Internationale Krankenversicherungstarife
Gültig ab 1.November 2018

VERSICHERUNGS-HANDBUCH FÜR DIE *Gruppenversicherung*

Allianz Care

Wilkommen

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

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

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

SO NUTZEN SIE IHREN VERSICHERUNGSSCHUTZ

Service für Versicherte 5
Überblick über Ihren Versicherungsschutz 14
Behandlungen 18

ALLGEMEINE VERSICHERUNGS-BEDINGUNGEN

Ihr Versicherungsschutz erklärt 30
Erstattungsanträge und Prozess der vorherigen Kostenzusage 32
Beitragszahlung 36
Verwaltung Ihrer Police 38
Zusätzliche Bedingungen 41
Datenschutz und die Erfassung und Verwendung persönlicher Daten 43
Beschwerdeverfahren 45
Definitionen 47
Ausschlüsse 58

AWP Health & Life SA unterliegt der Aufsicht durch die French Prudential Supervisory Authority in 4 place de Budapest, CS 92459, 75 436 Paris Cedex 09, Frankreich.

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

SO NUTZEN SIE IHREN VERSICHERUNGS-SCHUTZ

SERVICE FÜR VERSICHERTE

Wir sind für Sie da und bieten Ihnen den außergewöhnlichen Umfang an Versicherungsschutz, den Sie verdienen, überall und zu jeder Zeit!

Auf den folgenden Seiten erklären wir Ihnen all unsere Leistungen und Services für Versicherte. Finden Sie heraus, welche Ihnen zur Verfügung stehen: von unserer MyHealth App bis hin zum Mitarbeiter-Unterstützungs-Programm.

Sprechen Sie mit uns, wir helfen Ihnen gerne weiter!

Unsere mehrsprachige Helpline ist 24 Stunden am Tag, 7 Tage die Woche erreichbar, um Fragen zu Ihrer Police zu beantworten oder Ihnen im Falle eines Notfalls weiter zu helfen.

Helpline: +353 1 630 1302
Eine Liste unserer aktuellen gebührenfreien Rufnummern finden Sie hier:
www.allianzworldwidecare.com/de/pages/toll-free-numbers/

E-Mail: client.services@allianzworldwidecare.com

Fax: +353 1 630 1306

Wussten Sie...

...dass die meisten unserer Versicherten der Meinung sind, dass ihre Anfragen schneller beantwortet werden wenn sie uns anrufen?

MyHealth App

Unsere MyHealth App wurde entwickelt, um Ihnen einen einfachen und bequemen Zugang zu Ihrem Versicherungsschutz zu bieten, egal wo Sie gerade sind. Wenn Ihr Unternehmen die Online Services Funktion für Sie ausgewählt hat, können Sie von Ihrem Mobilgerät aus auf folgende Funktionen zugreifen:

MEINE LEISTUNGSANSPRÜCHE
Bisherige Leistungsansprüche anzeigen und Leistungsanträge in drei einfachen Schritten einreichen.

MEINE KONTAKTE
Zugang zu unserer rund um die Uhr erreichbaren mehrsprachigen Helpline sowie zu lokalen Notfallnummern.

KRANKENHAUSSUCHE
Wegbeschreibungen zu nahegelegenen Krankenhäusern per GPS.

SYMPTOME-PRÜFER
Schnelle und einfache Bewertung Ihrer Symptome.

Andere Services : Zugang zu Ihren Versicherungsdokumenten und Ihrer Versichertenkarte von unterwegs aus, Funktion zum Nachlesen von lokalen Entsprechungen von Markenmedikamenten und Funktion zur Übersetzung von allgemein bekannten Erkrankungen in 17 Sprachen.

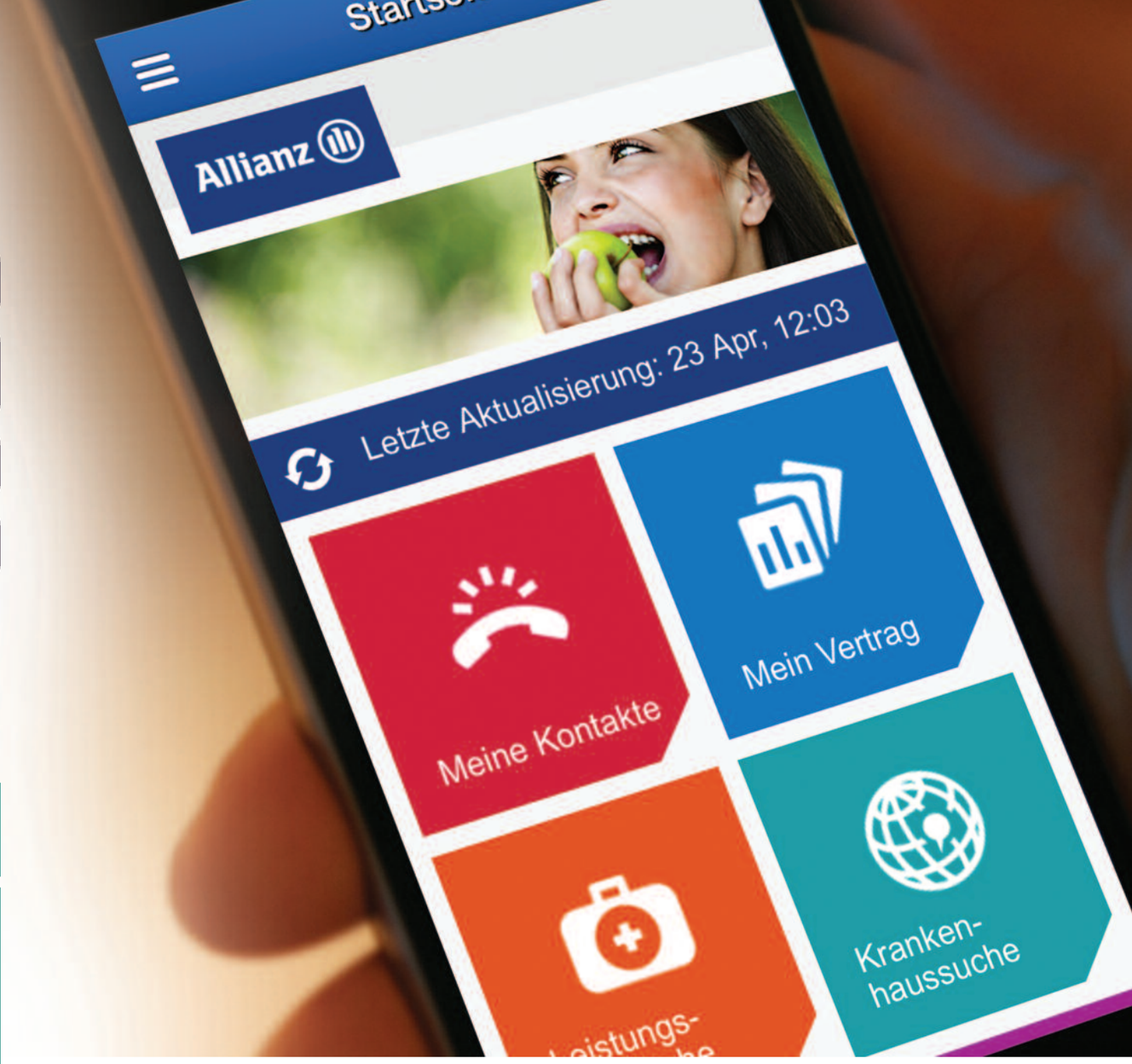
Alle persönlichen Daten, die in der App gespeichert werden, sind aus Datenschutzgründen durch Verschlüsselung gesichert. Die meisten Funktionen der App sind sogar offline verwendbar.

ERSTE SCHRITTE

Download – Sie können die App im App Store oder bei Google Play herunterladen, indem Sie nach „Allianz MyHealth" suchen und den Anweisungen auf dem Bildschirm folgen.

Einrichtung der App – Sobald Sie die App heruntergeladen haben, öffnen Sie sie und geben Sie Ihre Versicherungsnummer ein. Sie können sich dann, wenn Sie dazu aufgefordert werden, registrieren, um einen Benutzernamen und ein temporäres Passwort zu erhalten. Andernfalls geben Sie bitte Ihre Anmeldedaten ein, die Sie in Ihren Versicherungsunterlagen erhalten haben. Ändern Sie dann bitte das temporäre Passwort, wenn Sie dazu aufgefordert werden, und wählen Sie ein neues Passwort, an das Sie sich leicht erinnern können. Sollten Sie die App erneut oder auf einem anderen Gerät installieren, verwenden Sie bitte diese Anmeldedaten erneut. Bitte beachten Sie, dass Sie diese Daten auch für eine Anmeldung in den Online Services verwenden können.

PIN festlegen – Bestimmen Sie Ihre eigene PIN. In der Zukunft benötigen Sie dann nur Ihre PIN, um auf die Allianz MyHealth App und all ihre Funktionen zuzugreifen.



Weitere Informationen finden Sie auf unserer Website:
www.allianzworldwidecare.com/de/ressourcen/view/ressourcen-fuer-versicherte/my-health-app/

Download on the App Store | GET IT ON Google Play

Online Services

Wenn Ihr Unternehmen diese Funktion für Sie ausgewählt hat, können Sie bequem von zu Hause aus auf unsere sicheren Online Services zugreifen. Diese ermöglichen es Ihnen:

- Ihre Versicherungsdokumente und Ihre Versicherungskarte herunterzuladen.
- Ihre Tarifliche Leistungszusage aufzurufen und die verbleibenden Restbeträge bis zum jeweiligen Höchsterstattungsbetrag jeder Leistung zu überprüfen.

- Den Status Ihrer an uns übermittelten Erstattungsanträge anzuzeigen und die zugehörige Korrespondenz einzusehen.
- Ihren Versicherungsbeitrag online zu bezahlen, alle Zahlungsvorgänge anzuzeigen und Ihre Kreditkartenangaben zu ändern (falls Sie selbst für die Zahlung Ihrer Versicherungsbeiträge verantwortlich sind).

Um zu unseren sicheren Online Services zu gelangen, gehen Sie auf **my.allianzworldwidecare.com** und:

1. Melden Sie sich mit Ihrem Benutzernamen und Ihrem Passwort, das Sie in Ihren Versicherungsunterlagen finden, an.
2. Ändern Sie dann bitte das temporäre Passwort, wenn Sie dazu aufgefordert werden, und wählen Sie ein neues Passwort, an das Sie sich leicht erinnern können. Bewahren Sie diese Informationen sicher auf, Sie werden Sie wieder brauchen! Bitte beachten Sie, dass Sie diese Daten auch für eine Anmeldung bei der MyHealth App verwenden können.
3. Klicken Sie auf „Anmelden" und los geht's!

Wenn Sie Ihre Versicherungsunterlagen nicht erhalten haben, gehen Sie auf my.allianzworldwidecare.com, klicken Sie auf „Anmelden" und geben Sie die angeforderten Informationen ein. Wenn Ihr Unternehmen die Online Services für Sie ausgewählt hat, werden Sie Ihren Benutzername und Ihr temporäres Passwort per E-Mail erhalten.

Webbasierte Services für Versicherte

Auf unserer Website können Sie nach **medizinischen Dienstleistern** suchen, **Formulare herunterladen** und auf einen **BMI Rechner zugreifen**. Sie sind nicht auf medizinische Dienstleister auf unserer Website beschränkt.

www.allianzworldwidecare.com/de/ressourcen/view/ressourcen-fuer-versicherte/

Medi24

Dieser medizinische Informationsdienst, der von einem erfahrenen medizinischen Team bereitgestellt wird, bietet Ihnen Informationen und Beratung zu einer Fülle von Themen wie z. B. Blutdruck- und Gewichtsregulierung, Infektionskrankheiten, Erste Hilfe, Zahnpflege, Impfungen, Onkologie, Arbeitsunfähigkeit, Sprachentwicklung, Fruchtbarkeitsdiagnostik, Kinderheilkunde, seelische Gesundheit und Gesundheit im Allgemeinen. Medi24 ist rund um die Uhr auf Deutsch, Englisch, Französisch und Italienisch verfügbar.

+44 (0) 208 416 03929

Sollten Sie Fragen zu Ihrem Versicherungsschutz haben (z. B. zu Höchsterstattungsbeträgen oder dem Status eines Leistungsantrags), rufen Sie bitte unsere Helpline an.

Mitarbeiter-Unterstützungs-Programm

Das Mitarbeiter-Unterstützungs-Programm wird, falls gewählt, in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angezeigt. Dieser Service ist ein professioneller und vertraulicher Service, der rund um die Uhr in verschiedenen Sprachen angeboten wird und Ihnen und Ihren Angehörigen helfen kann, verschiedenste Herausforderungen zu meistern, einschließlich:

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

Dieser mehrsprachige Service ist jederzeit und überall verfügbar!

Das Mitarbeiter-Unterstützungs-Programm bietet Ihnen und Ihren Angehörigen Zugriff auf die folgenden, rund um die Uhr erreichbaren Leistungen, die in verschiedenen Sprachen verfügbar sind:

- PROFESSIONELLE, VERTRAULICHE BERATUNG*
- UNTERSTÜTZUNG BEI KRITISCHEN VORFÄLLEN
- RECHTLICHE UND FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNGSSERVICES
- ZUGANG ZU EINER WELLNESS WEBSITE

**Die professionelle und vertrauliche Beratung ist persönlich, telefonisch, per Video, E-Mail oder Online-Chat möglich.*

Wir helfen Ihnen gerne weiter:

+1 905 886 3605**

www.workhealthlife.com/AWC
(verfügbar auf Englisch, Französisch und Spanisch)

Laden Sie die „My Allianz EAP" App im App Store oder bei Google Play herunter.

Laden im App Store | JETZT BEI Google Play

Die Anrufe werden von einem Englisch sprechenden Mitarbeiter angenommen. Der Service steht allerdings in verschiedenen Sprachen zur Verfügung. Wenn ein eine bestimmte Sprache sprechender Mitarbeiter nicht verfügbar ist, organisieren wir gerne einen Übersetzungsservice.

*** Dies ist keine kostenfreie Rufnummer. In vielen Ländern sind zudem lokale Telefonnummern verfügbar. Um eine vollständige Liste aller unserer Telefonnummern zu erhalten, gehen Sie bitte auf die folgende Websites:* ***www.workhealthlife.com/AWC***

Das Mitarbeiter-Unterstützungs-Programm wird von Morneau Shepell Limited zur Verfügung gestellt, vorbehaltlich Ihrer Annahme unserer Bedingungen. 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 ist, die direkt oder indirekt aus Ihrer Nutzung des Mitarbeiter-Unterstützungs-Programms entstehen könnten.

Reisesicherheitsservices

Da wir weiterhin weltweit erhöhte Sicherheitsbedrohungen erleben, ermöglichen wir Ihnen durch unseren Service, Ihr persönliches Risiko bequem und effektiv selbst zu managen. Die Reisesicherheitsservices bieten Zugang zu einer großen Auswahl an professionellen Beratungs- und Unterstützungsservices, die Sie per Telefon, E-Mail oder auf der Website in Anspruch nehmen können. Dieser Service, falls gewählt, wird in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angezeigt.

Die Reisesicherheitsservices bieten Ihnen rund um die Uhr Zugang zu Ihren persönlichen Sicherheitsinformationen und zu einer Beratung zu allen Ihren Fragen zum Thema Reisesicherheit. Dazu gehören:

Notfall-Sicherheitsunterstützungs-Hotline
Sprechen Sie mit einem Sicherheitsspezialisten über all Ihre Fragen zum Thema Sicherheit zu Ihrem Reiseziel oder wenn Sie während der Reise Hilfe benötigen.

Länderanalysen und Sicherheitsberatung
Sicherheitsinformationen für einige Ländern sowie umfassende Sicherheitsberatung.

Tägliche Nachrichten und Updates zum Thema Sicherheit sowie Reisesicherheitswarnungen
Wöchentliche Newsletter und E-Mail-Benachrichtigung zu risikoreichen Ereignissen, einschließlich Terrorismus, zivile Unruhen und schwere Wetterrisiken, in oder in der Nähe Ihres aktuellen Aufenthaltsorts.

Um diesen Service in Anspruch zu nehmen, wenden Sie sich bitte an:

+44 207 741 2185
Dies ist keine kostenfreie Telefonnummer.

allianzcustomerenquiries@worldaware.com

www.my.worldaware.com/awc
Registrieren Sie sich, indem Sie Ihre Versicherungsnummer (im Versicherungsschein angegeben) eingeben.

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

Download on the App Store

GET IT ON Google Play

Alle Reisesicherheitsservices werden in englischer Sprache angeboten. Übersetzungsdienste sind bei Bedarf verfügbar.

Die Reisesicherheitsservices werden von WorldAware LTD zur Verfügung gestellt, vorbehaltlich Ihrer Annahme unserer Bedingungen. 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 ist, die direkt oder indirekt aus Ihrer Nutzung der Reisesicherheitsservices entstehen könnten.

ÜBERBLICK ÜBER IHREN VERSICHERUNGSSCHUTZ

Wir verstehen, wie wichtig Ihre Gesundheit und die Ihrer Familie für Sie ist! Im Folgenden finden Sie eine Zusammenfassung, die Ihnen helfen wird, den Umfang Ihres Versicherungsschutzes besser zu verstehen.

Welche Leistungen umfasst mein Versicherungsschutz?

Alle in Ihrer Tariflichen Leistungszusage aufgelisteten Leistungen werden von Ihrem Versicherungsschutz umfasst. Vorerkrankungen (einschließlich chronischer Vorerkrankungen) sind im Allgemeinen mitversichert, außer in Ihren Versicherungsunterlagen anders angegeben. Sollten Sie sich unsicher sein, sehen Sie bitte in den Anmerkungen Ihrer Tariflichen Leistungszusage nach, die bestätigt, ob Vorerkrankungen mitversichert sind.

Wo kann ich Behandlungen erhalten?

Sie können sich in jedem Land des geografischen Geltungsbereichs Ihrer Versicherung behandeln lassen (dieser wird in Ihrem Versicherungsschein angegeben).

Wenn die notwendige Behandlung vor Ort durchgeführt werden kann und Sie sich dennoch in einem anderen Land des versicherten geografischen Geltungsbereichs behandeln lassen möchten, werden alle Kosten der versicherten Leistungen zurückerstattet, abgesehen von den Reisekosten. Wenn jedoch die versicherte Behandlung vor Ort nicht verfügbar ist und die Leistung „Medizinische Überführung" von Ihrem Versicherungsschutz umfasst wird, werden auch die Reisekosten zum nächstgelegenen Kompetenzzentrum rückerstattet. Um eine Rückerstattung der Kosten der medizinischen Behandlung und der Reisekosten zu erhalten, müssen Sie vor der Reise ein Kostenzusageformular bei uns einreichen.

Auch wenn Sie im Ausland leben, sind Sie für erstattungsfähige Kosten für Behandlungen in Ihrem Heimatland versichert, vorausgesetzt Ihr Heimatland liegt im Geltungsbereich Ihrer Versicherung.

Welche Höchsterstattungsbeträge gelten?

Ihr Versicherungsschutz unterliegt gegebenenfalls einem tariflichen Höchsterstattungsbetrag. Dies ist der maximale Betrag, den wir insgesamt für alle im Tarif enthaltenen Leistungen bezahlen werden. Obwohl viele in Ihrer Tariflichen Leistungszusage enthalten Leistungen vollständig versichert sind, sind einige auf einen bestimmten Betrag (z. B. €10.000) begrenzt. Diesen Betrag nennt man Höchsterstattungsbetrag.

Weitere Informationen zu unseren Höchsterstattungsbeträgen können Sie in den Versicherungsbedingungen, im zweiten Teil dieses Handbuches, nachlesen.

Erwarten Sie Familienzuwachs? Wir sind für Sie da!

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

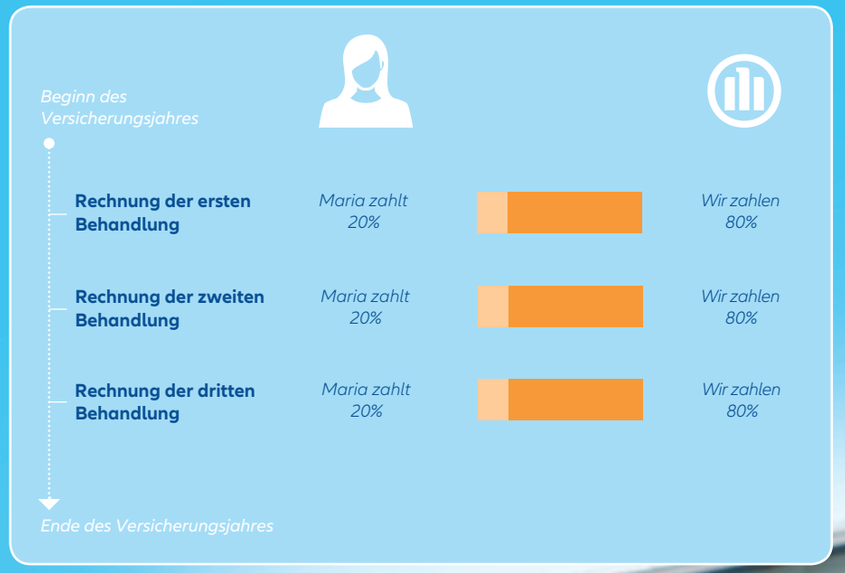
Sie können Ihre Angehörigen zu Ihrer Police hinzufügen, indem Sie einfach Ihren Arbeitgeber benachrichtigen. Die Anfrage sollte schriftlich eingereicht werden, einschließlich einer Kopie der Geburtsurkunde (wenn Sie ein Neugeborenes hinzufügen möchten).

Sollten Sie ein Neugeborenes hinzufügen möchten, senden Sie Ihre Anfrage bitte innerhalb von vier Wochen nach dem Geburtsdatum, um so sicherzustellen, dass der Versicherungsschutz am Geburtstagsdatum beginnt. Weitere Informationen dazu, wie Sie Angehörige zu Ihrem Versicherungsschutz hinzufügen können, finden Sie im Abschnitt „Angehörige hinzufügen".

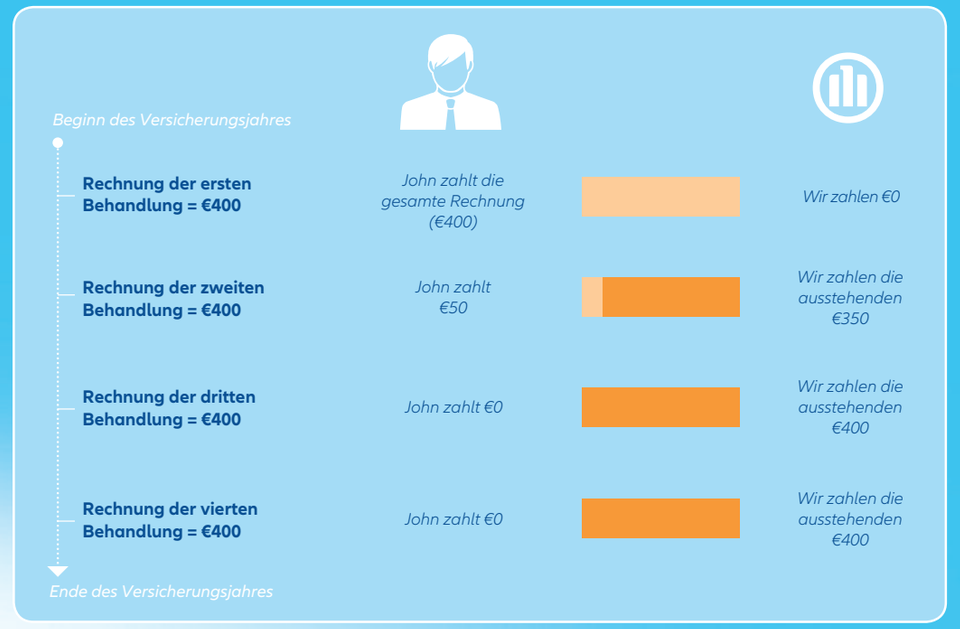
Was sind Selbstbeteiligungen und Eigenanteile?

Für einige Tarife und Leistungen können Selbstbeteiligungen und/oder Eigenanteile anfallen. Sollte dies für Ihren Tarif zutreffen, finden Sie diese in der Tariflichen Leistungszusage.

Ein **Eigenanteil** ist ein Prozentsatz der medizinischen Kosten, den Sie bezahlen müssen. Das folgende Beispiel erklärt dies genauer: Maria benötigt mehrere Zahnbehandlungen über das Jahr. Für die Leistungen ihres Zahntarifs fällt ein Eigenanteil von 20% an, was bedeutet, dass wir 80% der Kosten erstatten. Der gesamte von uns zu erstattende Betrag kann außerdem einem Höchsterstattungsbetrag unterliegen.



Eine **Selbstbeteiligung** ist ein fester Betrag, den die versicherte Person pro Versicherungszeitraum (bei der Zahlung von medizinischen Rechnungen) zahlen muss, bevor wir beginnen medizinische Ausgaben zurückzuerstatten. Im Folgenden eispiel benötigt John mehrere Behandlungen über das Jahr. Für seinen Tarif fällt eine Selbstbeteiligung von €450 an.



Anteil des Versicherers
Anteil der versicherten Person

BEHANDLUNGEN

Wir verstehen, dass das Aufsuchen einer Behandlung stressig sein kann. Indem Sie den im folgenden beschriebenen Schritten folgen, können wir uns um die Organisation und Verwaltung kümmern und Sie können sich darauf konzentrieren, gesund zu werden.

Prüfen Sie Ihren Versicherungsschutz

Prüfen Sie 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.

Manche Behandlungen müssen im Voraus genehmigt werden

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

Behandlung im Krankenhaus

Eine vorherige Kostenzusage ist erforderlich.

Laden Sie ein Formular zur vorherigen Kostenzusage von unserer Website herunter: **www.allianzworldwidecare.com/de/ressourcen/view/ressourcen-fuer-versicherte/**

Senden Sie das ausgefüllte Formular **mindestens fünf Werktage vor Behandlungsbeginn** an uns: Eingescannt per E-Mail, per Fax oder mit der Post (Einzelheiten finden Sie auf dem Formular).

Wir werden Ihren medizinischen Dienstleister direkt kontaktieren, um (falls möglich) eine direkte Kostenerstattung zu vereinbaren.

Wir können alle Einzelheiten zu einer vorherigen Kostenzusage für Behandlungen, die innerhalb von 72 Stunden erfolgen sollen, auch telefonisch aufnehmen. Bitte beachten Sie, dass wir Ihren Erstattungsantrag ablehnen können, wenn keine vorherige Kostenzusage eingeholt wird. Alle Einzelheiten zu unserem Prozess der vorherigen Kostenzusage finden Sie im Teil der Versicherungsbedingungen in diesem Handbuch.

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. Einzelheiten zur vorherigen Kostenzusage können telefonisch aufgenommen werden, wenn Sie uns anrufen.

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 wie folgt vor:

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

Lassen Sie sich eine Rechnung vom medizinischen Dienstleister ausstellen.
Diese sollte Ihren Name, das Behandlungsdatum, die Diagnose oder die Erkrankung, die Grund für die Behandlung war, das Datum, an dem die Symptome zum ersten Mal aufgetreten sind, die Behandlungsform und die entstandenen Kosten aufzeigen.

Sie können dann den Betrag per mobiler App rückfordern.
Geben Sie einfach alle wichtigen Einzelheiten und Informationen an, machen Sie ein Foto von Ihren Rechnungen und klicken Sie auf „Absenden".

Alternativ zur MyHealth App können Sie Ihren Erstattungsantrag auch einreichen, in dem Sie ein Erstattungsformular ausfüllen und an uns senden:

www.allianzworldwidecare.com/de/ressourcen/view/ressourcen-fuer-versicherte/

Sie müssen die Abschnitte 5 und 6 des Formulars nur ausfüllen, wenn die angefragten Informationen nicht bereits auf Ihrer medizinischen Rechnung angegeben 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).

Weitere Informationen zum Erstattungsverfahren finden Sie im Teil der Versicherungsbedingungen, im Abschnitt „Medizinische Leistungsansprüche" in diesem Handbuch.

Schnelle Bearbeitung von Erstattungsanträgen

Sofern uns alle notwendigen Angaben eingereicht wurden, erfolgen die Bearbeitung Ihres Erstattungsantrags und die Zahlungsanweisung an Ihre Bank innerhalb von 48 Stunden. Ohne Angaben zur Diagnose können wir jedoch Ihre Kosten nicht umgehend erstatten, da wir zunächst die erforderlichen Informationen bei Ihnen oder Ihrem Arzt anfordern müssen. Bitte stellen Sie sicher, dass die Diagnose in Ihrem Antrag aufgeführt ist.

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

Überführungen und Rücktransporte

Beim ersten Anzeichen dafür, dass eine medizinische Überführung oder ein medizinischer Rücktransport erforderlich wird, rufen Sie bitte unsere rund um die Uhr erreichbare Helpline an und wir kümmern uns dann um alles Weitere. Da Überführungen und Rücktransporte normalerweise sehr dringend sind, raten wir Ihnen, sich telefonisch mit uns in Verbindung zu setzen. Sie können uns jedoch auch eine E-Mail senden.

Bitte geben Sie den Hinweis „Dringend - Überführung/Rücktransport" in der Betreffzeile an. 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.

+353 1 630 1302

medical.services@allianzworldwidecare.com

Und wenn ich eine Behandlung in den USA benötige?

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
(Gebührenfrei aus den USA)

OLYMPUS

Ihr Unternehmen hat Ihnen eventuell eine Caremark Apotheken Karte zur Verfügung gestellt, mit der Sie bestimmte Medikamente und Apotheken-Produkte bargeldlos erhalten. Zeigen Sie diese Karte in einer Caremark Apotheke vor. Diese wird Sie dann informieren, falls es einen von Ihnen zu leistenden Betrag geben sollte. Bitte stellen Sie sicher, dass das vorgelegte Rezepte das Geburtsdatum der Person aufzeigt, auf die das Rezept ausgestellt ist. Egal ob Sie eine Caremark Karte haben oder nicht, Sie können außerdem eine Rabattkarte für Apotheken beantragen, die Sie immer dann verwenden können, wenn die Rezeptgebühr nicht von Ihrem Tarif umfasst wird. Um sich zu registrieren und die Rabattkarte für Apotheken zu erhalten, gehen Sie einfach auf die folgende Website und klicken Sie „Print Discount Card".

http://members.omhc.com/awc/prescriptions.html

ALLGEMEINE VERSICHERUNGS-BEDINGUNGEN

VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

In diesem Teil werden die Leistungen und Regelungen Ihrer Gruppenversicherungspolice beschrieben. Bitte lesen Sie diesen Teil des Handbuches im Zusammenhang mit Ihrem Versicherungsschein und Ihrer Tariflichen Leistungszusage.

- Ihr **Versicherungsschein** gibt Einzelheiten des gewählten Tarifs und den versicherten geografischen Geltungsbereich an, den Ihr Unternehmen für Sie und Ihre Familienangehörigen (falls zutreffend) ausgewählt hat, sowie das Anfangs- und Verlängerungsdatum Ihres Versicherungsschutzes. Im Falle von risikogeprüften Policen, gibt der Versicherungsschein außerdem alle zusätzlichen Vereinbarungen und Sondervereinbarungen an, die für Ihren Versicherungsschutz gelten. Wir werden Ihnen einen neuen Versicherungsschein senden, wenn wir Änderungen, die von Ihrem Unternehmen gewünscht werden oder zu denen wir berechtigt sind, aufzeichnen müssen oder wenn Sie eine Änderung wünschen, z. B. einen Familienangehörigen hinzufügen möchten, und Ihr Unternehmen dieser Änderung zustimmt und wir diese annehmen.
- In Ihrer **Tariflichen Leistungszusage** sind die Tarife aufgeführt, die von Ihrem Unternehmen ausgewählt wurden, und die damit verbundenen Leistungen, die für Sie 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 Eigenanteile gelten. Ihre Tarifliche Leistungszusage wird in der mit Ihrem Unternehmen (oder mit Ihnen, falls Sie den Versicherungsbeitrag selbst bezahlen) vereinbarten Währung ausgestellt.

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

IHR VERSICHERUNGSSCHUTZ ERKLÄRT

Die Tarife, die Ihr Unternehmen für Sie ausgewählt hat, sind in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegeben. Dort werden alle versicherten Leistungen aufgeführt. Um zu erfahren, wie die Höchsterstattungsbeträge Ihres Tarifs angewandt werden, lesen Sie bitte den Abschnitt Erstattungsbeträge.

Alle Leistungen unterliegen zudem:

- Den Definitionen und Ausschlüssen der Versicherung (diese sind auch in diesem Handbuch aufgelistet).
- Allen besonderen Bestimmungen oder Sondervereinbarungen, die in Ihrem Versicherungsschein (und auf dem Sondervereinbarungsformular, das vor Versicherungsbeginn ausgestellt wurde) angegeben (gilt nur für risikogeprüften Policen).

Versicherungsumfang

Ihre Versicherung bietet Ihnen Versicherungsschutz für medizinische Behandlungen, damit verbundene Kosten sowie Leistungen und Services (wie in Ihrer Tariflichen Leistungszusage beschrieben), die als medizinisch notwendig und angemessen erachtet werden, um den Zustand, die Erkrankung oder Verletzung eines Patienten zu behandeln. 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 uns die Kosten unangemessen erscheinen, behalten wir uns das Recht vor, die Erstattung zu kürzen.

Beginn des Versicherungsschutzes für Sie und Ihre Familienangehörigen

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

Der Versicherungsschutz für Familienangehörige (falls relevant) beginnt zum Datum des Inkrafttretens, das auf dem neuesten Versicherungsschein aufgeführt ist, auf dem sie als Familienangehörige genannt sind. Die Mitversicherung kann bis zu Ihrem Ausscheiden aus dem Gruppenvertrag 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, im Rahmen Ihres Versicherungsvertrags mitversichert sein. Darauffolgend können diese dann, wenn gewünscht, einen eigenen Versicherungsschutz in einem unserer Krankenversicherungstarife für Einzelpersonen beantragen.

Erstattungsbeträge

Es gibt zwei verschiedene Arten von Erstattungsbeträgen in der Tariflichen Leistungszusage:

- 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 zu £4.150/€5.000/US$6.750/CHF6.500“.

Wenn für eine Leistung ein spezifischer Erstattungsbetrag oder eine volle Erstattung angegeben werden, so erfolgt die Erstattung immer innerhalb des angegebenen maximalen Höchsterstattungsbetrags, soweit einer auf den Tarif zutrifft. Alle Beträge gelten pro Versicherten und pro Versicherungsjahr, sofern nicht anderweitig in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegeben.

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

- Alle erstattungsfähigen Kosten aus dem ersten Jahr unterliegen dem maximalen Erstattungsbetrag dieses Jahres.
- Alle erstattungsfähigen Kosten aus dem zweiten Jahr unterliegen dem maximalen Erstattungsbetrag des zweiten Jahres, abzüglich des bereits im ersten Jahr erstatteten Betrags.
- 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.

Die stationäre Behandlung für Mehrlingsgeburten infolge medizinisch assistierter Fortpflanzung ist bis zu einem Höchstbetrag von £24.900/€30.000/US$40.500/CHF39.000 pro Kind für die ersten drei Monate nach der Geburt versichert. Kosten für ambulante Behandlungen werden innerhalb der Grenzen eines entsprechenden Ambulanttarifs erstattet.

ERSTATTUNGSANTRÄGE UND PROZESS DER VORHERIGEN KOSTENZUSAGE

Medizinische Erstattungsanträge

Beachten Sie in Bezug auf medizinische Erstattungsanträge bitte folgendes.

a) Alle Leistungsansprüche müssen spätestens sechs Monate nach Ablauf des Versicherungsjahres (durch unsere MyHealth App oder durch das Einreichen eines Erstattungsformulars) eingereicht werden. Wird die Versicherung innerhalb des Versicherungsjahres gekündigt, so müssen alle Leistungsansprüche spätestens sechs Monate nach Ende des Versicherungsschutzes vorliegen. Nach Ablauf dieses Zeitraums sind wir nicht zur Erstattung verpflichtet.

b) Bitte reichen Sie für jede Person und für jede Behandlung ein separates Erstattungsformular (per mobiler App oder durch das Ausfüllen eines Erstattungsformulars) ein. Falls Ihr Unternehmen die Nutzung unserer Online Services gewählt hat, können Sie und alle anderen Versicherte unsere MyHealth App nutzen, um Erstattungsanträge einfach und schnell einzureichen.

c) 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 zu Auditzwecken anzufordern. Außerdem behalten wir uns das Recht vor, von Ihnen einen Zahlungsnachweis (z. B. Überweisungsbeleg oder Kreditkartenabrechnung) zu Ihren Quittungen zu verlangen. 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.

d) Falls der zu erstattende Betrag geringer ist als der Selbstbeteiligungsbetrag für Ihren Tarif, 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.

e) Bitte geben Sie auf dem Erstattungsformular die Währung an, in der wir Ihre Kosten erstatten sollen. Leider können wir aufgrund internationaler Bankvorschriften in seltenen Fällen die Zahlung nicht in der gewünschten Währung vornehmen. Wir überprüfen dann bei jedem 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 oder denjenigen, der am Tag der Erstattung gültig ist.

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

f) 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 Eigenanteile, die in der Tariflichen Leistungszusage aufgeführt sind, werden bei der Berechnung des zurückzuerstattenden Betrags berücksichtigt.

g) Müssen Sie für medizinische Behandlungen eine Anzahlung leisten, werden die Kosten erst nach Ende der Behandlung erstattet.

h) Sie und Ihre Angehörigen erklären sich damit einverstanden, uns bei der Beschaffung von Informationen zu unterstützen, die zur Bearbeitung der Erstattungsanträge notwendig sind. Wir sind berechtigt, zur Prüfung der Leistungspflicht in direkten Kontakt mit medizinischen Dienstleistern oder behandelnden Ärzten zu treten und Einsicht in medizinische Unterlagen von Ihnen oder Ihren 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 Sie oder Ihre Familienangehörigen diese Obliegenheiten verletzen.

Leistungsansprüche im Todesfall durch einen Unfall

Wenn die Todesfallleistung bei Unfällen Teil Ihres Krankenversicherungstarifs ist, beachten Sie bitte, dass Erstattungsanträge innerhalb von 90 Werktagen nach dem Todestag gemeldet und die folgenden Dokumente eingereicht werden müssen:

- Ein vollständig ausgefülltes Leistungsantragsformular der Lebens- und Unfalltodversicherung.
- Eine Sterbeurkunde.
- Ein medizinischer Bericht, der die Todesursache enthält.
- Eine schriftliche Erklärung mit der Angabe des Datum, des Ortes und den Umständen des Unfalls.

- Offizielle Unterlagen, die den Familienstatus des Versicherten, sowie die Identität der Begünstigten als auch deren Beziehung zum Versicherten nachweisen.

Begünstigte sind, soweit nicht anderweitig vom Versicherten angegeben:

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

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

Beachten Sie bitte, dass im Falle des Todes des Versicherten und eines oder aller Begünstigten im selben Ereignis, der Versicherte als zuletzt verstorben betrachtet wird.

Behandlung durch Verschulden eines Dritten

Wenn eine Behandlung durch Verschulden eines Dritten erforderlich geworden ist, müssen Sie uns dies so schnell wie möglich schriftlich mitteilen. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn die Behandlung aufgrund einer Verletzung erforderlich ist, die Sie bei einem durch eine andere Person verursachten Verkehrsunfall erlitten haben. Bitte ermitteln Sie die Versicherungsdaten des Schuldigen, so dass wir die Kosten für die Behandlung, die wir bezahlt haben, vom anderen Versicherer zurückfordern können. Wenn Ihnen die Kosten für die von uns übernommene Behandlung erstattet werden, müssen Sie den entsprechenden Betrag (einschließlich etwaiger Zinsen) an uns zurückzahlen.

Vorherige Kostenzusage

Manche Leistungen müssen im Voraus durch das Einreichen eines Formulars zur vorherigen Kostenzusage genehmigt werden. Diese werden in Ihrer Tariflichen Leistungszusage mit einer 1 oder einer 2 gekennzeichnet.

Der Einfachheit halber haben wir die Leistungen, die normalerweise vorab durch das Einreichen einer vorherigen Kostenzusage genehmigt werden müssen, im Folgenden aufgeführt (dies kann je nach dem für Sie gewählten Versicherungsschutz variieren, bitte überprüfen Sie daher Ihre Tarifliche Leistungszusage):

- Alle aufgeführten stationären Leistungen[1] (wenn Sie über Nacht im Krankenhaus bleiben müssen).
- Teilstationäre Behandlung/Tagesklinik[2].
- Kosten für eine Begleitperson im Falle einer medizinischen Überführung oder eines medizinischen Rücktransports[2].
- Nierendialyse[2].
- Langzeitpflege[2].
- Medizinische Überführung bei entsprechender Versicherung[2] (oder Rücktransport[2], falls versichert).
- 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[2].
- Beschäftigungstherapie[2] (nur ambulante Behandlung muss im Voraus genehmigt werden).
- Onkologie[2] (nur stationäre oder teilstationäre Behandlung muss im Voraus genehmigt werden).
- Ambulante Operationen[2].
- Palliativmedizinische Betreuung[2].
- Positronenemissions- (PET)[2] und Computer-Positronenemissionstomografie[2] (CT-PET).
- Rehabilitationsmaßnahmen[2].
- Rücktransport im Todesfall[2].
- Reguläre Schwangerschaft[2], Komplikationen bei Schwangerschaft und Entbindung[2] (nur stationäre Behandlungen müssen im Voraus genehmigt werden).
- Reisekosten für versicherte Familienmitglieder im Falle einer Überführung[2] (oder eines Rücktransports, falls versichert).
- Reisekosten für versicherte Familienmitglieder im Falle einer Überführung der sterblichen Überreste[2].

Durch das Formular der vorherigen Kostenzusage können wir jeden Fall begutachten und die direkte Abrechnung mit dem Krankenhaus ermöglichen.

Wenn die vorherige Kostenzusage nicht eingeholt wird, gilt folgendes (falls nichts anderes zwischen Ihrem Arbeitgeber und uns vereinbart wurde):

- Wenn die erhaltene Behandlung sich als medizinisch unnötig erweist, behalten wir uns das Recht vor, den **Erstattungsantrag abzulehnen.**
- Für die mit einer **1 gekennzeichneten Leistungen** behalten wir uns das Recht vor, den **Erstattungsantrag abzulehnen.** Bei später nachgewiesener medizinischer Notwendigkeit der Behandlungen werden lediglich **80%** der erstattungsfähigen Kosten erstattet.
- Für die mit einer **2 gekennzeichneten Leistungen** behalten wir uns das Recht vor, den **Erstattungsantrag abzulehnen.** Bei später nachgewiesener medizinischer Notwendigkeit der Behandlungen werden lediglich **50%** der erstattungsfähigen Kosten erstattet.

BEITRAGSZAHLUNG

Wenn Ihr Unternehmen die Bezahlung Ihres Versicherungsbeitrags übernimmt

In den meisten Fällen ist Ihr Unternehmen für die Zahlung der Beiträge für Ihre Versicherung und für die der gemäß dem Gruppenvertrag mitversicherten Familienangehörigen an uns verantwortlich, und zwar einschließlich etwaiger anderer im Zusammenhang mit Ihrer Versicherung oder der Versicherung Ihrer Familienangehörigen fälliger Beträge (wie z. B. Versicherungssteuer). Unter bestimmten Umständen können auch Sie zur Zahlung der Steuer für die von Ihrem Unternehmen bezahlten Beiträge herangezogen werden. Detaillierte Informationen hierzu erteilt Ihnen Ihr Unternehmen.

Wenn Sie die Bezahlung Ihres Versicherungsbeitrags übernehmen

Wenn Sie für die Zahlung Ihrer Versicherungsbeiträge verantwortlich sind, müssen Sie die Beiträge während der Laufzeit der Versicherung jeweils im Voraus entrichten. Der mit Ihrem Unternehmen vereinbarte Betrag sowie die von Ihnen gewählte Zahlungsweise sind auf Ihrem Versicherungsschein aufgeführt. Der **Erstbeitrag** bzw. die erste Beitragsrate ist sofort nach der Annahme Ihres Versicherungsantrags durch uns fällig. 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. **Folgebeiträge** sind jeweils am ersten Tag des gewählten Zahlungszeitraums fällig.

Neben den Versicherungsbeiträgen müssen Sie auch die Versicherungssteuer und andere eventuell anfallende Steuern, Abgaben oder Gebühren an uns entrichten, die im Zusammenhang mit Ihrer Versicherung stehen und die wir laut Gesetz bezahlen oder von Ihnen einziehen müssen. Diese können bei Ihrem Beitritt bereits in Kraft sein oder nach Ihrem Beitritt eingeführt werden (oder sich in Zukunft ändern). Solche Gebühren werden auf Ihrer Rechnung ausgewiesen.

Wenn sich Ihre Beiträge, die Versicherungssteuer oder andere Steuern, Abgaben oder Gebühren ändern, informieren wir Sie schriftlich. Wenn Sie diese Änderungen nicht akzeptieren, können Sie Ihren Versicherungsschutz beenden. Die Änderungen haben keine Gültigkeit, wenn Sie Ihre Versicherung innerhalb von 30 Tagen ab Inkrafttreten der Änderungen oder innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt unserer Mitteilung über die Änderungen (je nachdem, was später eintrifft) kündigen.

Einmal jährlich zum Verlängerungsdatum können wir die Methoden zur Beitragsberechnung und Beitragsfestlegung, die von Ihnen zu zahlenden Beträge und/oder die Zahlungsweise ändern. In diesem Fall informieren wir Sie über diese Änderungen, welche dann ab dem Verlängerungsdatum gelten. Sie selbst können bei Vertragsverlängerung Änderungen der Zahlungsbedingungen vornehmen. Beantragen Sie derartige Änderungen bitte schriftlich, mindestens 30 Tage vor dem Verlängerungsdatum bei uns.

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

VERWALTUNG IHRER POLICE

Mitversichern von Familienangehörigen

Sie können die Mitversicherung eines Familienangehörigen beantragen, sofern Sie gemäß dem zwischen Ihrem Unternehmen und uns abgeschlossenen Vertrag dazu berechtigt sind. Wenn nicht anderweitig festgelegt, sollte der Antrag auf Mitversicherung eines Familienangehörigen durch Ihr Unternehmen erfolgen.

Für Gruppen, die **keiner medizinischen Risikoprüfung unterliegen**, werden Neugeborene vom Tag der Geburt an versichert, vorausgesetzt wir werden innerhalb von vier Wochen nach der Geburt benachrichtigt. Wenn Sie ein Neugeborenes in Ihren Versicherungsschutz aufnehmen möchten, müssen Sie Ihr Unternehmen bitten, einen schriftlichen Antrag mit einer Kopie der Geburtsurkunde zu stellen. Werden wir vier Wochen nach dem Geburtsdatum oder später benachrichtigt, so werden Neugeborene vom Datum der Benachrichtigung an in den Versicherungsschutz aufgenommen.

Bei Gruppen, die **einer medizinischen Risikoprüfung unterliegen**, beginnt der Versicherungsschutz für Neugeborene (mit Ausnahme von Mehrlingen, Adoptiv- und Pflegekindern) mit dem Tag der Geburt ohne medizinische Risikoprüfung. 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. Für die Mitversicherung eines Neugeborenen müssen Sie Ihr Unternehmen darum bitten, einen schriftlichen Antrag per E-Mail mit einer Kopie der Geburtsurkunde an unser Risikoprüfungsteam an zu schicken. Werden wir vier Wochen nach dem Geburtsdatum oder später informiert, unterliegen Neugeborene einer medizinischen Risikoprüfung und der Versicherungsschutz beginnt mit dem Datum der Annahme. Bitte beachten Sie, dass alle Mehrlingsgeburten, Pflege- und Adoptivkinder einer medizinischen Risikoprüfung unterliegen und der Versicherungsschutz erst ab dem Datum der Annahme gilt.

Nach der Annahme durch unser Risikoprüfungsteam stellen wir einen neuen Versicherungsschein aus. Dieser ersetzt sämtliche frühere Versionen ab dem auf diesem neuen Versicherungsschein angegebenen Datum.

@ underwriting@allianzworldwidecare.com

Änderung des Aufenthaltsland

Es wichtig, dass Sie uns bei einem Wechsel des Aufenthaltslandes informieren, da dieser Wechsel Einfluss auf Ihren Versicherungsschutz oder Beitrag haben kann, selbst wenn Sie in ein Land ziehen, das innerhalb des Geltungsbereichs Ihrer Versicherung liegt. Wenn Sie in ein Land außerhalb Ihres geografischen Geltungsbereichs umziehen, ist der bestehende Versicherungsschutz dort nicht gültig. Versicherungsschutz in manchen Ländern unterliegt lokalen Gesetzgebungen für Krankenversicherungen, insbesondere für Personen, die dort Ihren Wohnsitz haben. Sie müssen auf eigene Verantwortung sicherstellen, dass Ihre Krankenversicherung den gesetzlichen Anforderungen entspricht. Wir empfehlen Ihnen daher, hierzu unabhängigen rechtlichen Rat einzuholen, da es uns eventuell nicht mehr möglich sein wird, Ihnen Versicherungsschutz zu bieten. Der Versicherungsschutz ist kein Ersatz für eine nationale Pflichtkrankenversicherung. Wenn nicht anderweitig vereinbart, sollte der Antrag auf eine Änderung des Aufenthaltlandes durch Ihr Unternehmen erfolgen.

Änderungen Ihrer Adresse/E-Mail Adresse

Sämtliche Korrespondenz wird an die Kontaktdaten gesendet, 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

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.

Verlängerung der Versicherung

Wenn Ihr Unternehmen Ihre Beiträge zahlt, kann Ihre Versicherung (und die Ihrer Familienangehörigen, sofern zutreffend) nur verlängert werden, wenn Ihr Unternehmen Ihre Versicherung gemäß dem Gruppenvertrag verlängert.

Wenn Sie Ihre Beiträge selbst zahlen und Ihr Unternehmen Ihre Versicherung (und die Ihrer Familienangehörigen, sofern zutreffend) gemäß dem Gruppenvertrag erneuert, wird Ihr Versicherungsvertrag automatisch um ein weiteres Versicherungsjahr verlängert, vorausgesetzt wir können in Ihrem Land weiterhin Versicherungsschutz anbieten, alle fälligen Beitragszahlungen sind bei uns eingegangen und Ihre Zahlungsangaben zum Datum der Vertragsverlängerung sind weiterhin gültig. Bitte informieren Sie uns, falls Sie eine neue Kreditkarte erhalten oder falls sich Ihre Bankdaten ändern.

Beendigung der Versicherung

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

- Zum Ende des Versicherungsjahres, wenn der Vertrag zwischen Allianz Care und Ihrem Unternehmen gekündigt wird.
- Wenn Ihr Unternehmen die Versicherung kündigt oder nicht verlängert.
- Wenn Ihr Unternehmen die Beiträge nicht bezahlt oder andere gemäß dem mit Allianz Care geschlossenen Gruppenvertrag fällige Zahlungen nicht leistet.
- Wenn Sie als individueller Zahler die Beiträge nicht bezahlen oder andere gemäß dem mit Allianz Care geschlossenen Gruppenvertrag fällige Zahlungen nicht leisten.
- Wenn Sie aus dem Unternehmen ausscheiden.

- Bei Ableben des Hauptversicherten.

Allianz Care kann den Versicherungsschutz einer Person und dessen Familienangehörigen beenden, wenn glaubhafte Beweise dafür vorliegen, dass die betreffende Person uns irregeführt hat oder versucht hat, uns irrezuführen, d.h. uns falsche Informationen genannt, uns einschlägige Informationen vorenthalten oder mit Dritten zusammengearbeitet hat, so dass diese uns falsche Informationen, entweder absichtlich oder fahrlässig, übermitteln und dies einen möglichen Einfluss auf eine unserer folgenden Entscheidungen hatte:

- Ob Sie (oder die anderen Personen) als Versicherter aufgenommen werden.
- Welche Versicherungsbeiträge Ihr Unternehmen zu zahlen hat.
- Ob ein Versicherungsanspruch besteht.

Ablauf der Versicherung

Bei Ablauf Ihres Versicherungsvertrags erlischt Ihr Recht auf Erstattung von Kosten versicherter Leistungen. Alle Kosten versicherter Leistungen, die innerhalb der Versicherungsdauer anfallen, werden von uns innerhalb von sechs Monaten nach Ablauf des Versicherungsvertrags erstattet. Für alle laufenden und weiteren Behandlungen, die nach Ablauf Ihres Versicherungsvertrags erforderlich sind, besteht kein Versicherungsschutz mehr.

Antrag auf Versicherungsschutz bei Ausscheiden aus dem Gruppenvertrag

Endet Ihr Versicherungsschutz nach Ausscheiden aus dem Gruppenvertrag, können Sie Versicherungsschutz im Rahmen unserer Krankenversicherungstarife für Einzelpersonen beantragen, indem Sie uns einfach eine E-Mail an die unten angegebene E-Mail Adresse senden. Die Weiterversicherung ist unter Umständen von einer medizinischen Risikoprüfung abhängig. Wir behalten uns das Recht vor, Ihren Antrag auf Weiterversicherung abzulehnen. Der Antrag muss innerhalb eines Monats nach Ausscheiden aus der Gruppenversicherung gestellt werden. Die Weiterversicherung beginnt mit dem ersten Tag nach Ausscheiden aus dem Gruppenvertrag, sofern dem Antrag stattgegeben.

@ welcome.back@allianzworldwidecare.com

ZUSÄTZLICHE BEDINGUNGEN

Nachfolgend sind wichtige ergänzende Versicherungsbedingungen aufgeführt, die für Ihren Versicherungsschutz bei uns gelten:

1. **Geltendes Recht:** Ihre Police unterliegt den Gesetzen und Gerichten des Landes, das in der Unternehmensvereinbarung aufgeführt wird, sofern gesetzlich nicht anderes vorgeschrieben.
2. **Wirtschaftssanktionen:** Diese Police kann weder eine Leistung zahlen noch erbringen, deren Zahlung oder Bereitstellung einer Sanktion, einem Verbot oder einer Beschränkung im Rahmen der Resolutionen der Vereinten Nationen oder den Handels- oder Wirtschaftssanktionen, Gesetzen oder Vorschriften von der Europäischen Union oder den Vereinigten Staaten von Amerika widerspricht.
3. **Versicherungsfähigkeit:** Nur Gruppenversicherte (und ihre Angehörigen), die in der Unternehmensvereinbarung genannt sind, haben Anspruch auf Versicherungsleistungen.
4. **Haftungsumfang:** Wir haften mit den in der Tariflichen Leistungszusage und etwaigen folgenden Policen-Nachträgen genannten Beträgen. Der Gesamterstattungsbetrag aus dieser Versicherungspolice, aus einer gesetzlichen Krankenversicherung und anderen Versicherungen wird auf keinen Fall den Rechnungsbetrag übersteigen.
5. **Dritte:** Keine andere Person (außer einer von Ihnen autorisiere Person oder dem Verantwortlichen für die Gruppenversicherung) ist berechtigt, für Sie Änderungen im Zusammenhang mit Ihrem Versicherungsschutz vorzunehmen, zu bestätigen oder zu entscheiden, dass unsere Rechte nicht geltend gemacht werden. Änderungen am Versicherungsschutz sind nur gültig, wenn sie zwischen dem Unternehmen und uns ausdrücklich vereinbart werden.
6. **Haftung Dritter:** Haben Sie oder ein Angehöriger Ansprüche aus einer gesetzlichen Krankenversicherung, anderen Versicherungen oder anderer Dritter hinsichtlich eines bei uns eingereichten Leistungsanspruchs, behalten wir uns das Recht vor, die Erstattung der Leistungen abzulehnen. Sollten Sie auf Leistungen einer anderen Versicherung, einer gesetzlichen Krankenversicherung oder aus anderen Versicherungspolicen Ansprüche haben, 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 sind berechtigt, in Ihrem Namen, jedoch auf unsere Kosten, gerichtliche Schritte einzuleiten, um von uns bezahlte Beträge aus einer anderweitig bestehenden Police, eines öffentlichen Gesundheitssystems oder anderer Dritter zurückzufordern. Wir werden keine Beträge, weder ganz noch teilweise, an andere Versicherer leisten, wenn eine Leistung dieser Versicherung, ganz oder teilweise, auch im Rahmen einer anderen Versicherung abgedeckt ist, außer es handelt sich um einen übersteigenden Betrag, der über den versicherten Betrag hinausgeht, der durch die andere Versicherung versichert gewesen wäre, wäre diese Versicherung nicht betroffen gewesen.
7. **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, Bergsenkungen, Epidemien, terroristische Gewalttaten, Ausbruch militärischer Kampfhandlungen.

8. **Kündigung und Betrug:**

a) Bei Gruppen, die einer medizinischer Risikoprüfung unterliegen, kann die Falschangabe/Nichtoffenlegung wesentlicher Informationen durch Sie oder Ihre Angehörigen, insbesondere von im relevanten Antragsformular angegebenen wesentlichen Informationen, welche Einfluss auf unsere Beurteilung des Risikos haben, zur Unwirksamkeit Ihres Versicherungsschutzes ab dem Beginndatum führen. Ferner werden Erkrankungen, die zwischen dem Ausfüllen des relevanten Antragsformulars und dem Inkrafttreten Ihrer Police auftreten, ebenfalls als Vorerkrankungen betrachtet. Entsprechende Vorerkrankungen unterliegen einer medizinischen Risikoprüfung und werden nicht mitversichert, sollten sie nicht angegeben worden sein. Der Antragsteller ist verpflichtet, uns zu informieren, wenn er nicht sicher ist, ob eine Information relevant ist.

b) Ist eine Forderung betrügerisch oder gefälscht oder haben Sie oder Ihre Familienangehörigen oder in Ihrem Namen bzw. mit Ihrem Einverständnis handelnde Dritte betrügerische Mittel angewandt, um Leistungen des Versicherungsvertrags unberechtigt in Anspruch zu nehmen, besteht kein Leistungsanspruch. Sämtliche Leistungserstattungen, die vor Bekanntwerden der betrügerischen Handlung/der Nichtoffenlegung erfolgten, sind mit sofortiger Wirkung an uns zurückzuzahlen. Wir behalten und das Recht vor, Ihr Unternehmen über jegliche betrügerische Handlung zu informieren.

9. **Kontaktaufnahme zu Angehörigen:** Um Ihre Versicherung entsprechend dem Versicherungsvertrag verwalten zu können, benötigen wir gelegentlich weitere Informationen. Falls wir Kontakt zu einem versicherten Angehörigen aufnehmen müssen (z. B. falls wir eine E-Mail Adresse von einem volljährigen Angehörigen einholen müssen), wird der Hauptversicherte, der im Namen des Angehörigen agiert, von uns kontaktiert und darum gebeten, die entsprechende Information bereitzustellen (soweit es sich nicht um sensible medizinische Daten eines Angehörigen handelt). Ebenso werden alle nicht sensiblen und nicht medizinischen Daten und Informationen, die die Bearbeitung von Erstattungsanträgen aller versicherten Angehörigen betreffen, direkt an den Hauptversicherten geschickt.

10. **Nutzung von Medi24:** Der medizinische Informationsdienst Medi24 und die bereitgestellten Informationen zum Thema Gesundheit sind kein Ersatz für professionelle medizinische Beratung oder ärztliche Behandlung. Dieser Dienst 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. Ihnen ist bewusst und Sie erklären sich damit einverstanden, dass Allianz Care für etwaige Forderungen, Verluste oder Schäden, die direkt oder indirekt auf die Inanspruchnahme dieses Informationsdienstes oder die bereitgestellten Informationen zurückzuführen sind, keinerlei Verantwortung oder Haftung übernimmt. Medi24-Anrufe werden aufgezeichnet und können zu Schulungs-, Qualitätssicherungs- und Regulierungszwecken überprüft werden.

DATENSCHUTZ UND DIE ERFASSUNG UND VERWENDUNG PERSÖNLICHER DATEN

Unser Datenschutzhinweis erklärt, wie wir Ihre Privatsphäre schützen. Dies ist eine wichtige Information, die erklärt, 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 auf:

www.allianzworldwidecare.com/de/datenschutz/

Alternativ können Sie uns auch unter der folgenden Telefonnummer anrufen und eine Kopie unseres Datenschutzhinweises anfragen.

+353 1 630 13 02

Falls Sie Fragen dazu haben, wie Ihre persönlichen Daten verwendet werden, können Sie uns auch gerne per E-Mail kontaktieren.

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 konnten, schreiben Sie uns bitte eine E-Mail oder einen Brief an die folgende Adresse:

+353 1 630 1302

client.services@allianzworldwidecare.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, der hier detailliert beschrieben wird:

www.allianzworldwidecare.com/de/beschwerdeverfahren/

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

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 Ihrer Tariflichen Leistungszusage, welche Leistungen von Ihrem Versicherungsschutz umfasst werden. Sollten speziell zugeschnittene Leistungen in Ihrem Versicherungsschutz enthalten sein, 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 bezieht sich auf ein plötzliches Auftreten.

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

Ambulante Notfallbehandlung ist die medizinisch notwendige Behandlung in einer ambulanten Einrichtung oder Notaufnahme eines Krankenhauses, die innerhalb von 24 Stunden nach einem Unfall oder einer plötzlich auftretenden Krankheit stattfindet, ohne dass der Versicherte aus medizinischer Sicht stationär aufgenommen werden muss. Wenn ein Ambulanttarif gewählt wurde, besteht für Sie im Rahmen dieses Tarifs Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen, die über den maximalen Erstattungsbetrag für ambulante Notfallbehandlungen (im Haupttarif) hinausgehen.

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.

Ambulante zahnärztliche Notfallbehandlung ist eine Behandlung, die in einer Zahnarztpraxis oder in der Notaufnahme eines Krankenhauses erfolgt und auf die unmittelbare Beseitigung von Zahnschmerzen an einem intakten natürlichen Zahn abzielt, einschließlich Pulpotomie oder Pulpektomie und den damit einhergehenden provisorischen Füllungen, begrenzt auf drei Füllungen pro Versicherungsjahr, und/oder der Reparatur von Schäden, die durch einen Unfall verursacht wurden. Die Behandlung muss innerhalb von 24 Stunden nach Eintritt des Notfalls erfolgen. Die Notversorgung beinhaltet weder Zahnprothesen noch dauerhaften Zahnersatz oder Wurzelbehandlungen. Wenn ein Zahntarif gewählt wurde, besteht für Sie im Rahmen dieses Tarifs Versicherungsschutz für zahnärztliche Behandlungen, die über den maximalen Erstattungsbetrag für zahnärztliche Notfallbehandlungen (im Haupttarif) hinausgehen.

Angehörige(r) ist bzw. sind Ihr Ehepartner oder Partner (einschließlich gleichgeschlechtlicher Partner) und/oder unverheiratete Kinder (einschließlich Stief-, Adoptiv- oder Pflegekinder), 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 dem Versicherungsschein als Angehörige aufgeführt sind.

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.

B

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

Behandlungen bei Unfruchtbarkeit umfassen Behandlungen für versicherte Personen, einschließlich aller invasiven Untersuchungsverfahren zur Feststellung der Ursache der Unfruchtbarkeit, wie z. B. Hysterosalpingografie, Laparoskopie oder Hysteroskopie. Wenn Ihre 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 Grenzen Ihres Ambulanttarifs. Wenn sie jedoch eine bestimmte Leistung für Behandlungen bei Unfruchtbarkeit enthält, so werden die Kosten für Behandlungen bei Unfruchtbarkeit für versicherte Personen, die die Behandlung erhalten, bis zum Höchsterstattungsbetrag der Tariflichen Leistungszusage übernommen. Jegliche Kosten, die den

Höchsterstattungsbetrag überschreiten, können nicht im Rahmen der Police des Ehepartners zurückerstattet werden (falls mitversichert). Bei InVitro-Fertilisation (IVF) ist die Kostenerstattung auf den in der Tariflichen Leistungszusage angegebenen Betrag beschränkt. Die stationäre Behandlung für Mehrlingsgeburten infolge medizinisch assistierter Fortpflanzung ist auf £24.900/€30.000/US$40.500/CHF39.000 pro Kind für die ersten drei Monate nach der Geburt beschränkt. Ambulante Behandlungen werden innerhalb der Grenzen eines entsprechenden Ambulanttarifs erstattet.

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.

C

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.

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.

Chronische Erkrankung ist definiert als Krankheit, Erkrankung oder Verletzung, die entweder länger als sechs Monate dauert oder mindestens einmal jährlich ärztliche Hilfe (eine Untersuchung oder Behandlung) erfordert. Sie weist zudem folgende 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.
- bedarf dauerhafter Überwachung oder Kontrolle.
- führt zu einer bleibenden Behinderung.

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

D

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

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.

E

Eigenanteil ist der Prozentsatz der Kosten, den der Versicherte selbst zu tragen hat. Eigenanteile gelten pro Person und pro Versicherungsjahr, falls nicht anderweitig in der Tariflichen Leistungszusage angegeben. Einige unserer Tarife enthalten einen maximalen prozentualen Eigenanteil pro versicherte Person und pro Versicherungsjahr. Wenn dies der Fall ist, ist der Eigenanteil, den Sie bezahlen müssen, durch den in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegebenen Betrag beschränkt. Eigenanteile können für den Haupt-, Ambulant-, Zahn- oder Rücktransporttarif oder für eine Kombination dieser Tarife gelten.

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

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

F

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.

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

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.

G

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

Geburtsvorsorge sind 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 und DNA-Analysen, wenn diese im direkten Zusammenhang mit einer leistungsberechtigten Fruchtwasseruntersuchung durchgeführt werden.

Gruppenversicherungsverantwortlicher ist der ernannte Vertreter des Unternehmens, der als Hauptansprechpartner zwischen dem Unternehmen und uns bei allen Fragen im Zusammenhang mit der Gruppentarifverwaltung fungiert, wie Anmeldung, Einzug von Beiträgen und Verlängerung.

H

Häusliche Pflege oder Aufenthalt in einem Genesungsheim ist Krankenpflege, die sich unmittelbar an eine tarifgemäße stationäre oder teilstationäre Behandlung anschließt oder diese ersetzt. Wir erstatten nur die in der Tariflichen Leistungszusage aufgeführten Leistungen, wenn der behandelnde Arzt (mit Zustimmung unseres Medical Directors) entscheidet, dass der Aufenthalt in einem Genesungsheim oder die häusliche Pflege medizinisch notwendig ist. Für Aufenthalte in Kureinrichtungen, Kurzentren oder Sanatorien sowie im Hinblick auf palliativmedizinische Betreuung und Langzeitpflege (siehe Definition für palliativmedizinische Betreuung und Langzeitpflege) wird kein Versicherungsschutz gewährt.

Hebammenkosten beziehen sich auf die durch Hebammen oder Geburtshelfer entstandenen 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 ist das Land, für das die versicherte Person über einen gültigen Pass verfügt oder in dem die versicherte Person ihren Hauptwohnsitz hat.

I

Impfungen sind alle Grundimmunisierungen und Auffrischimpfungen, die gemäß den Vorschriften des Landes, in dem die Behandlung vorgenommen wird, erforderlich sind, sowie medizinisch notwendige Reiseimpfungen und Malariaprophylaxe. Die Kosten des Arztbesuchs zur Verabreichung des Impfstoffes sowie die Kosten für den Impfstoff sind auch mitversichert.

K

Kieferorthopädie ist der Einsatz von Hilfsmitteln zur Korrektur von Fehlstellungen und Wiederherstellung der richtigen Ausrichtung und Funktion der Zähne. Kieferorthopädische Behandlungen sind nur dann versichert, wenn sie medizinisch notwendig sind. Bitte beachten Sie, dass wir Sie bei Einreichen eines Erstattungsantrags bitten werden, unterstützende Informationen einzureichen, um sicher zu stellen, dass die Behandlung medizinisch notwendig und somit versichert ist. Die notwendigen Informationen (je nach Fall) können folgende Unterlagen beinhalten, müssen jedoch nicht auf diese beschränkt sein:

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

Bitte beachten Sie, dass wir die Kosten für kieferorthopädische Behandlungen nur erstatten, wenn 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 die Leistung „Kieferorthopädie und Zahnersatz" versichert.

Komplikationen bei der Entbindung beziehen sich lediglich auf folgende Umstände, die während der Entbindung entstehen können und die ein anerkanntes geburtshilfliches Verfahren erfordern: Nachgeburtliche Blutungen und Plazentarückstände. Wenn der Versicherungsschutz die Leistung „Reguläre Schwangerschaft" einschließt, 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 Komplikationen, 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, sind 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 z. B. für Mahlzeiten, Telefonate, Zeitungen usw., werden nicht erstattet. Bitte entnehmen Sie Ihrer Tariflichen Leistungszusage, ob eine Altersbegrenzung für Ihr Kind besteht.

Kosten für eine Begleitperson im Falle einer medizinischen Überführung oder eines medizinischen Rücktransports sind die Kosten, die für eine Person anfallen, die eine Überführung oder einen Rücktransport begleitet. Wenn es nicht möglich ist, dass die Begleitperson dasselbe Transportmittel benutzt, wird ein Ticket in der Economy-Klasse bezahlt. Nach Behandlungsende erstatten wir auch die Kosten für den Rückflug in der Economy-Klasse, damit die Begleitperson in das Land zurückkehren kann, von wo aus die Überführung oder der Rücktransport stattfand. Kosten für Hotelübernachtungen sowie andere zugehörige Kosten werden vom Versicherungsschutz nicht umfasst.

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.

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

L

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

Langzeitpflege ist Pflege nach vollständiger Beendigung einer 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.

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

M

Medizinische Notwendigkeit umfasst medizinische Behandlungen, Leistungen oder Versorgungen, die 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 gilt nicht für ergänzende Behandlungsmethoden, wenn sie Bestandteil Ihres Versicherungsschutzes sind).*
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 gilt nicht für ergänzende Behandlungsmethoden, wenn sie Bestandteil Ihres Versicherungsschutzes sind).*
f) sie die angemessenste Art und Stufe der medizinischen Versorgung darstellen.
g) sie in einer geeigneten Einrichtung/Umgebung und auf einem dem Krankheitszustand entsprechenden 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.

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

Beim ersten Anzeichen, dass ein Rücktransport erforderlich wird, müssen Versicherte Allianz Care kontaktieren. Allianz Care organisiert und koordiniert dann alle Stufen des Rücktransports bis der Versicherte zur (Weiter-)Behandlung sicher am Zielort angekommen ist. Falls der Rücktransport nicht durch Allianz Care organisiert wird, behalten wir uns das Recht vor, alle Kosten abzulehnen.

Medizinische Überführung wird durchgeführt, wenn die notwendige Behandlung, für die Versicherungsschutz besteht, vor Ort nicht erhältlich ist oder im Notfall keine angemessen kontrollierten Blutkonserven vorhanden sind. Die Überführung der versicherten Person erfolgt zur nächstgelegenen geeigneten medizinischen Einrichtung (die sich nicht unbedingt im Heimatland der versicherten Person befindet) per Krankenwagen, Hubschrauber oder Flugzeug. Die medizinische Überführung, die von einem Arzt angefordert werden sollte, wird in ökonomisch sinnvoller Weise unter Berücksichtigung der medizinischen Umstände durchgeführt. 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.

Wenn aus medizinischen Gründen nach Beendigung der **stationären Behandlung** und der Entlassung aus dem Krankenhaus die versicherte Person nicht überführt oder transportiert werden kann, übernehmen wir die angemessenen Kosten für ein Hotelzimmer mit privatem Bad bis zu maximal sieben Tagen. Die Unterkunftskosten in einer Hotelsuite oder einem Vier- oder Fünf- Sterne-Hotel sowie die Hotelkosten für eine Begleitperson werden nicht erstattet.

Wenn eine versicherte Person zur nächstgelegenen geeigneten medizinischen Einrichtung überführt wurde und dort **laufende Behandlungen** benötigt, erklären wir uns bereit, die angemessenen Kosten für ein Hotelzimmer mit privatem Badezimmer für die Dauer der Behandlung zu erstatten. Die Kosten für eine solche Unterkunft müssen geringer sein als die Transportkosten zwischen der nächstgelegenen geeigneten medizinischen Einrichtung und dem Hauptwohnsitz des Versicherten. Hotelkosten für eine Begleitperson werden nicht erstattet.

Sofern ausreichend kontrollierte Blutkonserven vor Ort nicht erhältlich sind, werden wir uns bemühen, entsprechende Blutkonserven und steriles Transfusionsbesteck zu beschaffen, wenn dies von dem behandelnden Arzt angeraten wird. Dies gilt auch für den Fall, dass unsere medizinischen Fachleute dies anraten. Allianz 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.

Beim ersten Anzeichen, dass eine Überführung erforderlich wird, müssen Versicherte Allianz Care kontaktieren. Allianz Care organisiert und koordiniert dann alle Stufen der Überführung bis der Versicherte zur (Weiter-)Behandlung sicher am Zielort angekommen ist. Falls die Überführung nicht durch Allianz Care organisiert wird, behalten wir uns das Recht vor, alle Kosten abzulehnen.

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. Weitere vorbeugende diagnostische Untersuchungen wie Abstriche, Feststellung der Blutgruppe und Hörtests sind nicht versichert. Jede weitere medizinisch notwendige Untersuchung oder Behandlung ist im Rahmen der Versicherungspolice des Neugeborenen versichert. Die stationäre Behandlung für Mehrlingsgeburten infolge medizinisch assistierter Fortpflanzung ist auf £24.900/€30.000/US$40.500/CHF39.000 pro Kind für die ersten drei Monate nach der Geburt beschränkt. Ambulante Behandlungen werden innerhalb der Grenzen eines entsprechenden Ambulanttarifs erstattet.

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. Die Erstattung erfolgt dann im Rahmen der Leistung „Verordnete Physiotherapie". Physiotherapie (entweder verordnet oder als Kombination aus nicht verordnet und verordneter Behandlungen) ist zunächst auf zwölf Sitzungen pro erstellte Diagnose begrenzt. Danach muss der Allgemeinmediziner, der die Überweisung veranlasst hat, die Behandlung überprüfen. Sollten weitere Sitzungen notwendig sein, muss uns ein Behandlungsbericht vorgelegt werden, in dem die medizinische Notwendigkeit einer Weiterbehandlung dargelegt wird. Die Leistung Physiotherapie umfasst keine Therapien wie Rolfing, Massage, Pilates, Fango- und Milta-Therapie.

Notfall ist der Ausbruch einer plötzlichen und unvorhergesehenen Erkrankung, die einer dringenden medizinischen Behandlung bedarf. Nur Behandlungen, die innerhalb von 24 Stunden nach Eintritt des Notfalls beginnen, sind versichert.

Notfallbehandlung außerhalb des Geltungsbereichs der Versicherung ist die Behandlung medizinischer Notfälle auf Geschäfts- oder Urlaubsreisen außerhalb Ihres versicherten geografischen Geltungsbereichs. Versicherungsschutz wird für einen Zeitraum von maximal sechs Wochen pro Reise im Rahmen des maximalen Erstattungsbetrags gewährt. Der Versicherungsschutz umfasst die Behandlung nach einem Unfall, nach einem plötzlichen Auftreten oder einer plötzlichen Verschlimmerung einer schweren Erkrankung, die eine unmittelbare Gesundheitsbedrohung darstellt. Die Behandlung durch einen Arzt, eine medizinische Fachkraft oder einen Facharzt muss innerhalb von 24 Stunden nach Eintreten des Notfalls beginnen. Heil- oder Folgebehandlungen, bei denen es sich nicht um einen Notfall handelt, sind nicht versichert, selbst dann nicht, wenn Sie nicht in der Lage sind, in ein Land innerhalb Ihres versicherten geografischen Geltungsbereichs zu reisen. Kosten in Verbindung mit Mutterschaft, Schwangerschaft, Entbindung oder jeglichen Komplikationen bei Schwangerschaft oder Entbindung sind von dieser Leistung ebenso ausgeschlossen. Wenn Sie Ihren versicherten Geltungsbereich für mehr als sechs Wochen verlassen, sollten Sie sich mit dem Verantwortlichen für die Gruppenversicherung in Ihrem Unternehmen in Verbindung setzen.

O

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

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. Wir übernehmen außerdem die Kosten für externe prothetische Vorrichtungen für kosmetische Zwecke, wie z. B. eine Perücke im Falle von Haarausfall oder einen prothetischen BH als Folge einer Krebsbehandlung.

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.

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.

P

Palliativmedizinische Betreuung bezeichnet eine laufende Behandlung, die auf die Linderung des körperlichen/seelischen Leidens bei fortschreitenden, unheilbaren Erkrankungen und auf die Erhaltung der Lebensqualität abzielt. 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.

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 Probleme, 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 Sie oder Ihre 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.

R

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 Ihr Tarif eine Hausentbindung umfasst, wird im Falle einer Hausentbindung ein Pauschalbetrag bis zu dem in der Tariflichen Leistungszusage angegebenen Betrag ausgezahlt.

Rehabilitation ist eine Kombination aus Physio-, Beschäftigungs- und Sprachtherapie zur Wiederherstellung der normalen Form und/oder Funktion nach einer akuten Erkrankung, Verletzung oder Operation. Rehabilitationsmaßnahmen sind nur dann erstattungsfähig, wenn die Behandlung innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung aus der medizinischen Einrichtung aufgrund einer akuten medizinischen und/oder chirurgischen Behandlung beginnt und wenn die Behandlung in einer anerkannten Rehabilitationseinrichtung stattfindet.

Reisekosten für Versicherte, die ein in Lebensgefahr schwebendes oder ein verstorbenes Familienmitglied begleiten umfassen angemessene Reisekosten (bis zu dem in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegebenen Betrag), die anfallen wenn versicherte Familienmitglieder zu dem Aufenthaltsort von Verwandten ersten Grades, die in Lebensgefahr schweben oder verstorben sind, reisen. Als Verwandte ersten Grades gelten Ehepartner, Eltern, Geschwister und Kinder, einschließlich Adoptiv-, Pflege- und Stiefkinder. Erstattungsformularen müssen eine Sterbeurkunde oder eine ärztliche Bescheinigung, in der die Gründe für die Reise angegeben sind, und eine Kopie der Flugtickets beigefügt werden. Die Leistung kann nur einmal pro Versicherungspolice geltend gemacht werden. Kosten für Hotelübernachtungen sowie andere zugehörige Kosten werden nicht vom Versicherungsschutz umfasst.

Reisekosten für versicherte Familienangehörige im Falle einer Überführung / eines Rücktransports umfassen angemessene Reisekosten für alle versicherten Familienangehörigen der überführten oder rücktransportierten Person, einschließlich minderjähriger Angehöriger, die sonst unbeaufsichtigt wären. Sollte es nicht möglich sein, dass die Begleitperson dasselbe Transportmittel benutzt, wird ein Hin- und Rückflugticket in der Economy-Klasse zur Verfügung gestellt. Im Falle des Rücktransports eines Versicherten werden die angemessenen Transport- und Reisekosten für versicherte Familienangehörige nur übernommen, wenn die relevante Leistung für den Rücktransport im Versicherungsschutz enthalten ist. Kosten für Hotelübernachtungen sowie andere zugehörige Kosten werden nicht vom Versicherungsschutz umfasst.

Reisekosten für versicherte Familienangehörige im Falle einer Überführung der sterblichen Überreste umfassen angemessene Reisekosten für alle versicherten Familienmitglieder, die zusammen mit dem verstorbenen Versicherten im Ausland gewohnt haben und in das Heimatland/das gewählte Land der Bestattung des Verstorbenen reisen. Kosten für Hotelübernachtungen sowie andere zugehörige Kosten, werden nicht vom Versicherungsschutz umfasst.

Rücktransport im Todesfall ist der Transport der sterblichen Überreste des Versicherten vom Aufenthalts- in das Bestattungsland. 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 Ihrer Tariflichen Leistungszusage aufgeführt ist.

S

Schwangerschaft ist der Zeitraum von der ersten Diagnose bis zur Entbindung.

Selbstbeteiligung ist der Kostenanteil, der von Ihnen 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-, Zahn- oder Rücktransporttarif oder für eine Kombination dieser Tarife gelten.

Sie/Ihr bezeichnet den im Versicherungsschein genannten versicherten Mitarbeiter.

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).

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

Stationäre zahnärztliche Notfallbehandlung beinhaltet eine 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.

T

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.

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.

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

U

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

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

Unterbringung im Krankenhaus ist die Standardunterbringung im einem Ein-, Zwei- oder Mehrbettzimmer, wie in der Tariflichen Leistungszusage beschrieben. 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 Ihres 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 in Ihrem Tarif inbegriffen) die Kosten für einen Krankenhausaufenthalt bis zu dem angegebenen maximalen Erstattungsbetrag beinhalten.

Unternehmen ist Ihr Arbeitgeber, dessen Name in der Unternehmensvereinbarung genannt ist.

Unternehmensvereinbarung ist der Vertrag zwischen Ihrem Arbeitgeber und uns, der die Grundlage für Ihre Versicherung und die Versicherung Ihrer Familienangehörigen bildet. Die Vereinbarung regelt, wer versicherbar ist, wann der Versicherungsschutz beginnt, wie er erneuert wird und wie die Beiträge bezahlt werden.

V

Verordnete Physiotherapie umfasst Behandlungen durch einen zugelassenen Physiotherapeuten nach Überweisung durch einen Allgemeinmediziner. Die Physiotherapie ist zunächst auf 12 Sitzungen pro erstellte Diagnose begrenzt. Danach muss der Allgemeinmediziner, 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-Therapie.

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.

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. Dies bezieht sich nicht auf Mundspülungen, Fluoridprodukte, antiseptische Gele und Zahncremes.

Verschriebene 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 verschriebenen Arzneimittel müssen auf ihre klinische Wirksamkeit in Bezug auf die zu behandelnde Krankheit getestet und von der zuständigen Aufsichtsbehörde des jeweiligen Landes zugelassen sein. Verschriebene Arzneimittel können generell auch ohne ärztliches Rezept in dem jeweiligen Land gekauft werden, für eine Erstattung der Kosten wird jedoch ein Rezept benötigt.

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.

Verschriebene medizinische Hilfsmittel sind verschriebene, medizinisch notwendige Geräte, die den Versicherten in seinen körperlichen Funktionen im Alltag so weit wie möglich unterstützen. Dazu gehören:

- 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.
- Kompressionsstrümpfe.
- Hilfsmittel zur langfristigen Wundversorgung wie Verbände und Stoma-Verbrauchsmaterial.

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

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

Versicherungsjahr ist das im Versicherungsschein genannte Jahr, das zu Versicherungsbeginn beginnt und mit Ablauf der Unternehmensvereinbarung endet. Das nächste Versicherungsjahr fällt mit dem in der Unternehmensvereinbarung festgelegten Vertragsjahr zusammen.

Versicherungsschein ist ein Dokument, das die Details Ihres Versicherungsschutzes angibt und von uns ausgestellt wird. Der Versicherungsschein bestätigt, dass zwischen Ihrem Unternehmen und uns eine Versicherungsbeziehung besteht.

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).

Vorerkrankungen sind Krankheiten oder körperliche Gebrechen, für die im Laufe Ihres Lebens ein oder mehrere Symptome aufgetreten sind, unabhängig davon, ob Sie eine medizinische Behandlung oder einen ärztlichen Rat erhalten haben. Eine derartige Vorerkrankung bzw. damit verbundene Erkrankung, von der nach angemessenen Maßstäben angenommen werden kann, dass Sie oder Ihre Angehörigen davon Kenntnis hätten haben müssen, wird als Vorerkrankung betrachtet. Ferner werden Erkrankungen, die zwischen dem Ausfüllen des relevanten Antragsformulars und dem Inkrafttreten Ihrer Police auftreten, ebenfalls als Vorerkrankungen betrachtet. Entsprechende Vorerkrankungen unterliegen einer medizinischen Risikoprüfung und werden nicht mitversichert, sollten sie nicht angegeben worden sein. Bitte entnehmen Sie den Anmerkungen Ihrer Tariflichen Leistungszusage, ob Vorerkrankungen versichert sind.

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 Ihrer Tariflichen Leistungszusage versichert).

W

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

Wir/unser/uns bezeichnet Allianz Care.

Z

Zahnärztliche Parodontalbehandlung bezieht sich auf Zahnbehandlungen im Zusammenhang mit Zahnfleischerkrankungen.

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

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

Zahn- und kieferchirurgische Maßnahmen beziehen sich auf chirurgische Maßnahmen, die in einem Krankenhaus von einem Zahn- oder Kieferchirurgen 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, die operative Entfernung von Zysten und orthognatisch-chirurgische Korrekturen von Fehlstellungen, selbst wenn sie von einem Mund- oder Kieferchirurgen ausgeführt werden, nicht versichert sind, wenn kein Zahntarif gewählt wurde.

AUSSCHLÜSSE

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

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 bei Unfruchtbarkeit

Behandlungen bei Unfruchtbarkeit, einschließlich medizinisch assistierter Fortpflanzung oder etwaiger negativer Folgen, es sei denn, Ihr 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).

Behandlungen, die nicht in der Tariflichen Leistungszusage aufgeführt sind

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

- Zahnbehandlungen, Zahnchirurgie, Zahnfleischbehandlungen, Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlungen mit Ausnahme von Zahn- und kieferchirurgische Maßnahmen, welche im Rahmen der Erstattungsbeträge Ihres Haupttarifs versichert sind.
- Ernährungsberaterkosten.
- Zahnärztliche Notfallbehandlung.
- Reisekosten für versicherte Familienmitglieder im Falle eines Rücktransports/ einer Überführung.
- 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.
- Kosten für eine Begleitperson im Falle einer/s medizinischen Überführung/Rücktransports.
- 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.

Behandlungen in den USA
Behandlungen in den USA, wenn wir wissen oder vermuten, dass der Versicherte die Versicherung abgeschlossen hat, um sich in den USA aufgrund einer Krankheit behandeln zu lassen, deren Symptome bereits vor Versicherungsabschluss aufgetreten sind. Sollten Erstattungszahlungen aufgrund solcher Gegebenheiten erfolgt sein, behalten wir uns das Recht vor, eine Erstattung für bereits bezahlte Leistungen von der versicherten Person zu verlangen.

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

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

Drogenabhängigkeit oder Alkoholismus
Pflege und/oder 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 Behandlungen
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
Ärztliche Gebühren für das Ausfüllen des Erstattungsformulars oder andere Verwaltungskosten.

Geburtsvor- und Geburtsnachbereitung
Geburtsvor- und Geburtsnachbereitungskurse.

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

Geschlechtsumwandlung
Operationen und Behandlungen zur Geschlechtsumwandlung.

Haarverlust und Haarersatz
Untersuchungen und Behandlungen von Haarverlust sowie jeglicher 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 die versicherte Person unmöglich ist, einen Allgemeinmediziner, Arzt oder Therapeuten aufzusuchen.

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.

Kunstfehler
Behandlungen, die aufgrund eines Kunstfehlers erforderlich werden.

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

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

Nichtbeachtung eines ärztlichen Rats oder 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“, um weitere Informationen zu erfahren.

Plastische Chirurgie
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.

Reisekosten
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.

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

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

Schwangerschaftsabbruch
Schwangerschaftsabbruch, mit Ausnahme einer für die Schwangere lebensbedrohlichen Indikation.

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

Sterilisierung, sexueller Dysfunktion und Verhütung
Untersuchungen, Behandlungen und Folgeerscheinungen von Sterilisierung, sexueller Dysfunktion (es sei denn, diese Störung resultiert aus einer vollständigen Entfernung der Prostata infolge einer Krebsbehandlung) 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.

Teilnahme an einem Krieg oder illegalen Aktivitäten
Behandlungen von Krankheiten oder Verletzungen sowie Todesfällen, die aus einer aktiven Teilnahme an einem Krieg, Aufruhr, zivilen Unruhen, Terrorismus, kriminellen oder anderweitigen illegalen Aktivitäten oder Maßnahmen gegen ausländische Feindseligkeiten resultieren, unabhängig davon, ob ein Krieg erklärt wurde oder nicht.

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

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

Übergewicht
Untersuchungen und Behandlungen aufgrund von Übergewicht.

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

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

Vitamine oder Mineralstoffe
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 Ihrer Tariflichen Leistungszusage enthalten ist.

Vorerkrankungen
Vorerkrankungen (einschließlich chronischer Vorerkrankungen), bei Gruppen, die einer medizinischen Risikoprüfung unterliegen, die auf einem Sondervereinbarungsformular angegeben wurden, das vor Inkrafttreten der Versicherung ausgestellt wurde (falls relevant), sowie Erkrankungen, die nicht im relevanten Antragsformular angegeben wurden. Ferner werden Erkrankungen, die zwischen dem Ausfüllen des relevanten Antragsformulars und dem Datum des Inkrafttretens Ihrer Police auftreten, ebenfalls als Vorerkrankungen betrachtet. Entsprechende Vorerkrankungen unterliegen einer medizinischen Risikoprüfung und werden nicht mitversichert, sollten sie nicht angegeben worden sein.

Zahnveneers
Zahnveneers und die damit verbundenen Maßnahmen.

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

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

  Der Ausschluss des passiven Kriegsrisikos gilt unabhängig davon, ob der Anspruch direkt oder indirekt aus einem Krieg, Aufruhr, zivilen Unruhen, Terrorismus, kriminellen oder anderweitigen illegalen Aktivitäten oder Maßnahmen gegen ausländische Feindseligkeiten hervorgeht, unabhängig davon, ob ein Krieg erklärt wurde oder nicht.
- Drogen- oder Alkoholeinfluss.
- Todesfälle, die mehr als 365 Tage nach Eintreten eines Unfalls als dessen Folge auftreten.
- Bewusste Gefahrenaussetzung- mit Ausnahme eines Versuchs, Menschenleben zu retten.
- Absichtliches Einatmen von Gas oder absichtliche Einnahme von giftigen Stoffen oder gesetzlich untersagten Drogen.
- Flüge in einem Luftfahrzeug, einschließlich Hubschraubern, sofern die versicherte Person kein Passagier ist und der Pilot keine rechtmäßige Lizenz hat oder Militärpilot ist und einen festen Flugplan eingereicht hat, sofern dies nach lokalen Vorschriften erforderlich ist.
- Aktive Teilnahme an Extremsport oder professionellen Sportaktivitäten wie beispielsweise:
  - Bergsport, z. B. Abseilen, Bergsteigen und jegliche Rennen (die nicht zu Fuß stattfinden).
  - Wintersport, z. B. Bobfahren, Rennrodeln, Rennschlitten, Bergsteigen, Ski- und Snowboardfahren abseits der Pisten.
  - Pferdesport, z. B. Jagen zu Pferd, Springreiten, Polo, Hindernisrennen und Pferderennen jeglicher Art.
  - Wassersport, wie z. B. Höhlenerkundungen, Höhlentauchen, Sporttauchen in einer Tiefe von mehr als 10 Metern, Turmspringen, Wildwasser-Rafting und Canyoning.
  - Auto- und Motorradsport, z. B. Motorradfahren und Quadfahren.
  - Kampfsportarten.
  - Luftsport, z. B. Fliegen mit einem Ultraleichtflugzeug, Ballonsport, Drachenfliegen, Paragliding, Gleitschirmfliegen und Fallschirmspringen.
  - Verschiedene andere Sportarten, wie z. B. Bungeejumping.

NOTIZEN

Sprechen Sie mit uns, wir helfen Ihnen gerne weiter!

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

Rund um die Uhr erreichbare Helpline für allgemeine Fragen und Hilfe im Notfall

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

Gebührenfreie Telefonnummern www.allianzworldwidecare.com/de/pages/toll-free-numbers/

Bitte beachten Sie, dass die gebührenfreien Rufnummern unter Umständen nicht von Mobiltelefonen erreicht werden können. Bitte wählen Sie in diesem Fall eine der oben aufgeführten Helpline-Nummern.

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

E-Mail: client.services@allianzworldwidecare.com

Fax: + 353 1 630 1306

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

www.allianz-care.com

www.facebook.com/allianzworldwidecare

Plus.google.com/+allianzworldwidecare

www.youtube.com/user/allianzworldwide

www.linkedin.com/company/allianz-care

AWP Health & Life SA unterliegt der Aufsicht durch die French Prudential Supervisory Authority in 4 place de Budapest, CS 92459, 75 436 Paris Cedex 09, Frankreich.

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

DOC-EBG-de-DE-1218