

Versicherungshandbuch

Flexicare

Internationale Kurzzeit-Krankenversicherungstarife für Sie und Ihre Familie

Gültig ab 1. Juni 2026

Willkommen

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

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

Wir sind die internationale Krankenversicherungsmarke von Allianz Partners. Allianz Partners hat eine Reihe von Geschäftszweigen, darunter internationale Krankenversicherungen, Unterstützung, Automobil- und Reiseversicherungen.

AWP Health & Life SA unterliegt der Aufsicht durch die French Prudential Supervisory Authority in 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

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.

Inhalt

So nutzen Sie Ihren Versicherungsschutz.....	4
Unterstützungsservices.....	4
Wie funktioniert mein Versicherungsschutz?	9
Allgemeine Versicherungsbedingungen	20
Allgemeine Geschäftsbedingungen	20
Verwaltung Ihrer Police	21
Beitragszahlung.....	26
Weitere Bestimmungen für Ihren Versicherungsschutz.....	28
Datenschutz.....	32
Beschwerden und Mediationsverfahren	33
Definitionen.....	36
Ausschlüsse	48
Sprechen Sie mit uns, wir helfen Ihnen gerne weiter!.....	59

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!

Unsere mehrsprachige Helpline ist die ganze Woche rund um die Uhr erreichbar, um Fragen zu Ihrer Police zu beantworten oder Ihnen im Falle eines Notfalls weiterzuhelfen.

Helpline

Telefon: **+353 1 630 1302**



CHATTEN SIE MIT UNS

Eine Liste unserer aktuellen gebührenfreien Rufnummern finden Sie hier: www.allianzcare.com/de/pages/toll-free-numbers.html

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

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.

Webbasierte Services

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

- 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.

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.



EAP – Expat-Unterstützungs-Programm**

Wenn im Leben oder bei der Arbeit herausfordernde Situationen auftreten, bietet unser Expat-Unterstützungs-Programm Ihnen und Ihren Angehörigen 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.

Wenn Ihre Versicherung Zugang zum Expat-Unterstützungs-Programm vorsieht, können Sie so auf den Dienst zugreifen:

- Laden Sie die TELUS Health One-App aus dem App Store oder Google Play herunter und melden Sie sich mit den folgenden Zugangsdaten an:
Benutzername: AllianzCare
Passwort: Expatriate
- Alternativ können Sie das EAP-Portal auch über die Website aufrufen: www.allianzcare.com/eap-login



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.

Wenn Ihre Versicherung Zugang zu den Reisesicherheitsservices vorsieht, können Sie so auf den Dienst zugreifen:

- Laden Sie die Crisis24 Horizon-App aus dem App Store oder von Google Play herunter oder besuchen Sie die Website crisis24horizon.com/allianztravsec
- Registrieren Sie sich mit Ihrer E-Mail-Adresse und klicken Sie dann auf „Weiter“.
- Geben Sie Ihre Daten ein und fügen Sie als Member-ID ALLIANZTSS hinzu.

- Folgen Sie den Anweisungen in der E-Mail, um Ihr Passwort zurückzusetzen.
- Bei Fragen wenden Sie sich bitte an support@crisis24.com.

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 Leistungszusage 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.

Ist dieses Handbuch hilfreich?

Ihre Meinung ist uns wichtig! Hier klicken!



Wie funktioniert mein Versicherungsschutz?

Für was bin ich versichert?

Sie und Ihre Angehörigen sind gemäß Ihrer Tariflichen Leistungszusage für medizinisch notwendige Behandlungen und die damit verbundenen Kosten, Services oder Versorgungen, die im Zusammenhang mit einer Erkrankung oder Verschlechterung des Gesundheitszustands entstehen, versichert. Im Rahmen Ihrer Versicherung sind Sie für medizinische Behandlungen, Kosten, Dienstleistungen oder medizinischen Bedarf versichert:

- für die wir bestimmen, dass sie medizinisch notwendig und für den Gesundheitszustand, die Erkrankung oder die Verletzung des Patienten angemessen sind.
- die einen palliativen, heilenden und/oder diagnostischen Zweck haben.
- die von einem zugelassenen Arzt, Zahnarzt oder Therapeuten durchgeführt werden.

Ihr Versicherungsschutz unterliegt zudem:

- Den **Definitionen und Ausschlüssen** der Versicherung (diese sind auch in diesem Handbuch aufgelistet).
- Alle in Ihrem Versicherungsschein aufgeführten **Sondervereinbarungen**.
- Etwaigen **Policennachträgen**, den **allgemeinen Versicherungsbedingungen** sowie eventuellen **gesetzlichen Anforderungen**.
- 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. Eine Behandlung muss von einem zugelassenen Arzt, Zahnarzt oder Therapeuten oder unter dessen Aufsicht durchgeführt werden.

Hinweis: Vorerkrankungen sind im Rahmen dieser Police nicht versichert.

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 erstattungsberechtigte 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 Höchstbetrag, den wir insgesamt für alle im Tarif enthaltenen Leistungen pro Versicherten und Versicherungszeitraum, d. h. drei, sechs, neun oder zwölf Monate (je nach Ihrer Wahl), zahlen.

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

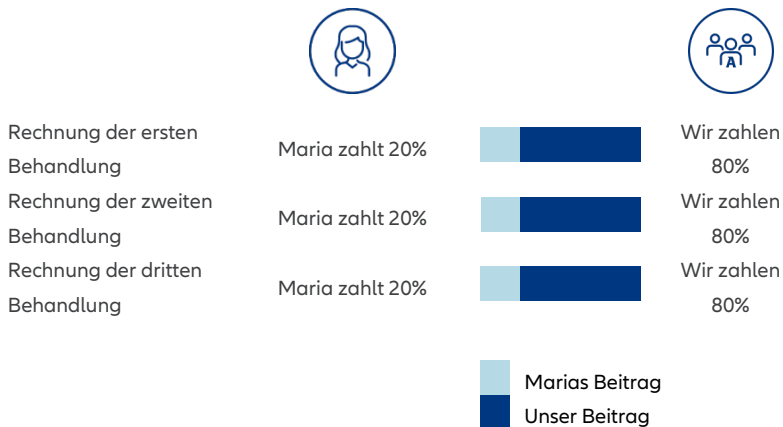
- Wenn der Begriff „Volle Erstattung“ neben der Leistung steht.
- Wenn ein bestimmter Erstattungsbetrag gilt – d.h. wenn die Leistung auf einen bestimmten Betrag begrenzt ist (z. B. 2.490 £ / 3.000 € / 4.050 US\$ / CHF 3.900).

Die Leistungshöchstbeträge gelten pro Versicherungszeitraum.

In manchen Fällen zahlen wir zusätzlich zum angegebenen Leistungshöchstbetrag nur einen bestimmten Prozentsatz der Kosten für die jeweilige Leistung (z. B. 80 % Erstattung, max. 300 €).

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 bis zum geltenden Leistungshöchstbetrag erstatten. Der gesamte von uns zu erstattende Betrag kann außerdem einem Höchsterstattungsbetrag unterliegen.



Behandlungen

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

Schritt 1. 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.

Schritt 2. Vergewissern Sie sich, ob Ihre Behandlung im Voraus genehmigt werden muss

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

Sofern wir nichts anderes vereinbaren, gilt Folgendes, Wenn Sie einen Erstattungsantrag einreichen, ohne dass Sie eine vorherige Kostenzusage eingeholt haben:

- 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.

Schritt 3. Greifen Sie auf das Netzwerk medizinischer Dienstleister zurück

Für Ihre Behandlung empfehlen wir Ihnen unser Netzwerk medizinischer Dienstleister, das Ihnen folgende Vorteile bietet:

1. Falls für Ihre Behandlung eine vorherige Kostenzusage nötig ist, kann der Netzwerkdienstleister diese unter Umständen in Ihrem Namen beantragen.
2. Für die meisten Behandlungen können Sie die Direktabrechnung nutzen.

Worum handelt es sich bei einer Direktabrechnung?

Eine Direktabrechnung ist, wenn wir Ihre erstattungsfähigen medizinischen Kosten direkt an Ihren medizinischen Dienstleister zahlen. Achtung: Es können dennoch Beträge anfallen, die sie zusätzlich noch selber bezahlen müssen, z.B. wenn Ihr Tarif Eigenanteile oder Selbstbeteiligung enthält oder wenn die Kosten der Behandlung oder Leistung die Erstattungsgrenze Ihres Tarifs überschreitet.

Was passiert, wenn für meine Behandlung keine Direktabrechnung möglich ist?

Nicht alle Behandlungskosten können per Direktabrechnung beglichen werden. Ihr Netzwerkdienstleister wird Sie darüber informieren, wenn keine Direktabrechnung möglich ist. In solchen Fällen bezahlen Sie Ihren medizinischen Dienstleister und reichen dann bei uns einen Erstattungsantrag ein (siehe Abschnitt „Rückerstattung Ihrer Kosten für ambulante, zahnärztliche und andere Behandlungen“).

Vorherige Kostenzusage einholen

Wenn Sie, wie in Schritt 2 beschrieben, sich vergewissert haben, dass Sie für die Behandlung eine vorherige Kostenzusage benötigen, und der medizinische Dienstleister diese nicht für Sie organisiert, gehen Sie bitte wie folgt vor:



Laden Sie das Kostenzusageformular von unserer Website herunter: <https://www.allianzcare.com/de/ressourcen.html>



Füllen Sie das Formular aus und senden Sie es uns **mindestens fünf Werktagen 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.



Senden Sie Ihr vollständig ausgefülltes Erstattungsformular zusammen mit der/den Rechnung(en)/Quittung(en) an claims@allianzworldwidedcare.com

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 medizinischen 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 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.

Zusätzliche Informationen zu Erstattungsanträgen

Medizinische Erstattungsanträge

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

- **Zeitraumen für Erstattungsanträge:** Reichen Sie bitte Ihre Erstattungsanträge spätestens sechs Monate nach Ablauf Ihres Versicherungszeitraums ein. Danach sind wir nicht mehr zur Erstattung verpflichtet.
- **Einreichen von Erstattungsanträgen:** Sie müssen für jede Person, die Ansprüche geltend macht, und für jede Erkrankung, einen separaten Erstattungsantrag einreichen.
- **Unterstützende Dokumente:** Bitte bewahren Sie die Originale auf, wenn Sie uns Kopien von Rechnungen (z. B. 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.
- **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 Alternativwahrung. 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.

- **Rück erstattung:** 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, haben wir das Recht, 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 erstattungsberechtigten Behandlung zurück erstattet.
- **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 Leistungen und Regelungen Ihrer Krankenversicherung beschrieben. Bitte lesen Sie diesen Teil des Handbuches mit Ihrem Versicherungsschein und Ihrer Tariflichen Leistungszusage.

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

- Dem **Versicherungshandbuch** (diesem Dokument), das die Leistungen und Regelungen Ihrer Krankenversicherung erklärt. Lesen Sie dieses bitte zusammen mit Ihrem Versicherungsschein und Ihrer Tariflichen Leistungszusage.
- Dem **Versicherungsschein**. Hier sind der gewählte Tarif bzw. die gewählten Tarife, das Anfangs- und Enddatum der Versicherung sowie der versicherte geografische Geltungsbereich angegeben. Sollten andere Bedingungen für Ihren Versicherungsschutz gelten, sind diese im Versicherungsschein angegeben. Die sind auch in einem Sondervereinbarungsformular aufgeführt, das wir Ihnen zusenden, bevor Ihr Versicherungsschutz bestätigt wurde. Wir senden Ihnen einen neuen Versicherungsschein, wenn wir Änderungen vornehmen, zu denen wir berechtigt sind.
- **Tariflichen Leistungszusage** In dieser werden die ausgewählten Tarife und die Ihnen zur Verfügung stehenden Leistungen angegeben sowie Informationen zu den Leistungen und Behandlungen, für die eine Kostenzusage eingeholt werden muss. Es werden außerdem die Leistungen bestätigt, für die bestimmte Höchsterstattungsbeträge, Wartezeiten, Selbstbeteiligungen und / oder Eigenanteile gelten.

- **Informationen, die uns vom oder im Namen der Versicherten** im unterzeichneten Antragsformular, im eingereichten Online-Antragsformular, in der Bestätigung des Gesundheitszustands oder in anderen Formularen angegeben wurden (nachfolgend werden alle diese als „relevantes Antragsformular“ bezeichnet) oder andere unterstützende medizinische Informationen.

Verwaltung Ihrer Police

Der Versicherungsschutz beginnt

... wenn Sie Ihren Versicherungsschein erhalten. Dies ist unsere Bestätigung, dass Ihr Versicherungsschutz beginnt. Sie finden dort das Datum des Versicherungsbeginns. Bitte beachten Sie, dass bis zur Zahlung des Versicherungsbeitrags keine Zahlungen zu Leistungen geltend gemacht werden können.

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 bestehen bleiben, so lange Sie Versicherungsnehmer sind und so lange wie Kinder innerhalb der definierten Altersbegrenzung für mitversicherte Angehörige bleiben. 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. Danach können sie einen eigenen Versicherungsschutz in einem unserer Krankenversicherungstarife für Einzelpersonen und Familien beantragen.

Tod des Versicherungsnehmers oder eines Familienangehörigen

Verstirbt der Versicherungsnehmer oder ein Familienangehöriger, informieren Sie uns bitte schriftlich innerhalb von 28 Tagen.

Verstirbt der Versicherungsnehmer, wird der Versicherungsvertrag beendet und der Beitrag des aktuellen Versicherungszeitraums wird anteilmäßig zurückgezahlt, falls keine Erstattungsanträge gestellt wurden. Wir können vor der Rückerstattung nach eine Sterbeurkunde fragen. Alternativ kann

auch der nächste im Versicherungsschein genannte Familienangehörige seine Aufnahme als Versicherungsnehmer beantragen und andere Familienangehörige mitversichern lassen. Wenn der Antrag innerhalb von 28 Tagen gestellt wird, können wir nach eigenem Ermessen darauf verzichten, zusätzlich Beschränkungen und Ausschlüssen in den Versicherungsvertrag aufzunehmen, als die, die zum Zeitpunkt des Todes des Versicherungsnehmer bereits gelten.

Sollte ein Familienangehöriger versterben, wird dieser aus dem Versicherungsvertrag genommen und es erfolgt eine anteilige Rückzahlung der Beiträge für das laufende Jahr für diesen Familienangehörigen, wenn keine Erstattungsanträge eingereicht wurden. Wir können vor der Rückerstattung nach eine Sterbeurkunde fragen.

Änderung des 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.

Setzen Sie sich mit uns in Verbindung, um zu prüfen, ob der Versicherungsschutz in dem Land, in das Sie umziehen, gültig ist:

individual.admin@e.allianz.com

Versicherungsschutz in manchen Ländern unterliegt lokalen Gesetzgebungen für Krankenversicherungen, insbesondere für Personen, die dort Ihren Wohnsitz haben. Sie müssen auf eigene Verantwortung sicherstellen, dass Ihre Krankenversicherung den gesetzlichen Anforderungen entspricht. Wenn Sie sich nicht sicher sind, sollten Sie sich unabhängigen rechtlichen Rat einholen, da es uns eventuell nicht mehr möglich sein wird, Ihnen Versicherungsschutz zu bieten. Unser Versicherungsschutz ist kein Ersatz für eine nationale Pflichtkrankenversicherung.

Änderungen Ihrer Adresse oder E-Mail-Adresse

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.

Verlängerung der Versicherung

Bitte beachten Sie, dass Ihre Versicherung (sowie die Ihrer im Versicherungsschein aufgeführten Angehörigen) mit Ablauf der bei der Antragstellung gewählten Versicherungsdauer (drei, sechs, neun oder zwölf Monate) endet.

Unsere Flexicare-Tarife werden nicht automatisch verlängert. Wenn Sie aber doch länger im Ausland bleiben als geplant, können Sie Ihre Flexicare-Versicherung via Online-Antrag um weitere 3, 6 oder 9 Monate verlängern.

Wenn Sie von Anfang an Flexicare für 12 Monate abgeschlossen haben, ist eine weitere Verlängerung des Tarifs nicht möglich. In einem solchen Fall empfehlen wir Ihnen einen Blick auf unsere Care-Tarife zu werfen. Diese wurden als längerfristige internationale Krankenversicherungen konzipiert.

Ihr Widerrufsrecht

Haben Sie Ihre Meinung geändert? Das ist in Ordnung! Sie und Ihre im Rahmen des Vertrags versicherten Angehörigen können die Versicherung widerrufen. Sie sind zu einer vollständigen Rückerstattung des bereits bezahlten Beitrags berechtigt, vorausgesetzt, es wurden keine Erstattungsansprüche geltend gemacht.

Sie können **innerhalb von 30 Tagen** ab dem Zeitpunkt widerrufen, an dem:

- Sie die vollständigen Versicherungsbedingungen erhalten haben, oder
- Sie den Versicherungsvertrag abgeschlossen haben (d. h. wenn Sie das Antragsformular unterzeichnen oder auf unserer Website bei Online-Abschluss auf die Schaltfläche „Akzeptieren“ klicken).

Es gilt der später liegende Zeitpunkt.

Nach Ablauf der 30-tägigen Frist ist der Versicherungsvertrag für beide Parteien bindend. Gleichzeitig wird der gesamte Beitrag für das ausgewählte Versicherungsjahr/den ausgewählten Versicherungszeitraum gemäß der von Ihnen gewählten Zahlungshäufigkeit fällig.

So widerrufen Sie

Am einfachsten ist der Widerruf **digital**:

- Besuchen Sie www.allianzcare.com/de/ressourcen/ihr-widerrufsrecht.html
- Klicken Sie auf „**Versicherung widerrufen**“.
- Reichen Sie Ihren Antrag auf Widerruf innerhalb der **30-Tage-Frist** ein.

Sobald Ihr Widerruf bearbeitet wurde, erhalten Sie eine schriftliche Bestätigung per E-Mail.

Alternativ zum oben beschriebenen digitalen Verfahren können Sie uns auch über die Kontaktdaten am Ende Ihres Versicherungshandbuchs kontaktieren und einen Widerruf beantragen. Bitte stellen Sie sicher, dass Sie dies innerhalb der oben genannten 30-Tage-Frist tun.

Gründe für die Beendigung Ihres Versicherungsschutzes

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

- Am Ende des Versicherungszeitraums, den Sie bei der Antragstellung gewählt haben (drei, sechs, neun oder zwölf Monate), da unsere Flexicare-Tarife nicht automatisch verlängert werden. Wenn Sie aber doch länger im Ausland bleiben, können Sie Ihre Flexicare-Versicherung via Online-Antrag um weitere **drei, sechs oder neun Monate** verlängern. Wenn Sie von Anfang an **Flexicare für zwölf Monate** abgeschlossen haben, ist eine weitere Verlängerung des Tarifs nicht möglich. In einem solchen Fall empfehlen wir Ihnen einen Blick auf unsere **Care-Tarife** zu werfen. Diese wurden als längerfristige internationale Krankenversicherungen konzipiert.
- Wenn Sie die Beiträge nicht spätestens zum Fälligkeitsdatum bezahlen.

- Wenn Sie etwaige Versicherungssteuern bzw. andere Steuern, Abgaben oder Gebühren, die laut Vertrag zu entrichten sind, nicht spätestens bis zum Fälligkeitsdatum bezahlen.
- Bei Ableben des Versicherungsnehmers. Weitere Informationen können Sie dem Abschnitt „Tod des Versicherungsnehmers oder eines Familienangehörigen“ entnehmen.
- Wenn hinreichende Beweise dafür vorliegen, dass der Versicherungsnehmer oder ein Angehöriger uns irreführt hat oder versucht hat, uns irreführen. Beispiele sind: Falsche Informationen genannt zu haben oder Tatsachen verschwiegen zu haben oder mit Ihrem Einverständnis von einem Dritten vorsätzlich oder fahrlässig falsche Angaben gemacht zu haben, die für die Beurteilung folgender Fragen wichtig gewesen wären:
 - Ob wir den Antrag auf Versicherungsschutz akzeptieren.
 - Der zu zahlende Beitrag.
 - Ob wir einen Erstattungsantrag bezahlen.

Weitere Informationen können Sie dem Abschnitt „Weitere Bestimmungen für Ihren Versicherungsschutz“ entnehmen.

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

Mit Ende Ihres Versicherungsschutzes endet ebenfalls der Versicherungsschutz für Ihre Familienangehörigen.

Ablauf der Versicherung

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

erstatten (z. B. für laufende Behandlungen), die nach Ablauf der Versicherung angefallen sind.

Beitragszahlung

Die Versicherungsbeiträge für jeden Versicherungszeitraum basiert auf dem Alter des jeweiligen Versicherten am ersten Tag des Versicherungszeitraums, dem geografischen Geltungsbereich, dem Aufenthaltsland des Versicherungsnehmers, der gültigen Versicherungsbeiträge und anderen Risikofaktoren, die eine wesentliche Auswirkung auf die Versicherung haben können.

Durch die Annahme des Versicherungsschutzes haben Sie sich einverstanden erklärt, den in Ihrem Angebot angegebenen Beitrag durch die angegebene Zahlungsmethode zu entrichten. Sie müssen Ihren Beitrag unmittelbar nach Annahme Ihres Antrags im Voraus und für die gesamte Versicherungsdauer bezahlen.

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 für den Verlust oder die Verzögerung von Zahlungen verantwortlich, die über Dritte erfolgen.

Zahlen Sie Ihre Beiträge bitte in der Währung, die Sie bei Antragsstellung gewählt haben. Wenn Sie Ihren Beitrag aus irgendeinem Grund nicht begleichen können, rufen Sie uns bitte unter der folgenden Telefonnummer an: **+353 1 630 1302**.

Die Nichtzahlung des Beitrags kann den Verlust des Versicherungsschutzes zur Folge haben. Wird der Beitrag nicht fristgerecht bezahlt, können wir so lange vom Vertrag zurücktreten, wie der Beitrag aussteht. Wenn wir die ausstehenden Beiträge nicht innerhalb von drei Monaten ab Versicherungsbeginn oder Abschluss

des Versicherungsvertrags gerichtlich geltend machen, gilt dies als Rücktritt vom Vertrag.

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

Zahlung anderer Gebühren

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

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

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

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

Weitere Bestimmungen für Ihren Versicherungsschutz

Geltendes Recht:

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

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 uns Folgendem aussetzen:

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

Diese Aussetzung gilt so lange, bis wir nicht mehr einer solchen Sanktion, einem solchen Verbot oder einer solchen Beschränkung ausgesetzt sind.

Beträge, die wir leisten:

Wir haften mit den in der Tariflichen Leistungszusage und in etwaigen folgenden Policennachträgen genannten Beträgen. Der Gesamterstattungsbetrag, der - sei es im Rahmen dieser Versicherungspolice, einer gesetzlichen Krankenversicherung und anderen Versicherungen erstattet wird, - wird den Betrag des Erstattungsantrags nicht übersteigen.

Wer kann Änderungen an Ihrer Police vornehmen:

Niemand außer einer von Ihnen autorisierte Person darf in Ihrem Namen Änderungen an Ihrer Police vornehmen. Änderungen am

Versicherungsschutz sind nur gültig, wenn sie schriftlich von uns bestätigt wurden.

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, Pandemien, 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.

Betrug:

- a) Die Angaben, die Sie und Ihre Angehörigen machen, z. B. auf dem Antragsformular oder weiteren Dokumenten, müssen genau und vollständig sein. Wenn diese nicht korrekt sind oder Sie uns Informationen verschweigen, die unsere Risikoprüfungsentscheidung beeinflussen könnten, wird Ihre Police möglicherweise ab Versicherungsbeginn ungültig. Sie müssen uns außerdem über alle Erkrankungen oder medizinischen Beschwerden informieren, die zwischen dem Ausfüllen des Antragsformulars und dem Beginn der Police auftreten. Erkrankungen, die Sie uns nicht mitteilen, werden höchstwahrscheinlich nicht mitversichert. Wenn Sie nicht sicher sind, ob bestimmte Informationen für die Risikoprüfung relevant sind, rufen Sie uns bitte an und besprechen Sie dies mit uns.

Wenn sich der Vertrag aufgrund von Falschangaben oder Nichtoffenlegung wesentlicher Informationen als ungültig erweist, werden wir den zu viel gezahlten Versicherungsbeitrag zurückerstatten, abzüglich der Kosten für bereits erstattete Leistungen. Falls die Kosten für bereits erstattete Leistungen höher als der geleistete Versicherungsbeitrag sein sollten, werden wir die Rückerstattung dieses Betrags beim Hauptversicherten geltend machen.

- b) Wir werden keine Erstattungen leisten, wenn:
- Der Erstattungsantrag falsch, betrügerisch oder absichtlich übertrieben ist.
 - Sie, Ihre Angehörigen oder Personen, die in Ihrem oder im Namen Ihrer Angehörigen handeln, betrügerische Mittel nutzen, um im Rahmen dieser Police Leistungen zu erhalten.

Sämtliche Erstattungen, die vor Bekanntwerden der betrügerischen Handlung oder der Nichtoffenlegung erfolgten, sind mit sofortiger Wirkung an uns zurückzuzahlen. Wenn sich ein Versicherungsvertrag aufgrund falscher, betrügerischer oder vorsätzlich übertriebener Erstattungsanträge als unwirksam erweist oder wenn betrügerische Mittel eingesetzt wurden, wird der Beitrag weder zu Teilen noch als Ganzes zurückerstattet und alle

laufenden Erstattungsansprüche verfallen. Im Falle betrügerischer Leistungsanträge, wird die Versicherung ab dem Zeitpunkt der Entdeckung des betrügerischen Ereignisses gekündigt.

Kündigung:

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

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

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

www.allianzcare.com/de/datenschutz.html

Alternativ können Sie uns auch anrufen und eine Kopie anfragen.

+353 1 630 1302

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:

Telefon: **+353 1 630 1302**

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

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 Beschwerde-management-Prozess handhaben. Weitere Einzelheiten finden Sie hier: www.allianzcare.com/de/beschwerdeverfahren.html

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

Mediation

1. Jegliche Streitigkeiten über die medizinische Auslegung von Ergebnissen eines Unfalls oder eines medizinischen Befundes müssen uns innerhalb von neun Wochen nach der Entscheidung mitgeteilt werden. Solche Streitigkeiten werden durch zwei medizinische Experten beigelegt, die von Ihnen und uns schriftlich ernannt werden.
2. Falls Streitigkeiten nicht gemäß Punkt 1 beigelegt werden können, versuchen die Parteien, jegliche Konflikte, Meinungsverschiedenheiten oder Forderungen, die aus diesem Vertrag oder aus dessen Bruch, Beendigung oder Unwirksamkeit, hervorgehen oder diesen betreffen, gemäß des Modellschlichtungsverfahrens vom „Centre for Effective Dispute Resolution“ (CEDR = Zentrum für erfolgreiche Beilegung von Rechtsstreitigkeiten) beizulegen, falls der Streitwert 500.000 € oder weniger beträgt und wenn die Streitigkeit nicht einvernehmlich zwischen den Parteien beigelegt werden kann.

Die Parteien sollten sich auf die Ernennung eines Schlichters einigen. Falls sich die Parteien nicht innerhalb von 14 Tagen auf die Ernennung eines Schlichters einigen können, kann jede Partei, mit schriftlicher Benachrichtigung der jeweils anderen Partei, das CEDR bitten, einen Schlichter zu benennen.

Um eine Schlichtung einzuleiten, muss eine Partei die andere über die Streitigkeit, für die eine Schlichtung erforderlich ist, schriftlich benachrichtigen („Alternative Dispute Resolution notice = ADR notice“ = Benachrichtigung zur alternativen Beilegung von Rechtsstreitigkeiten) und die Schlichtung verlangen. Eine Kopie der ADR-Benachrichtigung muss an das CEDR geschickt werden. Die Vermittlung beginnt nicht später als 14 Tage nach der ADR-Benachrichtigung. Keine der Parteien darf ein Gerichtsverfahren oder Schlichtungsverfahren in Bezug auf Konflikte gemäß Punkt 2 einleiten, bevor sie eine Schlichtung der Streitigkeit versucht hat und bevor entweder die Schlichtung beendet ist oder die andere Partei es versäumt hat, an der Schlichtung teilzunehmen. Dies gilt unter der Voraussetzung, dass das Recht auf Einleitung eines Verfahrens nicht durch eine Verzögerung beeinträchtigt ist. Das Schlichtungsverfahren findet im Land des anwendbaren Rechts statt. Der im Modellverfahren genannte Schlichtungsvertrag wird gemäß dem Land des anwendbaren Rechts geregelt, ausgelegt und wirksam. Die Gerichte des Landes des anwendbaren Rechts besitzen die alleinige Gerichtsbarkeit, um jegliche Forderungen, Meinungsverschiedenheiten oder Differenzen, die aus der Schlichtung hervorgehen oder mit ihr in Verbindung stehen, beizulegen.

3. Jegliche Konflikte, Meinungsverschiedenheiten oder Forderungen, die:
 - a) aus diesem Vertrag (oder aus dessen Bruch, Beendigung oder Unwirksamkeit) hervorgehen oder diesen betreffen, und deren Streitwert mehr als 500.000 € beträgt, oder
 - b) die zur Schlichtung gemäß Punkt 2 gegeben wurden, aber nicht einvernehmlich durch solch eine Schlichtung innerhalb von drei Monaten nach der ADR-Benachrichtigung beigelegt werden können, werden ausschließlich von Gerichten des Landes des anwendbaren Rechts entschieden und die Parteien verpflichten sich zur Annahme dieses Gerichtsstands. Alle Verfahren gemäß

diesem Punkt 3 werden innerhalb von neun Kalendermonaten nach Ablauf der genannten drei Monate eingeleitet.

Rechtliche Schritte

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

Definitionen

Die folgenden Definitionen gelten für unsere Krankenversicherungstarife: 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 oder einer Erkrankung.

Akute Erkrankung

Ein medizinischer Zustand, der von kurzer Dauer ist, ein eindeutiges Ende hat und nach unserer Einschätzung auf der Grundlage von Ratschlägen oder allgemeinen Empfehlungen durch eine Behandlung geheilt werden kann.

Allgemeiner Ratschlag

Jede medizinische Meinung oder medizinische Empfehlung einer relevanten akkreditierten Berufsorganisation in Bezug auf einen medizinischen Zustand oder eine Behandlung, die nach unserer Einschätzung eine etablierte medizinische Praxis oder Meinung bestätigt.

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. 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 Höchstleistungsbetrag für zahnärztliche Notfallbehandlungen (im Haupttarif) hinausgehen. In diesem Fall gelten die Bestimmungen des Zahntarifs.

Angehörige(r)

Ehepartner(in) oder 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.

Arztgebühren

Gebühren für Konsultationen, einschließlich der Honorare von Ärzten und Fachärzten, die im Rahmen einer ambulanten Behandlung anfallen.

Ärztlicher Rat

Dazu gehören jegliche medizinische Meinung, medizinische Empfehlung oder Information, die von einem Arzt gegeben wird.

Behandlung

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

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.

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.

Direktabrechnung

Bei der Direktabrechnung rechnen wir die Kosten für Behandlungen oder Leistungen direkt mit dem medizinischen Dienstleister in unserem medizinischen Dienstleister-Netzwerk ab.

Direkte Familienvorbelastung

Wenn bei einem Elternteil, einem Großelternanteil, 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.

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.

Familienanamnese

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

Hausarztkosten

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

Heimatland

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

Impfungen

- Alle Grundimmunisierungen und Auffrischimpfungen, entsprechend den internationalen medizinischen Richtlinien, die in dem Land gelten, in dem sie verabreicht werden.
- 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.

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 Leistungsversicherung, 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.

Land des Hauptwohnsitzes

Das Land, in dem Sie und Ihre Angehörigen (falls zutreffend) länger als sechs Monate im Jahr leben/leben 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 Versorgungen, 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 Versorgungen, 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

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

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

Medizinische 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.

Natürlicher Zahn

Jeder Zahn, der ursprünglich und natürlich vorhanden ist. Zahnimplantate oder Zahnersatz gehören z.B. nicht dazu.

Netzwerk medizinischer Dienstleister

Alle medizinischen Dienstleister, mit denen wir Vereinbarungen zur direkten Abrechnung der medizinischen Kosten unserer Versicherten getroffen haben.

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.

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.

Partner

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

Profisport

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

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).

Der Versicherungsschutz für diese Leistungen besteht nur dann, wenn die damit verbundene Überführung/der Rücktransport ebenfalls Leistungen Ihres Tarifs sind. Der Versicherungsschutz umfasst keine Unterbringung im Hotel oder andere damit verbundene 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.

Der Versicherungsschutz für diese Leistungen besteht nur dann, wenn die damit verbundene Überführung/der Rücktransport ebenfalls Leistungen Ihres Tarifs sind. 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** gelten Ehepartner/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. Der Versicherungsschutz umfasst keine Unterbringung im Hotel oder andere damit verbundene Kosten.

Rücktransport im Todesfall

Der Transport der sterblichen Überreste der versicherten Person in das Heimatland. Wenn der Versicherte in seinem Heimatland verstirbt, übernehmen wir die Kosten für die Überführung zum Ort der Bestattung oder Einäscherung in diesem Land oder in ein anderes Heimatland, wenn es mehr als ein Heimatland gibt. 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.

Sie/Ihr

Der Versicherungsnehmer und die Angehörigen, die im Versicherungsschein genannt werden.

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.

Stationäre Behandlungen

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

Stichtag

Der Stichtag, der auf Ihrem Versicherungsschein angegeben ist, bezieht sich auf den Tag, an dem Ihr Versicherungsschutz für den Versicherungszeitraum in Kraft tritt.

Teilstationäre Behandlung

Eine geplante Behandlung, die in einem Krankenhaus oder einer Tagesklinik stattfindet. Sie schließt die Bereitstellung eines Krankenhauses 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

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

Unfall

Ein plötzliches, unerwartetes Ereignis, das eine Verletzung verursacht und von außen auf die versicherte Person einwirkt. Ursache und Symptome einer unfallbedingten Verletzung müssen medizinisch und objektiv definierbar sein sowie eine Diagnose und eine Behandlung ermöglichen.

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 vollwertige 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.

Verschriebene Arzneimittel und Verbände

Arzneimittel und Medikamente, die von einem Arzt verschrieben werden:

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

Verschriebene Arzneimittel und Verbände 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 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 Rolwing, Massage, Pilates, Fango und Milta.

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 zwischen Ihnen und uns eine Versicherungsbeziehung besteht.

Versicherungszeitraum

Beginnt mit dem Datum des Inkrafttretens Ihrer Police, wie auf dem Versicherungsschein angegeben.

Vorerkrankungen

Alle körperlichen oder psychischen Erkrankungen, Verletzungen, Zustände oder Störungen, bei denen Sie oder Ihre Angehörigen jemals Anzeichen oder Symptome hatten oder für die jemals ärztlicher Rat, diagnostische Befunde, Untersuchungen oder Behandlungen in Anspruch genommen oder empfohlen wurden, unabhängig davon, ob eine formale Diagnose gestellt wurde.

Eine solche Vorerkrankung besteht, wenn wir davon ausgehen können, dass Sie oder Ihre Angehörigen davon Kenntnis hatten. Vorerkrankungen sind nicht mitversichert.

Wir werden Erkrankungen, die zwischen dem Datum, an dem Sie das Antragsformular ausgefüllt haben, und den folgenden Daten auftreten, als Vorerkrankungen betrachten:

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

Vorerkrankungen unterliegen einer medizinischen Risikoprüfung und werden nicht mitversichert.

Vorhersehbar

Ein medizinischer Zustand der nach unserer Einschätzung vernünftigerweise zu erwarten war.

Wartezeit

Der 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-risikogeprüfte Police haben.

Wir/unser/uns

AWP Health & Life SA, irische Niederlassung - der Versicherer.

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

Behandlungen oder Leistungen 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, oder
- 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).

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.
- genetische Tests zur Erkennung von Tumorrezeptoren, sofern medizinisch angemessen und die Leistung „Onkologie“ in Ihrem Tarif enthalten ist.

GESCHLECHTSDYSPHORIE

Versorgung und/oder Behandlung oder Leistungen bei Geschlechtsdysphorie.

GEWICHTSBEZOGENE BEHANDLUNGEN UND LEISTUNGEN

Behandlungen und Leistungen zur Gewichtskontrolle, einschließlich:

- Medikamente, die ausschließlich oder hauptsächlich zur Gewichtskontrolle verschrieben oder ärztlich empfohlen werden.

- **Medikamente, die im Zusammenhang mit einer Erkrankung oder einem Symptom verschrieben oder medizinisch empfohlen werden. Dies gilt unabhängig davon, ob die Erkrankung als gewichtsbedingt eingestuft wird oder durch Gewichtsregulierung verhindert, verbessert oder gelindert werden könnte. Eine Ausnahme besteht für die Behandlung von Typ-2-Diabetes.**
- **Bariatrische Chirurgie (es sei denn, diese Leistung ist in Ihrer Tariflichen Leistungszusage aufgeführt).**
- **Nahrungsergänzungsmittel.**
- **Fitnessstudio-Gebühren.**
- **Diätprogramme.**
- **Stationäre Programme zur Behandlung von Essstörungen.**

HAARVERLUST UND HAARERSATZ

Untersuchungen und Behandlungen von Haarverlust sowie Haarerersatz, 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 gemäß den medizinischen Leitlinien erforderlich ist.
- während einer Krebsbehandlung, wenn dies gemäß den medizinischen Leitlinien erforderlich ist.
- zur Behandlung diagnostizierter Mangelerscheinungen.

KINDERWUNSCHBEHANDLUNG

Behandlungen bei Unfruchtbarkeit, einschließlich medizinisch assistierter Fortpflanzung oder negativer Folgen, 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. Als Ausnahme gelten 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.

KUNSTFEHLER

Behandlungen, die aufgrund eines Kunstfehlers erforderlich werden.

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

Kosten für Such- und/oder Bergungsmaßnahmen:

- Zur Ortung einer versicherten Person, und/oder
- zum Erreichen, Bergen oder Transportieren einer versicherten Person aus dem Wasser, unter der Erde, aus den Bergen oder an anderen schwer zugänglichen Orten an Land.

Hinweis: Sofern Ihr Tarif Leistungen für lokalen Krankentransport, medizinische Überführung und/oder medizinische Rückführung umfasst, übernehmen wir nur die Kosten für jene Maßnahmen, die nach Abschluss der Such- und/oder Bergungsmaßnahmen und Ihrer sicheren Überführung an Land 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.

VERHALTENS- UND PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN

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

VERLETZUNGEN ODER KRANKHEITEN VERURSACHT DURCH BERUFS- ODER EXTREMSPORT/AKTIVITÄTEN

Erstattungsanträge, die aus der Teilnahme an Berufs- oder Extremsport/aktivitäten resultieren, einschließlich, aber nicht beschränkt auf:

- Basejumping
- Tombstoning
- Klippenspringen
- Höhenbergsteigen (3.000 Höhenmeter und mehr)
- Felsklettern
- Gleitschirmfliegen
- Höhlentouren
- Motorsportrennen, einschließlich Motocross- und Dirtbike-Rennen
- Bullenreiten oder Bullenrennen
- Parkour
- Sporttauchen in einer Tiefe von 30 Metern und mehr
- Freeriden (Off-Piste-Skifahren)

VORERKRANKUNGEN

Vorerkrankungen (einschließlich chronischer Vorerkrankungen), wenn:

- auf einem Sondervereinbarungsformular, das wir vor Versicherungsbeginn ausgestellt haben, entsprechend angegeben.
- Erkrankungen im Antragsformular nicht angegeben wurden.
- Erkrankungen zwischen dem Ausfüllen des Antragsformulars und dem späteren der folgenden Ereignisse eintreten:
 - 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 Leistungsusage aufgeführt:

- **Bariatrische Chirurgie**
- **Komplikationen bei Schwangerschaft und Entbindung**
- **Zahnbehandlungen, chirurgisch zahnärztliche Eingriffe, zahnärztliche Parodontalbehandlung, kieferorthopädische Behandlungen und Zahnersatz**
- **Entwicklungsstörungen**
- **Ernährungsberaterkosten**
- **Zahnärztliche Notfallbehandlung**
- **Reisekosten für eine Begleitperson im Falle einer/s medizinischen Überführung/Rücktransports**
- **Vorsorgeuntersuchungen, einschließlich Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten**
- **Hausentbindungen**
- **Homöopathie, Traditionelle chinesische Medizin, Akupunktur und Ayurveda**
- **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 eines Rücktransports/ einer Überführung
- 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

TODESFALLEISTUNGEN BEI UNFÄLLEN

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

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

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

ausländische Feindseligkeiten hervorgeht, unabhängig davon, ob ein Krieg erklärt wurde oder nicht.

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

Sprechen Sie mit uns, wir helfen Ihnen gerne weiter!

Bei Fragen können Sie sich jederzeit mit uns in Verbindung setzen:
Helpline rund um die Uhr für allgemeine Fragen und Hilfe im Notfall

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

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) oder der Gruppenversicherungsverantwortliche Änderungen am Versicherungsvertrag vornehmen kann. Anrufern werden Sicherheitsfragen gestellt, um deren Identität zu bestätigen.

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



CHATTEN SIE MIT UNS

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

www.allianzcare.com

Ist dieses Handbuch hilfreich?

Ihre Meinung ist uns wichtig! Hier klicken!



www.facebook.com/AllianzCare/

www.linkedin.com/company/allianz-care

www.youtube.com/c/allianzcare

www.instagram.com/allianzcare/

x.com/AllianzCare

www.tiktok.com/@allianzcare

Dieses Dokument ist eine deutsche Übersetzung des englischen Dokuments. Die englische Version ist die ursprüngliche und offizielle Version. Sollten zwischen dieser Übersetzung und der englischen Version Unterschiede bestehen, beachten Sie bitte, dass die englische Version die rechtsverbindliche und offizielle Version ist.

AWP Health & Life SA unterliegt der Aufsicht durch die French Prudential Supervisory Authority in 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

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.