



Versicherungshandbuch

Care

Internationale Krankenversicherungstarife für Sie und Ihre Familie

Gültig ab 1. November 2024

Willkommen

Sie und Ihre Familie können sich darauf verlassen, durch uns 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.

So nutzen Sie Ihren Versicherungsschutz

Unterstützungsservices	5
Wie funktioniert mein Versicherungsschutz?	17
Behandlungen	22
Zusätzliche Informationen zu Erstattungsanträgen	28

Allgemeine Versicherungsbedingungen Ihres Versicherungsschutzes

Allgemeine Geschäftsbedingungen	32
Verwaltung Ihrer Police	33
Beitragszahlung	41
Weitere Bestimmungen für Ihren Versicherungsschutz	43
Datenschutz	46
Beschwerden und Mediationsverfahren	47
Definitionen	49
Ausschlüsse	64

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

So nutzen Sie Ihren Versicherungsschutz



Unterstützungsservices

Ausgezeichneter Service - den Sie verdienen. Auf den folgenden Seiten erklären wir Ihnen all unsere Leistungen und Services. Finden Sie heraus, welche Ihnen zur Verfügung stehen.

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: **+353 1 630 1302**

Eine Liste unserer aktuellen gebührenfreien Rufnummern finden Sie unter:

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

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

Wussten Sie schon...?

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

MyHealth digitale Services

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

Funktionen der MyHealth App und des Online-Portals



Meine Police

Greifen Sie auf Versicherungsunterlagen und Versichertenkarten von unterwegs aus zu.



Meine Erstattungsanträge

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



Meine Kontakte

Zugang zu unserer rund um die Uhr erreichbaren, mehrsprachigen Helpline. Live-Chat ist verfügbar (auf Englisch und nur im Online-Portal).



Symptome-Prüfer

Schnelle und einfache Bewertung Ihrer Symptome.



Dienstleistersuche

Finden Sie medizinische Dienstleister in Ihrer Nähe.



Apotheken-Hilfe

Schlagen Sie die lokalen Namensentsprechungen von Markenmedikamenten nach.



Übersetzer für medizinische Begriffe

Lassen Sie allgemein bekannte Erkrankungen in 17 Sprachen übersetzen.



Notrufnummern

Zugang zu Notfallnummern weltweit.

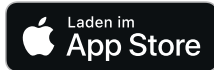
Zusätzliche nützliche Funktionen

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

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

Erste Schritte:

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



3. Sobald Sie Ihren Zugang eingerichtet haben, können Sie sich mit der E-Mail-Adresse (Benutzername) und dem Passwort, die Sie bei der Registrierung angegeben haben, im MyHealth Online-Portal oder der MyHealth App anmelden. Sie können für beide Services die gleichen Anmeldedaten verwenden. Wenn Sie die Anmeldedaten für einen Zugang ändern, gilt dies automatisch für den anderen Service. Es ist nicht nötig, die Daten für beide Dienste zu ändern. Wir bieten auch eine biometrische Anmeldeoption für die App, z. B. Touch ID oder Face ID, sofern Ihr Gerät diese unterstützt.

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

Webbasierte Services

Auf www.allianzcare.com/members können Sie:

- nach medizinischen Dienstleistern suchen (Sie sind nicht auf die in unserem Verzeichnis aufgeführten Dienstleister beschränkt).
- Formulare herunterladen.
- auf unsere Gesundheitsleitfäden zugreifen.
- auf den Hub „Leben im Ausland“ zugreifen: Von der Umzugsplanung bis zur Eingewöhnung im neuen Land – hier finden Sie alles, was Sie über einen Umzug ins Ausland wissen müssen.

Zweiter ärztlicher Rat**

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

Wenn Sie diesen Service in Anspruch nehmen, weisen wir Ihnen für Ihren medizinischen Fall eine persönliche Ansprechperson aus unserem eigenen Ärzteteam zu, die Sie betreut und unterstützt. Ihr Fallmanager wird Sie um alle Informationen zu Ihrem medizinischen Fall bitten, Ihnen bei der Krankenhaussuche helfen sowie einen Arzt oder Facharzt für den zweiten ärztlichen Rat finden und Ihnen das ärztliche Gutachten zukommen lassen.

Kontaktieren Sie uns für diesen Service:

☎ **+353 1 630 1302**

@ **medical.smo@e.allianz.com**

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



Weitere Leistungen für unsere Versicherten

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



Olive — unser Gesundheits- und Wellness-Programm

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

- **Gesundheits- und Wellness Hub** mit Online-Gesundheitsbewertungen, Webinaren von und mit Experten zum Thema Wohlbefinden, Artikeln zu Themen wie Schlaf und Ernährung, uvm.
- **Unserer Fitness App**, die sich mit Smartphones, tragbaren Geräten und anderen Apps verbinden lässt und u.a. die Anzahl der zurückgelegten Schritte, Kalorienverbrauch, Schlaf und vieles mehr trackt. Messen Sie sich mit anderen Benutzern und/oder legen Sie persönliche Trainingsziele fest.
- **Mind Coaching App**, Ihr Chatbot-Buddy, mit dem Sie Ihre Gefühle besprechen können. Sie können auch mit einem professionellen Coach chatten, wenn Sie eine persönlichere Note wünschen.



TeleHealth Hub — Videoberatungsservices

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



EAP — Expat-Unterstützungs-Programm

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

- **Vertrauliche, professionelle Beratung** per Telefon, Video oder persönlich 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.



Reisesicherheitsservices

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

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

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



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

***Bestimmte Services, die in Ihrem Tarif enthalten sein können, werden von Drittanbietern außerhalb der Allianz Gruppe erbracht, wie z. B. das Expat-Unterstützungs-Programm, Reisesicherheitsservices, die Fitness App, ein zweiter ärztlicher Rat und Services im Bereich Telemedizin. Wenn Ihr Tarif diese Services umfasst, werden sie in der Tariflichen Leistungszusage angezeigt. Diese Services werden Ihnen vorbehaltlich Ihrer Annahme der allgemeinen Geschäftsbedingungen Ihres Versicherungsvertrags und der Bestimmungen und Bedingungen der Drittanbieter zur Verfügung gestellt. Diese Services können geografischen Beschränkungen unterliegen. Die Fitness App bietet keine ärztliche oder gesundheitliche Beratung und die Ressourcen zu Wellness in Olive dienen nur zu Informationszwecken. Die Fitness App und die in Olive enthaltenen Wellness-Ressourcen sollten nicht als Ersatz für eine professionelle ärztliche, körperliche oder psychologische Untersuchung bzw. Beratung angesehen werden. Sie sind auch kein Ersatz für die Diagnose, Behandlung, Beurteilung oder Betreuung, die Sie möglicherweise von Ihrem Arzt benötigen. Sie verstehen und akzeptieren, dass AWP Health & Life SA (irische Niederlassung) und AWP Health & Life Services Limited nicht für Ansprüche, Verluste oder Schäden verantwortlich sind, die direkt oder indirekt aus Ihrer Nutzung dieser Drittanbieterdienste entstehen könnten.*

Wie funktioniert mein Versicherungsschutz?

Für was bin ich versichert?

Sie und Ihre Angehörigen sind für medizinisch notwendige Behandlungen und die damit verbundenen Kosten, Services oder Versorgung, 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).
- Allen besonderen Bestimmungen, die in Ihrem Versicherungsschein (und auf dem Sondervereinbarungsformular, das vor Versicherungsbeginn ausgestellt wurde) angegeben sind.
- 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 vor, den von uns gezahlten Betrag zu reduzieren oder abzulehnen.
- Vereinbarte Bedingungen für Vorerkrankungen: Versicherungsschutz für Vorerkrankungen (einschließlich chronischer Vorerkrankungen) hängt von den von Ihnen akzeptierten Bedingungen der medizinischen Risikoprüfung ab.

- Bei risikogeprüften Policen sind Vorerkrankungen im Regelfall abgedeckt, sofern wir in Ihren Versicherungsunterlagen nichts anderes vermerken.
- Bei Policen mit Moratorium haben Vorerkrankungen nur dann Anspruch auf Versicherungsschutz, wenn Sie einen ununterbrochenen Zeitraum von 24 Monaten nach Ihrem Versicherungsbeginn abgeschlossen haben und dabei keine Symptome hatten, keine Behandlung, Medikamente, spezielle Diät oder Beratung benötigten oder erhielten oder anderen Anzeichen für die Erkrankung hatten.

Wo kann ich Behandlungen erhalten?

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

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

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

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

Welche Höchsterstattungsbeträge gelten?

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

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

- wenn der Begriff „Volle Erstattung“ neben der Leistung steht
- wenn ein bestimmter Erstattungsbetrag gilt – d.h. wenn die Leistung auf einen bestimmten Betrag begrenzt ist (z. B. 2.490£/3.000€/4.050US\$/CHF3.900).

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

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

Höchstleistungsbeträge bei Schwangerschaft

Die Leistungen „Reguläre Schwangerschaft“ und „Komplikationen bei Schwangerschaft und Entbindung“ werden entweder „pro Schwangerschaft“ oder „pro Versicherungsjahr“ gezahlt. Ihre Tarifliche Leistungszusage bestätigt dies.

Wenn Ihre Mutterschaftsleistungen „pro Schwangerschaft“ gezahlt werden

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

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

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

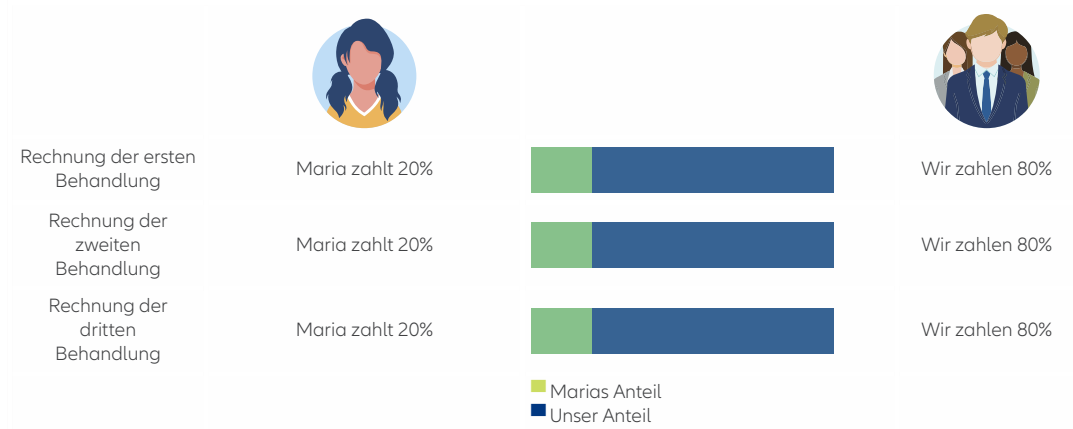
In den folgenden Fällen gilt eine Höchstleistungsgrenze für stationäre Behandlungen innerhalb der ersten drei Monate nach der Geburt:

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

Die Grenze liegt bei 24.900£/30.000€/40.500US\$/CHF39.000 pro Kind. Kosten für ambulante Behandlungen werden im Rahmen eines entsprechenden Ambulanttarifs erstattet.

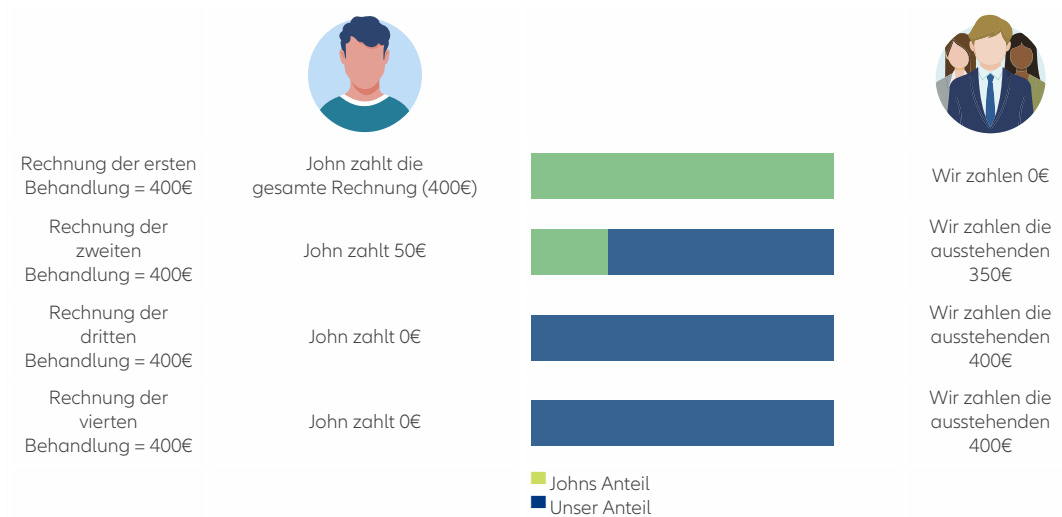
Was sind Eigenanteile?

Ein **Eigenanteil** ist ein Prozentsatz der medizinischen Kosten, den Sie bezahlen müssen. Ihre Tarifliche Leistungszusage zeigt an, ob diese anfallen. Das folgende Beispiel erklärt dies genauer: Maria benötigt mehrere Zahnbehandlungen über das Jahr. Ihre Zahnleistungen haben einen Eigenanteil von 20%, was bedeutet, dass wir 80% der Kosten jeder anspruchsberechtigten Behandlung erstatten.



Was ist eine Selbstbeteiligung?

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



Behandlungen

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

Prüfen Sie Ihren Versicherungsschutz

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

Manche Behandlungen müssen im Voraus genehmigt werden

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

Wenn Sie einen Erstattungsantrag einreichen, ohne dass Sie eine Vorabgenehmigung haben, gilt Folgendes, sofern wir nichts anderes vereinbart haben:

- Wenn sich die erhaltene Behandlung als medizinisch unnötig erweist, **behalten wir uns das Recht vor, den Erstattungsantrag abzulehnen.**
- Bei später nachgewiesener medizinischer Notwendigkeit der Behandlungen werden lediglich **80%** der stationären Kosten und **50%** der anderen Kosten erstattet.

Wenn Sie ein direkt abrechnendes Krankenhaus, eine Klinik oder eine andere medizinische Einrichtung in unserem medizinischen Versorgungsnetz aufsuchen und wir später feststellen, dass Ihr Erstattungsantrag nicht erstattungsfähig ist, behalten wir uns das Recht vor, den vollen Erstattungsbetrag von Ihnen zurückzufordern. Wenn wir einen Erstattungsantrag bezahlen, bedeutet das nicht, dass wir die Haftung für die Erstattung übernehmen oder damit bestätigen, dass wir weitere Kosten für dieselbe oder eine ähnliche Erkrankung übernehmen.

Wenn wir feststellen, dass ein Erstattungsantrag, der bereits genehmigt wurde, doch nicht erstattungsfähig ist, sehen wir von einer Erstattung ab. Wenn wir bereits Kosten übernommen haben, müssen Sie diese innerhalb von 14 Tagen an uns zurückzahlen. Andernfalls können wir jegliche damit verbundene Vorabgenehmigung zurückziehen, Ihren Tarif kündigen und die Beiträge einbehalten. Wenn Sie möchten, dass wir einen abgelehnten Erstattungsantrag erneut prüfen, müssen Sie nachweisen, dass die Erstattung durch den Tarif abgedeckt ist.

Behandlung im Krankenhaus (es gilt eine vorherige Kostenzusage)



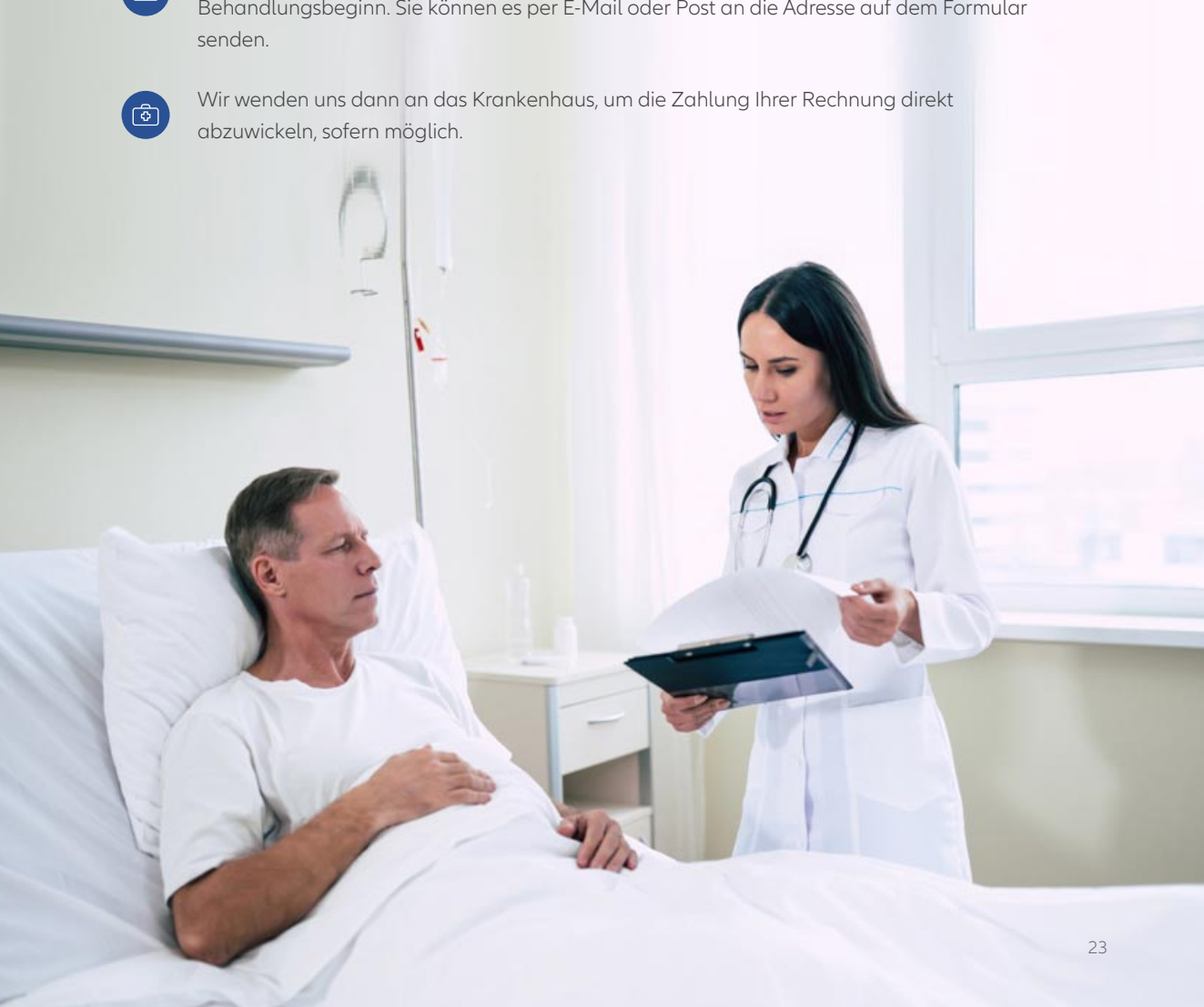
Laden Sie das Kostenzusageformular von unserer Website herunter:
www.allianzcare.com/de/ressourcen.html



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



Wir wenden uns dann an das Krankenhaus, um die Zahlung Ihrer Rechnung direkt abzuwickeln, sofern möglich.



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 für Ihre Behandlung keine vorherige Kostenzusage erforderlich ist, bezahlen Sie einfach Ihre Rechnung und fordern Sie Ihre Ausgaben von uns zurück. 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, die die folgenden Daten enthält: Ihren Namen, das Datum der Behandlung, die Diagnose/die behandelte Erkrankung, das Datum der ersten Symptome, die Art der Behandlung und die berechnete Gebühr.



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

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



Schnelle Bearbeitung von Erstattungsanträgen

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

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

Überführungen und Rücktransporte

Beim ersten Anzeichen dafür, dass Sie eine medizinische Überführung oder einen medizinischen Rücktransport brauchen, rufen Sie bitte unsere rund um die Uhr erreichbare Helpline an. 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, nehmen Sie den Hinweis „Dringend – Überführung/Rücktransport“ in die Betreffzeile auf.

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

☎ +353 1 630 1302

@ medical.services@e.allianz.com



Behandlungen in den USA

Sollte Ihr versicherter Geltungsbereich „weltweit“ sein, bieten wir Ihnen durch unsere lokalen Drittanbieter einfachen Zugang zu medizinischer Versorgung und medizinischen Dienstleistern in den USA.

Um eine Behandlung in den USA zu erhalten, legen Sie einfach Ihre Versichertenkarte vor: Ihr medizinischer Dienstleister wird sich dann mit unserem Partner in Verbindung setzen, um alle Formalitäten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung zu erledigen. Wir zahlen, sofern möglich, die erstattungsfähigen Behandlungskosten direkt an Ihren medizinischen Dienstleister; sollten Sie für einen Teil der Kosten verantwortlich sein, wird Sie Ihr Dienstleister darüber informieren.

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



Zusätzliche Informationen zu Erstattungsanträgen

Medizinische Erstattungsanträge

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

- **Zeitraumen für Erstattungsanträge:** Reichen Sie bitte Ihre Erstattungsanträge spätestens sechs Monate nach Ablauf des Versicherungsjahrs (durch unsere MyHealth App oder unser Online-Portal) ein. Wird die Versicherung innerhalb des Versicherungsjahrs gekündigt, so müssen Sie alle Erstattungsanträge spätestens sechs Monate nach Ende des Versicherungsschutzes einreichen. 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 Kreditkartenabrechnung) für von Ihnen bezahlte Arztrechnungen. Zusätzlich empfehlen wir Ihnen, Kopien der gesamten Korrespondenz mit uns aufzubewahren. Wir übernehmen keine Haftung für Korrespondenz, die auf dem Postweg oder anderweitig außerhalb unseres Verantwortungsbereichs verloren geht.
- **Selbstbeteiligungen:** Wenn der von Ihnen geforderte Betrag geringer ist als die Selbstbeteiligung Ihres Tarifs, dann haben Sie folgende Möglichkeiten:
 - Sammeln Sie alle Rechnungen für ambulante Behandlungen bis Sie einen Betrag erreicht haben, der diese Selbstbeteiligung übersteigt.
 - Senden Sie uns nach jeder Behandlung Ihren Antrag auf Erstattung. Sobald Sie den Betrag der Selbstbeteiligung erreicht haben, werden wir beginnen Ihnen Ihre Kosten zu erstatten.

Fügen Sie Ihrem Antrag alle Belege und Rechnungen bei.

- **Währung:** Geben Sie bitte die Währung an, in der Sie die Zahlung erhalten möchten. In seltenen Fällen kann es vorkommen, dass wir aufgrund internationaler Bankgesetze keine Zahlung in der gewünschten Währung vornehmen können. In diesem Fall suchen wir gerne eine geeignete Alternativwährung. Wenn wir von einer Währung in eine andere umrechnen müssen, verwenden wir den Wechselkurs, der am Ausstellungsdatum der Rechnungen gültig war oder denjenigen, der am Tag der Erstattung gültig ist.

Bitte beachten Sie, dass wir uns das Recht vorbehalten zu entscheiden, welchen Wechselkurs wir anwenden.

- **Rückerstattung:** Wir erstatten nur erstattungsfähige Kosten (im Rahmen der Höchsterstattungsbeträge Ihrer Police), nachdem wir eventuelle Bedingungen einer vorherigen Kostenzusage, 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 entspricht. 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 Behandlung zurückerstattet.
- **Informationen bereitstellen:** Sie und Ihre Angehörigen erklären sich damit einverstanden, uns bei der Beschaffung aller Informationen zu unterstützen, die wir zur Bearbeitung eines Erstattungsantrags benötigen. Wir sind berechtigt, in direkten Kontakt mit medizinischen Dienstleistern oder behandelnden Ärzten zu treten und Einsicht in medizinische Unterlagen zu nehmen. Falls wir es für notwendig erachten, können wir auf unsere Kosten eine medizinische Untersuchung durch unsere Ärzte verlangen. Alle Informationen werden vertraulich behandelt. Wir behalten uns vor, die Leistungen zu verweigern, falls Sie oder Ihre Familienangehörigen uns nicht bei der Beschaffung dieser Informationen unterstützen.

Leistungen bei einem Todesfall durch einen Unfall

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

Bitte senden Sie uns:

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

Begünstigte sind, soweit nicht anderweitig vom Versicherten angegeben:

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

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

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

Behandlung durch Verschulden eines Dritten

Wenn eine Behandlung durch Verschulden eines Dritten erforderlich geworden ist, müssen Sie uns dies so schnell wie möglich schriftlich mitteilen. Zum Beispiel, wenn Sie nach einem Verkehrsunfall behandelt werden müssen, bei dem Sie unschuldig sind. Bitte 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 Ihres Versicherungsschutzes



Allgemeine Geschäftsbedingungen

In diesem Teil werden die Leistungen und Regelungen Ihrer Krankenversicherung beschrieben. Bitte lesen Sie diesen Teil des Handbuchs mit Ihrem Versicherungsschein und Ihrer Tariflichen Leistungszusage.

Ihr Krankenversicherungsvertrag ist ein Jahresvertrag 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**. Er legt den gewählten Tarif bzw. die gewählten Tarife, das Anfangs- und Verlängerungsdatum der Versicherung (und den Versicherungsbeginn für hinzugefügte mitversicherte Angehörige) sowie den versicherten geografischen Geltungsbereich fest. Sollten andere Bedingungen für Ihren Versicherungsschutz gelten, sind diese im Versicherungsschein angegeben. Die sind auch in einem Sonderevereinbarungsformular aufgeführt, das wir Ihnen zusenden, bevor Ihr Versicherungsschutz bestätigt wurde. Wir werden Ihnen einen neuen Versicherungsschein senden, wenn Sie Änderungen beantragen, z.B. einen Familienangehörigen mitversichern möchten, und wir diese akzeptieren oder wenn wir Änderungen anwenden, zu denen wir berechtigt sind.
- Der **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 Leistungen nur dann erbracht werden, wenn der Erstbeitrag und die Folgebeiträge bei Fälligkeit gezahlt wurden.

Der Versicherungsschutz für Familienangehörige (falls relevant) 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. Familienangehörige Kinder können bis zum Tag vor ihrem 18. Geburtstag oder bis zum Tag vor ihrem 26. Geburtstag, wenn sie sich in einer Vollzeitausbildung befinden, in Ihrem Versicherungsvertrag mitversichert werden. Danach können sie ihren eigenen Versicherungsschutz in einem unserer Krankenversicherungstarife für Einzelpersonen und Familien beantragen.

Mitversichern von Familienangehörigen

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

Sie können die Mitversicherung eines Ihrer Familienangehörigen beantragen. Der Prozess ändert sich je nach Art der Police:

- Police mit vollständiger medizinischer Risikoprüfung, oder
- Police mit Moratorium, oder
- Police mit CTT/CPME (früher FMU), oder
- Police mit CTT/CPME (früher MORI).

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

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

Für risikogeprüfte Policen und Policen mit CTT/CPME (früher FMU)

Sie können die Mitversicherung eines Familienangehörigen durch Ausfüllen des entsprechenden Antragsformulars beantragen. Ihre Angehörigen werden dann medizinisch risikogeprüft und, falls akzeptiert, ab dem Zeitpunkt der Annahme des Versicherungsschutzes, durch uns mitversichert.

Wenn es sich beim Angehörigen, den Sie hinzufügen wollen, jedoch um ein Neugeborenes handelt, beachten Sie bitte die nachfolgenden Richtlinien.

Wie kann ich ein Neugeborenes in meiner Police mitversichern?

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

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

Das Neugeborene wird dann medizinisch risikogeprüft und falls akzeptiert, ab dem Zeitpunkt der Annahme des Versicherungsschutzes, durch uns mitversichert.

Was wenn ich Babys aus einer Mehrlingsgeburt mitversichern möchte?

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

Für Moratorium-Policen und Policen mit CTT/CPME (früher MORI)

Wenn Sie ein Familienmitglied zu ihrer Police hinzuzufügen möchten, füllen Sie bitte das betreffende Antragsformular aus. Wird der Antrag angenommen, gilt für diesen Angehörigen dann ein neues Moratorium und wir versichern den neuen Angehörigen ab dem Datum, an dem Sie uns benachrichtigen, oder ab einem von Ihnen gewünschten späteren Datum.

Wenn es sich beim Angehörigen, den Sie hinzufügen wollen, jedoch um ein Neugeborenes handelt, beachten Sie bitte die nachfolgenden Richtlinien.

Wie kann ich ein Neugeborenes in meiner Police mitversichern?

Bitte senden Sie uns innerhalb von vier Wochen nach der Geburt Ihres Kindes eine E-Mail mit der Geburtsurkunde an underwriting@e.allianz.com. Mit Ausnahme von Mehrlingsgeburten, akzeptieren wir Neugeborene ohne Moratorium, wenn der leibliche oder der vorgesehene Elternteil (im Falle einer Leihmutterchaft) seit mindestens acht Monaten ohne Unterbrechung bei uns versichert ist. Der Versicherungsschutz gilt ab der Geburt.

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

Sie können die Aufnahme des Neugeborenen in Ihren Vertrag beantragen, indem Sie das entsprechende Antragsformular ausfüllen. Wird der Antrag angenommen, gilt für diesen Familienangehörigen ein neues Moratorium und der Versicherungsschutz beginnt ab dem Datum, an dem wir der Aufnahme zustimmen.

Was wenn ich Babys aus einer Mehrlingsgeburt mitversichern möchte?

Sie können einen Antrag auf Aufnahme von Babys aus Mehrlingsgeburten in Ihre Versicherung stellen, indem Sie das entsprechende Antragsformular ausfüllen. Wir prüfen den Antrag und bestätigen Ihnen, wenn er angenommen wird, das Datum, an dem wir der Aufnahme des Neugeborenen zustimmen, und ob ein neues Moratorium für ihn/sie gilt.

Höchsterstattungsgrenze für stationäre Behandlungen für Neugeborene

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

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

Der Höchsterstattungsbetrag beträgt 24.900£/30.000€/40.500US\$/CHF39.000 pro Kind und greift vor allen anderen Leistungen Ihres Versicherungsschutzes. Kosten für ambulante Behandlungen werden im Rahmen eines entsprechenden Ambulanttarifs erstattet.

Änderung des Versicherungsnehmers

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

Tod des Versicherungsnehmers oder eines Familienangehörigen

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

Verstirbt der Versicherungsnehmer, wird der Versicherungsvertrag beendet und der Beitrag des aktuellen Versicherungsjahres wird anteilmäßig zurückgezahlt, falls keine Erstattungsanträge gestellt wurden. Wir können vor der Rückerstattung nach einer 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 Ausschlüsse in den Versicherungsvertrag aufzunehmen, als die, die zum Zeitpunkt des Todes des Versicherungsnehmer bereits gelten.

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

Änderung des Umfangs Ihres Versicherungsschutzes

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

Änderung des Aufenthaltslandes

Es ist wichtig, dass Sie uns über einen Wechsel Ihres Aufenthaltslandes informieren. Dieser kann Einfluss auf Ihren Versicherungsschutz oder Beitrag haben, 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:

@ underwriting@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

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

Korrespondenz

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

Verlängerung Ihrer Versicherung

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

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

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

Änderungen, die wir bei Vertragsverlängerung vornehmen können

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

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

Ihr Widerrufsrecht

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

Falls Sie den Versicherungsvertrag widerrufen möchten, füllen Sie bitte das Formular „Widerrufsrecht“ aus, das Ihnen mit Ihren Versicherungs- bzw. Verlängerungsunterlagen zugestellt wurde. Sie können uns dieses Formular per E-Mail senden:

Ⓒ underwriting@e.allianz.com

Alternativ können Sie dieses Formular auch an unser Client Services Team an die Adresse auf der Rückseite dieses Versicherungshandbuchs senden.

Wenn Sie von Ihrem Widerrufsrecht innerhalb der Frist von 30 Tagen Gebrauch machen, sind Sie zu einer vollständigen Rückerstattung der Beiträge des neuesten Versicherungsjahres berechtigt, die für den Versicherten geleistet wurden, dessen Versicherungsschutz widerrufen wurde. Voraussetzung hierfür ist, dass keine Erstattungsanträge eingereicht bzw. erstattet wurden. Wenn Sie Ihren Versicherungsvertrag nicht innerhalb der Widerrufsfrist von 30 Tagen widerrufen (oder eine Änderung beantragen), ist der Versicherungsvertrag für beide Vertragsparteien bindend und der gesamte Beitrag für das jeweilige Versicherungsjahr in der von Ihnen gewählten Zahlungsweise zu bezahlen.

Gründe für die Beendigung Ihres Versicherungsschutzes

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

- Wenn Sie die Beiträge nicht spätestens zum Fälligkeitsdatum bezahlen. Wenn Sie die ausstehenden Beiträge innerhalb von 30 Tagen nach Fälligkeit bezahlen, kann die Versicherung ohne Ausfüllen einer neuen Gesundheitserklärung bestehen bleiben.
- Wenn Sie etwaige Versicherungssteuern bzw. andere Steuern, Abgaben oder Gebühren, die laut Vertrag zu entrichten sind, nicht spätestens bis zum Fälligkeitsdatum bezahlen.
- Bei Tod des Versicherungsnehmers. Weitere Informationen können Sie dem Abschnitt „Tod des Versicherungsnehmers oder eines Familienangehörigen“ entnehmen.
- Wenn hinreichende Beweise dafür vorliegen, dass der Versicherungsnehmer oder ein Angehöriger uns getäuscht hat oder versucht hat, uns zu täuschen. Damit ist gemeint, dass Sie uns falsche Informationen genannt haben oder Tatsachen verschwiegen haben oder mit Ihrem Einverständnis von einem Dritten vorsätzlich oder fahrlässig falsche Angaben machen ließen, 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 Sie sich entscheiden, Ihren Versicherungsvertrag, nachdem Sie uns schriftlich innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt der vollständigen Versicherungsbedingungen oder nach dem Anfangs-/Verlängerungsdatum Ihrer Versicherung, je nachdem, welcher Termin später liegt, zu widerrufen. Weitere Informationen können Sie dem Abschnitt „Ihr Widerrufsrecht“ entnehmen.

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

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

Ablauf der Versicherung

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

Beitragszahlung

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

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

Zahlen Sie Ihre Beiträge bitte in der Währung, die Sie bei 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**

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

Wird der Erstbeitrag nicht fristgerecht bezahlt, können wir so lange vom Vertrag zurücktreten, wie der Erstbetrag 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. Wird ein Folgebeitrag nicht fristgerecht bezahlt, so können wir schriftlich und zu Ihren Lasten eine Frist von mindestens zwei Wochen zur vollständigen Bezahlung des ausstehenden Beitrags setzen. Nach Ablauf dieser Frist können wir den Vertrag schriftlich und mit sofortiger Wirkung kündigen und die Zahlungen Ihrer Leistungen einstellen.

Die Wirksamkeit der Kündigung kann aufgehoben werden, indem 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 aus dieser Versicherungspolice, aus einer gesetzlichen Krankenversicherung und anderen Versicherungen wird auf keinen Fall den Rechnungsbetrag übersteigen.

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

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. Bei Policen mit Moratorium gilt der Moratoriumsversicherungsschutz auch dann noch, wenn Sie uns über etwaige Vorerkrankungen informieren - wir können auf dieser Grundlage aber neue Bedingungen für den Plan anwenden, ihn für nichtig erklären oder kündigen und/oder damit verbundene Ansprüche kürzen oder ablehnen.
Wenn sich der Vertrag aufgrund von Falschangaben oder Nichtoffenlegung wesentlicher Informationen als ungültig erweist, werden wir den zu viel gezahlten Versicherungsbeitrag zurückerstatten, abzüglich der Kosten für bereits erstattete Leistungen. Falls der Betrag der bereits erstatteten Leistungen höher als der geleistete Versicherungsbeitrag sein sollte, werden wir die Rückerstattung dieses Betrags beim Hauptversicherten geltend machen.
- b) Wir werden keine Erstattungen leisten, wenn:

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

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

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 (z. B. wenn wir eine E-Mail-Adresse für einen erwachsenen Angehörigen wissen möchten), setzen wir uns mit Ihnen als Kontaktperson in Verbindung und fragen Sie nach den relevanten Informationen, sofern diese vorliegen und keine vertraulichen Informationen sind. Genauso 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 sollten 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 13 02**

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:

 **+353 1 630 130**

 **client.services@e.allianz.com**

 Customer Advocacy Team (Kundenvertretung), Allianz Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irland.

Wir werden Ihre Beschwerde nach unserem internen Beschwerdemanagement-Prozess handhaben.

Weitere Einzelheiten finden Sie hier:

 **www.allianzcare.com/complaints-procedure**

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

Mediation

1. Jegliche Streitigkeiten über die medizinische Auslegung von Ergebnissen eines Unfalls oder eines medizinischen Befunds müssen uns innerhalb von neun Wochen nach der Entscheidung mitgeteilt werden. Solche Streitigkeiten werden durch zwei medizinische Experten beigelegt, die von Ihnen und uns schriftlich ernannt werden.
2. Falls Streitigkeiten nicht gemäß Punkt 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:

- aus diesem Vertrag (oder aus dessen Bruch, Beendigung oder Unwirksamkeit) hervorgehen oder diesen betreffen, und deren Streitwert mehr als 500.000€ beträgt oder
- die zur Schlichtung gemäß Punkt 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 die Leistungen unserer 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:

A

Akut

Der plötzlichen Beginn von Symptomen oder einer Erkrankung.

Allergietests

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

Allgemeinmedizinerkosten

Alle außer-chirurgischen Behandlungen, die von einem praktischen Arzt durchgeführt oder überwacht werden.

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 Höchstleistungsbetrag der Leistung „Ambulante Notfallbehandlung“ hinausgehen, im Rahmen des Ambulanttarifs. In diesem Fall gelten die Bestimmungen des Ambulanttarifs.

Ambulante Operationen

Chirurgische Eingriffe, die in einer Arztpraxis, einer Tagesklinik oder einem Krankenhaus durchgeführt werden und es aus medizinischer Sicht nicht erfordern, dass Sie über Nacht bleiben.

Ambulante zahnärztliche Notfallbehandlung

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

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.

Ärzte für Allgemeinmedizin

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

Ärztlicher Rat

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

B

Behandlung

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

Behandlungen bei Unfruchtbarkeit

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

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

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

Behandlung von Essstörungen

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

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

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

Die Behandlung wird im Rahmen der Leistung „Psychiatrie und Psychotherapie“ Ihres Ambulanttarifs versichert (falls Sie einen haben). Überprüfen Sie Ihre Tarifliche Leistungszusage, um weitere Informationen zu möglichen Höchstleistungsbeträgen zu erhalten.

Behandlung von Krankheiten des autistischen Formenkreises

Eine Reihe von Therapien, um die Fähigkeiten einer versicherten Person mit Autismus zu verbessern. Dies umfasst die medizinische Behandlung durch Fachärzte und zugelassene Programme zur Verhaltenswissenschaft. Die Behandlung wird im Rahmen der Leistung „Psychiatrie und Psychotherapie“ Ihres Ambulanttarifs versichert (falls Sie einen haben). Überprüfen Sie Ihre Tarifliche Leistungszusage, um weitere Informationen zu möglichen Höchstleistungsbeträgen zu erhalten. Wir versichern keine Aufnahme, Aufenthalte oder teilstationäre Behandlungen in spezialisierten pädagogischen Einrichtungen.

Beratung nach der Geburt

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

Beratung nach der Geburt

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

Beschäftigungstherapie

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

- Fein- und Grobmotorik (wie Sie kleine, präzise Aufgaben und Ganzkörperbewegungen ausführen)
- Sensorische Integration (wie das Gehirn eine Reaktion auf Ihre Sinne organisiert)
- Koordination, Gleichgewicht und andere Fähigkeiten wie Anziehen, Essen und Pflegen
Nach jeweils 20 Sitzungen muss ein Behandlungsbericht bei uns eingereicht werden.



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.

Chirurgisch zahnärztliche Eingriffe

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

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 oder mehrere 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.

CPME/CTT

„Continuous Personal Medical Exclusions“ und für „Continuous Transfer Terms“. Diese Akronyme beziehen sich auf die Fortführung der gleichen Versicherungsbedingungen, einschließlich aller besonderen Ausschlüsse oder Zuschläge, die bei Ihrem vorherigen Versicherer galten. Sie unterliegen keiner neuen Risikoprüfung. Der Versicherungsschutz unterliegt weiterhin den Leistungen und Bedingungen des Tarifs bei uns. Die

Risikoprüfung bei uns kann CPME/CTT, früher MORI, oder CPME/CTT, früher FMU, sein. Weitere Informationen finden Sie im Abschnitt „CPME/CTT früher MORI“ und „CPME/CTT früher FMU“.

CPME/CTT früher FMU

Die Fortsetzung Ihrer Risikoprüfungsbedingungen, die Sie bei einem früheren Versicherer hatten. Der Versicherungsschutz unterliegt weiterhin den Leistungen und Bedingungen des Tarifs bei uns.

CPME/CTT früher MORI

Die Fortsetzung Ihres Moratoriumsbeginndatums, wenn Sie bei einem früheren Versicherer Moratoriumsversicherungsbedingungen hatten. Der Versicherungsschutz unterliegt weiterhin den Leistungen und Bedingungen des Tarifs bei uns.



Diagnostische Untersuchungen

Untersuchungen wie Röntgenaufnahmen oder Bluttests, die zur Diagnose vorgenommen 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.

Die Zähne betreffende verschreibungspflichtige Arzneimittel

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

Digitale Health App (Gesundheits-App)

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

Direkte Familienvorbelastung

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

Drogen- und Alkoholabhängigkeitsbehandlung

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

E

Eigenanteil

Der Prozentsatz der Kosten, den Sie zahlen müssen. Wenn beispielsweise eine Leistung zu 80% erstattet wird, fällt dafür eine Zuzahlung 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.

Ein allgemeiner Ratschlag

Jede medizinische Meinung oder medizinische Empfehlung einer relevanten akkreditierten Berufsorganisation in Bezug auf eine Erkrankung oder eine Behandlung, die nach unserer Einschätzung eine gängige medizinische Praxis oder Meinung bestätigt.

Elterngeld

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

Er ergänzende Behandlung

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

Ernährungsberaterkosten

Kosten für eine Ernährungsberatung durch einen medizinischen Experten, der eine entsprechende Qualifikation und Praxis in dem Land besitzt, in dem die Behandlung erfolgt. Falls versichert, erstreckt sich der Versicherungsschutz ausschließlich auf diagnostizierte, erstattungsfähige Erkrankungen.

Erste-Hilfe-Kurs

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

F

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

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

Familienkosten während der Geburt

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

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

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

- am Tag, an dem Ihr Baby geboren wird
- am Tag vor der Geburt Ihres Babys
- am Tag nach der Geburt Ihres Babys

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

Fitness Test

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

G

Geburtsvorsorge

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

H

Häusliche Pflege oder Aufenthalt in einem Genesungsheim

Krankenpflege, die sich unmittelbar an eine tarifgemäße stationäre oder teilstationäre Behandlung anschließt oder diese ersetzt. Wir erstatten die in der Tariflichen Leistungszusage aufgeführten Leistungen, wenn der behandelnde Arzt entscheidet, dass Ihr Aufenthalt in einem Genesungsheim oder die häusliche Pflege medizinisch notwendig ist. Diese Leistung muss außerdem von unserem

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

Hebammenkosten

Von Hebammen oder Geburtshelfern in Rechnung gestellten Kosten. Die Hebammen und Geburtshelfer müssen gemäß den Gesetzen des Landes, in dem die Behandlung stattfindet, die erforderliche Ausbildung absolviert und die jeweiligen staatlichen Prüfungen bestanden haben.

Heimatland

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

HIV oder AIDS-Behandlung

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

Hormonersatztherapie

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

I

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
- Malariaprophylaxe

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.

K

Kieferorthopädie

Der Einsatz von Hilfsmitteln zur Korrektur von Fehlstellungen (Zahn- und Bissfehlstellungen). Wir versichern nur kieferorthopädische Behandlungen, die den unten beschriebenen medizinisch notwendigen Kriterien entsprechen. Da die Kriterien sehr fachspezifisch sind, setzen Sie sich bitte vor Beginn der Behandlung mit uns in Verbindung, damit wir prüfen können, ob Ihre Behandlung diese Kriterien erfüllt.

Medizinische Notwendigkeit – Kriterien:

- a) Erhöhter Überbiss > 6 mm, aber ≤ 9 mm
- b) Umgekehrter Überbiss > 3,5 mm ohne Kau- oder Sprachschwierigkeiten
- c) Frontaler oder hinterer Kreuzbiss mit > 2 mm Diskrepanz zwischen der zurückgezogenen Kontaktposition und der Interkuspidation
- d) Starke Zahnfehlstellungen > 4
- e) Extreme laterale oder frontale offene Bisse > 4 mm
- f) Erhöhter und vollständiger Überbiss mit gingivalen oder palatinalen Traumata
- g) Weniger ausgedehnte Hypodontie, die eine prärestaurative Kieferorthopädie oder einen kieferorthopädischen Schließung von Lücken erfordert, um die Notwendigkeit einer Prothese zu vermeiden
- h) Hinterer lingualer Kreuzbiss ohne funktionellen okklusalen Kontakt in einem oder mehreren bukkalen Segmenten
- i) Umgekehrter Überbiss > 1 mm, aber < 3,5 mm mit aufgezeichneten Kau- und Sprachschwierigkeiten

- j) Teilweise durchgebrochene Zähne, gekippt und gegen benachbarte Zähne geschlagen
- k) Vorhandene überzählige Zähne

Lassen Sie uns bitte einige unterstützende Informationen zukommen, um nachzuweisen, dass Ihre Behandlung medizinisch notwendig und daher durch Ihren Tarif abgedeckt ist. Zu den von uns angeforderten Informationen können gehören:

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

Wir übernehmen nur die Kosten für Standard-Zahnspangen aus Metall und/oder herausnehmbare Standard-Apparate. Wir übernehmen jedoch die Kosten für kosmetische Behandlungsgeräte wie Linguaspangen und unsichtbare Aligners bis zu der Höhe der Kosten von Zahnspangen aus Metall gemäß des maximalen Erstattungsbetrags für die Leistung „Kieferorthopädische Behandlungen“.

Kinderhörtests

Beitrag zu den Leistungen eines entsprechend qualifizierten und anerkannten Hörgeräteakustikers im Behandlungsland. Die Inanspruchnahme für diese Leistung gilt für Kinder bis 16 Jahre. Ihr Kind muss zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Leistung versichert sein. Bitte fügen Sie Ihrem Erstattungsantrag eine mit Datum versehene Rechnung des Dienstleisters bei.

Kinderpflege zu Hause

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

- innerhalb von zwei Wochen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus beginnen.
- nach max. sechs Wochen nach Entlassung abgeschlossen sein.
- von einer qualifizierten Krankenschwester bereitgestellt werden, die im Land der Behandlung registriert ist.

Kinderpflege zu Hause: Diese Leistung gilt nur, wenn nicht erstattungsfähig unter der Leistung „Häusliche Pflege oder Aufenthalt in einem Genesungsheim“ oder, wenn Sie bereits den Höchsterstattungsbetrag für diese Leistung erreicht haben. Bitte fügen Sie Ihrem Erstattungsantrag eine mit Datum versehene Rechnung des Anbieters bei.

Komplikationen bei der Entbindung

Medizinisch notwendige Kosten aufgrund von Komplikationen bei der Entbindung. Wenn Ihr Tarif die Leistungen „Reguläre Schwangerschaft“ oder „Reguläre Entbindung und Neugeborenenpflege“ umfasst, umfasst „Komplikationen bei der Entbindung“ medizinisch notwendige Kaiserschnittentbindungen.

Komplikationen während der Schwangerschaft

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

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

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

Kosten für eine Begleitperson im Falle einer/s medizinischen Überführung/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 umfasst keine Kosten für Hotelübernachtungen sowie andere zugehörige Kosten.

Krankenhaus

Eine Einrichtung, in der ein Patient unter ständiger Beobachtung eines Arztes steht, und die in dem Land, in dem sie betrieben wird, als medizinische oder chirurgische Klinik zugelassen ist. Folgende Einrichtungen werden nicht als Krankenhaus betrachtet: Erholungs- und Pflegeheime, Kureinrichtungen, Kurzentren und Sanatorien.

Krankenhaustagegeld

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

Krebsvorsorgeuntersuchungen

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



Land des Hauptwohnsitzes

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

Langzeitpflege

Pflege über einen längeren Zeitraum nach vollständiger Beendigung der ersten Akut-/Heilbehandlung. Gewöhnlich handelt es sich dabei um eine chronische Krankheit oder Behinderung, die eine ununterbrochene/kontinuierliche medizinische Versorgung erfordert, oder wenn die Behandlungsmöglichkeiten auf die bestehende Pflegestufe beschränkt sind. Langzeitpflege kann zu Hause, in der Gemeinde, in einem Krankenhaus, in einer Langzeitpflegeeinrichtung oder einem Pflegeheim erteilt werden.

Laseraugenkorrektur

Die chirurgische Verbesserung der refraktiven Eigenschaft der Hornhaut mittels Lasertechnologie, inklusive der notwendigen präoperativen Untersuchungen.

Lokaler Krankentransport

Krankentransport im Notfall oder aus medizinischer Notwendigkeit in die nächstgelegene oder nächste zugelassene medizinische Einrichtung.



Medizinische Notwendigkeit

Medizinische Behandlungen, Services 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

Ein optionaler Tarif und in der Tariflichen Leistungszusage aufgeführt, falls er abgeschlossen wurde. Wenn die von Ihnen benötigte Behandlung durch den Versicherungsschutz gedeckt, jedoch vor Ort nicht erhältlich ist, können Sie sich im Rahmen dieser Leistung medizinisch in Ihr Heimatland überführen und sich dort behandeln lassen (anstatt in der nächstgelegenen geeigneten medizinischen Einrichtung). Dies ist nur möglich, wenn Ihr Heimatland innerhalb des versicherten geografischen Geltungsbereichs liegt. 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

In den folgenden Fällen:

- 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.

Moratorium (MORI)

Eine Wartezeit von 24 Monaten, entweder ab Ihrem Versicherungsbeginndatum oder dem Datum, das im Abschnitt „Sonderevereinbarungen“ Ihres Versicherungsscheins angegeben ist. Diese muss verstrichen sein, bevor Versicherte Anspruch auf bereits bestehende Erkrankungen im Rahmen des Tarifs haben können. Dies schließt die Laufzeit von CPME/CTT vormals MORI mit ein. Sobald der (ununterbrochene) Zeitraum von 24 Monaten nach Ihrem Versicherungsbeginndatum verstrichen ist, können bereits bestehende Erkrankungen mitversichert sein, vorausgesetzt, Sie hatten keine Symptome, benötigten oder erhielten keine Behandlung, Medikamente, eine spezielle Diät oder Beratung oder hatten anderen Anzeichen für die Erkrankung.

N

Neugeborenenpflege

Folgende notwendigen Untersuchungen, Behandlungen und diagnostischen Tests nach der Geburt:

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

Es besteht kein Versicherungsschutz für weitere vorbeugende diagnostische Untersuchungen wie Abstriche oder der Feststellung der Blutgruppe. Wenn Ihr Kind jedoch aus medizinischen Gründen Nachuntersuchungen oder Behandlungen benötigt, sind diese im Rahmen der Police des Neugeborenen versichert (sofern es als Angehörige/r mitversichert wurde). Die stationäre Behandlung für Mehrlingsgeburten infolge medizinisch assistierter Fortpflanzung, alle Babys aus einer Leihmutterchaft sowie Adoptiv- und Pflegekinder, ist bis zu einem Höchstbetrag von 24.900€/30.000€/40.500US\$/CHF39.000 pro Kind für die ersten drei Monate nach der Geburt versichert. Kosten für ambulante Behandlungen werden innerhalb der Höchstleistungsbeträge eines entsprechenden Ambulanttarifs erstattet.

Nicht verschriebene Physiotherapie

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

Notfallbehandlung

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 Notfallereignisses beginnen, sind versichert.

Notfallbehandlung außerhalb des versicherten Geltungsbereichs

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



Okulomotortherapie

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

Onkologie

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

Organtransplantation

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

Orthomolekulare Behandlung

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

P

Palliativmedizinische Betreuung

Eine laufende Behandlung, die auf die Linderung des körperlichen/seelischen Leidens bei fortschreitenden, unheilbaren Erkrankungen und auf die Erhaltung der Lebensqualität abzielt. Sie umfasst stationäre, teilstationäre und ambulante Behandlungen nach der Diagnose einer unheilbaren Erkrankung. Wir erstatten die Kosten für körperliche Pflege, psychologische Behandlungen, den Aufenthalt in einem Krankenhaus oder einem Hospiz sowie verschreibungspflichtige Arzneimittel und Medikamente.

Partner

Eine Person, mit der Sie seit mindestens 12 Monaten in einer ehelichen Beziehung leben.

Podologie

Medizinisch notwendige Behandlungen durch einen staatlich anerkannten Podologen.

Postoperative Behandlungen

Ambulante Behandlung, die innerhalb von 90 Tagen nach der Entlassung aus einer stationären, teilstationären Behandlung oder Tagesklinik wegen derselben akuten Erkrankung erforderlich ist. Diese Leistung versichert Arzthonorare, Facharzthonorare, ambulante Operationen, verschriebene Medikamente und Verbände, MRT-, PET- und CT-Scans, Röntgenaufnahmen, Pathologie und andere diagnostische Tests und Verfahren.

Präklinische Untersuchungen

Ambulant durchgeführte präklinische Untersuchungen, durchgeführt in den 72 Stunden vor einer stationären oder teilstationären Behandlung, die von Ihrem Versicherungsschutz abgedeckt ist.

Präventive Behandlungen

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

Präventive Operationen

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

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

Psychiatrie und Psychotherapie

Die Behandlung von psychischen Erkrankungen, Verhaltens- und Persönlichkeitsstörungen, einschließlich Krankheiten des autistischen Formenkreises und Essstörungen. Die Behandlung muss durch Psychiater, klinische Psychologen oder zugelassene Psychotherapeuten erfolgen. Die Erkrankung muss klinisch signifikant und die Behandlung medizinisch notwendig sein.

Jegliche stationäre oder teilstationäre Aufnahme muss die verschriebenen Arzneimittel für diese Erkrankung beinhalten. Eine ambulante psychotherapeutische Behandlung (falls versichert) muss von einem Arzt verschrieben werden und ist zunächst auf zehn Sitzungen pro erstellter Diagnose begrenzt. Nach jeweils zehn Sitzungen muss ein Psychiater den Erfolg der Behandlung überprüfen. Sollten Sie weitere Sitzungen brauchen, muss uns ein neuer Behandlungsbericht vorgelegt werden, in dem die Diagnose und die medizinische Notwendigkeit einer Weiterbehandlung dargelegt wird.

Eine Beratung ist über unser Expat-Unterstützungs-Programm verfügbar, bezieht sich auf das kurzfristige, lösungsorientierte Eingreifen und befasst sich typischerweise mit aktuellen Problemen, die auf der Bewusstseinssebene leicht gelöst werden können. Sie ist nicht für längerfristige Situationen oder die Behandlung von klinischen Störungen gedacht. Über das Expat-Unterstützungs-Programm können wir Sie und Ihre direkten Familienangehörigen dabei unterstützen, Stress, Trauer sowie Isolation und Einsamkeit zu bewältigen und Herausforderungen am Arbeitsplatz, Schwierigkeiten in Beziehungen und kulturelle Veränderungen zu meistern. Weitere Informationen finden Sie im Abschnitt zum Expat-Unterstützungs-Programm in diesem Handbuch.

R

Reguläre Entbindung

Medizinisch notwendige Kosten, die während der Entbindung anfallen. Diese umfassen Krankenhauskosten, Facharztkosten, Kosten für die Hebamme (nur während der Entbindung) sowie für die Neugeborenenpflege (siehe Definition für Neugeborenenpflege, für weitere Informationen zu was im Rahmen dieser Leistung mitversichert ist sowie zu stationären Höchsterstattungsbeträgen für Adoptiv- und Pflegekinder, alle Babys aus einer Leihmutterchaft und Mehrlingsgeburten, die infolge einer medizinisch assistierten Fortpflanzung geboren wurden). Kosten für Komplikationen bei Schwangerschaft und Entbindung werden von dieser

Leistung nicht umfasst. Kaiserschnitte, die nicht medizinisch notwendig sind, werden bis zu den Kosten für eine reguläre Entbindung in selben Krankenhaus versichert, im Rahmen der Höchstleistungsbeträge. Medizinisch notwendige Kaiserschnittentbindungen sind im Rahmen der Leistung „Komplikationen bei der Entbindung“ mitversichert.

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

Reguläre Schwangerschaft

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

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

Kaiserschnitte, die nicht medizinisch notwendig sind, werden bis zu den Kosten für eine reguläre Entbindung in selben Krankenhaus versichert, im Rahmen der Höchstleistungsbeträge der Leistung „Reguläre Schwangerschaft“. Medizinisch notwendige Kaiserschnittentbindungen sind im Rahmen der Leistung „Komplikationen bei der Entbindung“ mitversichert.

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

Rehabilitation

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

Wir übernehmen die Kosten für die stationäre oder teilstationäre Unterbringung nur, wenn die Aufnahme in eine Rehabilitationseinrichtung von Ihrem Arzt beantragt und von uns genehmigt wurde.

Reisekosten

Nur im Rahmen des Krankenversicherungstarifs für die Kanalinseln versichert. Wir erstatten Kosten für eine Hin- und Rückreise, bis zu dem in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegebenen Betrag, zu teilstationären Behandlungen in Privatkrankenhäusern, für postoperative ambulante Beratungen oder stationäre Behandlungen, wenn diese Leistungen im Rahmen Ihres Tarifs versichert sind und Ihr

Arzt uns schriftlich bestätigt, dass es für Sie medizinisch notwendig ist, zu einer anderen Kanalinsel, in das Vereinigte Königreich oder nach Frankreich zu reisen, um eine derartige Behandlung zu erhalten. Sie müssen sich vom britischen Gesundheitsministerium (Department of Health) schriftlich bestätigen lassen, dass Sie im Hinblick auf Reise- und Begleitkosten keinen Anspruch auf eine Reisekostenpauschale haben. Im Rahmen dieser Leistung erstatten wir nur die folgenden Reisekosten:

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

Reisekosten für Versicherte, 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 6 Wochen nach dem Sterbedatum beginnen.

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

Als angemessene Transportkosten gelten Kosten für Hin- und Rücktransport in der Economy-Klasse. Bitte fügen Sie Ihrem Erstattungsantrag Kopien der Reisetickets, der Sterbeurkunde oder eine ärztliche Bescheinigung bei, die den Grund für die Reise belegen. 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.

Die Reisekosten für versicherte Familienangehörige im Falle einer Überführung/eines Rücktransports sind mitversichert, wenn Sie einen Rücktransporttarif abgeschlossen haben. Der Versicherungsschutz umfasst keine Unterbringung im Hotel oder andere damit verbundene Kosten.

Reisekosten für versicherte Familienmitglieder im Falle einer Überführung der sterblichen Überreste

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

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.

S

Schwangerschaft

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

Schwangerschafts-Yoga oder Pilates

Zuschuss zu den Kosten für Yoga- oder Pilates-Kurse durch qualifizierte Lehrer für Versicherte während einer Schwangerschaft. Bitte fügen Sie Ihrem Erstattungsantrag eine mit Datum versehene Rechnung des Anbieters bei. Wir erstatten nur Besuche, die während der Schwangerschaft stattfinden.

Selbstbeteiligung

Der Kostenanteil, der von Ihnen zu zahlen ist und der von der Summe, die von uns zu zahlen ist, abgezogen wird.

Sofern Selbstbeteiligungen bestehen, gelten diese für alle Leistungen insgesamt und pro Versicherten und pro Versicherungsjahr, sofern nicht anderweitig in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegeben.

Sie/Ihr

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

Sprachtherapie

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

Sprachtherapie für Kinder

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

Stationäre Behandlungen

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

Stationäre zahnärztliche Notfallbehandlung

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

Stillberatung

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

T

Teilstationäre Behandlung

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

Therapeut

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

Todesfallleistung bei Unfällen

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



Übergewicht

Wenn der BMI (Body Mass Index, Körpermasseindex) einer Person über 30 liegt (ein BMI-Rechner steht auf unserer Website zur Verfügung: my.allianzcare.com/bmi-calc).

Unfall

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

Unterbringung im Krankenhaus

Die Standardunterbringung in einem Ein-, Zwei- oder Mehrbettzimmer, wie in der Tariflichen Leistungsusage beschrieben. Deluxe- und Executive-Zimmer sowie Suites sind nicht versichert. Diese Leistung kann nur erstattet werden, wenn der Krankenhausaufenthalt nicht im Rahmen einer anderen in der Tariflichen Leistungsusage aufgeführten stationären Leistung versichert ist. Wenn der Versicherte z. B. aufgrund einer Krebsbehandlung in ein Krankenhaus eingeliefert wird, ist die Unterbringung im Krankenhaus im Rahmen der Leistung Onkologie mitversichert. Beispiele für diese Leistungen sind (falls Teil Ihres Tarifs): Psychiatrie und Psychotherapie, Organtransplantation, Onkologie, Reguläre Schwangerschaft, Palliativmedizinische Betreuung und Langzeitpflege.



Verschreibungspflichtige Arzneimittel

Arzneimittel, die Sie nicht ohne ärztliches Rezept kaufen können und die eine bestätigte Diagnose oder Krankheit behandeln oder einen Mangel an lebenswichtigen Körpersubstanzen ausgleichen sollen. Beispiele sind Antibiotika und Beruhigungsmittel. Verschreibungspflichtige Arzneimittel müssen auf ihre klinische Wirkung für den diagnostizierten Zustand getestet sein. Sie müssen außerdem von international anerkannten medizinischen Richtlinien anerkannt werden. Sie können Erstattungen für verschreibungspflichtige Arzneimittel für eine Versorgung von bis zu 3 Monaten ab dem Datum des Rezepts geltend machen, je nach Restlaufzeit der Versicherung.

Verschriebene Arzneimittel

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

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

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

Verschriebene Brillen und Kontaktlinsen, einschließlich Augenuntersuchungen

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

Verschriebene medizinische Hilfsmittel

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

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

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

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 zwölf Sitzungen pro erstellter Diagnose begrenzt. Danach muss der Arzt, der die Überweisung veranlasst hat, die Behandlung überprüfen. Sollten weitere Sitzungen notwendig sein, muss uns nach jeweils zwölf Sitzungen ein neuer Behandlungsbericht vorgelegt werden, in dem die medizinische Notwendigkeit einer Weiterbehandlung dargelegt wird. Physiotherapie umfasst keine Therapien wie Rolfing, Massage, Pilates, Fango und Milta.

Versicherte Person

Sie und Ihre Familienangehörigen, wie im Versicherungsschein aufgeführt.

Versicherungsjahr

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

Versicherungsschein

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

Videoberatungsservices

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

Vollständige medizinische Risikoprüfung

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

Vorerkrankungen

Krankheiten, für die im Laufe Ihres Lebens oder das Ihrer Angehörigen ein oder mehrere Symptome aufgetreten sind. Dies gilt unabhängig davon, ob Sie oder Ihre Angehörigen eine medizinische Behandlung oder einen ärztlichen Rat erhalten haben. Eine solche Vorerkrankung besteht, wenn wir davon ausgehen können, dass Sie oder Ihre Angehörigen davon Kenntnis hatten.

Die folgenden Bestimmungen zu Vorerkrankungen gelten, wenn Ihr Versicherungsschein zeigt, dass Ihre Versicherungsbedingungen vollständige medizinische Risikoprüfung oder CPME/CTT früher FMU sind:

Ihre Versicherung umfasst Vorerkrankungen, es sei denn, wir teilen Ihnen schriftlich etwas anderes mit.

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

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

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

Die folgenden Bestimmungen zu Vorerkrankungen gelten, wenn Ihr Versicherungsschein zeigt, dass Ihre Versicherungsbedingungen Moratorium oder CPME/CTT früher MORI sind:

Ein Erstattungsantrag wird nicht erstattet, wenn er sich auf eine Vorerkrankung bezieht und einer oder mehrere der folgenden Punkte innerhalb von 24 Monaten vor Ihrem Versicherungsbeginn (oder dem in Ihrem Versicherungsschein angegebenen Datum) zutrafen:

- Es war vorhersehbar, dass die Erkrankung nach Ihrem Versicherungsbeginn auftreten würde.
- Die Erkrankung hat sich deutlich gezeigt.
- Sie hatten Anzeichen oder Symptome der Erkrankung.
- Sie haben wegen der Erkrankung um Rat gefragt.
- Sie wurden wegen der Erkrankung behandelt, oder
- Sie wussten nach bestem Wissen und Gewissen, dass Sie erkrankt waren.

Sobald der (ununterbrochene) Zeitraum von 24 Monaten nach Ihrem Versicherungsbeginndatum verstrichen ist, können bereits bestehende Erkrankungen mitversichert sein, vorausgesetzt, Sie hatten keine Symptome, benötigten oder erhielten keine Behandlung, Medikamente, eine spezielle Diät oder Beratung oder hatten anderen Anzeichen für den medizinischen Zustand/die Erkrankung.

Vorsorgeuntersuchungen, einschl. Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten

Untersuchungen und Tests, die im angemessenen Alter und ohne das Vorhandensein von klinischen Symptomen durchgeführt werden. Um für diese Leistung versichert zu sein, muss die Vorsorgeuntersuchung in einer zugelassenen

medizinischen Einrichtung oder unter Anleitung eines Arztes in einem angemessenen Rahmen und in Übereinstimmung mit den internationalen klinischen Behandlungsrichtlinien durchgeführt werden.

W

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 Wartezeiten gelten für Sie nicht, wenn Sie eine nicht risikogeprüfte Police haben.

Wir/unser/uns

AWP Health & Life SA.

Z

Zahnärztliche Parodontalbehandlung

Zahnbehandlungen im Zusammenhang mit Zahnfleischerkrankungen.

Zahnbehandlungen

Eine jährliche Vorsorgeuntersuchung, einfache Füllungen aufgrund von Löchern oder Karies, Wurzelkanalbehandlungen sowie verschreibungspflichtige Arzneimittel.

Zahnersatz

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

Zahn- und kieferchirurgische Maßnahmen

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

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

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

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.

A) DIE FOLGENDEN AUSSCHLÜSSE GELTEN FÜR ALLE UNSERE TARIFE, SOFERN NICHT ANDERS ANGEZEIGT:

ABSICHTLICH HERBEIGEFÜHRTE KRANKHEITEN UND SELBST VERURSACHTE VERLETZUNGEN

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

ÄRZTLICHE BERATUNG DURCH SIE SELBST ODER EIN FAMILIENMITGLIED

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

AUFENTHALTE IN KURZENTREN

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

BEHANDLUNG AUSSERHALB DES VERSICHERTEN GEOGRAFISCHEN GELTUNGSBEREICHES

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

BEHANDLUNGEN BEI UNFRUCHTBARKEIT

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

BEHANDLUNG IN DEN USA IN DEN FOLGENDEN FÄLLEN

Behandlungen in den USA, wenn wir vermuten, dass der Versicherungsschutz nur abgeschlossen wurde, um Behandlungen in den USA aufgrund einer Krankheit oder Symptomen zu erhalten, die:

- bereits vor Versicherungsabschluss aufgetreten sind
- oder bevor Sie die USA in Ihren versicherten Geltungsbereich aufgenommen haben.

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

DROGENABHÄNGIGKEIT ODER ALKOHOLISMUS

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

ENTWICKLUNGSSTÖRUNGEN

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

ERGÄNZENDE 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

Geburtsvor- und Geburtsnachbereitungskurse.

GENETISCHE TESTS

Genetische Tests außer:

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

GESCHLECHTSUMWANDLUNG

Operationen und Behandlungen zur Geschlechtsumwandlung.

HAARVERLUST UND HAARERSATZ

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

HAUSBESUCHE

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

KOMPLIKATIONEN AUFGRUND IM RAHMEN IHRES TARIFES 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 oder ästhetische Behandlung zur Verbesserung des Aussehens, selbst wenn medizinisch verschrieben. Hierzu zählen auch Behandlungen durch einen plastischen Chirurgen, unabhängig davon, ob sie medizinischen/psychologischen Zwecken dienen oder nicht. Es gelten folgende Ausnahmen:

- Rekonstruktive Operationen zur Wiederherstellung der Funktion oder der äußeren Erscheinung nach einem entstellenden Unfall oder im Rahmen einer chirurgischen Behandlung im Zusammenhang mit einer Krebserkrankung, vorausgesetzt, die Unfallbehandlung oder die Erstoperation waren ebenfalls von dieser Police abgedeckt.
- Operationen zur Geschlechtsumwandlung, wenn Sie die Kriterien für Leistungen bei Geschlechtsdysphorie erfüllen.

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

ORTHOMOLEKULARE BEHANDLUNG

Bitte lesen Sie die Definition zu „Orthomolekulare Behandlung“.

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.

STERILISIERUNG, SEXUELLE DYSFUNKTION UND VERHÜTUNG

Untersuchungen, Behandlungen und Folgeerscheinungen:

- Sterilisierung
- sexueller Dysfunktion (es sei denn, diese Störung resultiert aus einer vollständigen Entfernung der Prostata infolge einer Krebsbehandlung)
- Verhütung, einschließlich des Einsetzens und Entfernens jeglicher zur Verhütung gebräuchlicher Hilfsmittel, es sei denn, sie werden aus medizinischen Gründen verschrieben, die nichts mit Verhütung zu tun haben.

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

SUCH-UND/ODER BERGUNGSEINSÄTZE

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

TEILNAHME AN EINEM KRIEG ODER ILLEGALEN AKTIVITÄTEN

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

- Krieg
- Aufruhr
- Zivile Unruhen
- Terrorismus
- Kriminelle Aktivitäten
- 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- UND SPINA-BIFIDA-TESTS

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

ÜBERGEWICHT

Untersuchungen und Behandlungen aufgrund von Übergewicht.

VERLETZUNGEN ODER KRANKHEITEN VERURSACHT DURCH BERUFS- ODER EXTREMSPORT/AKTIVITÄTEN

Behandlung oder diagnostische Verfahren für Verletzungen oder Krankheiten, die durch die Teilnahme an Berufs-oder Extremsport/aktivitäten zurückzuführen sind, einschließlich, aber nicht beschränkt auf:

- 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 Motorradsport, 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.

VITAMINE ODER MINERALSTOFFE

Produkte, die wie folgt klassifiziert sind:

- Vitamine oder Mineralstoffe (außer während einer Schwangerschaft oder zur Behandlung eines diagnostizierten und klinisch relevanten Vitaminmangels)
- Nahrungsmittelergänzungsprodukte, inklusive Spezialbabynahrung und kosmetischer Produkte

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

ZAHNVENEERS

Zahnveneers und die damit verbundenen Maßnahmen.

LEISTUNGEN, DIE NICHT IN IHRER TARIFLICHEN LEISTUNGSZUSAGE AUFGEFÜHRT SIND.

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

- Komplikationen während der Schwangerschaft
- Zahnbehandlungen, chirurgisch zahnärztliche Eingriffe, zahnärztliche Parodontalbehandlung, kieferorthopädische Behandlungen und Zahnersatz. Die einzige Ausnahme sind zahn- und kieferchirurgische Maßnahmen, welche im Rahmen Ihres Haupttarifs versichert sind
- Ernährungsberaterkosten
- Zahnärztliche Notfallbehandlung
- Kosten für eine Begleitperson im Falle einer/s medizinischen Überführung/Rücktransports
- Vorsorgeuntersuchungen, einschließlich Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten
- Hausentbindungen
- Behandlungen bei Unfruchtbarkeit
- 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, reguläre Entbindung und Neugeborenenpflege sowie Komplikationen bei der Entbindung
- 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

TODESFALLEISTUNG 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 unterirdischer Bergbau unter Tage 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, bei dem die britische Regierung ihren Staatsbürgern empfohlen hat, dieses zu verlassen (unabhängig davon, welche Nationalität der Versicherte hat), und von sämtlichen Reisen in dieses Land abrät; oder
 - Reisen oder Aufenthalte, die länger als 28° Tage dauern, in einem Land oder Gebiet, bei dem die britische Regierung von allen nicht absolut notwendigen Reisen abrät.

Der Ausschluss des passiven Kriegsrisikos gilt unabhängig davon, ob der Anspruch direkt oder indirekt aus einem Krieg, Aufruhr, zivilen Unruhen, Terrorismus, kriminellen oder anderweitigen illegalen Aktivitäten oder Maßnahmen gegen ausländische Feindseligkeiten hervorgeht, unabhängig davon, ob ein Krieg erklärt wurde oder nicht.

- Drogen- oder Alkoholeinfluss.
- Todesfälle, die mehr als 365 Tage nach Eintreten eines Unfalls als dessen Folge auftreten.
- Bewusste Gefahrenaussetzung- mit Ausnahme eines Versuchs, Menschenleben zu retten.
- Absichtliches Einatmen von Gas oder absichtliche Einnahme von giftigen Stoffen oder gesetzlich untersagten Drogen.
- Flüge in einem Luftfahrzeug, einschließlich Hubschraubern, sofern die versicherte Person kein Passagier ist und der Pilot keine rechtmäßige Lizenz hat oder Militärpilot ist und einen festen Flugplan eingereicht hat, sofern dies nach lokalen Vorschriften erforderlich ist.
- Aktive Teilnahme an 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 Motorradspport, 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.

B) DIE FOLGENDEN ZUSÄTZLICHEN AUSSCHLÜSSE GELTEN FÜR ALLE TARIFE, MIT AUSNAHME DES TARIFS FÜR DIE KANALINSELN (FÜR DIESEN TARIF GELTEN SPEZIELLE ZUSÄTZLICHE AUSSCHLÜSSE, DIE UNTEN UND AUF DEN FOLGENDEN SEITEN AUFGEFÜHRT SIND):

REISEKOSTEN

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

SPRACHTHERAPIE

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

VORERKRANKUNGEN (GILT FÜR VERTRÄGE MIT MORATORIUM ODER CPME/CTT FRÜHER MORI)

Bezieht sich auf Vorerkrankungen und wenn einer oder mehrere der folgenden Punkte innerhalb von 24 Monaten vor Ihrem Versicherungsbeginn (oder dem in Ihrem Versicherungsschein angegebenen Datum) zutrafen:

- Es war vorhersehbar, dass die Erkrankung nach Ihrem Versicherungsbeginn auftreten würde.
- Die Erkrankung hat sich deutlich gezeigt.
- Sie hatten Anzeichen oder Symptome der Erkrankung.
- Sie haben wegen der Erkrankung um Rat gefragt.
- Sie wurden wegen der Erkrankung behandelt.
- Sie wussten nach bestem Wissen und Gewissen, dass Sie erkrankt waren

Sobald der (ununterbrochene) Zeitraum von 24 Monaten nach Ihrem Versicherungsbeginn verstrichen ist, können bereits bestehende Erkrankungen mitversichert werden, vorausgesetzt, Sie hatten keine Symptome, benötigten oder erhielten keine Behandlung, Medikamente, eine spezielle Diät oder Beratung oder hatten anderen Anzeichen für die Erkrankung.

VORERKRANKUNGEN (GILT FÜR VERTRÄGE MIT VOLLSTÄNDIGER MEDIZINISCHER RISIKOPRÜFUNG ODER CPME/CTT FRÜHER FMU)

Vorerkrankungen (einschließlich chronischer Vorerkrankungen), wenn:

- auf einem Sondervereinbarungsformular, das wir vor Versicherungsbeginn ausgestellt haben, angegeben.
- Erkrankungen im Antragsformular nicht angegeben wurden.
- Erkrankungen zwischen dem Ausfüllen des Antragsformulars und später als zu den folgenden Zeitpunkten auftreten:
 - Datum, an dem wir den Versicherungsschein ausstellen oder
 - Datum des Versicherungsbeginns

Solche Erkrankungen unterliegen einer medizinischen Risikoprüfung und werden nicht mitversichert, sollten sie nicht angegeben worden sein.

C) DIE FOLGENDEN AUSSCHLÜSSE GELTEN NUR FÜR UNSEREN TARIF FÜR DIE KANALINSELN:

CHRONISCHE ERKRANKUNGEN

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

DIE FOLGENDEN LEISTUNGEN:

- Medizinische Überführung oder medizinischer Rücktransport.
- Okulomotortherapie.
- Brillenreparaturen.
- Überführung der sterblichen Überreste.
- Sprachtherapie.

HIV

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

ORGANTRANSPLANTATION

REISEKOSTEN

Reisekosten werden in folgenden Fällen nicht von uns erstattet:

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

REISEKOSTEN

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

REISEKOSTEN SOFERN DIE BEHANDLUNG VOR ORT VERFÜGBAR IST

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

VERSCHREIBUNGSPFLICHTIGE ARZNEIMITTEL UND VERBÄNDE

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

VORERKRANKUNGEN


ZAHNCHIRURGIE, ZAHNERSATZ, ZAHNÄRZTLICHE PARODONTALBEHANDLUNG UND KIEFERORTHOPÄDISCHE BEHANDLUNGEN

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

Sprechen Sie mit uns, wir helfen Ihnen gerne weiter!

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

Helpline rund um die Uhr für allgemeine Fragen und Hilfe im Notfall

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

Gebührenfreie Telefonnummern: www.allianzworldwidecare.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 von ihm autorisierte Person) Änderungen am Versicherungsvertrag vornehmen kann. Anrufern werden Sicherheitsfragen gestellt, um deren Identität zu bestätigen.

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

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

 **www.allianzcare.com**

 www.facebook.com/allianzcare

 www.x.com/AllianzCare

 www.youtube.com/user/allianzworldwide

 www.linkedin.com/company/allianz-care

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

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