

INTERNATIONALE KRANKENVERSICHERUNGSTARIFE

TARIFLICHE LEISTUNGSZUSAGE

PANTAENIUS – LANGTOUR-SEGLER PLAN/ 0212

Eine vorherige Kostenzusage/ Behandlungsgenehmigung kann für einige der Leistungen erforderlich sein. Dies wird in der Tabelle unten mit einer "1" oder einer "2" angegeben. Bitte beachten Sie hierzu den Abschnitt "Anmerkungen". Die genannten Leistungen und Selbstbeteiligungen gelten pro Person und pro Versicherungsjahr, sofern nicht anders angegeben.

Haupttarif

Pantaenius Long Term

Höchsterstattungsbetrag €

€2.250.000

Stationäre Leistungen¹ – Bitte beachten Sie dazu die „Anmerkungen“ zur vorherigen Kostenzusage

Unterbringung im Krankenhaus ¹	Zweibettzimmer
Verschreibungspflichtige Arzneimittel und Materialien ¹ (nur bei stationärer und teilstationärer Behandlung)	Volle Erstattung
Operationskosten einschl. Kosten für Anästhesie und OP-Saal ¹	Volle Erstattung
Kosten für Ärzte und Therapeuten ¹ (nur bei stationärer und teilstationärer Behandlung)	Volle Erstattung
Chirurgische Hilfsmittel und Prothesen ¹	Volle Erstattung
Diagnostische Untersuchungen ¹ (nur bei stationärer und teilstationärer Behandlung)	Volle Erstattung
Physiotherapie ¹ (nur bei stationärer und teilstationärer Behandlung)	Volle Erstattung
Organtransplantation ¹	Volle Erstattung
Stationäre zahnärztliche Notfallbehandlung	€500

Weitere Leistungen – Bitte beachten Sie dazu die „Anmerkungen“ zur vorherigen Kostenzusage

Teilstationäre Behandlung/Tagesklinik ²	Volle Erstattung
Ambulante Operationen ²	Volle Erstattung
Lokaler Krankentransport	Volle Erstattung
Medizinische Überführung ²	Volle Erstattung
<ul style="list-style-type: none"> Falls die notwendige Behandlung nicht vor Ort erbracht werden kann, wird die versicherte Person in die nächstgelegene geeignete medizinische Einrichtung überführt² Falls laufende Behandlungen erforderlich sind, erstatten wir die Kosten für eine Unterbringung in einem Hotel² Überführung falls keine ausreichend kontrollierten Blutkonserven vorhanden sind² 	
<ul style="list-style-type: none"> Wenn aus medizinischen Gründen nach Beendigung einer stationären Behandlung und der Entlassung aus dem Krankenhaus die versicherte Person nicht überführt werden kann, übernehmen wir die Kosten für eine Unterbringung in einem Hotel² 	max. 7 Tage
Kosten für eine Begleitperson im Falle einer medizinischen Überführung ²	Volle Erstattung
Reisekosten für versicherte Familienmitglieder im Falle einer Überführung ²	€2.000
Rücktransport im Todesfall ²	€10.000
Reisekosten für versicherte Familienmitglieder im Falle einer Überführung der sterblichen Überreste ²	€2.000
Computertomografie (stationär und ambulant)	Volle Erstattung

Kernspin-, Positronenemissions- und Computer-Positronenemissionstomografie ² (stationär und ambulant)	Volle Erstattung
Onkologie ² (stationär, teilstationär und ambulant)	Volle Erstattung
Ambulante Notfallbehandlung (Wenn die aufgeführten Erstattungsbeträge erreicht sind, werden die Restkosten gemäß den Bedingungen eines evtl. separat gewählten Ambulanttarifs erstattet.)	Volle Erstattung
Ambulante zahnärztliche Notfallbehandlung	€500

Ambulanttarif

Pantaenius Long Term

Höchsterstattungsbetrag	Kein Limit
Ambulante Leistungen	
Allgemeinmedizinerkosten und verschreibungspflichtige Arzneimittel	Volle Erstattung
Facharztkosten	Volle Erstattung
Diagnostische Untersuchungen	Volle Erstattung

Rücktransporttarif

Medizinischer Rücktransport ²	Volle Erstattung
<ul style="list-style-type: none"> Falls die notwendige Behandlung nicht vor Ort erbracht werden kann, können Sie sich dafür entscheiden, in Ihr Heimatland rücktransportiert zu werden anstatt in die nächstgelegene geeignete medizinische Einrichtung² Falls laufende Behandlungen erforderlich sind, erstatten wir die Kosten für eine Unterbringung in einem Hotel² Rücktransport falls keine ausreichend kontrollierten Blutkonserven vorhanden sind² 	
<ul style="list-style-type: none"> Wenn aus medizinischen Gründen nach Beendigung einer stationären Behandlung und der Entlassung aus dem Krankenhaus die versicherte Person nicht überführt werden kann, übernehmen wir die Kosten für eine Unterbringung in einem Hotel² 	max. 7 Tage
Kosten für eine Begleitperson im Falle eines medizinischen Rücktransports ²	Volle Erstattung
Reisekosten für versicherte Familienmitglieder im Falle eines Rücktransports ²	€2.000
Reisekosten für Versicherte, die ein in Lebensgefahr schwebendes oder ein verstorbenes Familienmitglied begleiten	€1.500 auf Lebenszeit

ANMERKUNGEN

1. Geltungsbereich

Der vereinbarte Geltungsbereich ist im Versicherungsschein genannt. Im Heimatland des Versicherten besteht nur Versicherungsschutz für Notfälle bis zu 3 Monaten. Bitte beachten Sie die Definition für Notfall im Versicherungshandbuch.

2. Vorherige Kostenzusage

Mit der vorherigen Kostenzusage garantiert Allianz Worldwide Care die Erstattung bestimmter Behandlungen und Kosten, die in der Tariflichen Leistungszusage mit einer **1** oder einer **2** gekennzeichnet sind. Wenn für die mit einer **1** aufgeführten Leistungen keine vorherige Kostenzusage eingeholt wird, behalten wir uns das Recht vor, die Leistungsübernahme zu verweigern. Bei später nachgewiesener medizinischer Notwendigkeit der Behandlung werden lediglich **80%** der erstattungsfähigen Kosten erstattet. Für die mit einer **2** aufgeführten Leistungen gilt dasselbe, es werden bei später nachgewiesener medizinischer Notwendigkeit jedoch lediglich **50%** der erstattungsfähigen Kosten übernommen. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem Abschnitt „Wie mache ich Leistungsansprüche geltend“ in Ihrem Versicherungshandbuch oder Sie wenden sich an die Helpline.

3. Chronische Erkrankungen

Chronische Erkrankungen sind im Rahmen Ihres Versicherungsvertrags versichert. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem Abschnitt „Definitionen“ Ihres Versicherungshandbuchs. Alternativ wenden Sie sich bitte an die Helpline.

4. Vorerkrankungen

Vorerkrankungen (einschließlich bestehender chronischer Erkrankungen) sind im Rahmen Ihres Versicherungsvertrags versichert. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem Abschnitt „Definitionen“ Ihres Versicherungshandbuchs. Alternativ wenden Sie sich bitte an die Helpline.

5. Wartezeiten

Eine Wartezeit trifft nicht zu.

6. Erstattungsbeträge

In der Tariflichen Leistungszusage können zwei Arten von Erstattungsbeträgen genannt werden. Der **Höchsterstattungsbetrag**, der in einigen Tarifen angegeben wird, ist der maximale Gesamtbetrag, der für sämtliche Leistungen des Tarifs zusammen, pro versicherte Person und pro Versicherungsjahr, erstattet wird. Daneben gibt es **spezifische Erstattungsbeträge** für einzelne Versicherungsleistungen innerhalb eines Tarifs, z. B. für die Leistung „Ambulante zahnärztliche Notfallbehandlung“. Spezifische Erstattungsbeträge können „pro Versicherungsjahr“, „auf Lebenszeit“ oder „pro Ereignis“, wie z. B. „pro Reise“, „pro Sitzung“ gelten. Wenn für Versicherungsleistungen ein spezifischer Erstattungsbetrag gilt oder der Begriff „Volle Erstattung“ neben einer Leistung angegeben wird, so erfolgt die Erstattung immer innerhalb des angegebenen maximalen Höchsterstattungsbetrags, soweit dieser auf den Tarif zutrifft. Die Währung ergibt sich aus der vereinbarten Währung für die Beitragszahlung. Alle Beträge gelten pro Versicherten und pro Versicherungsjahr, sofern nicht anderweitig in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegeben.

7. Allgemeine Versicherungsbedingungen

In der Tariflichen Leistungszusage finden Sie einen Überblick über den Versicherungsschutz, den Ihr Tarif beinhaltet. Bitte beachten Sie jedoch, dass dieser Versicherungsschutz den Definitionen, Einschränkungen und Ausnahmen laut unseren Versicherungsbedingungen unterliegt. Diese sind in unserem Versicherungshandbuch aufgeführt, welches den Versicherten bei Versicherungsbeginn ausgehändigt wird und welches auch auf der Website www.pantaenius.de heruntergeladen werden kann.

8. Vertragsnachtrag/-nachträge

Falls für Ihren Versicherungsvertrag spezielle Versicherungsbedingungen gelten, werden diese im Folgenden aufgeführt. Bitte lesen Sie diese sorgfältig in Verbindung mit Ihrem Versicherungshandbuch.

Reguläre Schwangerschaft und Komplikationen bei Schwangerschaft und Entbindung sind NICHT im Rahmen Ihres Versicherungsvertrags versichert.



Krankenversicherungstarife

Versicherungshandbuch für die Einzelversicherung

Gültig ab 1. November 2011

Allianz 
Allianz Worldwide Care

Herzlich Willkommen bei Allianz Worldwide Care

Dieses Handbuch erläutert im Einzelnen, wie Sie durch Allianz Worldwide Care Zugang zur bestmöglichen Versorgung erhalten, und zwar dann, wenn Sie sie am dringendsten brauchen. Es stellt die standardmäßigen Leistungen und Regelungen Ihres Allianz Worldwide Care-Tarifs dar. Bitte lesen Sie dieses Versicherungshandbuch für die Einzelversicherung in Verbindung mit Ihrem Versicherungsschein und Ihrer Tariflichen Leistungszusage sorgfältig durch, damit Sie über Ihren Versicherungsschutz genau Bescheid wissen.

Vielen Dank, dass Sie sich für Allianz Worldwide Care entschieden haben. Bitte lesen Sie alle Unterlagen zu dem von Ihnen gewählten Tarif sorgfältig durch, um sicherzustellen, dass Sie mit der Wahl Ihres Versicherungsschutzes zufrieden sind.

Sie und Ihre Familie können sich darauf verlassen, durch Allianz Worldwide Care Zugang zur bestmöglichen Versorgung im Krankheitsfall zu haben. Da wir uns auf die Bereitstellung von Krankenversicherungen spezialisiert haben, können wir Ihnen einen schnellen, flexiblen und äußerst zuverlässigen Service bieten.

Dieses Dokument ist eine Übersetzung des original auf Englisch verfassten „Individual Benefit Guide“. Die englische Originalversion gilt ausschließlich als rechtlich verbindlich. Auch wenn Unterschiede zwischen der übersetzten Version und der englischen Originalversion bestehen, gilt die englische Version als rechtlich verbindlich. Allianz Worldwide Care Limited gehört zur Allianz Gruppe, ist in Irland registriert und unterliegt der Aufsicht durch die Central Bank of Ireland. Eingetragener Sitz: 18B Beckett Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irland. Registrierungsnummer: 310852.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	5-6	Was Ihr Krankenversicherungsschutz nicht leistet	41-51
Mitglieder-Service	7-13	Beitragszahlung und allgemeine Informationen	52-69
Helpline-Service	7	Beitragszahlung	52
Hilfe in Notfällen	8	Wichtige Ereignisse	55
Medizinischer Informationsdienst „MediLine“	8	Allgemeine Informationen	61
Versicherungsunterlagen	9		
Online Services	12		
Krankenhaus- und Ärzteverzeichnis	13		
Ihr Versicherungsschutz	14-40	Geltendmachung von Leistungsansprüchen	70-81
Erstattungsbeträge	14	Stationäre Leistungsansprüche	70
Medizinische Notwendigkeit	15	Ambulante oder zahnärztliche Leistungsansprüche	71
Chronische Erkrankungen	15	Leistungsansprüche im Todesfall durch einen Unfall	75
Vorerkrankungen	16	Vorherige Kostenzusage	76
Wartezeit	17	Behandlung in den USA	80
Prozentualer Eigenanteil und Selbstbeteiligung	17		
Wo besteht Versicherungsschutz?	18	Fragen und Antworten	82-83
Erläuterungen zu Ihrem Haupttarif	18	Beschwerden	84
Weitere Leistungen im Rahmen Ihres Haupttarifs	20	Definitionen	85-98
Erläuterungen zu Ihrem Ambulanttarif	35	Zusätzliche Versicherungsbedingungen	99-102
Erläuterungen zu Ihrem Zahntarif	38		
Erläuterungen zum Tarif für medizinischen Rücktransport	38		

Einleitung

Einzelheiten zu Ihrem Versicherungsvertrag

Sollten Sie weitere Hilfe benötigen oder Fragen zu Ihrem Versicherungsschutz haben, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Auf Seite 7 finden Sie eine vollständige Liste unserer Kontaktdaten.

Ihr Versicherungsvertrag ist ein Jahresvertrag zwischen Allianz Worldwide Care und dem im Versicherungsschein genannten Versicherungsnehmer. Der Vertrag besteht aus:

- dem Versicherungshandbuch für die Einzelversicherung, dem Versicherungsschein, der Tariflichen Leistungszusage und eventuellen Nachträgen.
- den Informationen, die Allianz Worldwide Care von den versicherten Personen oder in deren Namen, in dem unterzeichneten Antragsformular, dem übermittelten Online-Antragsformular oder der Gesundheitserklärung (im Folgenden als „relevantes Antragsformular“ bezeichnet) oder durch andere medizinische Informationen, zur Verfügung gestellt wurden.

Bitte lesen Sie dieses Dokument in Verbindung mit Ihrer Tariflichen Leistungszusage und Ihrem Versicherungsschein sorgfältig durch, damit Sie über die Einzelheiten Ihres Versicherungsvertrags informiert sind. Ihre Versicherungsunterlagen enthalten detaillierte Informationen zum Leistungsumfang und den Leistungseinschränkungen Ihres Tarifs, Erläuterungen zur Geltendmachung von Leistungsansprüchen sowie die Versicherungsbedingungen, denen Ihr Versicherungsvertrag unterliegt.

Der von Ihnen gewählte Versicherungsschutz ist in Ihrem Versicherungsschein und in Ihrer Tariflichen Leistungszusage festgelegt, die Sie gemeinsam mit Ihren übrigen Versicherungsunterlagen erhalten haben. Etwaige zusätzliche Versicherungsbedingungen oder besondere Leistungen, die speziell für Ihren Versicherungsschutz gelten, sind in

Ihrem Versicherungsschein enthalten (und im Sondereinbarungs-Formular, welches vor Versicherungsbeginn ausgestellt wird).

Bitte beachten Sie, dass eine **vorherige Kostenzusage für alle stationären Behandlungen erforderlich ist und auch für bestimmte weitere Versicherungsleistungen erforderlich sein kann.** Falls Sie keine vorherige Kostenzusage für Leistungen, die diese erfordern, eingeholt haben, behalten wir uns vor, die entsprechende Leistung zu verweigern. Bitte beachten Sie weitere Einzelheiten zur vorherigen Kostenzusage auf den Seiten 76 bis 80.

Sollten Sie weitere Hilfe benötigen oder Fragen zu Ihrem Versicherungsschutz haben, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Auf Seite 7 finden Sie eine vollständige Liste unserer Kontaktdaten.

Mitglieder-Service

In diesem Abschnitt finden Sie Einzelheiten zum Service für unsere Versicherten.

Wir weisen Sie darauf hin, dass Helpline-Anrufe aufgezeichnet und zu Schulungs-, Qualitätssicherungs- und Regulierungszwecken überwacht werden.

Helpline-Service

Der professionelle mehrsprachige Mitglieder-Service von Allianz Worldwide Care steht unseren Versicherten für allgemeine Fragen zum Versicherungsvertrag 24 Stunden am Tag, sieben Tage die Woche zur Verfügung. Unsere Helpline-Mitarbeiter können umgehend auf Vertragsdetails und die gesamte bisherige Kommunikation zwischen Ihnen und uns zugreifen, um Ihnen die gewünschten Informationen zu geben, wie z. B. die Bestätigung des Versicherungsschutzes oder Auskunft zum Status Ihrer Leistungsansprüche. Sie erreichen uns wie folgt per E-Mail, Telefon oder Fax:

Helpline

E-Mail: client.services@allianzworldwidecare.com

Englisch:	+ 353 1 630 1301
Deutsch:	+ 353 1 630 1302
Französisch:	+ 353 1 630 1303
Spanisch:	+ 353 1 630 1304
Italienisch:	+ 353 1 630 1305
Portugiesisch:	+ 353 1 645 4040
Fax:	+ 353 1 630 1306

Eine aktuelle Liste unser **gebührenfreien Rufnummern** finden Sie unter: www.allianzworldwidecare.com/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 angeführten Helpline-Nummern.

Hilfe in Notfällen

Wenn Sie aufgrund eines medizinischen Notfalls in ein Krankenhaus oder eine Klinik eingeliefert werden müssen, sollten Sie unsere Helpline, sofern möglich, so schnell wie möglich kontaktieren. Unser Beistand im Notfall kann das ganze Jahr hindurch rund um die Uhr in Anspruch genommen werden und bietet eine Reihe von Diensten, wie z. B. die Organisation einer medizinischen Überführung.

In Notfällen ist für eine stationäre Behandlung keine vorherige Kostenzusage erforderlich, wir müssen jedoch **innerhalb von 48 Stunden** über das Notfallereignis informiert werden. Unsere Helpline nimmt dann die Einzelheiten für eine Kostenzusage telefonisch entgegen. Dies garantiert eine schnelle Bearbeitung Ihres Leistungsanspruchs und erlaubt

uns, mit dem Krankenhaus eine direkte Abrechnung zu vereinbaren, sofern möglich.

Medizinischer Informationsdienst „MediLine“

Bei diesem Service bietet Ihnen ein erfahrenes, Englisch sprechendes medizinisches Team 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. Sie können diesen medizinischen Informationsdienst das ganze Jahr hindurch 24 Stunden am Tag telefonisch unter **+ 44 (0)208 416 3929** in Anspruch nehmen.

Bitte wenden Sie sich bei Fragen zu Ihrer Versicherung oder zu Erstattungsansprüchen direkt an die Helpline von Allianz Worldwide Care.

Der medizinische Informationsdienst „MediLine“ und die bereitgestellten Informationen zu Gesundheitsfragen sowie die bereitgestellten Ressourcen 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 Worldwide Care für etwaige Forderungen, Verluste oder Schäden, die direkt oder indirekt auf die Inanspruchnahme dieses Informationsdienstes oder die bereitgestellten Informationen oder Ressourcen zurückzuführen sind, keinerlei Verantwortung oder Haftung übernimmt. „MediLine“-Anrufe werden aufgezeichnet und können zu Schulungs-, Qualitäts-sicherungs- und Regulierungszwecken überprüft werden.

Versicherungsunterlagen

Nachdem Sie und Allianz Worldwide Care einen Krankenversicherungsvertrag unterzeichnet haben, der Ihnen und Ihren Angehörigen (falls zutreffend) Krankenversicherungsschutz garantiert, werden Ihnen die Versicherungsunterlagen zur Verfügung gestellt. Die Versicherungsunterlagen bestehen aus folgenden Unterlagen:

- **Ihre persönliche Versichertenkarte**
Wir stellen jedem Versicherten eine mit den persönlichen Daten versehene Versichertenkarte aus, die unsere wichtigen Rufnummern und Kontaktadressen enthält. Wir empfehlen Ihnen, diese Karte stets bei sich zu tragen. Sollten Sie die Karte verlieren oder sollten Korrekturen nötig sein (wenn z. B. ein Name falsch geschrieben wurde), kontaktieren Sie einfach unsere Helpline

per E-Mail oder Telefon und wir senden Ihnen eine neue Versichertenkarte zu.

- **Ihr Versicherungsschein**

Auf dem Versicherungsschein ist der Tarif aufgeführt, den Sie für sich und Ihre Familienangehörigen (falls zutreffend) ausgewählt haben. Dort finden Sie auch das Beginn- und das Verlängerungsdatum Ihrer Versicherung (und die Gültigkeitsdaten für eventuelle Familienangehörige) sowie Zusätze oder spezielle Krankheiten, die Ihr Versicherungsschutz umfasst. Bitte überprüfen Sie unbedingt die Richtigkeit dieser Informationen und teilen Sie uns umgehend mit, ob Korrekturen erforderlich sind.

- **Ihre Tarifliche Leistungszusage**

In der Tariflichen Leistungszusage sind Ihr Versicherungsschutz, unter dem von Ihnen gewählten Tarif, sowie Leistungen, die eine Vorabgenehmigung durch Einreichen eines Kostenzusageformulars erfordern, aufgeführt. Lesen Sie bitte Ihre Tarifliche Leistungszusage in Verbindung mit diesem Handbuch und Ihrem Versicherungsschein sorgfältig durch, damit Sie über Ihren Versicherungsschutz genau Bescheid wissen.

- **Ihr Versicherungshandbuch für die Einzelversicherung**

Dieses Handbuch stellt die Leistungen und Regelungen Ihres Vertrags zur medizinischen Versorgung dar. Lesen Sie das Versicherungshandbuch für die Einzelversicherung bitte im

Zusammenhang mit Ihrem Versicherungsschein und Ihrer Tariflichen Leistungszusage.

- **Formular zur vorherigen Kostenzusage**

Ein Formular zur vorherigen Kostenzusage muss zwecks Vorabgenehmigung für alle Leistungen eingereicht werden, die auf Seite 78 dieses Handbuchs aufgeführt und mit einer 1 oder 2 in Ihrer Tariflichen Leistungszusage gekennzeichnet sind. Bitte beachten Sie, dass das Kostenzusageformular auch auf unserer Website abgerufen werden kann.

- **Erstattungsformular**

Die Bearbeitung vollständig ausgefüllter Erstattungsformulare und die Ausstellung der Zahlungsanweisung an Ihre Bank erfolgen innerhalb von 48 Stunden. Wenn weitere

Informationen zur Bearbeitung des Leistungsanspruchs benötigt werden, erhalten Sie und/oder Ihr behandelnder Arzt innerhalb von 48 Stunden nach Eingang des Erstattungsformulars bei uns eine Benachrichtigung per E-Mail und/oder Post. Sie erhalten eine automatische E-Mail-Benachrichtigung (wenn Sie uns Ihre E-Mail-Adresse mitgeteilt haben) nach erfolgreicher Bearbeitung des Erstattungsformulars. Bitte beachten Sie, dass das Erstattungsformular auch auf unserer Website abgerufen werden kann.

- **Ihr individueller Benutzername und Ihr Kennwort für den Online Services-Bereich**

Bitte verwenden Sie den in den Versicherungsunterlagen aufgeführten Benutzernamen und das Kennwort, um auf den

Online Services-Bereich unserer Website zugreifen zu können.

Online Services

Sie können über unsere Website www.allianzworldwidecare.com/members auf den sicheren Online Services-Bereich zugreifen. Benutzen Sie dazu einfach die Anmeldedaten aus dem Brief, der Ihnen als Teil Ihrer Versicherungsunterlagen zugeschickt wurde.

Falls Sie Ihre Anmeldedaten noch nicht erhalten haben, können Sie auf Ihr Online-Konto durch Klicken auf die Schaltfläche „Registrieren“ im Versicherten-Bereich unserer Website zugreifen. Bitte geben Sie dazu Ihre Versicherungsnummer, Ihren Nachnamen und Ihr Geburtsdatum ein (genau wie in Ihren Versicherungsunterlagen angegeben).

Eine automatische E-Mail mit Ihren persönlichen Anmeldedaten wird dann an die bei uns vorliegende E-Mail-Adresse geschickt (falls uns diese mitgeteilt wurde).

Die Online Services ermöglichen es Ihnen:

- Ihre persönlichen Daten online einzusehen und zu ändern.
- verlorene oder vergessene Benutzernamen und Kennwörter sicher abzurufen.
- Ihren Versicherungsschein und Ihr Versicherungshandbuch für die Einzelversicherung herunterzuladen. Sie können ebenfalls eine elektronische Versichertenkarte im PDF-Format herunterladen (für Versicherte, die ab 2007 bei uns versichert sind).
- Ihre Tarifliche Leistungszusage einzusehen und die verbleibenden Restbeträge bis zum

jeweiligen tariflichen Erstattungsbetrag zu überprüfen.

- eine Aufstellung Ihrer Beitragstransaktionen und Details zu ausstehenden Beiträgen einzusehen.
- ausstehende Beiträge online zu zahlen.
- Ihre Kreditkarteninformationen zu aktualisieren, falls erforderlich.

Bei Fragen zu unseren Online Services wenden Sie sich bitte an unsere Helpline.

Krankenhaus- und Ärzteverzeichnis

Unser Verzeichnis medizinischer Dienstleister ist auf der Allianz Worldwide Care-Website www.allianzworldwidecare.com/members verfügbar. In diesem Online-Verzeichnis können Sie nach Krankenhäusern, Kliniken, Ärzten und

Fachärzten basierend auf einzelnen Ländern suchen und Ihre Suche dabei auf bestimmte Regionen und Städte begrenzen. Benutzer können außerdem nach bestimmten Ärztekategorien, wie z. B. Internisten, oder nach Fachgebieten, wie z. B. Allgemeine Chirurgie, Neurochirurgie, Traumatologie usw., suchen. **Sie sind für Ihre Behandlungen jedoch nicht auf die in diesem Verzeichnis aufgeführten Dienstleister beschränkt.**

Ihr Versicherungsschutz

Hier finden Sie eine Übersicht über Ihren Versicherungsschutz.

In diesem Abschnitt finden Sie einen Überblick über den Versicherungsschutz der einzelnen Tarife. Bitte beachten Sie, dass der jeweilige Versicherungsschutz unseren Definitionen, Ausschlüssen und Beschränkungen unterliegt und dass eventuelle Sondervereinbarungen im Versicherungsschein ausgewiesen werden (und im Sondervereinbarungs-Formular, welches vor Versicherungsbeginn ausgestellt wird). Wenn Sie Fragen zu Ihrem individuellen Versicherungsschutz haben, kontaktieren Sie einfach unsere Helpline zur Bestätigung Ihrer Versicherungsleistungen.

Erstattungsbeträge

In der Tariflichen Leistungszusage können zwei Arten von Erstattungsbeträgen genannt werden. 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. Daneben gibt es **spezifische Erstattungsbeträge** für einzelne Versicherungsleistungen, z. B. für die Leistung „Häusliche Pflege oder Aufenthalt in einem Genesungsheim“. Spezifische Erstattungsbeträge können „pro Versicherungsjahr“, „auf Lebenszeit“ oder „pro Ereignis“, wie z. B. „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 €/7.100 US\$/7.500 CHF“. Wenn für Versicherungsleistungen ein spezifischer Erstattungsbetrag oder eine „Volle Erstattung“ angegeben werden, so erfolgt die Erstattung immer innerhalb des angegebenen maximalen Höchsterstattungsbetrags, soweit dieser auf den Tarif zutrifft. Alle Beträge gelten pro

Versicherten und pro Versicherungsjahr, sofern nicht anderweitig in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegeben.

Medizinische Notwendigkeit

Unsere Kunden erwarten von uns als Versicherungsunternehmen, dass wir, wo immer möglich, die medizinischen Kosten kontrollieren, damit die Krankenversicherungsbeiträge auch in Zukunft bezahlbar bleiben. Um dies zu gewährleisten, achtet unser erfahrenes medizinisches Personal darauf, dass nur medizinisch notwendige und angemessene Behandlungen und diagnostische Verfahren durchgeführt werden. Medizinisch notwendig und angemessen sind medizinische Behandlungen dann, wenn sie erforderlich sind, um den Zustand, die Erkrankung oder Verletzung des Patienten zu diagnostizieren und zu behandeln.

Darüber hinaus achtet unser erfahrenes Team aus der Leistungsabteilung darauf, dass nur solche Kosten erstattet werden, die in einem vernünftigen und üblichen Rahmen liegen. Die Kosten werden dann erstattet, wenn die medizinische Behandlung dem allgemein akzeptierten Standard medizinischer Verfahren entspricht und den als allgemein üblich und angemessen betrachteten Umfang nicht übersteigt. Wenn uns die Kosten unangemessen erscheinen, behalten wir uns das Recht vor, die Erstattung zu kürzen.

Chronische Erkrankungen

Eine chronische Erkrankung ist eine Krankheit, eine Verletzung oder ein körperliches Gebrechen, die bzw. das eines oder mehrere der folgenden Charakteristika aufweist:

- 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.

Chronische Erkrankungen (einschließlich chronischer Vorerkrankungen) können im Rahmen der geltenden Erstattungsbeträge Ihres Versicherungstarifs versichert sein, sind es aber nicht zwangsläufig. Entnehmen Sie bitte den „Anmerkungen“ Ihrer Tariflichen Leistungszusage, ob chronische Erkrankungen im Rahmen der geltenden Erstattungsbeträge Ihres Tarifs versichert sind.

Vorerkrankungen

Vorerkrankungen sind Krankheiten oder körperliche Gebrechen, für die in den letzten fünf Jahren vor Beginn des Krankenversicherungsvertrags mit Allianz Worldwide Care 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.

Vorerkrankungen können innerhalb der Leistungsgrenzen Ihres Tarifs versichert sein, sind es aber nicht zwangsläufig. Entnehmen Sie bitte den „Anmerkungen“ Ihrer Tariflichen Leistungszusage, ob

Vorerkrankungen im Rahmen der geltenden Erstattungsbeträge Ihres Tarifs versichert sind. Bitte beachten Sie, dass Vorerkrankungen, die nicht von Ihnen auf dem relevanten Antragsformular angegeben wurden, nicht versichert sind. **Ferner werden Erkrankungen, die zwischen dem Ausfüllen des relevanten Antragsformulars und der Bestätigung durch unser Risikoprüfungsteam auftreten, ebenfalls als Vorerkrankungen betrachtet. Diese sind nicht versichert, wenn sie nicht angegeben werden.**

Wartezeit

Eine Wartezeit bezeichnet einen vertraglich festgelegten Zeitraum, beginnend mit dem Datum des Versicherungsbeginns (oder Gültigkeitsdatum, wenn Sie ein Familienangehöriger sind), in dem Sie noch keinen Anspruch auf einzelne

Versicherungsleistungen haben. Entnehmen Sie bitte Ihrer Tariflichen Leistungszusage, auf welche Leistungen eine Wartezeit zutrifft. Bitte beachten Sie, dass bei einer beantragten Höherstufung des Versicherungsschutzes oder des Geltungsbereichs, und nach Bestätigung durch uns, Wartezeiten anfallen können.

Prozentualer Eigenanteil und Selbstbeteiligung

Die Selbstbeteiligung ist ein Betrag, der von Ihnen zu zahlen ist und von uns von der erstattungsfähigen Summe abgezogen wird, wohingegen ein prozentualer Eigenanteil ein von Ihnen zu zahlender Prozentsatz der erstattungsfähigen Kosten ist. 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. Falls ein Eigenanteil oder eine Selbstbeteiligung anfallen, gelten sie pro Person und pro Versicherungsjahr (falls nicht anderweitig in der Tariflichen Leistungszusage angegeben).

Bitte entnehmen Sie Ihrer Tariflichen Leistungszusage, ob den Leistungen im Rahmen Ihres gewählten Tarifs ein prozentualer Eigenanteil oder eine Selbstbeteiligung zugrunde liegt. Eigenanteile und Selbstbeteiligungen können für den Haupt-, Ambulant-, Zahn- oder Rücktransporttarif oder auch für eine Kombination dieser Tarife gelten.

Wo besteht Versicherungsschutz?

Der von Ihnen gewählte geografische Geltungsbereich wird in Ihrem Versicherungsschein bestätigt.

Erläuterungen zu Ihrem Haupttarif

Im folgenden Abschnitt wird eine Reihe von Versicherungsleistungen dargestellt. Die auf Ihren Versicherungsschutz zutreffenden Leistungen können Sie Ihrer Tariflichen Leistungszusage entnehmen.

Stationäre Leistungen

Bei einer stationären Behandlung wird Ihnen im Rahmen des Leistungsumfangs Ihres Haupttarifs Versicherungsschutz gewährt. Stationäre Leistungen umfassen den stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus, Kosten für Anästhesie und OP-Saal, Operationskosten, chirurgische Hilfsmittel, Prothesen und diagnostische Untersuchungen. Bitte entnehmen Sie Ihrer Tariflichen Leistungszusage weitere Details zu den Ihnen zur Verfügung stehenden stationären Leistungen. Für alle in Ihrer Tariflichen Leistungszusage aufgelisteten stationären Leistungen ist eine vorherige Kostenzusage erforderlich.

Stationäre Psychiatrie und Psychotherapie

Wenn Ihr Tarif Leistungen für Psychiatrie und Psychotherapie vorsieht, fällt hierunter grundsätzlich nur die stationäre Behandlung, es sei denn, Ihre Tarifliche Leistungszusage sieht etwas anderes vor. Die Kosten werden bis zu dem in Ihrer Tariflichen Leistungszusage genannten Betrag erstattet. Diese Leistung kann mit einer Wartezeit verbunden sein.

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

Wenn diese Leistung im Rahmen Ihres Haupttarifs versichert ist, übernehmen wir für die Dauer des Krankenhausaufenthalts eines versicherten Kindes die Unterbringungskosten im Krankenhaus für einen Elternteil bis zu einem Betrag, den Sie der Tariflichen

Leistungszusage entnehmen können. Sollte kein angemessenes Bett im Krankenhaus zur Verfügung stehen, werden wir die Kosten für ein Hotelzimmer mit privatem Badezimmer in einem Drei-Sterne-Hotel übernehmen. Bitte entnehmen Sie Ihrer Tariflichen Leistungszusage, ob hinsichtlich Ihres Kindes eine Altersbegrenzung besteht.

Stationäre zahnärztliche Notfallbehandlung

Wenn diese Leistung im Rahmen Ihres Haupttarifs versichert ist, werden Ihnen die Kosten für zahnärztliche Notfallbehandlungen, die nach einem schweren Unfall mit Krankenhausaufenthalt notwendig waren, erstattet. Der maximale Erstattungsbetrag ist in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegeben. Beachten Sie bitte, dass sich dieser Versicherungsschutz nicht auf anschließend erforderliche Zahnbehandlung, Zahnchirurgie,

Zahnersatz, Kieferorthopädie oder zahnärztliche Parodontalbehandlung erstreckt. Wenn diese Leistungen versichert sind, sind sie separat in Ihrer Tariflichen Leistungszusage aufgeführt.

Weitere Leistungen im Rahmen Ihres Haupttarifs

Der von Ihnen gewählte Versicherungsschutz enthält einige oder alle der folgenden Leistungen. Die auf Ihren Versicherungsschutz zutreffenden Leistungen können Sie Ihrer Tariflichen Leistungszusage entnehmen.

Teilstationäre Behandlung/Tagesklinik

Wenn der Leistungsumfang Ihres Haupttarifs eine solche Leistung vorsieht, haben Sie Anspruch auf Erstattung der Kosten für eine geplante teilstationäre

Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Tagesklinik, bis zu dem, in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegebenen, maximalen Erstattungsbetrag. Bitte beachten Sie, dass eine vorherige Kostenzusage erforderlich ist.

Ambulante Operationen

Wenn diese Leistung im Rahmen Ihres Haupttarifs versichert ist, haben Sie Anspruch auf Erstattung der Kosten für ambulante chirurgische Maßnahmen, die in einer Arztpraxis, einem Krankenhaus oder einer Tagesklinik durchgeführt werden, bis zu dem, in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegebenen, maximalen Erstattungsbetrag. Bitte beachten Sie, dass eine vorherige Kostenzusage erforderlich ist.

Häusliche Pflege oder Aufenthalt in einem Genesungsheim

Wenn diese Leistung im Rahmen Ihres Haupttarifs versichert ist, haben Sie Anspruch auf Erstattung der Kosten für Krankenpflege zu Hause oder in einem Genesungsheim, wenn diese sich unmittelbar an eine tarifgemäße stationäre oder teilstationäre Behandlung anschließt oder diese ersetzt. Der maximale Betrag für diese Leistung ist in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegeben. Bitte beachten Sie, dass eine vorherige Kostenzusage erforderlich ist. Bitte beachten Sie auch, dass Kosten für palliativmedizinische Betreuung oder Langzeitpflege im Zusammenhang mit dieser Leistung nicht übernommen werden, sondern gegebenenfalls durch eine separate Leistung abgedeckt sind.

Rehabilitationsmaßnahmen

Wenn der Leistungsumfang Ihres Tarifs eine solche Behandlung vorsieht, muss diese in einer anerkannten Rehabilitationseinrichtung unmittelbar nach Beendigung der medizinischen Akutbehandlung erfolgen. Die Höhe des Erstattungsbetrags können Sie Ihrer Tariflichen Leistungszusage entnehmen. Bitte beachten Sie, dass eine vorherige Kostenzusage erforderlich ist.

Lokaler Krankentransport

Wenn diese Leistung im Rahmen Ihres Haupttarifs versichert ist, haben Sie Anspruch auf Erstattung der Kosten für den Krankentransport mit einem Ambulanzfahrzeug aufgrund eines Notfalls oder medizinischer Notwendigkeit in das nächstgelegene und geeignete Krankenhaus bzw. die nächstgelegene

und geeignete medizinische Einrichtung, bis zu dem, in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegebenen, maximalen Erstattungsbetrag.

Elterngeld (gilt nur im Rahmen des „Krankenversicherungstarifs für die Kanalinseln“)

Wenn diese Leistung im Rahmen Ihres Tarifs versichert ist, erhält jeder bei Allianz Worldwide Care versicherte Elternteil nach der Geburt eines Kindes eine Barleistung. Voraussetzung ist, dass die Behandlung vom Krankenhaus gebührenfrei bereitgestellt wird. Der genaue Erstattungsbetrag ist in Ihrer Tariflichen Leistungszusage festgelegt.

Um Anspruch auf Elterngeld zu haben, müssen Sie uns innerhalb von drei Monaten nach der Geburt eine Kopie der Geburtsurkunde des Kindes zusenden.

Des Weiteren gilt: Um Anspruch auf diese Leistung zu haben, muss die Mutter bzw. der Vater mindestens zehn Monate unmittelbar vor der Geburt im Rahmen des Krankenversicherungstarifs für die Kanalinseln versichert sein.

Notfallbehandlung außerhalb des Geltungsbereichs der Versicherung

Wenn Ihr Tarif diese Leistung vorsieht, sind Sie und Ihre Angehörigen auf Geschäfts- und Urlaubsreisen außerhalb des Geltungsbereichs der Versicherung für die Behandlung von Notfällen versichert. Wir leisten pro Reise Versicherungsschutz bis zu maximal sechs Wochen. Die Behandlungskosten werden bis zu dem in Ihrer Tariflichen Leistungszusage genannten Betrag erstattet. Heil- oder Folgebehandlungen, bei denen es sich nicht um Notfallmaßnahmen handelt, sind nicht versichert, selbst dann nicht, wenn Sie nicht in der Lage sind, in ein Land zu reisen, das im

geografischen Geltungsbereich der Versicherung liegt. Wenn Sie den Geltungsbereich Ihrer Versicherung für mehr als sechs Wochen verlassen, sollten Sie sich mit uns in Verbindung setzen.

Versichert sind nicht nur Unfälle, sondern auch plötzlich auftretende oder sich verschlimmernde Krankheiten, die eine unmittelbare Gefahr für Sie darstellen. Die ärztliche Behandlung durch einen Allgemein- oder Facharzt muss 24 Stunden nach dem Krankheitsereignis durchgeführt werden, damit sie als Notfallbehandlung angesehen werden kann und durch Ihren Versicherungsschutz entsprechend abgedeckt ist.

Kosten in Verbindung mit Mutterschaft, Schwangerschaft, Entbindung oder jeglichen Komplikationen bei Schwangerschaft oder Entbindung sind von dieser Leistung ausgeschlossen.

Medizinische Überführung

Ist die notwendige Behandlung, für die Versicherungsschutz besteht, vor Ort nicht erhältlich oder sind im Notfall keine ausreichend kontrollierten Blutkonserven vorhanden, sieht diese Leistung die Überführung zur nächstgelegenen geeigneten medizinischen Einrichtung (die sich nicht unbedingt im Heimatland befinden muss) in einem Ambulanzfahrzeug, Hubschrauber oder Flugzeug vor. Wenn diese Leistung im Rahmen Ihres Haupttarifs versichert ist, werden die Kosten bis zu dem in Ihrer Tariflichen Leistungszusage genannten Betrag erstattet.

Die medizinische Überführung wird in ökonomisch sinnvoller Weise unter Berücksichtigung der medizinischen Umstände durchgeführt. Ihr Arzt

muss die Überführung beantragen. Bitte beachten Sie, dass eine vorherige Kostenzusage erforderlich ist.

Wenn aus medizinischen Gründen nach Beendigung einer **stationären Behandlung** und der Entlassung aus dem Krankenhaus die versicherte Person nicht überführt oder transportiert werden kann, übernehmen wir die 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, erstatten wir die angemessenen Kosten für ein Hotelzimmer mit privatem Badezimmer für die

Dauer der Behandlung. 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. Bitte beachten Sie, dass eine vorherige Kostenzusage erforderlich ist.

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 oder unseren medizinischen Fachleuten angeraten wird. Allianz Worldwide Care und deren Vermittler übernehmen keine Haftung für den Fall, dass diese Bemühungen erfolglos bleiben, oder wenn von der behandelnden Stelle infiziertes Blut oder Transfusionsbesteck verwendet wird.

Kosten für eine Begleitperson im Falle einer/s medizinischen Überführung/Rücktransports

Wenn diese Leistung im Rahmen Ihres Haupttarifs versichert ist, kann eine Person die versicherte Person bei deren Überführung oder dem Rücktransport begleiten. Falls dasselbe Transportmittel nicht benutzt werden kann, wird ein Hin- und Rückflugticket in der Economy-Klasse zur Verfügung gestellt. Die Kosten werden bis zu dem in Ihrer Tariflichen Leistungszusage genannten Betrag erstattet. Bitte beachten Sie, dass Unterbringungskosten in einem Hotel oder andere in diesem Zusammenhang stehende Ausgaben nicht erstattet werden und eine vorherige Kostenzusage erforderlich ist.

Reisekosten für versicherte Familienmitglieder im Falle eines Rücktransports

Wenn der Leistungsumfang Ihres Tarifs diese Leistung vorsieht, sind alle versicherten Familienmitglieder berechtigt, die rücktransportierte Person zu begleiten. Falls dasselbe Transportmittel nicht benutzt werden kann, wird ein Hin- und Rückflugticket in der Economy-Klasse zur Verfügung gestellt. Für diese Leistung gibt es unter Umständen einen maximalen Erstattungsbetrag, den Sie Ihrer Tariflichen Leistungszusage entnehmen können. Bitte beachten Sie, dass Unterbringungskosten in einem Hotel oder andere in diesem Zusammenhang stehende Ausgaben nicht erstattet werden und eine vorherige Kostenzusage erforderlich ist.

Rücktransport im Todesfall

Wenn versichert, erstatten wir im Todesfall die Kosten für die Überführung der sterblichen Überreste der versicherten Person vom Aufenthaltsland in das Land der Bestattung bis zu einem maximalen Betrag, den Sie der Tariflichen Leistungszusage entnehmen können.

Versichert sind unter anderem die Einbalsamierung, ein den gesetzlichen Anforderungen entsprechender Transportbehälter, die Überführungskosten und die erforderlichen behördlichen Bewilligungen. Kosten für eine Einäscherung werden nur erstattet, wenn diese aus gesetzlichen Gründen notwendig ist. Die durch Begleitpersonen entstehenden Kosten sind nur dann versichert, wenn sie in der Tariflichen Leistungszusage als spezielle Leistung aufgeführt sind. Alle im Zusammenhang mit dem Rücktransport im Todesfall

erstatteten Kosten müssen vorher von uns genehmigt werden, d. h. eine vorherige Kostenzusage muss eingeholt werden.

Reisekosten für versicherte Familienmitglieder im Falle einer Überführung der sterblichen Überreste

Wenn diese Leistung im Rahmen Ihres Tarifs versichert ist, erstatten wir die angemessenen Reisekosten für alle versicherten Familienmitglieder, die zusammen mit dem verstorbenen Versicherten im Ausland gewohnt haben, um in das Heimatland/ das gewählte Land der Bestattung des Verstorbenen zu reisen. Für diese Leistung gibt es unter Umständen einen maximalen Erstattungsbetrag, den Sie Ihrer Tariflichen Leistungszusage entnehmen können. Bitte beachten Sie, dass Unterbringungskosten in einem Hotel oder andere in diesem Zusammenhang stehende Ausgaben nicht erstattet

werden und eine vorherige Kostenzusage erforderlich ist.

Computer-, Kernspin-, Positronenemissions- und Computer-Positronenemissionstomografie

Computertomografie (CT), Kernspin- (MRT) und Positronenemissionstomografie (PET) sowie die kombinierte Computer-Positronenemissionstomografie (CT-PET) auf stationärer und ambulanter Basis werden bei entsprechender Versicherung unter Berücksichtigung der geltenden Erstattungsbeträge Ihres Tarifs übernommen (bitte beachten Sie dazu Ihre Tarifliche Leistungszusage). Für Computertomografie (CT) ist keine vorherige Kostenzusage erforderlich, jedoch für Kernspin- (MRT), Positronenemissions- (PET) und Computer-Positronenemissionstomografie (CT-PET).

Onkologie

Wenn diese Leistung im Rahmen Ihres Haupttarifs versichert ist, haben Sie Anspruch auf Erstattung der Facharztgebühren, Kosten für diagnostische Tests, Strahlentherapie, Chemotherapie und der Krankenhausgebühren, die in Verbindung mit der Planung und Durchführung einer Krebsbehandlung entstehen, sobald die entsprechende Diagnose gestellt wurde. Der maximale Erstattungsbetrag ist in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegeben. Bitte beachten Sie, dass eine vorherige Kostenzusage nur für stationäre und teilstationäre Behandlungen erforderlich ist.

Reguläre Schwangerschaft

Wenn diese Leistung versichert ist, beinhaltet „Reguläre Schwangerschaft“ alle medizinisch

notwendigen Kosten, die während der Schwangerschaft und Entbindung entstehen, einschließlich der Krankenhauskosten, Facharztkosten, Geburtsvorsorge und Geburtsnachsorge der Mutter, Kosten für die Hebamme (nur während der Geburtswehen) sowie für Neugeborenenpflege. Alle medizinisch nicht notwendigen Kaiserschnitte sind bis zu den Kosten für eine reguläre Entbindung in demselben Krankenhaus versichert. Erstattungen erfolgen im Rahmen maximaler Erstattungsbeträge, falls zutreffend. Kosten, die im Zusammenhang mit Komplikationen während der Schwangerschaft oder bei der Entbindung entstehen, werden nicht im Rahmen der Leistung „Reguläre Schwangerschaft“ erstattet.

Wenn Ihr Versicherungsschutz die Leistung „Reguläre Schwangerschaft“ einschließt, ist diese in Ihrer Tariflichen Leistungszusage zusammen mit

etwaigen maximalen Erstattungsbeträgen und/oder Wartezeiten angegeben. Erstattungsbeträge für die Leistung „Reguläre Schwangerschaft“ werden entweder „pro Schwangerschaft“ oder „pro Versicherungsjahr“ gezahlt (dies wird ebenfalls in Ihrer Tariflichen Leistungszusage bestätigt).

Bitte beachten Sie, dass für die Leistung „Reguläre Schwangerschaft“ nur bei stationärer Behandlung eine vorherige Kostenzusage eingeholt werden muss.

Komplikationen während der Schwangerschaft

Komplikationen während der Schwangerschaft beziehen sich auf die Gesundheit der Mutter.

Versicherungsschutz besteht lediglich für die folgenden Umstände, die in der vorgeburtlichen

Phase auftreten können: Ektopische Schwangerschaft, Schwangerschaftsdiabetes, Präeklampsie, Fehlgeburt, drohende Fehlgeburt, Totgeburt und Blasenmole.

Bitte entnehmen Sie Ihrer Tariflichen Leistungszusage, ob diese Leistung versichert ist und ob für Ihren Tarif maximale Erstattungsbeträge oder Wartezeiten festgesetzt sind. Bitte beachten Sie, dass nur für stationäre Behandlungen eine vorherige Kostenzusage erforderlich ist.

Komplikationen bei der Entbindung

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 Komplikationen bei der Entbindung versichert sind, ist diese Leistung in Ihrer Tariflichen Leistungszusage aufgeführt.

Kosten für Komplikationen bei der Entbindung sind nur erstattungsfähig, wenn Ihr Versicherungsschutz auch die Leistung „Reguläre Schwangerschaft“ einschließt. Bitte beachten Sie, dass „Komplikationen bei der Entbindung“ auch medizinisch notwendige Kaiserschnitte umfasst. Bitte entnehmen Sie Ihrer Tariflichen Leistungszusage, ob diese Leistung versichert ist und ob maximale Erstattungsbeträge und/oder Wartezeiten festgesetzt sind. Bitte beachten Sie, dass nur für stationäre Behandlungen eine vorherige Kostenzusage erforderlich ist.

Pauschalzahlung bei Hausentbindung

Wenn diese Leistung im Rahmen Ihres Tarifs versichert ist, wird Ihnen im Falle einer Hausgeburt eine Pauschalsumme ausgezahlt, deren Höhe Sie Ihrer Tariflichen Leistungszusage entnehmen können.

Versicherungsschutz für Neugeborene

Der Versicherungsschutz für Neugeborene (mit Ausnahme von Mehrlingsgeburten) beginnt mit dem Tag der Geburt ohne medizinische Risikoprüfung. Voraussetzung ist jedoch, dass wir innerhalb von vier Wochen nach der Geburt benachrichtigt werden und dass die Mutter seit mindestens sechs Monaten ohne Unterbrechung bei uns versichert ist. Erfolgt die Benachrichtigung später als vier Wochen nach der Geburt, unterliegen Neugeborene einer medizinischen Risikoprüfung und der

Versicherungsschutz tritt erst ab dem Tag der Annahme durch uns in Kraft. Wenn Sie ein Neugeborenes zu Ihrem Versicherungsschutz hinzufügen möchten, schicken Sie bitte einen Antrag an unser Risikoprüfungsteam an **underwriting@allianzworldwidecare.com**.

Die stationäre Behandlung für Mehrlingsgeburten infolge medizinisch assistierter Fortpflanzung ist bis zu einem Höchstbetrag von 24.900 £/30.000 €/42.500 US\$/45.000 CHF pro Kind für die ersten drei Monate nach der Geburt versichert. Ambulante Behandlungen sind innerhalb der Grenzen eines entsprechenden Ambulanttarifs versichert.

Bitte beachten Sie, dass generell alle Mehrlingsgeburten einer medizinischen Risikoprüfung unterliegen.

Laseraugenkorrektur

Die Leistung „Laseraugenkorrektur“ bezieht sich auf die chirurgische Verbesserung der refraktiven Eigenschaft der Hornhaut mittels Lasertechnologie, inklusive aller notwendigen präoperativen Untersuchungen. Bitte entnehmen Sie Ihrer Tariflichen Leistungszusage, ob Sie für eine Laseraugenkorrektur versichert sind. Wenn Ihr Tarif diese Leistung vorsieht, werden die Kosten für eine Behandlung auf Lebenszeit bis zum Erstattungsbetrag übernommen, der in Ihrer Tariflichen Leistungszusage genannt ist.

Krankenhaustagegeld

Wenn diese Leistung in Ihrer Tariflichen Leistungszusage aufgeführt ist, wird Ihnen ein bestimmter Betrag für jede Nacht, die Sie im

Krankenhaus verbringen, bis zu einer maximalen Anzahl von Nächten pro Versicherungsjahr ausgezahlt. Voraussetzung ist, dass die Behandlung gebührenfrei bereitgestellt wird und dass für diese Behandlung Versicherungsschutz gemäß den Bedingungen Ihres Krankenversicherungstarifs besteht. Der pro Nacht auszunehmende Betrag und die maximale Anzahl von Nächten sind in Ihrer Tariflichen Leistungszusage festgelegt.

Reisekosten (gilt nur im Rahmen des „Krankenversicherungstarifs für die Kanalinseln“)

Wenn Sie eine teilstationäre Behandlung in einem Privatkrankenhaus, postoperative ambulante Beratungen oder eine stationäre Behandlung benötigen, die im Rahmen Ihres Tarifs versichert sind, und wenn Ihr Arzt uns schriftlich bestätigt hat, dass

es für Sie medizinisch notwendig ist, zu einer anderen Kanalinsel, ins Vereinigte Königreich oder nach Frankreich zu reisen, um eine solche Behandlung zu erhalten, erstatten wir die Kosten für eine Hin- und Rückreise bis zu dem in Ihrer Tariflichen Leistungszusage genannten Betrag. Im Rahmen dieser Leistung erstatten wir nur folgende Reisekosten:

- Flugtickets zum Normalpreis von einer Kanalinsel zu einer anderen Kanalinsel, ins Vereinigte Königreich oder nach Frankreich
- Bahn-, U-Bahn- und Bustickets zum Normalpreis
- maximal 25 £/30 € pro Taxifahrt

Wir erstatten auch die Reisekosten für einen Elternteil, der ein Kind unter 18 Jahren begleitet, bis zu dem in Ihrer Tariflichen Leistungszusage genannten Betrag.

Bei medizinischer Notwendigkeit sind wir auch bereit, einen Beitrag von bis zu 125 £/150 € pro Reise für Krankenpflege zu leisten, die während der Reise erforderlich ist.

Bitte beachten Sie, dass eine vorherige Kostenzusage erforderlich ist. Darüber hinaus müssen Sie sich vom britischen Gesundheitsministerium (Department of Health) schriftlich bestätigen lassen, dass Sie im Hinblick auf Reise- und Begleitkosten keinen Anspruch auf eine Reisekostenpauschale haben.

Ambulante Notfallbehandlung

Im Rahmen dieser Leistung besteht Versicherungsschutz für eine medizinische Behandlung aufgrund eines Unfalls oder einer plötzlich auftretenden Krankheit in einer ambulanten Einrichtung oder Notaufnahme eines Krankenhauses. Damit die

Behandlung als Notfall angesehen werden kann, muss sie innerhalb von 24 Stunden nach Eintritt des Notfallereignisses durchgeführt werden. Wenn diese Leistung im Rahmen Ihres Tarifs versichert ist, ist sie in Ihrer Tariflichen Leistungszusage gemeinsam mit dem tariflichen maximalen Erstattungsbetrag aufgeführt.

Übersteigen die Kosten der ambulanten Notfallbehandlung den maximalen Erstattungsbetrag für diese Leistung, können die verbleibenden Kosten aus einem Tarif für ambulante Behandlungen erstattet werden, sofern Sie zusätzlich einen ambulanten Versicherungsschutz gewählt haben.

Ambulante zahnärztliche Notfallbehandlung

Wenn diese Leistung im Rahmen Ihres Tarifs versichert ist, umfasst sie die Behandlung in einer

Zahnarztpraxis oder einer zahnärztlichen Notaufnahme eines Krankenhauses zur sofortigen Linderung von Zahnschmerzen. Dies schließt einfache Füllungen, begrenzt auf drei Füllungen pro Versicherungsjahr, und/oder die Akutversorgung von durch einen Unfall verursachten Schäden ein. Die Behandlung muss innerhalb von 24 Stunden nach Eintritt des Notfalls erfolgen. Nicht versichert sind sämtliche Formen von Zahnersatz und Wurzelbehandlungen.

Die Kosten für ambulante zahnärztliche Notfallbehandlungen werden bis zu dem in Ihrer Tariflichen Leistungszusage genannten Betrag erstattet. Übersteigen die Kosten für eine zahnärztliche Notfallbehandlung den maximalen Erstattungsbetrag für diese Leistung, können die verbleibenden Kosten aus einem Tarif für

zahnärztliche Behandlungen erstattet werden, sofern Sie diesen zusätzlich gewählt haben.

Palliativmedizinische Betreuung und Langzeitpflege

Wenn diese Leistung im Rahmen Ihres Haupttarifs versichert ist, übernehmen wir die Kosten für die laufende Behandlung, die das mit der fortschreitenden, unheilbaren Krankheit einhergehende körperliche/seelische Leiden lindern und die Lebensqualität erhalten soll. Bitte beachten Sie, dass der Versicherungsschutz auf den in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegebenen maximalen Erstattungsbetrag beschränkt ist und dass für palliativmedizinische Betreuung sowie für Langzeitpflege eine vorherige Kostenzusage erforderlich ist.

Tod durch Unfall

Wenn Ihr Haupttarif diese Leistung beinhaltet, wird ein Pauschalbetrag im Todesfall durch einen Unfall eines versicherten erwachsenen Mitglieds im Alter von 18 bis 70 Jahren gezahlt. In der Tariflichen Leistungszusage ist die Höhe des Pauschalbetrags angegeben. Versicherte, die andere Begünstigte, als die in dem Abschnitt „Leistungsansprüche im Todesfall durch einen Unfall“ aufgeführten Personen (Seite 76), benennen möchten, können dies tun, indem Sie unsere Helpline kontaktieren.

Erläuterungen zu Ihrem Ambulanttarif

Wir bieten verschiedene Ambulanttarife mit unterschiedlichen Erstattungsbeträgen sowie unterschiedlich hohen Eigenanteilen und

Selbstbeteiligungen an. Wenn Sie einen **ambulanten Versicherungsschutz** gewählt haben, enthält dieser alle oder aber auch nur einige der folgenden Leistungen:

- Kosten für Allgemeinmediziner
- Verschreibungspflichtige Arzneimittel
- Facharztkosten
- Diagnostische Untersuchungen
- Impfungen
- Chiropraktik, Osteopathie, Homöopathie, Traditionelle Chinesische Medizin und Akupunktur
- Verordnete Physiotherapie, Sprachtherapie, Okulomotortherapie und Beschäftigungstherapie
- Vorsorgeuntersuchungen, inkl. Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (Einzelheiten siehe weiter unten)

- Behandlungen bei Unfruchtbarkeit (Einzelheiten siehe weiter unten)
- Psychiatrie und Psychotherapie
- Verschriebene medizinische Hilfsmittel
- Verschriebene Brillen und Kontaktlinsen

Bitte entnehmen Sie der Tariflichen Leistungszusage welche Leistungen des Ambulanttarifs auf Sie zutreffen. Beachten Sie bitte, dass für die Leistung „Beschäftigungstherapie“ (nur ambulante Behandlung) eine vorherige Kostenzusage erforderlich ist. Für bestimmte Leistungen können Wartezeiten anfallen.

Vorsorgeuntersuchungen, inkl. Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten

Falls nicht anderweitig vereinbart, umfasst Ihr Tarif Vorsorgeuntersuchungen und -tests, die in angemessenen Altersspannen zur Früherkennung von Krankheiten durchgeführt werden. Dies beinhaltet:

- Herz-Kreislauf-Untersuchungen
- Neurologische Untersuchungen
- Krebsvorsorgeuntersuchungen:
 - Jährlicher Pap-Abstrich
 - Mammografie (für Frauen ab 50 Jahren, oder jünger bei familiärer Vorbelastung)
 - Prostata-Untersuchungen (für Männer ab 50 Jahren, oder jünger bei familiärer Vorbelastung)

- Kindervorsorgeuntersuchungen (für Kinder bis zum Alter von 6 Jahren, maximal 15 Untersuchungen pro Kind auf Lebenszeit)

Behandlungen bei Unfruchtbarkeit

Nicht-invasive Untersuchungen zur Ermittlung der Unfruchtbarkeitsursache sind innerhalb der Grenzen Ihres Ambulanttarifs versichert. (Bitte beachten Sie, dass dies nicht für Versicherte gilt, die im **„Krankenversicherungstarif für die Kanalinseln“** versichert sind. Für diese Versicherten sind Unfruchtbarkeitsuntersuchungen **nicht** im Versicherungsschutz enthalten.)

Wenn Ihr Versicherungsschutz die spezifisch aufgeführte Leistung „Behandlungen bei Unfruchtbarkeit“ einschließt, sind weiterführende Untersuchungen, die eine Unfruchtbarkeitsdiagnostik

erfordern, um den Grund der Unfruchtbarkeit festzustellen, versichert. Dazu gehören invasive Untersuchungsmethoden wie z. B. Hysterosalpingografie, Laparoskopie oder Hysteroskopie. Wenn für diese Leistung ein maximaler Erstattungsbetrag und/oder eine Wartezeit zutrifft, ist dies in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegeben.

Bitte beachten Sie, dass medizinisch assistierte Fortpflanzung und etwaige negative Folgen nicht versichert sind, es sei denn, Ihr Versicherungsschutz schließt die spezifisch aufgeführte Leistung „Behandlung bei Unfruchtbarkeit“ ein. Die stationäre Behandlung für Mehrlingsgeburten infolge medizinisch assistierter Fortpflanzung ist bis zu einem Höchstbetrag von 24.900 £/30.000 €/42.500 US\$/ 45.000 CHF pro Kind für die ersten drei Monate nach der Geburt versichert. Ambulante

Behandlungen sind innerhalb der Grenzen eines entsprechenden Ambulanttarifs versichert.

Bitte beachten Sie, dass generell alle Mehrlingsgeburten einer medizinischen Risikoprüfung unterliegen.

Erläuterungen zu Ihrem Zahntarif

Wenn Sie einen Zahntarif gewählt haben oder zahnärztliche Leistungen in Ihrem Versicherungsschutz enthalten sind, ist dies zusammen mit der Höhe der Erstattung und eventuell anfallenden Wartezeiten in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegeben. Bitte beachten Sie, dass für Ihren Zahntarif ein maximaler Höchsterstattungsbetrag festgesetzt sein kann.

Erläuterungen zum Tarif für medizinischen Rücktransport

Dies ist ein optionaler Tarif, der in Ihrer Tariflichen Leistungszusage aufgeführt ist, falls er in Ihrem Versicherungsschutz enthalten ist.

Medizinischer Rücktransport

Wenn die von Ihnen benötigte Behandlung durch den Versicherungsschutz gedeckt, jedoch vor Ort nicht erhältlich ist, können Sie bei Abschluss des Rücktransporttarifs zur Behandlung in Ihr Heimatland zurückkehren und müssen nicht die nächstgelegene medizinische Einrichtung aufsuchen. 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, sofern die Rückreise innerhalb eines Monats nach Beendigung der Behandlung erfolgt. Bitte beachten Sie, dass eine vorherige Kostenzusage erforderlich ist.

Kosten für eine Begleitperson im Falle eines medizinischen Rücktransports

Wenn der Leistungsumfang Ihres Tarifs diese Leistung vorsieht, kann eine weitere Person die versicherte Person bei deren Rücktransport begleiten. Falls dasselbe Transportmittel nicht benutzt werden kann, wird ein Hin- und Rückflugticket in der Economy-Klasse zur Verfügung gestellt. Für diese Leistung gibt es unter Umständen einen maximalen Erstattungsbetrag, den Sie Ihrer Tariflichen Leistungszusage entnehmen können. Bitte beachten Sie, dass Unterbringungskosten in einem Hotel oder

andere in diesem Zusammenhang stehende Ausgaben nicht erstattet werden und eine vorherige Kostenzusage erforderlich ist.

Transportkosten für versicherte Familienmitglieder im Falle eines Rücktransports

Wenn der Leistungsumfang Ihres Tarifs diese Leistung vorsieht, sind alle versicherten Familienmitglieder der rücktransportierten Person berechtigt, diese beim Rücktransport zu begleiten. Falls dasselbe Transportmittel nicht benutzt werden kann, wird ein Hin- und Rückflugticket in der Economy-Klasse zur Verfügung gestellt. Für diese Leistung gibt es unter Umständen einen maximalen Erstattungsbetrag, den Sie Ihrer Tariflichen Leistungszusage entnehmen können. Bitte beachten Sie, dass Unterbringungskosten in einem Hotel oder andere in diesem

Zusammenhang stehende Ausgaben nicht erstattet werden und eine vorherige Kostenzusage erforderlich ist.

erstreckt sich nicht auf eine Hotelunterkunft oder ähnliche Kosten.

Transportkosten für Versicherte, die ein in Lebensgefahr schwebendes oder ein verstorbenes Familienmitglied begleiten

Falls diese Leistung im Rahmen Ihres Tarifs versichert ist, erstatten wir die angemessenen Reisekosten (bis zu dem in der Tariflichen Leistungszusage angegebenen Betrag), damit die versicherten Familienmitglieder zu dem Aufenthaltsort von Verwandten ersten Grades, die in Lebensgefahr schweben oder verstorben sind, reisen können. Leistungsanträgen müssen eine Sterbeurkunde oder eine ärztliche Bescheinigung beigefügt werden. Die Leistung kann nur einmal pro Versicherungspolice geltend gemacht werden. Der Versicherungsschutz

Was Ihr Krankenversicherungsschutz nicht leistet

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

- a) Sofern nicht anders angegeben, gelten die folgenden standardmäßigen Bedingungen, Ausschlüsse und Beschränkungen für [sämtliche unserer Tarife](#):
1. Behandlung **außerhalb** des versicherten **geografischen Geltungsbereichs**, außer in Notfällen oder nach entsprechender Genehmigung durch uns.
 2. Produkte, die als **Vitamine** oder **Mineralstoffe** klassifiziert sind (außer während einer Schwangerschaft oder zur Behandlung eines diagnostizierten und klinisch relevanten Vitaminmangels), Nahrungsmittelergänzungs- oder Diätprodukte (u. a. Spezialbabynahrung), die entsprechenden Beratungsgespräche sowie kosmetische Produkte, auch wenn diese medizinisch anerkannt, empfohlen oder verschrieben sind und eine therapeutische Wirkung haben. (Im Rahmen des „**Krankenversicherungstarifs für die Kanalinseln**“ ist auch der **Zeitraum der Schwangerschaft** in diesem Ausschluss inbegriffen.)
 3. **Frei verkäufliche** Arzneimittel und Produkte.
 4. Jegliche Behandlung durch einen **Schönheitschirurgen**, 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 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 erfolgt während Ihrer Versicherungszeit bei Allianz Worldwide Care.

5. Aufenthalte in **Kurzentren, Badezentren, Kureinrichtungen, Sanatorien** und **Erholungsheimen**, selbst wenn die Aufenthalte medizinisch verordnet sind.
6. Behandlungen, die im direkten Zusammenhang mit einer **Leihmutterschaft** stehen, ungeachtet dessen, ob Sie Leihmutter oder zukünftiger Elternteil sind.
7. Der Pauschalbetrag für die **Todesfalleistung bei Unfällen*** wird dann nicht gezahlt, wenn der Todesfall eines Versicherten direkt oder indirekt durch folgende Ursachen ausgelöst wird:
 - Unfälle, die sich bei der Teilnahme an Flugsportaktivitäten jeglicher Art ereignen,

inklusive des Einsteigens in und Aussteigens aus Flugzeugen, außer als zahlender Passagier eines mehrmotorigen Standard-Flugzeugs, das von einer anerkannten (Charter-) Fluggesellschaft betrieben wird.

- Teilnahme an jeglicher Art von Geschwindigkeits-/Ausdauer- oder Rennen.
- Teilnahme an Motorsport in jeglicher Form (inkl. des Fahrens in Booten, die eine Geschwindigkeit von über 30 Knoten erreichen können).
- Bergsteigen (inkl. geführter/m Höhlenwanderungen/-klettern mit Seileinsatz).
- Wildwasser-Rafting und Kanufahren, Sporttauchen und Segelsport oder Bootfahren außerhalb von Küstengewässern (mehr als 12 Meilen/19,31 km von der Küste entfernt).

** Unsere standardmäßigen Bedingungen, Ausschlüsse und Beschränkungen gelten ebenfalls für die Todesfallleistung bei Unfällen.*

8. Pflege und/oder Behandlungen von **absichtlich herbeigeführten Krankheiten** und **selbst beibrachten Verletzungen**, einschließlich eines Suizidversuchs.
9. Pflege und/oder Behandlungen infolge von **Drogenabhängigkeit** oder **Alkoholismus**.
10. Krankheiten, Unfälle und etwaige Folgen sowie Todesfälle, die in Verbindung mit **Alkohol-** oder **Drogenmissbrauch** des Versicherten stehen.
11. **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 werden und als eine mindestens zwölfmonatige Verzögerung der kognitiven und/oder physischen Entwicklung nachgewiesen werden.
12. Nicht versichert sind Behandlungen von **Verhaltens-, Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen, Krankheiten des autistischen Formenkreises, Trotzverhalten/ Autoritätsabwehr, Störungen des Sozialverhaltens, Zwangserkrankungen, Bindungsunfähigkeit, Anpassungsstörungen, Essstörungen** sowie alle Behandlungen, die zum Zweck der Förderung sozio-emotionaler Beziehungen durchgeführt werden, wie z. B. **Kommunikationstherapie, Floor Time** und **Familientherapie**.

13. **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.
14. Wenn **ambulante psychotherapeutische Behandlungen** versichert sind, wird die Behandlung zunächst auf zehn Sitzungen pro erstellter Diagnose begrenzt. Danach muss der registrierte Psychiater, der die Überweisung veranlasst hat, 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. Kosten für einen Familientherapeuten oder -berater sind nicht erstattungsfähig.
15. Behandlung von Krankheiten oder Verletzungen, die aus einer **aktiven Teilnahme an einem Krieg, Aufruhr, zivilen Unruhen, Terrorismus, kriminellen Aktivitäten oder Maßnahmen gegen ausländische Feindseligkeiten** resultieren, unabhängig davon, ob ein Krieg erklärt wurde oder nicht.
16. Behandlung von Erkrankungen oder Verletzungen, die direkt oder indirekt im Zusammenhang mit **chemischer Verunreinigung, Radioaktivität** oder **jeglichem Nuklearmaterial** stehen, einschließlich der Verbrennung von Kernbrennstoffen.
17. Untersuchung oder Behandlung von **Schlafstörungen**, einschließlich Insomnie.
18. Kosten für die **Beschaffung eines Organs** bei einer Transplantation, wie z. B. Spendersuche,

Typisierung, Organentnahme, Transport und Verwaltungskosten.

19. Diagnostik und Therapie von **Verletzungen, die ihren Ursprung in der Ausübung von Berufssport** haben.
20. 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.
21. **Orthomolekulare Behandlung** (siehe Definition 1.44).
22. Von Ihnen, Ihrem Ehepartner, Ihren Eltern oder Kindern durchgeführte **Konsultationen** sowie **verschriebene Medikamente oder Behandlungen**.

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

24. **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.
25. Untersuchungen und Behandlungen aufgrund von **Übergewicht**.
26. Untersuchungen und Behandlungen von **Haarverlust** sowie jeglicher **Haarersatz**, es sei denn, der Haarverlust ist auf eine Krebstherapie zurückzuführen.
27. **Ergänzende Behandlung** mit Ausnahme der Behandlungen, die in der Tariflichen Leistungszusage aufgeführt sind.

28. Behandlungen, die infolge der **Nichtbeachtung eines ärztlichen Rats** oder der **Nichtkonsultation eines Arztes** notwendig werden.
29. Behandlungen, die aufgrund eines **Kunstfehlers** erforderlich werden.
30. Operationen und Behandlungen zur **Geschlechtsumwandlung**.
31. **Behandlungen in den USA** werden nicht erstattet, wenn wir wissen oder vermuten, dass der Versicherte die Versicherung abgeschlossen hat, um sich in den USA wegen einer Krankheit behandeln zu lassen, deren Symptome bereits vor dem Abschluss aufgetreten sind.
32. 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**.
- 33a. Wenn Ihre Tarifliche Leistungszusage die spezifisch aufgeführte Leistung „**Behandlungen bei Unfruchtbarkeit**“ nicht einschließt, beschränkt sich der Versicherungsschutz auf **nicht-invasive Untersuchungen zur Ermittlung der Unfruchtbarkeitsursache** innerhalb der Grenzen Ihres Ambulanttarifs (dies gilt **nur** für Versicherte im Rahmen unserer „**Internationalen Krankenversicherungstarife**“).
- 33b. Sofern in der Tariflichen Leistungszusage nicht anders angegeben, besteht kein Versicherungsschutz für die Untersuchung, Behandlung und Folgeerscheinungen von **sexueller Dysfunktion, Sterilisierung und Verhütung** einschließlich des Einsetzens, Entfernens und Anpassens jeglicher zur Verhütung gebräuchlicher Hilfsmittel, selbst wenn diese aus anderen medizinischen Gründen

verschrieben wurden. Die einzige Ausnahme sind von einem Dermatologen verschriebene Verhütungsmittel zur Behandlung von Akne. (Im Rahmen des „Krankenversicherungstarifs für die Kanalinseln“ ist auch **Unfruchtbarkeit** in diesem **Ausschluss** einbegriffen).

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

35. Die stationäre Behandlung für **Mehrlingsgeburten infolge medizinisch assistierter Fortpflanzung** ist auf 24.900 £/ 30.000 €/ 42.500 US\$/45.000 CHF pro Kind für die ersten drei Monate nach der Geburt beschränkt. Ambulante Behandlungen sind innerhalb der Grenzen eines entsprechenden Ambulanttarifs versichert.

36. Genetische Tests mit Ausnahme von DNA-Tests, die versichert sind, wenn sie im direkten Zusammenhang mit einer versicherten Fruchtwasseruntersuchung durchgeführt werden, z. B. bei Frauen ab 35 Jahren.

37. Geburtsvor- und Geburtsnachbereitungskurse.

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

39. Folgende Erkrankungen, Behandlungen oder Verfahren einschließlich etwaiger negativer Folgen sind **nicht versichert**, es sei denn, sie sind in Ihrer Tariflichen Leistungszusage enthalten:

39.1 Zahnbehandlung, Zahnchirurgie, zahnärztliche Parodontalbehandlung, kieferorthopädische Behandlung und Zahnersatz, mit Ausnahme chirurgischer

Maßnahmen im Mundbereich, die im Rahmen Ihres Haupttarifs versichert sind

- 39.2 Ambulante Behandlung
- 39.3 Zahnärztliche Notfallbehandlung
- 39.4 Reguläre Schwangerschaft und Komplikationen bei der Entbindung
- 39.5 Komplikationen während der Schwangerschaft
- 39.6 Hausentbindung
- 39.7 Verschriebene Brillen und Kontaktlinsen
- 39.8 Verschriebene medizinische Hilfsmittel
- 39.9 Impfungen
- 39.10 Vorbeugende Behandlungen
- 39.11 Vorsorgeuntersuchungen, inkl. Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten
- 39.12 Stationäre Psychiatrie und Psychotherapie
- 39.13 Ambulante Psychiatrie und Psychotherapie
- 39.14 Behandlungen bei Unfruchtbarkeit
- 39.15 Rehabilitationsmaßnahmen
- 39.16 Medizinischer Rücktransport

- 39.17 Transportkosten für versicherte Familienmitglieder im Falle eines Rücktransports
- 39.18 Transportkosten für Versicherte, die ein in Lebensgefahr schwebendes oder ein verstorbene Familienmitglied begleiten
- 39.19 Kosten für eine Begleitperson im Falle einer/s medizinischen Überführung/Rücktransports
- 39.20 Reisekosten für versicherte Familienmitglieder im Falle eines Rücktransports
- 39.21 Reisekosten für versicherte Familienmitglieder im Falle einer Überführung der sterblichen Überreste
- 39.22 Laseraugenkorrektur
- 39.23 Organtransplantation

b1) Die folgenden zusätzlichen Bedingungen, Ausschlüsse und Beschränkungen gelten für [alle Tarife mit Ausnahme des „Krankenversicherungstarifs für die](#)

Kanalinseln“ (dessen zusätzliche Ausschlüsse werden unter Punkt b2 nachstehend genannt):

40. Vorerkrankungen (einschließlich chronischer Vorerkrankungen) sind versichert, sofern nicht anders in einem Sondervereinbarungs-Formular angegeben, welches Sie vor Versicherungsbeginn erhalten haben (falls zutreffend). Bitte beachten Sie, dass **Vorerkrankungen, die nicht von Ihnen auf dem relevanten Antragsformular angegeben wurden, nicht versichert sind.** Ferner werden Erkrankungen, die zwischen dem Ausfüllen des relevanten Antragsformulars und der Bestätigung durch unser Risikoprüfungsteam auftreten, ebenfalls als Vorerkrankungen betrachtet. Diese sind nicht versichert, wenn sie nicht angegeben werden.

41. Sprachtherapie ist nur erstattungsfähig im Zusammenhang mit einer diagnostizierten

physischen Beeinträchtigung, wie z. B. nasaler Obstruktion, neurogenen Defekten (z. B. Zungenlähmung, Gehirnschäden) oder Artikulationsstörungen, welche die Mundstruktur beeinflussen (z. B. Gaumenmissbildung). Wir erstatten keine Sprachtherapie, die im Zusammenhang mit Entwicklungsstörungen steht, wie z. B. Legasthenie, Dyspraxie oder expressive Sprachstörungen.

42. 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“ abgedeckt sind, falls diese im Versicherungsschutz beinhaltet sind.

b2) Die folgenden zusätzlichen Bedingungen, Ausschlüsse und Beschränkungen gelten nur für den **„Krankenversicherungstarif für die Kanalinseln“**:

40. Vorerkrankungen.

41. Für chronische Erkrankungen besteht kein Versicherungsschutz.

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

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

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

44. Zahnchirurgie, Zahnersatz, zahnärztliche Parodontalbehandlung und kieferorthopädische Behandlungen, mit Ausnahme der zahnärztlichen Behandlung laut Definition.

45. Organtransplantation.

46. Die Kosten für Reisen zu einer anderen Kanalinsel, ins Vereinigte Königreich und nach Frankreich für stationäre oder teilstationäre Behandlungen in einem Krankenhaus werden von uns nicht erstattet, wenn die vorgeschlagenen Behandlungen oder alternative

Behandlungsmöglichkeiten vor Ort verfügbar sind. Die entstandenen Behandlungskosten werden jedoch im Rahmen der Erstattungsbeträge Ihres Tarifs von uns übernommen.

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

48. Reisekosten werden in folgenden Fällen nicht von uns erstattet:

- Wenn die Kosten vom britischen Gesundheitsministerium (Department of Health) übernommen werden.
- Wenn die Behandlung nicht versichert ist.
- Wenn die Reise nicht von Ihrem Arzt empfohlen wurde.
- Wenn es sich um Kosten für einen Elternteil handelt, der ein Kind ab 18 Jahren begleitet.

- Wenn es sich um zusätzlich anfallende Reisekosten handelt, z. B. Hotelunterkunft oder Mahlzeiten.
- Wenn wir vor der Reise nicht zugestimmt haben, alle Reisekosten zu übernehmen.
- Wenn es sich um Reisekosten handelt, die über dem Normalpreis liegen.

49. Folgende Leistungen sind **nicht im Versicherungsschutz** im Rahmen des „Krankenversicherungstarifs für die Kanalinseln“ **enthalten:**

49.1 Sprachtherapie

49.2 Okulomotortherapie

49.3 Podologie

49.4 Medizinische Überführung oder medizinischer Rücktransport

49.5 Rücktransport im Todesfall

49.6 Brillenreparaturen

Beitragszahlung und allgemeine Informationen

Im folgenden Abschnitt finden Sie allgemeine Informationen zur Beitragszahlung und zu anderen wichtigen Versicherungsdaten.

Beitragszahlung

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

Versicherungsbeiträge sind stets im Voraus zu entrichten. Der vereinbarte Betrag und die von Ihnen gewählte Zahlungsweise werden vor der Ausstellung Ihres Vertrags im Angebot angegeben. Der **Erstbeitrag** bzw. die erste Beitragsrate ist sofort nach der Annahme Ihres Versicherungsantrags durch uns fällig.

Folgebeiträge sind jeweils am ersten Tag des gewählten Zahlungszeitraums fällig. Sie können je nach vereinbarter Zahlungsweise monatliche, vierteljährliche, halbjährliche oder jährliche Zahlung wählen. Wenn die im Angebot vereinbarte und die im Schreiben mit Ihren Zahlungsangaben bzw. 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.

Zahlen Sie Ihre Beiträge bitte in der Währung, die Sie bei der Antragstellung gewählt haben. Wenn Sie Ihren Beitrag aus irgendeinem Grund nicht zahlen können, rufen Sie uns bitte unter der Nummer + 353 1 630 1302 an. Änderungen der Zahlungsbedingungen sind nur bei Versicherungsverlängerung möglich und müssen schriftlich unter Einhaltung einer Frist von mindestens 30 Tagen vor

dem Verlängerungsdatum eingereicht werden. Die Nichtzahlung des Erst- oder Folgebeitrags kann den Verlust des Versicherungsschutzes zur Folge haben.

Wird der **Erstbeitrag** nicht fristgerecht bezahlt, kann Allianz Worldwide Care so lange vom Vertrag zurücktreten, wie der Erstbetrag aussteht. Wenn wir die ausstehenden Beiträge nicht innerhalb von drei Monaten ab Versicherungsbeginn gerichtlich geltend machen, gilt dies als Rücktritt vom Vertrag.

Wird ein **Folgebeitrag** nicht fristgerecht bezahlt, so kann Allianz Worldwide Care schriftlich und zu Lasten des Versicherungsnehmers eine Frist von mindestens zwei Wochen zur vollständigen Bezahlung des ausstehenden Beitrags setzen. Nach Ablauf dieser Frist kann Allianz Worldwide Care den Vertrag schriftlich und mit sofortiger Wirkung kündigen und die Leistungen einstellen.

Die Wirksamkeit der Kündigung kann aufgehoben werden, indem der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung bzw. innerhalb eines Monats nach Ablauf einer gesetzten Frist den ausstehenden Betrag bezahlt. Dies setzt voraus, dass zwischenzeitlich **kein Schadenfall eingetreten** ist.

Einmal jährlich zum Verlängerungsdatum passen wir den **Versicherungsbeitrag** an. Wir behalten uns vor, zu diesem Zeitpunkt auch die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Einzelversicherung zu ändern.

Zahlung anderer Gebühren

Neben den Versicherungsbeiträgen müssen Sie auch die Versicherungssteuer und etwaige nach Versicherungsbeginn neu eingeführte 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. Die Höhe der Versicherungssteuer bzw. der eventuellen anderen Steuern, Abgaben oder Gebühren, die Sie an uns entrichten müssen, ist im Schreiben mit Ihren Zahlungsangaben bzw. in der Rechnung aufgeführt.

Vorbehaltlich etwaiger anders lautender gesetzlicher Bestimmungen sind die Versicherungssteuer bzw. die eventuellen anderen Steuern, Abgaben oder Gebühren gleichzeitig mit dem Versicherungsbeitrag zu zahlen.

Beitrags- und Gebührenänderungen

Einmal jährlich zum Verlängerungsdatum können wir die Methoden zur Beitragsberechnung und

Beitragsfestlegung, die von Ihnen zu zahlenden Beträge und die Zahlungsweise ändern. Wenn wir Änderungen vornehmen, so gelten diese erst ab dem Verlängerungsdatum.

Wir sind berechtigt, die Höhe der an uns zu entrichtenden Versicherungssteuer bzw. der anderen Steuern, Abgaben oder Gebühren jederzeit zu ändern, wenn der Versicherungssteuersatz geändert wird, neue Steuern, Abgaben oder Gebühren eingeführt werden oder eine Änderung der Höhe derartiger Steuern, Abgaben oder Gebühren erfolgt.

Wenn wir die Höhe der Beiträge oder der an uns zu entrichtenden Versicherungssteuer bzw. der eventuellen anderen Steuern, Abgaben oder Gebühren ändern, setzen wir Sie von diesen Änderungen schriftlich in Kenntnis. Wenn Sie mit

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

Wichtige Ereignisse

In diesem Handbuch finden Sie immer wieder Hinweise auf wichtige Ereignisse wie z. B. Beginn, Verlängerung bzw. Ende Ihrer Versicherung oder die Aufnahme von Familienangehörigen in den Versicherungsvertrag. In diesem Abschnitt wird genau erklärt, wann und wie diese Ereignisse erfolgen. Wir möchten unseren Service für Sie laufend verbessern und bitten Sie deshalb, uns den

Grund einer eventuellen Kündigung Ihrer Versicherung mitzuteilen.

Versicherungsbeginn

Ihr Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Anfangsdatum und gilt für zwölf Monate, wenn wir die Annahme Ihres Antrags schriftlich und durch Aushändigung des Versicherungsscheins bestätigt haben. Es gelten die im Versicherungsschein genannten Bedingungen. Leistungen werden nur dann erbracht, wenn der Erstbeitrag und die Folgebeiträge bei Fälligkeit gezahlt wurden.

Beginn und Ende des Versicherungsschutzes für mitversicherte Familienangehörige

Wenn eine weitere Person als Familienangehöriger mitversichert wird, beginnt deren Versicherungsschutz an dem im letzten Versicherungsschein, in dem die Person namentlich aufgeführt ist, genannten Gültigkeitsdatum. Die Mitversicherung bleibt bis zum Ausscheiden des Versicherungsnehmers aus dem Vertrag bestehen (und so lange, wie eventuelle Kinder innerhalb der definierten Altersbegrenzung für mitversicherte Angehörige bleiben). Bei Ablauf Ihrer Versicherung endet auch der Versicherungsschutz für Ihre Familienangehörigen. Auf Wunsch können die im Versicherungsschein genannten Familienangehörigen jedoch selbst einen Antrag auf Versicherung stellen, sofern sie die Anforderungen an das Mindestalter erfüllen. Der

Versicherungsschutz endet auch für Familienangehörige, die die festgelegte Altersgrenze überschreiten. Auf Wunsch können diese jedoch selbst einen Antrag auf Versicherung stellen.

Mitversichern von Familienangehörigen

Sie können die Mitversicherung eines Familienmitglieds, als einen Ihrer Angehörigen innerhalb Ihres Versicherungsvertrags, durch Ausfüllen des relevanten Antragsformulars beantragen.

Neugeborene (mit Ausnahme von Mehrlingsgeburten) werden ohne medizinische Risikoprüfung vom Tag der Geburt an mitversichert. Voraussetzung ist jedoch, dass wir innerhalb von vier Wochen nach der Geburt benachrichtigt werden und die leibliche Mutter seit sechs Monaten

ohne Unterbrechung bei uns versichert ist. Erfolgt die Benachrichtigung später als vier Wochen nach der Geburt, unterliegen Neugeborene einer medizinischen Risikoprüfung und der Versicherungsschutz tritt erst ab dem Tag der Annahme durch uns in Kraft. Wenn Sie ein Neugeborenes zu Ihrem Versicherungsschutz hinzufügen möchten, schicken Sie bitte einen Antrag an unser Risikoprüfungsteam an **underwriting@allianzworldwidecare.com**. Die stationäre Behandlung für Mehrlingsgeburten infolge medizinisch assistierter Fortpflanzung ist bis zu einem Höchstbetrag von 24.900 £/30.000 €/42.500 US\$/45.000 CHF pro Kind für die ersten drei Monate nach der Geburt versichert. Ambulante Behandlungen sind innerhalb der Grenzen eines entsprechenden Ambulanttarifs versichert.

Bitte beachten Sie, dass generell alle Mehrlingsgeburten einer medizinischen Risikoprüfung unterliegen.

Wechsel des Aufenthaltslandes

Es ist wichtig, dass Sie uns über einen Wechsel Ihres Aufenthaltslandes informieren.

Falls Sie in Ihr Heimatland zurückkehren und dort Ihren Hauptwohnsitz anmelden, kann Ihre Versicherung fortgeführt werden, sofern Ihr Heimatland in Ihrem geografischen Geltungsbereich liegt. Bitte beachten Sie, dass Versicherungsschutz in manchen Ländern lokalen Gesetzgebungen für Krankenversicherungen unterliegt, insbesondere für Staatsangehörige dieses Landes. Sie müssen auf eigene Verantwortung sicherstellen, dass Ihre

Krankenversicherung den gesetzlichen Anforderungen entspricht. Wir empfehlen Ihnen daher, hierzu unabhängigen rechtlichen Rat einzuholen.

Beachten Sie bitte, dass wir Ihnen leider keinen Versicherungsschutz anbieten können, falls Sie Ihren permanenten Wohnsitz in die Vereinigten Staaten verlegen, da unsere Tarife nicht den lokalen Gesetzen entsprechen.

Verlängerung der Versicherung

Der Vertrag wird für zwölf Monate abgeschlossen. Er wird automatisch um ein weiteres Versicherungsjahr verlängert, vorausgesetzt, dass der Tarif für Sie und Ihre Familienangehörigen (falls zutreffend) weiterhin angeboten wird, alle fälligen Beitragszahlungen bei uns eingegangen sind und

Ihre Zahlungsangaben bei Vertragsverlängerung weiterhin gültig sind. Diese beinhalten beispielsweise aktuelle Kreditkartendaten für Zahlungen per Kreditkarte. Bitte beachten Sie, dass Sie uns bei Erhalt einer neuen Kreditkarte mit neuem Gültigkeitsdatum über diese Änderung in Kenntnis setzen müssen.

Sie erhalten einen Monat vor dem Verlängerungsdatum einen neuen Versicherungsschein, der den Beitrag für das nächste Versicherungsjahr enthält. Wenn Sie Ihren Versicherungsschein nicht innerhalb eines Monats vor dem für Sie geltenden Verlängerungsdatum erhalten, müssen Sie uns unbedingt informieren.

Nach Erhalt des Versicherungsscheins zur Verlängerung können Sie den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat

schriftlich kündigen. Die Verlängerung kann von besonderen Bedingungen abhängig gemacht werden. Eventuell neu festgelegte Versicherungsbedingungen und Tarifliche Leistungszusagen gelten für das gesamte neue Versicherungsjahr.

Bitte beachten Sie: Wenn bei der Verlängerung ein Wechsel des Versicherungsnehmers beantragt wird, muss der neue Versicherungsnehmer ein relevantes Antragsformular ausfüllen und es erfolgt eine medizinische Risikoprüfung. Nur im Todesfall des aktuellen Versicherungsnehmers gelten eben genannte Regeln nicht (bitte beachten Sie für weitere Informationen den nächsten Abschnitt „Beendigung der Versicherung“).

Beendigung der Versicherung

In folgenden Fällen endet Ihr Versicherungsschutz automatisch:

- Wenn Sie die Beiträge nicht spätestens zum Fälligkeitsdatum bezahlen. Wenn Sie die ausstehenden Beiträge innerhalb von 30 Tagen nach Fälligkeit bezahlen, kann die Versicherung ohne Ausfüllen eines neuen Antragsformulars bestehen bleiben. Wenn Sie Ihren Beitrag aus irgendeinem Grund nicht zahlen können, rufen Sie uns bitte unter der Nummer **+ 353 1 630 1302** an.
- Wenn Sie etwaige Versicherungssteuern bzw. andere Steuern, Abgaben oder Gebühren, die laut Vertrag zu entrichten sind, nicht spätestens bis zum Fälligkeitsdatum bezahlen.

- Bei Ableben des Versicherungsnehmers. Wenn der Versicherungsnehmer stirbt, kann der nächste im Versicherungsschein genannte Familienangehörige seine Aufnahme als Versicherungsnehmer beantragen und andere Familienangehörige mitversichern lassen. Wenn der Antrag **innerhalb von 28 Tagen** gestellt wird, können wir nach eigenem Ermessen darauf verzichten, zusätzlich zu den für den Antragsteller zum Zeitpunkt des Ablebens des Versicherungsnehmers geltenden Beschränkungen und Ausschlüssen spezielle persönliche Beschränkungen und Ausschlüsse in den Versicherungsvertrag aufzunehmen.

Wir können die Versicherung einer Person und aller anderen im Versicherungsschein genannten Personen kündigen, wenn ausreichende Beweise vorliegen, dass die betroffene Person uns

irreführt hat oder versucht hat, uns irrezuführen. Damit ist gemeint, dass sie falsche Angaben gemacht oder Tatsachen verschwiegen hat oder mit ihrem Einverständnis von einem Dritten vorsätzlich oder fahrlässig falsche Angaben gemacht wurden, die für die Beurteilung folgender Fragen wichtig gewesen wären:

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

Wenn Ihre Versicherung nicht aufgrund von Betrug oder Unterlassung einer wesentlichen Angabe (siehe nächster Abschnitt), sondern aus einem anderen Grund endet, erstatten wir alle Beiträge, die Sie für den Zeitraum nach Versicherungsende

gezahlt haben. Wir sind jedoch berechtigt, Beträge abzuziehen, die Sie uns noch schulden.

Allgemeine Informationen

Kündigung und Betrug

- a. Wenn Sie den fälligen und geschuldeten Versicherungsbeitrag nicht vollständig zahlen, wird die Versicherung gekündigt. In diesem Fall informieren wir Sie über die Kündigung, und der Vertrag gilt ab dem Datum, an dem die Zahlung des Versicherungsbeitrags fällig gewesen wäre, als gekündigt. Wenn der Versicherungsbeitrag jedoch spätestens 30 Tage nach dem Fälligkeitsdatum bezahlt wird, lassen wir Ihren Versicherungsschutz wieder aufleben, wobei alle Leistungsansprüche, die sich im Kündigungszeitraum ergeben haben, geltend gemacht werden können. Wenn der Versicherungsbeitrag jedoch erst nach Ablauf dieser 30-tägigen Frist bezahlt wird, müssen Sie eine Gesundheitserklärung ausfüllen, bevor wir den Versicherungsschutz vorbehaltlich einer medizinischen Risikoprüfung wieder aufleben lassen können.
- b. Wenn Sie oder Ihre Familienangehörigen wesentliche Fakten falsch angegeben oder verschwiegen haben, die unsere Risikoprüfung beeinflussen könnten, insbesondere bezüglich wesentlicher im relevanten Antragsformular angegebenen Informationen, wird der Vertrag mit Wirkung zum Versicherungsbeginn ungültig, wenn wir Ihnen nicht schriftlich eine andere Entscheidung bestätigen.
Erkrankungen, die zwischen dem Ausfüllen des relevanten Antragsformulars und der

Bestätigung durch unser Risikoprüfungsteam auftreten, werden ebenfalls als Vorerkrankungen betrachtet. Diese sind nicht versichert, wenn sie nicht angegeben werden.

Der Antragsteller ist verpflichtet, uns zu informieren, wenn er nicht sicher ist, ob eine Information wesentlich ist. Wenn sich der Vertrag aufgrund von Falschangaben oder Nichtoffenlegung wesentlicher Informationen als ungültig erweist, werden wir den zuviel gezahlten Versicherungsbeitrag zurückerstatten, abzüglich der Kosten für bereits erstattete Leistungen. Falls die Kosten für bereits erstattete Leistungen höher als der geleistete Versicherungsbeitrag sein sollten, werden wir die Rückerstattung dieses Betrags beim Hauptversicherten geltend machen.

- c. Ist eine Forderung in irgendeiner Hinsicht 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 Leistungsansprüche verfallen. Wenn bereits vor Bekanntwerden der betrügerischen Handlungen oder Auslassungen Leistungserstattungen erfolgten, sind diese an uns zurückzuerstatten. Wenn sich eine Versicherung aufgrund falscher, betrügerischer oder vorsätzlich übertriebener Leistungsanträge als unwirksam erweist oder wenn betrügerische Mittel eingesetzt wurden, wird der Beitrag weder zu Teilen noch als Ganzes zurückerstattet und alle laufenden Leistungserstattungen

verfallen. Im Falle betrügerischer Leistungsanträge, wird die Versicherung ab dem Zeitpunkt der Entdeckung des betrügerischen Ereignisses gekündigt.

Todesfall

Im Falle des Todes des Versicherungsnehmers oder eines Angehörigen teilen Sie uns dies bitte **innerhalb von vier Wochen** schriftlich mit. Die betreffende Versicherung wird dann beendet, und der Beitrag wird anteilmäßig zurückgezahlt, falls keine Leistungsansprüche beantragt wurden. Wir behalten uns das Recht vor, eine Sterbeurkunde zu verlangen, bevor die Rückerstattung erfolgt. Bei Ableben des Versicherungsnehmers, kann ein mitversicherter Familienangehöriger die Übernahme des Versicherungsvertrags beantragen,

sofern er dies wünscht und die Anforderungen an das Mindestalter erfüllt.

Ihr Kündigungsrecht

Sie können die Versicherung innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt der vollständigen Versicherungsbedingungen oder ab Versicherungsbeginn/dem Verlängerungsdatum Ihrer Versicherung (es gilt das später eintreffende) schriftlich kündigen. Schicken Sie das Kündigungsschreiben bitte an unser Kundenserviceteam („Client Services Team“). Die Kündigung Ihrer Versicherung kann nicht rückdatiert werden.

Falls Sie die Versicherung kündigen möchten, füllen Sie bitte das Formular „Widerspruchsrecht“ aus, das Ihnen mit Ihren Versicherungs- bzw. Verlängerungsunterlagen zugestellt wurde. Schicken Sie uns

dieses Formular bitte per E-Mail an client.services@allianzworldwidecare.com.

Alternativ können Sie es auch per Post an folgende Adresse schicken:

**Client Services Team, Allianz Worldwide Care,
18B Beckett Way, Park West Business Campus,
Nangor Road, Dublin 12, Irland**

Nachdem Sie uns benachrichtigt haben, werden alle von Ihnen in dem aktuellen Versicherungsjahr zuviel gezahlten Beiträge in voller Höhe erstattet, sofern keine Leistungsansprüche beantragt wurden. Wenn Sie die Versicherung nicht innerhalb dieses Zeitraums von 30 Tagen kündigen, ist der Versicherungsvertrag für beide Vertragsparteien bindend und der gesamte Beitrag für das jeweilige Versicherungsjahr in der von Ihnen gewählten Zahlungsfrequenz zu bezahlen.

Nach Beginn/Verlängerung Ihres Versicherungsvertrags können Sie ebenfalls die Versicherung von Familienangehörigen, die in Ihrem Versicherungsschein bei Beginn/Verlängerung angegeben sind, aus einem beliebigen Grund innerhalb dieser 30 Tage schriftlich kündigen. Füllen Sie dazu bitte das Formular „Widerspruchsrecht“ aus und schicken Sie es uns per E-Mail oder Post zu.

In diesem Fall haben Sie Anspruch auf volle Erstattung sämtlicher Beiträge des aktuellen Versicherungsjahres, die Sie für den (die) betreffenden Familienangehörigen zuviel bezahlt haben, sofern für ihn (sie) keine Leistungsansprüche geltend gemacht wurden.

Änderung der Bedingungen des Versicherungsschutzes

Änderungen am Versicherungsschutz können nur bei Vertragsverlängerung erfolgen. Wenn Sie den Versicherungsumfang ändern möchten, sollten Sie sich vor dem Verlängerungsdatum Ihrer Versicherung an uns wenden, um die verfügbaren Optionen zu besprechen. Falls Sie den Versicherungsumfang erweitern möchten, verlangen wir unter Umständen, dass Sie vor der Annahme Ihres Antrags durch uns einen Fragebogen zu Ihrer Krankengeschichte ausfüllen und/oder bestimmten Beschränkungen und Ausschlüssen zustimmen. Der Beitragssatz erhöht sich in diesem Fall und Wartezeiten können anfallen.

Bei Umzug in ein Land, das in Ihrem Geltungsbereich liegt, informieren Sie uns bitte so schnell wie möglich über Ihre neue Adresse, Ihre Kontaktangaben und Ihre Bankverbindung/Kreditkartendaten (je nachdem, für welche Methode Sie sich zur Zahlung Ihrer Beiträge entschieden haben). Ihr Versicherungsschutz wird ohne zusätzliche Kosten fortgesetzt.

Bei Umzug in ein Land, das außerhalb Ihres Geltungsbereichs liegt (wenn Ihr Geltungsbereich beispielsweise „Afrika“ lautet und Sie nach Großbritannien umziehen), müssen Sie sich mit uns in Verbindung setzen, um Ihren Geltungsbereich zu erweitern. Der Beitragssatz erhöht sich in diesem Fall und Wartezeiten können anfallen.

Wenn Sie Fragen zu Ihren Beiträgen haben oder sich die Umstände im Zusammenhang mit einem

Familienangehörigen geändert haben, wenden Sie sich bitte unter der Rufnummer + 353 1 630 1302 an uns, damit wir Ihre Möglichkeiten besprechen können.

Änderungen durch uns

Wir sind berechtigt, die Leistungen und Bedingungen Ihres Tarifs zum Verlängerungsdatum Ihrer Versicherung zu ändern. Sämtliche Änderungen gelten erst ab dem Verlängerungsdatum, und zwar ungeachtet des Zeitpunkts, zu dem die Änderungen vorgenommen wurden. Diese Änderungen können auf Folgendes Einfluss haben:

- auf die Höhe des Beitrags
- auf die Häufigkeit der Beitragszahlung
- auf Ihren Versicherungsschutz

Wir nehmen aufgrund von Erkrankungen, die nach Versicherungsbeginn angefangen haben, keine weiteren persönlichen Beschränkungen und Ausschlüsse in den Versicherungsvertrag auf, wenn wir vor dem Versicherungsbeginn die von uns geforderten Angaben erhalten haben und der Versicherte keinen Antrag auf Erweiterung des Versicherungsumfangs gestellt hat.

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

Änderung Ihrer Versicherungsdaten

Wir stellen Ihnen einen neuen Versicherungsschein aus, wenn:

- Sie einen weiteren Familienangehörigen, z. B. ein Neugeborenes, mitversichern.
- Wir andere von Ihnen gewünschte Änderungen bzw. solche Änderungen vornehmen müssen, zu deren Durchführung wir berechtigt sind, wie z. B. eine Änderung der Zahlungsweise.

Ihr neuer Versicherungsschein ersetzt Ihre ältere(n) Version(en) ab dem im neuen Versicherungsschein angegebenen Anfangsdatum.

Dritte

Keine andere Person ist berechtigt, für Sie Änderungen im Zusammenhang mit Ihrem Versicherungsschutz vorzunehmen oder zu bestätigen oder zu entscheiden, dass unsere Rechte nicht geltend gemacht werden. Eine Bestätigung des Versicherungsschutzes ist nur dann gültig, wenn sie schriftlich von uns ausgestellt wird.

Ablauf der Versicherung

Bei Ablauf Ihres Versicherungsvertrags erlischt Ihr Recht auf Erstattung versicherter Krankheitskosten. Alle versicherten Kosten, 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.

Wenn Ihre Behandlung durch Verschulden eines Dritten erforderlich wird

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. In diesem Fall müssen Sie die Versicherungsdaten des Schuldigen aufnehmen, damit wir die Kosten für die Behandlung, die wir bezahlt haben, von dem 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.

Wenn Sie durch eine andere Versicherung versichert sind

Falls Sie für die Kosten der Behandlung oder die Leistungen, die Sie von uns eingefordert haben, einen anderen Versicherungsschutz haben, müssen Sie uns dies schriftlich mitteilen. In diesem Fall zahlen wir nur unseren Anteil an den Behandlungskosten.

Wenn sich Ihre Adresse/E-Mail-Adresse ändert

Sie sollten unsere Helpline schnellstmöglich über jede Änderung Ihrer Privat-, Geschäfts- oder E-Mail-Adresse informieren.

Korrespondenz

Briefe müssen frankiert per Post oder per E-Mail an uns geschickt werden. Wir senden normalerweise keine Originalunterlagen an Sie zurück. Wenn Sie Originalunterlagen schicken und uns ersuchen, diese an Sie zurückzusenden, kommen wir Ihrem Wunsch natürlich nach.

Geltendes Recht

Ihre Versicherung unterliegt irischem Recht. Sämtliche Streitfälle, die nicht auf andere Weise beigelegt werden können, werden vor ein Gericht in Irland gebracht.

Geltendmachung von Leistungsansprüchen

Bevor Sie einen Leistungsanspruch geltend machen, **sollten Sie prüfen, ob Ihr Tarif die von Ihnen gewünschte Behandlung vorsieht**. Nähere Angaben finden Sie in Ihrer Tariflichen Leistungszusage.

Stationäre Leistungsansprüche

Wenn ein Krankenhausaufenthalt notwendig ist, vereinbaren wir, sofern möglich und vorbehaltlich einer rechtzeitigen Benachrichtigung, eine direkte Abrechnung der Kosten mit dem medizinischen Dienstleister unter Berücksichtigung eventueller Selbstbeteiligungen, Eigenanteile und maximaler Erstattungsbeträge. Dies bedeutet, dass wir die Rechnung für Sie begleichen und mit dem Krankenhaus direkt verhandeln.

Für alle stationären Behandlungen muss vor Behandlungsbeginn eine vorherige Kostenzusage eingeholt werden. Weitere wichtige Informationen zur **vorherigen Kostenzusage** finden Sie auf den Seiten 76 bis 80.

Wir können Sie im Falle einer direkten Erstattung schneller und effizienter unterstützen, wenn Sie die folgenden Schritte durchführen:

Für **geplante** Behandlungen:

1. Bitte laden Sie ein Formular zur vorherigen Kostenzusage von unserer Website **www.allianzworldwidecare.com/members** herunter. Sie und Ihr behandelnder Arzt müssen die entsprechend dafür vorgesehenen Abschnitte dieses Formulars ausfüllen.
2. Bitte senden Sie uns das ausgefüllte Formular spätestens fünf Werktage vor Behandlungsbeginn zu, damit wir sicherstellen können, dass zum Zeitpunkt Ihrer Aufnahme keine Verzögerungen auftreten. Sie können das Formular wahlweise wie folgt einreichen:

- per E-Mail an:
medical.services@allianzworldwidecare.com
- per Fax an: + 353 1 653 1780 oder
- Post an die auf dem Kostenzusageformular angegebene Adresse.
- Wenn die Behandlung **innerhalb von 72 Stunden** erfolgen soll, kann unsere Helpline alle Angaben für das Kostenzusageformular **telefonisch** entgegennehmen, wenn Sie die notwendigen Informationen zur Hand haben.

Für **Notfallbehandlungen**:

Für Notfallbehandlungen ist das vorherige Einreichen eines Kostenzusageformulars nicht notwendig. Sie, Ihr behandelnder Arzt, ein Familienangehöriger oder ein Kollege müssen/muss uns jedoch **innerhalb von**

48 Stunden nach Eintritt des Notfalls über Ihre Krankenhausaufnahme informieren. Bitte beachten Sie, dass unsere Helpline in diesem Fall alle Angaben für das Kostenzusageformular auch telefonisch entgegennehmen kann. Dies gibt uns die Gelegenheit, eine direkte Abrechnung der Kosten mit dem Krankenhaus zu arrangieren, sofern möglich.

Ambulante oder zahnärztliche Leistungsansprüche

Bei einer ambulanten oder zahnärztlichen Behandlung müssen Sie dem medizinischen Dienstleister zum Behandlungszeitpunkt die betreffenden Kosten zahlen. Anschließend können Sie die Erstattung dieser Kosten beantragen, die den Erstattungsbeträgen Ihres Tarifs unterliegen.

Bei jedem Besuch eines Allgemeinarztes, Zahnarztes oder Facharztes sollten Sie ein Erstattungsformular bei sich haben (dies kann von unserer Website www.allianzworldwidecare.com/members heruntergeladen werden) und die folgenden Schritte beachten:

1. Sie müssen sich von Ihrem Arzt/medizinischen Dienstleister eine Rechnung ausstellen lassen, die Angaben zur Diagnose oder zur Erkrankung, zur Behandlungsform und zu den in Rechnung gestellten Kosten enthält.
2. Bitte füllen Sie die Abschnitte 1 bis 5 des Erstattungsformulars selbst aus. Die Abschnitte 6 bis 7 müssen von Ihrem behandelnden Arzt ausgefüllt werden.
3. Bitte legen Sie bei Einreichung Ihres Erstattungsformulars alle Originalunterlagen,

Rechnungen und Belege bei, wie z. B. Rechnungen von Allgemeinärzten/Fachärzten und Apotheken mit zugehörigen Quittungen (sofern vorhanden).

Wenn Sie uns Ihre E-Mail-Adresse mitgeteilt haben, erhalten Sie eine automatische E-Mail-Benachrichtigung nach erfolgreicher Bearbeitung des Erstattungsformulars. Wenn wir keine E-Mail-Adresse von Ihnen haben, benachrichtigen wir Sie schriftlich unter der von Ihnen angegebenen Adresse, sobald Ihr Erstattungsanspruch bearbeitet wurde.

Bitte beachten Sie auch folgende wichtige Informationen:

1. Vergewissern Sie sich, dass Sie von jeglicher Korrespondenz mit uns eine Kopie behalten (insbesondere Kopien von Erstattungsformularen und Quittungen). Wir übernehmen

keine Haftung für Korrespondenz, die auf dem Postweg verloren geht.

2. Die Bearbeitung vollständig ausgefüllter Erstattungsformulare und die Ausstellung der Zahlungsanweisung an Ihre Bank erfolgen **innerhalb von 48 Stunden**. Wenn weitere Informationen zur Ausführung des Leistungsanspruchs benötigt werden, erhalten Sie und/oder Ihr behandelnder Arzt automatisch innerhalb von 48 Stunden nach Eingang des Erstattungsformulars eine Benachrichtigung per E-Mail oder Post.
3. **Wenn der geltend gemachte Betrag geringer ist als die Selbstbeteiligung Ihres Tarifs**, behalten Sie bitte das Erstattungsformular und die Belege in Ihren Unterlagen. **Bitte nicht wegwerfen oder vernichten**. Sammeln Sie alle Belege und Erstattungsformulare für ambulante Behandlungen, bis der Behandlungsbetrag die Selbstbeteiligung übersteigt. Schicken Sie uns dann sämtliche Erstattungsformulare mit allen Originalquittungen/-rechnungen zu.
4. Für **jede Person**, die Leistungsansprüche geltend macht, und für **jede Behandlung**, deren Kosten erstattet werden sollen, muss ein **separates Erstattungsformular** ausgefüllt werden.
5. Bitte **geben Sie auf dem Erstattungsformular die Währung an, in der wir Ihre Kosten erstatten sollen**. Anderenfalls werden wir Ihre Kosten in der Währung der Rechnung und Quittung erstatten. In manchen Fällen können wir aufgrund internationaler Bankvorschriften eine Zahlung nicht in der gewünschten Währung durchführen. In diesem Fall wird der Ihnen

geschuldete Betrag nach Möglichkeit in der Währung Ihrer Rechnung bezahlt. 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 des Leistungsantrags gültig ist.

6. Bitte vergewissern Sie sich, dass Ihre **Zahlungsangaben auf dem Erstattungsformular korrekt sind**, um Verzögerungen bei der Bearbeitung von Leistungsansprüchen zu vermeiden.
7. Bitte beachten Sie, **dass bei bestimmten ambulanten Behandlungen eine vorherige Kostenzusage** vor Behandlungsbeginn vereinbart werden muss. Bitte entnehmen Sie der Tariflichen Leistungszusage, für welche

Leistungen eine vorherige Kostenzusage erforderlich ist.

8. Bitte beachten Sie, dass **lediglich Kosten für in Anspruch genommene Behandlungen** im Rahmen der Erstattungsbeträge Ihres Tarifs und unter Berücksichtigung der erforderlichen Kostenzusage erstattet werden. Die in der Tariflichen Leistungszusage genannten prozentualen Selbstbehalte und Eigenanteile sind dabei abzuziehen.
9. **Bei Ablauf Ihres Versicherungsvertrags erlischt Ihr Recht auf Erstattung versicherter Krankheitskosten** (nähere Informationen finden Sie im Abschnitt „Ablauf der Versicherung“ auf den Seiten 67 und 68).

10. Alle Leistungsansprüche müssen uns **spätestens sechs Monate nach Ablauf des Versicherungsjahres** mit den entsprechenden Unterlagen, Rechnungen und Quittungen im Original vorliegen oder, wenn die Versicherung innerhalb des Jahres gekündigt wird, **spätestens sechs Monate nach Ende des Versicherungsschutzes**. Nach Ablauf dieses Zeitraums sind wir nicht zur Erstattung verpflichtet.

Sie und Ihre Angehörigen erklären sich damit einverstanden, uns bei der Beschaffung von Informationen zu unterstützen, die zur Regelung der Erstattungsansprüche notwendig sind. Wir sind berechtigt, zur Prüfung der medizinischen Leistungspflicht in direkten Kontakt mit medizinischen Dienstleistern oder behandelnden Ärzten zu treten und medizinische Unterlagen anzufordern. 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.

Sie können den Status Ihres Erstattungsantrags auf unserer Website unter Online Services überprüfen.

Leistungsansprüche im Todesfall durch einen Unfall

Wenn diese Leistung Teil Ihres Krankenversicherungstarifs ist, beachten Sie bitte, dass Erstattungsanträge innerhalb von 90 Werktagen nach dem Todestag inklusive der folgenden Dokumente eingereicht werden müssen:

- eine Sterbeurkunde.
- ein medizinischer Bericht, der die Todesursache enthält.

- ein schriftlicher Bericht, der das Datum, den Ort und die Umstände des Unfalls kurz darstellt.
- offizielle Unterlagen, die den Familienstatus des Versicherten, sowie die Identität der Begünstigten als auch deren Beziehung zum Versicherten nachweisen.

Begünstigt sind, soweit nicht anderweitig vom Versicherten angegeben:

- der in gültiger Ehe lebende Ehepartner.
- bei Abwesenheit eines solchen Ehepartners: die hinterlassenen Kinder des Versicherten (inklusive Stief-, Adoptiv- und Pflegekinder) und die innerhalb von 300 Tagen nach dem Tod des Versicherten geborenen Kinder zu gleichen Teilen.
- bei Abwesenheit von Kindern: Vater und Mutter des Versicherten zu gleichen Teilen (oder der jeweilige Verbliebene von beiden).

- bei Abwesenheit der Eltern: geht die Summe in die Erbmasse des Versicherten ein.

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

Bitte beachten Sie, dass im Falle des Todes des Versicherten und eines oder aller Begünstigten in demselben Ereignis, der Versicherte als zuletzt verschieden gilt.

Vorherige Kostenzusage

Bitte entnehmen Sie Ihrer Tariflichen Leistungsusage, ob und welche Leistungen eine vorherige Kostenzusage erfordern.

Adresse:

Allianz Worldwide Care
18B Beckett Way
Park West Business Campus
Nangor Road
Dublin 12
Irland

Was ist eine vorherige Kostenzusage?

Für bestimmte Behandlungen und Kosten ist eine vorherige Kostenzusage erforderlich. Nach der Zustimmung durch Allianz Worldwide Care kann dann die Erstattung dieser notwendigen Behandlungen oder Kosten garantiert werden. Die Versicherungsleistungen, die eine vorherige Kostenzusage erfordern, sind in der Tariflichen Leistungszusage mit einer **1** oder einer **2** gekennzeichnet. Sofern erforderlich, müssen Sie und Ihr Arzt die dafür vorgesehenen Abschnitte des Formulars zur vorherigen Kostenzusage ausfüllen und vor Behandlungsbeginn an uns übermitteln, um unsere Zustimmung für eine Kostenübernahme zu erhalten.

Bitte setzen Sie sich **mindestens fünf Werktage vor Beginn einer Behandlung** mit uns in Verbindung,

damit wir sicherstellen können, dass zum Zeitpunkt Ihrer Aufnahme keine Verzögerungen auftreten. Wir beantworten Anträge zur vorherigen Kostenzusage innerhalb von 24 Stunden, sofern uns ein vollständig ausgefülltes Formular mit allen notwendigen Informationen vorliegt.

Bitte beachten Sie, dass wir Kostenzusageanfragen für **Behandlungen, die innerhalb von 72 Stunden** erfolgen sollen, auch telefonisch über unsere Helpline bewilligen können.

Wann ist eine vorherige Kostenzusage erforderlich?

Für folgende Leistungen, die innerhalb Ihres Tarifs versichert sein können, ist eine vorherige Kostenzusage erforderlich:

- Alle stationären Leistungen¹, die in Ihrem Haupttarif genannt sind
 - Kernspin-² (MRT), Positronenemissions-² (PET) und Computer-Positronenemissionstomografie² (CT-PET)
 - Häusliche Pflege oder Aufenthalt in einem Genesungsheim²
 - Reguläre Schwangerschaft², Komplikationen bei Schwangerschaft² und Entbindung² (nur bei stationärem Aufenthalt)
 - Onkologie² (nur bei stationärer und teilstationärer Behandlung)
 - Ambulante Operationen²
 - Teilstationäre Behandlung/Tagesklinik²
 - Beschäftigungstherapie² (nur bei ambulanter Behandlung)
 - Rehabilitationsmaßnahmen²
 - Palliativmedizinische Betreuung und Langzeitpflege²
 - Medizinische Überführung² (oder Rücktransport bei entsprechender Versicherung)
 - Kosten für eine Begleitperson im Falle einer/s medizinischen Überführung/Rücktransports²
 - Reisekosten für versicherte Familienmitglieder im Falle einer Überführung (oder eines Rücktransports, falls versichert)²
 - Rücktransport im Todesfall²
 - Transportkosten für versicherte Familienmitglieder im Falle einer Rückführung der sterblichen Überreste²
 - Transportkosten für Versicherte, die ein in Lebensgefahr schwebendes oder ein verstorbene Familienmitglied begleiten²
 - Reisekosten² zu einer anderen Kanalinsel, ins Vereinigte Königreich oder nach Frankreich
- Bitte entnehmen Sie Ihrer Tariflichen Leistungszusage, für welche Leistungen eine

vorherige Kostenzusage vor Behandlungsbeginn eingeholt werden muss.

Warum ist eine vorherige Kostenzusage erforderlich?

Wie bei allen Krankenversicherungen übernimmt Ihr Tarif nur die Behandlungen, die medizinisch notwendig und deren Kosten üblich und angemessen sind. Deshalb ist es unbedingt notwendig, uns vor der Behandlung zu kontaktieren, damit wir bestätigen können, dass eine medizinische Notwendigkeit vorliegt und die Kosten angemessen sind.

- Für den Fall einer geplanten Behandlung können wir mit dem Krankenhaus in Kontakt treten und dafür sorgen, dass die Krankenhausaufnahme reibungslos verläuft, und, sofern möglich, eine direkte Abrechnung der Kosten vereinbaren.

Dadurch können Sie Krankenhäuser/ medizinische Einrichtungen bargeldlos für stationäre Behandlungen aufsuchen.

- Ihre Behandlung kann durch unser medizinisches Team überwacht werden.
- Für den Fall einer Überführung/eines Rücktransports können wir für Sie den Transport organisieren und koordinieren.

Was passiert, wenn keine vorherige Kostenzusage eingeholt wird?

Wenn eine Zustimmung für die Kostenübernahme nicht eingeholt wurde und die erhaltene Behandlung sich als medizinisch unnötig erweist, **behalten wir uns das Recht vor, den Erstattungsantrag abzulehnen.**

Wenn für mit einer 1 gekennzeichnete Leistungen keine vorherige Kostenzusage eingeholt wird, **behalten wir uns das Recht vor, den Erstattungsantrag abzulehnen.** Bei später nachgewiesener medizinischer Notwendigkeit der Behandlung werden lediglich **80%** der erstattungsfähigen Kosten erstattet.

Wenn für mit einer 2 gekennzeichnete Leistungen keine vorherige Kostenzusage eingeholt wird, **behalten wir uns das Recht vor, den Erstattungsantrag abzulehnen.** Bei später nachgewiesener medizinischer Notwendigkeit der Behandlung werden lediglich **50%** der erstattungsfähigen Kosten erstattet.

In Notfällen ist für eine stationäre Behandlung keine vorherige Kostenzusage erforderlich, wir müssen jedoch innerhalb von **48 Stunden** über das

Notfallereignis informiert werden. Bitte beachten Sie, dass unsere Helpline in diesem Fall alle Angaben für das Kostenzusageformular auch telefonisch entgegennehmen kann. Dies gibt uns die Gelegenheit, eine direkte Abrechnung der Kosten mit dem Krankenhaus zu arrangieren, sofern möglich.

Behandlung in den USA

Damit Ihnen ein lokaler und effizienter Service zur Verfügung steht, übernimmt Olympus Managed Healthcare in unserem Namen die Verwaltung Ihrer Krankenversicherung innerhalb der USA, für Mitglieder mit „weltweitem“ Versicherungsschutz. Olympus tritt direkt mit medizinischen Dienstleistern in Kontakt, um eine Direktabrechnung Ihrer medizinischen Behandlungen, zu denen Sie berechtigt sind, zu arrangieren.

Um einen medizinischen Dienstleister in den USA zu finden, gehen Sie einfach auf www.allianzworldwidecare.com/olympus. Sobald Sie ein Krankenhaus/einen Arzt ausgesucht haben, rufen Sie bitte Olympus an, die Ihnen dann einen Termin arrangieren. Sie können alternativ auch Olympus anrufen, die Ihnen dann gerne bei Fragen hinsichtlich der Auswahl eines Dienstleisters behilflich sein werden. Eine eigene **Helpline** für Allianz Worldwide Care **bei Olympus** steht Ihnen 24 Stunden rund um die Uhr unter **(+ 1) 800 541 1983** (gebührenfrei aus den USA) zur Verfügung. Diese Nummer steht auch auf der Rückseite Ihrer Versichertenkarte.

Sie können bei Olympus auch eine Rabattkarte für Apotheken beantragen, die Sie immer dann benutzen können, wenn ein Rezept nicht durch Ihren Krankenversicherungstarif abgedeckt ist. Um sich zu

registrieren und die Rabattkarte für Apotheken zu erhalten, gehen Sie einfach auf www.omhc.com/pharmacy und klicken Sie auf „Print Your Card Now“ („Ihre Karte jetzt ausdrucken“).

Bitte beachten Sie, dass Behandlungen in den USA nicht erstattet werden, wenn wir wissen oder vermuten, dass der Versicherte die Versicherung abgeschlossen hat, um sich in den USA wegen einer Krankheit behandeln zu lassen, deren Symptome bereits vor dem Abschluss aufgetreten sind.

Fragen und Antworten

Wir haben einige Fragen ausgewählt, die für Sie von Interesse sein könnten. Sollten Sie weitere Fragen haben, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

F. In welchen Ländern gilt mein Versicherungsschutz?

- A. Wenn Sie die medizinische Behandlung, die Sie benötigen und die durch den Versicherungsschutz gedeckt ist, nicht vor Ort erhalten können, können Sie diese Behandlung in jedem Land Ihres geografischen Geltungsbereichs in Anspruch nehmen (dieser wird in Ihrem Versicherungsschein bestätigt). Damit Ihnen die Kosten für die medizinische Behandlung und die Reisekosten erstattet werden, ist vor der Reise eine vorherige Kostenzusage erforderlich.

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

F. Bin ich in meinem Heimatland versichert?

- A. Falls Sie in Ihr Heimatland zurückkehren und dort Ihren Hauptwohnsitz anmelden, kann Ihre Versicherung fortgeführt werden, sofern Ihr Heimatland in Ihrem geografischen Geltungsbereich liegt. Bitte beachten Sie, dass Versicherungsschutz in manchen Ländern lokalen Gesetzgebungen für Krankenversicherungen unterliegt, insbesondere für Staatsangehörige dieses Landes. Sie

müssen auf eigene Verantwortung sicherstellen, dass Ihre Krankenversicherung den gesetzlichen Anforderungen entspricht. Wir empfehlen Ihnen daher, hierzu unabhängigen rechtlichen Rat einzuholen. Beachten Sie bitte, dass wir Ihnen leider keinen Versicherungsschutz anbieten können, falls Sie Ihren permanenten Wohnsitz in die Vereinigten Staaten verlegen, da unsere Tarife nicht den lokalen Gesetzen entsprechen.

F. Was passiert, wenn ich in ein anderes Land ziehe?

- A. Sollten Sie weiterhin im Ausland arbeiten, aber in ein Land ziehen, das in Ihrem Geltungsbereich liegt, brauchen Sie keine weiteren Angaben zu machen. Bitte informieren Sie uns jedoch so schnell wie möglich über Ihre neue Adresse, Ihre Kontaktangaben und Ihre Bankverbindung/ Kreditkartendaten (je nachdem, für welche Methode Sie sich zur Zahlung Ihrer Beiträge entschieden haben). Ihr Versicherungsschutz wird bis zum Verlängerungsdatum Ihres Vertrags ohne zusätzliche Kosten fortgesetzt. Am Verlängerungsdatum wird Ihr Beitrag dann unter Berücksichtigung Ihres neuen Hauptwohnsitzlandes neu festgelegt. Bei Umzug in ein Land, das außerhalb Ihres Geltungsbereichs liegt (wenn Ihr Geltungsbereich beispielsweise „Afrika“ lautet und Sie nach Großbritannien umziehen), müssen Sie sich mit uns in Verbindung setzen, um Ihren Geltungsbereich zu erweitern. Der Beitragssatz erhöht sich in diesem Fall und Wartezeiten können anfallen.

Weitere Einzelheiten finden Sie unter:
www.allianzworldwidecare.com

F. Zu welchem Zeitpunkt kann ich Änderungen an den Zahlungsmodalitäten vornehmen?

- A. Die Zahlungsmodalitäten (z. B. Zahlungsmethode und -frequenz) können nur bei Verlängerung des Versicherungsvertrags geändert werden. Sie müssen uns 30 Tage vor dem Verlängerungstermin schriftlich informieren, wenn solche Änderungen notwendig sind.

F. Was passiert, wenn ich meinen Versicherungsbeitrag nicht zum fälligen Zeitpunkt bezahle?

- A. Wenn Sie den Versicherungsbeitrag nicht vollständig zahlen, wird die Versicherung gekündigt. In diesem Fall informieren wir Sie über die Kündigung. Der Vertrag gilt ab dem Datum, zu dem die Zahlung des Versicherungsbeitrags fällig gewesen wäre, als gekündigt. Wird der Beitrag jedoch innerhalb von 30 Tagen nach Fälligkeit bezahlt, so wird der Versicherungsschutz wiederhergestellt und deckt auch Leistungsansprüche ab, die während des Verzugszeitraums entstanden sind. Wenn der Versicherungsbeitrag jedoch erst nach Ablauf dieser 30-tägigen Frist bezahlt wird, müssen Sie zunächst eine Gesundheitserklärung ausfüllen, bevor wir den Versicherungsschutz wieder aufleben lassen können.

F. Welche Krankenhäuser kann ich aufsuchen?

- A. Mit unserem Online-Verzeichnis für Krankenhäuser und Ärzte können Sie auf der ganzen Welt nach medizinischen Dienstleistern suchen. Sie sind jedoch nicht auf Dienstleister

aus diesem Verzeichnis beschränkt. Bitte beachten Sie, dass eine vorherige Kostenzusage im Vorwege stationärer Behandlungen, sowie weiterer in der Tariflichen Leistungszusage angegebenen Behandlungen, erforderlich ist. Wir werden dann nach Möglichkeit versuchen, Ihre stationären Behandlungskosten mit dem medizinischen Dienstleister direkt abzurechnen.

F. Wie verhalte ich mich in einem Notfall?

- A. In einem Notfall sollten Sie immer versuchen, unverzüglich medizinische Hilfe zu erhalten. Es ist wichtig, dass wir **innerhalb von 48 Stunden** nach dem Notfall informiert werden.

Beschwerden

Nachstehend finden Sie einen Überblick über das Beschwerdeverfahren von Allianz Worldwide Care.

Wir sind sehr daran interessiert zu erfahren, welche Aspekte Ihrer Versicherung Sie besonders schätzen und welche Aspekte Probleme verursacht haben. Wenn Sie mit unserem Service nicht zufrieden sind, gehen Sie bitte wie nachstehend beschrieben vor, damit Ihr Anliegen möglichst schnell und effizient bearbeitet werden kann.

Wenn Sie Anregungen oder Beschwerden haben, rufen Sie bitte immer zuerst die Helpline von Allianz Worldwide Care (+ 353 1 630 1302) an. Wenn wir das Problem nicht am Telefon lösen können, schreiben Sie uns bitte per E-Mail, Fax oder Post:

Allianz Worldwide Care
18B Beckett Way, Park West Business Campus
Nangor Road
Dublin 12, Irland

Fax: + 353 1 630 1306
E-Mail: client.services@allianzworldwidecare.com

Wenn das Problem nicht Ihrem Wunsch entsprechend gelöst werden konnte und Sie sich beschweren möchten, können Sie sich schriftlich an den **Financial Services Ombudsman** in Irland wenden.

Der Financial Services Ombudsman ist ein unparteiischer Vermittler mit gesetzlicher Ermächtigung, der bei ungelösten Auseinandersetzungen zwischen Kunden und Finanzdienstleistern vermittelt.

Financial Services Ombudsman's Bureau
3rd Floor, Lincoln House
Lincoln Place
Dublin 2
Irland

Tel: + 353 1 662 0899
Fax: + 353 1 662 0890
E-Mail: enquiries@financialombudsman.ie
www.financialombudsman.ie

Definitionen

Die folgenden Definitionen beziehen sich auf sämtliche Leistungen, die in einem Tarif unserer Produktpalette enthalten sein können. Deshalb sind nicht unbedingt alle aufgeführten Definitionen für Ihren persönlichen Versicherungsschutz relevant. Bitte entnehmen Sie daher Ihrer Tariflichen Leistungszusage, welche Leistungen auf Ihren Versicherungsschutz zutreffen. Wo immer die nachstehenden Begriffe und Ausdrücke in Ihren Versicherungsunterlagen verwendet werden, haben sie die Bedeutung, wie unten angegeben. Sollten einmalige Leistungen in Ihrem Versicherungsschutz enthalten sein, so ist die entsprechende Definition in den „Anmerkungen“ am Ende Ihrer Tariflichen Leistungszusage aufgeführt.

- | | | |
|-----|---|--|
| 1.1 | Ambulante Behandlungen umfassen Behandlungen in der Praxis eines Allgemeinmediziners, Therapeuten oder Facharztes, bei denen keine Einweisung in ein Krankenhaus erforderlich ist. | Krankenhaus durchgeführt werden und es aus medizinischer Sicht nicht erfordern, dass der Patient über Nacht bleibt. |
| 1.2 | Ambulante Notfallbehandlung ist die medizinisch notwendige Behandlung aufgrund eines Unfalls, einer plötzlich auftretenden Krankheit oder einer plötzlichen Verschlimmerung einer Krankheit in einer ambulanten Einrichtung oder Notaufnahme eines Krankenhauses, ohne dass der Versicherte aus medizinischer Sicht stationär aufgenommen werden muss. Die Behandlung muss innerhalb von 24 Stunden nach Eintritt des Notfalls erfolgen. | 1.4 Ambulante zahnärztliche Notfallbehandlung ist eine Behandlung, die in einer Zahnarztpraxis/in der Notaufnahme eines Krankenhauses erfolgt und auf die unmittelbare Beseitigung von Zahnschmerzen abzielt, einschließlich provisorischer Füllungen, begrenzt auf drei Füllungen pro Versicherungsjahr, und/oder der Reparatur von durch einen Unfall verursachten Schäden. Die Behandlung muss innerhalb von 24 Stunden nach Eintritt des Notfalls erfolgen. Die Notversorgung beinhaltet weder Zahnprothesen noch Wurzelbehandlungen. |
| 1.3 | Ambulante Operationen sind chirurgische Eingriffe, die in einer Arztpraxis, einer Tagesklinik oder einem | 1.5 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 Versicherungsnehmer 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.

- 1.6 **Arzt für Allgemeinmedizin** ist ein Arzt, der als praktizierender Arzt gemäß dem Recht des Landes zugelassen ist, in dem die Behandlung erfolgt und in dem er gemäß seiner Zulassung praktiziert.
- 1.7 Unter **Behandlung** wird jedes medizinische Verfahren zur Heilung oder Linderung von Krankheiten oder Verletzungen verstanden.
- 1.8 **Behandlungen bei Unfruchtbarkeit** umfassen Behandlungen für beide Geschlechter, einschließlich aller invasiven Untersuchungsverfahren zur Feststellung der Ursache der Unfruchtbarkeit, wie z. B. Hysterosalpingografie, Laparoskopie oder Hysteroskopie. Bei InVitro-Fertilisation (IVF) ist die Kostenerstattung auf den in der Tariflichen Leistungszusage angegebenen Betrag beschränkt.
- 1.9 **Beschäftigungstherapie** umfasst Behandlungen, die sich auf die Verbesserung der Feinmotorik, 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. Für ambulante Beschäftigungstherapie ist eine vorherige Kostenzusage erforderlich.

- 1.10 **Chirurgische Hilfsmittel und Prothesen** sind künstliche Körperteile oder Geräte, die Bestandteil eines chirurgischen Eingriffs oder einer medizinisch notwendigen Behandlung nach Chirurgie sind.
- 1.11 **Chirurgische Maßnahmen im Mundbereich** beziehen sich auf chirurgische Eingriffe, insbesondere die Entfernung der Weisheitszähne, bei Ausführung in einem Krankenhaus oder durch einen Zahn- oder Kieferchirurgen. Die von einem Zahnarzt durchgeführten Behandlungen sind nur dann versichert, wenn ein entsprechender Zahntarif Teil Ihres Versicherungsschutzes ist. Der Versicherungsschutz richtet sich dann nach den maximalen Erstattungsbeträgen Ihres Zahntarifs.
- 1.12 **Chronische Erkrankung** ist eine Krankheit, eine Verletzung oder ein körperliches Gebrechen, die bzw. das eines oder mehrere der folgenden Charakteristika aufweist:

- 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.
- 1.13 Unter **Diagnostische Untersuchungen** werden z. B. Röntgen- oder Bluttests verstanden, die vorgenommen werden, um die Ursache vorliegender Symptome zu ermitteln.
- 1.14 **Eigenanteil** ist der Prozentsatz der Kosten, den der Versicherte selbst zu tragen hat.
- 1.15 **Ergänzende Medizin** umfasst therapeutische und diagnostische Behandlungsweisen, die außerhalb der konventionellen westlichen Schulmedizin existieren. Dazu gehören chiropraktische Behandlung, Osteopathie, Traditionelle Chinesische Medizin, Homöopathie und Akupunktur, wenn sie jeweils von einem anerkannten Therapeuten praktiziert werden.
- 1.16 **Facharzt** ist ein zugelassener Arzt, der über die notwendige Zusatzqualifikation verfügt und ausreichende Fachkenntnisse über diagnostische Methoden, Behandlungen und Präventivmaßnahmen in einem speziellen Gebiet der Medizin erworben hat, um in diesem medizinischen Fachgebiet zu praktizieren.
- 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 aufgelistet wird, falls versichert.
- 1.17 **Geburtsnachsorge** ist die medizinische Standardversorgung der Mutter, die bis zu sechs Wochen nach der Entbindung erbracht wird.
- 1.18 Zur **Geburtsvorsorge** gehören die bei 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 sie im direkten Zusammenhang mit einer leistungsberechtigten Fruchtwasseruntersuchung durchgeführt werden.
- 1.19 **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 medizinischen Verantwortlichen) 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 Definitionen 1.45 und 1.34) wird kein Versicherungsschutz gewährt.
- 1.20 **Hebammenkosten** beziehen sich auf die von Hebammen oder Geburtshelfern in Rechnung gestellten Kosten. Die Hebammen und Geburtshelfer müssen gemäß den Gesetzen des Landes, in dem die Behandlung stattfindet, die erforderliche Ausbildung absolviert und die jeweiligen staatlichen Prüfungen bestanden haben.
- 1.21 **Heimatland** ist das Land, für das die versicherte Person über einen gültigen Pass verfügt und/oder in das diese Person medizinisch rücktransportiert werden würde.
- 1.22 **Impfungen** sind alle Grundimmunisierungen und Auffrischimpfungen, die gemäß den Vorschriften des Landes, in dem die Behandlung vorgenommen wird, erforderlich sind, sowie alle medizinisch notwendigen Reiseimpfungen und Malariaprophylaxe. Die Kosten des Arztbesuchs zur Verabreichung des Impfstoffes sowie die Kosten für den Impfstoff werden erstattet.
- 1.23 **Kieferorthopädie** ist der Einsatz von Hilfsmitteln zur Korrektur von Fehlstellungen und Wiederherstellung der richtigen Ausrichtung und Funktion der Zähne.
- 1.24 **Komplikationen bei der Entbindung** beziehen sich lediglich auf folgende Umstände, die während der Entbindung entstehen können und die ein anerkanntes geburts Hilfliches Verfahren erfordern: Nachgeburtliche Blutungen und Plazentarückstände. Kosten für Komplikationen bei der Entbindung sind nur erstattungsfähig, wenn Ihr Versicherungsschutz auch die Leistung „Reguläre Schwangerschaft“ einschließt. Wenn dies der Fall ist, wird auch ein medizinisch notwendiger Kaiserschnitt als Komplikation betrachtet.
- 1.25 **Komplikationen während der Schwangerschaft** beziehen sich auf die Gesundheit der Mutter. Versicherungsschutz besteht lediglich für die folgenden Umstände, die in der vorgeburtlichen Phase auftreten können: Ektopische Schwangerschaft, Schwangerschaftsdiabetes, Präeklampsie, Fehlgeburt, drohende Fehlgeburt, Totgeburt und Blasenmole.

- 1.26 **Kosten der Unterbringung im Krankenhaus für einen Elternteil, der ein versichertes Kind begleitet**, bezieht sich auf die Unterbringungskosten im Krankenhaus für einen Elternteil für die Dauer des Krankenhaus-aufenthalts des versicherten Kindes im Rahmen der 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 Auslagen, wie beispielsweise Mahlzeiten, Telefonate, Zeitungen usw., werden jedoch nicht erstattet.
- 1.27 **Kosten für eine Begleitperson im Falle einer/s medizinischen Überführung/Rücktransports** sind die Kosten einer Person, welche die Überführung/den 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/der Rücktransport stattfand. Der Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf Hotelunterkunft und andere ähnliche Kosten.
- 1.28 **Kosten für einen Facharzt** umfassen alle außerchirurgischen Behandlungen, die von einem Facharzt durchgeführt oder überwacht werden.
- 1.29 **Kosten für einen praktischen Arzt** umfassen alle außerchirurgischen Behandlungen, die von einem praktischen Arzt durchgeführt oder überwacht werden.
- 1.30 **Krankenhaus** ist eine Einrichtung, die in dem Land, in dem sie betrieben wird, als medizinische oder chirurgische Klinik zugelassen ist. In einer solchen Einrichtung wird der Patient ständig von einem Arzt überwacht. Folgende Einrichtungen werden nicht als Krankenhaus betrachtet: Erholungs- und Pflegeheime, Kureinrichtungen, Kurzentren und Sanatorien.
- 1.31 Unter **Krankenhausaufenthalt** wird die Standardunterbringung im Einbettzimmer oder im Zwei- oder Mehrbettzimmer verstanden, wie in der Tariflichen Leistungszusage angegeben. Zimmer mit besonderem Komfort (Deluxe- und Executive-Zimmer sowie Suites) sind durch die Versicherung nicht abgedeckt.
- 1.32 **Krankenhaustagegeld** wird bezahlt, wenn die Behandlung und Unterbringung aufgrund einer Erkrankung, die normalerweise im Rahmen des Versicherungstarifs abgedeckt wäre, in einem Krankenhaus in Anspruch genommen werden, das keine Gebühren berechnet. Der Versicherungsschutz ist auf den in der Tariflichen Leistungszusage angegebenen Betrag beschränkt und wird nach Entlassung aus dem Krankenhaus bezahlt.

- 1.33 Das **Land des Hauptwohnsitzes** ist das Land, in dem Sie und Ihre Familienangehörigen mehr als sechs Monate des Jahres leben.
- 1.34 **Langzeitpflege** ist Pflege, die nach vollständiger Beendigung der akuten Behandlung über einen längeren Zeitraum hinweg erteilt wird. Gewöhnlich handelt es sich dabei um eine chronische Krankheit oder Behinderung, die regelmäßige, sporadische oder kontinuierliche Pflege erfordert. Langzeitpflege kann zu Hause, in der Gemeinde oder in einem Krankenhaus oder Pflegeheim erteilt werden.
- 1.35 Die Leistung **Laseraugenkorrektur** bezieht sich auf die chirurgische Verbesserung der refraktiven Eigenschaft der Hornhaut mittels Lasertechnologie, inklusive aller notwendigen präoperativen Untersuchungen.
- 1.36 **Lokaler Krankentransport** ist ein Krankentransport im Notfall oder aus medizinischer Notwendigkeit in die nächstgelegene oder nächste zugelassene medizinische Einrichtung.
- 1.37 **Medizinische Notwendigkeit** umfasst medizinische Leistungen oder Versorgung, 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;
 - (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;
 - (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.
- Der in dieser Definition benutzte Begriff „angemessen“ bezieht sich gleichermaßen auf Patientensicherheit und effizientes Kosten-Nutzen-Verhältnis. Wenn diese Definition im Zusammenhang mit einer stationären Behandlung steht, so bedeutet „medizinische

Notwendigkeit“, dass die Diagnose und/oder Behandlung unter Berücksichtigung der Patientensicherheit und des medizinischen Qualitätsstandards nicht im ambulanten Bereich erfolgen kann.

- 1.38 **Medizinischer Rücktransport** ist ein optionaler Tarif und in der Tariflichen Leistungszusage aufgeführt, falls er abgeschlossen wurde. Wenn die von Ihnen benötigte Behandlung durch den Versicherungsschutz gedeckt, jedoch vor Ort nicht erhältlich ist, können Sie sich im Rahmen dieser Leistung medizinisch in Ihr Heimatland überführen und 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.
- 1.39 **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). Die medizinische Überführung 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 einer **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.
- 1.40 **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 unter der Versicherungspolice des Neugeborenen versichert.
- 1.41 Ein **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 Notfallereignisses beginnen, sind versichert.
- 1.42 Die Leistung **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.
- 1.43 **Organtransplantation** bezeichnet chirurgische Maßnahmen zur Übertragung eines Organ- und/oder Gewebetransplantats: Herz, Herz/Herzklappen, Herz/Lunge, Leber, Bauchspeicheldrüse, Bauchspeicheldrüse/Niere, Niere, Knochenmark, Nebenschilddrüse, Muskel/Skelett und Augenhornhaut. Kosten, die durch den Erwerb der Organe oder Gewebe entstehen, werden nicht erstattet.
- 1.44 **Orthomolekulare Behandlung** ist eine Behandlung, mit der die optimale ökologische Umgebung für Körperzellen wiederhergestellt werden soll, indem Mängel auf molekularer Ebene auf Grundlage der individuellen Biochemie korrigiert werden. Dabei werden natürliche Substanzen wie Vitamine, Mineralstoffe, Enzyme, Hormone usw. verwendet.
- 1.45 **Palliativmedizinische Betreuung** ist eine Behandlung, die stationär, teilstationär oder ambulant erteilt wird, nachdem diagnostiziert wurde, dass sich ein Patient im Endstadium befindet und eine Heilung durch die Behandlung nicht mehr zu erwarten ist. Im Rahmen dieser Leistung übernehmen wir die physische Pflege, psychologische Behandlung, den Aufenthalt in einem Krankenhaus oder einem Hospiz sowie verschreibungspflichtige Arzneimittel.

- 1.46 **Podologie (gilt nur im Rahmen des „Krankenversicherungstarifs für die Kanalinseln“)** bezieht sich auf medizinisch notwendige Behandlungen durch einen staatlich anerkannten Podologen mit dem akademischen Grad „Honours Degree“ (BSc Hons) in Podologie, wie er vom Fußpflegergremium des „Council for the Professions Supplementary to Medicine“ genehmigt wurde. Darüber hinaus muss der Podologe über eine weitere Akkreditierung verfügen, wie z. B.: MChS (Member of The Society of Chiropodists & Podiatrists), FChS (Fellow of The Society of Chiropodists & Podiatrists) oder FCPodS (Fellow of the College of Podiatrists of The Society of Chiropodists & Podiatrists).
- 1.47 **Psychiatrie und Psychotherapie** ist die Behandlung von geistigen oder nervlichen Störungen durch einen registrierten Psychiater oder klinischen Psychologen. Die Störung muss mit tatsächlichen Problemen oder einer wesentlichen Beeinträchtigung der Person bei der Durchführung einer wesentlichen Lebensaktivität einhergehen (z. B. berufliche Tätigkeit). Die oben genannte Indikation muss klinisch signifikant sein und nicht nur durch ein bestimmtes Ereignis hervorgerufen werden, wie z. B. Todesfall, Beziehungs- oder akademische Probleme oder Akkulturation. Die Störung muss den Klassifizierungskriterien eines internationalen Klassifizierungssystems entsprechen, wie z. B. dem

„Diagnostic and Statistical Manual“ (DSM-IV) oder der „International Classification of Diseases“ (ICD-10).

- 1.48 **Reguläre Schwangerschaft** umfasst alle medizinisch notwendigen Kosten, die während der Schwangerschaft und Entbindung entstehen, einschließlich der Krankenhauskosten, Facharztkosten, Geburtsvorsorge und Geburtsnachsorge der Mutter, Kosten für die Hebamme (nur während der Geburtswehen) sowie für die Neugeborenenpflege.

Kosten, die im Zusammenhang mit Komplikationen während der Schwangerschaft oder bei der Entbindung entstehen, werden nicht im Rahmen der Leistung „Reguläre Schwangerschaft“ erstattet. Darüber hinaus werden alle medizinisch nicht notwendigen Kaiserschnitte bis zu den Kosten für eine reguläre Entbindung in demselben Krankenhaus versichert. Erstattungen erfolgen im Rahmen maximaler Erstattungsbeträge, falls zutreffend.

- 1.49 **Rehabilitation** ist eine Behandlung zur Wiederherstellung der normalen Form und/oder Funktion nach einer akuten Erkrankung oder Verletzung. Rehabilitationsmaßnahmen fallen nur dann unter den Versicherungsschutz, wenn die Behandlung unmittelbar nach Beendigung der medizinischen Akutbehandlung einsetzt.

- 1.50 **Reisekosten für versicherte Familienmitglieder im Falle einer Überführung/eines Rücktransports** beziehen sich auf die angemessenen Reisekosten für alle versicherten Familienmitglieder der überführten oder rücktransportierten Person, inklusive minderjähriger Angehöriger, die sonst unbeaufsichtigt wären. Wenn es nicht möglich ist, dass die Begleitperson dasselbe Transportmittel benutzt, wird ein Ticket in der Economy-Klasse bezahlt. Bei einem Rücktransport des Versicherten sind die angemessenen Reisekosten für versicherte Familienmitglieder nur dann versichert, wenn der optionale Rücktransporttarif Teil Ihres Versicherungsschutzes ist. Der Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf eine Hotelunterkunft oder ähnliche Kosten.
- 1.51 **Reisekosten für versicherte Familienmitglieder im Falle einer Überführung der sterblichen Überreste** bezieht sich auf die angemessenen Reisekosten für alle versicherten Familienmitglieder, die zusammen mit dem verstorbenen Versicherten im Ausland gewohnt haben, um in das Heimatland/das gewählte Land der Bestattung des Verstorbenen zu reisen. Der Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf eine Hotelunterkunft oder ähnliche Kosten.
- 1.52 **Reisekosten für Versicherte, die ein in Lebensgefahr schwebendes oder ein verstorbenes Familienmitglied begleiten** bezieht sich auf die angemessenen Reisekosten (bis zu dem in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegebenen Betrag), damit die versicherten Familienmitglieder zu dem Aufenthaltsort von Verwandten ersten Grades, die in Lebensgefahr schweben oder verstorben sind, reisen können. Als Verwandte ersten Grades gelten Ehepartner, Eltern, Geschwister und Kinder, inklusive adoptierter Kinder und Stiefkinder. Leistungsanträgen 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. Der Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf eine Hotelunterkunft oder ähnliche Kosten.
- 1.53 **Rücktransport im Todesfall** ist der Transport der sterblichen Überreste des Verstorbenen vom Aufenthaltsland in das Bestattungsland. Versichert sind unter anderem die Einbalsamierung, ein den gesetzlichen Anforderungen entsprechender Transportbehälter, die Überführungskosten und die erforderlichen behördlichen Bewilligungen. Kosten für eine Einäscherung werden nur erstattet, wenn diese aus gesetzlichen Gründen notwendig ist. Die durch Begleitpersonen entstehenden Kosten sind nur dann

- versichert, wenn sie in der Tariflichen Leistungszusage als spezielle Leistung aufgeführt sind. Alle im Zusammenhang mit dem Rücktransport im Todesfall erstatteten Kosten müssen vorher von uns durch eine vorherige Kostenzusage genehmigt werden.
- 1.54 **Schwangerschaft** ist der Zeitraum von der ersten Diagnose bis zur Entbindung.
- 1.55 **Selbstbeteiligung** ist der Kostenanteil, der von Ihnen zu zahlen ist und der von der erstattungsfähigen Summe abgezogen werden muss.
- 1.56 **Sie/Ihr** bezeichnet die im Versicherungsschein genannte versicherte Person.
- 1.57 **Sprachtherapie** bezieht sich auf Maßnahmen durch einen qualifizierten Sprachtherapeuten zur Behandlung von physischen Beeinträchtigungen, einschließlich (jedoch nicht darauf beschränkt) nasaler Obstruktion, neurogener Defekte (z. B. Zungenlähmung, Gehirnschäden) und Artikulationsstörungen, welche die Mundstruktur beeinflussen (z. B. Gaumenmissbildung).
- 1.58 **Stationäre Behandlung** umfasst Behandlungen in einem Krankenhaus, die eine Übernachtung aus medizinischer Sicht erfordern.
- 1.59 **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 Zahnbehandlung, Zahnchirurgie, Zahnersatz, Kieferorthopädie oder zahnärztliche Parodontalbehandlung erstreckt. Wenn diese Leistungen versichert sind, sind sie separat in der Tariflichen Leistungszusage aufgeführt.
- 1.60 **Teilstationäre Behandlung** ist die geplante Behandlung während des Tages in einem Krankenhaus oder einer Tagesklinik, einschließlich der 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.
- 1.61 Ein **Therapeut** ist ein Chiropraktiker, Osteopath, Arzt der Traditionellen Chinesischen Medizin, Homöopath, Akupunkteur, Physiotherapeut, Sprachtherapeut, Beschäftigungstherapeut oder Okulomotortherapeut, der die notwendige Qualifikation und eine gesetzliche Zulassung des Landes hat, in dem die Behandlung durchgeführt wird.

- 1.62 Der Geldbetrag für die **Todesfalleistung bei Unfällen**, der in der Tariflichen Leistungszusage angegeben ist, wird ausgezahlt, wenn eine versicherte Person (im Alter von 18 bis 70 Jahren) während der Versicherungsdauer infolge eines Unfalls verstirbt (dies umfasst Arbeitsunfälle).
- 1.63 **Übergewicht** wird diagnostiziert, wenn der Körpermasseindex (KMI) einer Person über 30 liegt (auf unserer Website www.allianzworldwidecare.com steht ein KMI-Rechner zur Verfügung).
- 1.64 Ein **Unfall** ist eine Verletzung, die Folge eines unerwarteten Ereignisses ist, das vom Willen des Versicherten unabhängig ist und aufgrund von Ursachen eintritt, die außerhalb der Kontrolle des Versicherten liegen. Ursache und Symptome einer unfallbedingten Verletzung müssen medizinisch und objektiv definierbar sein, eine Diagnose ermöglichen und eine Therapie erfordern.
- 1.65 **Verordnete Physiotherapie** umfasst Behandlungen durch einen zugelassenen Physiotherapeuten nach Überweisung durch einen Allgemeinmediziner. Physiotherapie 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. Physiotherapie umfasst keine Therapien wie Rolfing, Massage, Pilates, Fango- und Milta-Therapie.
- 1.66 **Verschreibungspflichtige Arzneimittel** umfassen Produkte einschließlich Insulin, Subkutannadeln oder Spritzen, die ein Rezept erfordern und 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 getestet und von der zuständigen Aufsichtsbehörde des jeweiligen Landes zugelassen sein.
- 1.67 **Verschriebene Brillen und Kontaktlinsen** umfassen die Versicherung für eine Augenuntersuchung durch einen Augenoptiker oder Augenarzt (eine pro Versicherungsjahr) sowie für Kontaktlinsen oder Brillen zur Korrektur der Sehfähigkeit.
- 1.68 **Verschriebene medizinische Hilfsmittel** sind Instrumente, Apparate oder Geräte, die medizinisch zur Unterstützung der Funktion oder Fähigkeiten der versicherten Person verschrieben werden, wie z. B. Hörgeräte, Sprechapparate (elektronischer Kehlkopf), Krücken oder Rollstühle, orthopädische Geh- und

Stützapparate, künstliche Gliedmaßen, Stoma-Verbrauchsmaterial, Kompressionsstrümpfe sowie orthopädische Einlagen. Kosten für medizinische Hilfsmittel, die bei der palliativmedizinischen Betreuung oder Langzeitpflege (siehe Definitionen 1.45 und 1.34) verwendet werden, werden nicht übernommen.

- 1.69 **Versicherte Personen** sind Sie und Ihre Familienangehörigen laut Angabe auf dem Versicherungsschein.
- 1.70 Das **Versicherungsjahr** gilt ab dem Versicherungsbeginn, der auf dem Versicherungsschein angegeben ist, und endet genau ein Jahr danach.
- 1.71 Der **Versicherungsschein** ist ein Dokument, das die Details Ihres Versicherungsschutzes angibt und von uns ausgestellt wird. Er bestätigt, dass zwischen Ihnen und uns eine Versicherungsbeziehung besteht.
- 1.72 **Vorbeugende Behandlungen** sind Behandlungen, die durchgeführt werden, ohne dass zum Behandlungszeitpunkt klinische Symptome vorliegen. Ein Beispiel für solche Behandlungen ist die Entfernung von Gewebe im Krebsvorstadium (z. B. Leberfleck).

1.73 **Vorerkrankungen** sind Krankheiten oder körperliche Gebrechen, für die in den letzten fünf Jahren vor Beginn des Krankenversicherungsvertrags mit Allianz Worldwide Care ein oder mehrere Symptome aufgetreten sind, unabhängig davon, ob Sie eine medizinische Behandlung oder einen ärztlichen Rat erhalten haben. Eine derartige Erkrankung 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. Erkrankungen, die zwischen dem Ausfüllen des relevanten Antragsformulars und der Bestätigung durch das Risikoprüfungsteam von Allianz Worldwide Care auftreten, werden ebenfalls als Vorerkrankungen betrachtet. Diese sind nicht versichert, wenn sie nicht angegeben werden.

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

- Herz-Kreislauf-Untersuchungen
- Neurologische Untersuchungen
- Krebsvorsorgeuntersuchungen:

- Jährlicher Pap-Abstrich
 - Mammografie (für Frauen ab 50 Jahren, oder jünger bei familiärer Vorbelastung)
 - Prostata-Untersuchungen (für Männer ab 50 Jahren, oder jünger bei familiärer Vorbelastung)
 - Kindervorsorgeuntersuchungen (für Kinder bis zum Alter von 6 Jahren, maximal 15 Untersuchungen pro Kind auf Lebenszeit)
- 1.75 **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 gilt.
- 1.76 **Wir/uns/uns** bezeichnet Allianz Worldwide Care.
- 1.77 **Zahnärztliche Behandlung** schließt eine jährliche Vorsorgeuntersuchung, einfache Füllungen aufgrund von Löchern oder Karies sowie Wurzelkanalbehandlungen ein.
- 1.78 **Zahnärztliche Parodontalbehandlung** bezieht sich auf Zahnbehandlungen im Zusammenhang mit Zahnfleischerkrankungen.
- 1.79 **Zahnchirurgie** bezieht sich auf das Ziehen von Zähnen, die Wurzelspitzenresektion sowie die Behandlung anderer Probleme im Mundbereich wie angeborene Gaumenfehlbildungen (z. B. Gaumenspalte), Frakturen und Tumore. Die Zahnchirurgie deckt keine chirurgischen Maßnahmen ab, die im Zusammenhang mit Zahnimplantaten stehen.
- 1.80 **Zahnersatz** umfasst Kronen, Inlays, Onlays, adhäsive Rekonstruktionen/Sanierungen, Brücken, Zahnprothesen und Implantate sowie alle in diesem Zusammenhang erforderlichen und ergänzenden zahnärztlichen Maßnahmen.

Zusätzliche Versicherungsbedingungen

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

1. **Versicherungsumfang:**

- a) Ihre Tarifliche Leistungszusage, der Versicherungsschein, etwaige Policennachträge, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Einzelversicherung sowie eventuelle gesetzliche Anforderungen legen den Umfang Ihres Versicherungsschutzes fest. Wir erstatten im Rahmen Ihrer Tariflichen Leistungszusage und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Einzelversicherung die Kosten, die im Zusammenhang mit einer Erkrankung oder Verschlechterung des Gesundheitszustands entstehen.
- b) Behandlungen und diagnostische Verfahren sind nur versichert, wenn sie einen diagnostischen, kurativen und/oder palliativen Zweck haben, medizinisch notwendig und angemessen sind und von einem gesetzlich zugelassenen Arzt, Zahnarzt oder anderen Therapeuten erbracht werden. Ansprüche/Kosten werden nur erstattet, wenn die medizinische Diagnose und/oder die verschriebene Behandlung mit allgemein akzeptierten medizinischen Verfahren übereinstimmen. Kosten, die entstanden sind, weil der Versicherte wissentlich entgegen medizinischem Rat gehandelt hat, werden nicht bezahlt/erstattet.
- c) Die berechneten Honorare und Gebühren dürfen den in dem betreffenden Land als allgemein üblich und angemessen betrachteten Umfang nicht übersteigen. Wenn uns die Kosten unangemessen erscheinen, behalten wir uns das Recht vor, die Erstattung auf die landesüblichen Sätze zu kürzen.
- d) Wo geeignete/untersuchte Blutkonserven vor Ort nicht erhältlich sind, werden wir uns bemühen, entsprechende Blutkonserven und steriles Transfusionsbesteck zu beschaffen, wenn dies von dem behandelnden Arzt oder unserem medizinischen Berater angeraten wird. Allianz Worldwide Care und deren Vermittler übernehmen keine Haftung für den Fall, dass diese Bemühungen erfolglos bleiben, oder wenn von der behandelnden Stelle infiziertes Blut oder Transfusionsbesteck verwendet wird.

2. **Haftungsumfang:** Wir haften mit den in der Tariflichen Leistungszusage und etwaigen folgenden Policennachträgen genannten Beträgen. Der Gesamterstattungsbetrag aus diesem Vertrag, aus einer gesetzlichen Krankenversicherung und anderen Versicherungen wird auf keinen Fall den Rechnungsbetrag übersteigen.

3. **Haftung Dritter:** Haben Sie oder ein Angehöriger Ansprüche aus einer gesetzlichen Krankenversicherung oder anderen Versicherungen hinsichtlich eines bei uns eingereichten Leistungsanspruchs, behalten wir uns das Recht vor, die Erstattung der Leistungen abzulehnen.

Wenn Schadenersatzansprüche gegen Dritte bestehen, sind Sie verpflichtet, uns zu informieren und alle notwendigen Unterlagen zur Verfügung zu stellen. Sie und der 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 zurückzufordern.

4. **Rechtliche Schritte:** Sie sollten keine gerichtlichen Schritte zur Rückforderung von Beträgen aus dieser Police einleiten, bevor nicht mindestens 60 Tage seit Einreichen des Leistungsanspruchs bei uns und höchstens zwei Jahre nach dem Datum des Einreichens vergangen sind, sofern Sie durch gesetzliche Vorschriften

nicht zu einem anderweitigen Vorgehen gezwungen sind.

5. **Schlichtungsverfahren:**

- a) Jegliche Streitigkeiten über die medizinische Auslegung von Ergebnissen eines Unfalls oder eines medizinischen Befunds müssen dem Versicherer innerhalb von neun Wochen nach der Entscheidung mitgeteilt werden. Solche Streitigkeiten werden durch zwei medizinische Experten beigelegt, die von Ihnen und uns schriftlich ernannt werden.
- b) Falls Streitigkeiten nicht gemäß Punkt 5.a) beigelegt werden können, versuchen die Parteien, jegliche Konflikte, Meinungsverschiedenheiten oder Forderungen, die aus diesem Vertrag, oder aus dessen Bruch, Beendigung oder Unwirksamkeit, hervorgehen oder diesen betreffen, gemäß dem Modellschlichtungsverfahren vom „Centre for Effective Dispute Resolution“ (CEDR = Zentrum für erfolgreiche Beilegung von Rechtsstreitigkeiten) beizulegen, falls der Streitwert 500.000 € oder weniger beträgt und wenn die Streitigkeit nicht einvernehmlich zwischen den Parteien beigelegt werden kann. Die Parteien sollten sich auf die Ernennung eines Schlichters einigen. Falls sich die

Parteien nicht innerhalb von 14 Tagen auf die Ernennung eines Schlichters einigen können, kann jede Partei, mit schriftlicher Benachrichtigung der jeweils anderen Partei, das CEDR bitten, einen Schlichter zu benennen. Um eine Schlichtung einzuleiten, muss eine Partei die Andere über die Streitigkeit, für die eine Schlichtung erforderlich ist, schriftlich benachrichtigen („ADR notice“ = Benachrichtigung zur alternativen Beilegung von Rechtsstreitigkeiten) und die Schlichtung verlangen. Eine Kopie der ADR-Benachrichtigung muss an das CEDR geschickt werden. Die Vermittlung beginnt nicht später als 14 Tage nach der ADR-Benachrichtigung. Keine der Parteien darf ein Gerichtsverfahren oder Schlichtungsverfahren in Bezug auf Konflikte gemäß Punkt 5.b) einleiten, bevor sie eine Schlichtung der Streitigkeit versucht hat und bevor entweder die Schlichtung beendet ist oder die andere Partei es versäumt hat, an der Schlichtung teilzunehmen. Dies gilt unter der Voraussetzung, dass das Recht auf Einleitung eines Verfahrens nicht durch eine Verzögerung beeinträchtigt ist. Ort der Schlichtung ist Dublin, Irland, und die Sprache, in der die Schlichtung abgehalten wird, ist Englisch. Der im Modellverfahren genannte Schlichtungsvertrag wird gemäß irischem Recht geregelt, ausgelegt und wirksam. Die irischen Gerichte besitzen die alleinige Gerichtsbarkeit, um

jegliche Forderungen, Meinungsverschiedenheiten oder Differenzen, die aus der Schlichtung hervorgehen oder mit ihr in Verbindung stehen, beizulegen.

- c) Jegliche Konflikte, Meinungsverschiedenheiten oder Forderungen, die:
- aus diesem Vertrag (oder aus dessen Bruch, Beendigung oder Unwirksamkeit) hervorgehen oder diesen betreffen und deren Streitwert mehr als 500.000 € beträgt, oder
 - die zur Schlichtung gemäß Punkt 5.b) gegeben wurden, aber nicht einvernehmlich durch solch eine Schlichtung innerhalb von drei Monaten nach der ADR-Benachrichtigung beigelegt werden können,

werden ausschließlich von irischen Gerichten entschieden und die Parteien verpflichtet sind zur Annahme dieses Gerichtsstands. Alle Verfahren gemäß diesem Punkt 5.c) werden innerhalb von neun Kalendermonaten nach Ablauf der genannten drei Monate eingeleitet.

6. **Datenschutz:** Allianz Worldwide Care, ein Mitglied der Allianz Gruppe, ist ein in Irland amtlich zugelassenes Personenversicherungsunternehmen. Wir beziehen und

bearbeiten persönliche Informationen zum Erstellen von Angeboten, zur Prüfung des Versicherungsrisikos von Verträgen, für den Einzug von Versicherungsbeiträgen, zur Erstattung von Leistungsansprüchen und für andere Zwecke, die direkt in Verbindung mit der Verwaltung von Versicherungspolicen gemäß dem Versicherungsvertrag stehen. Die Vertraulichkeit der Daten von Patienten und Versicherten hat für uns höchste Priorität. Wir erfüllen alle Vorschriften der Datenschutzgesetzgebung der EU und befolgen die internationalen Richtlinien zur Vertraulichkeit medizinischer Daten. Sie haben das Recht, Ihre persönlichen Daten jederzeit einzusehen. Des Weiteren verfügen Sie über das Recht, Ihre persönlichen Daten zu ändern oder zu löschen, wenn Sie der Meinung sind, dass sie falsch oder veraltet sind. Wir werden Ihre Daten nicht länger, als für die erforderlichen Zwecke nötig, aufbewahren.

7. **Kontaktaufnahme zu Angehörigen:** Um Ihre Versicherung entsprechend dem Versicherungsvertrag verwalten zu können, benötigen wir gelegentlich weitere Informationen. Falls wir Kontakt zu einem der unter einer Police versicherten Angehörigen aufnehmen müssen (z. B. falls weitere Informationen zur Bearbeitung eines Leistungsantrags benötigt werden), wird der Hauptversicherte, der im Namen des Angehörigen agiert, von uns kontaktiert und darum gebeten, die

entsprechende Information bereitzustellen. Ebenso werden alle Informationen, die die Bearbeitung von Leistungsanträgen aller unter einer Police versicherten Angehörigen betreffen, direkt an den Hauptversicherten geschickt.

Falls Sie Fragen haben sollten, kontaktieren Sie uns einfach:

Allianz Worldwide Care
18B Beckett Way
Park West Business Campus
Nangor Road
Dublin 12
Irland

client.services@allianzworldwidecare.com
www.allianzworldwidecare.com

Helpline

Englisch: + 353 1 630 1301
Deutsch: + 353 1 630 1302
Französisch: + 353 1 630 1303
Spanisch: + 353 1 630 1304
Italienisch: + 353 1 630 1305
Portugiesisch: + 353 1 645 4040
Fax: + 353 1 630 1306

Die Liste unser aktuellen gebührenfreien
Rufnummern finden Sie unter:
[www.allianzworldwidecare.com/
toll-free-numbers](http://www.allianzworldwidecare.com/toll-free-numbers)

Dieses Dokument ist eine Übersetzung des original auf Englisch verfassten „Individual Benefit Guide“. Die englische Originalversion gilt ausschließlich als rechtlich verbindlich. Auch wenn Unterschiede zwischen der übersetzten Version und der englischen Originalversion bestehen, gilt die englische Version als rechtlich verbindlich. Allianz Worldwide Care Limited gehört zur Allianz Gruppe, ist in Irland registriert und unterliegt der Aufsicht durch die Central Bank of Ireland. Eingetragener Sitz: 18B Beckett Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irland. Registrierungsnummer: 310852.