



Leitfaden

Trainees der Europäischen Institutionen
Gültig ab 1. Juli 2023

Willkommen

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

Dieses Versicherungshandbuch besteht aus zwei Teilen: Der Teil „So nutzen Sie Ihren Versicherungsschutz“ ist eine Zusammenfassung aller wichtigen Informationen, die Sie voraussichtlich regelmäßig nutzen. Der Teil „Allgemeine Versicherungsbedingungen Ihres Versicherungsschutzes“ erklärt Ihren Versicherungsschutz im Detail. Um Ihren Versicherungsschutz optimal zu nutzen, lesen Sie bitte dieses Versicherungshandbuch zusammen mit Ihrem Versicherungsschein und der Tariflichen Leistungszusage.

So nutzen Sie Ihren Versicherungsschutz

Unterstützungsservices	5
Wie funktioniert mein Versicherungsschutz?	16
Behandlungen	19
Zusätzliche Informationen zu Erstattungsanträgen	23

Allgemeine Versicherungsbedingungen

Verwaltung Ihrer Police	28
Beitragszahlungen	31
Weitere Bestimmungen für Ihren Versicherungsschutz	32
Datenschutz	34
Beschwerden und Mediationsverfahren	35
Definitionen	36
Ausschlüsse	44

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

Der Versicherer ist die AWP Health & Life SA, eine Aktiengesellschaft nach französischem Recht, mit einem Kapital von 72.104.026€ und mit Sitz in: 7 Rue Dora Maar, 93400 Saint-Ouen, Frankreich. Registriert in Frankreich unter der Nr: 401 154 679 RCS Bobigny. USt-IdNr.: FR 84 401 154 679. Allianz Care und Allianz Partners sind eingetragene Firmen von AWP Health & Life SA.

Ihre Versicherung wird durch AWP Health & Life Services Limited - Niederlassung für Belgien verwaltet, mit der Geschäftsadresse: Bd Roi Albert II 32, 1000 Brüssel, Belgien. USt.: BE 0843.991.159. RPM Brüssel: 843.991.159. Allianz Care und Allianz Partners sind eingetragene Firmen von AWP Health & Life Services Limited.

So nutzen Sie Ihren Versicherungsschutz



Unterstützungsservices

Ausgezeichneter Service – den Sie verdienen. Auf den folgenden Seiten erklären wir Ihnen all unsere Leistungen und Services. Finden Sie heraus, welche Ihnen zur Verfügung stehen: von unseren MyHealth digitalen Services bis hin zum Mitarbeiter-Unterstützungs-Programm.

Sprechen Sie mit uns, wir helfen Ihnen gerne weiter!

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

Helpline



Telefon: + 32 2 210 6501

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



E-Mail: igohelpline@e.allianz.com

Wussten Sie schon?

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

MyHealth digitale Services

Sie erhalten Zugang zu diesem Service sobald Sie Ihren ersten Erstattungsantrag eingereicht und somit Ihre individuelle Versicherungsnummer erhalten haben. Über MyHealth, verfügbar als mobile App oder im Online-Portal, haben Sie einfachen und bequemen Zugang zu Ihrem Versicherungsschutz, egal wo Sie gerade sind und welches Gerät Sie gerade nutzen.

Funktionen der MyHealth App und des Online-Portals



Meine Police

Greifen Sie auf Versicherungsunterlagen und Versichertenkarten von unterwegs aus zu.



Meine Erstattungsanträge

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



Meine Kontakte

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



Symptome-Prüfer

Schnelle und einfache Bewertung Ihrer Symptome.



Dienstleistersuche

Finden Sie medizinische Dienstleister in Ihrer Nähe.



Apotheken-Hilfe

Suchen Sie nach lokalen Entsprechungen von Markenmedikamenten.



Übersetzer für medizinische Begriffe

Allgemein bekannte Erkrankungen in 17 Sprachen übersetzen.



Notrufnummern

Zugang zu Notfallnummern weltweit.

Zusätzliche nützliche Funktionen

- Aktualisieren Sie Ihre Daten online (E-Mail-Adresse, Telefonnummer, Passwort, Adresse (falls diese im gleichen Land wie Ihre letzte Adresse ist), Marketingpräferenzen usw.).
- Lassen Sie sich die verbleibenden Erstattungsbeträge jeder Leistung Ihrer Tariflichen Leistungszusage anzeigen.

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

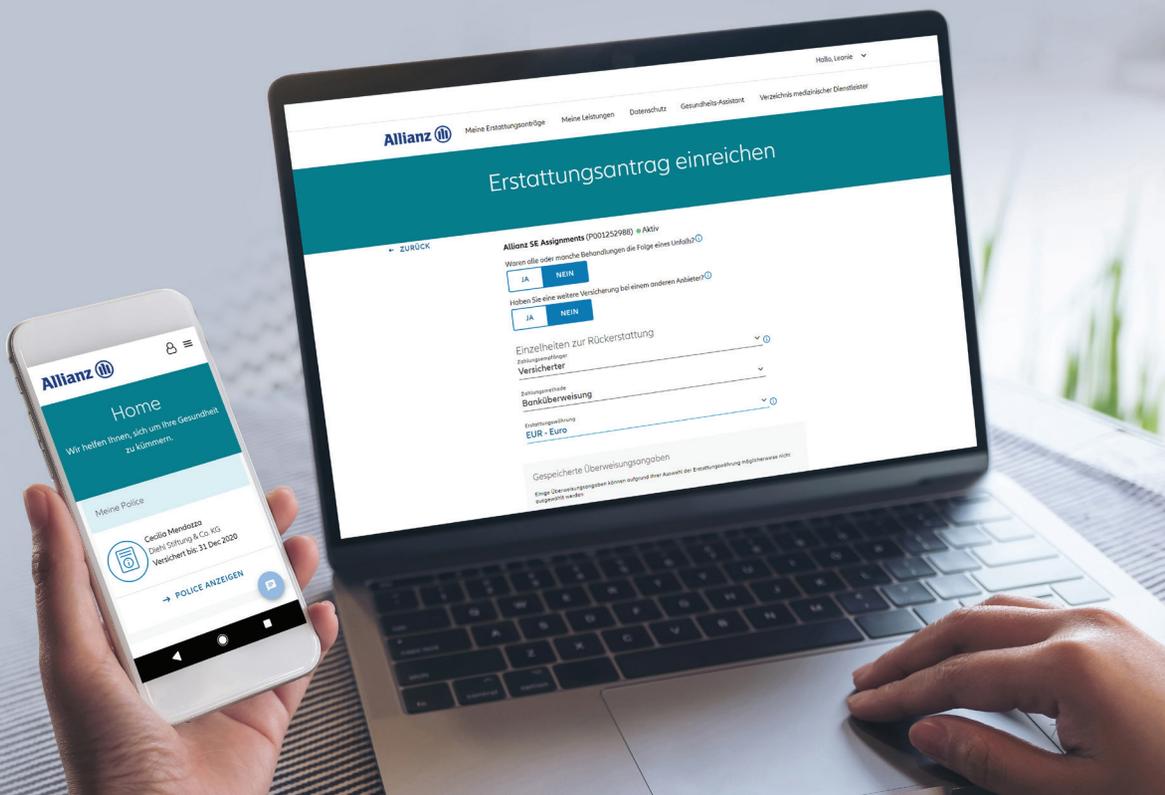
Erste Schritte:

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



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

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



Webbasierte Services

Auf www.allianzcare.com/members können Sie:

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

Zweiter ärztlicher Rat**

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

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

Kontaktieren Sie uns für diesen Service:

 + 353 1 630 1302

 medical.smo@e.allianz.com

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



Olive - Unser Gesundheit & Wellness Unterstützungsprogramm

Ihr erster Schritt zu einem gesünderen Leben.

In der heutigen geschäftigen Welt, die sich ständig wandelt, erkennen wir, wie wichtig es ist, gesund zu bleiben und sind davon überzeugt, dass Vorsorge besser als Heilung ist. Olive**, unser proaktives Betreuungs-Tool, wurde entwickelt, um Sie zu motivieren, gesünder zu leben. Dazu gehören auch der Gesundheits- und Wellness Hub und unsere HealthSteps App.

1. Gesundheits- und Wellness-Hub

Unser Gesundheits- und Wellness-Hub ist über unsere MyHealth digitalen Services (mobile App und Portal) verfügbar und bietet eine Reihe von Services bequem an einem Ort, um Sie auf dem Weg in ein langes, glückliches und gesundes Leben zu unterstützen.

Im Hub haben Sie Zugriff auf:

- Tipps und Artikel zu Themen wie Schlaf, Fitness, Ernährung und seelisches Wohlbefinden,
- Online-Gesundheitsuntersuchungen**,
- unseren BMI Rechner,
- unsere regelmäßigen Gesundheits- und Wellness-Webinare mit Fragen und Antworten, live durchgeführt von Experten.



2. HealthSteps App**

Wussten Sie, dass Sie mit einem gesunden Lebensstil das Risiko von einigen Erkrankungen verringern können? Die Allianz HealthSteps App wurde entwickelt, um Sie zu einem gesünderen Lebensstil zu führen und um Ihnen zu helfen, Ihre Gesundheits- und Fitnessziele zu erreichen. Durch die Verbindung mit Smartphones, tragbaren Fitness-Uhren und anderen Apps überwacht HealthSteps die Anzahl der Schritte, den Kalorienverbrauch, den Schlaf und vieles mehr.

HealthSteps Funktionen:



PLANEN:

Wählen Sie ein Gesundheitsziel und nutzen Sie die vorhandenen Pläne, um Ihre Gesundheitsgewohnheiten zu ändern oder aufrecht zu erhalten:

- Gewicht verlieren
- Haltung verbessern
- Verbesserte Schlafgewohnheiten
- Gesundere Ernährung
- Mehr Bewegung und Energie
- Gesund bleiben
- Stress reduzieren
- Blutdruck verbessern



HERAUSFORDERUNGEN:

Nehmen Sie an monatlichen Herausforderungen teil und lassen Sie sich von anderen HealthSteps-Nutzern ermutigen, indem Sie Ihre Leistung teilen und bei Gruppenherausforderungen gegeneinander antreten. Diese monatlichen Herausforderungen basieren auf Schritten, Kalorien und Strecken.



FORTSCHRITT:

Stellen Sie eine Verbindung zu beliebten Gesundheits- und Aktivitäts-Trackern her und überwachen Sie Ihren Fortschritt anhand der von Ihnen selbst gesetzten Ziele.



BIBLIOTHEK:

Zugang zu Artikeln mit Tipps und Ratschlägen, wie Sie ein gesundes Leben führen können.

Laden Sie die „Allianz HealthSteps“ App im Apple App Store oder bei Androids Google Play herunter.



Videoberatungsservices über den Telemedizin-Hub**

Wenn Ihr Versicherungsschutz einen Ambulanttarif umfasst, haben Sie direkt Zugang zu Online-Arztterminen (Videoberatungsservices), wenn in Ihrer Nähe ein Dienstleister erreichbar ist.

Über den Telemedizin-Hub können Sie Zeit sparen und per Video von zu Hause oder vom Büro aus mit einem Arzt sprechen. Unser Telemedizin-Ärztzetzwerk ist ein sicherer und vertraulicher Service, über den Sie in nicht dringenden Fällen einen ärztlichen Rat, Behandlungsempfehlungen oder ein ärztliches Rezept erhalten können.

Der Service ist über das MyHealth Online Portal oder direkt über unseren Telemedizin-Hub erreichbar:

 www.allianzcare.com/telehealthhub

Es kann ein Termin vereinbart werden, um mit einem englischsprachigen Arzt zu sprechen, sofern verfügbar. Einige Drittanbieter bieten zusätzliche Sprachen an.

Je nach Ihrem geografischen Standort, den lokalen Landesvorschriften und Ihrem Versicherungsschutz, kann der Teleberatungsservice auch Rezepte ausstellen.

In Ländern, in denen der Teleberatungsservice noch nicht verfügbar ist, können Sie unseren rund um die Uhr erreichbaren medizinischen Informationsdienst anrufen, der für Englisch, Deutsch, Französisch und Italienisch angeboten wird. Die Telefonnummer finden Sie im Telemedizin-Hub.



Mitarbeiter-Unterstützungs-Programm**

In herausfordernden Situationen im Privat- oder Arbeitsleben bietet unser Mitarbeiter-Unterstützungs-Programm Ihnen und Ihren Angehörigen sofortige und vertrauliche Unterstützung. Das Mitarbeiter-Unterstützungs-Programm wird, falls verfügbar, in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angezeigt.

Dieser Service bietet Zugang zu einem in verschiedenen Sprachen rund um die Uhr erreichbaren Service, der Folgendes einschließt:

- Ausgleich zwischen Arbeits- und Privatleben
- Kindererziehung und Familienleben
- Beziehungen
- Stress, Depressionen und Ängste
- Herausforderungen am Arbeitsplatz
- Kulturelle Veränderungen
- Kulturschock
- Isolation und Einsamkeit bewältigen
- Suchtprobleme

Unterstützungsservices umfassen:



PROFESSIONELLE, VERTRAULICHE BERATUNG

Erhalten Sie rund um die Uhr Unterstützung von einem klinischen professionellen Berater per Online-Chat, persönlich, telefonisch, per Video oder per E-Mail.



UNTERSTÜTZUNG BEI KRITISCHEN VORFÄLLEN

Erhalten Sie sofortige Unterstützung bei kritischen Ereignissen sowie einem Trauma oder einer Krise. Unser umfassender Ansatz beruhigt und reduziert Stress, der durch Trauma oder Gewalt verursacht wird.



RECHTLICHE UND FINANZIELLE ÜBERWEISUNG

Ob es um den Kauf eines Eigenheims, der Bewältigung eines Rechtsstreits oder der Erstellung eines umfassenden Finanzplans geht, wir überweisen Sie an einen externen Berater, der Sie bei der Beantwortung Ihrer Fragen und beim Erreichen Ihrer Ziele unterstützen kann.



ZUGANG ZU UNSERER WELLNESS WEBSITE UND UNSEREN APPS

Lernen Sie unseren Online Support kennen und lesen Sie Artikel zu Gesundheit und Wohlbefinden.

Wir helfen Ihnen gerne weiter!



+1 905 886 3605

Dies ist keine kostenfreie Rufnummer. Besuchen Sie bitte die Wellness-Website, um die vollständige Liste unserer „internationalen Nummern“ zu finden.

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



www.allianzcare.com/eap-login (verfügbar auf Englisch und Französisch)



Laden Sie die TELUS Health One App in Google Play oder dem Apple Store herunter.



Melden Sie sich auf der Website oder in der App mit den folgenden Details an:

Benutzername: AllianzCare

Passwort: Expatriate

Reisesicherheitservices**

Da die Sicherheitsbedrohungen weltweit weiter zunehmen, bieten die Reisesicherheitservices rund um die Uhr Zugriff auf Sicherheitsinformationen und Beratung zum Thema Reisesicherheit, per Telefon, E-Mail oder über die Website. Ihre Tarifliche Leistungszusage zeigt an, ob dieser Service für Sie verfügbar ist.

Der Service umfasst:



NOTFALL-SICHERHEITSUNTERSTÜTZUNGS-HOTLINE

Sprechen Sie mit Sicherheitsspezialisten, wenn Sie Sicherheitsbedenken im Zusammenhang mit einem Reiseziel haben.



LÄNDERANALYSEN UND SICHERHEITSBERATUNG

Sicherheitsinformationen und Beratung für viele Länder.



TÄGLICHE NACHRICHTEN UND UPDATES ZUM THEMA SICHERHEIT SOWIE REISESICHERHEITSWARNUNGEN PER E-MAIL

Melden Sie sich an und erhalten Sie Warnungen zu Risiko-Ereignissen in Ihrer Nähe, einschließlich Terrorismus, Unruhen und Unwetterrisiken.

Um auf die Website und Informationen von Crisis24 Horizon zuzugreifen, gehen Sie auf crisis24horizon.com/allianztravsec, geben Ihre E-Mail-Adresse ein und wählen Konto erstellen/Create account. Geben Sie Ihre Daten ein und fügen als Member-ID ALLIANZTSS hinzu.

Um auf die Crisis24 Horizon-App zuzugreifen, laden Sie entweder die Android- oder die iOS-Version auf Ihr Mobilgerät herunter (Sie können auch im jeweiligen Store nach Crisis24 Horizon suchen) und **melden** sich dann mit derselben E-Mail-Adresse (Benutzername) und demselben Passwort an, die Sie oben benutzt haben. Sie können sich auch direkt in der mobilen App mit der Mitglieds-ID registrieren.

 crisis24horizon.com/allianztravsec

 Laden Sie die TravelKit App im App Store oder bei Google Play herunter.



Alle Reisesicherheitsservices werden in englischer Sprache angeboten. Wir können, falls notwendig, einen Übersetzungsservice für Sie organisieren.

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



Wie funktioniert mein Versicherungsschutz?

Ihre Versicherungsunterlagen

Sobald Ihre Einschreibung bearbeitet wurde, erhalten Sie von Marsh, dem Versicherungsvermittler, einen Versicherungsschein, der den Link zur Allianz Care-Website für Trainees der Europäischen Institutionen und unsere Kontaktdaten enthält.

Nachdem Sie Ihren ersten Erstattungsantrag gestellt haben, erhalten Sie den Allianz Care Versicherungsschein mit Ihrer Versicherungsnummer, sowie Ihre Erstattungsunterlagen. Erstattungsanträge können per E-Mail oder Fax eingereicht werden.

Wenn Sie zum **ersten Mal** einen Erstattungsantrag einreichen oder uns anrufen, weisen Sie sich bitte als EUROTRAINEE aus. Geben Sie außerdem den Namen der EU-Institution und die auf Ihrem Marsh-Versicherungsschein angegebene Gruppenversicherungsnummer an und nennen Sie Ihren vollständigen Namen.

Ab Ihrem zweiten Erstattungsantrag können Sie dann unsere mobile MyHealth App für einfache und schnelle Erstattungsanträge nutzen. Weitere Informationen finden Sie unter folgendem Link: www.allianzcare.com/de/anmeldung.html

Für was bin ich versichert?

Sie und Ihre genannten Angehörige sind für medizinische Behandlungen, Kosten und Services, wie in der Tariflichen Leistungszusage aufgeführt, versichert. Diese unterliegen den folgenden Bedingungen:

- Den Definitionen und Ausschlüssen der Versicherung (diese sind in diesem Handbuch aufgelistet).
- **Angemessenen und üblichen Kosten** – Dies bezieht sich auf Behandlungskosten im Behandlungsland. Wir erstatten die Kosten für medizinische Leistungen nur, wenn sie angemessen sind und ihre Höhe den üblichen Gebühren für standardmäßige und allgemein anerkannte medizinische Verfahren entspricht. Wenn wir der Meinung sind, dass ein Erstattungsantrag unangemessen ist, behalten wir uns das Recht, den von uns gezahlten Betrag zu reduzieren oder abzulehnen.

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

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

Tarifoptionen

Der Versicherte kann zwischen mehreren Optionen wählen:

- der Erstversicherung, oder
- der Zusatzversicherung, oder
- der Erstversicherung und Zusatzversicherung.

Der Erstversicherungstarif deckt weltweit die Kosten für ärztliche und zahnärztliche Behandlungen, Krankenhausaufenthalte und chirurgische Eingriffe bis zu der in der Tariflichen Leistungszusage angegebenen Höchstleistungsgrenze.

Die Zusatzversicherung erstattet die versicherten Kosten bis zur Höchstleistungsgrenze nach obligatorischer Erstintervention einer Sozialversicherung oder einer anderen gleichwertigen Erstversicherung.

Wo kann ich Behandlungen erhalten?

Sie können sich während der auf dem Versicherungsschein angegebenen Versicherungsdauer weltweit behandeln lassen, auch in Ihrem Heimatland.

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

Welche Höchstleistungsbeträge gelten?

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

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

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

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

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

Höchstleistungsbeträge bei Schwangerschaft

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

Wenn Ihre Mutterschaftsleistungen „pro Schwangerschaft“ gezahlt werden

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

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

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

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

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

Diese Höchstleistungsgrenze beträgt 30.000€ pro Kind. Kosten für ambulante Behandlungen werden im Rahmen eines entsprechenden Ambulanttarifs erstattet.

Behandlungen

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

Prüfen Sie Ihren Versicherungsschutz

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

Manche Behandlungen müssen im Voraus genehmigt werden

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

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

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

Behandlung im Krankenhaus (es gilt eine Vorabgenehmigung)



Laden Sie das Formular zur vorherigen Kostenzusage unter folgendem Link von unserer Website herunter: www.allianzcare.com/en/group-hub/eurotrainees.html



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



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

Bei einem Notfall:

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

Sie, Ihr Arzt, ein 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.

Wir können alle Einzelheiten zu einer vorherigen Kostenzusage für Behandlungen, die innerhalb von 72 Stunden erfolgen sollen, auch telefonisch aufnehmen. Bitte beachten Sie, dass wir Ihren Erstattungsantrag ablehnen können, wenn keine Vorabgenehmigung eingeholt wird.



Rückerstattung Ihrer Kosten für ambulante, zahnärztliche und andere Behandlungen

Wenn für Ihre Behandlung keine Vorabgenehmigung erforderlich ist, bezahlen Sie einfach Ihre Rechnung und fordern Sie Ihre Ausgaben von uns zurück. Gehen Sie in diesem Fall wie folgt vor:



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



Lassen Sie sich von Ihrem medizinischen Dienstleister eine Rechnung ausstellen, die die folgenden Daten enthält: Ihren Namen, das Datum der Behandlung, die Diagnose/ die behandelte Erkrankung, das Datum der ersten Symptome, die Art der Behandlung und die berechnete Gebühr.

Der erste Erstattungsantrag

Fordern Sie Ihre versicherten Ausgaben zurück, indem Sie ein Erstattungsformular ausfüllen. Das Formular können Sie hier herunterladen: www.allianzcare.com/en/group-hub/eurotrainees.html

Sie müssen die Abschnitte 5 und 6 nicht ausfüllen, wenn die in diesen Abschnitten angeforderten Informationen bereits auf Ihrer Arztrechnung aufgeführt sind.

Bitte senden Sie uns das Erstattungsformular und alle unterstützenden Dokumente, Rechnungen und Quittungen per E-Mail, Fax oder per Post (Einzelheiten finden Sie auf dem Formular).

Der zweite und folgende Erstattungsanträge

Fordern Sie Ihre erstattungsfähigen Ausgaben per mobiler MyHealth App oder im Online-Portal zurück.

www.allianzcare.com/de/anmeldung.html

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

Behandlungen in den USA

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

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

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

Ein Rezept erhalten

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

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

Zusätzliche Informationen zu Erstattungsanträgen

Medizinische Erstattungsanträge

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

- **Zeitraumen für Erstattungsanträge:** Reichen Sie bitte Ihre Erstattungsanträge spätestens zwei Jahre nach Ablauf des Versicherungsjahrs (durch unsere MyHealth App oder unser Online-Portal) ein. Wird die Versicherung innerhalb des Versicherungsjahrs gekündigt, so müssen Sie Erstattungsanträge spätestens zwei Jahre nach Ende des Versicherungsschutzes einreichen. Danach sind wir nicht mehr zur Erstattung verpflichtet.
- **Einreichen von Erstattungsanträgen:** Sie müssen für jede Person, die Ansprüche geltend macht, und für jede Erkrankung, einen separaten Erstattungsantrag einreichen. Hinweis: Sie können Ihre Erstattungsanträge nicht nur in Papierform einreichen, sondern auch über unsere mobile MyHealth App. Nachdem Sie Ihren ersten Erstattungsantrag eingereicht haben, steht Ihnen diese Funktion für das schnelle und einfache Einreichen folgender Erstattungsanträge zur Verfügung. Da Sie Ihre Versicherungsnummer erst nach dem ersten Erstattungsantrag erhalten, weisen Sie sich bitte als EUROTRAINEE aus und geben Sie auf dem Erstattungsformular außerdem den Namen der EU-Institution und die Gruppenversicherungsnummer an.
- **Unterstützende Dokumente:** Bitte bewahren Sie die Originale auf, wenn Sie uns Kopien von Rechnungen (z. B. Arztrechnungen/Belege) zusenden. Wir sind berechtigt, bis zu 12 Monate nachdem Ihr Erstattungsantrag bezahlt wurde, originale Rechnungen zu Auditzwecken anzufordern. Möglicherweise verlangen wir von Ihnen auch einen Zahlungsnachweis (z. B. eine Bank- oder Kreditkartenabrechnung) für von Ihnen bezahlte Arztrechnungen. Zusätzlich empfehlen wir Ihnen, Kopien der gesamten Korrespondenz mit uns aufzubewahren. Wir übernehmen keine Haftung für Korrespondenz, die auf dem Postweg oder anderweitig außerhalb unseres Verantwortungsbereichs verloren geht.
- **Währung:** Geben Sie bitte die Währung an, in der Sie die Zahlung erhalten möchten. In seltenen Fällen kann es vorkommen, dass wir aufgrund internationaler Bankgesetze keine Zahlung in der gewünschten Währung vornehmen können. In diesem Fall suchen wir gerne eine geeignete Alternativwährung. Wenn wir von einer Währung in eine andere umrechnen müssen, verwenden wir den Wechselkurs, der am Ausstellungsdatum der Rechnungen gültig war oder denjenigen, der am Tag der Erstattung gültig ist.

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

- **Rückerstattung:** Wir erstatten nur erstattungsfähige Kosten (im Rahmen der Höchsterstattungsbeträge Ihrer Police), nachdem wir eventuelle Bedingungen einer Vorabgenehmigung, von Selbstbeteiligungen oder Eigenanteilen, wie in der Tariflichen Leistungszusage angegeben, berücksichtigt haben.
- **Angemessene und übliche Kosten:** Wir erstatten die Kosten für medizinische Leistungen, wenn sie angemessen sind und ihre Höhe den üblichen Gebühren für standardmäßige und allgemein anerkannte medizinische Verfahren entspricht. Wenn wir der Meinung sind, dass ein Erstattungsantrag unangemessen ist, haben wir das Recht, den von uns gezahlten Betrag zu reduzieren oder abzulehnen.
- **Anzahlung:** Müssen Sie vor einer medizinischen Behandlung eine Anzahlung leisten, so werden Ihre Kosten nach der Behandlung zurückerstattet.
- **Informationen bereitstellen:** Sie und Ihre Angehörigen erklären sich damit einverstanden, uns bei der Beschaffung aller Informationen zu unterstützen, die wir zur Bearbeitung eines Erstattungsantrags benötigen. Wir sind berechtigt, in direkten Kontakt mit medizinischen Dienstleistern oder behandelnden Ärzten zu treten und Einsicht in medizinische Unterlagen zu nehmen. Falls wir es für notwendig erachten, können wir auf unsere Kosten eine medizinische Untersuchung durch unsere Ärzte verlangen. Alle Informationen werden vertraulich behandelt. Wir behalten uns vor, die Leistungen zu verweigern, falls Sie oder Ihre Familienangehörigen uns nicht bei der Beschaffung dieser Informationen unterstützen.

Erstattungsanträge für Zahnbehandlungen

Ihr Zahnarzt muss das Formular "Zahnärztlicher Kostenvoranschlag" ausfüllen und einreichen, bevor Sie mit einer zahnärztlich-prothetischen Behandlung (Kronen, Brücken, Implantate usw.) beginnen. Das Formular können Sie hier herunterladen: www.allianzcare.com/en/group-hub/eurotrainees.html Erst nachdem wir Ihre Behandlung genehmigt haben, kann der Versicherungsschutz garantiert werden.

Behandlung durch Verschulden eines Dritten

Wenn eine Behandlung durch Verschulden eines Dritten erforderlich geworden ist, müssen Sie uns dies so schnell wie möglich schriftlich mitteilen. Zum Beispiel, wenn Sie nach einem Verkehrsunfall behandelt werden müssen, bei dem Sie unschuldig sind. Bitte ergreifen Sie alle von uns angeforderten Maßnahmen, um die Versicherungsdaten der schuldigen Person zu erhalten. Wir können dann die Kosten der von uns bezahlten Behandlung vom anderen Versicherer des Schuldigen zurückfordern. Wenn Ihnen die Kosten für die von uns übernommene Behandlung erstattet werden, müssen Sie den entsprechenden Betrag (einschließlich Zinsen) an uns zurückzahlen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen



Allgemeine Versicherungsbedingungen

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

- **Auf dem Versicherungsschein** ist der Tarif (bzw. die Tarife) und der geografische Geltungsbereich aufgeführt, den die Europäische Institution für Sie ausgewählt hat. Darin ist auch das Datum des Versicherungsbeginns angegeben.
- In Ihrer **Tariflichen Leistungszusage** sind die Tarife aufgeführt, die von der Europäische Institution ausgewählt wurden, und die Leistungen, die für Sie verfügbar sind. Sie zeigt außerdem Informationen zu den Leistungen und Behandlungen, für die Sie ein Kostenzusageformular einreichen müssen. Es werden die Leistungen bestätigt, für die bestimmte Höchstleistungsbeträge, Wartezeiten, Selbstbehalte und/oder Zuzahlungen gelten. Ihre Tarifliche Leistungszusage wird in der mit der Europäischen Institution vereinbarten Währung ausgestellt.

Verwaltung Ihrer Police

Der Versicherungsschutz beginnt ...

Ihre Versicherung gilt für den auf dem Marsh-Versicherungsschein angegebenen Zeitraum und wird bis zum Ende Ihrer Traineezeit fortgesetzt, vorausgesetzt, die EC Trainee-Gruppenversicherung ist noch in Kraft und das Produkt ist noch verfügbar.

Der Versicherungsschutz für Familienangehörige (falls relevant) beginnt zum Versicherungsbeginn, der auf dem Marsh-Versicherungsschein aufgeführt ist, auf dem sie als Familienangehörige genannt sind. Die Mitversicherung kann bis zu Ihrem Ausscheiden aus der Versicherungsvereinbarung mit der Europäischen Institution bestehen bleiben und so lange, wie Kinder innerhalb der definierten Altersbegrenzung für mitversicherte Angehörige bleiben. Familienangehörige Kinder können bis zum Tag vor ihrem 18. Geburtstag oder bis zum Tag vor ihrem 24. Geburtstag, wenn sie sich in einer Vollzeitausbildung befinden, in Ihrem Versicherungsvertrag mitversichert werden. Danach können sie einen eigenen Versicherungsschutz in einem unserer Krankenversicherungstarife für Einzelpersonen und Familien beantragen.

Mitversichern von Familienangehörigen

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

Wird Ihr Partner oder Ihr Kind Sie ins Ausland begleiten?

Wenn Sie Ihren (Ehe)Partner oder Ihr Kind während Ihrer Traineezeit als Angehörige in Ihre Versicherung aufnehmen möchten, müssen Sie dafür eine Anfrage bei Ihrem Traineebeauftragten stellen.

Wie kann ich ein Neugeborenes in meiner Police mitversichern?

Für Neugeborene (einschließlich Mehrlingsgeburten, Babys aus einer Leihmutterschaft, Adoptiv- und Pflegekinder) beginnt der Versicherungsschutz mit dem Tag der Geburt. Voraussetzung ist jedoch, dass wir innerhalb von vier Wochen nach der Geburt benachrichtigt werden. Um ein Neugeborenes in die Police aufzunehmen, müssen Sie die zuständige Traineeestelle der Europäischen Institution benachrichtigen.

Nach der Annahme erhalten Sie einen neuen Marsh-Versicherungsschein, in dem die Aufnahme eines Familienangehörigen vermerkt ist.

Was passiert, wenn ich mich nicht innerhalb von vier Wochen bei der Europäischen Institution melde?

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

Änderungen Ihrer Adresse oder E-Mail-Adresse

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

Korrespondenz

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

Ende Ihres Versicherungsschutzes

Die Europäische Institution kann Ihren Versicherungsschutz bzw. den Ihrer Familienangehörigen durch eine schriftliche Mitteilung an uns kündigen. In folgenden Fällen endet der Versicherungsschutz automatisch:

- am Ende des Versicherungsjahrs, wenn der Vertrag zwischen der Europäischen Institution und uns gekündigt wird.
- wenn die Europäische Institution die Versicherung kündigt oder nicht verlängert.
- wenn die Europäische Institution die Beiträge nicht bezahlt oder andere nach der Unternehmensvereinbarung mit uns fällige Zahlungen nicht leistet.
- wenn Sie als individueller Zahler die Beiträge nicht bezahlen oder andere gemäß der mit uns geschlossenen Vereinbarung mit der Europäischen Institution fällige Zahlungen nicht leisten.
- wenn Sie nicht mehr für die Europäische Institution arbeiten.
- bei Ableben des versicherten Mitarbeiters.

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

- ob Sie (oder die anderen Personen) als Versicherter aufgenommen werden.
- welche Versicherungsbeiträge die Europäische Institution oder Sie zu zahlen hat/haben.
- ob ein Versicherungsanspruch besteht.

Ablauf der Versicherung

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

Anfrage für Versicherungsschutz nach Beendigung der Traineezeit - Fortsetzungsoption

Trainees, die im Rahmen der Krankenversicherung von Allianz Care versichert waren, können ihren Versicherungsschutz um einen Monat bis zu einem Jahr verlängern. Der Versicherungsschutz beginnt unmittelbar nach Beendigung der Traineezeit (ohne Unterbrechung) und der Versicherungsbeitrag ist monatlich direkt an uns zu zahlen.

Wenn Sie Ihren Versicherungsschutz fortsetzen möchten, senden Sie uns bitte Ihren Antrag über diese Webseite: www.allianzcare.com/en/group-hub/continuation-enquiry.html

① IGOServices@e.allianz.com

Sie müssen den Antrag auf Fortsetzung des Versicherungsschutzes spätestens einen Monat nach Beendigung Ihrer Traineezeit stellen.

Der Versicherungsbeginn ist der erste Tag nach Beendigung Ihrer Traineezeit. Durch Zahlung des monatlichen Beitrages bleiben Sie zu den gleichen Bedingungen versichert.

Beitragszahlungen

Die Europäische Institution ist für die Zahlung der Versicherungsbeiträge für Sie und Ihre Angehörigen verantwortlich, wie in der Unternehmensvereinbarung geregelt. Einzelheiten zu den Beiträgen, die die Europäische Institution von Ihrer Vergütung abziehen kann oder die sie von Ihnen verlangen kann, erfahren Sie vom Traineebeauftragten der Europäischen Institution.

Weitere Bestimmungen für Ihren Versicherungsschutz

Geltendes Recht: Ihre Police unterliegt den Gesetzen und Gerichten Frankreichs, wie in der Unternehmensvereinbarung genannt, sofern gesetzlich nicht anderes vorgeschrieben.

Wirtschaftssanktionen: Es besteht kein Versicherungsschutz, wenn ein Bestandteil der Versicherung, der Leistungen, Tätigkeiten oder Geschäfte gegen geltende Sanktionen oder Regulierungen der Vereinten Nationen, der Europäischen Union oder jeglicher anderer Wirtschafts- bzw. Handelssanktionen oder -regulierungen verstoßen.

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

Beträge, die wir leisten: Wir haften mit den in der Tariflichen Leistungszusage und in etwaigen folgenden Policennachträgen genannten Beträgen. Der Gesamterstattungsbetrag aus dieser Versicherungspolice, aus einer gesetzlichen Krankenversicherung und anderen Versicherungen wird auf keinen Fall den Rechnungsbetrag übersteigen.

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

Wenn Versicherungsschutz durch jemand anderen bereit gestellt wird: Wir können einen Erstattungsantrag ablehnen, wenn Sie oder einer Ihrer Angehörigen Anspruch auf Leistungen haben von:

- Einem öffentlichen System oder einer gesetzlichen Krankenversicherung
- Einer anderen Krankenversicherung
- Einem Dritten

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

Wir haben das Recht, jeden Betrag, den wir für eine Forderung gezahlt haben, von einem Dritten zurückzufordern, wenn die Kosten von diesem Dritten fällig wären oder geleistet wurden. Wir können

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

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

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

Betrug:

Wir werden keine Erstattungen leisten, wenn:

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

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

Kontaktaufnahme zu Angehörigen: Zur Verwaltung Ihrer Police müssen wir möglicherweise weitere Informationen anfordern. Wenn wir Informationen zu einem Ihrer Angehörigen anfragen müssen (z. B. wenn wir eine E-Mail-Adresse für einen erwachsenen Angehörigen wissen möchten), setzen wir uns mit Ihnen als Kontaktperson in Verbindung und fragen Sie nach den relevanten Informationen, sofern diese vorliegen und keine vertraulichen Informationen sind. Genau so können wir Ihnen bei unserer Bearbeitung von Erstattungsanträgen nicht-vertrauliche Informationen über ein Familienmitglied senden.

Nutzung von Medi24: Der medizinische Informationsdienst Medi24 und die bereitgestellten Informationen zum Thema Gesundheit können sehr hilfreich sein, sind aber kein Ersatz für professionelle medizinische Beratung oder ärztliche Behandlung. Er ist nicht zur medizinischen Diagnose oder Behandlung vorgesehen und die erteilten Informationen dienen nicht diesem Zweck. Holen Sie vor Beginn einer neuen Behandlung oder bei Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand immer ärztlichen Rat ein. Wir sind nicht für etwaige Forderungen, Verluste oder Schäden, die direkt oder indirekt auf die Inanspruchnahme von Medi24 oder die bereitgestellten Informationen oder die von den dadurch bereitgestellten Services zurückzuführen sind, verantwortlich und übernehmen keinerlei Haftung. Medi24-Anrufe werden aufgezeichnet und können zu Schulungs-, Qualitätssicherungs- und Regulierungszwecken überprüft werden.

Datenschutz

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

 www.allianzcare.com/de/datenschutz.html

Alternativ können Sie uns auch anrufen und eine Kopie anfragen.

 +353 1 630 1302

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

 AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

Beschwerdeverfahren

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

 +353 1 630 1302

 igohelpline@e.allianz.com

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

Wir werden Ihre Beschwerde nach unserem internen Beschwerdemanagement-Prozess handhaben. Weitere Einzelheiten finden Sie hier:

 www.allianzcare.com/de/beschwerdeverfahren.html

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

Definitionen

Die folgenden Definitionen gelten für unsere Krankenversicherungstarife: Bitte entnehmen Sie Ihrer Tariflichen Leistungszusage, welche Leistungen Ihr Versicherungsschutz umfasst. Sollten Leistungen in Ihrem Versicherungsschutz enthalten sein, die nicht unten aufgelistet sind, so ist die entsprechende Definition in den Anmerkungen am Ende Ihrer Tariflichen Leistungszusage aufgeführt. Wo immer die nachstehenden Begriffe und Ausdrücke in Ihren Versicherungsunterlagen verwendet werden, haben sie die im Folgenden definierte Bedeutung:

A

Akut

Der plötzliche Beginn von Symptomen oder einer Erkrankung.

Allgemeinmedizinerkosten

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

Ambulante Behandlung

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

Ambulante Operationen

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

Angehörige(r)

Ehepartner(in) oder Partner(in) und unverheiratete Kinder, die als Angehörige in Ihrem Versicherungsschein angegeben sind. Kinder können bis zum Tag vor ihrem 18. Geburtstag oder bis zum Tag vor ihrem 24. Geburtstag, wenn sie sich in einer Vollzeitausbildung befinden, im Rahmen Ihres Versicherungsvertrags mitversichert sein.

Angemessen und üblich

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

Arzt

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

Ärzte für Allgemeinmedizin

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

B

Behandlung

Ein medizinische Verfahren zur Heilung oder Linderung von Krankheiten oder Verletzungen.

Behandlung von Essstörungen

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

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

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

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

Behandlung von Krankheiten des autistischen Formenkreises

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

Beerdigungskosten

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

Beratung nach der Geburt

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

C

Chirurgische Hilfsmittel und Materialien

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

Chirurgische zahnärztliche Eingriffe

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

Chronische Erkrankung

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

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

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

D

Diagnostische Untersuchungen

Untersuchungen für diagnostische Zwecke, wie Röntgenaufnahmen oder Bluttests. Diese Untersuchungen sind versichert, wenn Sie bereits Symptome zeigen oder wenn Sie infolge anderer medizinischer Untersuchungsergebnisse erforderlich sind. Diese Leistung deckt keine jährlichen medizinischen Vorsorgeuntersuchungen oder Routineuntersuchungen ab.

Die Zähne betreffende verschreibungspflichtige Arzneimittel

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

Direkte Familienvorbelastung

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

E

Ergänzende Behandlung

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

F

Facharzt

Ein zugelassener Arzt, der über die notwendige Zusatzqualifikation verfügt und ausreichende Fachkenntnisse über diagnostische Methoden, Behandlungen und Präventivmaßnahmen in einem speziellen Gebiet der Medizin erworben hat, um in diesem medizinischen Fachgebiet zu praktizieren.

Facharztkosten

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

Fachkräfte für psychische Gesundheit

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

Familienanamnese

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

G

Geburtsvorsorge

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

Gruppenversicherungsverantwortlicher

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

H

Häusliche Pflege oder Aufenthalt in einem Genesungsheim

Krankenpflege, die sich unmittelbar an eine tarifgemäße stationäre oder teilstationäre Behandlung anschließt oder diese ersetzt. Wir erstatten die in der Tariflichen Leistungszusage aufgeführten Leistungen, wenn der behandelnde Arzt entscheidet, dass Ihr Aufenthalt in einem Genesungsheim oder die häusliche Pflege medizinisch notwendig ist. Diese Leistung muss außerdem von unserem medizinischen Direktor genehmigt werden. Diese Leistung umfasst keine Aufenthalte in Kureinrichtungen, Kurzentren oder Sanatorien sowie palliativmedizinische Betreuung oder Langzeitpflege.

Hebammenkosten

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

Heimatland

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

K

Komplikationen bei der Entbindung

Nachgeburtliche Blutungen und Plazentarückstände.
Wenn Ihr Versicherungsschutz die Leistungen „Reguläre Schwangerschaft“, wird auch ein medizinisch notwendiger Kaiserschnitt als Komplikation betrachtet.

Komplikationen während der Schwangerschaft

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

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

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

Krankenhaus

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

L

Land des Hauptwohnsitzes

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

Langzeitpflege

Pflege, die nach vollständiger Beendigung der akuten Behandlung über einen längeren Zeitraum hinweg erteilt wird. 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.

M

Medizinische Notwendigkeit

Medizinische Behandlungen, Services oder Versorgungen, die alle folgenden Anforderungen erfüllen:

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

In dieser Definition bezieht sich der Begriff „angemessen“ gleichermaßen auf Patientensicherheit und effizientes Kosten-Nutzen-Verhältnis. „Medizinische Notwendigkeit“ bedeutet im Zusammenhang mit einer stationären Behandlung, dass die Diagnose und Behandlung unter Berücksichtigung der Patientensicherheit und des medizinischen Qualitätsstandards nicht im ambulanten Bereich erfolgen kann.

N

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.

Es besteht kein Versicherungsschutz für weitere vorbeugende diagnostische Untersuchungen wie Abstriche, Feststellung der Blutgruppe oder Hörtests. Wenn Ihr Kind jedoch aus medizinischen Gründen Nachuntersuchungen oder Behandlungen benötigt, sind diese im Rahmen der Police des Neugeborenen versichert (sofern es als Angehörige/r mitversichert wurde).

Die stationäre Behandlung für Mehrlingsgeburten infolge medizinisch assistierter Fortpflanzung, alle Babys aus einer Leihmutterchaft sowie Adoptiv- und Pflegekinder, ist bis zu einem Höchstbetrag von 30.000€ pro Kind für die ersten drei Monate nach der Geburt versichert. Kosten für ambulante Behandlungen werden innerhalb der Höchstleistungsbeträge eines entsprechenden Ambulanttarifs erstattet.

Nicht risikogepflichtete Policen

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

Notfallbehandlung

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

O

Onkologie

Alle Facharztgebühren, Kosten für diagnostische Tests, Strahlentherapie, Chemotherapie und Krankenhausgebühren, die in Verbindung mit einer Krebsbehandlung entstehen, vom Zeitpunkt der Diagnose.

Wir werden außerdem die Kosten für externe prothetische Vorrichtungen für kosmetische Zwecke übernehmen, wie z. B. eine Perücke bei Haarausfall oder einen prothetischen BH bei einer Krebsbehandlung.

Organtransplantation

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

Orthomolekulare Behandlung

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

P

Partner

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

Präventive Behandlungen

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

Psychiatrie und Psychotherapie

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

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

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

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

R

Reguläre Schwangerschaft

Medizinisch notwendige Kosten, die während der Schwangerschaft und Entbindung anfallen. Diese umfassen Krankenhauskosten, Facharztkosten, Geburtsvorsorge und Geburtsnachsorge der Mutter, Kosten für die Hebamme (nur während der Entbindung) sowie für die Neugeborenenpflege (siehe Definition für Neugeborenenpflege für weitere Informationen zu was im Rahmen dieser Leistung mitversichert ist, sowie zu stationären Höchstleistungsbeträgen für Adoptiv- und Pflegekinder, alle Babys aus einer Leihmutterchaft und Mehrlingsgeburten, die infolge einer medizinisch assistierten Fortpflanzung geboren wurden). Kosten für Komplikationen bei Schwangerschaft und Entbindung werden von dieser Leistung nicht umfasst. Kaiserschnitte, die nicht medizinisch notwendig sind, werden bis zu den Kosten für eine reguläre Entbindung in selben Krankenhaus versichert, im Rahmen der Höchstleistungsbeträge. Medizinisch notwendige Kaiserschnittentbindungen sind im Rahmen der Leistung „Komplikationen bei der Entbindung“ mitversichert.

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

Rehabilitation

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

S

Swangerschaft

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

Sie/Ihr

Die Person, die für die Europäische Institution arbeitet und jegliche Angehörigen, die im Versicherungsschein genannt werden.

Stationäre Behandlungen

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

T

Teilstationäre Behandlung/Tagesklinik

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

Therapeut

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.

U

Übergewicht

Diagnostiziert, wenn der BMI (Body Mass Index, Körpermassenindex) einer Person über 30 liegt (ein BMI-Rechner steht auf unserer Website zur Verfügung: www.allianzcare.com/en/support/health-and-wellness/bmi-calculator.html)

Unfall

Jedes unbeabsichtigte Verletzen des Versicherten, das auf das plötzliche und unerwartete Einwirken einer äußeren Ursache zurückzuführen ist, mit Ausnahme akuter oder chronischer Erkrankungen.

Unterbringung im Krankenhaus

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

Unternehmen

Ihr Arbeitgeber, wie in der Unternehmensvereinbarung genannt.

Unternehmensvereinbarung

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



Versicherte Person

Sie und Ihre Familienangehörigen, wie im Versicherungsschein aufgeführt.

Versicherungsjahr

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

Versicherungsschein

Ein Dokument, das die Einzelheiten Ihres Versicherungsschutzes angibt. Er bestätigt, dass die Europäische Institution eine Gruppenversicherungspolice bei uns hat.

Verschriebene Brillen und Kontaktlinsen einschließlich Augenuntersuchungen

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

Verschriebene medizinische Hilfsmittel

Verschriebene, medizinisch notwendige Hilfsmittel, das Ihnen die Verrichtung alltäglicher Tätigkeiten ermöglicht. Beispiele:

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

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

Verschriebene Physiotherapie

Behandlungen durch einen zugelassenen Physiotherapeuten nach Überweisung durch einen Arzt. Physiotherapie (entweder verschrieben oder als Kombination aus nicht verschriebenen und verschriebenen Behandlungen) ist zunächst auf 12 Sitzungen pro erstellter Diagnose begrenzt. Danach muss der Arzt, der die Überweisung veranlasst hat, die Behandlung überprüfen. Sollten weitere Sitzungen notwendig sein, muss uns nach jeweils 12 Sitzungen ein neuer Behandlungsbericht vorgelegt werden, in dem die medizinische Notwendigkeit einer Weiterbehandlung dargelegt wird. Physiotherapie umfasst keine Therapien wie Rolfing, Massage, Pilates, Fango und Milta.

Verschreibungspflichtige Arzneimittel

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

Videoberatungsservices

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

Vorerkrankungen

Krankheiten, für die im Laufe Ihres Lebens oder das Ihrer Angehörigen ein oder mehrere Symptome aufgetreten sind. Dies gilt unabhängig davon, ob Sie oder Ihre Angehörigen eine medizinische Behandlung oder einen ärztlichen Rat erhalten haben. Eine solche Vorerkrankung besteht, wenn wir davon ausgehen können, dass Sie oder Ihre Angehörigen davon Kenntnis hatten. Ihre Versicherung umfasst Vorerkrankungen, es sei denn, wir teilen Ihnen schriftlich etwas anderes mit.

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

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

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



Wir/unser/uns

Allianz Care.



Zahn- und kieferchirurgische Maßnahmen

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

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

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

Zahnärztliche Parodontalbehandlung

Zahnbehandlungen im Zusammenhang mit Zahnfleischerkrankungen.

Zahnbehandlung

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

Zahnersatz

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

Ausschlüsse

Auch wenn wir die meisten medizinisch notwendigen Behandlungen versichern, übernehmen wir die folgenden Ausgaben nicht, außer in der Tariflichen Leistungszusage oder in einem schriftlichen Versicherungsschein anderes angegeben.

ABSICHTLICH HERBEIGEFÜHRTE KRANKHEITEN UND SELBST VERURSACHTE VERLETZUNGEN

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

ÄRZTLICHE BERATUNG DURCH SIE SELBST ODER EIN FAMILIENMITGLIED

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

AUFENTHALTE IN KURZENTREN

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

BEHANDLUNG AUSSERHALB DES VERSICHERTEN GEOGRAFISCHEN GELTUNGSBEREICHS

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

BEHANDLUNG IN DEN USA IN DEN FOLGENDEN FÄLLEN

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

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

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

BEHANDLUNGEN BEI UNFRUCHTBARKEIT

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

BESCHAFFUNG EINES ORGANS

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

CHEMISCHE VERUNREINIGUNG UND RADIOAKTIVITÄT

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

DROGENABHÄNGIGKEIT ODER ALKOHOLISMUS

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

ENTWICKLUNGSSTÖRUNGEN

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

ERGÄNZENDE MEDIZIN

Ergänzende Behandlung mit Ausnahme der Behandlungen, die in der Tariflichen Leistungszusage aufgeführt sind.

EXPERIMENTELLE ODER UNBEWIESENE BEHANDLUNGEN ODER ARZNEIMITTEL

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

FAMILIENTHERAPEUTEN ODER BERATER

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

FREI VERKÄUFLICHE PRODUKTE

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

GEBÜHREN FÜR DAS AUSFÜLLEN DES ERSTATTUNGSFORMULARS

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

GEBURTSVOR- UND GEBURTSNACHBEREITUNG

Geburtsvorsorge und Geburtsnachbereitungskurse.

GENETISCHE TESTS

Genetische Tests, außer:

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

GESCHLECHTSUMWANDLUNG

Operationen und Behandlungen zur Geschlechtsumwandlung, z. B.:

- Blepharoplastik
- Wangen-/Jochbein-Implantate
- Kinn-/Nasen-Implantate
- Kollageninjektion
- Gesichts-/Stirn-Lifting
- Gesichtsknochen-Operation (Osteoplastik)
- Haarentfernung/Haartransplantation
- Kieferverkleinerung
- Kehlkopfplastik
- Rhinoplastik
- Skin Resurfacing (z. B. Dermabrasion, Säurepeeling)
- Chondroplastik

- Nackenstraffung
- Lippenverstärkung
- Botox- und Filler-Injektionen

HAARVERLUST UND HAARERSATZ

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

HAUSBESUCHE

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

KUNSTFEHLER

Behandlungen, die aufgrund eines Kunstfehlers erforderlich werden.

KOMPLIKATIONEN AUFGRUND IM RAHMEN IHRES TARIFS NICHT VERSICHERTER BEHANDLUNGEN

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

LASERAUGENKORREKTUR

Behandlung zur Änderung der Refraktion an einem oder beiden Augen (Laseraugenkorrektur), einschließlich refraktiver Keratomie (RK) und photorefraktiver Keratomie (PRK).

LEIHMUTTERSCHAFT

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

NICHTBEACHTUNG EINES ÄRZTLICHEN RATS ODER DER NICHTKONSULTATION EINES ARZTES

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

ORTHOMOLEKULARE BEHANDLUNG

Bitte lesen Sie die Definition zu „Orthomolekulare Behandlung“.

PLASTISCHE CHIRURGIE

Behandlung durch plastische 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.

REISEKOSTEN

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

SCHIFF AUF SEE

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

SCHLAFSTÖRUNGEN

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

SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH

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

SPRACHTHERAPIE

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

STERILISIERUNG, SEXUELLE DYSFUNKTION UND VERHÜTUNG

Untersuchungen, Behandlungen und Folgeerscheinungen von:

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

TEILNAHME AN EINEM KRIEG ODER ILLEGALEN AKTIVITÄTEN

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

- Krieg
- Aufruhr
- Zivile Unruhen
- Terrorismus
- Kriminelle Aktivitäten
- Rechtswidrige Handlungen
- Aktivitäten gegen ausländische Feindseligkeiten

TESTS AUF TUMORMARKER

Tests auf Tumormarker, es sei denn bei Ihnen wurde der fragliche Krebs bereits früher diagnostiziert. In diesem Fall besteht Versicherungsschutz innerhalb der Leistung Onkologie.

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

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

ÜBERGEWICHT

Untersuchungen und Behandlungen aufgrund von Übergewicht

VERLETZUNGEN BEI BERUFSSPORT

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

VITAMINE ODER MINERALSTOFFE

Produkte, die wie folgt klassifiziert sind:

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

Diese Produkte sind von einer Erstattung ausgeschlossen, auch wenn diese medizinisch anerkannt, empfohlen oder verschrieben wurden und eine therapeutische Wirkung haben. Die Kosten für eine Ernährungsberatung sind nicht versichert, außer, wenn eine dies Leistung in Ihrer Tariflichen Leistungszusage enthalten ist.

ZAHNVENEERS

Zahnveneers und die damit verbundenen Maßnahmen

LEISTUNGEN, DIE NICHT IN IHRER TARIFLICHEN LEISTUNGSZUSAGE AUFGEFÜHRT SIND

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

- Zahnbehandlungen, chirurgisch zahnärztliche Eingriffe, zahnärztliche Parodontalbehandlung, kieferorthopädische Behandlungen und Zahnersatz. Die einzige Ausnahme sind zahn- und kieferchirurgische Maßnahmen, welche im Rahmen Ihres Haupttarifs versichert sind.
- Ernährungsberaterkosten.
- Zahnärztliche Notfallbehandlung.
- Kosten für eine Begleitperson im Falle einer/s medizinischen Überführung/Rücktransports.
- Vorsorgeuntersuchungen, einschließlich Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten.
- Hausentbindungen.
- Behandlungen bei Unfruchtbarkeit.
- Stationäre Psychiatrie und Psychotherapie.
- Medizinischer Rücktransport.
- Organtransplantation.
- Ambulante Psychiatrie und Psychotherapie.
- Ambulante Behandlungen.
- Verschriebene Brillen und Kontaktlinsen, einschließlich Augenuntersuchungen.
- Verschriebene medizinische Hilfsmittel.

- **Vorbeugende Behandlungen.**
- **Rehabilitationsmaßnahmen.**
- **Reguläre Schwangerschaft.**
- **Reisekosten für versicherte Familienmitglieder im Falle eines Rücktransports/ einer Überführung.**
- **Reisekosten für versicherte Familienmitglieder im Falle einer Überführung der sterblichen Überreste.**
- **Reisekosten für Versicherte, die ein in Lebensgefahr schwebendes oder ein verstorbenes Familienmitglied begleiten.**
- **Impfungen.**

Sprechen Sie mit uns, wir helfen Ihnen gerne weiter!

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

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

 Telefon: **+32 2 210 6501**

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

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

 E-Mail: **igohelpline@e.allianz.com**

 Allianz Care, Bd Roi Albert II 32, 1000 Brüssel, Belgien

 **www.allianzcare.com**

 www.facebook.com/AllianzCare/
 www.linkedin.com/company/allianz-care
 www.youtube.com/c/allianzcare
 www.instagram.com/allianzcare/
 x.com/AllianzCare