehörige genannt sind. Die Mitversicherung kann bis zu Ihrem Ausscheiden aus der Unternehmensvereinbarung bestehen bleiben und so lange, wie Kinder innerhalb der definierten Altersbegrenzung für mitversicherte Angehörige bleiben. Familienangehörige Kinder können bis zum Tag vor ihrem 18. Geburtstag oder bis zum Tag vor ihrem 26. Geburtstag, wenn sie sich in einer Vollzeitausbildung befinden, in Ihrem Versicherungsvertrag mitversichert werden. Danach können sie einen eigenen Versicherungsschutz in einem unserer Krankenversicherungstarife für Einzelpersonen und Familien beantragen.

Mitversichern von Familienangehörigen

Werden Sie heiraten oder erwarten Sie ein Baby? Herzlichen Glückwunsch! Sie können beantragen, dass ein Familienmitglied mitversichert wird, wenn Sie gemäß der Unternehmensvereinbarung dazu berechtigt sind. Der Prozess ändert sich je nach Art der Police:

- Police mit vollständiger medizinischer Risikoprüfung, oder
- nicht risikogeprüfte Policen.

In Ihrem Versicherungsschein ist vermerkt, welche Versicherungsbedingungen für Sie gelten. Im Bereich „Definitionen“ des Versicherungshandbuchs finden Sie eine detaillierte Beschreibung der oben genannten Arten von Policen.

Um ein Familienmitglied mitzuversichern, folgen Sie bitte den Erklärungen unten. Wenn es sich beim Angehörigen, den Sie hinzufügen wollen, um ein Neugeborenes handelt, beachten Sie bitte den Abschnitt „Höchstleistungsgrenze bei stationären Behandlungen für Neugeborene“ weiter unten.

Risikoprüfte Gruppen

Wie kann ich ein Neugeborenes in meiner Police mitversichern?

Bitte senden Sie uns innerhalb von vier Wochen nach der Geburt Ihres Kindes eine E-Mail mit der Geburtsurkunde an individual.admin@e.allianz.com. Mit Ausnahme von Mehrlingsgeburten, akzeptieren wir Neugeborene ohne eine medizinische Risikoprüfung, wenn der leibliche oder der vorgesehene Elternteil (im Falle einer Leihmutter) seit mindestens sechs 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 falls akzeptiert, ab dem Zeitpunkt der Annahme des Versicherungsschutzes, durch uns mitversichert.

Was wenn ich Babys aus einer Mehrlingsgeburt mitversichern möchte?

Babys aus Mehrlingsgeburten werden dann medizinisch risikoprüft und falls akzeptiert, ab dem Zeitpunkt der Annahme des Versicherungsschutzes, durch uns mitversichert.

In den folgenden Fällen gilt eine Höchstleistungsgrenze für stationäre Behandlungen innerhalb der ersten drei Monate nach der Geburt:

- im Falle einer Leihmutter
- bei Adoption
- bei Pflegekindern.
- im Falle einer Mehrlingsgeburt infolge einer medizinisch assistierten Fortpflanzung

Diese Höchsterstattungsgrenze beträgt CHF 39.000 pro Kind und greift vor allen anderen Leistungen Ihres Versicherungsschutzes. Kosten für ambulante Behandlungen werden im Rahmen eines entsprechenden Ambulanttarifs erstattet.

Nicht-risikogeprüfte Gruppen

Wie kann ich ein Neugeborenes in meiner Police mitversichern?

Für Neugeborene (einschließlich Mehrlingsgeburten, Babys aus einer Leihmutterschaft, Adoptiv- und Pflegekinder) beginnt der Versicherungsschutz mit dem Tag der Geburt. Voraussetzung ist jedoch, dass wir innerhalb von vier Wochen nach der Geburt benachrichtigt werden. Wenn Sie ein Neugeborenes in Ihren Versicherungsschutz aufnehmen möchten, müssen Sie Ihr Unternehmen bitten, einen schriftlichen Antrag mit einer Kopie der Geburtsurkunde an die intern dafür zuständige Person zu stellen.

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 passiert, wenn ich mich nicht innerhalb von vier Wochen bei meinem Unternehmen melde?

Werden wir vier Wochen nach dem Geburtsdatum oder später benachrichtigt, so werden Neugeborene vom Datum der Benachrichtigung an in den Versicherungsschutz aufgenommen.

Änderung des Aufenthaltslandes

Es ist wichtig, dass Sie uns über einen Wechsel Ihres Aufenthaltslandes informieren. Dieser kann Einfluss auf Ihren Versicherungsschutz oder Beitrag haben, 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. Der von uns angebotene Versicherungsschutz ist kein Ersatz für eine nationale

Pflichtkrankenversicherung, z. B. für Versicherte mit Wohnsitz in der Schweiz. Unser Versicherungsschutz ist kein rechtlich angemessener Ersatz für die schweizerische Pflichtkrankenversicherung (KVG).

Wen benachrichtige ich, wenn ich in ein anderes Land umziehe?

Wenn Sie Versicherter einer risikogeprüften Gruppe sind (das heißt, dass Ihre Gesundheitsinformationen und ihre Krankenanamnese bewertet wurde), wenden Sie sich einfach an unsere Helpline. Wenn Sie Versicherter einer nicht-risikogeprüften Gruppe sind, wenden Sie sich bitte an Ihr Unternehmen.

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, senden Sie bitte 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. Wenn Sie uns per Post kontaktieren möchten, schreiben Sie bitte an folgende Adresse: AWP P&C S.A., Schweizer Niederlassung in Wallisellen, Richtiplatz 1, 8304 Wallisellen.

Verlängerung Ihrer Versicherung

Wenn Ihr Unternehmen Ihre Beiträge zahlt, wird Ihr Unternehmen über die Verlängerung Ihrer Versicherung (und die Ihrer Familienangehörigen, sofern zutreffend) entscheiden.

Wenn Sie selbst Ihre Beiträge zahlen und Ihr Unternehmen Ihren Versicherungsschutz (und den Ihrer Familienangehörigen, sofern zutreffend) verlängert, verlängert sich Ihre Police automatisch für das nächste Versicherungsjahr, wenn:

- 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 Zahlungskarte erhalten oder falls sich Ihre Bankdaten ändern.

Ende Ihres Versicherungsschutzes

Ihr Unternehmen und wir können Ihre Versicherung oder die eines Familienmitglieds durch eine schriftliche Mitteilung an die andere Partei mit Wirkung zum nächsten Verlängerungsdatum unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten beenden.

Wir verzichten auf das uns gesetzlich zustehende Recht, im Schadenfall Ihren Versicherungsschutz nach Art. 42 VVG zu kündigen. Das Recht des Unternehmens, Ihren Versicherungsschutz zu kündigen, bleibt hiervon unberührt.

Ihr Unternehmen wird Sie sofort informieren, wenn Ihr Versicherungsschutz aus irgendeinem Grund nicht verlängert oder gekündigt wird, damit Sie darüber Bescheid wissen, dass keine Leistungen mehr erbracht werden. Ihr Unternehmen und wir werden uns über die Möglichkeiten der Weiterführung des Versicherungsschutzes beraten.

Wir können Ihren Versicherungsschutz mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalenderjahres kündigen. Die Kündigung ist gültig, wenn sie vor Ablauf der Kündigungsfrist, spätestens jedoch drei Monate vor dem Verlängerungsdatum, per Einschreiben eingegangen ist. Alle Änderungs- und Kündigungsanträge in Bezug auf Ihre Police müssen über den Gruppenversicherungsverantwortlichen eingereicht werden.

In den folgenden Fällen endet der Versicherungsschutz automatisch:

- Am Ende des Versicherungsjahrs, wenn der Vertrag zwischen dem Unternehmen und uns gekündigt wird.
- Wenn Ihr Unternehmen die Versicherung kündigt oder nicht verlängert.
- Wenn Ihr Unternehmen die Beiträge nicht bezahlt oder andere nach der Unternehmensvereinbarung mit uns fällige Zahlungen nicht leistet.
- Wenn Sie nicht mehr für das Unternehmen arbeiten.
- Bei Ableben des versicherten Mitarbeiters.

Wir können Ihren Versicherungsschutz und den Ihrer Angehörigen kündigen, wenn ausreichende Beweise vorliegen, dass Sie oder Ihre Angehörigen uns irregeführt haben oder versucht haben, uns irrezuführen. Damit ist gemeint, dass Sie uns falsche Angaben mitgeteilt oder Tatsachen verschwiegen haben oder mit Ihrem Einverständnis von einem Dritten vorsätzlich oder fahrlässig falsche Angaben gemacht wurden, die für die Beurteilung folgender Fragen wichtig gewesen wären:

- ob Sie (oder die anderen Personen) als Versicherter aufgenommen werden.
- welche Versicherungsbeiträge Ihr Unternehmen oder Sie zu zahlen hat/haben.
- ob wir einen Erstattungsantrag bezahlen.

Bitte informieren Sie uns, falls Sie nicht oder nicht mehr über die verpflichtende Schweizer Kranken- und Unfallversicherung (KVG und UVG) versichert sind. Wir behalten uns in diesem Fall das Recht vor, Ihre Versicherung zu kündigen.

Wir haften nur für die Kosten, die nicht durch die verpflichtende Schweizer Kranken- und Unfallversicherung versichert sind. Wenn Sie keinen solchen Versicherungsschutz abgeschlossen haben, nicht mehr darüber versichert oder nicht anspruchsberechtigt sind, haften wir nicht für die Kosten, die von der verpflichtenden Schweizer Kranken- und Unfallversicherung übernommen worden wären.

Ablauf der Versicherung

Bei Ablauf Ihres Versicherungsvertrags erlischt Ihr Recht auf Erstattung von Kosten versicherter Leistungen. Alle Kosten versicherter Leistungen, die innerhalb der Versicherungsdauer anfallen, werden von uns bis zu zwei Jahre nach Behandlungsdatum erstattet. Wir werden jedoch keine Kosten erstatten (z. B. für laufende Behandlungen), die nach Ablauf der Versicherung angefallen sind.

Antrag auf Versicherungsschutz bei Ausscheiden aus dem Gruppenvertrag

Endet Ihr Versicherungsschutz nach Ausscheiden aus der Unternehmensvereinbarung, können Sie Versicherungsschutz im Rahmen unserer Suisse internationalen Krankenversicherungstarife für Einzelpersonen beantragen, indem Sie uns einfach eine E-Mail an die unten angegebene E-Mail-Adresse senden. Die Einzelversicherungen unterliegt keiner Risikoprüfung, wenn der Versicherungsschutz gleichwertig ist. Sie müssen den Antrag innerhalb eines Monats nach Ende des Versicherungsschutzes der Gruppenversicherung stellen. Wenn wir Ihren Antrag annehmen, beginnt der Versicherungsschutz am ersten Tag nachdem Sie die Gruppenversicherung verlassen.

individual.sales@allianzworldwidecare.com

Beitragszahlung

In den meisten Fällen ist Ihr Unternehmen für die Zahlung der Versicherungsbeiträge für die gemäß der Unternehmensvereinbarung mitversicherten Personen verantwortlich, und zwar einschließlich etwaiger anderer im Zusammenhang mit Ihrer Versicherung oder der Versicherung Ihrer Familienangehörigen fälliger Beiträge.

Die Versicherungsbeiträge basieren auf mehreren Faktoren, zu denen der Geltungsbereich der Versicherung, Ihr Wohnsitzland und die geltenden Beitragssätze sowie andere Risikofaktoren gehören, die die Versicherung wesentlich beeinflussen können, sofern in der Unternehmensvereinbarung nichts anderes vereinbart wird.

Durch die Annahme des Versicherungsschutzes erklärt sich das Unternehmen einverstanden, den im Angebot angegebenen Beitrag durch die angegebene Zahlungsmethode zu entrichten. Die Zahlungen können je nach gewählter Zahlungsmethode monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich erfolgen. Wir sind nicht verantwortlich für Zahlungen, die über Dritte erfolgen.

Das Unternehmen zahlt möglicherweise auch andere Steuern und Abgaben, die mit Ihrem Versicherungsschutz verbunden sind (z. B. Versicherungssteuer). Unter bestimmten Umständen können auch Sie zur Zahlung der Steuer für die von Ihrem Unternehmen bezahlten Beiträge herangezogen werden. Detaillierte Informationen hierzu erteilt Ihnen Ihr Unternehmen.

Es gelten die folgenden Zahlungstermine, außer anderweitig in der Unternehmensvereinbarung angegeben:

Zahlungsfrequenz	Fälligkeitsdatum
Monatlich	Erster jedes Monats
Vierteljährlich	Erster jedes Quartals
Halbjährlich	1. Juli und 1. Januar
Jährlich	1. Januar

Wenn der Versicherungsschutz im laufenden Jahr startet, ist die erste Zahlung, der erste Beitrag oder Jahresbeitrag, je nach gewählter Zahlungsfrequenz, am ersten Tag des Versicherungsschutzes fällig, außer anderweitig in der Unternehmensvereinbarung angegeben.

Wird der Erst- oder Folgebeitrag nicht fristgerecht vollständig bezahlt, können wir Ihren Vertrag 14 Tage nach einer schriftlichen Ankündigung aussetzen (Art. 20–21 VVG). Wenn wir keine rechtlichen Schritte einleiten, um den Beitrag zurückzufordern, wird die Police zwei Monate nach Ablauf der 14-tägigen Kündigungsfrist automatisch gekündigt (Art. 20–21 VVG) und es wird kein weiteres Kündigungsschreiben ausgestellt. Wir informieren Sie, wenn Ihr Versicherungsschutz ausgesetzt oder der Versicherungsvertrag aufgrund von Nichtzahlung gekündigt wird.

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. Folgebeiträge sind jeweils am ersten Tag des gewählten Zahlungszeitraums fällig.

Einmal jährlich zum Verlängerungsdatum können wir die Methoden der Berechnung des Beitrags oder der anfallenden Steuern, die zu zahlenden Beträge und/oder die Zahlungsweise ändern. In diesem Fall informieren wir das Unternehmen über diese Änderungen, welche dann ab dem Verlängerungsdatum gelten. Sie können Ihre Zahlungsmethode am Verlängerungsdatum ändern. Beantragen Sie derartige Änderungen bitte schriftlich mindestens 30 Tage vor dem Verlängerungsdatum bei uns.

Forderungen uns gegenüber können nicht mit dem Versicherungsbeitrag verrechnet werden.

Weitere Bestimmungen für Ihren Versicherungsschutz

Geltendes Recht:

Ihre Police unterliegt den Gesetzen und Gerichten der Schweiz, insbesondere dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) sofern gesetzlich nicht anders vorgeschrieben. Sämtliche Streitfälle, die nicht auf andere Weise beigelegt werden können, sind vor das zuständige Gericht am schweizerischen Wohnsitz des Versicherten (oder der anspruchsberechtigten Person, die eine Erstattungsantrag einreicht), oder am Firmensitz des Versicherers zu bringen.

Klausel im Falle von Sanktionen:

Der Versicherungsschutz, die Erstattungszahlungen oder jegliche Leistungen im Rahmen dieser Versicherung werden ausgesetzt, sollte ein Element der Versicherung, der Leistung, der Aktivität, des Geschäfts oder des zugrunde liegenden Geschäfts den (Rück)Versicherer Folgendem aussetzen:

- jeglicher geltenden Sanktion, jeglichen Verbots oder jeglicher Beschränkung einer Resolution der Vereinten Nationen, oder
- den Handels-oder Wirtschaftssanktionen, Gesetzen und Vorschriften der Schweiz, der Europäischen Union, des Vereinigten Königreichs oder

der Vereinigten Staaten von Amerika.

Diese Aussetzung gilt so lange, bis der (Rück)Versicherer nicht mehr einer solchen Sanktion, einem solchen Verbot oder einer solchen Beschränkung ausgesetzt ist.

Rechtliche Schritte:

Ansprüche, die sich aus dieser Police ergeben, verfallen nach fünf Jahren ab dem Zeitpunkt, zu dem das Ereignis eingetreten ist, das die Zahlungspflicht begründet hat. Für Verträge, die bis einschließlich 31.12.2021 abgeschlossen wurden, gilt die fünfjährige Verjährungsfrist nur für Ansprüche gegen den Versicherer.

Wer ist versichert:

Nur Gruppenversicherte (und ihre Angehörigen), die in der Unternehmensvereinbarung genannt sind, haben Anspruch auf Versicherungsleistungen.

Beträge, die wir leisten:

Wir haften mit den in der Tariflichen Leistungszusage und in etwaigen folgenden Policennachträgen genannten Beträgen. Der Gesamt-erstattungsbetrag aus dieser Versicherungspolice, aus einer gesetzlichen Krankenversicherung und anderen Versicherungen wird auf keinen Fall den Rechnungsbetrag übersteigen.

Wer kann Änderungen an Ihrer Police vornehmen:

Niemand außer einer von Ihnen autorisierte Person oder der Gruppenversicherungsverantwortliche darf in Ihrem Namen Änderungen an Ihrer Police vornehmen. Änderungen sind nur gültig, wenn Sie von uns und Ihrem Unternehmen angenommen werden.

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.
- einem Dritten.

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. Wir können auf unsere Kosten rechtliche Schritte in Ihrem Namen einleiten, um dies zu erreichen. Dies nennt man Rechtsnachfolge.

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.

Umstände außerhalb von 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, 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.

Kündigung und Betrug:

- a) Für risikoprüfte Gruppen gilt: 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.

- 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. Wir behalten uns das Recht vor, Ihr Unternehmen über jegliche betrügerische Handlung zu informieren.

Wir können Ihren Versicherungsvertrag kündigen und werden Sie innerhalb von vier Wochen, nachdem wir festgestellt haben, dass die Angaben falsch oder unvollständig (Falschangaben oder Nichtoffenlegung) sind, schriftlich über die Kündigung informieren und Ihnen den Versicherungsbeitrag erstatten (Art. 6 VVG). Im Falle von betrügerischen Leistungsanträgen wird Ihr Versicherungsschutz schriftlich von uns vom Tag unserer Entdeckung des betrügerischen Ereignisses annulliert und der Betrag von eventuell zu Unrecht erstatteten Leistungen kann gemäß Artikel 40 VVG von uns zurückgefordert werden.

Kontaktaufnahme zu Angehörigen:

Zur Verwaltung Ihrer Police müssen wir möglicherweise weitere Informationen anfordern. Wenn wir Informationen zu einem Ihrer Angehörigen anfragen müssen (wenn wir beispielsweise 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 Informationen sind. Genau so können wir Ihnen bei unserer Bearbeitung von Erstattungsanträgen nicht-vertrauliche Informationen über ein Familienmitglied senden.

Datenschutz

- a) Für Transaktionen innerhalb des Versicherungsbereichs ist die Verarbeitung persönlicher Informationen notwendig. Wir verarbeiten persönliche Daten gemäß dem Schweizer Datenschutzgesetz. Falls notwendig, bitten wir um die erforderliche Genehmigung der versicherten Person zur Verarbeitung persönlicher Daten. Die von uns verarbeiteten Daten umfassen persönliche Informationen zum Erstellen von Angeboten, zur Prüfung des Versicherungsrisikos von Verträgen, für den Einzug von Versicherungsbeiträgen, zur Erstattung von Leistungsansprüchen und für andere Zwecke, die direkt in Verbindung mit der Verwaltung von Versicherungspolice gemäß dem Versicherungsvertrag stehen. Zunächst beziehen wir persönliche Informationen zu Versicherten bei Antragsstellung. Wir bearbeiten persönliche Informationen ebenfalls in Verbindung mit Produktverbesserungen und für unsere eigenen Marketing-Zwecke.
- b) Um einen erschwinglichen und umfassenden Versicherungsschutz anzubieten, werden unsere Services möglicherweise durch juristisch unabhängige Unternehmen im In- und Ausland bereitgestellt. Diese können Unternehmen der Allianz Gruppe oder Partner sein. Zur Erfüllung vertraglicher Pflichten sind wir dazu verpflichtet, Informationen sowohl innerhalb als auch außerhalb der Gruppe auszutauschen. Wir speichern Daten elektronisch oder physisch in Übereinstimmung mit den entsprechenden gültigen gesetzlichen Bestimmungen. Versicherte Personen, deren Informationen wir verarbeiten, haben auf Grundlage des Datenschutzgesetzes das Recht darauf, zu erfahren, welche persönlichen Informationen wir verarbeiten und können die Korrektur dieser Informationen beantragen.

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

AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

Beschwerden und Mediationsverfahren

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

Telefonnummer: **+353 1 630 1302**

E-Mail: customer.resolution@e.allianz.com

Adresse: **Customer Resolution Team, Allianz, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irland.**

Wir werden Ihre Beschwerde nach unserem internen Beschwerdemanagement-Prozess handhaben. Weitere Einzelheiten finden Sie hier: www.allianzcare.com/complaints-procedure

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

Wenn wir das Problem nicht Ihrem Wunsch entsprechend lösen konnten und Sie sich beschweren möchten, können Sie sich schriftlich an die Stiftung Ombudsman der Privatversicherung und an SUVA / Ombudsman de l'assurance privée et de la SUVA wenden.

Adresse: Postfach 2646, 8022 Zürich

Bitte beachten Sie, dass dies Ihre Rechte nach dem Schweizer Recht oder Ihr Recht, die Angelegenheit vor ein Schweizer Gericht zu bringen, nicht berührt.

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 Leistungen in Ihrem Versicherungsschutz enthalten sein, die nicht unten aufgelistet sind, 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:

Akut

Der plötzliche Beginn von Symptomen einer Erkrankung.

Allergietests

Besuch bei einem zugelassenen Arzt, um zu testen und zu untersuchen, ob Ihre Symptome mit einer Allergie zusammenhängen. Der Versicherungsschutz ist als spezielle Leistung auf den in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegebenen Betrag begrenzt.

Ambulante Behandlungen

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

Ambulante Notfallbehandlung

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. In diesem Fall gelten die Bestimmungen des Ambulanttarifs.

Ambulante Operationen

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 zahnärztliche Notfallbehandlung

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.

Angeborene Erkrankungen

Anomalien, Missbildungen, Krankheiten, Störungen, Defekte oder Verletzungen, die erblich bedingt sind oder vor oder während der Geburt erworben wurden. Eine angeborene Erkrankung kann bei der Geburt oder später im Leben diagnostiziert werden.

Angehörige(r)

Ehepartner(in)/Partner(in) und unverheiratete Kinder, die als Angehörige in Ihrem Versicherungsschein angegeben sind. Kinder können bis zum Tag vor ihrem 18. Geburtstag oder bis zum Tag vor ihrem 26. Geburtstag, wenn sie sich in einer Vollzeitausbildung befinden, im Rahmen Ihres Versicherungsvertrags mitversichert sein.

Angemessen und üblich

Bezieht sich auf die 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.

Arzt

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.

Arzt für Allgemeinmedizin

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

Ärztelkosten

Gebühren für nicht-chirurgische Behandlungen, die von einem Arzt oder von einer medizinischen Fachkraft unter der Aufsicht eines Arztes durchgeführt oder verabreicht werden.

Behandlung

Medizinische, chirurgische oder therapeutische Verfahren zur Diagnose, Heilung oder Linderung von Krankheiten und Verletzungen oder von körperlichen und psychischen Erkrankungen und Störungen.

Behandlung von Essstörungen

Eine Kombination von Psychotherapie, einschließlich kognitiver verhaltenstherapeutischer Therapien, medizinischer Überwachung, verschriebener Arzneimittel und Ernährungsberatung zur Behandlung von Anorexie (Magersucht), Bulimie und Essattacken (Binge Eating-Störung).

Jegliche stationäre oder teilstationäre Aufnahme muss die verschriebenen Arzneimittel für diese Erkrankung beinhalten.

Eine ambulante Therapie (falls versichert) muss von einem Arzt verschrieben werden und ist zunächst auf zehn Sitzungen pro erstellter Diagnose begrenzt. Nach jeweils zehn Sitzungen muss ein Psychiater den Erfolg der Behandlung überprüfen. Sollten Sie weitere Sitzungen brauchen, muss uns ein neuer Behandlungsbericht vorgelegt werden, in dem die Diagnose und die medizinische Notwendigkeit einer Weiterbehandlung dargelegt wird.

Die Behandlung wird im Rahmen der Leistung „Psychiatrie und Psychotherapie“ Ihres Ambulanttarifs versichert (falls Sie einen haben). Die geltenden Erstattungsgrenzen entnehmen Sie bitte Ihrer Tariflichen Leistungszusage.

Behandlung von Krankheiten des autistischen Formenkreises

Eine Reihe von Therapien, um die Fähigkeiten einer versicherten Person mit Autismus zu verbessern. Dies umfasst die medizinische Behandlung durch Fachärzte und zugelassene Programme zur Verhaltenswissenschaft. Die Behandlung wird im Rahmen der Leistung „Psychiatrie und Psychotherapie“ Ihres Ambulanttarifs versichert (falls Sie einen haben). Wenn Ihr Tarif die Leistung „Entwicklungsstörungen“ umfasst, deckt diese auch verschriebene Logopädie und Ergotherapie (Beschäftigungstherapie) im Rahmen der Behandlung von Autismus. Die geltenden Erstattungsgrenzen entnehmen Sie bitte Ihrer Tariflichen Leistungszusage. Wir übernehmen keine Kosten für eine tägliche pädagogische Betreuung, die Aufnahme, den Aufenthalt oder die teilstationäre Behandlung in speziellen pädagogischen Einrichtungen.

Beschäftigungstherapie

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.

Bestattungskosten

Die Kosten für eine Bestattung oder Einäscherung, die nicht im Heimatland oder Land des Hauptwohnsitzes stattfindet. Damit verbundene Kosten für die Trauerfeier wie Essen und Getränke, Reise, Unterkunft, Blumen und Beileidskarten sind darin nicht enthalten.

Chirurgische Hilfsmittel und Materialien

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.

Chirurgische zahnärztliche Eingriffe

Mund- und zahnbezogene Operationen, wie die chirurgische Extraktion von Zähnen (einschließlich retinierter Zähne), die Wurzelspitzenresektion und die chirurgische Entfernung von Zysten. Diese Leistung deckt auch die notwendige Behandlung zur Unterstützung zahnärztlicher Operationen ab, einschließlich verschreibungspflichtiger Medikamente und Untersuchungsverfahren wie Laboruntersuchungen, Röntgenaufnahmen, CT- und MRT-Scans, die die Notwendigkeit einer zahnärztlichen Operation feststellen und belegen. Achtung: Diese Leistung umfasst keine chirurgischen Maßnahmen, die im Zusammenhang mit Zahnimplantaten stehen.

Die chirurgische Behandlung von Kiefergelenkerkrankungen, Frakturen des Gesichtsknochens, angeborenen Kieferfehlbildungen, Speicheldrüsenerkrankungen und Tumoren ist im Rahmen der jeweiligen Erstattungsgrenzen des Haupttarifs versichert. Kieferorthopädische Eingriffe zur Korrektur von Zahnfehlstellungen sind ebenfalls innerhalb dieser Erstattungsgrenze versichert, vorausgesetzt die Leistung „Kieferorthopädische Behandlung“ ist in Ihrem Zahntarif enthalten.

Chronische Erkrankung

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 eine der folgenden 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.

Diagnostische Untersuchungen

Untersuchungen wie Röntgenaufnahmen oder Bluttests, die zu Diagnosezwecken durchgeführt werden. Diese Untersuchungen sind versichert, wenn Sie bereits Symptome zeigen oder wenn Sie infolge anderer medizinischer Untersuchungsergebnisse erforderlich sind. Diese Leistung deckt keine jährlichen medizinischen Vorsorgeuntersuchungen oder Routineuntersuchungen ab.

Direkte Familienvorbelastung

Wenn bei einem Elternteil, einem Großelternteil, einem Bruder, einer Schwester oder einem Kind die betreffende Erkrankung bereits diagnostiziert wurde.

Eigenanteil

Der Prozentsatz der Kosten, den Sie zahlen müssen. Wenn beispielsweise eine Leistung zu 80% erstattet wird, fällt dafür ein Eigenanteil von 20% an. Daher übernehmen wir 80% der Kosten für jede erstattungsfähige Behandlung pro Versicherten und pro Versicherungsjahr.

Videoberatungsservices unterliegen nicht dem Eigenanteil, wenn der Zugriff darauf über den Telemedizin Hub erfolgt.

Ergänzende Medizin

Therapeutische und diagnostische Behandlungsweisen, die außerhalb der traditionellen westlichen Schulmedizin angewandt werden. Bitte lesen Sie in Ihrer Tariflichen Leistungszusage nach, ob eine der folgenden Behandlungen von Ihrem Versicherungsschutz umfasst wird: Chiropraktische Behandlung, Osteopathie, Traditionelle Chinesische Medizin (chinesische Kräuterpräparate ausgeschlossen), Homöopathie, Akupunktur und medizinische Fußpflege, von einem anerkannten Therapeuten praktiziert. Sofern vorhanden, werden auch Beratungskosten im Rahmen dieser Leistung übernommen. Nach jeweils vier Sitzungen muss Ihr Therapeut einen Fortschrittsbericht und einen Behandlungsplan für Ihre behandelte Erkrankung vorlegen.

Ernährungsberaterkosten

Kosten für eine Ernährungsberatung durch einen medizinischen Experten, der in dem Land, in dem die Behandlung erfolgt, registriert und zur Ausübung seines Berufs berechtigt ist. Falls versichert, erstreckt sich der Versicherungsschutz ausschließlich auf diagnostizierte, erstattungsfähige Erkrankungen.

Facharzt

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.

Facharztkosten

Kosten für außer-chirurgische Behandlungen, die von einem zugelassenen Facharzt durchgeführt oder überwacht werden. Diese Leistung umfasst keine Kosten für Psychiater, Psychologen oder Behandlungen, die bereits durch eine andere Leistung in Ihrer Tariflichen Leistungszusage versichert sind. Wir versichern keine Behandlungen durch Fachärzte, die in Ihrem Vertrag ausgeschlossen sind.

Fachkräfte für psychische Gesundheit

Zugelassene Fachkräfte, die im Gesundheits-, Beratungs- oder Sozialwesen tätig sind und Dienstleistungen zur Behandlung psychischer Erkrankungen anbieten.

Familienanamnese

Liegt dann vor, wenn bei einem Elternteil, einem Großeltern, einem Bruder, einer Schwester, einem Kind, einer Tante oder einem Onkel die betreffende Erkrankung bereits diagnostiziert wurde.

Familienmitglied

Ein/e Verwandte/r ersten Grades. Als Verwandte ersten Grades gelten Ehepartner, Eltern, Geschwister und Kinder, einschließlich Adoptiv-, Pflege- und Stiefkinder.

Geburtsnachsorge

Die medizinische Routineversorgung der Mutter nach der Geburt, bis zu sechs Wochen nach der Entbindung.

Geburtsvorsorge

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.

Gruppenversicherungsverantwortlicher

Der ernannte Vertreter des Unternehmens, der unsere Hauptansprechperson ist und uns bei allen Fragen bezüglich der Gruppentarifverwaltung wie Anmeldung, Einzug von Beiträgen und Verlängerung zur Seite steht.

Hauptversicherter Mitarbeiter

Der Mitarbeiter des Versicherungsnehmers (Unternehmen), wie im Versicherungsschein angegeben.

Häusliche Pflege oder Aufenthalt in einem Genesungsheim

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. Diese Leistung muss außerdem von unserem medizinischen Direktor genehmigt werden. Diese Leistung umfasst keine Aufenthalte in Kureinrichtungen, Kurzentren oder Sanatorien sowie palliativmedizinische Betreuung oder Langzeitpflege.

Hebammenkosten

Von Hebammen oder Geburtshelfern in Rechnung gestellten 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.

Heimatland

Das Herkunftsland der versicherten Person oder das Land, für das diese über einen gültigen Pass verfügt.

HIV oder AIDS-Behandlung

Eine Leistung, die Beratungen, Untersuchungen sowie stationäre und ambulante Behandlungen in Zusammenhang mit der Diagnose des Humanen Immundefizienz-Virus (HIV) oder Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) versichert. Der Versicherungsschutz ist als spezielle Leistung auf den in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegebenen Betrag begrenzt.

Hormonersatztherapie

Die Verwendung weiblicher Hormone zur Linderung von Symptomen, die sich durch die Einstellung der Funktion der Eierstöcke entwickeln, entweder zum Zeitpunkt der natürlichen Wechseljahre oder nach einem chirurgischen Eingriff zum Entfernen der Eierstöcke. Es sind Allgemeinmedizinerkosten, Facharztkosten und verschreibungspflichtige Arzneimittel versichert.

Impfungen

- Alle Grundimmunisierungen und Auffrischimpfungen, die gemäß den Vorschriften des Landes, in dem die Behandlung vorgenommen wird, oder Empfehlungen der Behörden (Gesundheitsministerium, Außenministerium) in der Schweiz oder dem Bestimmungsort der Reise erforderlich sind.
- Covid-19-Impfungen*, falls diese nicht kostenlos angeboten werden oder nur teilweise von der Regierung des Wohnsitzlandes übernommen werden
- Medizinisch notwendige Reiseimpfungen
- Malariaphylaxe
- Die Kosten des Arztbesuchs zur Verabreichung des Impfstoffes sowie die Kosten für den Impfstoff sind auch mitversichert.

*Covid-19-Impfungen sind in den folgenden Fällen versichert:

- Der Impfstoff hat den erforderlichen Entwicklungsprozess und klinischen Prüfungen bestanden, die vor einer Zulassung notwendig sind (Phase I, Phase II und Phase III), um die entsprechende Wirksamkeit und Sicherheit zu bestätigen.
- Der Impfstoff hat den mehrstufigen Zulassungsprozess bei der zuständigen Aufsichtsbehörde durchlaufen und ist für die Verwendung in der Gerichtsbarkeit zugelassen, in der er benötigt wird.
- Die Impfung wird nicht kostenlos angeboten bzw. nur teilweise von der Regierung des Wohnsitzlandes übernommen.

Wir übernehmen die angemessenen und üblichen Kosten für die Covid-19-Impfung in Übereinstimmung mit den lokalen Richtlinien des öffentlichen Gesundheitswesens in Bezug auf die Bereitstellung von Impfstoffen. Sollten Sie sich dazu entscheiden, für die Impfung in ein anderes Land als Ihr Wohnsitzland zu reisen, übernehmen wir nicht die Reisekosten. Hinweis:

Der Versicherungsschutz dient nicht dazu, Ihnen vorrangigen Zugang zu einer Impfung zu verschaffen.

Kieferorthopädie

Der Einsatz von Hilfsmitteln zur Korrektur von Fehlstellungen (Zahn- und Bissfehlstellungen).

Wir versichern nur kieferorthopädische Behandlungen, die den unten beschriebenen medizinisch notwendigen Kriterien entsprechen. Da die Kriterien sehr fachspezifisch sind, setzen Sie sich bitte vor Beginn der Behandlung mit uns in Verbindung, damit wir prüfen können, ob Ihre Behandlung diese Kriterien erfüllt.

Medizinische Notwendigkeit – Kriterien:

- Erhöhter Überbiss > 6 mm, aber $\leq$ 9 mm
- Umgekehrter Überbiss > 3,5 mm ohne Kau- oder Sprachschwierigkeiten
- Frontaler oder hinterer Kreuzbiss mit > 2 mm Diskrepanz zwischen der zurückgezogenen Kontaktposition und der Interkuspidation
- Starke Zahnfehlstellungen > 4
- Extreme laterale oder frontale offene Bisse > 4 mm
- Erhöhter und vollständiger Überbiss mit gingivalen oder palatinalen Traumata
- Weniger ausgedehnte Hypodontie, die eine prärestaurative Kieferorthopädie oder einen kieferorthopädischen Schließung von Lücken erfordert, um die Notwendigkeit einer Prothese zu vermeiden
- Hinterer linguale Kreuzbiss ohne funktionellen okklusalen Kontakt in einem oder mehreren bukkalen Segmenten
- Umgekehrter Überbiss > 1 mm, aber < 3,5 mm mit aufgezeichneten Kau- und Sprachschwierigkeiten
- Teilweise durchgebrochene Zähne, gekippt und gegen benachbarte Zähne geschlagen
- Vorhandene überzählige Zähne

Lassen Sie uns bitte unterstützende Informationen zukommen, um nachzuweisen, dass Ihre Behandlung medizinisch notwendig und daher durch Ihren Tarif abgedeckt 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.
- Ein 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 nur die Kosten für Standard-Zahnspangen aus Metall und/oder herausnehmbare Standard-Apparate. Wir übernehmen jedoch die Kosten für kosmetische Behandlungsgeräte wie Lingualspangen und unsichtbare Aligners bis zu der Höhe der Kosten von Zahnspangen aus Metall gemäß des maximalen Erstattungsbetrags für die Leistung „Kieferorthopädische Behandlungen“.

Kinderwunschbehandlung

Alle invasiven Untersuchungsverfahren zur Feststellung der Ursache der Unfruchtbarkeit, wie z. B. Hysterosalpingografie, Laparoskopie oder Hysteroskopie. Darin enthalten sind auch Behandlungen wie die InVitro-Fertilisation (IVF) bei diagnostizierten Fällen von Unfruchtbarkeit. Wir erstatten die Kosten für Behandlungen bei Unfruchtbarkeit für die versicherte Personen (die die Behandlung erhält) bis zum Höchstleistungsbetrag, wie in der Tariflichen Leistungszusage genannt. Für Kosten, die den Höchstleistungsbetrag überschreiten, können Sie keinen Anspruch auf Erstattung über einen versicherten Ehepartner/Partner geltend machen.

Alle nicht-invasiven Untersuchungsverfahren, die durchgeführt werden, um die Ursache der Unfruchtbarkeit festzustellen, sind im Rahmen der entsprechenden Höchstleistungsbeträge des Ambulanttarifs versichert (sofern für Sie zutreffend). Beispiele für Leistungen, die nicht-invasive Untersuchungsverfahren versichern, sind „Diagnostische Untersuchungen“, „Allgemeinmedizinerkosten“ und „Facharztkosten“.

Die stationäre Behandlung für Mehrlingsgeburten infolge medizinisch assistierter Fortpflanzung, alle Babys aus einer Leihmutterchaft sowie Adoptiv- und Pflegekinder, ist bis zu einem Höchstbetrag von CHF 39.000 pro Kind für die ersten drei Monate nach der Geburt versichert. Kosten für ambulante Behandlungen werden im Rahmen eines entsprechenden Ambulanttarifs erstattet.

Komplikationen bei der Entbindung

Medizinisch notwendige Kaiserschnitte, nachgeburtliche Blutungen und Plazentarückstände. Hierzu zählen Krankenhauskosten, Facharztgebühren und Hebammengebühren im Zusammenhang mit der Geburt. Für Kaiserschnitte, die medizinisch nicht notwendig sind, beachten Sie bitte die Definition „Reguläre Schwangerschaft“.

Komplikationen während der Schwangerschaft

Medizinisch notwendige Behandlung von Schwangerschaftsdiabetes, Präeklampsie, Totgeburt und Blasenmole, sofern sie mit der Gesundheit der Mutter während der vorgeburtlichen Phase der Schwangerschaft zusammenhängt. Bitte beachten Sie, dass im Falle einer Eileiterschwangerschaft, einer Fehlgeburt oder einer drohenden Fehlgeburt Versicherungsschutz im Rahmen der Leistungen außerhalb der Mutterschaftsleistungen gewährleistet ist. Andere Kosten, die im Rahmen der vorgeburtlichen Phase auftreten, sind durch die Leistung „Reguläre Schwangerschaft“ abgedeckt.

Kosten der Unterbringung im Krankenhaus für einen Elternteil, der ein versichertes Kind begleitet

Kosten für die Unterbringung eines Elternteils oder Erziehungsberechtigten 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.

Krankenhaus

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

Wenn Sie stationär aufgrund einer Erkrankung behandelt werden, die im Rahmen des Versicherungstarifs abgedeckt ist, aber für Sie gebührenfrei erfolgt. Dies ist der Fall, wenn die gesamten Kosten Ihres Krankenhausaufenthaltes vom Staat finanziert werden. Da Sie weder eine Rechnung erhalten noch einen Betrag an Ihren medizinischen Dienstleister zahlen, können Sie weder bei uns noch bei einem anderen Versicherer eine Erstattung beantragen, da Ihnen keine Kosten entstanden sind. In diesem Fall können Sie die Zahlung des Krankenhaustagegeldes beantragen, das auf den in der Tariflichen Leistungszusage angegebenen Betrag beschränkt ist und nach der Entlassung aus dem Krankenhaus bezahlt wird.

Krankheit

Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Als Geburtsgebrechen gelten diejenigen Krankheiten, die bei vollendeter Geburt bestehen (Definition gemäß ATSG, Artikel 3 „Krankheit“).

Krebsvorsorgeuntersuchungen

Früherkennung von Krankheiten sind Untersuchungen und Tests, die im angemessenen Alter und ohne das Vorhandensein von klinischen Symptomen durchgeführt werden. Um für diese Leistung versichert zu sein, muss die Vorsorgeuntersuchung in einer zugelassenen medizinischen Einrichtung oder unter Anleitung eines Arztes in einem angemessenen Rahmen und in Übereinstimmung mit den internationalen klinischen Behandlungsrichtlinien durchgeführt werden.

Langzeitpflege

Pflege über einen längeren Zeitraum nach vollständiger Beendigung der ersten Akut- oder Heilbehandlung. Gewöhnlich handelt es sich dabei um eine chronische Krankheit oder

Behinderung, die eine ununterbrochene/kontinuierliche medizinische Versorgung erfordert, oder wenn die Behandlungsmöglichkeiten auf die bestehende Pflegestufe beschränkt sind. Langzeitpflege kann zu Hause, in der Gemeinde, in einem Krankenhaus, in einer Langzeitpflegeeinrichtung oder einem Pflegeheim erteilt werden.

Lokaler Krankentransport

Krankentransport in das nächstgelegene verfügbare und geeignete Krankenhaus oder eine zugelassene medizinische Einrichtung bei einem Notfall oder einer medizinisch notwendigen Behandlung, wenn Sie für diese Behandlung versichert sind.

Medizinische Notwendigkeit

Medizinische Behandlungen, Leistungen oder Versorgung, die alle folgenden Anforderungen erfüllen:

- Erforderlich, um den Zustand, die Erkrankung oder Verletzung zu diagnostizieren oder zu behandeln.
- Stimmen mit Beschwerden, Diagnose und Behandlung der zugrunde liegenden Erkrankung überein.
- 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).
- Werden nicht aus Gründen der Bequemlichkeit oder des persönlichen Vorteils für Sie oder den behandelnden Arzt durchgeführt.
- Haben nachgewiesenen medizinischen Wert (dies gilt nicht für ergänzende Behandlungsmethoden, wenn sie Bestandteil Ihres Versicherungsschutzes sind).
- Sie die angemessenste Art und Stufe der medizinischen Versorgung darstellen.
- Werden in einer geeigneten Einrichtung und auf einem dem Krankheitszustand entsprechenden Versorgungsniveau erbracht.
- Sie nur über einen angemessenen Behandlungszeitraum hinweg erbracht werden.

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

Ein optionaler Tarif und in der Tariflichen Leistungszusage aufgeführt, 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. Bei nicht notfallmäßigen Behandlungen

besteht Versicherungsschutz nur dann, wenn die Leistung „Medizinische Überführung bei nicht notfallmäßigen Behandlungen“ in Ihrem Tarif enthalten ist und die erforderliche Behandlung, für die Sie versichert sind, vor Ort nicht verfügbar ist.

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 Überführung

Betrifft die folgenden Fälle:

- wenn die medizinisch notwendige Behandlung, für die Sie versichert sind, vor Ort nicht erhältlich ist.
- wenn im Notfall keine angemessen 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 sind. Falls Überführungen nicht durch uns organisiert werden, behalten wir uns das Recht vor, alle Kosten abzulehnen.

Medizinisch unterstützte Fortpflanzung

Eine Schwangerschaft, die aus einer Fruchtbarkeitsbehandlung hervorgeht, einschließlich Schwangerschaften, die durch Intrauterine Insemination, In-vitro-Fertilisation (IVF) oder andere Anwendungen der assistierten Reproduktion hervorgehen. Des Weiteren gilt dies auch für Schwangerschaften, die innerhalb eines Monats nach der Anwendung von Fruchtbarkeitsmedikamenten entstanden sind.

Neugeborenenpflege

Unterbringung des Neugeborenen und folgende notwendige Untersuchungen, Behandlungen und diagnostischen Tests nach der Geburt:

- Die üblichen Untersuchungen zur Beurteilung der Unversehrtheit und Grundfunktion der Organe und Skelettstrukturen des Kindes
- Eine Höruntersuchung
- Screeningtests für PKU, angeborene Hypothyreose und G6PD
- Vitamin K, Impfungen gegen Hepatitis B und BCG

Es besteht kein Versicherungsschutz für weitere vorbeugende diagnostische Untersuchungen wie Abstriche oder der Feststellung der Blutgruppe. 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). Für Mehrlingsgeburten, die als Ergebnis einer medizinisch unterstützten Reproduktion geboren wurden, alle durch Leihmutterchaft geborenen Babys, Adoptiv- und Pflegekinder, ist die stationäre Behandlung in den ersten drei Monaten nach der Geburt auf die Höchstgrenze von CHF 39.000 pro Kind beschränkt. Diese Höchstgrenze greift vor allen anderen Leistungen des Versicherungsschutzes. Kosten für ambulante Behandlungen werden innerhalb der Höchsterstattungsbeträge eines entsprechenden Ambulanttarifs erstattet.

Nicht risikogeprüfte Policen

Policen, bei denen wir die Versicherten nicht auffordern, bei Abschluss der Versicherung Angaben zu ihrem Gesundheitszustand zu machen, da ihre Krankengeschichte weder berücksichtigt noch bewertet wird. Vorerkrankungen sind vorbehaltlich der Leistungen, Bedingungen und Konditionen der Police abgedeckt.

Nicht verschriebene Physiotherapie

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.

Notfall

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 versicherten Geltungsbereichs

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. Bitte informieren Sie Ihren Gruppenversicherungsverantwortlichen in Ihrem Unternehmen, wenn Sie Ihren versicherten Geltungsbereich für mehr als sechs Wochen verlassen sollten.

Okulomotorthherapie

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

Onkologie

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

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

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

Palliativmedizinische Versorgung

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. Bitte beachten Sie, dass Behandlungen in einem Spa oder Gesundheitszentrum nicht versichert sind.

Partner

Ein Partner oder eine Person, mit der Sie über einen ununterbrochenen Zeitraum von 12 Monaten in einer Lebensgemeinschaft (De-Facto-Beziehung) leben.

Podologie

Medizinisch notwendige Behandlungen durch einen staatlich anerkannten Podologen.

Policen mit vollständiger medizinischer Risikoprüfung

Policen, bei denen wir die versicherten Personen bei der Antragstellung um detaillierte Angaben zu ihrer Krankengeschichte bitten. Bevor wir den Versicherungsschutz bestätigen, beurteilen wir die Krankengeschichte, um die Art des Versicherungsrisikos zu bestimmen: Basierend auf dem Versicherungsrisiko können wir den Versicherungsschutz unter Ausschluss bestimmter Leistungen und/oder Beitragszuschläge bestätigen. Der Versicherungsschutz für Vorerkrankungen unterliegt den von unserem Risikoprüfungsteam angebotenen Bedingungen und wird durch unsere Leistungen und allgemeinen Geschäftsbedingungen geregelt.

Präventive Behandlungen

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

Präventive Operationen

Vorbeugende Mastektomie oder vorbeugende Oophorektomie. Wir werden präventive Operationen bezahlen, wenn:

- bei Ihnen eine Familienanamnese hinsichtlich einer Krankheit besteht, die Teil eines erblichen Krebskrankheitsbild (wie beispielsweise Brustkrebs oder Eierstockkrebs) ist, und
- Gentests das Vorhandensein eines erblichen Krebskrankheitsbildes feststellten.

Profisport

Jede sportliche Aktivität, die Sie ausüben und aus der Sie ein Gehalt beziehen oder eine andere wirtschaftliche Entschädigung erhalten.

Psychiatrie und Psychotherapie

Die Behandlung von psychischen Erkrankungen, Verhaltens- und Persönlichkeitsstörungen, einschließlich Krankheiten des autistischen Formenkreises und Essstörungen. Die Behandlung muss durch Psychiater, klinische Psychologen oder zugelassene Psychotherapeuten erfolgen. Die Erkrankung muss klinisch signifikant und die Behandlung medizinisch notwendig sein. Jegliche stationäre oder teilstationäre Aufnahme muss die verschriebenen Arzneimittel für diese Erkrankung beinhalten. Eine ambulante psychotherapeutische Behandlung (falls versichert) muss von einem Arzt verschrieben werden und ist zunächst auf zehn Sitzungen pro erstellter Diagnose begrenzt. Nach jeweils zehn Sitzungen muss ein Psychiater den Erfolg der Behandlung überprüfen. Sollten Sie weitere Sitzungen brauchen, muss uns ein neuer Behandlungsbericht vorgelegt werden, in dem die Diagnose und die medizinische Notwendigkeit einer Weiterbehandlung dargelegt wird.

Eine Beratung ist über unser Mitarbeiter-Unterstützungs-Programm verfügbar, bezieht sich auf das kurzfristige, lösungsorientierte Eingreifen und befasst sich typischerweise mit aktuellen Problemen, die auf der Bewusstseins-ebene leicht gelöst werden können. Dieser Service ist nicht für andauernde Situationen oder die Behandlung klinischer Störungen gedacht und nicht für Minderjährige unter dem gesetzlichen Mindestalter geeignet.

Über das Mitarbeiter-Unterstützungs-Programm können wir Sie und Ihre direkten Familienangehörigen dabei unterstützen, Stress, Trauer sowie Isolation und Einsamkeit zu bewältigen und Herausforderungen am Arbeitsplatz, Schwierigkeiten in Beziehungen und kulturelle Veränderungen zu meistern. Bitte beachten Sie, dass das Mitarbeiter-Unterstützungs-Programm keine Gruppentherapie, wie z. B. Familientherapie, umfasst.

Reguläre Schwangerschaft

Medizinisch notwendige Kosten für die standardmäßige Routineversorgung bei Schwangerschaft und Entbindung. Diese umfassen Krankenhauskosten, Facharztkosten, Geburtsvorsorge und Geburtsnachsorge der Mutter, Kosten für die Hebamme (nur während der Entbindung) sowie für die Neugeborenenpflege (siehe Definition für "Neugeborenenpflege" für weitere Informationen zu was im Rahmen dieser Leistung mitversichert ist, sowie zu stationären Höchstleistungsbeträgen für Adoptiv- und Pflegekinder, alle Babys aus einer Leihmutter- und Mehrlingsgeburten, die infolge einer medizinisch assistierten Fortpflanzung geboren wurden).

Bitte beachten Sie, dass 3D- und 4D-Ultraschalluntersuchungen nur bis zur Höhe der Kosten einer 2D-Untersuchung übernommen werden.

Kaiserschnitte, die nicht medizinisch notwendig sind, werden bis zu den Kosten für eine reguläre Entbindung in selben Krankenhaus versichert, im Rahmen der Höchstleistungsbeträge der Leistung "Reguläre Schwangerschaft". 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 Leistungsusage angegebenen Betrag, falls Ihr Tarif eine Hausentbindung umfasst.

Rehabilitationsmaßnahmen

Eine Kombination aus Physio-, Beschäftigungs- und Sprachtherapie. Ziel ist die Wiederherstellung der normalen Form 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. Wir übernehmen die Kosten für die stationäre oder teilstationäre Unterbringung nur, wenn die Aufnahme in eine Rehabilitationseinrichtung von Ihrem Arzt beantragt und von uns genehmigt wurde.

Reisekosten für eine Begleitperson im Falle einer medizinischen Überführung/eines Rücktransports

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 Rücktransport begonnen hat (in der Economy-Klasse). Diese Kosten sind nur dann versichert, wenn die damit verbundene Leistung „Medizinische Überführung“ / „Medizinischer Rücktransport“ in Ihrem Tarif enthalten ist. Der Versicherungsschutz umfasst keine Kosten für Hotelübernachtungen sowie andere zugehörige Kosten.

Reisekosten für versicherte Familienmitglieder im Falle einer Überführung/eines Rücktransports

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.

Diese Kosten sind nur dann versichert, wenn die damit verbundene Leistung „Medizinische Überführung“ / „Medizinischer Rücktransport“ in Ihrem Tarif enthalten ist. Der Versicherungsschutz umfasst keine Unterbringung im Hotel oder andere damit verbundene Kosten.

Reisekosten für versicherte Familienmitglieder im Falle einer Überführung der sterblichen Überreste

Angemessene Reisekosten in das Land der Bestattung des Verstorbenen für alle versicherten Familienmitglieder, die zusammen mit dem verstorbenen Versicherten im Ausland gewohnt haben. Als angemessene Transportkosten gelten Kosten für Hin- und Rücktransport in der Economy-Klasse. Der Versicherungsschutz umfasst keine Unterbringung im Hotel oder andere damit verbundene Kosten.

Reisekosten für Versicherte, die einen in Lebensgefahr schwebenden oder einen verstorbenen nahen Verwandten begleiten

Angemessene Reisekosten für versicherte Familienmitglieder, um einen nahen Verwandten, der in Lebensgefahr schwebt oder verstorben ist, zu begleiten (bis zu dem in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegebenen Betrag). Der Versicherungsschutz umfasst eine Hin- und

Rückreise pro Versichertem, pro Versicherungsjahr. Im Falle des Ablebens eines nahen Verwandten muss die Reise innerhalb von sechs Wochen nach dem Sterbedatum beginnen.

Als naher Verwandter gilt Ehegatte/Lebenspartner, Eltern (einschließlich Adoptiveltern), Stiefeltern, Erziehungsberechtigter, Schwiegereltern, Bruder oder Schwester (einschließlich Stiefbruder/Stiefschwester und Schwager/Schwägerin), Kind (einschließlich Adoptivkind, Pflegekind oder Stiefkind), Schwiegersohn oder -tochter, Großeltern oder Enkel.

Als angemessene Transportkosten gelten Kosten für Hin- und Rücktransport in der Economy-Klasse. Bitte fügen Sie Ihrem Erstattungsantrag Kopien der Reisetickets, der Sterbeurkunde oder eine ärztliche Bescheinigung bei, die den Grund für die Reise belegen. Wir decken einen Erstattungsanspruch pro Versicherungslaufzeit ab. Der Versicherungsschutz umfasst keine Unterbringung im Hotel oder andere damit verbundene Kosten.

Rücktransport im Todesfall

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.

Schwangerschaft

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

Selbstbeteiligung

Der Kostenanteil, der von Ihnen zu zahlen ist und der von der Summe, die von uns zu zahlen ist, abgezogen wird. Sofern Selbstbeteiligungen bestehen, gelten sie pro Versicherten und pro Versicherungsjahr, sofern nicht anderweitig in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegeben.

Sie/Ihr

Die Person, die für das Unternehmen arbeitet und jegliche Angehörigen, die im Versicherungsschein genannt werden.

Sprachtherapie

Maßnahmen eines 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).

Stationäre Behandlungen

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

Stationäre zahnärztliche Notfallbehandlung

Eine zahnärztliche Notfallbehandlung zur Linderung von Schmerzen 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.

Teilstationäre Behandlung

Eine geplante Behandlung, die 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

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.

Unfall

Plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äußeren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Definition gemäß ATSG, Artikel 4 „Unfall“).

Unterbringung im Krankenhaus

Standardunterbringung in einem Ein-, Zwei- oder Mehrbettzimmer, wie in der Tariflichen Leistungszusage vereinbart. Wir übernehmen die Kosten für Ihre Unterbringung im Krankenhaus und alle erstattungsfähigen stationären/teilstationären Behandlungen und Dienstleistungen, die Sie während der Nutzung des Zimmers benötigen (bis zu den angemessenen und üblichen Sätzen, die für den in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegebenen Zimmertyp gelten). Deluxe- und Executive-Zimmer sowie Suites sind nicht versichert.

Wir übernehmen und erstatten keine nichtmedizinischen oder persönlichen Ausgaben, die separat zu den Kosten für die Unterbringung im Krankenhaus berechnet werden, wie z. B. Telefonate oder Zeitungen. Wenn die Mahlzeiten nicht in den Kosten für die Unterbringung im Krankenhaus enthalten sind, übernehmen wir nur bis zu maximal drei vollwertigen Mahlzeiten pro Tag. Als vollwertige Mahlzeit betrachten wir eine Mahlzeit mit Vorspeise, einem Hauptgericht, einem Dessert und einem Getränk.

Bitte beachten Sie, dass in Fällen, in denen Ihre Einweisung ins Krankenhaus mit einer anderen Leistung zusammenhängt, die durch Ihren Tarif abgedeckt ist, die Unterbringung im Krankenhaus möglicherweise bereits in ebenjener Leistung enthalten ist: Wenn Sie z. B. wegen einer Krebsbehandlung ins Krankenhaus eingeliefert werden, fällt die Unterbringung im Krankenhaus unter die Leistung „Onkologie“ und nicht unter die separate Leistung „Unterbringung im Krankenhaus“. Weitere Beispiele für Leistungen (sofern in Ihrem Tarif enthalten), die bereits die Unterbringung im Krankenhaus einschließen, sind: „Psychiatrie und Psychotherapie“, „Reguläre Schwangerschaft“, „Palliativmedizinische Betreuung“ und „Langzeitpflege“. Wenn Ihre Leistung die Krankenhausunterbringung umfasst, beachten Sie bitte, dass der Zimmertyp für „Unterbringung im Krankenhaus“ (wie in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegeben) auch für diese Leistung gilt. Um beim obigen Beispiel zu bleiben: Wenn Ihre Leistung „Unterbringung im Krankenhaus“ die Unterbringung in einem Zweibettzimmer abdeckt und Sie wegen einer Krebsbehandlung im Krankenhaus sind, umfasst Ihre Leistung „Onkologie“ ebenfalls nur die Unterbringung in einem Zweibettzimmer.

Wenn der in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegebene Zimmertyp im Krankenhaus nicht verfügbar ist oder Sie einen höherwertigen Zimmertyp wählen, erstatten wir Ihre Unterbringung (sowie alle damit verbundenen stationären und teilstationären Behandlungen und Leistungen) bis zu den angemessenen und üblichen Sätzen, die für den Zimmertyp in Ihrer Tariflichen Leistungszusage gelten.

Unternehmen

Ihr Arbeitgeber, wie in der Unternehmensvereinbarung genannt.

Unternehmensvereinbarung

Die Vereinbarung, die wir mit Ihrem Unternehmen haben, durch die Sie und Ihre Familienangehörigen bei uns versichert sind. Die Vereinbarung regelt, wer versicherbar ist, wann der Versicherungsschutz beginnt, wie er erneuert wird und wie die Beiträge bezahlt werden.

Verschreibungspflichtige Arzneimittel

Arzneimittel, die Sie nicht ohne ärztliches Rezept kaufen können und die eine bestätigte Diagnose oder Krankheit behandeln oder einen Mangel an lebenswichtige 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. Sie können Erstattungen für verschreibungspflichtige Arzneimittel für eine Versorgung von bis zu drei Monaten ab dem Datum des Rezepts geltend machen, je nach Restlaufzeit der Versicherung.

Verschriebene Arzneimittel und Verbände

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

- um eine vorliegenden Diagnose oder Krankheit zu behandeln.

- als Ersatz für lebenswichtige Körpersubstanzen.

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 ohne ärztliches Rezept im jeweiligen Land kaufen können, ist für die Erstattung der Kosten ein Rezept nötig. Sie können Erstattungen für verschreibungspflichtige Arzneimittel und Wundverbände für eine Versorgung von bis zu drei Monaten ab dem Datum des Rezepts geltend machen, je nach Restlaufzeit der Versicherung.

Verschriebene Brillen und Kontaktlinsen einschließlich Augenuntersuchungen

Versicherungsschutz für eine Augenuntersuchung pro Versicherungsjahr durch einen Augenoptiker oder Augenarzt sowie den Versicherungsschutz für Kontaktlinsen oder Brillen zur Korrektur der Sehfähigkeit.

Verschriebene medizinische Hilfsmittel

Verschriebene, medizinisch notwendige Geräte, die beeinträchtigte Körperfunktionen ersetzen, erleichtern oder ergänzen und Versicherte in körperlichen Funktionen im Alltag so weit wie möglich 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 wie ein elektronischer Kehlkopf.
- Medizinische Kompressionsstrümpfe.
- Hilfsmittel zur langfristigen Wundversorgung wie Verbände und Stoma-Verbrauchsmaterial.

Kosten für medizinische Hilfsmittel, die bei der palliativmedizinischen Betreuung oder Langzeitpflege verwendet werden, werden nicht übernommen.

Verschriebene Physiotherapie

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 Therapeut oder Arzt, der die Überweisung veranlasst hat, die Behandlung überprüfen. Sollten weitere Sitzungen notwendig sein, muss uns Ihr Therapeut oder Arzt einen Fortschrittsbericht und einen neuen Behandlungsbericht vorlegen. In diesen muss die medizinische Notwendigkeit einer Weiterbehandlung dargelegt werden. Dieser Vorgang muss nach jeweils 12 Sitzungen wieder wiederholt werden.

Physiotherapie umfasst keine Therapien wie Rolfing, Massage, Pilates, Fango und Milta.

Versicherer

AWP P&C S.A., Saint-Ouen (Paris) über die Schweizer Niederlassung in Wallisellen.

Versicherungsjahr

Gilt ab dem Datum des Versicherungsbeginns, das auf der Versicherungspolice angegeben ist und endet immer am 31. Dezember.

Versicherungsnehmer

Der Versicherungsnehmer ist der Arbeitgeber des hauptversicherten Arbeitnehmers, der mit dem Versicherer eine Unternehmensvereinbarung abgeschlossen hat. Der Versicherungsnehmer wird auch als Unternehmen bezeichnet.

Versicherte Person

Sie und Ihre Familienangehörigen, wie im Versicherungsschein aufgeführt.

Versicherungsschein

Das Dokument, das die Einzelheiten Ihres Versicherungsschutzes angibt und von uns ausgestellt wird. Er bestätigt, dass Ihr Unternehmen eine Gruppenversicherungspolice bei uns hat.

Videoberatungsservices

Ein über unseren TeleHealth/Telemedizin Hub zugänglicher Dienst, der über eine Telekommunikationsplattform direkten Zugang zu einem Arzt bietet. Diese Leistung versichert die Kosten für Videoberatungen, wie in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegeben, und bietet einen ärztlichen Rat, eine Diagnose und das Ausstellen eines Rezepts (sofern erforderlich) bei nicht dringenden medizinischen Anliegen. Der Zugang zu Teleberatungs-Services und Rezepten ist abhängig von Ihrem geografischen Standort und den lokalen landesspezifischen Regelungen. Sie können einen Termin vereinbaren, um mit einem englischsprachigen Arzt zu sprechen, sofern verfügbar. Einige Drittanbieter bieten zusätzliche Sprachen an. Die Kosten für Arzneimittel sind darin nicht enthalten. Die Lieferung von Medikamenten oder Überweisungen können, müssen aber nicht in dieser Leistung enthalten sein, selbst wenn Sie während der Videoberatung verschrieben oder empfohlen wurden.

Die Leistung „Videoberatungsservices“ greift nicht, wenn die Videoberatung außerhalb unseres TeleHealth/Telemedizin Hubs in Anspruch genommen wurde. Es gelten dieselben Bedingungen, die gelten würden, wenn die Beratung persönlich in Präsenz stattgefunden hätte.

Vorerkrankungen

Krankheiten, für die im Laufe Ihres Lebens oder das Ihrer Angehörigen ein oder mehrere Symptome aufgetreten sind und die auf dem Antragsformular angegeben sind (Art. 4 und 5 VVG). 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 können, 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. Sollten sie nicht angegeben worden sein, werden sie nicht mitversichert und Ihre Police kann gekündigt werden (Art. 6 und Art. 98 VVG). Entnehmen Sie bitte den Anmerkungen zu Ihrer Tariflichen Leistungszusage, ob Vorerkrankungen versichert sind.

Vorsorgeuntersuchungen, einschl. Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten

Routinemäßige Untersuchungen und Tests, die im angemessenen Alter und ohne das Vorhandensein von klinischen Symptomen durchgeführt werden. Um für diese Leistung versichert zu sein, muss die Vorsorgeuntersuchung in einer zugelassenen medizinischen Einrichtung oder unter Anleitung eines Arztes in einem angemessenen Rahmen und in Übereinstimmung mit den internationalen klinischen Behandlungsrichtlinien durchgeführt werden. Wir erstatten keine übermäßigen oder unnötigen Untersuchungen wie Ganzkörper-Ultraschall, MRT oder CT-Scans.

VVG

Das Versicherungsvertragsgesetz in der Schweiz.

Wartezeit

Zeitraum ab Versicherungsbeginn (bzw. ab dem Gültigkeitsdatum, falls Sie Angehöriger sind), in dem für bestimmte Leistungen noch kein Versicherungsschutz besteht. Entnehmen Sie bitte Ihrer Tariflichen Leistungszusage, für welche Leistungen eine Wartezeit besteht. Die Wartezeit entfällt, wenn Sie eine nicht-risikoprüfte Police haben.

Wir/unser/uns

AWP P&C S.A., Saint-Ouen (Paris) über die Schweizer Niederlassung in Wallisellen.

Wohnsitz

Der Wohnsitz einer Person befindet sich an dem Ort, an dem sie sich mit der Absicht eines dauerhaften Verbleibens aufhält und wird nach dem Schweizerischen Zivilgesetzbuch (Artikel 23–26, SR 210) bestimmt.

Zahnarzt

Eine Person, die:

- durch den Besuch einer zahnmedizinischen und/oder medizinischen Hochschule einen Abschluss in Zahnmedizin und/oder Zahnchirurgie erworben hat, und diese Hochschule von einem einschlägigen akkreditierten Berufsverband anerkannt ist, und

- die Person von der zuständigen Behörde zugelassen ist, Zahnmedizin und/oder Zahnchirurgie in dem Land zu praktizieren, in dem die Behandlung erfolgt.

Zahnärztliche Parodontalbehandlung

Zahnbehandlungen im Zusammenhang mit Zahnfleischerkrankungen.

Zahnbehandlungen

Routinemäßige, präventive und wiederherstellende Zahnbehandlungen, einschließlich, aber nicht beschränkt auf Routineuntersuchungen, routinemäßige Zahnsteinentfernung und -politur, einfache Füllungen bei Karies, Wurzelbehandlungen, einfache Extraktionen und verschreibungspflichtige zahnärztliche Arzneimittel.

Die Behandlung von Kiefergelenkerkrankungen (mit Ausnahme von Zahnschienen und kieferorthopädischen Behandlungen), Frakturen des Gesichtsknochens, angeborenen Kieferfehlbildungen, Speicheldrüsenerkrankungen und Tumoren ist im Rahmen der jeweiligen Leistungsgrenzen des Haupttarifs und des Ambulanttarifs (sofern Sie einen solchen abgeschlossen haben) versichert.

Zähne betreffende verschreibungspflichtige Arzneimittel

Arzneimittel oder Medikamente, die von einem Zahnarzt zur Behandlung einer Entzündung oder Infektion der Zähne 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.

Zahnersatz

Kronen, Inlays, Onlays, adhäsive Rekonstruktionen, Brücken, Zahnprothesen und Implantate sowie alle in diesem Zusammenhang erforderlichen und ergänzenden zahnärztlichen Maßnahmen. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf medizinisch notwendige Bisschienen, sofern sie nicht mit Bruxismus oder dem Schutz vor Stoß- oder Aufprallverletzungen zusammenhängen.

Zahnimplantate

Prothesen, die mit dem Kiefer- oder Schädelknochen verbunden sind, um einen Zahnersatz wie eine Krone, Brücke oder Zahnprothese zu tragen, sowie die damit verbundene chirurgische Behandlung. Reichen Sie mit Ihrem Erstattungsantrag für Zahnimplantate gleichzeitig auch Röntgenaufnahmen von vor und von nach der Behandlung ein.

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 Versicherungsschein anderes angegeben.

ABSICHTLICH HERBEIGEFÜHRTE KRANKHEITEN UND SELBST VERURSACHTE VERLETZUNGEN

Pflege und/oder Behandlungen und Leistungen für 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 IN DEN USA IN DEN FOLGENDEN FÄLLEN

Behandlungen oder in den USA erbrachte Leistungen, 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.
- bevor Sie die USA in Ihren versicherten Geltungsbereich aufgenommen haben.

Sollten wir Erstattungen aufgrund solcher Gegebenheiten bezahlt haben, behalten wir uns das Recht vor, eine Erstattung für bereits bezahlte Leistungen von Ihnen zurück 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

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

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). Bei grob fahrlässiger oder absichtlicher Herbeiführung eines Unfalls, insbesondere bei missbräuchlichem Konsum von Alkohol und anderen Drogen, können Leistungen gekürzt oder in schwerwiegenden Fällen verweigert werden.

ENTWICKLUNGSSTÖRUNGEN

Betrifft Verzögerungen der kognitiven Entwicklung, es sei denn, die Person erfüllt die Kriterien einer Entwicklungsstörung und ebenjene Leistung ist in Ihrer Police enthalten. Körperliche Entwicklungsverzögerungen sind nur im Rahmen der Leistungen „Verschiebene Physiotherapie“ und „Beschäftigungstherapie“ versichert, sofern diese in Ihrem Tarif enthalten sind und die Verzögerung mindestens 12 Monate beträgt. Diese Einschätzung beruht auf quantitative Messungen, die von qualifiziertem medizinischem Fachpersonal aufgenommen und dokumentiert wurden. Wir übernehmen keine Kosten für eine tägliche pädagogische Betreuung, die Aufnahme, den Aufenthalt oder die teilstationäre Behandlung in speziellen pädagogischen Einrichtungen.

ERGÄNZENDE MEDIZIN

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.

FAMILIENTHERAPEUTEN 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

Geburtsvorsorge und Geburtsnachbereitungskurse.

GENETISCHE TESTS

Genetische Tests, außer:

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

GESCHLECHTSDYSPHORIE

Versorgung und/oder Behandlung oder Leistungen bei Geschlechtsdysphorie.

GEWICHTSBEZOGENE BEHANDLUNGEN UND LEISTUNGEN

Behandlungen und Leistungen zur Gewichtskontrolle, einschließlich bariatrischer Chirurgie, Medikamenten (sofern nicht zur Behandlung eines bestehenden Typ-2-Diabetes indiziert), Nahrungsergänzungsmitteln, Mitgliedschaften in Fitnessstudios, Diätprogrammen und stationären Programmen für Essstörungen.

HAARVERLUST UND HAARERSATZ

Untersuchungen und Behandlungen von Haarverlust sowie Haarersatz, 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.

HYGIENEPRODUKTE UND NAHRUNGSERGÄNZUNGSMITTEL

Die folgenden Produkte sind nicht versichert, auch wenn sie verschrieben, medizinisch empfohlen und/oder als therapeutisch wirksam anerkannt sind:

- Körperpflegeprodukte wie Mundwasser, Zahnpasta, antiseptische Lutschtabletten und Sprays, Shampoo, Sonnenschutzmittel, Desinfektionsmittel, Handschuhe, Masken, Visiere, Thermometer und Babyartikel
- Kosmetische Produkte, einschließlich Feuchtigkeitscremes, Emulsionen, Lotionen, Gele und Öle für die Haut, die keine medizinischen Wirkstoffe enthalten
- Kindernahrung, einschließlich oral verabreichter Säuglingsnahrung

Die Kosten für Vitamine, Mineralstoffe und Nahrungsergänzungsmittel (einschließlich Diätmittel und Kräuterpräparate) werden nicht übernommen, außer

- wenn sie verschrieben werden:
 - während der Schwangerschaft, wenn dies in Übereinstimmung mit den medizinischen Richtlinien erforderlich ist
 - während einer Krebsbehandlung, wenn dies gemäß den medizinischen Leitlinien erforderlich ist
 - zur Behandlung diagnostizierter Mangelerscheinungen

KINDERWUNSCHBEHANDLUNG

Behandlungen bei Kinderwunsch, einschließlich medizinisch assistierter Fortpflanzung oder Behandlung aller daraus resultierenden medizinischen Probleme, es sei denn, Ihr Versicherungsschutz schließt die spezifisch aufgeführte Leistung „Kinderwunschbehandlung“ 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 Höchstleistungsbetrag des Ambulanttarifs mitversichert.

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.

KOSMETISCHE BEHANDLUNGEN

Jegliche kosmetische Behandlung, selbst wenn medizinisch verschrieben. Hierzu

zählen auch Behandlungen durch einen plastischen Chirurgen, unabhängig davon, ob sie medizinischen/psychologischen Zwecken dienen oder nicht. Es gelten folgende Ausnahmen:

- Rekonstruktive Operationen zur Wiederherstellung der Funktion oder der äußeren Erscheinung nach einem entstellenden Unfall oder im Rahmen einer chirurgischen Behandlung im Zusammenhang mit einer Krebserkrankung, vorausgesetzt, die Unfallbehandlung oder die Erstoperation waren ebenfalls von dieser Police abgedeckt.
- Geschlechtsangleichende Verfahren und Operationen, wenn Sie die Kriterien für eine geschlechtsangleichende Behandlung erfüllen und die Leistung in Ihrer Police enthalten ist.

KUNSTFEHLER

Behandlungen, die aufgrund eines Kunstfehlers erforderlich werden.

LASERAUGENKORREKTUR

Behandlungen zur Änderung der Refraktion an einem oder beiden Augen (Laseraugenkorrektur).

LEIHMUTTERSCHAFT

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

NICHTBEACHTUNG EINES ÄRZTLICHEN RATS ODER DER NICHTKONSULTATION EINES ARZTES

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

ORTHOMOLEKULARE BEHANDLUNG

Bitte lesen Sie die Definition zu „Orthomolekulare Behandlung“.

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.

SCHIFF AUF SEE

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

SCHLAFSTÖRUNGEN

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

SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH

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

SPRACHTHERAPIE

Sprachtherapie, die im Zusammenhang mit Entwicklungsstörungen steht (außer die Person erfüllt die Kriterien für eine Entwicklungsstörung und die Leistung „Entwicklungsstörung“ ist in Ihrer Police eingeschlossen), Dyslexie, Dyspraxie oder expressive Sprachstörung.

STERILISIERUNG, SEXUELLE DYSFUNKTION UND VERHÜTUNG

Untersuchungen, Behandlungen und Folgeerscheinungen von:

- 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, es sei denn, sie werden aus medizinischen Gründen verschrieben, die nichts mit Verhütung zu tun haben.

SUCH-UND/ODER BERGUNGSEINSÄTZE

Erstattungsanträge im Zusammenhang mit Such- und/oder Bergungseinsätzen, z. B. an Land oder in den Bergen, um einen Versicherten zu finden und an einen sicheren Ort zurückzubringen. Bitte beachten Sie, dass im Falle einer medizinischen Überführung nur Maßnahmen versichert sind, die nach Abschluss der Such- und/oder Bergungseinsätze beginnen.

TEILNAHME AN EINEM KRIEG ODER ILLEGALEN AKTIVITÄTEN

Behandlungen oder Leistungen für 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
- Rechtswidrige Handlungen

- 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.

TRIPLE-/BART'S-, QUADRUPLE- ODER SPINA-BIFIDA-TESTS

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

VERLETZUNGEN BEI BERUFSSPORT

Behandlungen, Leistungen oder diagnostische Verfahren für Verletzungen, die ihren Ursprung in der Ausübung von Berufssport haben.

VORERKRANKUNGEN

Für risikogeprüfte Gruppen: Vorerkrankungen (einschließlich chronischer Vorerkrankungen) sind ausgeschlossen, 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.

ZAHNVENEERS

Zahnveneers und die damit verbundenen Maßnahmen

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:

- Zahnbehandlungen, chirurgisch zahnärztliche Eingriffe, zahnärztliche Parodontalbehandlung, kieferorthopädische Behandlungen und Zahnersatz
- Ernährungsberaterkosten

- Zahnärztliche Notfallbehandlung
- Reisekosten für eine Begleitperson im Falle einer/s medizinischen Überführung/Rücktransports
- Vorsorgeuntersuchungen, einschl. Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten
- Hausentbindungen
- Kinderwunschbehandlung
- Stationäre Psychiatrie und Psychotherapie
- Laseraugenkorrektur
- Medizinischer Rücktransport
- Organtransplantation
- Ambulante Psychiatrie und Psychotherapie
- Ambulante Behandlungen
- Verschriebene Brillen und Kontaktlinsen einschließlich Augenuntersuchungen
- Verschriebene medizinische Hilfsmittel
- Vorbeugende Behandlungen
- Rehabilitationsmaßnahmen
- Reguläre Schwangerschaft
- Reisekosten für versicherte Familienmitglieder im Falle einer Überführung/eines Rücktransports
- Reisekosten für versicherte Familienmitglieder im Falle einer Überführung der sterblichen Überreste
- Reisekosten für Versicherte, die einen in Lebensgefahr schwebenden oder einen verstorbenen nahen Verwandten begleiten
- Impfungen

Sprechen Sie mit uns, wir helfen Ihnen gerne weiter!

Falls Sie Fragen zu Ihrer Zusatzversicherung, Behandlungen außerhalb der Schweiz, Überführungen und Rücktransporte haben, nehmen Sie bitte mit uns Kontakt auf:

KPT (für Informationen und Unterstützung bei Behandlungen innerhalb der Schweiz):

Tel.: + 41 (0)58 310 98 25

Fax: + 41 (0)58 310 88 25

E-Mail: awc.member@kpt.ch

Adresse: **KPT, Team International
Allianz, Postfach, CH-3001 Bern**

Allianz (für Informationen und Unterstützung außerhalb der Schweiz):

24/7 Helpline: + 353 1 630 1302

Gebührenfreie Rufnummern: www.allianzcare.com/toll-free-numbers

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 Versicherungsnehmer (oder eine autorisierte Person) Änderungen am Versicherungsvertrag vornehmen kann. Anrufern werden Sicherheitsfragen gestellt, um deren Identität zu bestätigen.

E-Mail: client.services@e.allianz.com

Website: [Internationale Krankenversicherungstarife für die Schweiz](#)

Adresse: **Allianz, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Ireland**

Versicherer Ihrer VVG Versicherung ist AWP P&C S.A., Saint-Ouen (Paris), Niederlassung Wallisellen (Schweiz), die schweizerische Niederlassung von AWP P&C S.A., Saint-Ouen, Frankreich, eine Aktiengesellschaft nach französischem Recht. Registriert in Frankreich unter der Nr.: 519 490 080 RCS Paris. Schweizerische Niederlassung ist eingetragen im Handelsregister in Zürich, Registernummer: CHE-115.393.016, Adresse: Richtiplatz 1, 8304 Wallisellen, Schweiz.

KPT Krankenkasse AG, Wankdorfallee 3, CH-3000 Bern 22, registrierte BAG Nr. 376. KPT stellt Verwaltungsdienste innerhalb der Schweiz bereit.

AWP Health & Life SA, handelt durch ihre irische Niederlassung, ist eine Aktiengesellschaft nach französischem Recht. Registriert in Frankreich unter der 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. AWP Health & Life SA agiert als Rückversicherer der VVG Policen und bietet Verwaltungsdienste sowie technischen Support außerhalb der Schweiz.