Internationale Krankenversicherungs-tarife Suisse

Allgemeine Versicherungs-bedingungen (AVB) für die Gruppenversicherung

(gilt auch als Versicherungshandbuch für die Gruppenversicherung)

Gültig ab 1. Januar 2018

Allianz

Willkommen

Der Zweck dieser kollektiven Krankenversicherungsvereinbarung besteht darin, eine ergänzende Krankenversicherung für alle versicherten Personen (Hauptversicherte und deren Angehörige) bereitzustellen. Die vertragliche Grundlage dieser Krankenversicherungsvereinbarung ist die Unternehmensvereinbarung (Kollektivversicherungsvertrag) des Versicherers (AWP P & C S.A., Schweizer Niederlassung) mit dem Unternehmen. Die Leistungen werden in Übereinstimmung mit diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und der Unternehmensvereinbarung erbracht.

Diese AVB für die Gruppenversicherung führen die Leistungen und Regelungen des zusätzlichen Krankenversicherungsschutzes (VVG) auf. Bitte lesen Sie dieses Handbuch im Zusammenhang mit der Police und der Tariflichen Leistungszusage.

In der Police sind die Details des Tarifs oder der Tarife und der versicherte geografische Geltungsbereich dargelegt, die der Versicherungsnehmer für den Hauptversicherten und seine Familienangehörigen (falls zutreffend) gewählt hat, sowie das Anfangsdatum und das Verlängerungsdatum des Versicherungsschutzes. Bei Verträgen, die einer medizinischen Risikoprüfung unterliegen, sind in diesem Dokument auch alle Sondervereinbarungen aufgeführt, die für den Versicherungsschutz gelten. Wir senden dem Hauptversicherten eine neue Police, wenn wir Änderungen, die von Versicherungsnehmer gewünscht werden oder zu denen wir berechtigt sind, aufzeichnen müssen oder wenn der Hauptversicherte eine Änderung wünscht, z. B. einen Familienangehörigen hinzufügen möchten, und der Versicherungsnehmer dieser Änderung zustimmt und wir diese annehmen.

In der Tariflichen Leistungszusage sind der/die Tarif(e) aufgeführt, die vom Versicherungsnehmer ausgewählt wurden, und die damit verbundenen Leistungen, die für die versicherten Personen verfügbar sind. Außerdem sind dort alle Leistungen/Behandlungen aufgeführt, für die ein Formular zur vorherigen Kostenzusage eingereicht werden muss, sowie Leistungen, für die bestimmte Erstattungsbeträge, Wartezeiten, Selbstbeteiligungen oder Selbstbehalte gelten. Die Tarifliche Leistungszusage wird in der mit dem Versicherungsnehmer vereinbarten Währung ausgestellt.

Bei Fragen zu diesem Gruppenversicherungsvertrag wenden Sie sich bitte an den Gruppenversicherungsverantwortlichen im Unternehmen. Die Bedingungen des Versicherungsschutzes können von Zeit zu Zeit durch eine Vereinbarung zwischen dem Versicherungsnehmer und der schweizerischen Niederlassung von AWP P&C S.A. geändert werden.

Der Versicherer Ihrer VVG Versicherung ist AWP P&C S.A., Saint-Ouen (Paris), Niederlassung Wallisellen (Schweiz), die schweizerische Niederlassung von AWP P&C S.A., Saint-Ouen, Frankreich, eine Aktiengesellschaft nach französischem Recht. Registriert in Frankreich unter der Nr.: 519 490 080 RCS Paris. Schweizerische Niederlassung ist eingetragen im Handelsregister in Zürich, Registernummer: CHE-115.393.016, Anschrift: Hertistraße 2, 8304 Wallisellen.

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

AWP Health & Life SA, handelt durch ihre irische Niederlassung, ist eine Aktiengesellschaft nach französischem Recht. Registriert in Frankreich unter der Nr.: 401 154 679 RCS Bobigny. Irische Niederlassung ist eingetragen im irischen Handelsregister, Registernummer: 907619. Anschrift: 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irland. AWP Health & Life SA agiert als Rückversicherer der VVG Policen und bietet Verwaltungsdienste sowie technischen Support außerhalb der Schweiz. Allianz Worldwide Care ist eine eingetragene Firma von AWP Health & Life SA.

Inhaltsverzeichnis

I. Versicherungsumfang	2-7
II. Definitionen	8-16
III. Ausschlüsse	17-21
IV. Allgemeine Bestimmungen	22-32
Kurzanleitung · Behandlungen · Nützliche Services · Kontaktinformationen	Abtrennbarer Teil

I. Versicherungsumfang

Übersicht

In der Tariflichen Leistungszusage sind der/die Tarife und die damit verbundenen Leistungen aufgeführt, die für die versicherten Personen verfügbar sind. Weitere Details zu unseren Leistungen können dem Abschnitt „Definitionen“ in diesem Handbuch entnommen werden. Es müssen nicht alle in diesem Abschnitt aufgeführten Leistungen im Rahmen des gewählten Versicherungsschutzes versichert sein. Aus diesem Grund ist es wichtig, nachzuprüfen, welche Leistungen in der Tariflichen Leistungszusage aufgelistet sind.

Der Versicherungsschutz unterliegt unseren Versicherungsdefinitionen, Ausschlüssen, maximalen Erstattungsbeträgen und etwaigen Sonderbedingungen, die in der Police genannt werden. Bei Rückfragen zum Versicherungsschutz stehen wir jederzeit gerne zur Verfügung.

1. Medizinische Notwendigkeit und übliche Gebühren

Diese Versicherung bietet Versicherungsschutz für medizinische Behandlungen, zugehörige Kosten, Leistungen und/oder Versorgungen, die als medizinisch notwendig und angemessen erachtet werden, um den Zustand, die Erkrankung oder Verletzung eines Patienten zu behandeln. Außerdem erstatten wir die Kosten für medizinische Dienstleister nur, wenn sie angemessen sind und ihre Höhe den üblichen Gebühren für standardmäßige und allgemein anerkannte medizinische Verfahren entspricht. Sollten die Gebühren höher sein als die ortsüblichen Gebühren, dann behalten wir uns das Recht vor, die Erstattung zu kürzen.

2. Vorerkrankungen

Für risikogeprüfte Gruppen gelten die Anmerkungen der Tariflichen Leistungszusage hinsichtlich der Mitversicherung von Vorerkrankungen. Bitte beachten Sie hierzu auch die Definition 1.73.

3. Erstattungsbeträge

a) In der Tariflichen Leistungszusage wird zwischen zwei Arten von Erstattungsbeträgen unterschieden. Der **Höchsterstattungsbetrag**, der für einige Tarife angegeben wird, ist der maximale Gesamtbetrag, der für sämtliche Leistungen des Tarifs zusammen, pro versicherte Person und pro Versicherungsjahr, erstattet wird. Für einige Leistungen gelten zudem **spezifische Erstattungsbeträge**, die beispielsweise „pro Versicherungsjahr“, „auf Lebenszeit“,

„pro Reise“, „pro Sitzung“ oder auch „pro Schwangerschaft“ gelten. In einigen Fällen kann für Versicherungsleistungen auch eine prozentuale Erstattungsleistung angezeigt werden, z. B. „65% Erstattung, bis CHF6.500“. Wenn für Versicherungsleistungen ein spezifischer Erstattungsbetrag oder eine „volle Erstattung“ angegeben werden, so erfolgt die Erstattung immer innerhalb des angegebenen Höchsterstattungsbetrags, soweit einer auf den Tarif zutrifft. Alle Beträge gelten pro Versicherten und pro Versicherungsjahr, sofern nicht anderweitig in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegeben.

b) Erstattungsbeträge für die Leistungen „Reguläre Schwangerschaft“ und „Komplikationen bei der Entbindung“ werden entweder „pro Schwangerschaft“ oder „pro Versicherungsjahr“ gezahlt (nähere Informationen entnehmen Sie bitte der Tariflichen Leistungszusage). Wenn eine Leistung „pro Schwangerschaft“ erstattet wird und eine Schwangerschaft über zwei Versicherungsjahre reicht, gilt folgendes, falls sich der Erstattungsbetrag bei Vertragsverlängerung ändert:

   I. Alle erstattungsfähigen Kosten aus dem ersten Jahr unterliegen dem maximalen Erstattungsbetrag dieses Jahres.
   II. Alle erstattungsfähigen Kosten aus dem zweiten Jahr unterliegen dem maximalen Erstattungsbetrag des zweiten Jahres, abzüglich des bereits im ersten Jahr erstatteten Betrags.
   III. Falls der maximale Erstattungsbetrag im zweiten Jahr reduziert wurde und dieser Betrag bereits durch die im ersten Jahr anfallenden Kosten ausgeschöpft oder überschritten wurde, ist der überzählige Betrag leider nicht erstattungsfähig.

4. Geltungsbereich

a) Behandlungen können in jedem Land des geografischen Geltungsbereichs in Anspruch genommen werden (dieser wird in der Police bestätigt).

b) Wenn eine medizinische Behandlung, die von der versicherten Person benötigt wird und die durch den Versicherungsschutz gedeckt ist, nicht vor Ort erhalten werden kann, kann diese Behandlung in jedem Land des geografischen Geltungsbereichs in Anspruch genommen werden (dieser wird in der Police bestätigt). Bzgl. der Reisekosten gilt Punkt 8 „Medizinischer Rücktransport/medizinische Überführung“.

c) Wenn die notwendige versicherte Behandlung vor Ort durchgeführt werden kann und die versicherte Person sich dennoch in einem anderen Land des versicherten geografischen Geltungsbereichs behandeln lassen möchten, werden alle durch den Versicherungsschutz abgedeckten medizinischen Kosten zurückerstattet. Die Reisekosten werden jedoch nicht zurückerstattet.

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

Diese Leistung **„Kosten der Unterbringung im Krankenhaus für einen Elternteil, der ein versichertes Kind begleitet“** ist Bestandteil der Haupttarife und daher im Versicherungsschutz enthalten. Umfasst werden die Kosten für die Unterbringung eines Elternteils über die Dauer des Krankenhausaufenthalts eines versicherten Kindes im Rahmen einer versicherten Behandlung. Wenn kein angemessenes Bett im Krankenhaus zur Verfügung steht, übernehmen wir die Kosten für ein entsprechendes Hotelzimmer in einem Drei-Sterne-Hotel. Sonstige Ausgaben, wie beispielsweise für Mahlzeiten, Telefonate, Zeitungen usw. werden nicht erstattet. Diese Leistung ist nur für Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres versichert.

6. Notfallbehandlungen

Versicherungsschutz im Rahmen dieser Leistung **„Notfallbehandlung“** besteht nur für die akute Gesundheitsversorgung im Notfall. Nur die Behandlungen, die innerhalb von 24 Stunden nach Eintritt des Notfallereignisses vorgenommen und von einem Arzt als medizinisch notwendig angesehen werden sowie vom einem zugelassenen Mediziner durchgeführt werden, sind im Rahmen dieser Leistung versichert. Dieser Versicherungsschutz wird nur im Falle eines medizinischen Notfalls aufgrund eines Unfalls, einer Katastrophe oder eines plötzlichen Beginns oder einer Verschlechterung einer schweren unvorhergesehenen Krankheit gewährt, was zu einem medizinischen Zustand führt, der eine unmittelbare Gefahr für die Gesundheit des Versicherten darstellt und eine dringende medizinische Behandlung erforderlich macht. Versichert sind nur die Behandlungen, die unmittelbar mit dem Notfall in Verbindung stehen. Folgebehandlungen sind nicht im Rahmen dieser Leistung versichert, können dann aber gegebenenfalls im Rahmen einer anderen Leistung, die in der Tariflichen Leistungszusage aufgeführt ist, erstattet werden. Diese Leistung schließt keine Behandlungen mit ein, die auf einer Schwangerschaft oder einem anderen Ausschluss beruhen.

7. Schwangerschaft

a) Die Leistung **„Reguläre Schwangerschaft“** umfasst alle medizinisch notwendigen Kosten, die während der Schwangerschaft und der Entbindung entstehen, einschließlich der Krankenhauskosten, Facharztkosten, Kosten für die Geburtsvorsorge und die Geburtsnachsorge der Mutter, Kosten für die Hebamme (beschränkt auf die Zeit der Wehen) sowie die Neugeborenenpflege. Kosten, die im Zusammenhang mit Komplikationen während der Schwangerschaft oder der Entbindung entstehen, werden nicht im Rahmen der Leistung „Reguläre Schwangerschaft“ erstattet. Darüber hinaus werden die Kosten aller medizinisch nicht notwendigen Kaiserschnitte bis zu den Kosten einer regulären Entbindung im selben Krankenhaus erstattet, sofern ein etwaiger maximaler Erstattungsbetrag nicht überschritten wird. Wenn der Tarif eine Hausentbindung umfasst, wird im Falle einer Hausentbindung ein Pauschalbetrag bis zu dem in der Tariflichen Leistungszusage angegebenen Betrag ausgezahlt.

b) Die Leistung **„Komplikationen bei der Entbindung“** bezieht sich lediglich auf folgende Umstände, die während der Entbindung entstehen können und die ein anerkanntes geburtshilfliches Verfahren erfordern: Nachgeburtliche Blutungen und Plazentarückstände. Kosten für Komplikationen bei der Entbindung sind nur erstattungsfähig, wenn der Versicherungsschutz auch die Leistung „Reguläre Schwangerschaft“ einschließt. Wenn dies der Fall ist, wird auch ein medizinisch notwendiger Kaiserschnitt als Komplikation betrachtet.

c) Die Leistung **„Komplikationen während der Schwangerschaft“** bezieht sich auf die Gesundheit der Mutter. Versicherungsschutz besteht **lediglich für die folgenden Komplikationen**, die in der vorgeburtlichen Phase auftreten können:
- Ektopische Schwangerschaft,
- Schwangerschaftsdiabetes,
- Präeklampsie,
- Fehlgeburt oder drohende Fehlgeburt,
- Totgeburt und Blasenmole.

d) Die Leistung **Neugeborenenpflege** schließt die üblichen Untersuchungen ein, die notwendig sind, um die Grundfunktionen und Integrität der Organe bzw. der Knochenstruktur des Kindes festzustellen. Diese wesentlichen Untersuchungen erfolgen direkt nach der Geburt. Weitere vorbeugende diagnostische Untersuchungen wie Abstriche, Feststellung der Blutgruppe und Hörtests sind nicht versichert. Jede weitere medizinisch notwendige Untersuchung oder Behandlung ist im Rahmen des Versicherungsvertrags des Neugeborenen versichert.

e) Die stationäre Behandlung für Mehrlingsgeburten infolge medizinisch assistierter Fortpflanzung ist auf CHF 39.000 pro Kind für die ersten drei Monate nach der Geburt beschränkt. Ambulante Behandlungen werden innerhalb der Grenzen eines entsprechenden Ambulanttarifs erstattet.

8. Medizinischer Rücktransport/medizinische Überführung

a) **Der medizinische Rücktransport** (siehe Definition 1.37) ist eine optionale Leistung, die in der Tariflichen Leistungszusage aufgeführt wird, falls sie Bestandteil des Versicherungsschutzes ist.

b) Die **medizinische Überführung** (siehe Definition 1.36) ist Bestandteil der Haupttarife und daher im Versicherungsschutz enthalten.

c) Beim ersten Anzeichen, dass eine medizinische Überführung oder ein medizinischer Rücktransport erforderlich wird, müssen uns Versicherte kontaktieren. Wir organisieren und koordinieren dann alle Stufen des Transports bis der Versicherte zur (Weiter-) Behandlung sicher am Zielort angekommen ist. Dies beinhaltet das medizinische Personal, das den Versicherten begleitet, sofern medizinisch notwendig. Falls die Überführung nicht durch uns organisiert wird, behalten wir uns das Recht vor, alle Kosten abzulehnen.

d) Ein medizinischer Rücktransport/eine medizinische Überführung erfolgt dann, wenn eine medizinisch notwendige Behandlung, für die Versicherungsschutz besteht, vor Ort nicht erhältlich ist.

e) **Die medizinische Überführung der versicherten Person erfolgt zur nächstgelegenen geeigneten medizinischen Einrichtung** (die sich nicht unbedingt im Heimatland der versicherten Person befindet).

Der medizinische Rücktransport der versicherten Person erfolgt zu einer geeigneten medizinischen Einrichtung im Heimatland der versicherten Person.

f) Der Transport, der vom Arzt des Versicherten angefordert werden sollte, wird in ökonomisch sinnvoller Weise per Krankenwagen, Hubschrauber oder Flugzeug, unter Berücksichtigung der medizinischen Umstände durchgeführt. Dieser Versicherungsschutz bezieht sich auf das Verhältnismäßigkeitsprinzip, d.h., es wird ein effizientes Kosten-Nutzen-Verhältnis sowie die Sicherheit aller Beteiligten berücksichtigt.

g) Nach Behandlungsende erstatten wir auch die Kosten für den Rückflug in der Economy-Klasse, damit der überführte Versicherte in das Land zurückkehren kann, in dem er seinen Hauptwohnsitz hat.

h) Sofern ausreichend kontrollierte **Blutkonserven** vor Ort nicht erhältlich sind, werden wir uns bemühen, entsprechende Blutkonserven und steriles Transfusionsbesteck zu beschaffen, wenn dies von dem behandelnden Arzt angeraten wird. Dies gilt auch für den Fall, dass unsere medizinischen Fachleute dies anraten. Sollten in einem Notfall keine angemessen kontrollierten Blutkonserven vorhanden sein, erfolgt ein medizinischer Rücktransport oder die Überführung des versicherten Patienten, wenn möglich. Allianz Worldwide Care und deren Vermittler übernehmen keine Haftung im Falle, dass diese Bemühungen erfolglos sind oder wenn von der behandelnden Stelle infiziertes Blut oder Transfusionsbesteck verwendet wird.

i) Wenn aus medizinischen Gründen nach Beendigung einer stationären Behandlung und der Entlassung aus dem Krankenhaus die versicherte Person nicht überführt oder transportiert werden kann, übernehmen wir die Kosten für ein Hotelzimmer mit privatem Badezimmer für die Dauer von maximal sieben Tagen. Es werden maximal die Unterkunftskosten in einem Standardzimmer eines Drei-Sterne-Hotels sowie die Hotelkosten für Ihre Begleitperson übernommen.

j) Wenn bei einer versicherten Person eine medizinische Überführung oder ein mediznischer Rücktranport und am Zielort eine laufende Behandlung benötigt wird, erklären wir uns bereit, die Kosten für ein Hotelzimmer mit privatem Badezimmer für die Dauer der Behandlung zu erstatten. Es werden maximal die Unterkunftskosten in einem Standardzimmer eines Drei-Sterne-Hotels erstattet. Die Kosten für eine solche Unterkunft müssen geringer sein als die Transportkosten zwischen der geeigneten medizinischen Einrichtung und dem Hauptwohnsitz des Versicherten. Hotelkosten für eine Begleitperson werden nicht erstattet.

k) **Reisekosten** umfassen Transportkosten in der Economy Klasse. Wenn es nicht möglich ist, dass die Begleitperson/en dasselbe Transportmittel benutzt, wird ein Hin- und Rückflugticket in der Economy-Klasse zur Verfügung gestellt. Die Kosten für eine Begleitperson im Falle einer medizinischen Überführung beziehen sich auf die Reisekosten für eine Person, die der Versicherte frei wählen kann.

9. Rücktransport im Todesfall

Der Rücktransport im Todesfall ist der Transport der sterblichen Überreste des Versicherten vom Aufenthalts- in das Bestattungsland und ist Bestandteil der Haupttarife und daher im Versicherungsschutz enthalten. Versichert sind unter anderem die Einbalsamierung, ein den gesetzlichen Anforderungen entsprechender Transportbehälter, die Überführungskosten und die Kosten für die erforderlichen behördlichen Bewilligungen. Kosten für eine Einäscherung werden nur erstattet, wenn diese aus gesetzlichen Gründen notwendig ist. Die Kosten für Begleitpersonen werden nur erstattet, wenn dies als spezifische Leistung in der Tariflichen Leistungszusage aufgeführt ist.

II. Definitionen

Die folgenden Definitionen beziehen sich auf sämtliche Leistungen, die in unseren Krankenversicherungstarifen enthalten sein können, sowie auf andere häufig verwendete Begriffe. Bitte entnehmen Sie der Tariflichen Leistungszusage, welche Leistungen der Versicherungsschutz abdeckt. Sollten speziell zugeschnittene Leistungen im Versicherungsschutz enthalten sein, so ist die entsprechende Definition in den Anmerkungen am Ende der Tariflichen Leistungszusage aufgeführt. Wo immer die nachstehenden Begriffe und Ausdrücke in den Versicherungsunterlagen verwendet werden, haben sie die im Folgenden definierte Bedeutung:

1.01 **Akut** bezieht sich auf ein plötzliches Auftreten.

1.02 **Allgemeinmedizinerkosten** umfassen nichtchirurgische Behandlungskosten für Behandlungen, die von einem Allgemeinmediziner durchgeführt oder überwacht werden.

1.03 **Ambulante Behandlungen** umfassen Behandlungen in der Praxis eines Allgemeinmediziners, Therapeuten oder Facharztes, bei denen keine Einweisung in ein Krankenhaus erforderlich ist.

1.04 **Ambulante Operationen** sind chirurgische Eingriffe, die in einer Arztpraxis, einer Tagesklinik oder einem Krankenhaus durchgeführt werden und es aus medizinischer Sicht nicht erfordern, dass der Patient über Nacht bleibt.

1.05 **Angehörige(r)** ist bzw. sind der Ehepartner oder Partner (einschließlich gleichgeschlechtlicher Partner) und/oder unverheiratete Kinder (einschließlich Stief-, Adoptiv- oder Pflegekinder) des Hauptversicherten, die bis zum Tag vor ihrem 18. Geburtstag finanziell vom Hauptversicherten abhängig sind oder bis zum Tag vor ihrem 24. Geburtstag, wenn sie sich in einer Vollzeitausbildung befinden und auf der Police als Angehörige aufgeführt sind.

1.06 **Arzt für Allgemeinmedizin** ist ein Arzt, der als praktizierender Arzt gemäß dem Recht des Landes zugelassen ist, in dem die Behandlung erfolgt und in dem er gemäß seiner Zulassung praktiziert.

1.07 Unter **Behandlung** wird jedes medizinische Verfahren zur Heilung oder Linderung von Krankheiten oder Verletzungen verstanden.

1.08 **Beschäftigungstherapie** umfasst Behandlungen, die sich auf die Verbesserung der Fein- und Grobmotorik, der sensorischen Integration, Bewegungskoordination und Balance konzentrieren. Im Vordergrund steht das Erlernen alltäglicher Fähigkeiten wie Körperpflege, Essen und Ankleiden, um so die Interaktion mit dem unmittelbaren Umfeld zu erleichtern. Nach 20 Sitzungen muss ein Behandlungsbericht eingereicht werden.

1.09 **Chirurgisch zahnärztliche Eingriffe** beziehen sich auf die operative Entfernung von Zähnen sowie andere chirurgische Eingriffe im Zusammenhang mit Zähnen, wie Wurzelspitzenresektionen und verschreibungspflichtige Medikamente zur Zahnbehandlung. Alle Untersuchungen, die nötig sind, um festzustellen ob ein zahnchirurgischer Eingriff erforderlich ist, wie Labortests, Röntgenaufnahmen, CT-und MRI-Untersuchungen, sind im Rahmen dieser Leistung versichert. Die Leistung umfasst keine chirurgischen Maßnahmen, die im Zusammenhang mit Zahnimplantaten stehen.

1.10 **Chirurgische Hilfsmittel und Materialien** sind die für einen chirurgischen Eingriff benötigten Hilfsmittel und Materialien. Dazu gehören auch künstliche Körperteile oder Geräte wie Gelenkersatzimplantate, Knochenschrauben und -platten, Vorrichtungen für künstliche Herzklappen, endovaskuläre Stents, implantierbare Defibrillatoren und Herzschrittmacher.

1.11 Eine **chronische Erkrankung** ist ein regelwidriger körperlicher oder geistiger Zustand, der mindestens einmal pro Jahr ärztlich behandelt, überwacht oder kontrolliert wird (Dauerbehandlung), von wiederkehrender Natur ist, für den eine allgemein anerkannte Heilung nicht bekannt ist und der auf Behandlungen nur begrenzt anspricht. Die Anmerkungen der Tariflichen Leistungszusage geben an, ob chronische Erkrankungen versichert sind.

1.12 Unter **diagnostischen Untersuchungen** werden z. B. Röntgen- oder Bluttests verstanden, die vorgenommen werden, um die Ursache vorliegender Symptome zu ermitteln.

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

1.14 **Facharzt** ist ein zugelassener Arzt, der über die notwendige Zusatzqualifikation und ausreichende Fachkenntnisse über diagnostische Methoden, Behandlungen und Präventivmaßnahmen in einem speziellen Gebiet der Medizin verfügt, um in diesem medizinischen Fachgebiet zu praktizieren. Diese Leistung beinhaltet nicht die Gebühren für einen Psychiater oder Psychologen. Diese sind durch die separate Leistung „Psychiatrie und Psychologie“ abgedeckt, die in der Tariflichen Leistungszusage aufgeführt ist, falls versichert.

1.15 **Facharztkosten** umfassen nichtchirurgische Behandlungskosten für Behandlungen, die von einem Facharzt durchgeführt oder überwacht werden.

1.16 Direkte **familiäre Vorbelastung** liegt dann vor, wenn bei einem Elternteil, einem Großelternteil, einem Bruder, einer Schwester oder einem Kind die betreffende Erkrankung bereits diagnostiziert wurde.

1.17 **Familiäre Vorbelastung** liegt dann vor, wenn bei einem Elternteil, einem Großelternteil, einem Bruder, einer Schwester, einem Kind, einer Tante oder einem Onkel die betreffende Erkrankung bereits diagnostiziert wurde.

1.18 **Familienmitglied** ist ein/e Verwandte/r ersten Grades. Als Verwandte/r ersten Grades gelten Ehepartner, Eltern, Geschwister und Kinder, einschließlich Adoptiv-, Pflege - und Stiefkinder.

1.19 **Geburtsnachsorge** ist die medizinische Standardversorgung der Mutter, die bis zu sechs Wochen nach der Entbindung erbracht wird.

1.20 Zur **Geburtsvorsorge** gehören die während einer Schwangerschaft erforderlichen allgemeinen Vor- und Nachsorgeuntersuchungen. Bei Frauen ab 35 Jahren gehören dazu auch Triple-/Bart's-, Quadruple- und Spina-Bifida-Tests, Amniozentesen und DNA-Analysen, wenn sie im direkten Zusammenhang mit einer versicherten Amniozentese durchgeführt werden.

1.21 Der **Gruppenversicherungsverantwortliche** ist der ernannte Vertreter des Versicherungsnehmers, der als Hauptansprechpartner zwischen dem Versicherungsnehmer und uns bei allen Fragen im Zusammenhang mit der Gruppentarifverwaltung fungiert, wie Anmeldung, Einzug von Prämien und der Verlängerung des Vertrags.

1.22 Der **Hauptversicherte** ist der Angestellte des Versicherungsnehmers (Unternehmen), wie in der Police angegeben.

1.23 **Häusliche Pflege oder Aufenthalt in einem Genesungsheim** ist Krankenpflege, die sich unmittelbar an eine tarifgemäße stationäre oder teilstationäre Behandlung anschließt oder diese ersetzt. Für den Aufenthalt in einem Genesungsheim oder die häusliche Pflege erstatten wir nur die in der Tariflichen Leistungszusage aufgeführten Leistungen, sofern medizinisch notwendig. Für Aufenthalte in Kureinrichtungen, Kurzentren und Sanatorien wird kein Versicherungsschutz gewährt.

1.24 **Hebammenkosten** beziehen sich auf die von Hebammen oder Geburtshelfern in Rechnung gestellten Kosten. Die Hebammen und Geburtshelfer müssen gemäß den Gesetzen des Landes, in dem die Behandlung stattfindet, die erforderliche Ausbildung absolviert und die jeweiligen staatlichen Prüfungen bestanden haben.

1.25 Das **Heimatland** ist das ursprüngliche Herkunftsland oder das Land der Staatsangehörigkeit der versicherten Person.

1.26 **Impfungen** sind alle Grundimmunisierungen und Auffrischungsimpfungen, die gemäß den Vorschriften oder Empfehlungen der Behörden (Gesundheitsministerium, Außenministerium) in der Schweiz oder dem Bestimmungsort der Reise erforderlich sind, sowie medizinisch notwendige Reiseimpfungen und Malariaprophylaxe. Die Kosten des Arztbesuchs zur Verabreichung des Impfstoffes sowie die Kosten für den Impfstoff werden erstattet.

1.27 **Kieferorthopädie** ist der Einsatz von Hilfsmitteln zur Korrektur von Fehlstellungen und Wiederherstellung der richtigen Ausrichtung und Funktion der Zähne. Im Versicherungsschutz enthalten sind nur kieferorthopädische Behandlungen, bei denen Standard-Zahnspangen aus Metall und/oder herausnehmbare Standard-Apparate eingesetzt werden. Kosten für kosmetische Behandlungsgeräte wie Lingualspangen und unsichtbare Aligners sind bis zu der Höhe der Kosten von Zahnspangen aus Metall gemäß des maximalen Erstattungsbetrags für „Kieferorthopädie und Zahnersatz“ versichert.

1.28 **Komplementärmedizin** umfasst therapeutische und diagnostische Behandlungsmethoden, die außerhalb der konventionellen westlichen Schulmedizin existieren. Bitte entnehmen Sie der Tariflichen Leistungszusage ob die folgenden Behandlungsmethoden Teil des Versicherungsschutzes sind: Chiropraktische Behandlungen, Osteopathie, traditionelle chinesische Medizin, Homöopathie, Akupunktur und medizinische Fußpflege, soweit sie jeweils von einem staatlich anerkannten Therapeuten praktiziert werden.

1.29 Ein **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.

1.30 **Krankenhaustagegeld** wird bezahlt, wenn die Behandlung und Unterbringung aufgrund einer Erkrankung, die normalerweise im Rahmen des Versicherungstarifs abgedeckt wäre, in einem Krankenhaus in Anspruch genommen werden, das keine Gebühren berechnet. Der Versicherungsschutz ist dann auf den in der Tariflichen Leistungszusage angegebenen Betrag und die angegebene Höchstanzahl an Nächten beschränkt und wird nach Entlassung aus dem Krankenhaus bezahlt.

1.31 Eine **Krankheit** definiert sich gemäß „ATSG SR 830.1 Art. 3 Krankheit“ und ist jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Als Geburtsgebrechen gelten diejenigen Krankheiten, die bei vollendeter Geburt bestehen.

1.32 **Langzeitpflege** ist Pflege nach vollständiger Beendigung der akuten Behandlung über einen längeren Zeitraum hinweg. Gewöhnlich handelt es sich dabei um eine chronische Krankheit oder Behinderung, die regelmäßige, sporadische oder kontinuierliche Pflege erfordert. Langzeitpflege kann zu Hause, in der Gemeinde, in einem Krankenhaus oder einem Pflegeheim erteilt werden. Die Behandlung in einem Sanatorium ist ausgeschlossen.

1.33 **Laseraugenkorrektur** bezieht sich auf die chirurgische Verbesserung der refraktiven Eigenschaft der Hornhaut mittels Lasertechnologie, inklusive aller notwendigen präoperativen Untersuchungen.

1.34 **Lokaler Krankentransport** ist ein Krankentransport im Notfall oder aus medizinischer Notwendigkeit in die nächstgelegene oder nächste zugelassene medizinische Einrichtung.

1.35 **Medizinische Notwendigkeit** umfasst medizinische Behandlungen, Leistungen oder Versorgungen, die nach objektiver Bewertung von einem zugelassenen Arzt als medizinisch notwendig und angemessen erachtet werden, wenn:

a) sie erforderlich sind, um den Zustand, die Erkrankung oder Verletzung eines Patienten zu diagnostizieren oder zu behandeln;
b) die Beschwerden, die Diagnose und die Behandlung mit der zugrunde liegenden Erkrankung übereinstimmen;
c) sie der allgemein anerkannten medizinischen Praxis und den professionellen Standards der medizinischen Versorgung, die in der Medizin zu diesem Zeitpunkt vorherrschend sind, entsprechen; dies findet keine Anwendung bei komplementärmedizinischen Behandlungsmethoden wenn Sie Teil des Versicherungsschutzes ist;
d) sie nicht aus Gründen der Bequemlichkeit oder des persönlichen Vorteils für den Patienten und/oder den behandelnden Arzt durchgeführt werden;
e) sie nachgewiesenen medizinischen Wert haben; dies findet keine Anwendung bei komplementärmedizinischen Behandlungsmethoden wenn Sie Teil des Versicherungsschutzes ist;
f) sie die angemessenste Art und Stufe der medizinischen Versorgung darstellen;
g) sie in einer geeigneten Einrichtung/Umgebung und auf einem dem Krankheitszustand entsprechendem Versorgungsniveau erbracht werden;
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. Wenn diese Definition im Zusammenhang mit einer stationären Behandlung steht, so bedeutet „medizinische Notwendigkeit“, dass die Diagnose und/oder Behandlung unter Berücksichtigung der Patientensicherheit und des medizinischen Qualitätsstandards nicht im ambulanten Bereich erfolgen kann.

1.36 **Medizinische Überführung** ist der medizinische Transport zur nächstgelegenen geeigneten medizinischen Einrichtung per Krankenwagen, Hubschrauber oder Flugzeug. Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang die Leistungsbeschreibung auf Seite 5.

1.37 **Medizinischer Rücktransport** ist der medizinische Transport in des Heimatland der versicherten Person zu einer geeigneten medizinischen Einrichtung per Krankenwagen, Hubschrauber oder Flugzeug. Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang die Leistungsbeschreibung auf Seite 5.

1.38 **Notfall** ist der Ausbruch einer plötzlichen und unvorhergesehenen Erkrankung oder ein Unfall, die einer dringenden und sofortigen medizinischen Behandlung bedarf. Nur Behandlungen, die innerhalb von 24 Stunden nach Eintritt des Notfallereignisses beginnen, werden als Notfall anerkannt.

1.39 **Okulomotortherapie** ist eine spezifische Art der Beschäftigungstherapie in Fällen von mangelnder Koordination der Augenmuskeln mit dem Ziel, die Augenbewegung zu synchronisieren.

1.40 **Onkologie** umfasst alle Facharztgebühren, Kosten für diagnostische Tests, Strahlentherapie, Chemotherapie und Krankenhausgebühren, die in Verbindung mit der Planung und Durchführung einer Krebsbehandlung entstehen, sobald die entsprechende Diagnose gestellt wurde. Der Versicherungsschutz umfasst außerdem die Kosten einer Perücke im Fall von Haarausfall als Folge einer Krebsbehandlung.

1.41 **Organtransplantation** bezeichnet die chirurgischen Maßnahmen zur Übertragung eines Organ- und/oder Gewebetransplantats: Herz, Herz/Herzklappen, Herz/Lunge, Leber, Bauchspeicheldrüse, Bauchspeicheldrüse/Niere, Niere, Knochenmark, Nebenschilddrüse, Muskel/Skelett und Augenhornhaut. Kosten, die durch den Erwerb der Organe oder Gewebe entstehen, werden nicht erstattet.

1.42 **Orthomolekulare Behandlung** ist eine Behandlung, mit der die optimale ökologische Umgebung für Körperzellen wiederhergestellt werden soll, indem Mängel auf molekularer Ebene auf Grundlage der individuellen Biochemie korrigiert werden. Dabei werden natürliche Substanzen wie Vitamine, Mineralstoffe, Enzyme, Hormone usw. verwendet.

1.43 **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. Diese Behandlung kann stationär, teilstationär oder ambulant erfolgen, nachdem diagnostiziert wurde, dass sich ein Patient im Endstadium befindet und eine Heilung durch die Behandlung nicht mehr zu erwarten ist. Wir erstatten außerdem Kosten für körperliche Pflege, psychologische Behandlungen, den Aufenthalt in einem Krankenhaus oder einem Hospiz sowie verschreibungspflichtige Arzneimittel. Die Behandlung in einem Sanatorium ist ausgeschlossen.

1.44 Nicht verordnete **Physiotherapie** bezieht sich auf eine Behandlung durch einen eingetragenen Physiotherapeuten, ohne vorherige Überweisung durch einen Allgemeinmediziner. Falls versichert, erstreckt sich der Versicherungsschutz auf die in der Tariflichen Leistungszusage angegebene Anzahl von Sitzungen. Für zusätzliche Sitzungen besteht nur dann Versicherungsschutz, wenn sie verordnet werden. Physiotherapie umfasst nicht die folgenden Therapieformen: Rolfing, Massage, Pilates, Fango- und Milta-Therapie.

1.45 Verordnete **Physiotherapie** umfasst Behandlungen durch einen zugelassenen Physiotherapeuten nach Überweisung durch einen Allgemeinmediziner. Die Physiotherapie ist zunächst auf 24 Sitzungen pro erstellte Diagnose begrenzt. Danach muss der Arzt, der die Überweisung veranlasst hat, die Behandlung überprüfen. Sollten weitere Sitzungen notwendig sein, muss uns ein neuer Behandlungsbericht vorgelegt werden, in dem die medizinische Notwendigkeit einer Weiterbehandlung dargelegt wird. Physiotherapie, die aufgrund einer stationären Behandlung notwendig ist, ist im Rahmen der Leistung Rehabilitation mitversichert.

1.46 **Podologie** bezieht sich auf medizinisch notwendige Behandlungen durch einen staatlich anerkannten Podologen in Verbindung mit einem akademischen Grad.

1.47 Die **Police** ist ein Dokument, das die Details des Versicherungsschutzes angibt und von uns ausgestellt wird. Sie bestätigt, dass zwischen dem Versicherten und uns eine Versicherungsbeziehung besteht.

1.48 **Psychiatrie und Psychotherapie** ist die Behandlung von geistigen Störungen durch einen Psychiater oder klinischen Psychologen. Die Erkrankung muss klinisch signifikant sein und darf nicht durch einen Todesfall, Beziehungs- oder akademische Belastungsstörungen, Probleme bei der Akkulturation oder Arbeitsbelastung hervorgerufen worden sein. Jegliche stationäre oder teilstationäre Aufnahme muss die verschriebenen Medikamente für diese Erkrankung beinhalten. Psychotherapeutische Behandlung auf stationärer oder ambulanter Basis ist nur versichert, wenn der Hauptversicherte oder seine Familienangehörigen von einem registrierten Psychiater untersucht und für weitere Behandlungen zu einem registrierten Psychologen

überwiesen wurden. Darüber hinaus ist eine ambulante psychotherapeutische Behandlung (falls versichert) zunächst auf zehn Sitzungen pro erstellte Diagnose begrenzt. Danach muss der überweisende Psychiater den Erfolg der Behandlung überprüfen. Sollten weitere Sitzungen notwendig sein, muss uns ein Behandlungsbericht vorgelegt werden, in dem die medizinische Notwendigkeit einer Weiterbehandlung dargelegt wird.

1.49 **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 staatlich anerkannten Rehabilitationseinrichtung stattfindet.

1.50 **Schwangerschaft** ist der Zeitraum von der ersten Diagnose bis zur Entbindung. Bitte beachten Sie die Leistungsbeschreibung auf Seite 4.

1.51 **Selbstbehalt** ist der Prozentsatz der Kosten, den die versicherte Person selbst zu tragen hat. Selbstbehalte gelten pro Person und pro Versicherungsjahr, falls nicht anderweitig in der Tariflichen Leistungszusage angegeben. Einige unserer Tarife enthalten einen maximalen prozentualen Selbstbehalt pro versicherte Person und pro Versicherungsjahr. Wenn dies der Fall ist, ist der Selbstbehalt, der von der versicherten Person zu zahlen ist, durch den in der Tariflichen Leistungszusage angegebenen Betrag beschränkt. Selbstbehalte können für den Haupt-, Ambulant-, Mutterschafts-, Zahn- oder Rücktransporttarif oder auch für eine Kombination dieser Tarife gelten.

1.52 **Selbstbeteiligung** ist der Kostenanteil, der von der versicherten Person zu zahlen ist und der von der erstattungsfähigen Summe abgezogen werden muss. Falls eine Selbstbeteiligung anfällt, gilt diese pro Person und pro Versicherungsjahr (soweit nicht anderweitig in der Tariflichen Leistungszusage angegeben). Selbstbeteiligungen können für den Haupt-, Ambulant-, Mutterschafts-, Zahn- oder Rücktransporttarif oder auch für eine Kombination dieser Tarife gelten.

1.53 **Sie/Ihr** bezeichnet die in der Police genannte versicherte Person.

1.54 **Sprachtherapie** bezieht sich auf Maßnahmen durch einen qualifizierten Sprachtherapeuten zur Behandlung von physischen Beeinträchtigungen, einschließlich (jedoch nicht darauf beschränkt) nasaler Obstruktion, neurogener Defekte (z. B. Zungenlähmung, Gehirnschäden) und Artikulationsstörungen, welche die Mundstruktur beeinflussen (z. B. Gaumenmissbildung).

1.55 **Stationäre Behandlung** umfasst Behandlungen in einem Krankenhaus, die eine Übernachtung aus medizinischer Sicht erfordern.

1.56 **Stationäre zahnärztliche Notfallbehandlung** beinhaltet eine akute zahnärztliche Notfallbehandlung aufgrund eines schweren Unfalls, der einen Krankenhausaufenthalt erforderlich macht. Die Behandlung muss innerhalb von 24 Stunden nach Eintritt des Notfalls erfolgen. Beachten Sie bitte, dass sich dieser Versicherungsschutz nicht auf anschließend erforderliche Zahnbehandlungen, Zahnchirurgie, Zahnersatz, Kieferorthopädie oder zahnärztliche Parodontalbehandlung erstreckt. Sind diese genannten Leistungen versichert, so werden diese separat in der Tariflichen Leistungszusage aufgeführt.

1.57 **Teilstationäre Behandlung** 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.

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

1.59 **Übergewicht** wird diagnostiziert, wenn der Körpermasseindex (KMI) einer Person über 30 liegt (ein KMI-Rechner steht auf der folgenden Website zur Verfügung: www.allianzworldwidecare.com).

1.60 Unter **Unterbringung im Krankenhaus** wird die Standardunterbringung in einem Ein-, Zwei- oder Mehrbettzimmer verstanden, wie in der Tariflichen Leistungszusage vereinbart. Zimmer mit besonderem Komfort (Deluxe- und Executive-Zimmer sowie Suites) sind durch diese Versicherung nicht abgedeckt. Bitte beachten Sie, dass die Leistung „Unterbringung im Krankenhaus" nur dann gilt, wenn keine andere stationäre Leistung innerhalb des Tarifs die benötigte Behandlung abdeckt. In letzterem Fall werden die Kosten für einen Krankenhausaufenthalt im Rahmen der jeweiligen spezifischeren stationären Leistung erstattet. Psychiatrie und Psychotherapie, Organtransplantation, Onkologie, reguläre Schwangerschaft, palliativmedizinische Betreuung und Langzeitpflege sind Beispiele für stationäre Leistungen, die – falls im Tarif inbegriffen – die Kosten für einen Krankenhausaufenthalt bis zu dem angegebenen maximalen Erstattungsbetrag beinhalten.

1.61 Ein **Unfall** definiert sich gemäß „ATSG SR 830.1 Art. 4 Unfall" und ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äußeren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

1.62 Die **Unternehmensvereinbarung** ist der Kollektivversicherungsvertrag zwischen dem Versicherungsnehmer (dem Unternehmen) und uns, der die Grundlage für den Hauptversicherten und seine Familienangehörigen bildet. Die Vereinbarung regelt, wer versicherbar ist, wann der Versicherungsschutz beginnt, wie er sich erneuert und wie die Prämien bezahlt werden.

1.63 **Behandlungen bei Unfruchtbarkeit** umfassen Behandlungen für versicherte Personen, einschließlich aller invasiven Untersuchungsverfahren zur Feststellung der Ursache für die Unfruchtbarkeit, wie z.B. Hysterosalpingografie, Laparaskopie oder Hysteroskopie. Bei InVitro-Fertilisation (IVF) ist die Kostenerstattung auf den in der Tariflichen Leistungszusage angegebenen Betrag beschränkt. Wenn die Tarifliche Leistungszusage keine spezifisch aufgeführte Leistung für Behandlungen bei Unfruchtbarkeit enthält, beschränkt sich der Versicherungsschutz auf nicht-invasive Untersuchungen zur Ermittlung der Unfruchtbarkeitsursache innerhalb der maximalen Erstattungsbeträge des Ambulanttarifs. Die stationäre Behandlung für Mehrlingsgeburten infolge medizinisch assistierter Fortpflanzung ist auf CHF39.000 pro Kind für die ersten drei Monate nach der Geburt beschränkt. Ambulante Behandlungen werden innerhalb der maximalen Erstattungsbeträge eines entsprechenden Ambulanttarifs erstattet.

1.64 **Verschreibungspflichtige Arzneimittel** umfassen Produkte, einschließlich Insulin, Subkutannadeln oder Spritzen, die von einem Arzt für die Behandlung einer bestätigten Diagnose, einer vorliegenden Krankheit oder als Ersatz für lebenswichtige Körpersubstanzen verschrieben werden. Die verschreibungspflichtigen Arzneimittel müssen auf ihre klinische Wirksamkeit in Bezug auf die Erkrankung getestet und von der zuständigen Aufsichtsbehörde des jeweiligen Landes zugelassen sein.

1.65 **Verschreibungspflichtige Arzneimittel zur Zahnbehandlung** sind Medikamente, die von einem Zahnarzt zur Behandlung einer Entzündung oder Infektion im Zusammenhang mit Zähnen verschrieben werden. Die verschreibungspflichtigen Arzneimittel müssen auf ihre Wirksamkeit in Bezug auf die Erkrankung getestet und von der zuständigen Aufsichtsbehörde des jeweiligen Landes zugelassen sein.

1.66 **Verschriebene Brillen und Kontaktlinsen, einschließlich Augenuntersuchungen,** umfassen den Versicherungsschutz für eine Augenuntersuchung pro Versicherungsjahr durch einen Augenoptiker oder Augenarzt sowie den Versicherungsschutz für Kontaktlinsen oder Brillen zur Korrektur der Sehfähigkeit.

1.67 **Verschriebene medizinische Hilfsmittel** sind verschriebene, medizinisch notwendige und sächliche medizinische Leistungen, die beeinträchtigte Körperfunktionen ersetzen, erleichtern oder ergänzen und den Versicherten in seinen körperlichen Funktionen im Alltag so weit wie möglich unterstützen. Zusätzlich zu der medizinischen Notwendigkeit (siehe Definition 1.35) muss folgendes erfüllt werden:

- Sicherstellung des Erfolges der Krankenbehandlung und Ausgleich der Behinderung einerseits,

und

- Pflegeerleichterung, Linderung der Beschwerden oder Ermöglichung einer selbständigeren Lebensführung andererseits.

Kosten für medizinische Hilfsmittel, die bei der palliativmedizinischen Betreuung oder Langzeitpflege (siehe Definitionen 1.43 und 1.32) verwendet werden, werden nicht übernommen.

1.68 **Versicherer** ist AWP P&C S.A., Saint-Ouen (Paris), Zweigniederlassung Wallisellen (Schweiz).

1.69 Als **„versicherte Person"** wird der Hauptversicherte und seine Familienangehörigen, wie in der Police aufgeführt, bezeichnet.

1.70 Das **Versicherungsjahr** gilt ab dem Versicherungsbeginn, der auf der Police angegeben ist und geht jeweils bis zum 31. Dezember. Bitte beachten Sie weitere Einzelheiten im Abschnitt „Ablauf / Verlängerung der Versicherung".

1.71 Der **Versicherungsnehmer** ist das Unternehmen (der Arbeitgeber des Hauptversicherten), dessen Name in der Unternehmensvereinbarung genannt ist.

1.72 Vorbeugende **Behandlungen** sind Behandlungen, die durchgeführt werden, ohne dass zum Behandlungszeitpunkt klinische Symptome vorliegen. Ein Beispiel für eine vorbeugende Behandlung ist die Entfernung von Gewebe im Krebsvorstadium (z.B. Leberfleck).

1.73 **Vorerkrankungen** sind Krankheiten oder körperliche Gebrechen, die auf unserem medizinischen Fragebogen erfasst werden (Art. 4 und 5 VVG). Entsprechende Vorerkrankungen unterliegen einer medizinischen Risikoprüfung und Anzeigepflicht. Sollten diese nicht angegeben worden sein, wird der Vertrag gemäß Art. 6 und Art. 98 VVG gekündigt. Bitte entnehmen Sie Ihrer Police, welche Vorerkrankungen versichert sind.

1.74 **Vorsorgeuntersuchungen**, einschließlich **Untersuchungen zur Früherkennung** von Krankheiten, sind Untersuchungen und Tests, die im angemessenen Alter und ohne das Vorhandensein von akuten Beschwerden durchgeführt werden. Untersuchungen sind beschränkt auf:

- Ärztliche Untersuchungen,
- Blutuntersuchungen (vollständiges Blutbild, Biochemie, Fettspiegel, Schilddrüsenfunktionstest, Leberfunktionstest, Nierenfunktionstest),
- Herz-Kreislauf-Untersuchungen (ärztliche Untersuchungen, EKG, Blutdruck),
- neurologische Untersuchungen (ärztliche Untersuchungen),
- Krebsvorsorgeuntersuchungen:
  - jährlicher Pap-Abstrich,
  - Mammografie (alle zwei Jahre für Frauen ab 45 Jahren oder jünger bei familiärer Vorbelastung),

  - Prostata-Untersuchungen (jährlich für Männer ab 50 Jahren oder jünger bei familiärer Vorbelastung),
  - Darmspiegelung (alle fünf Jahre für Versicherte ab 50 Jahren oder ab 40 Jahren bei familiärer Vorbelastung),
  - jährlicher Test auf verstecktes Blut im Stuhl,
- Knochendichtemessung (alle fünf Jahre für Frauen ab 50 Jahren),
- Kindervorsorgeuntersuchungen (für Kinder bis zu einem Alter von 6 Jahren, maximal 15 Untersuchungen pro Kind auf Lebenszeit),
- BRCA1 und BRCA2-Gentests (bei direkter familiärer Vorbelastung und wenn im Rahmen der Tariflichen Leistungszusage versichert).

1.75 **VVG** bezieht sich auf das Versicherungsvertragsgesetz der Schweiz.

1.76 **Wartezeit** bezeichnet den Zeitraum ab Versicherungsbeginn (bzw. ab dem Gültigkeitsdatum, falls Sie Familienangehöriger sind), in dem für bestimmte Leistungen noch kein Versicherungsschutz besteht. Die Tarifliche Leistungszusage gibt an, für welche Leistungen eine Wartezeit besteht.

1.77 **Wir/unser/uns** bezeichnet AWP P&C S.A., Saint-Ouen (Paris), Zweigniederlassung Wallisellen (Schweiz).

1.78 Der **Wohnsitz** einer Person befindet sich an dem Ort, an dem der Versicherte sich mit der Absicht eines dauernden Verbleibens aufhält und wird nach dem Schweizerisches Zivilgesetzbuch (Art. 23 – 26, SR 210) bestimmt.

1.79 **Zahn- und kieferchirurgische Maßnahmen** beziehen sich auf chirurgische Maßnahmen, die in einem Krankenhaus von einem Zahn- oder Kieferchirurg zur Behandlung von Erkrankungen im Mundbereich, Kiefergelenkerkrankungen, Frakturen der Gesichtsknochen, angeborener Kieferfehlbildungen, Speicheldrüsenerkrankungen und Tumoren durchgeführt werden. Bitte beachten Sie, dass die operative Entfernung retinierter Zähne und orthognatisch-chirurgische Korrekturen von Fehlstellungen, selbst wenn sie von einem Mund- oder Kieferchirurgen ausgeführt werden, nicht versichert sind, wenn kein Zahntarif gewählt wurde.

1.80 **Zahnbehandlungen** umfassen eine jährliche Vorsorgeuntersuchung, einfache Füllungen aufgrund von Löchern oder Karies, Wurzelkanalbehandlungen sowie verschreibungspflichtige Medikamente.

1.81 **Zahnärztliche Parodontalbehandlung** bezieht sich auf Zahnbehandlungen im Zusammenhang mit Zahnfleischerkrankungen.

1.82 **Zahnersatz** umfasst Kronen, Inlays, Onlays, adhäsive Rekonstruktionen/Sanierungen, Brücken, Zahnprothesen und Implantate sowie alle in diesem Zusammenhang erforderlichen und ergänzenden zahnärztlichen Maßnahmen.

III. Ausschlüsse

Mit unseren Produkten bieten wir umfassenden Versicherungsschutz für medizinisch notwendige Behandlungen. Folgende Erkrankungen, Behandlungen und Verfahren sind jedoch von einer Kostenerstattung ausgeschlossen, falls nicht in der Tariflichen Leistungszusage oder in einem schriftlichen Vertragsnachtrag ausdrücklich anerkannt.

1. Jede Art von **Behandlung** oder **Arzneimitteltherapie**, die sich aus unserer Sicht als **experimentell** oder **unbewiesen** darstellt, da sie nicht der allgemein akzeptierten medizinischen Praxis entspricht. Dies findet keine Anwendung bei komplementär-medizinischen Behandlungsmethoden wenn sie Teil des Versicherungsschutzes sind.

2. Jegliche 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.

3. Pflege und/oder Behandlungen infolge von **Drogenabhängigkeit oder Alkoholismus** einschließlich Entzugsprogrammen wie z. B. Behandlungen zur Raucherentwöhnung.

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

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

6. **Komplementärmedizin** mit Ausnahme der Behandlungsmethoden, die explizit in der Tariflichen Leistungszusage aufgeführt sind.

7. Vom Versicherten, dessen Ehepartner, Eltern oder Kindern **erhaltene ärztliche Beratung, verschriebene Medikamente oder Behandlungen**.

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

9. **Zahnveneers** und die damit verbundenen Maßnahmen.

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

11. Kosten für die **Beschaffung eines Organs** bei einer Transplantation, wie z. B. Kosten für die Spendersuche, die Typisierung, die Organentnahme, den Transport und die Verwaltung.

12. Kosten für **Komplikationen, die direkt durch eine Krankheit, Verletzung oder Behandlung entstanden sind** oder die der Versicherungsschutz ganz ausschließt.

13. **Genetische Tests**, mit Ausnahme von a) spezifischen genetischen Tests, die im Rahmen des Tarifs versichert sind; b) DNA-Tests im direkten Zusammenhang mit einer versicherten Fruchtwasseruntersuchung, z. B. bei Frauen ab 35 Jahren; c) genetische Tests zur Erkennung von Tumorrezeptoren; diese sind versichert.

14. **Hausbesuche**, es sei denn, diese sind nach einem plötzlichen Ausbruch einer akuten Krankheit notwendig, weil es für die versicherte Person unmöglich ist, einen Allgemeinmediziner, Arzt oder Therapeuten aufzusuchen.

15. **Behandlungen bei Unfruchtbarkeit**, einschließlich medizinisch assistierter Fortpflanzung oder etwaiger negativer Folgen, es sei denn, der Versicherungsschutz schließt die spezifisch aufgeführte Leistung „Behandlungen bei Unfruchtbarkeit“ ein oder es wurde ein Ambulanttarif ausgewählt (durch den innerhalb der maximalen Erstattungsbeträge für den Ambulanttarif nicht invasive Untersuchungen zur Feststellung der Ursache für die Unfruchtbarkeit versichert sind).

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

17. Untersuchungen und Behandlungen aufgrund von **Übergewicht**.

18. Untersuchungen, Behandlungen und Folgeerscheinungen von **Sterilisierung, sexueller Dysfunktion** (es sei denn, diese Störung resultiert aus einer vollständigen Entfernung der Prostata infolge einer Krebsbehandlung) und **Verhütung**, einschließlich des Einsetzens und Entfernens jeglicher zur Verhütung gebräuchlicher Hilfsmittel, selbst wenn diese aus medizinischen Gründen verschrieben wurden. Die einzige Ausnahme sind von einem Dermatologen verschriebene Verhütungsmittel zur Behandlung von Akne.

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

20. **Ärztliche Gebühren** für das **Ausfüllen des Erstattungsformulars** oder andere Verwaltungskosten.

21. **Orthomolekulare Behandlung** (siehe Definition 1.42).

22. **Vorerkrankungen** für Gruppen, die einer medizinischen Risikoprüfung unterliegen, (siehe Definition 1.73) und die in der Police ausdrücklich als ausgeschlossen aufgeführt sind.

23. **Geburtsvor-** und **Geburtsnachbereitungskurse**.

24. Produkte, die als **Vitamine** oder **Mineralstoffe** klassifiziert sind (außer während einer Schwangerschaft oder zur Behandlung eines diagnostizierten und klinisch relevanten Vitaminmangels), sowie Nahrungsmittelergänzungsprodukte, inklusive Spezialbabynahrung und kosmetischer Produkte, auch wenn diese medizinisch anerkannt, empfohlen oder verschrieben wurden und eine therapeutische Wirkung haben. Die Kosten für eine Ernährungsberatung sind nicht versichert, außer, wenn eine diesbezügliche Leistung in der Tariflichen Leistungszusage enthalten ist.

25. **Frei verkäufliche** Arzneimittel und Produkte, es sei denn, eine diesbezügliche Leistung ist Teil der Tariflichen Leistungszusage.

26. **Operationen und Behandlungen zur Geschlechtsumwandlung**.

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

28. Aufenthalte in **Kurzentren, Badezentren, Kureinrichtungen, Sanatorien** und **Erholungsheimen**, selbst wenn die Aufenthalte medizinisch verschrieben sind.

29. **Schwangerschaftsabbruch** mit Ausnahme einer für die Schwangere lebensbedrohlichen Indikation.

30. **Reisekosten** zu bzw. von medizinischen Einrichtungen (einschließlich Parkgebühren) im Zusammenhang mit versicherten medizinischen Behandlungen. Eine Ausnahme sind jedoch Kosten, die im Rahmen der Leistungen „Lokaler Krankentransport“, „Medizinische Überführung“ und „Medizinischer Rücktransport“ anfallen bzw. abgedeckt sind.

31. Behandlungen, die im direkten Zusammenhang mit einer **Leihmutterschaft** stehen, ungeachtet dessen, ob die versicherte Person Leihmutter oder zukünftiger Elternteil ist.

32. Behandlungen von Krankheiten oder Verletzungen sowie von Todesfällen, die aus einer **aktiven Teilnahme an einem Krieg, kriegerische Handlungen und Vorfälle (unabhängig davon, ob ein Krieg erklärt wurde oder nicht), Aufruhr, zivilen Unruhen, Terrorismus, kriminellen** oder anderweitigen **illegalen Aktivitäten** resultieren.

33. Behandlungen von Erkrankungen oder Verletzungen, die direkt oder indirekt im Zusammenhang mit **chemischer Verunreinigung, Radioaktivität** oder **jeglichem Nuklearmaterial** stehen, einschließlich der Verbrennung von Kernbrennstoffen.

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

35. **Behandlung von Schlafstörungen**, einschließlich Insomnia, obstruktive Schlafapnoe, Narkolepsie, Schnarchen und Zähneknirschen.

36. Diagnostik und Therapie von **Verletzungen, die ihren Ursprung in der Ausübung von Berufssport haben**.

37. Behandlung **außerhalb des versicherten geografischen Geltungsbereichs**, außer in Notfällen.

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

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

40. Behandlungen, die **aufgrund eines Kunstfehlers** erforderlich werden.

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

42. **Tests auf Tumormarker**, es sei denn es wurde der fragliche Krebs bereits früher diagnostiziert. In diesem Fall besteht Versicherungsschutz innerhalb der Leistung „Onkologie".

43. Folgende **Behandlungen, Kosten oder Verfahren einschließlich etwaiger negativer Folgen oder zugehöriger Komplikationen**, es sei denn, sie sind in der Tariflichen Leistungszusage aufgeführt:

43.01 Zahnbehandlungen, Zahnchirurgie, Zahnfleischbehandlungen, Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlungen mit Ausnahme von Zahn- und kieferchirurgische Maßnahmen, welche im Rahmen der Erstattungsbeträge Ihres Haupttarifs versichert sind.
43.02 Ernährungsberaterkosten.
43.03 Zahnärztliche Notfallbehandlungen.
43.04 Kosten für eine Begleitperson im Falle einer/s medizinischen Überführung/ Rücktransports.
43.05 Vorsorgeuntersuchungen, einschließlich Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten.
43.06 Hausentbindungen.
43.07 Behandlungen bei Unfruchtbarkeit.
43.08 Stationäre Psychiatrie und Psychotherapie.
43.09 Medizinischer Rücktransport.
43.10 Organtransplantation.
43.11 Ambulante Psychiatrie und Psychotherapie.
43.12 Ambulante Behandlungen.
43.13 Verschriebene Brillen und Kontaktlinsen, einschließlich Augenuntersuchungen.
43.14 Verschriebene medizinische Hilfsmittel.
43.15 Vorbeugende Behandlungen.
43.16 Rehabilitationsmaßnahmen.
43.17 Schwangerschaft und Geburt.
43.18 Reisekosten für versicherte Familienmitglieder im Falle eines Rücktransports/einer Überführung.
43.19 Reisekosten für versicherte Familienmitglieder im Falle einer Überführung der sterblichen Überreste.
43.20 Reisekosten für Versicherte, die ein in Lebensgefahr schwebendes oder ein verstorbenes Familienmitglied begleiten.
43.21 Impfungen.

IV. Allgemeine Bestimmungen

Nachfolgend sind wichtige Versicherungsbestimmungen aufgeführt, die für den Versicherungsschutz gelten:

1. Geltendes Recht

Die Versicherung unterliegt schweizerischem Recht insbesondere dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz, VVG). Sämtliche Streitfälle, die nicht auf andere Weise beigelegt werden können, sind vor das zuständige Gericht am schweizerischen Wohnsitz des Versicherten oder das zuständige Gericht am Sitz unserer Zweigniederlassung in der Schweiz zu bringen.

2. Verjährung

Die Forderungen aus dem Versicherungsvertrag verjähren gemäß Art. 46 VVG innerhalb von zwei Jahren nach Eintritt der Tatsache.

3. Geltende Sanktionen, Gesetze und Regulierungen

Diese Police bietet keinen Versicherungsschutz oder Leistungen insofern der Versicherungsschutz oder die Leistungen geltende Sanktionen, Gesetze oder Regulierungen der Vereinten Nationen, der Europäischen Union, der Schweiz oder jegliche andere Wirtschafts- bzw. Handelssanktionsgesetze oder– Regulierungen (wo die Behandlung oder Leistung empfangen wird) verletzen.

4. Datenschutz

a) Für Transaktionen innerhalb des Versicherungsbereichs ist die Verarbeitung persönlicher Informationen notwendig. Wir verarbeiten persönliche Daten gemäß dem Schweizer Datenschutzgesetz. Falls notwendig, bitten wir um die erforderliche Genehmigung der Versicherten zur Verarbeitung persönlicher Informationen. Wir beziehen und bearbeiten persönliche Informationen zum Erstellen von Angeboten, zur Prüfung des Versicherungsrisikos von Verträgen, für den Einzug von Versicherungsprämien, zur Erstattung von Leistungsansprüchen und für andere Zwecke, die direkt in Verbindung mit der Verwaltung von Versicherungsverträgen gemäß der entsprechenden Versicherung stehen. Zunächst beziehen wir persönliche Informationen zu Versicherten bei Antragsstellung. Wir bearbeiten persönliche Informationen ebenfalls in Verbindung mit Produktverbesserungen und für unsere eigenen Marketing-Zwecke.

b) Um einen erschwinglichen und umfassenden Versicherungsschutz anzubieten, werden unsere Services möglicherweise durch juristisch unabhängige Unternehmen im In- und Ausland bereitgestellt. Diese können Unternehmen der Allianz Gruppe oder Partner sein. Zur Erfüllung vertraglicher Pflichten sind wir dazu verpflichtet, Informationen sowohl innerhalb als auch außerhalb der Gruppe auszutauschen. Wir speichern Daten elektronisch oder physisch in Übereinstimmung mit den entsprechenden gültigen

gesetzlichen Bestimmungen. Versicherte Personen, deren Informationen wir verarbeiten, haben auf Grundlage des Datenschutzgesetzes das Recht darauf, zu erfahren, welche persönlichen Informationen wir verarbeiten und können die Korrektur dieser Informationen beantragen.

5. Änderungen im Zusammenhang mit der Police und vorbehaltlose Annahme

a) Gemäß der Unternehmensvereinbarung können wir sowohl das Versicherungshandbuch für die Gruppenversicherung und/oder die Tarifliche Leistungszusage zum Zeitpunkt der jährlichen Erneuerung der Unternehmensvereinbarung und mit Beginn der Versicherungsperiode ändern. Wir werden die versicherten Personen über diese Änderungen schriftlich zu Beginn der neuen Versicherungsperiode informieren.

b) Bitte beachten Sie „vorbehaltlose Annahme" gemäß Art. 12 VVG, d. h. stimmt der Inhalt der Police oder der Nachträge zu derselben mit den getroffenen Vereinbarungen nicht überein, so hat der Versicherungsnehmer binnen vier Wochen nach Empfang der Urkunde deren Berichtigung zu verlangen, widrigenfalls ihr Inhalt als von ihm genehmigt gilt.

6. Prämie

a) In den meisten Fällen ist der Versicherungsnehmer für die Zahlung der Prämien an uns für die Versicherung und für die Versicherung der gemäß der Unternehmensvereinbarung mitversicherten Familienangehörigen verantwortlich, und zwar einschließlich etwaiger anderer im Zusammenhang mit der Versicherung oder der Versicherung der Familienangehörigen fälliger Beträge.

b) Die Versicherungsprämien für jedes Versicherungsjahr basieren auf den verschiedensten Faktoren wie z.B. dem geografischen Geltungsbereich der Versicherung, dem Aufenthaltsland der versicherten Personen, der gültigen Versicherungsprämien und anderen Risikofaktoren, die eine wesentliche Auswirkung auf die Versicherung haben können. Dies gilt sofern in der Unternehmensvereinbarung keine abweichende Vereinbarung getroffen wurde.

c) Durch die Annahme des Versicherungsschutzes hat der Versicherungsnehmer sich einverstanden erklärt, die in dem Angebot angegebene Prämie durch die angegebene Zahlungsmethode zu entrichten. Je nach vereinbarter Zahlungsweise kann eine monatliche, vierteljährliche, halbjährliche oder jährliche Zahlung gewählt werden. Wenn die im Angebot vereinbarte und die in der Rechnung genannte Zahlungsweise nicht übereinstimmen sollten, wenden Sie sich bitte sofort an uns. Wir sind nicht verantwortlich für Zahlungen, die über Dritte erfolgen.

d) Es gelten folgende Zahlungstermine, sofern in der Unternehmensvereinbarung keine abweichende Vereinbarung getroffen wurde:

Zahlungsfrequenz:	Zahlungstermin:
Monatlich	Erster Tag des Monats
Vierteljährlich	Erster Tag des Quartals
Halbjährlich	1. Juli bzw. 1. Januar
Jährlich	1. Januar

e) Wenn die Versicherung im laufenden Jahr startet, ist die erste Zahlung (erste Prämie oder Jahresprämie, je nach gewählter Zahlungsfrequenz) am ersten Tag des Versicherungsschutzes fällig. Dies gilt sofern in der Unternehmensvereinbarung keine abweichende Vereinbarung getroffen wurde.

f) Wird die Erst- oder Folgeprämie nicht fristgerecht bezahlt, werden wir eine Mahnung schicken, die gemäß Art. 20 VVG innerhalb von 14 Tagen nach Versand zu begleichen ist. Wenn nach verstreichen dieser Frist die Forderung nicht beglichen wurde, wird der Versicherungsschutz gemäß Art. 20 VVG suspendiert. Bitte beachten Sie, dass bei einer ausbleibenden Prämienzahlung der Versicherungsschutz gemäß Art. 21 VVG, 2 Monate nach Ablauf der 14-tägigen Mahnfrist automatisch als gekündigt gilt, wenn wir die rückständige Prämie bis dahin nicht rechtlich einfordern.

Wir informieren die versicherten Personen, wenn der Versicherungsschutz ausgesetzt wird oder die Police infolge einer Nichtbezahlung der Prämie seitens des Versicherungsnehmers gemäß dem vorherigen Absatz annulliert wird.

g) Die Prämie kann aufgrund der Entwicklung der Gesundheitskosten und des Schadenverlaufs jährlich angepasst werden. Wir teilen dem Versicherungsnehmer die neue Prämie bis zum 31. Oktober mit, worauf dieser bis einschließlich 30. November schriftlich (Eingang bei uns) kündigen kann.

h) Bei vorzeitiger Auflösung oder Beendigung der Unternehmensvereinbarung gilt Art. 24 VVG.

i) Forderungen uns gegenüber können nicht mit der Prämie verrechnet werden.

7. Änderung des Aufenthaltlandes

a) Es ist wichtig, dass der Versicherte uns bei einer Änderung des Aufenthaltslandes informiert, da diese Änderung Einfluss auf den Versicherungsschutz oder die Prämie haben kann, selbst wenn der Versicherte in ein Land zieht, das innerhalb des aktuellen Geltungsbereichs der Versicherung liegt. Wenn der Versicherte in ein Land außerhalb seines geografischen Geltungsbereichs umzieht, ist der bestehende Versicherungsschutz dort nicht gültig.

b) Versicherungsschutz in manchen Ländern unterliegt lokalen Gesetzgebungen für Krankenversicherungen, insbesondere für Personen, die dort ihren Wohnsitz haben. Der Versicherte muss auf eigene Verantwortung sicherstellen, dass seine Krankenversicherung den gesetzlichen Anforderungen entspricht. Wir empfehlen daher, hierzu unabhängigen rechtlichen Rat einzuholen, da es uns eventuell nicht mehr möglich sein wird, Versicherungsschutz anzubieten. Der Versicherungsschutz, der durch uns bereitgestellt wird, ist kein Ersatz für eine nationale Pflichtkrankenversicherung der Schweiz und kann diese nicht ersetzen.

8. Ablauf / Verlängerung der Versicherung

a) Bei Ablauf des Versicherungsvertrags erlischt das Recht der Versicherten auf Erstattung von Kosten versicherter Leistungen. Alle Kosten versicherter Leistungen, die innerhalb der Versicherungsdauer anfallen, werden von uns innerhalb von zwei Jahren nach Behandlungsdatum erstattet. Für alle laufenden und weiteren Behandlungen, die nach Ablauf des Versicherungsvertrags erforderlich sind, besteht kein Versicherungsschutz mehr.

b) Der Vertrag läuft bis zum 31. Dezember. Das Vertragsverhältnis verlängert sich jeweils stillschweigend um ein weiteres Jahr, sofern in der Unternehmensvereinbarung keine abweichende Vereinbarung getroffen wurde.

c) Die Versicherten müssen uns informieren, falls sie nicht oder nicht mehr im Rahmen einer gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherung (KVG und UVG) der Schweiz versichert sind. Wir behalten uns in diesem Fall das Recht vor, die Versicherung zu kündigen.

   Wir kommen nur für die Kosten auf, die nicht im Rahmen der gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherung abgedeckt sind. Falls der Versicherte keine gesetzliche Kranken- und Unfallversicherung hat oder keinen Anspruch auf diese haben sollte, kommen wir nicht für die Kosten auf, die im Rahmen der gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherung versichert wären.

d) Versicherungsfähig sind nur die Personen, die in der Unternehmensvereinbarung genannt sind. Der Versicherungsnehmer kann die Versicherungsfähigkeit des Hauptversicherten oder seiner Angehörigen beenden, indem er uns schriftlich benachrichtigt.

   Die Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person endet automatisch, wenn:

   - Nach Ablauf der Versicherungsperiode die Unternehmensvereinbarung zwischen dem Versicherer und dem Versicherungsnehmer gekündigt wird.
   - Der Versicherungsnehmer beschließt, den Versicherungsschutz eines Versicherten zu beenden.

- Der Versicherungsnehmer die Prämien oder sonstige nach der Versicherungsvereinbarung fälligen Summe nicht bezahlt.
- Der versicherte Arbeitnehmer nicht mehr für den Versicherungsnehmer tätig ist.
- Die versicherte Person verstirbt.

Für die Regeln zur Fortsetzung des Versicherungsschutzes, lesen Sie bitte Abschnitt 9 Fortsetzung des Versicherungsschutzes.

Der Versicherungsnehmer informiert die versicherten Personen sofort, wenn die Unternehmensvereinbarung aus irgendeinem Grund nicht verlängert oder gekündigt wird, so dass die versicherten Personen darauf aufmerksam gemacht werden, dass der Versicherungsschutz beendet ist und die Leistungen eingestellt werden. Der Versicherungsnehmer informiert die versicherten Personen dann über mögliche Folgeversicherungsangebote, die ihnen zur Verfügung stehen.

Wir informieren die versicherten Personen ebenfalls, wenn die Unternehmensvereinbarung aus irgendeinem Grund nicht verlängert wird oder gekündigt werden sollte sowie über die Optionen der Folgeversicherung für die versicherten Personen.

e) Der Versicherte kann den Versicherungsschutz unter Einhaltung einer **Frist von 3 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres kündigen**. Die Kündigung ist rechtzeitig erfolgt, wenn sie per Einschreiben vor Ablauf der Kündigungsfrist, spätestens am 30. September, bei uns eingetroffen ist. Bitte beachten Sie, dass alle Änderungs- oder Kündigungsanfragen in Bezug auf die Police durch den Gruppenversicherungsverantwortlichen eingereicht werden müssen.

   Gemäß der Unternehmensvereinbarung kann der Versicherungsnehmer oder wir die Unternehmensvereinbarung (und damit den Versicherungsschutz) mit einer Frist von 3 Monaten zum Verlängerungsdatum kündigen.

   Wir verzichten auf das uns gesetzlich zustehende Recht die Police im Schadensfall nach Art. 42 VVG zu kündigen. Das Recht des Versicherungsnehmers (des Arbeitgebers) auf Kündigung bleibt davon unberührt.

f) Sollte der Hauptversicherte oder ein Familienangehöriger versterben, müssen wir schriftlich innerhalb von 28 Tagen informiert werden. Bitte lesen Sie Abschnitt 6, um weitere Informationen zu einer Prämienrückerstattung zu erfahren.

g) Wir können den Versicherungsvertrag im Falle von Betrug oder fehlender Offenlegung durch die versicherten Personen gemäß schweizerischem Recht (Art. 4 - 6 VVG und Art. 40 VVG) kündigen. Wir werden den Versicherten innerhalb von vier Wochen nach dem Datum des Entdeckens der Verletzung der Anzeigepflicht (gemäß Art. 6 VVG) schriftlich

über das Aufheben Ihrer Police informieren. Bitte beachten Sie dazu auch Art. 23 „Betrug und Verletzung der Anzeigepflicht bei Vertragsabschluss“.

h) Beachten Sie bitte, dass mit dem Ende des Versicherungsvertrags des Hauptversicherten auch der Versicherungsschutz für die Familienangehörigen endet.

i) Änderungen müssen durch den Gruppenversicherungsverantwortlichen beantragt werden.

9. Fortsetzung des Versicherungsschutzes

Wenn der Versicherungsschutz des Hauptversicherten aufgrund einer Kündigung oder einer ausbleibenden Verlängerung beendet wird, kann der Hauptversicherte eine Folgeversicherung im Rahmen des Tarifes „Internationale Krankenversicherungstarife Suisse“ für Einzelversicherte des Versicherers wählen. Die Individualversicherung unterliegt keiner Risikoprüfung, wenn der Versicherungsschutz gleichwertig ist (d.h. der selbe Geltungsberreich und wenn Sie den Tarif „Suisse Premier“ haben, können Sie den „Suisse Premier Individual“ wählen und bei dem Tarif „Suisse Club“können Sie den Tarif „Suisse Club Individual“ wählen). Der Antrag für diese muss innerhalb eines Monats nach Verlassen der Gruppenversicherung eingereicht werden. Der Versicherungsschutz beginnt dann am ersten Tag nach Beendigung des Versicherungsschutzes der Unternehmensvereinbarung, soweit der Antrag auf Folgeversicherung angenommen wird.

10. Direkter Anspruch auf eine Leistungserstattung

Die versicherte Person hat das Recht, dem Versicherer einen Antrag auf Erstattung seiner versicherten Kosten einzureichen, sobald ein erstattungsfähiges, versichertes Ereignis gemäß den AVB der Gruppenversicherung (Art.87 VVG) eintritt.

11. Leistungserstattungen

a) Leistungsansprüche der versicherten Personen müssen uns spätestens nach 2 Jahren nach Ablauf der Behandlung der versicherten Personen eingereicht werden. Nach Ablauf dieses Zeitraums sind wir gemäß Art. 46 VVG nicht zur Erstattung verpflichtet.

b) Ein Erstattungsantrag wird gemäß Art. 41 VVG innerhalb von 4 Wochen nach Erhalt bearbeitet.

c) Für jede Person, die Leistungsansprüche geltend macht und für jede Behandlung, deren Kosten erstattet werden sollen, muss ein separates Erstattungsformular ausgefüllt werden.

d) Bitte bewahren Sie die Originaldokumente (z. B. medizinische Rechnungen), von welchen Kopien an uns versandt wurden, auf, da wir uns das Recht vorbehalten, diese bis zu 12 Monate nach der Bearbeitung eines Erstattungsantrags zur Aufdeckung von Betrug anzufordern. Außerdem behalten wir uns das Recht vor, einen Zahlungsnachweis (z. B. Überweisungsbeleg oder Kreditkartenabrechnung) der Quittungen zu verlangen. Zusätzlich empfehlen, Kopien der gesamten Korrespondenz mit uns aufzubewahren.

e) Falls der zu erstattende Betrag geringer ist, als der Selbstbeteiligungsbetrag für den Tarif, so bewahren Sie bitte alle Rechnungen für ambulante Behandlungen und Erstattungsformulare auf und reichen Sie diese gemeinsam ein, wenn der zu erstattende Betrag über dem der Selbstbeteiligung liegt.

f) Bitte geben Sie auf dem Erstattungsformular die Währung an, in der wir die Kosten erstatten sollen. Leider können wir aufgrund internationaler Bankvorschriften in seltenen Fällen die Zahlung nicht in der gewünschten Währung vornehmen. Wir überprüfen dann pro Fall, in welcher Währung wir die Kosten erstatten können. Wenn wir von einer Währung in eine andere umrechnen müssen, verwenden wir den Wechselkurs, der am Ausstellungsdatum der Rechnungen gültig war.

g) Nur Kosten, die durch versicherte Behandlungen entstanden sind, werden im Rahmen des Versicherungsvertrags zurückerstattet. Dabei werden alle Anforderungen bezüglich einer vorherigen Kostenzusage berücksichtigt. Alle Selbstbeteiligungen oder Selbstbehalte, die in der Tariflichen Leistungszusage aufgeführt sind, werden bei der Berechnung des zurückzuerstattenden Betrags berücksichtigt.

h) Muss der Versicherte vor einer medizinischen Behandlung eine Anzahlung leisten, so werden die Kosten nach der Behandlung zurückerstattet.

i) Der Versicherte und seine Angehörigen erklären sich damit einverstanden, uns bei der Beschaffung von Informationen zu unterstützen, die zur Regelung der Erstattungsansprüche notwendig sind. Mit der vorherigen Zustimmung des Versicherten sind wir berechtigt, zur Prüfung der Leistungspflicht in direkten Kontakt mit medizinischen Dienstleistern oder behandelnden Ärzten zu treten und Einsicht in medizinische Unterlagen von des Versicherten oder seiner Angehörigen zu nehmen. Falls wir es für notwendig erachten, können wir auf unsere Kosten eine medizinische Untersuchung durch unseren medizinischen Berater verlangen. Alle Informationen werden streng vertraulich behandelt. Wir behalten uns vor, die Leistungen zu verweigern, falls der Hauptversicherte oder seine Familienangehörigen diese Obliegenheiten verletzen.

12. Vorherige Kostenzusage

In der Tariflichen Leistungszusage wird aufgeführt, welche Leistungen verfügbar sind und welche das Einreichen eines Formulars zur vorherigen Kostenzusage im Voraus erfordern. Sollte keine vorherige Kostenzusage eingeholt werden, gilt folgendes:

a) Wenn sich die erhaltene Behandlung als medizinisch unnötig erweist, behalten wir uns das Recht vor, den Erstattungsantrag abzulehnen.

b) Für die in der Tariflichen Leistungszusage mit 1 gekennzeichneten Leistungen behalten wir uns das Recht vor, den Erstattungsantrag abzulehnen. Bei später nachgewiesener medizinischer Notwendigkeit der Behandlung werden lediglich 80% der erstattungsfähigen Kosten erstattet.

c) Für die in der Tariflichen Leistungszusage mit 2 gekennzeichneten Leistungen behalten wir uns das Recht vor, den Erstattungsantrag abzulehnen. Bei später nachgewiesener medizinischer Notwendigkeit der Behandlung werden lediglich 50% der erstattungsfähigen Kosten erstattet.

13. Beschwerden

Wenn Sie Anregungen oder Beschwerden haben, rufen Sie bitte immer zuerst unsere Helpline von Allianz Worldwide Care (+ 353 1 630 1302) an. Wenn wir das Problem nicht am Telefon lösen konnten, schreiben Sie uns bitte eine E-Mail oder einen Brief an die folgende Adresse:

E-Mail: client.services@allianzworldwidecare.com
Post: Customer Advocacy Team, Allianz Worldwide Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irland.

Wir werden die Beschwerde nach unserem internen Beschwerdemanagementprozess handhaben, der hier detailliert beschrieben wird: www.allianzworldwidecare.com/complaints-procedure.

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

Sollten wir nicht in der Lage sein, die Angelegenheit zu Ihrer Zufriedenheit zu bearbeiten und Sie Ihre Beschwerde weiter tragen möchten, können Sie Ihre Beschwerde an die Stiftung Ombudsman der Privatversicherung und der SUVA / Ombudsman de l'assurance privée et de la SUVA richten.

Adresse: Postfach 2646, 8022 Zürich.

Bitte beachten Sie, dass dies Ihre gesetzlichen Rechte nach schweizerischem Recht nicht beeinträchtigt.

14. Korrespondenz

Schriftliche Korrespondenz muss per E-Mail oder per Post (frankiert) an uns gesandt werden. Wir senden Originaldokumente normalerweise nicht an Sie zurück, sofern nicht zum Zeitpunkt der Einsendung ausdrücklich angeben.

Adresse: AWP P&C S.A., Niederlassung Wallisellen (Schweiz), Hertistrasse 2, 8304 Wallisellen.

15. Vertretung durch Dritte

Keine andere Person (außer einer von der versicherten Person autorisierten Person) ist berechtigt, für den Versicherten Änderungen im Zusammenhang mit dem Versicherungsschutz vorzunehmen, zu bestätigen oder zu entscheiden, dass die Rechte nicht geltend gemacht werden. Änderungen am Versicherungsschutz sind nur dann gültig, wenn sie schriftlich von uns bestätigt werden.

16. Änderungen Ihrer Adresse/E-Mail Adresse

Sämtliche Korrespondenz wird an die Kontaktdaten gesandt, die der Versicherte bei uns hinterlegt hat, sofern nichts anderes verlangt wird. Der Versicherte sollte uns schnellstmöglich schriftlich über jede Änderung seiner Privat-, Geschäfts- oder E-Mail Adresse informieren.

17. Kontaktaufnahme zu Angehörigen

Falls wir Kontakt zu einem im Rahmen der Police versicherten Angehörigen aufnehmen müssen (z. B. falls weitere Informationen zur Bearbeitung eines Leistungsantrags benötigt werden), wird der Hauptversicherte, der im Namen des Angehörigen agiert, von uns kontaktiert und darum gebeten, die entsprechende Information bereitzustellen. Ebenso werden alle Informationen, die die Bearbeitung von Leistungsanträgen von versicherten Angehörigen betreffen, direkt an den Hauptversicherten geschickt.

18. Mitversichern von Familienangehörigen

a) Der Hauptversicherte kann die Mitversicherung eines Familienangehörigen mit Zustimmung des Versicherungsnehmers durch das Ausfüllen des entsprechenden Antragsformulars beantragen.

b) Neugeborene (mit Ausnahme von Mehrlingen, Adoptiv- und Pflegekindern) werden ohne eine medizinische Risikoprüfung mit Zustimmung des Unternehmens ab der Geburt versichert. Voraussetzung ist jedoch, dass wir innerhalb von vier Wochen nach der Geburt benachrichtigt werden und dass der leibliche Elternteil bzw. der vorgesehene Elternteil (im Falle einer Leihmutterschaft) seit mindestens sechs Monaten ohne Unterbrechung bei uns versichert ist. Wenn der Hauptversicherte ein Neugeborenes zu seinem Versicherungsschutz hinzufügen möchten, so informiert er uns bitte mit einer Kopie der Geburtsurkunde per E-Mail an unser Risikoprüfungsteam: underwriting@allianzworldwidecare.com

c) Wenn bei risikogeprüften Gruppen die Benachrichtigung später als vier Wochen nach der Geburt erfolgt, dann unterliegen Neugeborene einer medizinischen Risikoprüfung und der Versicherungsschutz tritt erst ab dem Tag der Annahme durch uns in Kraft. Bitte beachten Sie, dass in diesem Fall alle Mehrlingsgeburten, Pflege - und Adoptivkinder einer medizinischen Risikoprüfung unterliegen und der Versicherungsschutz erst ab dem Datum der Annahme gilt.

d) Risikogeprüfte Gruppen sind versichert sobald die Annahme durch unser Risikoprüfungsteam erfolgt. Der Versicherte erhält dann eine neue Police. Diese ersetzt sämtliche frühere Versionen ab dem auf dieser neuen Police angegebenen Datum.

19. Änderung des Hauptversicherten

Wenn zum Verlängerungsdatum eine Änderung des Hauptversicherten beantragt wird, muss der neue Hauptversicherte ein Antragsformular ausfüllen und es erfolgt (nur für risikogeprüfte Gruppen) eine medizinische Risikoprüfung. Lesen Sie dazu auch bitte den Abschnitt „Ablauf / Verlängerung der Versicherung“, wenn die Änderung beantragt wird da der Hauptversicherte verstorben ist.

20. Höhere Gewalt

Wir können nicht dafür haftbar gemacht werden, wenn wir die in den Versicherungsbedingungen genannten Pflichten aufgrund höherer Gewalt nicht oder nur verspätet erfüllen können. Dazu gehören Ereignisse, die unberechenbar, unvorhersehbar und unvermeidbar sind, wie extreme Wetterbedingungen, Überflutungen, Erdrutsche, Erdbeben, Stürme, Blitzschlag, Feuer, Erdsenkungen, 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.

21. Haftungsumfang

Wir haften mit den in der Tariflichen Leistungszusage und in etwaigen folgenden Policen-Nachträgen genannten Beträgen. Der Gesamterstattungsbetrag aus diesem Vertrag, aus einer gesetzlichen Krankenversicherung und anderen Versicherungen wird auf keinen Fall den Rechnungsbetrag übersteigen.

22. Subsidiarität und Regress

a) Wir leisten unsere Versicherungsverpflichtungen nachrangig zur Sozialversicherung, anderen privaten Versicherern oder anderen haftungspflichtigen Parteien. Wenn andere Privatversicherer auch nachrangig zu anderen Parteien ihre Leistungen rückerstatten, werden die Leistungen auf der Grundlage der Versicherungssumme im Verhältnis zur Gesamtsumme der Versicherungsobergrenze, bei allen haftenden Versicherern, geleistet (gemäß Art. 71 VVG). Wenn ein Sozialversicherer haftungspflichtig ist und wir in Vorleistung getreten sind, behalten wir uns das Recht vor, die Vorleistung von Ihnen oder dem Sozialversicherer zurückzuverlangen.

b) Soweit haftungspflichtige Dritte eine Leistungspflicht für die Folgen einer Krankheit oder eines Unfall haben, garantieren wir nur in Vorleistung zu treten, wenn die versicherte Person ihre Forderungen, für die von uns erbrachten Leistungen, gegen den haftende Dritte an uns abtritt. Kommt die versicherte Person ohne unsere Zustimmung zu einer Vereinbarung mit der haftungspflichtigen Partei, in der sie teilweise oder ganz auf ihre Ansprüche auf Versicherungsleistung oder Schadensersatz verzichten, wird der Anspruch auf Leistung von uns ungültig.

23. Betrug und Verletzung der Anzeigepflicht bei Vertragsabschluss

a) Für risikogeprüfte Gruppen gilt folgendes: Wenn eine fehlende Anzeige bzw. eine fehlende Offenlegung von wesentlichen Fakten vom Hauptversicherten oder seinen Angehörigen, die unsere Einschätzung des Risikos beeinflusst, besteht (d.h. Fakten, die auf den jeweiligen Antragsformularen hätten angegeben werden sollen), dann können wir den Vertrag kündigen. Wir werden den Versicherten innerhalb von vier Wochen nach dem Datum des Entdeckens der Verletzung der Anzeigepflicht (gemäß Art. 6 VVG) über das Aufheben der Police schriftlich informieren.

b) Wird der Vertrag aufgrund einer Verletzung der Anzeigepflicht gekündigt (gemäß Art. 6 VVG), wird die Prämie zurückerstattet.

c) Wenn eine Forderung in irgendeiner Hinsicht falsch, betrügerisch oder vorsätzlich überhöht ist oder wenn betrügerische Mittel vom Hauptversicherten, seinen Angehörigen oder von beauftragten Personen verwendet wurden, um Leistungen im Rahmen dieser Versicherung zu erhalten, werden wir keine Erstattungszahlungen leisten.

d) Wir behalten uns das Recht vor, den Versicherungsnehmer im Rahmen der geltenden Datenschutzbestimmungen über betrügerische Aktivitäten zu informieren.

e) Im Falle von betrügerischen Leistungsanträgen wird der Vertrag schriftlich von uns vom Tag unserer Entdeckung des betrügerischen Ereignisses annulliert und der Betrag von eventuell zu Unrecht erstatteten Leistungen kann gemäß Art. 40 VVG vom Versicherer zurückgefordert werden.

Kurzanleitung

Sie können diesen Teil des Versicherungs-handbuches abtrennen, wenn Sie nur die am häufigsten benötigten Informationen zur Hand haben möchten. Ihr Versicherungsschutz unterliegt stets unseren Versicherungs-definitionen, Ausschlüssen und Erstattungs-beträgen, die im vollständigen Versicherungs-handbuch für die Gruppenversicherung detailliert dargelegt sind.

Allianz

Behandlungen

Behandlungen innerhalb der Schweiz

Wenn Sie eine Vorabgenehmigung für eine stationäre Behandlung benötigen, Informationen zu Leistungsanträgen erhalten möchten oder Hilfe bei einer Behandlung innerhalb der Schweiz benötigen, wenden Sie sich bitte an Ihren lokalen Versicherer KPT (die Kontaktdaten finden Sie am Ende dieses Handbuches).

Behandlungen außerhalb der Schweiz

Prüfen Sie bitte zunächst, ob Ihr Tarif die von Ihnen gewünschte Behandlung vorsieht. In Ihrer Tariflichen Leistungszusage sind die für Sie verfügbaren Leistungen aufgeführt. Bei Fragen können Sie sich gerne jederzeit an unsere Helpline wenden.

Denken Sie daran, dass manche Behandlungen im Voraus genehmigt werden müssen

Für die folgenden Behandlungen/Leistungen muss ein Formular zur vorherigen Kostenzusage eingereicht werden.

- Alle aufgeführten stationären Leistungen (wenn Sie über Nacht in einem Krankenhaus bleiben müssen).
- Teilstationäre Behandlung/Tagesklinik.
- Kosten für eine Begleitperson im Falle einer/s medizinischen Überführung/ Rücktransports.
- Nierendialyse.
- Langzeitpflege.
- Medizinische Überführung (oder Rücktransport bei entsprechender Versicherung).
- Kernspintomografie (MRT), vorherige Kostenzusage nur erforderlich, wenn Sie möchten, dass wir die Kosten direkt mit dem medizinischen Anbieter abrechnen.
- Häusliche Pflege oder Aufenthalt in einem Genesungsheim.
- Beschäftigungstherapie (nur ambulante Behandlung muss im Voraus genehmigt werden).
- Onkologie (nur stationäre oder teilstationäre Behandlung muss im Voraus genehmigt werden).
- Präventive Operationen.
- Ambulante Operationen.
- Palliativmedizinische Betreuung.
- Positronenemissions- (PET) und Computer-Positronenemissionstomografie (CT-PET).
- Rehabilitationsmaßnahmen.
- Rücktransport im Todesfall.
- Reguläre Schwangerschaft, Komplikationen bei Schwangerschaft und Entbindung (nur stationäre Behandlungen müssen im Voraus genehmigt werden).
- Reisekosten für versicherte Familienmitglieder im Falle einer Überführung (oder eines Rücktransports, falls versichert).
- Reisekosten für versicherte Familienmitglieder im Falle einer Überführung der sterblichen Überreste.

Durch das Formular der vorherigen Kostenzusage können wir jeden Fall begutachten und die direkte Abrechnung mit dem Krankenhaus ermöglichen. Bitte beachten Sie, dass wir Ihren Erstattungsantrag ablehnen können, wenn keine vorherige Kostenzusage eingeholt wird. Vollständige Details finden Sie auf Seite 28 in diesem Handbuch.

Überführungen und Rücktransporte

Beim ersten Anzeichen dafür, dass eine medizinische Überführung / ein medizinischer Rücktransport erforderlich wird, rufen Sie bitte unsere 24-Stunden-Helpline an (Details sind auf der Rückseite dieser Kurzanleitung angegeben); wir kümmern uns dann um alles Weitere. Da Überführungen und Rücktransporte normalerweise sehr dringend sind, sollten Sie sich telefonisch mit uns in Verbindung setzen. Sie können sich jedoch auch per E-Mail unter folgender E-Mail Adresse an uns wenden: **medical.services@allianzworldwidecare.com**. Bitte nehmen Sie den Hinweis *„Dringend - Überführung/Rücktransport"* in die Betreffzeile auf. Wenden Sie sich bitte an uns, bevor Sie mit alternativen Anbietern sprechen, selbst wenn Sie von diesen angesprochen werden, um potenzielle überhöhte Kosten oder unnötige Verzögerungen zu vermeiden. Falls die Überführung/der Rücktransport nicht durch uns organisiert wird, behalten wir uns das Recht vor, alle Kosten abzulehnen.

Behandlung im Krankenhaus

1. Laden Sie das Formular zur vorherigen Kostenzusage unter folgendem Link von unserer Website herunter: **www.allianzworldwidecare.com/members**
2. Senden Sie das ausgefüllte Formular **mindestens fünf Werktage vor Behandlungsbeginn** an uns:
   - Eingescannt per E-Mail an: **medical.services@allianzworldwidecare.com**
   - Per Fax an: **+ 353 1 653 1780** oder senden Sie es per Post an die Adresse auf dem Formular.
   - Unsere Helpline kann Details zur vorherigen Kostenzusage für Behandlungen, die innerhalb von 72 Stunden erfolgen sollen, auch telefonisch aufnehmen.

Bei einem Notfall:

1. Lassen Sie sich die erforderliche Notfallbehandlung zukommen und rufen Sie uns an, wenn Sie Rat oder Unterstützung benötigen.
2. Sie, Ihr Arzt, ein Familienangehöriger oder ein Kollege müssen/muss unsere Helpline **innerhalb von 48 Stunden** nach Eintritt des Notfalls über Ihre Krankenhausaufnahme informieren. Details für das Formular zur vorherigen Kostenzusage können telefonisch aufgenommen werden, wenn Sie uns anrufen.

Ambulante oder zahnärztliche Behandlung

Wenn Sie einen Arzt, Zahnarzt oder Facharzt ambulant aufsuchen, bezahlen Sie bitte die Rechnung und reichen Sie dann einen Erstattungsantrag bei uns ein.

Laden Sie einfach ein Formular zur vorherigen Kostenzusage von unserer Website herunter: **www.allianzworldwidecare.com/members** und folgen Sie den Anweisungen:

1. Lassen Sie sich vom Arzt/ Zahnarzt eine Rechnung ausstellen, die die folgenden Daten enthält: Ihren Namen, das Datum der Behandlung, die Diagnose/ die behandelte Erkrankung, das Datum der ersten Symptome, die Art der Behandlung und die berechnete Gebühr.
2. Bitte füllen Sie die Abschnitte1 bis 4 sowie 7 des Erstattungsformulars selbst aus. Abschnitt 5 und 6 müssen nur dann vom Arzt/Zahnarzt ausgefüllt werden, wenn die Diagnose und die Art der Behandlung auf der Rechnung nicht aufgeführt sind.
3. Senden Sie das Erstattungsformular und alle begleitenden Unterlagen, Rechnungen und Belege an uns:
   - Scannen Sie es ein und senden Sie es per E-Mail an: **claims@allianzworldwidecare.com** oder
   - Faxen Sie es an: + 353 1 645 4033 oder senden Sie es per Post an die Adresse auf dem Formular.

Ohne Angaben zur Diagnose können wir Ihre Kosten nicht umgehend erstatten, da wir zunächst die erforderlichen Informationen bei Ihnen oder Ihrem Arzt anfordern müssen.

Sofern uns alle notwendigen Angaben eingereicht wurden, erfolgen die Bearbeitung Ihres Erstattungsantrags und die Zahlungsanweisung an Ihre Bank innerhalb von 48 Stunden. Wir werden Ihnen eine E-Mail oder einen Brief senden, um Ihnen mitzuteilen, wann Ihr Erstattungsantrag bearbeitet wurde.

Weitere wichtige Informationen zum Erstattungsverfahren finden Sie im auf den Seiten 27-28 dieses Handbuches.

Behandlung in den USA

Wenn Sie weltweiten Versicherungsschutz haben und einen medizinischen Dienstleister in den USA finden möchten, gehen Sie einfach auf: **www.allianzworldwidecare.com/olympus**. Wenn Sie eine Frage zu einem medizinischen Dienstleister haben oder einen Dienstleister ausgewählt haben und einen Termin vereinbaren möchten, wenden Sie sich bitte telefonisch an (+1) 800 541 1983 (aus den USA gebührenfrei). Sie können außerdem eine Rabatt-Apothekenkarte beantragen, die verwendet werden kann, wenn die Rezeptgebühr nicht von Ihrer Krankenversicherung übernommen wird. Um sich zu registrieren und die Rabattkarten für Apotheken zu erhalten, gehen Sie einfach auf members.omhc.com/awc/prescriptions.html und klicken Sie auf „Print Discount Card“.

Nützliche Services

Zugang zu unseren webbasierten Services für Versicherte finden Sie auf **www.allianzworldwidecare.com/members**. Hier können Sie nach medizinischen Dienstleistern suchen, Formulare herunterladen und auf eine Fülle von Ressourcen zum Thema Gesundheit und Wohlbefinden zugreifen. Bitte beachten Sie, dass Sie nicht auf medizinische Dienstleister auf unserer Website beschränkt sind.

Kontaktinformationen

KPT (um Informationen und Unterstützung zu Behandlungen in der Schweiz zu erhalten)

Telefon: + 41 (0)58 310 98 25
E-Mail: awc.member@kpt.ch
Fax: + 41 (0)58 310 88 25

Adresse: KPT/CPT, Team International 2, Postfach, CH-3001 Bern

Allianz Worldwide Care (um Information und Unterstützung zu Behandlungen außerhalb der Schweiz sowie zu Überführungen und Rücktransporten zu erhalten)

24/7 Helpline: + 353 1 630 1302
E-Mail: client.services@allianzworldwidecare.com
Fax: + 353 1 630 1306

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

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

DOC-EBG-Switz-DE-0917

Der Versicherer Ihrer VVG Versicherung ist AWP P&C S.A., Saint-Ouen (Paris), Niederlassung Wallisellen (Schweiz), die schweizerische Niederlassung von AWP P&C S.A., Saint-Ouen, Frankreich, eine Aktiengesellschaft nach französischem Recht. Registriert in Frankreich unter der Nr.: 519 490 080 RCS Paris. Schweizerische Niederlassung ist eingetragen im Handelsregister in Zürich, Registernummer: CHE-115.393.016, Anschrift: Hertistraße 2, 8304 Wallisellen.

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

AWP Health & Life SA, handelt durch ihre irische Niederlassung, ist eine Aktiengesellschaft nach französischem Recht. Registriert in Frankreich unter der Nr.: 401 154 679 RCS Bobigny. Irische Niederlassung ist eingetragen im irischen Handelsregister, Registernummer: 907619. Anschrift: 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irland. AWP Health & Life SA agiert als Rückversicherer der VVG Policen und bietet Verwaltungsdienste sowie technischen Support außerhalb der Schweiz. Allianz Worldwide Care ist eine eingetragene Firma von AWP Health & Life SA.