



Internationaler Versicherungsschutz bei schweren Erkrankungen –
Versicherungshandbuch für die Gruppenversicherung
Gültig ab 1. Mai 2021

Avenue
auf Ihrem Lebensweg

Allianz  Care

Willkommen

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

Dieses Versicherungshandbuch besteht aus zwei Teilen: Lesen Sie den Teil „So nutzen Sie Ihren Versicherungsschutz“, um wichtige Informationen zu erhalten, bevor Sie Ihren Versicherungsschutz in Anspruch nehmen. Im Teil „Allgemeine Versicherungsbedingungen Ihres Versicherungsschutzes“ werden die Einzelheiten zu den Regelungen Ihres Versicherungsschutzes erklärt.

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

SO NUTZEN SIE IHREN VERSICHERUNGSSCHUTZ

Überblick über Ihren Versicherungsschutz	4
Medizinisches Fallmanagement	10

ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN IHRES VERSICHERUNGSSCHUTZES

Allgemeine Versicherungsbedingungen	16
Ihr Versicherungsschutz erklärt	18
Einmalzahlung – Prozess und Bedingungen	24
Medizinisches Fallmanagement	26
Beitragszahlungen	30
Verwaltung Ihrer Police	32
Weitere Bestimmungen für Ihren Versicherungsschutz	36
Datenschutz	38
Beschwerdeverfahren	39
Definitionen	40
Ausschlüsse	50

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**

ÜBERBLICK ÜBER IHREN VERSICHERUNGSSCHUTZ

Für was bin ich versichert?

Avenue versichert Sie (und Ihre mitversicherten Familienangehörigen), wenn Sie eine Behandlung für die unten aufgelisteten schweren Erkrankungen benötigen.

Medizinische Fälle mit Versicherungsschutz für Erwachsene und Kinder (unter 18):

- Knochenmarktransplantation
- Krebs (umfasst alle soliden Organkrebsarten, Lymphome und Leukämie)
- Herzklappenersatz oder -interventionen (für Kinder, nur wenn aufgrund von rheumatischem Fieber notwendig)
- Neurochirurgie
- Schwere Epilepsie

Versicherte medizinische Fälle nur für Erwachsene:

- Koronararterien-Angioplastie/-Stentimplantation
- Koronararterien-Bypass-Chirurgie
- Lebendspende-Organtransplantation
- Große gefäßchirurgische Eingriffe

Versicherte medizinische Fälle nur für Kinder (unter 18):

- Künstliche Gliedmaßen, die nach einem Gliedmaßenverlust bei einem Unfall erforderlich sind
- Kawasaki-Syndrom
- Meningitis/Enzephalitis

Wo kann ich Behandlungen erhalten?



Falls Sie eine Behandlung für die oben aufgelisteten medizinischen Fälle benötigen, können Sie sich in den Krankenhäusern und medizinischen Einrichtungen behandeln lassen, die Teil Ihres medizinischen Avenue-Netzwerks sind. Diese sind in Ihrer Tariflichen Leistungszusage aufgeführt.

Wir senden Ihnen eine Liste der Krankenhäuser und medizinischen Einrichtungen, die Teil Ihres gewählten Netzwerks sind und auf den bestimmten medizinischen Fall spezialisiert sind. Ist Ihr medizinischer Fall beispielsweise Krebs, senden wir Ihnen eine Liste der Krankenhäuser in Ihrem gewählten Netzwerk, die auf eine Krebsbehandlung spezialisiert sind. Sie können das Krankenhaus, in dem Sie behandelt werden möchten, dann aus dieser Liste auswählen.

Wir wählen die Krankenhäuser und medizinische Einrichtungen Angehörige in unserem Avenue-Netzwerk sorgfältig auf Grundlage der medizinischen Fachkompetenz und internationalen Dienstleistungsstandards aus. Je nach ausgewähltem Schutz haben Sie Zugang zu Krankenhäusern in unserem Avenue-Netzwerk im Nahen und Mittleren Osten, Asien, Afrika und Nordamerika.

Wenn Sie einen Avenue Business 1 Plus Tarif gewählt haben, sind Sie auch für erstattungsfähige Behandlungen im Land Ihres Hauptwohnsitzes versichert. Wenn Sie einen Avenue Business 2 Plus oder Avenue Business 3 Plus Tarif ausgewählt haben, sind Sie für erstattungsfähige Behandlungen im Land Ihres Hauptwohnsitzes und in Ihrem erklärten Heimatland versichert, falls sich dies von Ihrem Wohnsitzland unterscheidet.

Ab wann habe ich Anspruch auf Leistungen und Services in meinem Tarif?



Sobald Ihr Arzt bestätigt, dass Sie (oder eines Ihrer mitversicherten Familienmitglieder) eine Behandlung für einen der abgedeckten medizinischen Fälle benötigen, können Sie die Leistungen und Services in Anspruch nehmen. Ab diesem Zeitpunkt gilt Ihr Versicherungsschutz, d. h. die Kosten für die Erstdiagnose Ihres medizinischen Falls sind nicht über Ihren Tarif versichert. Der Versicherungsschutz unterliegt den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Ihres Tarifs, die in diesem Versicherungshandbuch und im Versicherungsschein erläutert werden.



Wie kann ich meinen Versicherungsschutz in Anspruch nehmen?



Rufen Sie uns so schnell wie möglich an, nachdem Ihr Arzt bestätigt hat, dass Sie (oder ein mitversichertes Familienmitglied) eine Behandlung für einen der versicherten medizinischen Fälle benötigt.

Unsere Helpline ist rund um die Uhr erreichbar und wir können Ihren Anruf jederzeit entgegennehmen:

+ 353 1 630 1302

Eine Liste unser aktuellen gebührenfreien Rufnummern finden Sie hier: www.allianzcare.com/toll-free-numbers.

@ client.services@allianzworldwidecare.com

Wenn Sie uns anrufen, bitten wir Sie um zusätzliche Dokumente zu Ihrer Diagnose, die dann von unserem Ärzteteam geprüft werden. Außerdem müssen wir bestätigen, dass der medizinische Fall nicht in Zusammenhang mit einer Vorerkrankung steht. Daher müssen Sie auch ein ärztliches Attest vorlegen, um zu beweisen, dass Sie oder Ihre Familienangehörigen in den letzten zehn Jahren bis zum Versicherungsbeginn keine Symptome hatten, keinen ärztlichen Rat eingeholt haben, keine Tests oder Untersuchungen benötigten und keine Behandlung irgendeiner Art erhielten. Alle medizinischen Informationen werden von unserem Ärzteteam geprüft.

Sofern notwendig, holen wir einen zweiten ärztlichen Rat von einem externen internationalen Facharzt ein, um Ihre Diagnose zu prüfen. Sobald Ihre Erstdiagnose bestätigt wurde und die entsprechende Wartezeit abgelaufen ist, haben Sie sofort Anspruch auf unser medizinisches Fallmanagement und



Leistungen. Zusätzlich können Sie eine Einmalzahlung erhalten, wenn Sie unser medizinisches Fallmanagement nicht in Anspruch nehmen möchten. Bitte überprüfen Sie Ihre Tarifliche Leistungszusage, um zu bestätigen, welche Wartezeiten für jede Option gelten.

Die beiden Optionen in Kürze:



Einmalzahlung

Ihr Tarif umfasst eine Einmalzahlung (den entsprechenden Betrag finden Sie in Ihrer Tariflichen Leistungszusage). Wenn Sie eine Einmalzahlung wählen, überweisen wir den Betrag auf Ihr Konto. Wenn Sie sich für diese Option entscheiden, haben Sie keinen Anspruch mehr auf die Services unseres medizinischen Fallmanagements und können auch für diesen bestimmten medizinischen Fall keine weiteren Behandlungsleistungen im Rahmen Ihrer Versicherung in Anspruch nehmen. Wenn jedoch in Zukunft eine andere Art von medizinischem Fall bei Ihnen diagnostiziert wird, der über Ihren Tarif versichert ist, haben Sie erneut die Möglichkeit, zwischen dem Zugang zum medizinischen Fallmanagement oder dem Erhalt einer Einmalzahlung zu wählen.



Medizinisches Fallmanagement

Wenn Sie diese Option auswählen, weisen wir Ihnen eine Ansprechperson für Ihren medizinischen Fall zu – einen medizinischen Experten aus unserem Ärzteteam. Ihre persönliche Ansprechperson für den medizinischen Fall ist für die Organisation einer Reihe von Leistungen für Sie verantwortlich, z. B. Buchung eines Ersttermins im Krankenhaus. Wenn Sie diese Option auswählen, haben Sie auch Anspruch darauf, sich die Kosten für Ihre Behandlung erstatten zu lassen. Ihre Behandlungskosten werden von uns übernommen, bis Sie den Höchstleistungsbetrag, der in Ihrer Tarifliche Leistungszusage angegeben ist, erreicht haben. Ab diesem Zeitpunkt endet Ihr Versicherungsschutz für diesen bestimmten medizinischen Fall. Wenn jedoch in Zukunft eine andere Art von medizinischem Fall bei Ihnen diagnostiziert wird, der über Ihren Tarif versichert ist, steht Ihnen der Höchstbetrag für diesen neuen medizinischen Fall erneut zur Verfügung.

Weitere Informationen dazu erhalten Sie im Teil zum medizinischen Fallmanagement. Der Wert der verfügbaren Einmalzahlung in Ihrem Avenue-Tarif kann geringer sein als der Wert des medizinischen Fallmanagements und der Leistungen, die wir im Rahmen der Versicherung zahlen. Bitte überprüfen Sie Ihre Tarifliche Leistungszusage, um zu verstehen, welcher Dienstleistungswert für jede Option gilt.

Wir sind nur dafür verantwortlich, Zugang zu einer Behandlung zu organisieren. Der Service für das medizinische Fallmanagement bietet keine medizinische und gesundheitliche Beratung und ist kein Ersatz für eine professionelle Beratung, Diagnose oder Behandlung. Wir übernehmen keinerlei Haftung für etwaige Forderungen, Verluste oder Schäden die direkt oder indirekt aus einer Handlung oder einem Versäumnis eines medizinischen Drittanbieters, einschließlich Behandlung, Beratung, Diagnose, Fehldiagnose oder Unterlassung einer Diagnose, entstehen.

Beratungsservice, rechtliche und finanzielle Beratung



Wir wissen, dass die Diagnose einer schweren Erkrankung besorgniserregend sein kann. Mit Avenue haben Sie Zugang zu einer psychologischen Beratung sowie rechtlichen und finanziellen Beratungsdiensten, um Sie und Ihre Familie dabei zu unterstützen, die Herausforderungen nach einer solchen Diagnose zu bewältigen. Diese Services bieten mehrsprachige Unterstützung und sind rund

um die Uhr verfügbar.

Die professionelle, vertrauliche Beratung bietet Ihnen und Ihrer Familie Zugang zu klinischen Psychologen und einer persönlichen Beratung, sowie Beratungen per Live Online-Chat, Telefon, Video oder über E-Mail.

Die von Avenue angebotene rechtliche und finanzielle Beratung wird Sie an geeignete Finanzberater und/oder Juristen überweisen, die Ihnen bei der Beantwortung von Fragen hilft, die Sie während Ihrer Behandlung haben.

Wir helfen Ihnen gerne weiter!



+1 905 886 3605

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



www.workhealthlife.com/AWCEXpat

(verfügbar auf Englisch, Französisch und Spanisch)

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

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



MEDIZINISCHES FALLMANAGEMENT

Wir verstehen, dass die Suche nach einer Behandlung stressig sein kann. Überlassen Sie uns die Verwaltungsarbeit und konzentrieren Sie sich darauf, gesund zu werden.

Wie es funktioniert

Ihre Betreuer sind Teil unseres eigenen medizinischen Teams und sind an Ihrer Seite:

01

Sie werden die Einzelheiten Ihres medizinischen Falls prüfen, z. B. ärztliche Gutachten, Untersuchungsergebnisse usw.). Sofern notwendig, hilft Ihnen Ihre Ansprechperson für den medizinischen Fall dabei, einen zweiten ärztlichen Rat von einem externen internationalen Facharzt einzuholen, um Ihre Diagnose zu prüfen. Sobald Ihre Diagnose bestätigt ist, besprechen und vereinbaren Sie mit Ihrer Ansprechperson für den medizinischen Fall einen Behandlungsplan.

02

Ihre Ansprechperson für den medizinischen Fall empfiehlt Ihnen Länder aus Ihrem ausgewählten Netzwerk, in denen Sie sich behandeln lassen können. Sobald Sie die Länder für eine Behandlung vereinbart haben, schlägt Ihre Ansprechperson Ihnen aus einer Liste geeigneter Krankenhäuser in diesen Ländern, die Teil unseres Avenue-Netzwerks sind, für Ihre Behandlung geeignete Krankenhäuser vor. Damit wird Ihnen die Suche erspart.

Informieren Sie dann Ihre Ansprechperson für den medizinischen Fall, welches Krankenhaus aus der Liste Sie für Ihre Behandlung ausgewählt haben.

Bitte beachten Sie:

Wenn Sie einen Avenue Business 1 Plus Tarif gewählt haben, sind Sie auch für erstattungsfähige Behandlungen im Land Ihres Hauptwohnsitzes versichert. Wenn Sie einen Avenue Business 2 Plus oder Avenue Business 3 Plus Tarif ausgewählt haben, sind Sie für erstattungsfähige Behandlungen im Land Ihres Hauptwohnsitzes und in Ihrem Heimatland versichert, falls sich dies von Ihrem Wohnsitzland unterscheidet. Informieren Sie Ihre Ansprechperson für den medizinischen Fall, wenn Sie vor Ort behandelt werden möchten. Sie erhalten dann eine Liste der Krankenhäuser im Land Ihres Hauptwohnsitzes (bzw. Heimatland bei Avenue Business 2 Plus und Avenue Business 3 Plus).

Wenn sich das Land Ihres Hauptwohnsitzes (oder Heimatland) in einem Gebiet befindet, in dem wir kein Netzwerk an medizinischen Einrichtungen haben, können Sie selbst ein geeignetes Krankenhaus wählen und Ihre Ansprechperson darüber informieren. Ihre Ansprechperson für den medizinischen Fall hilft Ihnen beim Ausfüllen eines Formulars zur vorherigen Kostenzusage. Diese vorherige Kostenzusage ist notwendig, um das gewählte Krankenhaus zu kontaktieren und die Bezahlung Ihrer stationären Behandlung (sofern möglich) zu organisieren.

03

Ihre Ansprechperson setzt sich direkt mit dem Krankenhaus Ihrer Wahl in Verbindung, um für Sie einen Ersttermin zu vereinbaren, damit Sie mit Ihrer Behandlung beginnen können. Wir arbeiten auch direkt mit dem Krankenhaus zusammen, um alle erstattungsfähigen Kosten für Ihre geplante stationäre Behandlung abzurechnen.

Wenn das Krankenhaus mehr als 50 km von Ihrem Wohnort entfernt ist, organisiert Ihre Ansprechperson für den medizinischen Fall die Reise (außer Bahn- und Taxifahrten) und die Unterbringung für Sie, Ihre Begleitperson und einen Spender (falls zutreffend). Diese Reisekosten werden bis zu den Höchsterstattungsbeträgen des von Ihnen gewählten Tarifs übernommen. Wenn Sie eine Taxi- oder Bahnfahrt benötigen, um Ihren Behandlungsort zu erreichen, besprechen Sie bitte Ihren Reiseplan mit Ihrer Ansprechperson für den medizinischen Fall. Nach Absprache können Sie die Taxi- oder Zugfahrten selbst buchen und sich die Kosten für die Fahrten anschließend zurückerstatten lassen.

Bei Behandlungen im Ausland innerhalb unseres Avenue-Netzwerks organisiert Ihre Ansprechperson für den medizinischen Fall auch den medizinischen Concierge-Service für Sie, der einen Begleitservice im Zielland und/oder eine sprachliche Unterstützung im behandelnden Krankenhaus während Ihrer Behandlung im Ausland umfassen kann.

Leider liegen bestimmte Dinge außerhalb des Einflussbereichs Ihres medizinischen Fallmanagers, wie z. B.:

- die Organisation von Visa oder anderen Reisedokumenten, die für Ihre Behandlung im Ausland erforderlich sein könnten – leider sind wir rechtlich nicht dazu berechtigt, dies für Sie zu organisieren und Sie müssen sich selbst um diese Dokumente kümmern.
- die Kontaktaufnahme mit den zuständigen Behörden, wenn Ihnen notwendige Reisedokumente verweigert werden oder Sie bei der Einreise in das Zielland für die Behandlung von der Grenzkontrolle festgehalten werden. In solchen Fällen sind wir nicht haftbar.

Wenn Sie jedoch wissen oder feststellen, dass die Beschaffung der entsprechenden Reisedokumente für eine Behandlung in einem bestimmten Land für Sie ein Problem darstellt, wird Ihre Ansprechperson für den medizinischen Fall Ihnen geeignete medizinische Einrichtungen in einem anderen Land vorschlagen, damit Ihre Behandlung nicht verzögert wird.

04

Im Laufe Ihrer Behandlung setzt sich Ihre Ansprechperson für den medizinischen Fall regelmäßig mit Ihnen in Verbindung, um:

- den Fortschritt Ihrer Behandlung zu überprüfen.
- Informationen für Behandlungsalternativen bereitzustellen, die Ihnen zur Verfügung stehen.

Die Ansprechperson für den medizinischen Fall soll Sie bei der Organisation Ihrer Reise für eine Behandlung unterstützen und den Verwaltungsaufwand erleichtern. Diese Leistung bietet keine medizinische oder gesundheitliche Beratung und ist kein Ersatz für eine professionelle Beratung, Diagnose oder Behandlung.

Wir übernehmen keinerlei Haftung für etwaige Forderungen, Verluste oder Schäden, die direkt oder indirekt aus einer Handlung oder einem Versäumnis eines medizinischen Drittanbieters entstehen, einschließlich Behandlung, Beratung, Diagnose, Fehldiagnose oder Unterlassung einer Diagnose.

Wie Sie sich medizinische Ausgaben zurückerstatten lassen

Wir haben mit den Krankenhäusern in unserem Avenue-Netzwerk bestimmte Verfahren vereinbart. Dadurch kann Ihre Ansprechperson für den medizinischen Fall die Zahlung für die Kosten Ihrer erstattungsfähigen Behandlung direkt mit dem Krankenhaus abrechnen. So müssen Sie sich nicht um die Bearbeitung der Rechnungen kümmern.

Es werden jedoch gegebenenfalls nicht alle Kosten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung direkt von uns bezahlt. Dies tritt in den folgenden Fällen auf:



Wenn sich Ihre Kosten nicht auf Ihre stationäre Behandlung beziehen. Es kann zum Beispiel sein, dass Sie verschriebene Medikamente in einer Apotheke kaufen oder an ambulanten Behandlungsgesprächen teilnehmen müssen. Diese ambulanten Kosten werden im Rahmen Ihres Tarifs bis zu den in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegebenen Höchstbeträgen erstattet (wenn es sich um medizinische Dienstleistungen und Produkte handelt, die in dem mit Ihrem medizinischen Fallmanager vereinbarten Behandlungsplan enthalten sind). Für diese erstattungsfähigen ambulanten Kosten müssen Sie in Vorleistung gehen und dann einen Erstattungsantrag bei uns einreichen, um die Kosten zurückzufordern.



Sie haben mit Ihrem medizinischen Fallmanager vereinbart, dass Sie in Ihrem **Hauptwohnsitzland oder Heimatland in einem Krankenhaus behandelt werden, das nicht Teil unseres Netzwerks ist.** In seltenen Fällen kann es vorkommen, dass sich das von Ihnen gewählte Krankenhaus weigert, die Direktzahlung für eine stationäre Behandlung von uns anzunehmen. In diesem Fall müssen Sie Ihre Krankenhausrechnungen im Voraus bezahlen und die sich die Kosten dann von uns erstatten lassen.



Wenn Sie eine Taxi- oder Bahnfahrt benötigen, um Ihren Behandlungsort zu erreichen, wie mit Ihrer Ansprechperson für den medizinischen Fall vereinbart. Vereinbarte Taxi- und Bahnfahrten werden nicht von uns organisiert, aber wir erstatten die Kosten bis zu den in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegebenen Höchsterstattungsbeträgen.



Sie können Ihre erstattungsfähigen Ausgaben über die MyHealth App oder das Online-Portal zurückfordern. Um auf MyHealth zuzugreifen, besuchen Sie:

<https://my.allianzcare.com/myhealth>

Geben Sie einfach alle wichtigen Einzelheiten und Informationen an, machen Sie ein Foto von Ihren Rechnungen und klicken Sie auf „Absenden“. Sobald wir alle Informationen haben, werden wir Ihren Erstattungsantrag innerhalb von 48 Stunden bearbeiten.

Die Inhalte der MyHealth App- und des Online-Portals dienen nur zu Informationszwecken und Benutzer sind nach wie vor selbst für ihre eigenen gesundheitlichen Entscheidungen verantwortlich. Die MyHealth App und das Online-Portal bieten keine medizinische oder gesundheitliche Beratung und sind kein Ersatz für eine professionelle Beratung, Diagnose oder Behandlung. Benutzer verstehen und akzeptieren, dass Allianz Care und alle Unternehmen innerhalb der Allianz Gruppe keinerlei Verantwortung oder Haftung für etwaige Forderungen, Verluste oder Schäden übernehmen, die direkt oder indirekt auf die Inanspruchnahme der MyHealth App und des Online-Portals zurückzuführen sind.

Wenn Sie Fragen zu Erstattungsansprüchen haben oder den Status eines Erstattungsantrags prüfen möchten, wenden Sie sich bitte an unsere Helpline:

 + 353 1 630 1302

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

Bitte beachten Sie, dass für die medizinischen Kosten, die wir versichern und erstatten, Höchstleistungsbeträge gelten. Weitere Informationen zu Erstattungsbeträgen, Höchstleistungsbeträgen und Anspruchsobergrenze finden Sie im entsprechenden Abschnitt dieses Handbuchs.

Für Einzelheiten zum medizinischen Fallmanagement lesen Sie bitte die allgemeinen Versicherungsbedingungen.





A person wearing a dark blue long-sleeved shirt and dark pants is walking on a paved path on the left side of the image. The path is bordered by a grassy area with scattered fallen leaves. In the background, there is a wooden fence and several trees with vibrant autumn foliage in shades of red, orange, and yellow. The scene is brightly lit, suggesting a sunny day.

**ALLGEMEINE
VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN
IHRES
VERSICHERUNGSSCHUTZES**

ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

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

- Auf dem **Versicherungsschein** ist der Tarif bzw. sind die Tarife aufgeführt, den/die Ihr Unternehmen für Sie und Ihre Familienangehörigen (falls zutreffend) ausgewählt hat. Er zeigt außerdem Versicherungsbeginn- sowie das Verlängerungsdatum an. Wir werden Ihnen einen neuen Versicherungsschein senden, wenn Änderungen an Ihrer Police vorgenommen werden. Dies können entweder Änderungen sein, die Ihr Unternehmen beantragt und die wir vornehmen können, oder es können Änderungen sein, die Sie beantragen (z. B. das Mitversichern eines Neugeborenen im Vertrag). Voraussetzung ist, dass wir und Ihr Unternehmen diese Änderungen akzeptieren.
- In Ihrer **Tariflichen Leistungszusage** sind die Tarife aufgeführt, die von Ihrem Unternehmen ausgewählt wurden, sowie die Art des Netzwerks und die Leistungen und Services, die für Sie verfügbar sind. Es werden außerdem die Leistungen bestätigt, für die bestimmte Erstattungsbeträge und/oder Wartezeiten gelten. Es werden auch der Höchsterstattungsbetrag und die Anspruchsobergrenze angegeben, die für Ihren Tarif gelten. Ihre Tarifliche Leistungszusage wird in der mit Ihrem Unternehmen (oder mit Ihnen, falls Sie den Versicherungsbeitrag selbst bezahlen) vereinbarten Währung ausgestellt.

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



IHR VERSICHERUNGSSCHUTZ ERKLÄRT

Der Tarif, den Ihr Unternehmen für Sie ausgewählt hat, ist in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegeben. Dort werden alle versicherten Leistungen und verfügbaren Services aufgeführt. Um zu erfahren, wie die Höchsterstattungsbeträge Ihres Tarifs angewandt werden, lesen Sie bitte den Abschnitt „Erstattungsbeträge, Höchsterstattungsbeträge und Anspruchsobergrenze“.

Ihr Versicherungsschutz unterliegt außerdem den Definitionen und Ausschlüssen der Versicherung (diese sind auch in diesem Handbuch aufgelistet).

Versicherungsumfang

Ihrer Police versichert Sie und im Versicherungsschein genannte Angehörige für notwendige medizinische Behandlungen, Kosten und Services und/oder medizinischen Bedarf, wie in der Tariflichen Leistungszusage aufgeführt und mit uns in Ihrem Behandlungsplan vereinbart. 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, haben wir das Recht, den von uns gezahlten Betrag zu reduzieren oder abzulehnen.

Medizinische Fälle, die während der Wartezeit diagnostiziert oder behandelt wurden, sind über Ihren Avenue-Tarif nicht versichert, es sei denn, sie sind eine direkte Folge eines Unfalls, der sich während der Wartezeit ereignet hat. Solche unfallbedingten medizinischen Fälle werden nach Ablauf der entsprechenden Wartezeit geprüft und versichert.

Es besteht kein Versicherungsschutz für eine Reiseversicherung. Wenn Sie eine zusätzliche Reiseversicherung abschließen möchten, sind Sie allein dafür verantwortlich, sicherzustellen, dass Sie, Ihre Angehörigen, Begleitpersonen oder Spender einen ausreichenden Versicherungsschutz für Reisen haben. Diese Reiseversicherung muss den Zeitraum Ihrer Behandlung, die durch Ihren Avenue-Tarif versichert ist, abdecken.

Der Versicherungsschutz durch Avenue eignet sich nicht als Ersatz für eine nationale Pflichtkrankenversicherung. Der Versicherungsschutz kann in einigen Ländern lokalen gesetzlichen Krankenversicherungsanforderungen unterliegen. Es liegt in Ihrer Verantwortung, sicherzustellen, dass Ihre Krankenversicherung diesen Anforderungen entspricht.

Beginn des Versicherungsschutzes für Sie und Ihre Familienangehörigen

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

Der Versicherungsschutz für Familienangehörige (falls relevant) beginnt zum Versicherungsbeginn, der auf dem neuesten Versicherungsschein aufgeführt ist, auf dem sie als Familienangehörige genannt sind. Angehörige sind so lange versichert, wie Sie Teil der Gruppenversicherung bleiben und bevor sie die Anspruchsobergrenze und/oder das 70. Lebensjahr erreichen. Für Kinder bleibt die Mitversicherung bestehen, solange sie unter der definierten Altersgrenze bleiben. Familienangehörige Kinder können bis zum Tag vor ihrem 18. Geburtstag oder bis zum Tag vor ihrem 24. Geburtstag, wenn sie sich in einer Vollzeitausbildung befinden, in Ihrem Versicherungsvertrag mitversichert werden. Danach können sie einen eigenen Versicherungsschutz über einen unserer Avenue Tarife für Einzelpersonen beantragen.

Vorerkrankungen

Chronische Erkrankungen werden vom Avenue Versicherungstarif nicht umfasst. Vorerkrankungen sind Krankheiten einschließlich, aber nicht beschränkt auf, die medizinischen Fälle in der folgenden Tabelle, für die innerhalb von zehn Jahren vor den folgenden Daten ein oder mehrere Symptome aufgetreten sind:

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

Dies gilt unabhängig davon, ob Sie oder Ihre Angehörigen eine medizinische Behandlung oder einen ärztlichen Rat erhalten haben, und unabhängig davon, ob eine Diagnose gestellt wurde. Sie müssen ein ärztliches Attest vorlegen, wenn Sie einen Erstattungsantrag stellen, um zu beweisen, dass Sie oder Ihre Familienangehörige in den letzten zehn Jahren bis zu den oben genannten Daten keine Symptome hatten, keinen ärztlichen Rat eingeholt haben, keine Tests oder Untersuchungen benötigten und keine Behandlung irgendeiner Art wegen einer Erkrankung erhielten. Eine Vorerkrankung besteht, wenn wir davon ausgehen, dass Sie oder Ihre Angehörigen davon Kenntnis hatten. Wenn wir feststellen, dass der medizinische Zustand eine Vorerkrankung ist, wird der Erstattungsantrag für den medizinischen Fall abgelehnt.

Tabelle für den medizinischen Fall

Medizinische Fälle	Vorerkrankungen
Knochenmarkstransplantation	<ul style="list-style-type: none"> • Schwere Anämie und Alpha-Thalassämie • Bestehendes Lymphome oder bestehende Leukämie • Krebsvorerkrankung • Vorangegangene Chemotherapie oder Strahlentherapie
Krebs	<ul style="list-style-type: none"> • Krebs als Ursache von AIDS • Krebs, der direkt oder indirekt aus einer Vorerkrankung entsteht • Krebsvorerkrankung (das bedeutet, dass Sie diese Art von Krebs bereits in der Vergangenheit hatten, auch wenn dies vor Beginn Ihrer Versicherung war) • Hautkrebs mit Ausnahme von Melanom und Plattenepithelkarzinom • Zervikale Dysplasie • HPV-Infektion
Koronararterien-Angioplastie/-Stentimplantation	<ul style="list-style-type: none"> • Kardiovaskuläre Risikofaktoren (Kombination aus min. 3 der folgenden): <ul style="list-style-type: none"> - Krankhafte Fettleibigkeit (BMI>35) - Hypertonie/Bluthochdruck - Hypercholesterinämie - Rauchgewohnheiten (mehr als 30 Einheiten pro Tag) - Glukosestoffwechselstörungen (DM 1&2, usw.) - Familiäre Vorgeschichte • Krankhafte Fettleibigkeit (BMI>40) • Vorangegangene Angioplastie/Stentimplantation/CABG • Vorangegangene Angina pectoris • Vorangegangener Herzmuskelinfarkt
Koronararterien-Bypass-Chirurgie	<ul style="list-style-type: none"> • Kardiovaskuläre Risikofaktoren (Kombination aus min. 3 der folgenden): <ul style="list-style-type: none"> - Krankhafte Fettleibigkeit (BMI>35) - Hypertonie/Bluthochdruck - Hypercholesterinämie - Rauchgewohnheiten (mehr als 30 Einheiten pro Tag) - Glukosestoffwechselstörungen (DM 1&2, usw.) - Familiäre Vorgeschichte • Krankhafte Fettleibigkeit (BMI>40) • Vorangegangene Angioplastie/Stentimplantation/CABG • Vorangegangene Angina pectoris • Vorangegangener Herzmuskelinfarkt
Organtransplantation	<ul style="list-style-type: none"> • Lebererkrankungen aufgrund von Alkohol • Typ 1 Diabetes mellitus • Typ 2 Diabetes mellitus, seit 10 Jahren • Hepatitis B oder C • Leberzirrhose • Autoimmunerkrankungen wie Gelenkrheumatismus, Multiple Sklerose, systemischer Lupus erythematodes usw. • Erhöhter Kreatininwert • Krebsvorerkrankung • Schwere Atemwegserkrankungen wie chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Mukoviszidose usw.

Große gefäßchirurgische Eingriffe	<ul style="list-style-type: none"> • Krankenvorgeschichte von Aneurysmen • Nierenarterienstenose • Periphere Arterienerkrankung • Ischämisches Herzleiden
Meningitis/Enzephalitis (nur Kinder)	<ul style="list-style-type: none"> • Vorgegangene Meningitis/Enzephalitis mit verbleibenden Symptomen • HIV/AIDS • Herpes simplex, Varizella-Zoster-Virus
Neurochirurgie	<ul style="list-style-type: none"> • Vorhandene Gehirntumore (gutartig oder bösartig) • Vorhandene Hirnarterien-Aneurysmen • Vorhandene arteriovenöse Malformationen des Gehirns • Vorhandene Rückenmarktumore (gutartig oder bösartig)
Schwere Epilepsie	<ul style="list-style-type: none"> • Bestehende schwere Epilepsie • Bestehende Epilepsie, die mit min. 2 Medikamenten gegen Anfälle behandelt wurde • Gehirnschäden wie Gehirntumor oder Schlaganfall • Zerebralparese oder andere entwicklungsbedingte neurologische Anomalien • Infektionskrankheiten wie Meningitis, AIDS und Virusenzephalitis • Kopftrauma • Alkoholismus oder Alkoholentzug (automatischer Ausschuss) • Alzheimer • Krebsvorerkrankung mit potenziellen Hirnmetastasen
Künstliche Gliedmaßen, die nach einem Gliedmaßenverlust bei einem Unfall erforderlich sind (nur Kinder)	Bestehender Unfall, Verletzung oder Trauma
Herzklappenersatz oder -interventionen	<ul style="list-style-type: none"> • Rheumatisches Fieber mit verbleibenden Symptomen • Angeborene bikuspidale Aortenklappe • Moderater oder schwerer Mitralklappenprolaps • Herzhypertrophie • Vorgeschichte einer Endokarditis • Lungenhochdruck
Kawasaki-Syndrom (nur Kinder)	Kawasaki-Syndrom-Vorerkrankung

Erstattungsbeträge, Höchstleistungsbeträge und Anspruchsobergrenze

Für Ihren Tarif gelten Höchstleistungsbeträge sowie eine Anspruchsobergrenze (Details entnehmen Sie bitte Ihrer Tariflichen Leistungszusage).

Der **Erstattungsbetrag** ist der Höchstbetrag, den wir für eine bestimmte Leistung zahlen, z. B. „Gezielte Arzneimitteltherapie“ ist in bestimmten Tarifen bis zu einem Betrag von £31.540/€38.000/US\$51.300/CHF49.400 versichert.

Der **Höchstleistungsbetrag** ist der Höchstbetrag, den wir für einen der medizinischen Fälle zahlen, die in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegeben sind. Bitte beachten Sie:

- Höchstleistungsbeträge gelten pro medizinischem Fall: Das heißt, dass Ihr Versicherungsschutz für diese bestimmte Art von medizinischem Fall endet, sobald Sie den Höchstleistungsbetrag erreicht haben. Ist Ihr medizinischer Fall beispielsweise „Krebs“, sind Sie nicht mehr versichert, nachdem Sie den Höchstleistungsbetrag ausgeschöpft haben, selbst wenn in Zukunft ein neuer, anderer medizinischer Fall von Krebs diagnostiziert wird. Wenn Sie jedoch in Zukunft eine andere Art medizinischer Fall bei Ihnen diagnostiziert wird, der über Ihren Tarif versichert ist (z. B. eine Organtransplantation), ist Ihr Höchstleistungsbetrag für den neuen medizinischen Fall wieder verfügbar.
- Wenn Sie nur einen Teil Ihres Höchstleistungsbetrags für Ihren medizinischen Fall verwenden, können Sie den Restbetrag auch in Zukunft verwenden, wenn Sie einen neuen medizinischen Fall der gleichen Art haben. Ist Ihr medizinischer Fall beispielsweise „Krebs“ und Sie verwenden nur einen Teil Ihres Höchstleistungsbetrags für Ihre Behandlung, können Sie den Restbetrag immer noch verwenden, wenn Sie in Zukunft erneut an Krebs erkranken.
- Der Höchstleistungsbetrag gilt auch pro Person: Das heißt, wenn Sie Angehörige mitversichert haben, hat jeder einzelne Angehörige Zugang zu einem eigenen Höchstbetrag.

Die **Anspruchsobergrenze** ist der Höchstbetrag, den wir insgesamt im Rahmen Ihres Vertrags für alle versicherten medizinischen Fälle zahlen. Die Anspruchsobergrenze gilt individuell für jede in Ihrem Vertrag versicherte Person. Sobald eine der über Ihren Vertrag mitversicherte Personen die Anspruchsobergrenze erreicht, endet ihr Versicherungsschutz, ihr Vertrag wird nicht mehr verlängert und sie kann keinen neuen Vertrag abschließen.

Wartezeiten

Für die Leistungen, die über diesen Vertrag versichert sind, gelten Wartezeiten. Sie gelten für alle versicherten Personen unabhängig von der Größe der Gruppe. Eine Wartezeit ist die Zeit, die Sie ab Versicherungsbeginn abwarten müssen, bis Sie die Versicherungsleistungen in Anspruch nehmen können. Medizinische Fälle, die während der Wartezeit diagnostiziert oder behandelt wurden, sind über Ihren Avenue-Tarif nicht versichert, es sei denn, sie sind eine direkte Folge eines Unfalls, der sich während der Wartezeit ereignet hat. Solche unfallbedingten medizinischen Fälle werden nach Ablauf der entsprechenden Wartezeit geprüft und versichert. Bitte überprüfen Sie Ihre Tarifliche Leistungszusage, um zu erfahren, welche Wartezeiten gelten.

Was passiert, wenn Sie uns anrufen, um uns über Ihren medizinischen Fall zu informieren

Wenn Sie uns anrufen, um uns mitzuteilen, dass Sie eine Diagnose oder einen Behandlungsplan für einen der medizinischen Fälle erhalten haben, die durch Ihre Versicherung abgedeckt sind, folgen wir dem folgenden Prozess und wenden die folgenden Bedingungen an:

- **Vorherige Kostenzusage:** Dies ist eine Voraussetzung, um den Versicherungsschutz im Rahmen unserer Avenue Tarife in Anspruch zu nehmen. Der Prozess der vorherigen Kostenzusage wird von uns organisiert, sobald Sie uns anrufen und uns über eine Diagnose oder einen Behandlungsplan für einen der medizinischen Fälle informieren, die über Ihren Tarif versichert sind. Um den Prozess zur vorherigen Kostenzusage abzuschließen, benötigen wir von Ihnen die medizinischen Dokumente, die Ihre Diagnose und Ihren Behandlungsplan beschreiben (z. B. Testergebnisse usw.). Es liegt in Ihrer Verantwortung, diese Dokumente bereitzustellen, um den Prozess der vorherigen Kostenzusage in die Wege zu leiten. Möglicherweise gewähren wir keinen Versicherungsschutz, wenn wir diese Dokumente nicht von Ihnen erhalten.

Wenn wir aus einem irgendeinem Grund feststellen, dass Ihr Gesundheitszustand bzw. die erforderlichen medizinischen Verfahren nicht zu den Leistungen gehören, die über diesen Tarif versichert sind, werden wir Sie unverzüglich informieren und die Gründe dafür erläutern. In diesem Fall ist eine Versicherung für Ihren bestimmten medizinischen Fall nicht verfügbar.

- **Vorerkrankungen:** Wir müssen bestätigen, dass der medizinische Fall nicht im Zusammenhang mit einer Vorerkrankung steht. Daher müssen Sie auch ein ärztliches Attest vorlegen, um zu beweisen, dass Sie oder Ihre Familienangehörigen in den letzten zehn Jahren bis zum Versicherungsbeginn keine Symptome hatten, keinen ärztlichen Rat eingeholt haben, keine Tests oder Untersuchungen benötigten und keine Behandlung irgendeiner Art erhielten. Alle medizinischen Informationen werden von unserem Ärzteteam geprüft.
- **Zweiter ärztlicher Rat:** Bei Bedarf organisieren wir für Sie einen zweiten ärztlichen Rat durch externe internationale Ärzte. Der zweite ärztliche Rat dient dazu, Ihre Erstdiagnose und den vorgeschlagenen Behandlungsplan zu bestätigen. Dieser Service steht Ihnen zur Verfügung, wenn Sie sich für die Einmalzahlung entscheiden oder das medizinische Fallmanagement in Anspruch nehmen. Bitte beachten Sie, dass der zweite ärztliche Rat von einem Drittanbieter außerhalb der Allianz Gruppe angeboten wird. Allianz Care und alle Unternehmen Innerhalb der Allianz Gruppe übernehmen keinerlei Verantwortung und/oder Haftung für etwaige Forderungen, Verluste oder Schäden, die direkt oder indirekt auf die Inanspruchnahme der genannten Services zurückzuführen sind. Diese Services können geografischen Beschränkungen unterliegen.
- **Ihre Präferenzen:** Sobald Sie eine vorherige Kostenzusage für Ihren medizinischen Fall und einen zweiten ärztlichen Rat eingeholt haben (falls zutreffend), haben Sie sofort Zugang zu unserem medizinischen Fallmanagement und Leistungen. Zusätzlich können Sie eine Einmalzahlung erhalten, wenn Sie unser medizinisches Fallmanagement nicht in Anspruch nehmen möchten. Bitte überprüfen Sie Ihre Tarifliche Leistungszusage, um zu bestätigen, welche Wartezeiten für jede Option gelten.

Wenn Sie sich für die Einmalzahlung entscheiden, folgen Sie bitte dem hier beschriebenen Verfahren.

EINMALZAHLUNG – PROZESS UND BEDINGUNGEN

Wenn Sie sich für die Auszahlung der im Rahmen Ihres Tarifs verfügbaren Einmalzahlung entscheiden, beachten Sie bitte, dass die Person, für die der Pauschalbetrag in Anspruch genommen wird (d. h. entweder der Versicherungsnehmer oder einer der im Vertrag aufgeführten Angehörigen), am Leben sein muss, um diese Leistung zu beantragen.

Sobald Sie bestätigen, dass Sie die Auszahlung der für Ihren Avenue Plan verfügbaren Einmalzahlung bevorzugen, können Sie keine weiteren Leistungen in Anspruch nehmen, die über unser medizinisches Fallmanagement für diesen speziellen medizinischen Fall verfügbar sind. Außerdem können Sie keine Behandlungsleistung für diesen bestimmten medizinischen Fall in Anspruch nehmen.

Der Wert der verfügbaren Einmalzahlung in Ihrem Avenue-Tarif kann geringer sein als der Wert des medizinischen Fallmanagements und der Leistungen, die wir im Rahmen Ihrer Versicherung zahlen. Bitte überprüfen Sie Ihre Tarifliche Leistungszusage, um zu verstehen, welcher Dienstleistungswert für jede Option gilt.

Wir senden Ihnen ein Antragsformular für eine Einmalzahlung (zusammen mit einer Liste von unterstützenden Dokumenten, die Sie für die Auszahlung vorlegen müssen). Sie müssen das Antragsformular ausfüllen und zusammen mit den unterstützenden Dokumenten an uns zurücksenden. Auf Anfrage müssen Sie möglicherweise weitere Informationen bereitstellen. Ihre Einmalzahlung wird innerhalb von 5 Werktagen am dem Genehmigungsdatum an Sie ausgezahlt.

Vor der Auszahlung werden wir Sie aus Sicherheitsgründen bitten, Ihre Identität nachzuweisen. Wir behalten uns das Recht vor, die Echtheit der Belege zu bestätigen, bevor wir eine Zahlung vornehmen.



MEDIZINISCHES FALLMANAGEMENT

Prozess und Bedingungen

Sobald der Prozess der vorherigen Kostenzusage abgeschlossen ist, haben Sie Zugang zu unserem medizinischen Fallmanagement für Ihre Behandlung. Bitte beachten Sie, dass die folgenden Allgemeinen Geschäftsbedingungen gelten:

- **Behandlungspfad:** Sobald wir alle medizinischen Unterlagen erhalten haben, die für die Beurteilung Ihres Falls erforderlich sind, und gegebenenfalls der zweite ärztliche Rat* vorliegt, wird Ihre Ansprechperson für den medizinischen Fall mit Ihnen mögliche Optionen für Ihren Behandlungsplan besprechen und dabei Ihre persönlichen Präferenzen berücksichtigen. Ihre Ansprechperson für den medizinischen Fall wird Ihnen die Vor- und Nachteile aller Optionen erläutern. Sie müssen bestätigen, welche Behandlungsoption Sie wählen möchten: Sobald dies bestätigt ist, wird Ihr persönlicher Fallmanager mit Ihnen den gesamten Behandlungsplan vereinbaren, einschließlich der Bestätigung, welcher Teil der Behandlung stationär oder ambulant sowie im Inland oder im Ausland (je nach von Ihnen gewähltem Avenue Tarif) durchgeführt werden soll.
- **Auswahl des Krankenhauses für die Behandlung:** Wenn Sie unser medizinisches Fallmanagement in Anspruch nehmen, müssen Sie sich in einem Krankenhaus unseres Avenue-Netzwerks behandeln lassen. Ihre Ansprechperson für den medizinischen Fall empfiehlt Ihnen drei Länder aus Ihrem Netzwerk, in denen Sie sich behandeln lassen können. Sobald Sie sich auf diese Länder geeinigt haben, wird Ihre Ansprechperson für den medizinischen Fall eine Liste geeigneter Krankenhäuser aus unserem Avenue-Netzwerk in diesen Ländern ermitteln, aus der Sie auswählen können. Wenn Ihre Ansprechperson für den medizinischen Fall die Krankenhäuser für diese Liste auswählt, berücksichtigt sie Ihren Gesundheitszustand, die Art der Behandlung, die Sie benötigen, und Ihren bevorzugten Standort.

Wir benötigen von Ihnen eine Bestätigung über das von Ihnen gewählte Krankenhaus innerhalb des Zeitrahmens, den Ihre Ansprechperson für den medizinischen Fall angibt, wenn sie Ihnen die Liste übersendet. Wenn wir Ihre Bestätigung nicht innerhalb dieses Zeitrahmens erhalten, sind die ursprüngliche Krankenhausliste und der mit uns vereinbarte Behandlungsplan nicht mehr gültig. Wenn Sie es jedoch erneut beantragen, werden wir Ihren Behandlungspfad und die Krankenhausliste basierend auf Ihrem Gesundheitszustand zu diesem Zeitpunkt neu bewerten.

Wenn Sie einen Avenue Business 1 Plus Tarif gewählt haben, sind Sie auch für erstattungsfähige Behandlungen im Land Ihres Hauptwohnsitzes versichert. Wenn Sie einen Avenue Business 2 Plus oder Avenue Business 3 Plus Tarif gewählt haben, sind Sie für erstattungsfähige Behandlungen im Land Ihres Hauptwohnsitzes und in Ihrem Heimatland versichert. Wenn es keine Krankenhäuser aus unserem Avenue-Netzwerk in Ihrem spezifischen Hauptwohnsitzland oder Heimatland gibt, müssen Sie selbst ein geeignetes Krankenhaus auswählen und Ihre Ansprechperson für den medizinischen Fall darüber informieren.

Bitte beachten Sie, dass die Concierge-Services wie eine regionale Begleitung und medizinische Übersetzung nur für Behandlungen im Ausland innerhalb des Avenue-Netzwerks angeboten werden.

- **Versicherte medizinische Kosten:** Wir übernehmen alle erstattungsfähigen Kosten für eine stationäre Behandlung, die Sie in dem von uns gewählten Krankenhaus aus unserem Avenue-Netzwerk erhalten (im Rahmen der Bedingungen und Höchsterstattungsbeträge Ihrer Versicherung). Wir rechnen diese Kosten direkt mit dem Krankenhaus ab.

Wenn Ihr gewählter Avenue-Business Tarif die Option umfasst, sich in Ihrem Hauptwohnsitzland oder Heimatland behandeln zu lassen, kann es sein, dass es dort keine Krankenhäuser aus unserem Avenue-Netzwerk gibt, die eine Vereinbarung zur Direktabrechnung mit uns haben. In diesem Fall können Sie mit Ihrer Ansprechperson für den medizinischen Fall vereinbaren, in einem Krankenhaus behandelt zu werden, das nicht Teil unseres Netzwerks ist. Ihre Ansprechperson für den medizinischen Fall hilft Ihnen dabei, das Formular zur vorherigen Kostenzusage auszufüllen. Wir benötigen dieses Formular, wenn wir uns mit dem vereinbarten Krankenhaus in Verbindung setzen, um die direkte Bezahlung Ihrer stationären Behandlung zu organisieren (sofern dies möglich ist). Falls, in seltenen Fällen, das von Ihnen gewählte Krankenhaus die direkte Abrechnung mit uns ablehnt, müssen Sie das Krankenhaus im Voraus bezahlen und die Kosten anschließend von uns zurückfordern.

Bitte beachten Sie, dass bestimmte Kosten nicht über unsere Police versichert sind, z. B.:

- Medizinische Kosten für stationäre Behandlungen, die Sie in einem anderen Krankenhaus erhalten als dem Krankenhaus, das mit Ihrer Ansprechperson für den medizinischen Fall vereinbart war.
- Kosten, die anfallen, bevor ein Krankenhaus mit Ihrer Ansprechperson für den medizinischen Fall vereinbart wurde und bevor wir Ihre Erstberatung zu Beginn der Behandlung in dem von Ihnen gewählten Krankenhaus organisiert haben.
- Behandlungskosten, die innerhalb des Behandlungslandes über den angemessenen und üblichen Gebühren liegen.

Eine vollständige Liste der über diese Versicherungspolice nicht versicherten Leistungen finden Sie im Abschnitt „Ausschlüsse“.



Medizinische Erstattungsanträge

Dieser Abschnitt bezieht sich auf:

- a) **Die erstattungsfähigen ambulanten medizinischen Kosten, die Sie im Voraus an Ihren medizinischen Dienstleister zahlen und dann von uns zurückfordern.** Die erstattungsfähigen ambulanten medizinischen Kosten beziehen sich auf ambulante Behandlungen/Beratungen und den Kauf von Medikamenten, Arzneimitteln und medizinischem Bedarf, wie in Ihrem Behandlungsplan mit Ihrer Ansprechperson für den medizinischen Fall vereinbart. Wir erstatten diese Kosten bis zu den in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegebenen Höchstbeträgen und gemäß den Bedingungen Ihres Tarifs.
- b) **Kosten für eine stationäre Behandlung in einem Krankenhaus** in Ihrem Hauptwohnsitzland oder Heimatland, **das nicht Teil unseres Netzwerks ist**, wenn Sie mit Ihrer Ansprechperson für den medizinischen Fall vereinbart haben, dort behandelt zu werden. In seltenen Fällen kann es vorkommen, dass das von Ihnen gewählte Krankenhaus keine Direktabrechnung mit uns für eine stationäre Behandlung akzeptiert. In diesem Fall müssen Sie Ihre Krankenhausrechnungen im Voraus bezahlen und die Kosten dann von uns zurückfordern.
- c) **Bahn- oder Taxifahrten, die Sie eventuell benötigen, um Ihr vereinbartes Behandlungskrankenhaus zu erreichen, wenn dieses mehr als 50 km von Ihrem Wohnort entfernt ist.** Sobald der Reiseplan mit Ihrer Ansprechperson für den medizinischen Fall vereinbart ist, müssen Sie Ihre Bahn- oder Taxifahrt im Voraus bezahlen und diese Kosten dann von uns zurückfordern, indem Sie die Rechnungen, den Zahlungsnachweis und die schriftliche Vereinbarung, die Sie mit Ihrer Ansprechperson für den medizinischen Fall zu Ihrem Reiseplan getroffen haben, beifügen. Wir erstatten diese Kosten bis zu den in Ihrer Tariflichen Leistungszusage aufgeführten Höchstleistungsbeträgen.

Bitte beachten Sie bezüglich der genannten Kosten die folgenden Bedingungen:

- **Zeitraumen für Erstattungsanträge:** Reichen Sie bitte alle Erstattungsanträge für erstattungsfähige Kosten spätestens sechs Monate nach Ablauf des Versicherungsjahrs (über unsere MyHealth App, unser Online-Portal oder mithilfe eines Erstattungsformulars) ein, sofern gesetzlich nicht anders vorgeschrieben. 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.



- **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.

- **Kostenerstattung:** Wir zahlen erstattungsfähige Kosten im Rahmen Ihrer Police wie in der Tariflichen Leistungszusage aufgeführt.
- **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.



BEITRAGSZAHLUNGEN

Wenn Ihr Unternehmen die Beiträge Ihrer Versicherung bezahlt

In den meisten Fällen ist Ihr Unternehmen für die Zahlung der Versicherungsbeiträge für Sie und Ihre Angehörigen verantwortlich, sofern dies in der Unternehmensvereinbarung geregelt ist. Ihr Unternehmen zahlt möglicherweise auch andere Steuern und Abgaben, die mit Ihrem Versicherungsschutz verbunden sind (z. B. Versicherungssteuer). Unter bestimmten Umständen können auch Sie zur Zahlung der Steuer für die von Ihrem Unternehmen bezahlten Beiträge herangezogen werden. Detaillierte Informationen hierzu erteilt Ihnen Ihr Unternehmen.

Wenn Sie die Beiträge Ihrer Versicherung bezahlen

Wenn Sie für die Zahlung Ihrer Versicherungsbeiträge verantwortlich sind, müssen Sie die Beiträge während der Laufzeit der Versicherung jeweils im Voraus entrichten. Ihr Versicherungsschein zeigt den Betrag, den Ihr Unternehmen mit uns vereinbart hat, und die von Ihnen gewählte Zahlungshäufigkeit. Der **Erstbeitrag** bzw. die erste Beitragsrate ist sofort nach unserer Annahme Ihres Versicherungsantrags durch uns fällig. Wenn Sie Ihre Rechnung erhalten, überprüfen Sie bitte, ob der Versicherungsbeitrag mit dem Betrag auf dem Angebot, das Sie erhalten haben, übereinstimmt und kontaktieren Sie uns sofort, wenn dies nicht der Fall ist. Wir sind nicht verantwortlich für Zahlungen, die über Dritte erfolgen. **Folgebeiträge** sind jeweils am ersten Tag des gewählten Zahlungszeitraums fällig.

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. Wenn Sie diese Änderungen nicht akzeptieren, können Sie Ihren Versicherungsschutz beenden. Wir werden keine dieser Änderungen geltend machen, 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, welches Datum später eintrifft) kündigen.

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.

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

Können Sie Ihren Beitrag aus irgendeinem Grund nicht bezahlen, so setzen Sie sich bitte mit uns in Verbindung. Eine Nichtzahlung von Beiträgen kann den Verlust Ihres Versicherungsschutzes zur Folge haben.



VERWALTUNG IHRER POLICE

Mitversichern von Familienangehörigen

Sie können beantragen, ein Familienmitglied mitversichert wird, wenn Sie gemäß der Unternehmensvereinbarung dazu berechtigt sind.

Bitte informieren Sie Ihr Unternehmen schriftlich, wenn Sie Ehepartner(in) oder Kind(er) als Familienangehörige mitversichern möchten.

Babys können erst ab einem Mindestalter von 90 Tagen mitversichert werden. Wenn Sie ein Baby in Ihrer Versicherungspolice mitversichern möchten, informieren Sie Ihr Unternehmen bitte innerhalb von vier Wochen nach dem das Baby das Alter von 90 Tagen erreicht. Wenn Sie Ihr Unternehmen innerhalb dieses Zeitrahmens nicht informieren, wird das Neugeborene medizinisch risikogeprüft und falls akzeptiert, beginnt der Versicherungsschutz vier Wochen vor dem Datum, an dem wir die Benachrichtigung erhalten haben.

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

Änderung des Land des Hauptwohnsitzes

Wichtig: Kontaktieren Sie unsere Helpline und informieren Sie Ihren Gruppenversicherungsverantwortlichen, wenn sich Ihr Land Ihres Wohnsitzes ändert. Dies kann sich auf Ihren Versicherungsschutz, die Verfügbarkeit der in Ihrem Tarif enthaltenen Leistungen oder Ihren Versicherungsbeitrag auswirken. Das gilt auch, wenn Sie in ein Gebiet innerhalb Ihres Netzwerks umziehen, da Ihr bestehender Tarif dort möglicherweise nicht gültig ist. 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 des Versicherungsschutzes

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

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

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

Ende Ihres Versicherungsschutzes

Ihr Unternehmen kann Ihre Versicherung bzw. die Versicherung Ihrer Familienangehörigen durch eine schriftliche Mitteilung an uns kündigen. Wir können die Kündigung Ihres Versicherungsschutzes nicht rückdatieren. In folgenden Fällen endet der Versicherungsschutz automatisch:

- Am Ende des Versicherungsjahrs, wenn der Vertrag zwischen dem Unternehmen und uns gekündigt wird.
- Wenn Ihr Unternehmen die Versicherung kündigt oder nicht verlängert.
- Wenn Ihr Unternehmen die Beiträge nicht bezahlt oder andere nach der Unternehmensvereinbarung mit uns fällige Zahlungen nicht leistet.
- Wenn Sie als individueller Zahler die Beiträge nicht bezahlen oder andere gemäß der mit uns geschlossenen Unternehmensvereinbarung fällige Zahlungen nicht leisten.
- Wenn Sie nicht mehr für das Unternehmen arbeiten.
- Bei Ableben des versicherten Mitarbeiters.
- Wenn Sie oder einer Ihrer Angehörigen die Anspruchsgrenze erreicht, die in Ihrer Tariflichen Leistungszusage aufgeführt ist.
- Wenn Sie oder ein Angehöriger das 70. Lebensjahr erreichen. In diesem Fall endet der Versicherungsschutz am Verlängerungsdatum, das auf den 70. Geburtstag folgt.

Wenn ein Angehöriger die Anspruchsgrenze erreicht und/oder 70 Jahre alt wird (bzw. 18 Jahre bei unterhaltsberechtigten Kindern, oder 24 Jahre, wenn sie Vollzeitstudenten sind), wird sein/ihr Name aus Ihrem Vertrag entfernt, während Ihr eigener Versicherungsschutz (oder der eines anderen Angehörigen in Ihrem Vertrag) weiter besteht. Wenn Sie jedoch als versicherter Arbeitnehmer die Anspruchsgrenze und/oder das 70. Lebensjahr erreichen, endet Ihre Mitgliedschaft, und der Versicherungsschutz für Ihre Angehörigen endet ebenfalls. Angehörige auf dem Versicherungsschein, die ihren Versicherungsschutz fortsetzen möchten, können Versicherungsschutz unter einem unserer Avenue-

Tarife für Einzelpersonen beantragen. Weitere Informationen dazu erhalten Sie im Abschnitt „Antrag auf Versicherungsschutz bei Ausscheiden aus dem Gruppenvertrag“.

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

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

Ablauf der Versicherung

Bei Ablauf Ihres Versicherungsvertrags erlischt Ihr Recht auf versicherte Leistungen. Bis zu sechs Monate nach Ablauf Ihrer Versicherung erstatten wir (im Rahmen der Höchsterstattungsbeträge und Bedingungen Ihrer Police) 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.

Antrag auf Versicherungsschutz bei Ausscheiden aus dem Gruppenvertrag

Endet Ihr Versicherungsschutz nach Ausscheiden aus dem Gruppenvertrag, können Sie Versicherungsschutz im Rahmen unserer Avenue-Tarife für Einzelpersonen beantragen, indem Sie uns einfach eine E-Mail an die unten angegebene E-Mail-Adresse senden. Sie müssen den Antrag innerhalb eines Monats nach Ende des Versicherungsschutzes der Gruppenversicherung stellen. Die Weiterversicherung ist unter Umständen von einer medizinischen Risikoprüfung abhängig. Wenn wir Ihren Antrag annehmen, beginnt der Versicherungsschutz am ersten Tag nachdem Sie die Gruppenversicherung verlassen.

@ individual.sales@allianzworldwidecare.com



WEITERE BESTIMMUNGEN FÜR IHREN VERSICHERUNGSSCHUTZ

- 1. Geltendes Recht:** Ihre Police unterliegt den Gesetzen und Gerichten des Landes, das in der Unternehmensvereinbarung genannt wird, sofern gesetzlich nicht anderes vorgeschrieben.
- 2. Wirtschaftssanktionen:** Es besteht kein Versicherungsschutz, wenn ein Bestandteil der Versicherung, der Leistungen, Tätigkeiten oder Geschäfte gegen geltende Sanktionen oder Regulierungen der Vereinten Nationen, der Europäischen Union oder jeglicher anderer Wirtschafts- bzw. Handelssanktionen oder -regulierungen verstoßen.
- 3. Wer ist versichert:** Nur Gruppenversicherte (und ihre Angehörigen), die in der Unternehmensvereinbarung genannt sind, haben Anspruch auf Versicherungsleistungen.
- 4. 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.
- 5. Wer kann Änderungen an Ihrer Police vornehmen:** Niemand außer einer von Ihnen autorisierte Person oder der Gruppenversicherungsverantwortliche darf in Ihrem Namen Änderungen an Ihrer Police vornehmen. Änderungen sind nur gültig, wenn Sie von uns und Ihrem Unternehmen angenommen werden.
- 6. Wenn Versicherungsschutz durch jemand anderen bereit gestellt wird:** Wir können einen Erstattungsantrag ablehnen, wenn Sie oder einer Ihrer Angehörigen Anspruch auf Leistungen haben von:
 - einem öffentlichen System oder einer gesetzlichen Krankenversicherung
 - einer anderen Krankenversicherung
 - anderer Dritter

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

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

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

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

8. Kündigung und Betrug: Wir werden keine Erstattungen leisten, wenn:

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

Sämtliche Erstattungen, die vor Bekanntwerden der betrügerischen Handlung oder der Nichtoffenlegung erfolgten, sind mit sofortiger Wirkung an uns zurückzuzahlen. Wir behalten und das Recht vor, Ihr Unternehmen über jegliche betrügerische Handlung zu informieren.

9. Kontaktaufnahme zu Angehörigen: Zur Verwaltung Ihrer Police müssen wir möglicherweise weitere Informationen anfordern. Wenn wir Informationen zu einem Ihrer Angehörigen anfragen müssen (z. B. wenn wir eine E-Mail-Adresse für einen erwachsenen Angehörigen wissen möchten), setzen wir uns mit Ihnen als Kontaktperson in Verbindung und fragen Sie nach den relevanten Informationen, sofern diese vorliegen und keine vertraulichen Informationen sind. Ebenso können wir Ihnen zum Zweck der Bearbeitung von Erstattungen nicht-sensible Informationen über einen Familienangehörigen zusenden.

10. Services von Drittanbietern: Einige Services, die in Ihrem Tarif enthalten sind, z. B. zweiter ärztlicher Rat, Buchung von Unterkunft und Reisen, Concierge, Beratung, rechtliche und finanzielle Überweisung, werden von Drittanbietern außerhalb der Allianz Gruppe angeboten. Diese Services unterliegen den Bedingungen in diesem Versicherungshandbuch und Ihrer Tariflichen Leistungszusage. Allianz Care und alle Unternehmen Innerhalb der Allianz Gruppe übernehmen keinerlei Verantwortung oder Haftung für etwaige Forderungen, Verluste oder Schäden, die direkt oder indirekt auf die Inanspruchnahme der genannten Services zurückzuführen sind. Diese Services können geografischen Beschränkungen unterliegen.

11. Unsere Services: Das medizinische Fallmanagement und die Krankenhausbuchung wird von uns organisiert. Diese Services sollen Sie bei der Organisation Ihrer Reise für eine Behandlung unterstützen und den Verwaltungsaufwand erleichtern. Sie bieten keine medizinische oder gesundheitliche Beratung und sind kein Ersatz für eine professionelle Beratung, Diagnose oder Behandlung. Wir übernehmen keinerlei Haftung für etwaige Forderungen, Verluste oder Schäden die direkt oder indirekt aus einer Handlung oder einem Versäumnis eines medizinischen Drittanbieters, einschließlich Behandlung, Beratung, Diagnose, Fehldiagnose oder Unterlassung einer Diagnose, entstehen.

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



BESCHWERDEVERFAHREN

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 1302**

@ client.services@allianzworldwidecare.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/de/beschwerdeverfahren.html

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

Rechtliche Schritte

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



DEFINITIONEN

Die folgenden Definitionen gelten für unsere Avenue-Tarife: 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 bezeichnet den plötzlichen Beginn von Symptomen oder einer Erkrankung.

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

Ambulante Beratungen vor und nach dem Krankenhausaufenthalt beziehen sich auf Arztkosten, diagnostische Scans und Untersuchungen, die ambulant erforderlich sind, um eine stationäre oder teilstationäre Behandlung/Tagesklinik vorzubereiten und danach die Genesung von der erhaltenen stationären oder teilstationären Behandlung/Tagesklinik zu prüfen. Diese sind versichert, wenn die stationäre oder teilstationäre Behandlung/Tagesklinik im Rahmen Ihres Tarifs erstattungsfähig ist.

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

Angehöriger bezieht sich auf 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 24. Geburtstag, wenn sie sich in einer Vollzeitausbildung befinden, im Rahmen Ihres Versicherungsvertrags mitversichert sein.

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

Ansprechperson für den medizinischen Fall ist eine Person, die Sie bei der Planung, Organisation, Kontrolle, Überwachung und Beurteilung medizinischer Dienstleistungen unterstützt. Dabei liegt der Schwerpunkt auf der Versorgungsqualität sowie auf kontinuierlichen Leistungen und Kosteneffizienz.

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

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

B

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

Behandlung im Ausland bezieht sich auf eine Behandlung, die in einem anderen Land als dem Land des Hauptwohnsitzes durchgeführt wird. Um versichert zu sein, können Behandlungen im Ausland nur in einem Krankenhaus unseres Avenue-Netzwerks durchgeführt werden und müssen vorab von unserem Ärzteteam genehmigt werden.

C

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

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

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

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

Concierge-Service bezieht sich auf eine Reihe von Leistungen, die dem Versicherten bei einer Behandlung im Ausland innerhalb des Avenue-Netzwerks zur Verfügung gestellt werden. Der Concierge-Service kann z. B. ein „Meet and Greet“ im Krankenhaus oder Hotel sowie Übersetzungs- und Dolmetscherservices während Ihrer Behandlung umfassen. Er kann vom Krankenhaus direkt oder von einem von uns organisierten Dritten organisiert werden.

D

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

Die Koronararterien-Bypass-Operation (CABG) ist erforderlich, um den Blutfluss zum Herzmuskel zu verbessern, wenn eine Arterie blockiert ist. Es wird ein gesundes Blutgefäß aus dem Bein, dem Arm oder der Brust verwendet, um einen Bypass zu schaffen, der den Blutfluss um den Abschnitt der blockierten Arterie herum leitet.

Wir übernehmen eine CABG, wenn mindestens eine der folgenden Situationen zutrifft:

- Es besteht eine Verengung der linken Hauptkoronararterie von über 50 %.
- Es besteht eine Durchmesserreduktion von über 70 % in der linken vorderen absteigenden Arterie.
- Bei asymptomatischer oder leichter stabiler Angina pectoris liegt eine Dreifäßerkrankung vor.

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

E

Einmalzahlung bezieht sich auf die Zahlung, die wir Ihnen gemäß Ihrer Tariflichen Leistungszusage anbieten, wenn bei Ihnen einer der medizinischen Fälle diagnostiziert wird, die über Ihren Versicherungsvertrag abgedeckt sind. Es handelt sich um eine alternative Leistung, die Sie für jeden bestätigten medizinischen Fall anstelle des medizinischen Fallmanagements und der medizinischen Behandlungsleistungen in Anspruch nehmen können. Die Bedingungen und das Verfahren für die Inanspruchnahme dieser Leistung sind im Abschnitt zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Versicherungsschutzes in diesem Handbuch beschrieben. Für diese Leistung gilt eine Wartezeit.

F

Facharzt ist ein zugelassener Arzt, der über die notwendige Zusatzqualifikation verfügt und ausreichende Fachkenntnisse über diagnostische Methoden, Behandlungen und Präventivmaßnahmen in einem speziellen Gebiet der Medizin

erworben hat, um in diesem medizinischen Fachgebiet zu praktizieren.

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

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

G

Große gefäßchirurgische Eingriffe bezieht sich auf die Operation von großen Gefäßen, die von der Erkrankung betroffen sind. Sie umfasst die Exzision und den Ersatz des beschädigten Gefäßabschnitts durch ein Transplantat, eine Stentimplantation und/oder endovaskuläre Verfahren über einen Katheder.

Wir versichern große gefäßchirurgische Eingriffe, wenn die folgenden Arterien betroffen sind:

- Brust- und Bauchschlagader
- Hüft- und Oberschenkel Schlagader
- Nierenschlagadern

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

H

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

Herzklappenersatz oder -interventionen bezieht sich auf Operationen, die erforderlich sind, wenn eine der vier Herzklappen, die für den richtigen Blutfluss im Herzen sorgt, nicht richtig funktioniert. Der Herzklappenersatz bzw. die Intervention ist sowohl für Erwachsene als auch für Kinder versichert – für Kinder besteht jedoch Versicherungsschutz, wenn die Störung der Ventilfunktion einer Klappe im Laufe des Lebens entsteht (nicht angeboren) ist.

Der chirurgische Eingriff kann eine minimal-invasive Intervention, ein Katheter oder eine Operation am offenen Herzen sein. Entweder wird bei einer Intervention die beschädigte Klappe repariert oder durch eine künstliche Klappe oder eine Bioprothese ersetzt.

Wir übernehmen die Kosten für eine Herzklappenoperation, wenn sie bei einer der folgenden Erkrankungen erforderlich ist:

- Aortenklappenstenose oder -insuffizienz
- Mitralklappenstenose oder -insuffizienz
- Trikuspidalklappenstenose oder -insuffizienz
- Pulmonalklappenstenose bzw. -insuffizienz

K

Kawasaki-Syndrom wird auch mukokutanes Lymphknotensyndrom genannt. Es ist eine seltene Erkrankung, die vor allem Kinder unter fünf Jahren betrifft. Sie geht mit einer Entzündung der Blutgefäße, der Lymphknoten und der Schleimhäute in Nase, Mund, Augen und Rachen, Fieber und – im späteren Stadium – mit Gelenkschmerzen einher. Es können Komplikationen auftreten, wie die Beteiligung der Herzkranzgefäße.

Kinder, die im Rahmen dieses Tarifs versichert sind, sind für die Behandlung in privaten oder öffentlichen Krankenhäusern innerhalb unseres Avenue-Netzwerks versichert.

Knochenmarktransplantation (allogen) bezieht sich auf die Transplantation von gesunden Blutstammzellen aus dem Knochenmark eines Spenders auf einen Patienten mit erkranktem oder geschädigtem Knochenmark.

Wir übernehmen die Kosten für eine allogene Knochenmarktransplantation, wenn diese bei den folgenden Erkrankungen erforderlich ist:

- Leukämie
- Myelodysplastisches Syndrom
- Lymphome
- Neuroblastom
- Ewing-Sarkom
- Aplastische Anämie
- Paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie

Die Kosten für den Spender im Zusammenhang mit allogener Knochenmarktransplantation werden wie folgt übernommen:

- HLA-Typisierung für den vorgeschlagenen Spender
- Knochenmarkentnahme
- Genesung des Spenders

Bitte prüfen Sie die Erstattungsbeträge zu medizinischen Kosten für Lebendorganspenden in Ihrer Tariflichen Leistungszusage.

Bitte beachten Sie, dass Ihr Vertrag keine Garantie für die Verfügbarkeit von Spenderknochenmark bietet. Eine Knochenmarktransplantation kann nur durchgeführt werden, wenn Spenderknochenmark verfügbar ist und nur in Übereinstimmung mit den Regeln und Vorschriften, die in dem Land gelten, in dem die Behandlung vorgenommen wird.

Koronararterien-Angioplastie/-Stentimplantation ist ein Verfahren, das bei einer Verengung einer Koronararterie eingesetzt wird. Chirurgen verwenden hier einen speziell entwickelten Ballonkatheter, um die Stelle der verengten Koronararterie zu erreichen. Dieser Ballon wird dann aufgeblasen, um die Arterie zu dehnen und den optimalen Blutfluss wiederherzustellen. Eventuell wird ein Drahtgeflecht (Stent) eingesetzt, um einen erneuten Verschluss zu vermeiden.

Wir übernehmen die Koronararterien-Angioplastie/-Stentimplantation, wenn sie zur Behandlung einer koronaren Herzkrankheit erforderlich ist (wir halten uns an die von der American Heart Association und der European Society of Cardiology veröffentlichten Leitlinien).

Kosten der Unterbringung im Krankenhaus für eine Begleitperson (z. B. Elternteil), die ein versichertes Kind begleitet sind Kosten für die Unterbringung einer Person über die Dauer des Krankenhausaufenthalts eines versicherten Kindes im Rahmen einer versicherten Behandlung. Diese Kosten sind während der gesamten Dauer der Behandlung der versicherten Person gedeckt. Sie werden nur für einen Krankenhausaufenthalt pro Versicherungsjahr übernommen. 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.

Kosten für Allgemeinmediziner umfassen alle außerchirurgische Behandlungen, die von einem praktischen Arzt durchgeführt oder überwacht werden.

Kosten für die Unterbringung im Hotel bezieht sich auf die Hotelkosten für:

- Die versicherte Person, die sich in einem Krankenhaus, das mehr als 50 km von ihrem Wohnort entfernt ist, in teilstationärer medizinischer Behandlung befindet.
- Die versicherte Person, die nach der Entlassung aus der stationären Behandlung in einem Krankenhaus, das mehr als 50 km von ihrem Wohnort entfernt ist, aus medizinischen Gründen nicht in der Lage ist, nach Hause zu reisen.
- Eine Begleitperson einer versicherten Person, die sich in einem mehr als 50 km von ihrem Wohnort entfernten Krankenhaus einer erstattungsfähigen Behandlung unterzieht. Handelt es sich bei der versicherten Person um ein Kind unter 18 Jahren, werden die Hotelkosten für beide begleitenden Elternteile übernommen, sofern eine Unterbringung im selben Krankenhaus für ein Elternteil nicht möglich ist.
- Einen lebenden Spender für die erstattungsfähige Behandlung der versicherten Person in einem

Krankenhaus, das mehr als 50 km von dem Wohnort der versicherten Person entfernt ist.

Für die versicherte Person und eine eventuelle Begleitperson werden die Unterbringungskosten ab dem Zeitpunkt übernommen, ab dem die versicherte Person am Standort des Krankenhauses angekommen ist, bis:

- die Behandlung abgeschlossen ist (und der behandelnde Arzt bestätigt, dass die versicherte Person reisefähig ist), oder
- der in der Tariflichen Leistungsusage angegebene Höchstleistungsbetrag erreicht ist.

Hotelkosten werden bis zum Gegenwert des täglichen Zimmerpreises in einem 3-Sterne-Hotel für die Tarife Avenue Business 1 und Avenue Business 1 Plus, einem 4-Sterne-Hotel für die Tarife Avenue Business 2 und Avenue Business 2 Plus und einem 5-Sterne-Hotel für die Tarife Avenue Business 3 und Avenue Business 3 Plus übernommen. Benötigt die versicherte Person mehrere Fahrten zum Standort des Krankenhauses, um sich dort die erstattungsfähigen Behandlungen zukommen zu lassen, die im Rahmen desselben medizinischen Falls erforderlich sind, übernehmen wir die Übernachtungskosten bis zu dem in Ihrer Tariflichen Leistungsusage angegebenen Höchstleistungsbetrag. Sonstige Ausgaben, wie z. B. für Mahlzeiten, Telefonate, Zeitungen usw., werden nicht erstattet.

Die zuvor genannten Übernachtungskosten werden nur übernommen, wenn das Hotel von uns gebucht wird. Vorbehaltlich der Verfügbarkeit versuchen wir bei der Hotelbuchung sicherzustellen, dass das Hotel nicht weiter als 10 km von dem Krankenhaus entfernt ist, in dem die versicherte Person behandelt wird. Wir entscheiden über die Daten für die Hotelbuchung auf der Grundlage des genehmigten Behandlungsplans. Wenn Sie, ein Angehöriger, eine Begleitperson oder ein Spender nicht erscheinen oder die von uns gebuchte Hotelunterkunft stornieren, wird der Betrag der Stornierungsgebühren vom entsprechenden Erstattungsbetrag abgezogen, der in Ihrer Tariflichen Leistungsusage angegeben ist. Wir sind nicht für etwaige Forderungen, Verluste oder Schäden, die direkt oder indirekt auf die Stornierung von Unterkünften zurückzuführen sind, verantwortlich und übernehmen keinerlei Haftung. Wir sind auch nicht verantwortlich und/oder haftbar für den Fall, dass die versicherte Person mit dem Unterkunftsstandard, der Zimmergröße, der Ausstattung oder der Anordnung der Betten nicht zufrieden ist.

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

Krebs bezieht sich auf ein bösartiges Wachstum oder einen Tumor, der durch eine unkontrollierte Teilung von Zellen entsteht, sich in anderes Gewebe ausbreitet und in diese eindringt. Er kann in Form eines soliden Tumors auftreten oder

sich im Blut- oder Lymphsystem befinden (als Leukämie oder Lymphom). Krebs ist immer behandlungsbedürftig, da er lebensbedrohlich ist.

Wir versichern die folgenden Behandlungen bei Krebs (die geltenden Höchstleistungsbeträge finden Sie in Ihrer Tariflichen Leistungsusage):

- Operation zur Entfernung eines Tumors und/oder von betroffenem Körpergewebe.
- Strahlentherapie.
- Chemotherapie.
- Immuntherapie.
- Gezielte Arzneimitteltherapie.
- Hormontherapie
- Stammzellentransplantation

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.

Künstliche Gliedmaßen, die nach einem Gliedmaßenverlust bei einem Unfall erforderlich sind, bezieht sich auf Fälle, in denen ein Patient aufgrund eines Unfalls oder einer Operation eine Prothese benötigt, die eine Gliedmaße vollständig oder teilweise ersetzt. Der Verlust einer Gliedmaße ist nicht versichert, wenn er auf eine angeborene Krankheit zurückzuführen ist.

Wir versichern die folgenden Prothesen:

- Passive Prothesen
- Eigenkraftprothesen
- Bionische Prothesen



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

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

Lebensspende-Organtransplantation bezieht sich auf einen chirurgischen Eingriff, um ein unheilbar geschädigtes Organ durch ein (teilweises oder vollständiges) funktionierendes Organ zu ersetzen, das von einer lebenden Person (Spender) gespendet wurde.

Wir versichern die folgenden Organtransplantationen:

- Niere (komplettes Organ)
- Leber (Teilorgan)
- Bauchspeicheldrüse (Teilorgan)
- Lunge (Teilorgan)
- Darm (Teilorgan)

Wir übernehmen die folgenden Behandlungen und Verfahren im Zusammenhang mit den zuvor genannten Organtransplantationen:

- HLA-Typisierung sowohl für die versicherte Person (Patient) als auch für ihren potenziellen Spender.
- Erforderliche Reisekosten/Reisemanagement sowohl für den Spender als auch für den Patienten, wenn die Operation oder Behandlungen in einem anderen Land durchgeführt werden müssen.
- Operation zur Entnahme des lebenden Organs des Spenders, einschließlich aller präoperativen Untersuchungen.
- Operation zur Entnahme des geschädigten Organs beim Patienten (einschließlich aller präoperativen Untersuchungen) und zur Transplantation des neu gespendeten Organs.
- Nachsorge-/Erholungsmaßnahmen sowohl für den Spender als auch für den Patienten, bis sie fit genug sind, in ihr Heimatland zu reisen (wenn die Operation im Ausland durchgeführt wurde).
- Nachsorge-/Erholungsmaßnahmen sowohl für den Spender als auch für den Patienten, wenn die Behandlung in ihrem Heimatland erfolgt.

Bitte beachten Sie, dass Ihr Vertrag keine Garantie für die Verfügbarkeit eines Spenderorgans bietet. Eine Lebendspende-Organtransplantation kann nur durchgeführt werden, wenn ein lebendes Organ verfügbar ist und nur in Übereinstimmung mit den Regeln und Vorschriften, die in dem Land gelten, in dem die Behandlung vorgenommen wird.

M

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

- a) erforderlich, um den Zustand, die Erkrankung oder Verletzung zu diagnostizieren oder zu behandeln.
- b) stimmen mit der Beschwerden, Diagnose und Behandlung der zugrunde liegenden Erkrankung überein.
- c) entsprechen der allgemein anerkannten medizinischen Praxis und den professionellen Standards der medizinischen Versorgung, die aktuell in der Medizin gelten (*dies gilt nicht für ergänzende Behandlungsmethoden, wenn sie Bestandteil Ihres Versicherungsschutzes sind*).
- d) werden nicht aus Gründen der Bequemlichkeit oder des persönlichen Vorteils für Sie oder den behandelnden Arzt durchgeführt.

- e) haben nachgewiesenen medizinischen Wert (*dies gilt nicht für ergänzende Behandlungsmethoden, wenn sie Bestandteil Ihres Versicherungsschutzes sind*).
- f) sie die angemessenste Art und Stufe der medizinischen Versorgung darstellen.
- g) werden in einer geeigneten Einrichtung und auf einem dem Krankheitszustand entsprechenden Versorgungsniveau erbracht.
- h) 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 Fall bezieht sich auf eine Kombination aus Behandlungen, Verfahren, Medikamenten, Untersuchungen und medizinischen Services, die notwendig sind, um eine bestimmte Erkrankung oder Verletzung zu behandeln. Ihr behandelnder Arzt schlägt für einen medizinischen Fall einen Behandlungsplan vor, der geprüft und mit Ihrer Ansprechperson für den medizinischen Fall abgestimmt werden muss. Jede der folgenden Erkrankungen oder operativen Eingriffe wird in diesem Tarif als separater medizinischer Fall betrachtet:

- Künstliche Gliedmaßen, die nach einem Gliedmaßenverlust bei einem Unfall erforderlich sind
- Knochenmarktransplantation
- Krebs (umfasst alle soliden Organkrebsarten, Lymphome und Leukämie)
- Koronararterien-Angioplastie/-Stentimplantation
- Koronararterien-Bypass-Chirurgie
- Herzklappenersatz oder -interventionen (für Kinder, nur wenn aufgrund von rheumatischem Fieber notwendig)
- Kawasaki-Syndrom
- Organtransplantation
- Große gefäßchirurgische Eingriffe (umfasst Aorten Chirurgie)
- Meningitis/Enzephalitis
- Neurochirurgie
- Schwere Epilepsie

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

Meningitis/Enzephalitis bezieht sich auf Erkrankungen, die sich auf das Gehirn auswirken. Meningitis ist eine akute Entzündung der Hirnhäute bzw. Membranen, die das Gehirn und das Rückenmark umgeben. Sie äußert sich in der Regel mit Fieber, starken Kopfschmerzen und einem steifen Nacken. Enzephalitis ist eine Entzündung des Gehirns, die in der Regel

durch eine Virusinfektion oder eine Autoimmunerkrankung verursacht wird.

Wir versichern die akute Behandlung von Meningitis oder Enzephalitis (auch bei Intensivpflege), mit Ausnahme von Rehabilitationsmaßnahmen und Langzeitpflege.

N

Neurochirurgie bezieht sich auf die chirurgische Behandlung von Erkrankungen des Gehirns und des Rückenmarks. Wir versichern Neurochirurgie für die folgenden Fälle:

- Gehirntumore (gutartig oder bösartig)
- Hirnarterien-Aneurysma
- Arteriovenöse Malformationen des Gehirns
- Rückenmarktumore (gutartig oder bösartig)

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

P

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

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

R

Rehabilitation ist eine Kombination aus Physio-, Beschäftigungs- und Sprachtherapie zur Wiederherstellung der normalen Form und/oder Funktion nach einer akuten Erkrankung, Verletzung oder Operation.

Rehabilitationsmaßnahmen sind nur dann erstattungsfähig, wenn die Behandlung innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung aus der medizinischen Einrichtung aufgrund einer akuten medizinischen und/oder chirurgischen Behandlung

beginnt und wenn die Behandlung in einer anerkannten Rehabilitationseinrichtung stattfindet.

Reisekosten beziehen sich auf die angemessene und übliche Transportkosten für die Reise aus dem Heimatland zum vereinbarten Standort, um sich stationär für einen erstattungsfähigen medizinischen Fall behandeln zu lassen. Die Reisekosten werden für den Versicherten (Patient), eine Begleitperson (falls medizinisch notwendig) (oder beide Eltern, falls der Patient minderjährig ist) und einen Lebenspender (falls die Behandlung im Ausland eine erstattungsfähige Organtransplantation umfasst).

Alle Reisevorkehrungen (außer Taxis und Bahnfahrten) müssen von uns getroffen werden: Wir übernehmen keine anderen Reisekosten, wenn die Vorkehrungen von Ihnen oder einem Dritten in Ihrem Namen getroffen werden.

Für Taxi- und Bahnfahrten sind Sie selbst verantwortlich, sobald Sie diese mit uns in Ihrem Reiseplan vereinbart haben: Sie müssen diese Kosten im Voraus bezahlen und von uns zurückfordern.

Wir übernehmen die Reisekosten für Flug-, Bahn- und Taxifahrten (je nach Bedarf und nach vorheriger Absprache mit uns) bis zu dem in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegebenen Höchstleistungsbetrag und gemäß den folgenden Bedingungen:

- Flüge: Standard Economy Class (es sei denn, Sie haben einen Tarif Avenue 3 oder Avenue 3 Plus – in diesem Fall sind Flüge bis zur Business Class versichert)
- Züge: Standard-Schlaf-/Sitzplatz (es sei denn, Sie haben einen Tarif Avenue 3 oder Avenue 3 Plus – in diesem Fall sind Züge bis zur ersten Klasse versichert)
- Taxis: Standardtarif

Kosten für Hotelübernachtungen sowie andere damit verbundene Kosten sind keine Reisekosten. Wenn Sie, Ihre Angehöriger, eine Begleitperson oder ein Spender (falls zutreffend) nicht erscheinen oder die von uns gebuchte Reise stornieren, wird der Betrag der Stornierungsgebühren vom entsprechenden Erstattungsbetrag abgezogen, der in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegeben ist. Wir sind nicht für etwaige Forderungen, Verluste oder Schäden, die direkt oder indirekt auf die Stornierung von Flügen, Unterkünften, Taxis und/oder Zugfahrten zurückzuführen sind, verantwortlich und übernehmen keinerlei Haftung.

Es besteht kein Versicherungsschutz für eine Reiseversicherung. Wenn Sie eine zusätzliche Reiseversicherung abschließen möchten, sind Sie allein dafür verantwortlich, sicherzustellen, dass Sie, Ihre Angehörigen, Begleitpersonen oder Spender einen ausreichenden Versicherungsschutz für Reisen haben. Diese Reiseversicherung muss den Zeitraum Ihrer Behandlung, die durch Ihren Avenue-Tarif versichert ist, abdecken.

Rücktransport im Todesfall ist der Transport der sterblichen Überreste der verstorbenen versicherten Person vom Behandlungsland in das Bestattungsland. Der Versicherungsschutz besteht für den Fall, dass die versicherte

Person aus Gründen verstirbt, die in direktem Zusammenhang mit einem erstattungsfähigen medizinischen Fall stehen, während sie außerhalb ihres Wohnsitzlandes behandelt wird. Die Überführung der sterblichen Überreste ist ebenfalls versichert, wenn der Lebendspender der versicherten Person (der im Rahmen einer erstattungsfähigen Behandlung benötigt wird) außerhalb seines Wohnsitzlandes verstirbt, und zwar aus Gründen, die in direktem Zusammenhang mit dem Verfahren der Organspende stehen. 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.

S

Schwere Epilepsie bezieht sich auf refraktäre/medikamenten-resistente Epilepsie – es handelt sich um eine Form der Epilepsie, die auf mindestens zwei Medikamente gegen Anfälle nicht anspricht. Wir decken die folgenden chirurgischen Eingriffe ab, um das Hirngewebe in dem Bereich zu entfernen, von dem die Anfälle ausgehen:

- Resektive Chirurgie
- Laserinduzierte interstitielle Thermotherapie (LITT)
- Tiefenhirnstimulation (THS)
- Callosotomie
- Hemisphärektomie
- Funktionelle Hemisphärektomie
- Operationen bei Folgeerkrankungen von Enzephalitis

Sie/Ihr bezeichnet die Person, die für das Unternehmen arbeitet und jegliche Angehörigen, die im Versicherungsschein genannt werden.

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

T

Teilstationäre Behandlung/Tagesklinik ist 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.

U

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

Unterbringung im Krankenhaus bezieht sich auf eine stationäre Unterbringung in einem privaten oder öffentlichen Krankenhaus. Falls verfügbar, wird der versicherten Person ein Einzel- oder Zweibettzimmer angeboten. Wenn diese Optionen nicht verfügbar sind, wird die allgemeine öffentliche Station angeboten, bis ein Einzel-/Zweibettzimmer verfügbar ist. In diesem Fall werden die Kosten, die gegebenenfalls auf der öffentlichen Station entstanden sind, vom Versicherer erstattet. Zimmer mit besonderem Komfort (Deluxe- und Executive-Zimmer sowie Suites) sind durch diese Versicherung nicht abgedeckt.

Unternehmen ist Ihr Arbeitgeber, wie in der Unternehmensvereinbarung genannt.

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

V

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

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

Versicherungsjahr beginnt mit dem in Ihrem Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn und endet mit Ablauf der Unternehmensvereinbarung. Das nächste Versicherungsjahr fällt mit dem in der Unternehmensvereinbarung festgelegten Vertragsjahr zusammen.

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

Vorerkrankungen sind Krankheiten einschließlich, aber nicht beschränkt auf die medizinischen Fälle in der Tabelle im Abschnitt „Ihr Versicherungsschutz erklärt“, für die innerhalb von zehn Jahren vor den folgenden Daten ein oder mehrere Symptome aufgetreten sind:

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

Dies gilt unabhängig davon, ob Sie oder Ihre Angehörigen eine medizinische Behandlung oder einen ärztlichen Rat erhalten haben, und unabhängig davon, ob eine Diagnose gestellt wurde. Sie müssen ein ärztliches Attest vorlegen, wenn Sie einen Erstattungsantrag stellen, um zu beweisen, dass Sie oder Ihre Familienangehörige keine Symptome hatten, keinen ärztlichen Rat eingeholt haben, keine Tests oder Untersuchungen benötigten und keine Behandlung irgendeiner Art wegen einer Erkrankung erhielten. Eine Vorerkrankung besteht, wenn wir davon ausgehen, dass Sie oder Ihre Angehörigen davon Kenntnis hatten. Wenn wir feststellen, dass der medizinische Zustand eine Vorerkrankung ist, wird der Erstattungsantrag für den medizinischen Fall abgelehnt.

W

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

Wir/unser/uns ist Allianz Care.

Z

Zweiter ärztlicher Rat ist die Bewertung von Symptomen, medizinischen Untersuchungsergebnissen und Aufzeichnungen durch einen externen, unabhängigen medizinischen Experten. Dies ist erforderlich, um eine Erstdiagnose und einen Behandlungsplan zu bestätigen und/oder zu ergänzen, die von einem zuvor zu Rate gezogenen Arzt vorgeschlagen wurden. Der zweite ärztliche Rat kann auch einen alternativen Diagnose- und Behandlungsansatz anbieten.



AUSSCHLÜSSE

Wir übernehmen die folgenden Ausgaben nicht, außer in der Tariflichen Leistungszusage oder in einem schriftlichen Versicherungsschein anders angegeben.



a) Die folgenden Ausschlüsse gelten für alle unsere medizinischen Fälle im Rahmen Ihres Tarifs, sofern nicht anders angegeben:

Leistungen, die nicht in Ihrer Tariflichen Leistungszusage aufgeführt sind

Leistungen, Erkrankungen, Behandlungen, Eingriffe und Arzneimittel, die nicht in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegeben sind.

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.

Ergänzende Medizin

Ergänzende Medizin außerhalb der traditionellen westlichen Medizin, z. B. chiropraktische Behandlung, Osteopathie, traditionelle chinesische Medizin, Homöopathie, Akupunktur und medizinische Fußpflege, von anerkannten Therapeuten praktiziert.

Komplikationen aufgrund im Rahmen Ihres Tarifs nicht versicherter Behandlungen

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

Beratungen durch einen Arzt außerhalb des Netzwerks, das in Ihrem Tarif verfügbar ist

Stationäre oder ambulante Konsultationen und alle Arzneimittel oder Behandlungen, die:

- von einem Arzt durchgeführt/verschrieben werden, der nicht zu dem in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegebenen Netzwerk gehört, es sei denn, wir haben dies schriftlich genehmigt, und
- die nicht schriftlich mit uns vor Beginn Ihrer Behandlung oder zu einem späteren Zeitpunkt Ihrer Behandlung vereinbart wurden.

Ärztliche Beratung durch Sie selbst oder ein Familienmitglied

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

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).

Ausgaben nicht-medizinischer Art

Alle nicht-medizinischen Kosten (z. B. Honorare für Dolmetscher, Verbindungskosten zum Krankenhaus-WLAN, Mahlzeiten, Telefonate usw.), die für die versicherte Person oder ihren Begleitpersonen anfallen, mit Ausnahme der in Ihrer Tariflichen Leistungszusage aufgeführten nicht-medizinischen Kosten.

Experimentelle oder unbewiesene Behandlungen oder Arzneimittel

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

- sie sind nicht von der FDA, EMA oder NICE für Ihre Erkrankung zugelassen oder
- sie sind nicht Teil der international anerkannten klinischen Praxisleitlinien, wie sie von anderen globalen medizinischen Fachorganisationen herausgegeben werden.

Nichtbeachtung eines ärztlichen Rats oder der Nichtkonsultation eines Arztes

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

Familietherapeuten oder Berater

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

Gebühren für das Ausfüllen des Erstattungsformulars

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

Genetische Tests

Genetische Tests, mit Ausnahme von genetischen Tests zur Erkennung von Tumorrezeptoren.

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.

Verletzungen bei Berufssport oder gefährlichen Aktivitäten

Diagnostik und Therapie von Verletzungen, die ihren Ursprung in der Ausübung von Berufssport oder gefährlichen Aktivitäten haben, einschließlich, aber nicht beschränkt auf Sport in den Bergen, Wintersport, Reitsport, Wassersport, Auto- oder Motorradsport, Kampfsport, Luftsport und gefährliche Freizeitaktivitäten wie Bungee-Jumping.

Absichtlich herbeigeführte Krankheiten und selbst verursachte Verletzungen

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

Haarverlust und Haarersatz

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

Medizinische Fälle, die während der Wartezeit diagnostiziert oder behandelt wurden

Medizinische Fälle, die während der Wartezeit diagnostiziert oder behandelt wurden, sind über Ihren Avenue-Tarif nicht versichert, es sei denn, sie sind eine direkte Folge eines Unfalls, der sich

während der Wartezeit ereignet hat. Solche unfallbedingten medizinischen Fälle werden nach Ablauf der entsprechenden Wartezeit geprüft und versichert.

Kunstfehler

Behandlungen, die aufgrund eines Kunstfehlers erforderlich werden.

Nicht-medizinische Ausrüstung

Jegliche Ausgaben für den Kauf oder die Miete von Rollstühlen, Spezialbetten, Luftreinigern und anderen ähnlichen Gegenständen oder Geräten.

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

Plastische Chirurgie

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

Vorerkrankungen

Vorerkrankungen (einschließlich chronischer Vorerkrankung) sind Erkrankungen, für die innerhalb von zehn Jahren vor Versicherungsbeginn ein oder mehrere Symptome aufgetreten sind.

Frei verkäufliche Produkte

Frei verkäufliche Arzneimittel und Produkte.

Behandlung bei Unfruchtbarkeit

Jegliche Behandlungen im Zusammenhang mit Unfruchtbarkeit und Fruchtbarkeitsdiagnostik.

Aufenthalte in Kurzentren

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

Sterilisierung, sexueller Dysfunktion und Verhütung

Untersuchungen, Behandlungen und Folgeerscheinungen von:

- Sterilisierung
- sexueller Dysfunktion (es sei denn, diese Störung resultiert aus einer vollständigen Entfernung der Prostata infolge einer Krebsbehandlung)
- Verhütung, einschließlich des Einsetzens und Entfernens jeglicher zur Verhütung gebräuchlicher Hilfsmittel, selbst wenn diese aus medizinischen Gründen verschrieben.

Leihmutterschaft

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

Schwangerschaftsabbruch

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

Kosten für Reisen und Unterbringung in einem Hotel

Unterbringungskosten und Fahrtkosten zu und von medizinischen Einrichtungen (einschließlich Parkkosten) für die Behandlung, es sei denn, sie wurden von unserem medizinischen Team genehmigt und von uns organisiert, bis zu dem in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegebenen Höchstbetrag. Auch Kosten für den Transport (z. B. Taxifahrten) vom Hotel, das wir für Sie gebucht haben, zu der medizinischen Einrichtung, die Sie für die Behandlung gewählt haben, werden nicht übernommen.

Behandlungen in den USA

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

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

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

Behandlungen außerhalb des Netzwerks, das in Ihrem Tarif verfügbar ist

Behandlungen außerhalb des Netzwerks, das in Ihrem Tarif verfügbar ist, es sei denn, diese wurden von uns genehmigt.

Tests auf Tumormarker

Tests auf Tumormarker, es sei denn bei Ihnen wurde der fragliche Krebs bereits früher diagnostiziert. In diesem Fall besteht Versicherungsschutz innerhalb des Behandlungsplans für den medizinischen Fall „Krebs“.

Schiff auf See

Reise/Rücktransport von einem Schiff auf See zu einer medizinischen Einrichtung an Land.

Visa und Visadienste

Visum und Visadienste, die für die versicherte Person oder eine Begleitperson erforderlich sind, wenn eine Behandlung im Ausland erfolgen soll. Ihr Tarif deckt keine Kosten für die Einholung des Visums ab – auch die Kontaktaufnahme mit der zuständigen Behörde zur Beantragung des entsprechenden Visums liegt in Ihrer Verantwortung, da der Visadienst nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten ist.

Vitamine oder Mineralstoffe

Produkte, die als Vitamine und Mineralstoffe klassifiziert sind (außer zur Behandlung eines diagnostizierten Vitaminmangels). Diese Produkte sind von einer Erstattung ausgeschlossen, auch wenn diese medizinisch anerkannt, empfohlen oder verschrieben wurden und eine therapeutische Wirkung haben. Kosten, die durch Ernährungsberatungen entstehen, sind ebenfalls nicht versichert.

b) Es gelten die folgenden zusätzlichen Ausschlüsse bei bestimmten medizinischen Fällen:

1) Krebs

Krebs als Ursache von AIDS

Krebs, der nach unserer angemessenen Meinung direkt oder indirekt durch AIDS oder durch eine HIV-Infektion verursacht wird. Wenn bei Ihnen eine Krebserkrankung diagnostiziert wird, werden wir Sie aus diesem Grund bitten, einen HIV-Bluttest vornehmen zu lassen, bevor wir bestätigen können, ob Sie für die Behandlung versichert sind. Wenn das Ergebnis des Bluttests das Vorhandensein von HIV oder Antikörpern wie einem Virus anzeigt, gehen wir davon aus, dass eine AIDS- oder HIV-Infektion vorliegt und Sie daher nicht versichert sind. Hinweis: Für die Zwecke dieser Versicherungspolice gilt die Definition von AIDS, die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahr 1987 herausgegeben wurde, bzw. jede spätere Überarbeitung derselben Definition durch die WHO.

Krebs als Ursache von Vorerkrankungen

Krebs, der direkt oder indirekt aus einer Vorerkrankung entsteht, oder eine Krebsvorerkrankung (das bedeutet, dass Sie diese Art von Krebs bereits in der Vergangenheit hatten, auch wenn dies vor Beginn Ihrer Versicherung war).

Zervikale Dysplasie

Krebs als Ursache von zervikaler Dysplasie.

Hautkrebs

Hautkrebs mit Ausnahme von Melanom und Plattenepithelkarzinom.

2) Organtransplantation

Als Spender

Jede Transplantation, bei der die versicherte Person der Spender für eine Person ist, die nicht über ihren Vertrag versichert ist.

Lebererkrankungen aufgrund von Alkohol

Jede Transplantation, die als Ursache von Lebererkrankungen aufgrund von Alkohol erforderlich ist.

Selbsttransplantation

Jede Selbsttransplantation, mit Ausnahme von Knochenmarkstransplantationen.

Transplantat von einem verstorbenen Spender

Jegliches Transplantat eines verstorbenen Spenders.

Transplantation eines gekauften Organs

Jegliche Transplantation, die mithilfe des Kaufs eines notwendigen Organs von einem Spender möglich ist.

Sprechen Sie mit uns, wir helfen Ihnen gerne weiter!

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

24/7 Helpline

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

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

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

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

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

 **Fax: + 353 1 630 1306**

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

 **www.allianzcare.com**

 **www.facebook.com/allianzcare**

 **www.twitter.com/AllianzCare**

 **www.youtube.com/user/allianzworldwide**

 **www.linkedin.com/company/allianz-care**

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