



EuroSanté Krankenversicherungstarife  
Gültig ab 1. August 2018

# VERSICHERUNGS- HANDBUCH FÜR DIE Einzelversicherung

# Willkommen

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

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

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

## SO NUTZEN SIE IHREN VERSICHERUNGSSCHUTZ

Service für Versicherte	5
Überblick über Ihren Versicherungsschutz	10
Behandlungen	12

## ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

Ihr Versicherungsschutz erklärt	20
Tarifliche Leistungszusage	22
Erstattungsanträge	26
Beitragszahlung	28
Verwaltung Ihrer Police	30
Zusätzliche Bedingungen	35
Datenschutz und Erfassung und Verwendung persönlicher Daten	37
Beschwerden und Mediationsverfahren	38
Definitionen	40
Ausschlüsse	48

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

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



SO NUTZEN  
SIE IHREN  
VERSICHERUNGSSCHUTZ

# SERVICE FÜR VERSICHERTE

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

Auf den folgenden Seiten erklären wir Ihnen all unsere Leistungen und Services für Versicherte.

## Sprechen Sie mit uns, wir helfen Ihnen gerne weiter!

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

☎ Helpline: **+32 2 210 6501**

Eine Liste unserer aktuellen gebührenfreien Rufnummern finden Sie hier:  
<https://www.allianzworldwidecare.com/de/pages/toll-free-numbers/>

@ E-Mail: **IGOhelpline@allianzworldwidecare.com**

📠 Fax: **+32 2 210 6506**

### Wussten Sie...

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

## MyHealth App



Unsere MyHealth App wurde entwickelt, um Ihnen einen einfachen und bequemen Zugang zu Ihrem Versicherungsschutz zu bieten, egal wo Sie gerade sind. Mit der MyHealth App können Sie von Ihrem Mobilgerät aus auf folgende Funktionen zugreifen:



### MEINE LEISTUNGSANSPRÜCHE

Bisherige Leistungsansprüche anzeigen und Leistungsanträge in drei einfachen Schritten einreichen.



### MEINE KONTAKTE

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



### KRANKENHAUSSUCHE

Wegbeschreibungen zu nahegelegenen Krankenhäusern per GPS.



### SYMPTOME-PRÜFER

Schnelle und einfache Bewertung Ihrer Symptome.

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

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

### ERSTE SCHRITTE:



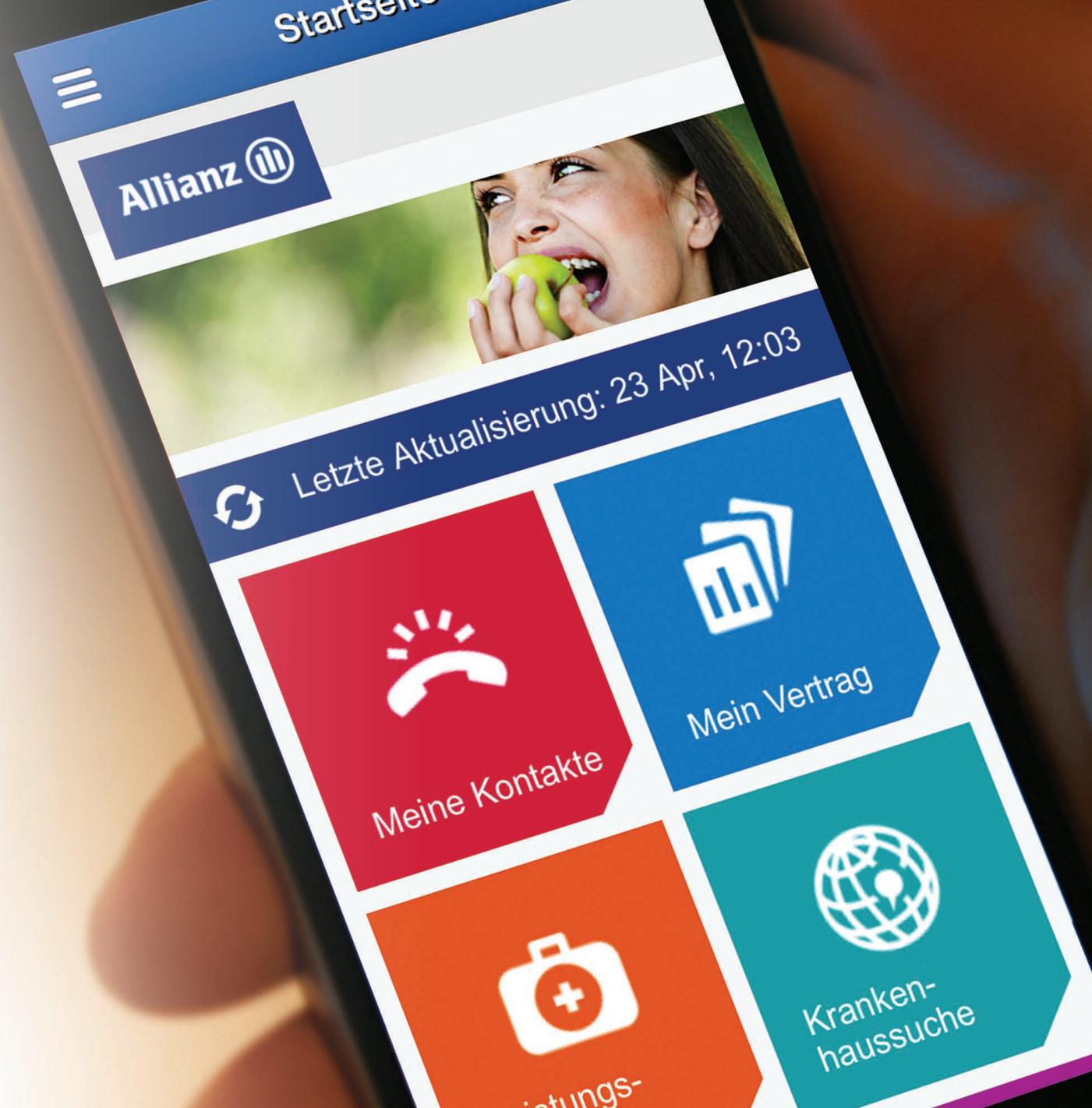
**Download** - Sie können die App im App Store oder bei Google Play herunterladen, indem Sie nach „Allianz MyHealth“ suchen und den Anweisungen auf dem Bildschirm folgen.



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



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



Weitere Informationen finden Sie auf unserer Website:

[www.allianzworldwidecare.com/myhealth](http://www.allianzworldwidecare.com/myhealth)





## Online Services

Sie können bequem von zu Hause aus auf unsere sicheren Online Services zugreifen. Diese ermöglichen es Ihnen:

- Ihre persönlichen Daten online zu ändern.
- Ihre Versicherungsdokumente und Ihre Versicherungskarte herunterzuladen.
- Ihre Tarifliche Leistungszusage aufzurufen.
- Den Status Ihrer an uns übermittelten Erstattungsanträge anzuzeigen und die zugehörige Korrespondenz einzusehen.
- Ihren Versicherungsbeitrag online zu bezahlen und Ihre Kreditkartenangaben zu ändern.

Um zu unseren sicheren Online Services zu gelangen, gehen Sie auf: [my.allianzworldwidecare.com](https://my.allianzworldwidecare.com)

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

*Wenn Sie Ihre Versicherungsunterlagen nicht erhalten haben, gehen Sie auf [my.allianzworldwidecare.com](https://my.allianzworldwidecare.com), klicken Sie auf „Anmelden“ und geben Sie die angeforderten Informationen ein. Sie werden Ihren Benutzernamen und Ihr temporäres Passwort per E-Mail erhalten.*

## Webbasierte Services für Versicherte

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

 <https://www.allianzworldwidecare.com/de/ressourcen/view/ressourcen-fuer-versicherte/>

# ÜBERBLICK ÜBER IHREN VERSICHERUNGSSCHUTZ

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

## Welche Leistungen umfasst mein Versicherungsschutz?

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

## Wo kann ich Behandlungen erhalten?

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

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

## Welche Höchsterstattungsbeträge gelten?

Ihr Versicherungsschutz unterliegt gegebenenfalls einem tariflichen Höchsterstattungsbetrag. Dies ist der maximale Betrag, den wir insgesamt für alle im Tarif enthaltenen Leistungen bezahlen werden. Obwohl viele in Ihrer Tariflichen Leistungszusage enthalten Leistungen versichert sind, sind einige auf einen bestimmten Betrag (z. B. €250) begrenzt. Diesen Betrag nennt man Höchsterstattungsbetrag.

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



## Erwarten Sie Familienzuwachs? Wir sind für Sie da!

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

Sie können Ihren Ehepartner oder Partner zu Ihrer Police hinzufügen, indem Sie einfach ein Antragsformular, verfügbar auf unserer Website, ausfüllen:

<https://www.allianzworldwidecare.com/de/persoendlich/andere-krankenversicherungstarife/eurosante/>

Wenn Sie ein Neugeborenes mitversichern möchten, senden Sie bitte eine E-Mail an unser Risikoprüfungsteam und fügen Sie eine Kopie der Geburtsurkunde bei. Senden Sie Ihre Anfrage bitte innerhalb von vier Wochen nach dem Geburtsdatum des Kindes, um so sicherzustellen, dass der Versicherungsschutz am Geburtstagsdatum beginnt. Weitere Informationen dazu, wie Sie Angehörige zu Ihrem Versicherungsschutz hinzufügen können, sowie andere wichtige Informationen im Falle von Mehrlingsgeburten, Adoptiv- oder Pflegekindern finden Sie im Abschnitt „Angehörige hinzufügen“.

# BEHANDLUNGEN

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

## Prüfen Sie Ihren Versicherungsschutz

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

## Rückerstattung Ihrer medizinischen Kosten

Gehen Sie bitte wie folgt vor, um sich Ihre Kosten für medizinische Ausgaben im Rahmen Ihres EuroSanté Tarifs zurückerstatten zu lassen:



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



Alle Leistungsansprüche sollten zunächst beim GKFS (Gemeinsamen Krankenfürsorgesystem) eingereicht werden (weitere Informationen hierzu werden in Ihren GKFS Versicherungsunterlagen beschrieben).

Nachdem Sie eine Erstattungszahlung und ein Abrechnungsschreiben erhalten haben, reichen Sie bitte dieses Abrechnungsschreiben, eine Kopie der Rechnungen und Belege sowie ein vollständig ausgefülltes Erstattungsformular bei uns ein. Die Rechnungen sollten Ihren Name, das Behandlungsdatum, die Diagnose oder die Erkrankung, die Grund für die Behandlung war, das Datum, an dem die Symptome zum ersten Mal aufgetreten sind, die Behandlungsform und die entstandenen Kosten aufzeigen.

Sie können Ihren Leistungsantrag wie folgt bei uns einreichen:

1. **Durch unsere MyHealth App:** Geben Sie einfach alle wichtigen Einzelheiten und Informationen an, machen Sie ein Foto von Ihren Rechnungen und klicken Sie auf „Absenden“.
2. **Alternativ zur MyHealth App** können Sie Ihren **Erstattungsantrag** auch einreichen, indem Sie ein Erstattungsformular ausfüllen und an uns senden. Das Formular finden Sie hier auf unserer Website:

<https://www.allianzworldwidecare.com/de/persoendlich/andere-krankenversicherungstarife/eurosante/>

Sie müssen die Abschnitte 5 und 6 des Formulars nur ausfüllen, wenn die angefragten Informationen nicht bereits auf Ihrer medizinischen Rechnung angegeben sind. Bitte senden Sie uns das Erstattungsformular und alle unterstützenden Dokumente, Rechnungen und Quittungen per E-Mail, Fax oder per Post (Einzelheiten finden Sie auf dem Formular).

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

## Schnelle Bearbeitung von Erstattungsanträgen

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

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





## Und wenn ich eine Behandlung in den USA benötige?

Wenn Sie einen medizinischen Dienstleister in den USA finden möchten, gehen Sie einfach auf:

 [www.allianzworldwidecare.com/olympus](http://www.allianzworldwidecare.com/olympus)

Wenn Sie eine Frage zu einem medizinischen Dienstleister haben oder einen Dienstleister ausgewählt haben und einen Termin vereinbaren möchten, wenden Sie sich bitte telefonisch an:

 **(+1) 800 541 1983**  
(Gebührenfrei aus den USA)



Sie können außerdem eine Rabattkarte für Apotheken beantragen, die Sie immer dann verwenden können, wenn die Rezeptgebühr nicht von Ihrem Tarif umfasst wird. Um sich zu registrieren und die Rabattkarte für Apotheken zu erhalten, gehen Sie einfach auf die folgende Website und klicken Sie „Print Discount Card“:

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





# **ALLGEMEINE VERSICHERUNGS- BEDINGUNGEN**



# VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

In diesem Teil werden die Leistungen und Regelungen Ihrer Krankenversicherungspolice beschrieben.

Ihr Krankenversicherungsvertrag ist ein Jahresvertrag zwischen Allianz Care und der (den) versicherten Person(en), die im Versicherungsschein genannt werden. Bestandteile des Vertrags sind:

- Das Versicherungshandbuch für die Einzelversicherung (dieses Dokument). Es beschreibt die Leistungen und Regelungen Ihrer Zusatz-Krankenversicherungspolice und sollte in Verbindung mit dem Versicherungsschein und der Tariflichen Leistungszusage gelesen werden.
- Der Versicherungsschein. Er enthält den gewählten Tarif bzw. die gewählten Tarife, das Anfangs- und das Verlängerungsdatum (sowie den Versicherungsbeginn der mitversicherten Angehörigen) und den versicherten geografischen Geltungsbereich. Sollte es besondere Vereinbarungen für Ihren Tarif geben, werden diese im Versicherungsschein angegeben (und auf einem Sondervereinbarungsformular, das vor Inkrafttreten Ihrer Police ausgestellt wurde). Wir werden Ihnen einen neuen Versicherungsschein senden, wenn Sie Änderungen beantragen, z. B. wenn Sie einen Familienangehörigen hinzufügen möchten (und wir diese annehmen), oder wenn wir Änderungen, zu denen wir berechtigt sind, vornehmen.
- Informationen, die uns vom oder im Namen des Versicherten im unterschriebenen Antragsformular, in der Bestätigung des Gesundheitszustands oder in anderen Formularen angegeben wurden (nachfolgend insgesamt als „relevante Antragsformulare“ bezeichnet) oder andere unterstützende medizinische Informationen.

# IHR VERSICHERUNGSSCHUTZ ERKLÄRT

Als Beamte und sonstige Bedienstete der Europäischen Gemeinschaften werden Sie **erstklassigen Versicherungsschutz des Gemeinsamen Krankenfürsorgesystems (GKFS) genießen. Der EuroSanté Tarif bietet Ihnen zusätzlichen Versicherungsschutz entsprechend den Leistungen der Tariflichen Leistungszusage (siehe Seite 22 in diesem Handbuch). Allianz Care wird nur Leistungsanträge für zusätzlichen Versicherungsschutz bearbeiten nachdem eine Erstattung des GKFS erfolgte. Die Tarife, die Sie ausgewählt haben, sind in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegeben. Dort werden alle versicherten Leistungen aufgeführt. Um zu erfahren, wie die Höchsterstattungsbeträge Ihres Tarifs angewandt werden, lesen Sie bitte den Abschnitt Erstattungsbeträge.**

Alle Leistungen unterliegen zudem:

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

## Versicherungsumfang

- a) Der Umfang Ihres Versicherungsschutzes wird von Ihrer Tariflichen Leistungszusage, dem Versicherungsschein, etwaigen Policennachträgen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Einzelversicherung sowie eventuellen gesetzlichen Anforderungen bestimmt. Wir erstatten die Kosten, die im Zusammenhang mit einer Erkrankung oder Verschlechterung des Gesundheitszustands entstehen, im Rahmen Ihrer Tariflichen Leistungszusage und den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Einzelversicherung.
- b) Diese Versicherung bietet Versicherungsschutz für medizinische Behandlungen, zugehörige Kosten, Leistungen und/oder Versorgungen, die als medizinisch notwendig und angemessen erachtet werden, um den Zustand, die Erkrankung oder Verletzung eines Patienten zu behandeln. 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. Erstattungen/Kosten werden erstattet/bezahlt wenn die medizinische Diagnose oder verschriebene Behandlung angemessen ist und die Kosten den üblichen Gebühren des Landes für standardmäßige und allgemein anerkannte medizinische Verfahren entsprechen. Wenn uns die Kosten unangemessen erscheinen, behalten wir uns das Recht vor, die Erstattung zu kürzen.
- c) Diese Police bietet keinen Versicherungsschutz oder Leistungen insofern der Versicherungsschutz oder die Leistungen geltende Sanktionsgesetze oder Regulierungen der Vereinten Nationen, der Europäischen Union oder jegliche andere Wirtschafts- bzw. Handelssanktionsgesetze oder -regulierungen verletzen.

## Beginn des Versicherungsschutzes für Sie und Ihre Familienangehörigen

Unsere Annahme Ihres Antrags auf Versicherungsschutz wird durch Ausstellung Ihres Versicherungsscheins bestätigt und Ihr Versicherungsschutz gilt ab dem auf dem Versicherungsschein angegebenen Anfangsdatum. Bitte beachten Sie, dass Leistungen nur dann erbracht werden, wenn der Erstbeitrag und die Folgebeiträge bei Fälligkeit gezahlt wurden.

Wenn eine weitere Person als Familienangehöriger versichert ist, beginnt deren Versicherungsschutz an dem Datum, das im neuesten Versicherungsschein genannt wird, in dem die Person namentlich aufgeführt ist. Die Mitversicherung kann so lange bestehen bleiben, wie Sie Versicherungsnehmer des Versicherungsvertrags sind (und so lange, wie eventuelle Kinder innerhalb der definierten Altersbegrenzung für versicherte Angehörige bleiben). Familienangehörige Kinder können bis zum Tag vor ihrem 26. Geburtstag im Rahmen Ihres Versicherungsvertrags mitversichert sein. Daraufaufgehend können diese dann, wenn gewünscht, einen eigenen Versicherungsschutz im Rahmen unserer standardmäßigen internationalen Krankenversicherungstarife beantragen.

## Erstattungsbeträge

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

- Der **Höchsterstattungsbetrag** ist der maximale Gesamtbetrag, der für sämtliche Leistungen des Tarifs zusammen, pro versicherte Person und pro Versicherungsjahr, erstattet wird.
- Für einige Leistungen gelten zudem **spezifische Erstattungsbeträge**, die beispielsweise pro Versicherungsjahr oder auf Lebenszeit gelten. In einigen Fällen kann für Versicherungsleistungen auch eine prozentuale Erstattungsleistung angezeigt werden, z. B. 80% Erstattung bis €250.

Wenn für eine Leistung ein spezifischer Erstattungsbetrag oder „versichert“ angegeben wird, so erfolgt die Erstattung immer innerhalb des angegebenen maximalen Höchsterstattungsbetrags. Alle Beträge gelten pro Versicherten und pro Versicherungsjahr, sofern nicht anderweitig in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegeben.

Die stationäre Behandlung für Mehrlingsgeburten infolge medizinisch assistierter Fortpflanzung ist bis zu einem Höchstbetrag von €25.000 pro Kind für die ersten drei Monate nach der Geburt versichert. Kosten für ambulante Behandlungen werden innerhalb der Grenzen eines entsprechenden Ambulanttarifs erstattet.

# TARIFLICHE LEISTUNGSZUSAGE

In der folgenden Tabelle sind Einzelheiten zum Versicherungsschutz innerhalb der Tarife der EuroSanté Zusatzversicherung aufgeführt. Die aufgezeigten Erstattungsbeträge gelten pro versicherte Person und pro Versicherungsjahr. Die Differenz zwischen den Kosten einer anspruchsberechtigten Behandlung und der Rückerstattung, die durch das Gemeinsame Krankenfürsorgesystem vorgenommen wird, wird für die im Folgenden aufgelisteten Leistungen bis zum Höchsterstattungsbetrag vollständig rückerstattet.

Höchsterstattungsbetrag in EUR (€) innerhalb des EWR	€1.500.000	€1.250.000	€ 1.000.000
Höchsterstattungsbetrag in EUR (€) außerhalb des EWR	€25.000	€25.000	€25.000
Leistungen in den Haupttarifen	Optimum	Equilibre	Tranquillité
<b>Stationäre Leistungen</b>			
Unterbringung im Krankenhaus	Einbettzimmer	Einbettzimmer	Einbettzimmer
Verschreibungspflichtige Arzneimittel und Materialien <small>(nur bei stationärer und teilstationärer Behandlung) (verschreibungspflichtige Arzneimittel sind die Arzneimittel, die nur mit einem ärztlichen Rezept erworben werden können)</small>	Versichert	Versichert	Versichert
Operationskosten einschl. Kosten für Anästhesie und OP-Saal	Versichert	Versichert	Versichert
Kosten für Ärzte und Therapeuten <small>(nur bei stationärer und teilstationärer Behandlung)</small>	Versichert	Versichert	Versichert
Chirurgische Hilfsmittel und Materialien	Versichert	Versichert	Versichert
Diagnostische Untersuchungen <small>(nur bei stationärer und teilstationärer Behandlung)</small>	Versichert	Versichert	Versichert
Psychiatrie und Psychotherapie <small>(nur bei stationärer und teilstationärer Behandlung)</small>	Versichert	Versichert	Versichert
Kosten der Unterbringung im Krankenhaus für einen Elternteil, der ein versichertes Kind unter 14 Jahren begleitet	Versichert	Versichert	Versichert
Stationäre zahnärztliche Notfallbehandlung	Versichert	Versichert	Versichert
<b>Weitere Leistungen</b>			
Teilstationäre Behandlung/Tagesklinik	Versichert	Versichert	Versichert
Ambulante Operationen	Versichert	Versichert	Versichert
Postoperative Rehabilitationsmaßnahmen <small>(innerhalb von drei Monaten im Anschluss an einen versicherten Krankenhausaufenthalt)</small>	Versichert	Versichert	Versichert
Lokaler Krankentransport	Versichert	Versichert	Versichert
Computer- und Kernspintomografie <small>(nur bei stationärer und teilstationärer Behandlung)</small>	Versichert	Versichert	Versichert
Positronenemissions- und Computer-Positronenemissionstomografie <small>(nur bei stationärer und teilstationärer Behandlung)</small>	Versichert	Versichert	Versichert

Leistungen in den Haupttarifen	Optimum	Equilibre	Tranquillité
Ambulante Behandlungen, die im Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt/ chirurgischen Eingriff stehen <small>(dies gilt für Behandlungen, die bis zu zwei Monate vor und bis zu sechs Monate nach einem Krankenhausaufenthalt / einer chirurgischen Eingriff stattfinden)</small>	Versichert	Versichert	Versichert
Reguläre Schwangerschaft <small>(stationär und ambulant)</small>	Versichert	Versichert	Versichert
Komplikationen bei der Schwangerschaft und der Entbindung	Versichert	Versichert	Versichert

Die Differenz zwischen den Kosten einer anspruchsberechtigten Behandlung und der Rückerstattung, die durch das Gemeinsame Krankenfürsorgesystem vorgenommen wird, wird für die im Folgenden aufgelisteten Leistungen zu 80 % rückerstattet. Zudem darf diese ergänzende Erstattung 20 % der entstandenen Kosten nicht überschreiten (dies gilt nicht für die Leistungen, die mit einem Stern \* gekennzeichnet sind)

Leistungen in den Ambulanttarifen	Optimum	Equilibre	Tranquillité
Allgemeinmedizinerkosten	Versichert	Versichert	Nicht versichert
Facharztkosten	Versichert	Versichert	Nicht versichert
Arzneimittel: Medikamente und Arzneimittel sind versichert, wenn sie vom GKFS teilweise übernommen werden	Versichert	Versichert	Nicht versichert
Verordnete Physiotherapie <small>(einschließlich medizinische Massage, Krankengymnastik, Mobilisation, Mechanotherapie, Distraction, Moorbäder, Hydromassage, Hydrotherapie, Elektrotherapie, Diodynamische Ströme, Mikrowellentherapie, Ionisation, Kurzwellentherapie, Sonderformen der Elektrotherapie, Infrarotstrahlen und Ultraschall)</small>	Versichert	Versichert	Nicht versichert
Verschriebene Sprachtherapie, logopädische Behandlungen und Ergotherapie	Versichert	Versichert	Nicht versichert
Verschriebene medizinische Hilfsmittel*	Versichert	Versichert	Nicht versichert
Multidisziplinäre funktionelle Rehabilitation in einer ambulanten Klinik	Versichert	Versichert	Nicht versichert
Ausführliche psychologische Untersuchung/Beurteilung durch einen einzelnen praktischen Arzt	Versichert	Versichert	Nicht versichert
Multidisziplinäre neuropsychologische Beurteilungen	Versichert	Versichert	Nicht versichert
Verschriebene Brillen und Kontaktlinsen, einschließlich Augenuntersuchungen*	Versichert Max. €250 für ein Brillengestell	Versichert Max. €250 für ein Brillengestell	Nicht versichert
Hörtests und Hörgeräte*	Versichert	Versichert	Nicht versichert
Psychotherapie	Versichert	Nicht versichert	Nicht versichert
Psychomotorische Therapie und Graphomotorische Therapie	Versichert	Nicht versichert	Nicht versichert
Ernährungsberaterkosten	Versichert	Nicht versichert	Nicht versichert
Rehabilitationsmaßnahmen unter Verwendung von MedX Geräten	Versichert	Nicht versichert	Nicht versichert
Aerosoltherapie	Versichert	Nicht versichert	Nicht versichert

Leistungen in den Ambulanttarifen	Optimum	Equilibre	Tranquillité
Mesotherapie	Versichert	Nicht versichert	Nicht versichert
Ultraviolettbestrahlung	Versichert	Nicht versichert	Nicht versichert
Überdruckkammer	Versichert	Nicht versichert	Nicht versichert
Lymphdrainage	Versichert	Nicht versichert	Nicht versichert
Haarentfernung (im Falle von krankhafter Hypertrichosie im Gesicht)	Versichert	Nicht versichert	Nicht versichert
Laser- Lichttherapie oder dynamische Lichttherapie	Versichert	Nicht versichert	Nicht versichert
Stoßwellentherapie (Rheumatologie)	Versichert	Nicht versichert	Nicht versichert
Okulomotortherapie	Versichert	Nicht versichert	Nicht versichert
Augenprothesen*	Versichert	Nicht versichert	Nicht versichert

Die Differenz zwischen den Kosten einer anspruchsberechtigten Behandlung und der Rückerstattung, die durch das Gemeinsame Krankenfürsorgesystem vorgenommen wird, wird für die im Folgenden aufgelisteten Leistungen zu 80 % rückerstattet.

Leistungen in den Zahntarifen	Optimum	Equilibre	Tranquillité
Höchsterstattungsbetrag	€800	Nicht versichert	Nicht versichert
Zahnbehandlung	Versichert	Nicht versichert	Nicht versichert
Chirurgisch zahnärztliche Eingriffe	Versichert	Nicht versichert	Nicht versichert
Zahnärztliche Parodontalbehandlung	Versichert	Nicht versichert	Nicht versichert
Kieferorthopädie und Zahnersatz	Versichert	Nicht versichert	Nicht versichert



# ERSTATTUNGSANTRÄGE

## Medizinische Erstattungsanträge

Beachten Sie in Bezug auf medizinische Erstattungsanträge bitte folgendes:

- a) Leistungsansprüche müssen spätestens nach sechs Monaten nach dem Datum auf dem Abrechnungsschreiben des GKFS eingereicht werden (durch unsere MyHealth App oder durch das Einreichen eines Erstattungsformulars). Nach Ablauf dieses Zeitraums sind wir nicht zur Erstattung verpflichtet.
- b) Bitte reichen Sie für jede Person und für jede Behandlung ein separates Erstattungsformular (per mobiler App oder per E-Mail oder Post durch das Ausfüllen eines Erstattungsformulars) ein.
- c) Bitte bewahren Sie die Originaldokumente (z. B. medizinische Rechnungen), von welchen Kopien an uns versandt wurden, auf, da wir uns das Recht vorbehalten, diese bis zu 12 Monate nach der Bearbeitung eines Erstattungsantrags zu Auditzwecken anzufordern. Außerdem behalten wir uns das Recht vor, von Ihnen einen Zahlungsnachweis (z. B. Überweisungsbeleg oder Kreditkartenabrechnung) zu Ihren Quittungen zu verlangen. Zusätzlich empfehlen wir Ihnen, Kopien der gesamten Korrespondenz mit uns aufzubewahren. Wir übernehmen keine Haftung für Korrespondenz, die auf dem Postweg oder anderweitig außerhalb unseres Verantwortungsbereichs verloren geht.
- d) Bitte geben Sie auf dem Erstattungsformular die Währung an, in der wir Ihre Kosten erstatten sollen. Leider können wir aufgrund internationaler Bankvorschriften in seltenen Fällen die Zahlung nicht in der gewünschten Währung vornehmen. Wir überprüfen dann bei jedem Fall, in welcher Währung wir die Kosten erstatten können. Wenn wir von einer Währung in eine andere umrechnen müssen, verwenden wir den Wechselkurs, der am Ausstellungsdatum der Rechnungen gültig war oder denjenigen, der am Tag der Erstattung gültig ist. Bitte beachten Sie, dass wir uns das Recht vorbehalten zu entscheiden, welchen Wechselkurs wir anwenden.
- e) Nur Kosten, die durch versicherte Behandlungen entstanden sind, werden im Rahmen des Versicherungsvertrags zurückerstattet.
- f) Müssen Sie für medizinische Behandlungen eine Anzahlung leisten, werden die Kosten erst nach Ende der Behandlung erstattet.

- g) Sie und Ihre Angehörigen erklären sich damit einverstanden, uns bei der Beschaffung von Informationen zu unterstützen, die zur Bearbeitung der Erstattungsanträge notwendig sind. Wir sind berechtigt, zur Prüfung der Leistungspflicht in direkten Kontakt mit medizinischen Dienstleistern oder behandelnden Ärzten zu treten und Einsicht in medizinische Unterlagen von Ihnen oder Ihren Angehörigen zu nehmen. Falls wir es für notwendig erachten, können wir auf unsere Kosten eine medizinische Untersuchung durch unseren medizinischen Berater verlangen. Alle Informationen werden streng vertraulich behandelt. Wir behalten uns vor, die Leistungen zu verweigern, falls Sie oder Ihre Familienangehörigen diese Obliegenheiten verletzen.

## Behandlung durch Verschulden eines Dritten

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

# BEITRAGSZAHLUNG

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

Durch die Annahme des Versicherungsschutzes haben Sie sich einverstanden erklärt, den in Ihrem Angebot angegebenen Beitrag durch die angegebene Zahlungsmethode zu entrichten. Versicherungsbeiträge sind stets im Voraus zu entrichten. Der Anfangs- / Erstbeitrag ist sofort nach der Annahme Ihres Versicherungsantrags durch uns fällig. Folgebeiträge sind jeweils am ersten Tag des gewählten Zahlungszeitraums fällig. Für den Tarif EuroSanté Tranquillité ist nur eine jährliche Zahlungsweise möglich. Für die Tarife EuroSanté Equilibre und EuroSanté Optimum können jährliche, halbjährliche oder vierteljährliche Zahlungsweisen gewählt werden. Wenn die im Angebot vereinbarte und die in der Rechnung genannte Zahlungsweise nicht übereinstimmen sollten, wenden Sie sich bitte sofort an uns. Wir sind nicht verantwortlich für Zahlungen, die über Dritte erfolgen.

Bezahlen Sie Ihre Beiträge bitte in der Währung, die Sie bei Antragstellung gewählt haben. Wenn Sie Ihren Beitrag aus irgendeinem Grund nicht bezahlen können, rufen Sie uns bitte unter der folgenden Telefonnummer an:

 **+353 1 630 1302**

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, können wir so lange vom Vertrag zurücktreten, wie der Erstbetrag aussteht. Wenn wir die ausstehenden Beiträge nicht innerhalb von drei Monaten ab Inkrafttreten, Versicherungsbeginn oder Abschluss des Versicherungsvertrags gerichtlich geltend machen, gilt dies als Rücktritt vom Vertrag. Wird ein Folgebeitrag nicht fristgerecht bezahlt, so können wir schriftlich und zulasten des Versicherungsnehmers eine Frist von mindestens zwei Wochen zur vollständigen Bezahlung des ausstehenden Beitrags setzen. Nach Ablauf dieser Frist können wir den Vertrag schriftlich und mit sofortiger Wirkung kündigen und die Leistungszahlungen 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 Leistungsfall eingetreten ist.

## Zahlung anderer Gebühren

Neben den Versicherungsbeiträgen müssen Sie auch die Versicherungssteuer, andere Steuern, Abgaben oder Gebühren (oder nach Versicherungsbeginn neu eingeführte Steuern, Abgaben oder Gebühren) an uns entrichten, 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, sind in Ihrer Rechnung aufgeführt.

Bitte beachten Sie, dass wir berechtigt sind, die Höhe des an uns zu entrichtenden Beitrags in Bezug auf Versicherungssteuer oder andere 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.



# VERWALTUNG IHRER POLICE

## Mitversichern von Familienangehörigen

Sie können die Mitversicherung eines Familienangehörigen durch das Ausfüllen des entsprechenden Antragsformulars beantragen.

Ehepartner werden ohne medizinische Risikoprüfung mitversichert, vorausgesetzt der Versicherungsbeginn ist derselbe wie der des Versicherungsnehmers und der Versicherungsnehmer wurde ohne medizinische Risikoprüfung versichert. Wird der Ehepartner zu einem späteren Datum hinzugefügt als das Versicherungsbeginndatum des Versicherungsnehmers, so wird automatisch eine medizinische Risikoprüfung erforderlich.

Neugeborene (mit Ausnahme von Mehrlingen, Adoptiv- und Pflegekindern) werden ohne eine medizinische Risikoprüfung ab der Geburt mitversichert. Voraussetzung ist jedoch, dass wir innerhalb von vier Wochen nach der Geburt benachrichtigt werden und dass der leibliche Elternteil bzw. der vorgesehene Elternteil (im Falle einer Leihmutterchaft) seit mindestens sechs Monaten ohne Unterbrechung bei uns versichert ist. Wenn Sie ein Neugeborenes zu Ihrem Versicherungsschutz hinzufügen möchten, schicken Sie bitte Ihre Anfrage mit einer Kopie der Geburtsurkunde per E-Mail an unser Risikoprüfungsteam:

@ [underwriting@allianzworldwidecare.com](mailto:underwriting@allianzworldwidecare.com)

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. Bitte beachten Sie, dass alle Mehrlingsgeburten, Pflege- und Adoptivkinder einer medizinischen Risikoprüfung unterliegen und der Versicherungsschutz erst ab dem Datum der Annahme gilt. Nach der Annahme durch unser Risikoprüfungsteam stellen wir einen neuen Versicherungsschein aus. Dieser ersetzt sämtliche frühere Versionen ab dem auf diesem neuen Versicherungsschein angegebenen Datum.

## Änderung des Versicherungsnehmers

Wenn zum Verlängerungsdatum eine Änderung des Versicherungsnehmers beantragt wird, muss der neue Versicherungsnehmer ein Antragsformular ausfüllen und es erfolgt eine medizinische Risikoprüfung. (Lesen Sie bitte den Abschnitt „Tod des Versicherungsnehmers oder eines Familienangehörigen“, wenn die Änderung beantragt wird, da der Versicherungsnehmer verstorben ist).

## Tod des Versicherungsnehmers oder eines Familienangehörigen

Verstirbt der Versicherungsnehmer oder ein Familienangehöriger, informieren Sie uns bitte schriftlich innerhalb von 28 Tagen.

Sollte der Versicherungsnehmer versterben, wird die Versicherung beendet und der Beitrag wird anteilmäßig zurückgezahlt, falls keine Erstattungsanträge eingereicht wurden (wir behalten uns das Recht vor, eine Sterbeurkunde zu verlangen, bevor die Rückerstattung erfolgt). Alternativ kann auch der nächste im Versicherungsschein genannte Familienangehörige seine Aufnahme als Versicherungsnehmer beantragen (falls dieser das Mindestalter erreicht hat) 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 weitere spezielle Beschränkungen und Ausschlüsse in den Versicherungsvertrag aufzunehmen.

Sollte ein Familienangehöriger versterben, wird dieser aus dem Versicherungsvertrag genommen und es erfolgt eine anteilige Rückzahlung der Beiträge für das laufende Jahr für diesen Familienangehörigen, wenn keine Erstattungsanträge eingereicht wurden (wir behalten uns das Recht vor, eine Sterbeurkunde zu verlangen, bevor die Rückerstattung erfolgt).

## Änderung des Umfangs Ihres Versicherungsschutzes

Wenn Sie Ihren Versicherungsumfang ändern möchten, sollten Sie sich vor dem Verlängerungsdatum Ihrer Versicherung an uns wenden, um die verfügbaren Optionen zu besprechen, da Änderungen des Versicherungsumfangs nur zum Verlängerungsdatum möglich sind. Falls Sie Ihren 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 zum zusätzlichen Versicherungsschutz zustimmen. Wenn eine Erweiterung des Versicherungsumfangs akzeptiert wird, sind zusätzliche Beiträge zu entrichten. Es ist außerdem möglich, dass Wartezeiten anfallen.

## Änderung des Aufenthaltslandes

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

## Änderungen Ihrer Adresse/E-Mail Adresse

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

## Korrespondenz

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

## Verlängerung Ihrer Versicherung

Vorbehaltlich der Bestimmungen über die Gründe, warum Ihr Versicherungsschutz enden würde, verlängert sich Ihr Versicherungsvertrag automatisch um ein weiteres Versicherungsjahr, vorausgesetzt der gewählte Tarif ist weiterhin verfügbar, alle fälligen Beitragszahlungen sind bei uns eingegangen und Ihre Zahlungsangaben sind zum Datum der Vertragsverlängerung weiterhin gültig. Wenn Sie Ihren Beitrag mit Kreditkarte bezahlen, informieren Sie uns bitte, falls Sie eine neue Kreditkarte erhalten und teilen Sie uns dann die neuen Angaben dieser mit.

Sie werden einen Monat vor dem Verlängerungsdatum einen neuen Versicherungsschein mit dem neuen Versicherungsbeitrag für das nächste Versicherungsjahr erhalten. Sollten Sie Ihren Versicherungsschein nicht innerhalb eines Monats vor Ihrem Verlängerungsdatum erhalten, informieren Sie uns bitte.

## Änderungen, die wir bei Vertragsverlängerung vornehmen können

Wir haben das Recht, ab dem Verlängerungsdatum überarbeitete Allgemeine Versicherungsbedingungen anzuwenden. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifliche Leistungszusage, die bei der Verlängerung gültig sind, gelten für das gesamte neue Versicherungsjahr. Wir können die Beiträge, Leistungen und Regeln Ihres Versicherungsvertrags zum Verlängerungsdatum ändern, u.a. wie wir Beiträge berechnen/festlegen und/oder die Zahlungsmethode oder Häufigkeit der Zahlungen. Diese Änderungen gelten erst ab dem Verlängerungsdatum, unabhängig davon, wann die Änderung vorgenommen wird. Wir fügen keine Einschränkungen oder Ausschlüsse hinzu, die persönlich für den Versicherungsschutz eines Versicherten in Bezug auf Erkrankungen gelten, die nach Versicherungsbeginn begonnen haben, vorausgesetzt, uns sind vor Inkrafttreten des Versicherungsvertrages die angeforderten Informationen zugegangen und es wurde keine Erweiterung des Versicherungsschutzes beantragt.

Wir setzen Sie über alle 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.

## Ihr Widerrufsrecht

Sie können den Vertrag, bezogen auf alle versicherten Personen oder nur auf einen oder mehrere Angehörige, innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt der vollständigen Versicherungsbedingungen oder ab dem Datum des Versicherungsbeginns/ der Vertragsverlängerung Ihrer Versicherung (es gilt das später eintreffende) widerrufen. Der Widerruf Ihres Versicherungsvertrags kann nicht rückdatiert werden.

Falls Sie den Versicherungsvertrag widerrufen möchten, füllen Sie bitte das Formular Widerrufsrecht aus, das Ihnen mit Ihren Versicherungs- bzw. Verlängerungsunterlagen zugestellt wurde. Senden Sie das ausgefüllte Formular bitte per E-Mail an:

@ [underwriting@allianzworldwidecare.com](mailto:underwriting@allianzworldwidecare.com)

Alternativ können Sie dieses Formular auch an unser Client Services Team an die Adresse auf der Rückseite dieses Versicherungshandbuchs senden.

Wenn Sie von Ihrem Widerrufsrecht innerhalb der Frist von 30 Tagen Gebrauch machen, sind Sie zu einer vollständigen Rückerstattung der Beiträge des neusten Versicherungsjahres berechtigt, die für den Versicherten geleistet wurde, dessen Versicherungsschutz widerrufen wurde. Voraussetzung hierfür ist, dass keine Leistungsansprüche geltend gemacht wurden. Wenn Sie Ihren Versicherungsvertrag nicht innerhalb der Widerrufsfrist von 30 Tagen widerrufen (oder eine Änderung beantragen), ist der Versicherungsvertrag für beide Vertragsparteien bindend und der gesamte Beitrag für das jeweilige Versicherungsjahr in der von Ihnen gewählten Zahlungsweise zu bezahlen.

## Gründe für die Beendigung Ihres Versicherungsschutzes

In folgenden Fällen endet Ihr Versicherungsschutz (sowie auch der aller im Versicherungsschein genannten Personen):

- Wenn Sie die ausstehenden Beiträge innerhalb von 30 Tagen nach Fälligkeit bezahlen, kann die Versicherung ohne Ausfüllen einer neuen Gesundheitserklärung bestehen bleiben.
- 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. Weitere Informationen können Sie dem Abschnitt „Tod des Versicherungsnehmers oder eines Familienangehörigen“ auf Seite 31 entnehmen.
- Wenn glaubhafte Beweise dafür vorliegen, dass der Versicherungsnehmer oder Familienangehörige uns irreführt haben oder versucht haben, uns irrezuführen, d.h. uns falsche Informationen genannt, uns einschlägige Informationen vorenthalten oder mit Dritten zusammengearbeitet haben, so dass diese uns falsche Informationen, entweder absichtlich oder fahrlässig, übermitteln, kann sich das auf die Entscheidung auswirken, ob sie in den Versicherungsvertrag aufgenommen werden, wie hoch die zu zahlenden Beiträge sind und ob wir eine Erstattungszahlung leisten. Weitere Informationen können Sie dem Abschnitt „Zusätzliche Bedingungen“ auf Seite 35 entnehmen.

- Wenn Sie sich entscheiden, Ihren Versicherungsvertrag, nachdem Sie uns schriftlich innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt der vollständigen Versicherungsbedingungen oder nach dem Anfangs-/ Verlängerungsdatum Ihrer Versicherung, je nachdem, welcher Termin später liegt, zu widerrufen. Weitere Informationen können Sie dem Abschnitt „Ihr Widerrufsrecht“ auf Seite 33 entnehmen.
- Wenn Sie keinen Anspruch mehr auf Versicherungsschutz im Rahmen des Gemeinsamen Krankenfürsorgesystems haben. Bitte teilen Sie dies Allianz Care schriftlich innerhalb von 7 Tagen nach Unwirksamwerden des GKFS Anspruchs mit. In diesem Fall wird das Enddatum Ihres Allianz Care Vertrags dem Vertragsende der GKFS Police entsprechen.

Wenn Ihre Versicherung nicht aufgrund von Betrug oder Unterlassung einer wesentlichen Angabe, sondern aus einem anderen Grund endet, erstatten wir Ihnen alle Beiträge, die Sie für den Zeitraum nach dem Versicherungsende geleistet haben, nach Abzug aller Gelder, die Sie uns schulden.

Beachten Sie bitte, dass mit dem Ende Ihres Versicherungsvertrags der Versicherungsschutz für Ihre Familienangehörigen ebenfalls endet.

## Ablauf der Versicherung

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

# ZUSÄTZLICHE BEDINGUNGEN

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

- 1. Geltendes Recht:** Das Versicherungsverhältnis unterliegt französischem Recht, sofern nicht anders aufgrund zwingender gesetzlicher Vorschriften vorgeschrieben. Sämtliche Streitfälle, die nicht auf andere Weise beigelegt werden können, werden vor ein Gericht in Frankreich gebracht.
- 2. Wirtschaftssanktionen:** Diese Police kann weder eine Leistung zahlen noch erbringen, deren Zahlung oder Bereitstellung einer Sanktion, einem Verbot oder einer Beschränkung im Rahmen der Resolutionen der Vereinten Nationen oder den Handels- oder Wirtschaftssanktionen, Gesetzen oder Vorschriften von der Europäischen Union oder den Vereinigten Staaten von Amerika widerspricht
- 3. Haftungsumfang:** Wir haften mit den in der Tariflichen Leistungszusage und etwaigen folgenden Policen-Nachträgen genannten Beträgen. Der Gesamterstattungsbetrag aus dieser Versicherungspolice, aus einer gesetzlichen Krankenversicherung und anderen Versicherungen wird auf keinen Fall den Rechnungsbetrag übersteigen.
- 4. Dritte:** Keine andere Person (außer einer von Ihnen autorisierte) ist berechtigt, für Sie Änderungen im Zusammenhang mit Ihrem Versicherungsschutz vorzunehmen, zu bestätigen oder zu entscheiden, dass unsere Rechte nicht geltend gemacht werden. Änderungen am Versicherungsschutz sind nur gültig, wenn sie schriftlich von uns bestätigt wurden.
- 5. Haftung Dritter:** Haben Sie oder ein Angehöriger Ansprüche aus einer gesetzlichen Krankenversicherung, anderen Versicherungen oder anderer Dritter hinsichtlich eines bei uns eingereichten Leistungsanspruchs, behalten wir uns das Recht vor, die Erstattung der Leistungen abzulehnen. Sollten Sie auf Leistungen einer anderen Versicherung, einer gesetzlichen Krankenversicherung oder aus anderen Versicherungspolicen Ansprüche haben, müssen Sie uns darüber informieren und uns alle notwendigen Informationen mitteilen. Sie und Dritte dürfen ohne unser vorheriges schriftliches Einverständnis weder eine Schlussabrechnung vereinbaren noch auf unser Recht auf Rückforderung von Auslagen verzichten. Anderenfalls steht uns das Recht zu, die an Sie ausbezahlten Beträge zurückzufordern und den Versicherungsvertrag zu kündigen. Wir sind berechtigt, in Ihrem Namen, jedoch auf unsere Kosten, gerichtliche Schritte einzuleiten, um von uns bezahlte Beträge aus einer anderweitig bestehenden Police, eines öffentlichen Gesundheitssystems oder anderer Dritter zurückzufordern. Wir werden keine Beträge, weder ganz noch teilweise, an andere Versicherer leisten, wenn eine Leistung dieser Versicherung, ganz oder teilweise, auch im Rahmen einer anderen Versicherung abgedeckt ist, außer es handelt sich um einen übersteigenden Betrag, der über den versicherten Betrag hinausgeht, der durch die andere Versicherung versichert gewesen wäre, wäre diese Versicherung nicht betroffen gewesen.

Falls Sie oder Ihre Angehörigen Anspruch auf spezielle Erstattungen im Rahmen des GKFS haben, so behalten wir uns das Recht vor, Erstattungszahlungen zurück zu fordern, die von uns geleistet wurden und anschließend aufgrund der Klausel für spezielle Erstattungen vom GKFS übernommen wurden.

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

Epidemien, terroristische Gewalttaten, Ausbruch militärischer Kampfhandlungen (egal ob ein Krieg erklärt wurde oder nicht), Aufstände, Explosionen, Streiks oder sonstige Arbeitsunruhen, zivile Unruhen, Sabotage, Enteignung durch Regierungsstellen oder jegliche sonstige Ereignisse, die außerhalb unserer Kontrolle liegen.

#### 7. Betrug:

- a) 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 dem Inkrafttreten Ihrer Police auftreten, werden als Vorerkrankungen betrachtet. Entsprechende Vorerkrankungen unterliegen einer medizinischen Risikoprüfung und werden nicht mitversichert, sollten sie nicht angegeben worden sein. Der Antragsteller ist verpflichtet, uns zu informieren, wenn er nicht sicher ist, ob eine Information wesentlich ist. Wenn sich der Vertrag aufgrund von Falschangaben oder Nichtoffenlegung wesentlicher Informationen als ungültig erweist, werden wir den zu viel gezahlten Versicherungsbeitrag zurückerstatten, abzüglich der Kosten für bereits erstattete Leistungen. Falls der Betrag der bereits erstatteten Leistungen höher als der geleistete Versicherungsbeitrag sein sollte, werden wir die Rückerstattung dieses Betrags beim Versicherungsnehmer geltend machen.
- b) 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. Wenn bereits vor Bekanntwerden der betrügerischen Handlungen oder Auslassungen Leistungserstattungen erfolgten, sind diese an uns zurückzuerstatten. Wenn sich ein Versicherungsvertrag 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.

**8. Kündigung:** 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.

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

# DATENSCHUTZ UND DIE ERFASSUNG UND VERWENDUNG PERSÖNLICHER DATEN

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

 <https://www.allianzworldwidecare.com/de/datenschutz/>

Alternativ können Sie uns auch unter der Telefonnummer + 353 1 630 1302 anrufen und eine Kopie unseres Datenschutzhinweises anfragen. Falls Sie Fragen dazu haben, wie Ihre persönlichen Daten verwendet werden, können Sie uns auch gerne per E-Mail kontaktieren:

@ [AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com](mailto:AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com)

# BESCHWERDEN UND MEDIATIONSVERFAHREN

## Beschwerden

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

+32 2 210 6501

IGOhelpline@allianzworldwidecare.com

Customer Advocacy Team, Allianz Care, 1 place du Samedi, 1000 Brüssel, Belgien.

## Mediation

- 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 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 des Modellschlichtungsverfahrens 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 („Alternative Dispute Resolution notice“ = 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 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. Das Schlichtungsverfahren findet in Paris (Frankreich) statt. Der im Modellverfahren genannte Schlichtungsvertrag wird gemäß dem im französischen Recht geregelt, ausgelegt und wirksam. Die französischen 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 b) gegeben wurden, aber nicht einvernehmlich durch solch eine Schlichtung innerhalb von drei Monaten nach der ADR-Benachrichtigung beigelegt werden können, werden ausschließlich von französischen Gerichten entschieden und die Parteien verpflichten sich zur Annahme dieses Gerichtsstands. Alle Verfahren gemäß diesem Punkt c) werden innerhalb von neun Kalendermonaten nach Ablauf der genannten drei Monate eingeleitet.

## 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.



# DEFINITIONEN

Die folgenden Definitionen beziehen sich auf sämtliche Leistungen, die in unseren EuroSanté Krankenversicherungstarifen enthalten sein können, sowie auf andere häufig verwendete Begriffe. Bitte entnehmen Sie Ihrer Tariflichen Leistungszusage (siehe Seite 22), welche Leistungen von Ihrem Versicherungsschutz umfasst werden. Wo immer die nachstehenden Begriffe und Ausdrücke in Ihren Versicherungsunterlagen verwendet werden, haben sie die im Folgenden definierte Bedeutung:



## A

**Aerosoltherapie** umfasst die Verwendung von Aerosolen in den Atemwegen im Rahmen einer Behandlung von Erkrankungen der Atemwege.

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

**Allgemeinmedizinerkosten** umfassen nichtchirurgische Behandlungskosten für Behandlungen, die von einem Allgemeinmediziner durchgeführt oder überwacht werden. Falls versichert, ist eine separate Leistung „Allgemeinmedizinerkosten“ in der Tariflichen Leistungszusage aufgelistet.

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

**Ambulante Behandlungen, die im Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt/ chirurgischen Eingriff stehen** umfassen Behandlungen, die auf ambulanter Basis durchgeführt werden und im direkten Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt oder einem chirurgischen Eingriff stehen, der entweder in den folgenden zwei Monaten geplant ist oder sechs Monate vor der ambulanten Behandlung stattfand. Um eine Erstattung für diese Leistung zu beantragen, legen Sie bitte eine Kopie des Aufnahmeformulars, der Krankenhausrechnung, des medizinischen Berichts oder anderer relevanter Dokumente bei, die die zugehörige Krankenaufnahme / den chirurgischen Eingriff, der bereits stattfand oder noch stattfinden wird, nachweisen. Ambulante Behandlungen, die außerhalb dieser Zeitspanne stattfinden, werden nicht von dieser Leistung umfasst, könnten jedoch von einer anderen ambulanten Leistung, die in der Tariflichen Leistungszusage aufgeführt wird, umfasst werden.

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

**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 26. Geburtstag finanziell vom Hauptversicherten abhängig sind und auf dem Versicherungsschein als Angehörige aufgeführt sind.

**Augenprothesen** stellen künstliche Augen (oder deren Bestandteile) dar, die verwendet werden, um das äußere Erscheinungsbild nach einem entstellenden Unfall wieder herzustellen. Versicherungsschutz besteht nur, wenn sich der Unfall oder die Krankheit während der Versicherungsdauer ereignet.

**Arzneimittel** umfassen ambulant verschriebene Produkte, einschließlich Insulin, Subkutannadeln oder Spritzen, die von einem Arzt für die Behandlung einer bestätigten Diagnose, einer vorliegenden Krankheit oder als Ersatz für lebenswichtige Körpersubstanzen verschrieben werden. Die verschriebenen Arzneimittel müssen auf ihre klinische Wirksamkeit in Bezug auf die zu behandelnde Krankheit getestet und von der zuständigen Aufsichtsbehörde des jeweiligen Landes zugelassen sein. Verschriebene Arzneimittel können generell auch ohne ärztliches Rezept in dem Land, in dem sich die versicherte Person aufhält, gekauft werden. Für eine Erstattung der Kosten wird jedoch ein Rezept benötigt und die Leistung muss im Rahmen des Gemeinsamen Krankenfürsorgesystems teilweise versichert sein. Falls versichert, ist eine separate Leistung „Arzneimittel“ in der Tariflichen Leistungszusage aufgelistet.

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

## B

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

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

## C

**Chirurgisch zahnärztliche Eingriffe** beziehen sich auf die operative Entfernung von Zähnen sowie andere chirurgische Eingriffe im Zusammenhang mit Zähnen, wie Wurzelspitzenresektionen und verschreibungspflichtige Medikamente zur Zahnbehandlung. Alle Untersuchungen, die nötig sind, um festzustellen, ob ein zahnchirurgischer Eingriff erforderlich ist, wie Labortests, Röntgenaufnahmen,

CT- und MRI-Untersuchungen, sind im Rahmen dieser Leistung versichert. Die Leistung umfasst keine chirurgischen Maßnahmen, die im Zusammenhang mit Zahnimplantaten stehen.

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

## D

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

## E

**Ergänzende Medizin** umfasst therapeutische und diagnostische Behandlungsweisen, die außerhalb der konventionellen westlichen Schulmedizin existieren. Ergänzende Medizin umfasst chiropraktische Behandlung, Osteopathie, Akupunktur, medizinische Fußpflege und Mesotherapie, soweit sie jeweils von einem anerkannten Therapeuten praktiziert werden.

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

## F

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

**Facharztkosten** umfassen nichtchirurgische Behandlungskosten für Behandlungen, die von einem Facharzt durchgeführt oder überwacht werden. Falls versichert, ist eine separate Leistung „Facharztkosten“ in der Tariflichen Leistungszusage aufgelistet.

## G

**GKFS** steht für das Gemeinsame Krankenfürsorgesystem für Beamte und sonstige Bedienstete der Europäischen Gemeinschaften.

Die **Graphomotorische Therapie** umfasst Behandlungen, die sich auf die Förderung und Entwicklung der individuellen Muskelbewegung beziehen, welche beim Schreiben durchgeführt werden.

## H

**Haarentfernung** umfasst die Behandlung und Entfernung von übermäßigem und abnormem Haarwuchs. Versicherungsschutz besteht nur für Haarentfernungen im Gesicht im Falle einer krankhaften Hypertrichose.

**Heimatland** ist das Land, für das die versicherte Person über einen gültigen Pass verfügt und in dem die versicherte Person ihren Hauptwohnsitz hat.

## K

**Kieferorthopädie** ist der Einsatz von Hilfsmitteln zur Korrektur von Fehlstellungen und Wiederherstellung der richtigen Ausrichtung und Funktion der Zähne. Kieferorthopädische Behandlungen sind nur dann versichert, wenn sie medizinisch notwendig sind. Bitte beachten Sie, dass wir die Kosten für kieferorthopädische Behandlungen nur erstatten, wenn Standard-Zahnspangen aus Metall und/oder herausnehmbare Standard-Apparate eingesetzt werden. Kosten für kosmetische Behandlungsgeräte wie Lingualspangen und unsichtbare Aligners sind bis zu der Höhe der Kosten von Zahnspangen aus Metall gemäß des maximalen Erstattungsbetrags für die Leistung „Kieferorthopädie und Zahnersatz“ versichert.

**Komplikationen bei der Entbindung** beziehen sich auf Komplikationen, die während einer Entbindung entstehen können sowie Behandlungen, die teilweise vom Gemeinsamen Krankenfürsorgesystem versichert sind und im

Zusammenhang mit Komplikationen bei einer Entbindung stehen. Komplikationen bei der Entbindung umfassen auch einen medizinisch notwendigen Kaiserschnitt.

**Komplikationen während der Schwangerschaft** beziehen sich auf die Gesundheit der Mutter oder des Fötus. Nur die Behandlungen, die vom GKFS teilweise versichert sind und im Zusammenhang mit Komplikationen während pränatalen Phase der Schwangerschaft stehen, sind versichert.

**Kosten der Unterbringung im Krankenhaus für einen Elternteil, der ein versichertes Kind begleitet**, sind Kosten für die Unterbringung eines Elternteils über die Dauer des Krankenhausaufenthalts eines versicherten Kindes im Rahmen einer versicherten Behandlung. Wenn kein angemessenes Bett im Krankenhaus zur Verfügung steht, übernehmen wir die Kosten für ein entsprechendes Hotelzimmer in einem Drei-Sterne-Hotel. Sonstige Ausgaben, wie z. B. für Mahlzeiten, Telefonate, Zeitungen usw., werden nicht erstattet. Bitte entnehmen Sie Ihrer Tariflichen Leistungszusage, ob eine Altersbegrenzung für Ihr Kind besteht.

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

## L

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

**Laser-Lichttherapie oder dynamische Lichttherapie** umfassen Lichttherapien, bei welchen helle Lichtquellen angewandt werden, um verschiedenste medizinische Erkrankungen, wie z. B. Hauterkrankungen, Schlafstörungen und psychische Beschwerden, zu behandeln.

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

**Lymphdrainage** umfasst eine sanfte Art der Massage, welche auf die Förderung des natürlichen Lymphabflusses im Gewebe des Körpers abzielt.

## M

**Medizinische Notwendigkeit** umfasst medizinische Behandlungen, Leistungen oder Versorgungen, die als medizinisch notwendig und angemessen erachtet werden, wenn:

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

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

**Mesotherapie** umfasst mehrere Injektionen von pharmazeutischen, homöopathischen und anderen Substanzen, welche in die Hautoberfläche eindringen und auf die Behandlung von verschiedensten Verletzungen, Krankheiten und Beschwerden ausgerichtet sind. Es besteht kein Versicherungsschutz für kosmetische Behandlungen.

**Multidisziplinäre funktionelle Rehabilitation in einer ambulanten Klinik** umfasst die Behandlung durch einen zugelassenen Physiotherapeuten, nach vorheriger Überweisung durch einen Allgemeinmediziner. Die Behandlung ist zunächst auf 12 Sitzungen pro erstellte Diagnose begrenzt. Danach muss der Allgemeinmediziner, der die Überweisung veranlasst hat, die Behandlung überprüfen. Sollten weitere Sitzungen notwendig sein, muss uns ein Behandlungsbericht vorgelegt werden, in dem die medizinische Notwendigkeit einer Weiterbehandlung dargelegt wird.

**Multidisziplinäre neuropsychologische Beurteilungen** sollen kognitive Behinderungen bei Personen mit erworbenen Hirnschädigungen feststellen.

## N

**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 Notfalleignisses beginnen, sind versichert.

## O

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

## P

**Postoperative Rehabilitationsmaßnahmen** umfassen Rehabilitationsmaßnahmen, die im Anschluss an einen erforderlichen, chirurgischen Eingriff stattfinden. Diese Leistung ist nur dann erstattungsfähig, wenn die Behandlung innerhalb von drei Monaten nach Entlassung aus der medizinischen Einrichtung aufgrund einer akuten medizinischen und/oder chirurgischen Behandlung beginnt und wenn die Behandlung in einer anerkannten Rehabilitationseinrichtung stattfindet. Um eine Erstattung für diese Leistung zu beantragen, legen Sie bitte eine Kopie der Krankenhausrechnung, des medizinischen Berichts oder anderer relevanter Dokumente bei, die den zugehörigen chirurgischen Eingriff nachweisen.

**Psychiatrie und Psychotherapie** ist die Behandlung von

geistigen Störungen durch einen Psychiater oder klinischen Psychologen. Die Erkrankung muss klinisch signifikant sein und darf nicht durch einen Todesfall, Beziehungs- oder akademische Probleme, Probleme bei der Akkulturation oder Arbeitsbelastung hervorgerufen worden sein. Jegliche stationäre oder teilstationäre Aufnahme muss die verschriebenen Medikamente für diese Erkrankung beinhalten. Psychotherapeutische Behandlung auf stationärer oder ambulanter Basis ist nur versichert, wenn Sie oder Ihre Familienangehörigen von einem registrierten Psychiater untersucht und für weitere Behandlungen zu einem registrierten Psychologen überwiesen wurden. Darüber hinaus ist eine ambulante psychotherapeutische Behandlung (falls versichert) zunächst auf zehn Sitzungen pro erstellte Diagnose begrenzt. Danach muss der überweisende Psychiater den Erfolg der Behandlung überprüfen. Sollten weitere Sitzungen notwendig sein, muss uns ein Behandlungsbericht vorgelegt werden, in dem die medizinische Notwendigkeit einer Weiterbehandlung dargelegt wird.

**Psychomotorische Therapie** umfasst Behandlungen, bei welchen das Körperbewusstsein sowie körperliche Aktivitäten eingesetzt werden, um körperliche, kognitive, wahrnehmungs- und gefühlsbezogene Funktionsstörungen sowie Verhaltensstörungen zu behandeln.

## R

**Reguläre Schwangerschaft** umfasst alle medizinisch notwendigen Kosten, die während der Schwangerschaft und der Entbindung entstehen, einschließlich der Krankenhauskosten, Facharztkosten, Kosten für die Geburtsvorsorge und die Geburtsnachsorge der Mutter, Kosten für die Hebamme (beschränkt auf die Zeit der Wehen) sowie die Neugeborenenpflege. Kosten, die im Zusammenhang mit Komplikationen während der Schwangerschaft oder Komplikationen während der Entbindung entstehen, werden nicht im Rahmen der Leistung „Reguläre Schwangerschaft“ erstattet. Darüber hinaus werden die Kosten aller medizinisch nicht notwendigen Kaiserschnitte bis zu den Kosten einer regulären Entbindung im selben Krankenhaus erstattet, sofern ein etwaiger maximaler Erstattungsbetrag nicht überschritten wird. Versicherungsschutz besteht für alle Kosten, die teilweise vom Gemeinsamen Krankenfürsorgesystem versichert sind.

**Rehabilitation** ist eine Kombination aus Physio-, Beschäftigungs- und Sprachtherapie zur Wiederherstellung der normalen Form und/oder Funktion nach einer akuten Erkrankung, Verletzung oder Operation. Rehabilitationsmaßnahmen sind nur dann erstattungsfähig, wenn die Behandlung innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

aus der medizinischen Einrichtung aufgrund einer akuten medizinischen und/oder chirurgischen Behandlung beginnt und wenn die Behandlung in einer anerkannten Rehabilitationseinrichtung stattfindet.

**Rehabilitationsmaßnahmen unter Verwendung von MedX Geräten** umfassen die spezielle Nutzung von MedX Geräten zur Wiederherstellung der normalen Form und/oder Funktion nach einer akuten Erkrankung oder Verletzung.

## S

**Sie/Ihr** bezeichnet die im Versicherungsschein genannte, anspruchsberechtigte Person.

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

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

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

**Stoßwellentherapie (Rheumatologie)** umfasst nichtinvasive Behandlungen unter Einbeziehung von radialen Stoßwellen durch die Hautoberfläche, um so verletztes Gewebe zu behandeln. Behandlungen wie diese werden eingesetzt, um chronische Erkrankungen der Muskeln, des Bindegewebes und des Weichgewebe (um Gelenke und Knochen herum) zu heilen. Versicherungsschutz besteht nur, wenn die Behandlung in dem Land, in dem Sie erfolgen, als effektive und wirksam angesehen wird.

## T

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

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

## U

**Überdruckkammer** beschreibt eine Behandlungsform unter Einbeziehung einer abdichtbaren, unter erhöhtem Umgebungsdruck stehenden Kammer, die im Rahmen der Behandlung von diagnostizierten Erkrankungen, wie z. B. Dekompressionskrankheiten oder Kohlenmonoxidvergiftungen, angewandt wird.

**Unterbringung im Krankenhaus** ist die Standardunterbringung in einem Ein-, Zwei- oder Mehrbettzimmer, wie in der Tariflichen Leistungszusage vereinbart. Zimmer mit besonderem Komfort (Deluxe- und Executive-Zimmer sowie Suites) sind durch diese Versicherung nicht abgedeckt. Bitte beachten Sie, dass die Leistung „Unterbringung im Krankenhaus“ nur dann gilt, wenn keine andere stationäre Leistung innerhalb Ihres Tarifs die benötigte Behandlung abdeckt. In letzterem Fall werden die Kosten für einen Krankenhausaufenthalt im Rahmen der jeweiligen spezifischeren stationären Leistung erstattet (z.B. Psychiatrie und Psychotherapie).

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

**Ultraviolettbestrahlung** umfasst Behandlungen von bestimmten diagnostizierten Krankheiten, bei welchen die Nutzung von künstlichem Sonnenlicht eingesetzt wird.

# V

**Verordnete Physiotherapie** umfasst Behandlungen durch einen zugelassenen Physiotherapeuten nach Überweisung durch einen Allgemeinmediziner. Physiotherapie ist zunächst auf 12 Sitzungen pro erstellte Diagnose begrenzt. Danach muss der Allgemeinmediziner, der die Überweisung veranlasst hat, die Behandlung überprüfen. Sollten weitere Sitzungen notwendig sein, muss uns ein Behandlungsbericht vorgelegt werden, in dem die medizinische Notwendigkeit einer Weiterbehandlung dargelegt wird. Physiotherapie umfasst die folgenden Behandlungen: Medizinische Massage, Krankengymnastik, Mobilisation, Mechanotherapie, Distraction, Moorbäder, Hydromassage, Hydrotherapie, Elektrotherapie, Diadynamische Ströme, Mikrowellentherapie, Ionisation, Kurzwellentherapie, Sonderformen der Elektrotherapie, Infrarotstrahlen und Ultraschall.

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

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

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

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

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

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

**Versicherungsjahr** ist das im Versicherungsschein genannte Jahr, das zu Versicherungsbeginn beginnt und mit Ablauf der Unternehmensvereinbarung endet.

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

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

# W

**Wir/uns/uns** bezeichnet Allianz Care.

# Z

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

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

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

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

# AUSSCHLÜSSE

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



## Absichtlich herbeigeführten Krankheiten und selbst verursachten Verletzungen

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

## Ärztliche Beratung durch Sie selbst oder ein Familienmitglied

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

## Aufenthalte in Kurzentren

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

## Ausgaben, deren Rückerstattung vom GKFS abgelehnt wurde

Jegliche Ausgaben, deren Rückerstattung vom GKFS abgelehnt wurde.

## Ausgaben im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft und Geburt

Ausgaben, die im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft und Geburt stehen, einschließlich Geburtsvor- und Nachbereitungskurse sowie Neugeborenenunterkunft.

## Ausgaben für laufende Krankenhausaufenthalte

Ausgaben für laufende Krankenhausaufenthalte, die bereits vor Versicherungsbeginn begonnen haben bzw. andauern (dies gilt außerdem für versicherte Angehörige).

## Behandlungen, die nicht in der Tariflichen Leistungszusage aufgeführt sind

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

- Zahnbehandlungen, Zahnchirurgie, zahnärztliche Parodontalbehandlungen, kieferorthopädische Behandlungen und Zahnersatz, mit Ausnahme chirurgischer Maßnahmen im Mundbereich, die im Rahmen Ihres Haupttarifs versichert sind
- Ernährungsberaterkosten
- Zahnärztliche Notfallbehandlung
- Ambulante Behandlungen
- Ambulante Psychiatrie und Psychotherapie
- Verschriebene Brillen und Kontaktlinsen, einschließlich Augenuntersuchungen
- Verschriebene medizinische Hilfsmittel
- Vorbeugende Behandlungen
- Rehabilitationsmaßnahmen

## Behandlungen bei Unfruchtbarkeit

Behandlungen bei Unfruchtbarkeit, einschließlich medizinisch assistierter Fortpflanzung oder etwaiger negativer Folgen.

### Behandlung in den USA

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

### Behandlungen im Zusammenhang mit einem Unfall oder einer Berufskrankheit

Jede Behandlung, die im Zusammenhang mit einem Unfall oder einer Berufskrankheit eines Beamten und sonstigem Bediensteten der Europäischen Gemeinschaften steht und deren Kosten vollständig vom GKFS rückerstattet werden.

### Behandlung von Schlafstörungen

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

### Chemischer Verunreinigung und Radioaktivität

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

### Drogenabhängigkeit oder Alkoholismus

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

### Entwicklungsstörungen

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

### Ergänzende Behandlungen

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

### Experimentelle oder unbewiesene Behandlungen oder Arzneimittel

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

### Familientherapeuten oder Berater

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

### Frei verkäufliche Produkte

Frei verkäufliche Arzneimittel und Produkte.

### Genetische Tests

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

### Geschlechtsumwandlung

Operationen und Behandlungen zur Geschlechtsumwandlung.

### Haarverlust und Haareratz

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

### Hausbesuche

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

### Komplikationen aufgrund im Rahmen Ihres Tarifs nicht versicherter Behandlungen

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

### Kunstfehler

Behandlungen, die aufgrund eines Kunstfehlers erforderlich werden.

### Leihmutterschaft

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

### Medizinische Überführung oder medizinischer Rücktransport

Medizinische(r) Überführung/Rücktransport und jegliche damit verbundenen Kosten, einschließlich Medizinische(r) Überführung/Rücktransport von einem Schiff auf See zu einer medizinischen Einrichtung an Land.

### Nichtbeachtung eines ärztlichen Rats oder der Nichtkonsultation eines Arztes

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

### Organtransplantation

Kosten für eine Organtransplantation sowie die Kosten für die Beschaffung eines Organs, wie z.B. Kosten für die Spendersuche, die Typisierung, die Organentnahme, den Transport und die Verwaltung.

### **Pflegekosten**

Pflegekosten für die Pflege zu Hause, mit Ausnahme von ärztlich verschriebenen Behandlungen, einschließlich (jedoch nicht darauf beschränkt) der Verabreichung von Injektionen und das Wechseln von Verbandsmaterial, soweit im Rahmen der maximalen Erstattungsbeträge versichert.

### **Plastische Chirurgie**

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

### **Reisekosten**

Reisekosten zu bzw. von medizinischen Einrichtungen (einschließlich Parkgebühren) im Zusammenhang mit versicherten medizinischen Behandlungen. Eine Ausnahme sind jedoch Reisekosten, die im Rahmen der Leistung „Lokaler Krankentransport“ abgedeckt sind.

### **Schwangerschaftsabbruch**

Schwangerschaftsabbruch, mit Ausnahme einer für die Schwangere lebensbedrohlichen Indikation.

### **Schwere Krankheiten**

Ausgaben für Behandlungen von Krankheiten und Beschwerden, die vom GKFS als „schwere Krankheit“ klassifiziert wurden und somit voll erstattungsfähig sind.

### **Sprachtherapie**

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

### **Teilnahme an einem Krieg oder illegalen Aktivitäten**

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

### **Übergewicht**

Untersuchungen und Behandlungen aufgrund von Übergewicht.

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

### **Verhaltens- und Persönlichkeitsstörungen**

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

### **Verletzungen bei Berufssport**

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

### **Verschreibungspflichtige Medikamente, Kosten für einen Allgemeinmediziner und Facharzt**

Verschreibungspflichtige Medikamente, Kosten für einen Allgemeinmediziner und Facharzt, außer diese Kosten stehen in direktem Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt oder einem chirurgischen Eingriff. Es werden nur die Ausgaben für Behandlungen erstattet, die bis zu zwei Monate vor und bis zu sechs Monate nach dem entsprechenden Krankenhausaufenthalt oder dem chirurgischen Eingriff stattfinden.

### **Vorerkrankungen**

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

### **Vitamine oder Mineralstoffe**

Produkte, die als Vitamine oder Mineralstoffe klassifiziert sind, sowie Nahrungsmittelergänzungsprodukte, inklusive Spezialbabynahrung und kosmetischer Produkte, auch wenn diese medizinisch anerkannt, empfohlen oder verschrieben wurden und eine therapeutische Wirkung haben. Die Kosten für eine Ernährungsberatung sind nicht versichert, außer, wenn eine diesbezügliche Leistung in Ihrer Tariflichen Leistungszusage enthalten ist.

### **Zahnveneers**

Zahnveneers und die damit verbundenen Maßnahmen.

# Sprechen Sie mit uns, wir helfen Ihnen gerne weiter!

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

## 24/7-Helpline für allgemeine Fragen und Hilfe im Notfall

 Telefonnummer: +32 2 210 6501

Gebührenfreie Telefonnummern: [www.allianzworldwidecare.com/de/pages/toll-free-numbers/](http://www.allianzworldwidecare.com/de/pages/toll-free-numbers/)

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

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

 E-Mail: IGOhelpline@allianzworldwidecare.com

 Fax: +32 2 210 6506

 Adresse: Allianz Care, 1 place du Samedi, 1000 Brüssel, Belgien

 [www.allianzworldwidecare.com](http://www.allianzworldwidecare.com)

 [www.facebook.com/AllianzCare/](http://www.facebook.com/AllianzCare/)

 [plus.google.com/+allianzworldwidecare](https://plus.google.com/+allianzworldwidecare)

 [www.linkedin.com/company/allianz-care](http://www.linkedin.com/company/allianz-care)

 [www.youtube.com/c/allianzcare](http://www.youtube.com/c/allianzcare)

 [www.instagram.com/allianzcare/](http://www.instagram.com/allianzcare/)

 [www.snapchat.com/add/allianzcare](http://www.snapchat.com/add/allianzcare)