



Krankenversicherungstarife
Gültig ab 1. November 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 und der Tariflichen Leistungszusage.

SO NUTZEN SIE IHREN VERSICHERUNGSSCHUTZ

Service für Versicherte	5
Überblick über Ihren Versicherungsschutz	14
Behandlungen	18

ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

Ihr Versicherungsschutz erklärt	30
Erstattungsanträge und Prozess der vorherigen Kostenzusage	32
Beitragszahlung	36
Verwaltung Ihrer Police	38
Zusätzliche Bedingungen	42
Datenschutz und Erfassung und Verwendung persönlicher Daten	46
Beschwerdeverfahren	48
Definitionen	50
Ausschlüsse	60

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 and Allianz Partners sind eingetragene Firmen von AWP Health & Life SA.



SO NUTZEN
SIE IHREN
VERSICHERUNGS-
SCHUTZ




SERVICE FÜR VERSICHERTE

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

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


Sprechen Sie mit uns, wir helfen Ihnen gerne weiter!

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

 Helpline: [+ 353 1 630 1302](tel:+35316301302)

Eine Liste unserer aktuellen gebührenfreien Rufnummern finden Sie hier:
www.allianzworldwidecare.com/toll-free-numbers

 E-Mail: client.services@allianzworldwidecare.com

 Fax: [+ 353 1 630 1306](tel:+35316301306)

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 Entsprechungen von Markenmedikamenten und Funktion zur Übersetzung von allgemein bekannten Erkrankungen in 17 Sprachen.

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

ERSTE SCHRITTE:



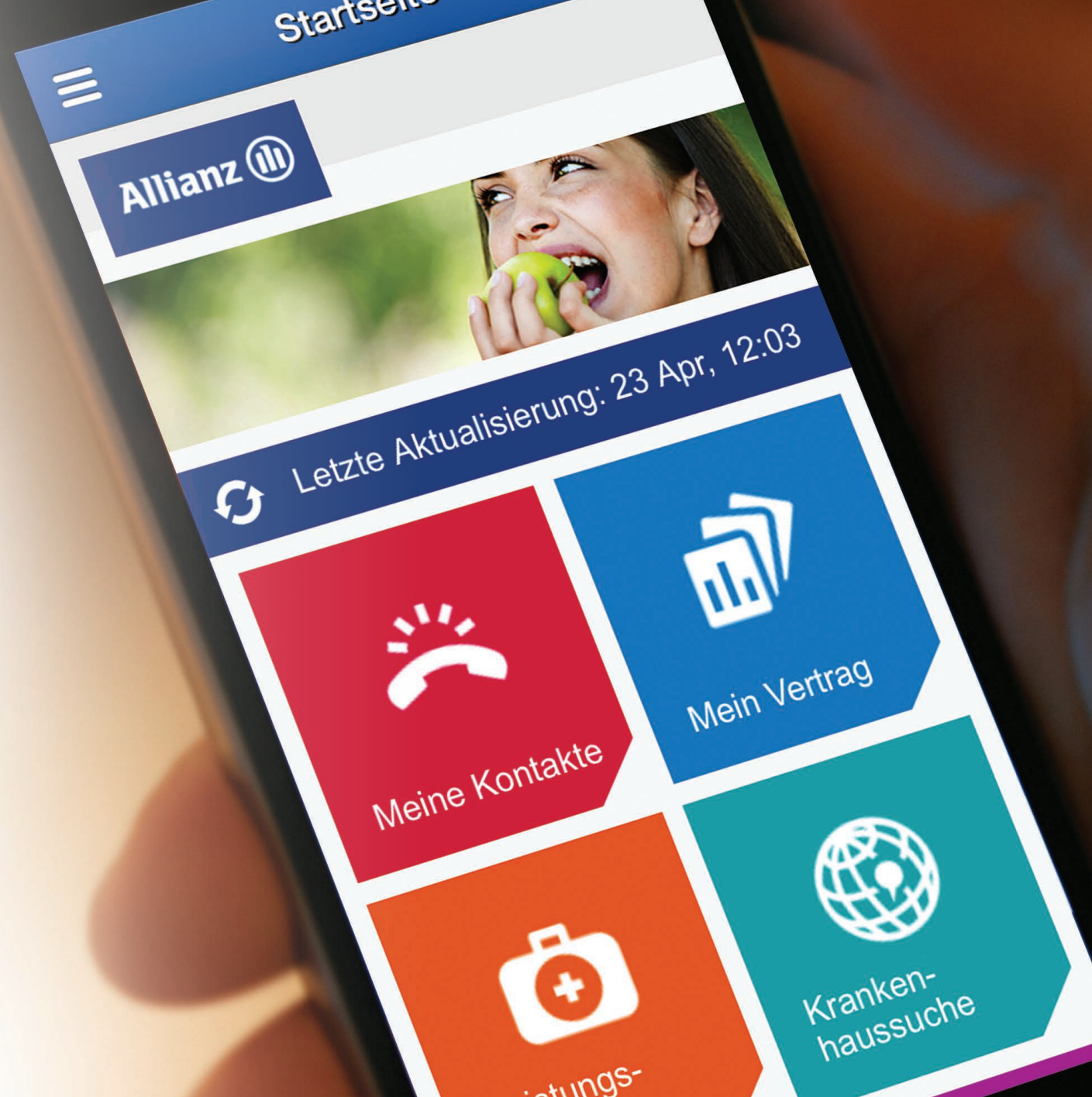
Download - Sie können die App im App Store oder bei Google Play herunterladen, indem Sie nach „Allianz MyHealth“ suchen und den Anweisungen auf dem Bildschirm folgen.



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



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



Weitere Informationen finden Sie auf unserer Website:
www.allianzworldwidecare.com/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 und die verbleibenden Restbeträge bis zum jeweiligen Höchstleistungsbetrag jeder Leistung zu überprüfen.
- 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

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

Wenn Sie Ihre Versicherungsunterlagen nicht erhalten haben, gehen Sie auf my.allianzworldwidecare.com, klicken Sie auf „Anmelden“ und geben Sie die angeforderten Informationen ein. 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.

 www.allianzworldwidecare.com/members

Medi24

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

 [+44 \(0\) 208 416 3929](tel:+442084163929)

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





Expat-Unterstützungs-Programm

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

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

Dieser mehrsprachige Service ist jederzeit und überall verfügbar!


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

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

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

Wir helfen Ihnen gerne weiter!

 +1 905 886 3605**

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

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



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

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

Das Expat-Unterstützungs-Programm wird durch Morneau Shepell Limited zur Verfügung gestellt, vorbehaltlich Ihrer Annahme unserer Bedingungen. Sie verstehen und akzeptieren, dass AWP Health & Life SA – irische Niederlassung und / oder AWP Health & Life Services Limited nicht für Ansprüche, Verluste oder Schäden verantwortlich ist, die direkt oder indirekt aus Ihrer Nutzung des Expat-Unterstützungs-Programms entstehen könnten.



Reisesicherheitsservices

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

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



NOTFALL-SICHERHEITSUNTERSTÜTZUNGS-HOTLINE

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



LÄNDERANALYSEN UND SICHERHEITSBERATUNG

Sicherheitsinformationen für einige Ländern sowie umfassende Sicherheitsberatung.



TÄGLICHE NACHRICHTEN UND UPDATES ZUM THEMA SICHERHEIT SOWIE REISESICHERHEITSWARNUNGEN

Wöchentliche Newsletter und E-Mail-Benachrichtigung zu risikoreichen Ereignissen einschließlich Terrorismus, zivile Unruhen und schwere Wetterrisiken, in oder in der Nähe Ihres aktuellen Aufenthaltsorts.

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



+44 207 741 2185

Dies ist keine kostenfreie Telefonnummer.



allianzcustomerenquiries@worldaware.com



<https://my.worldaware.com/awc>

Registrieren Sie sich, indem Sie Ihre Versicherungsnummer (im Versicherungsschein angegeben) eingeben.



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



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

Die Reisesicherheitsservices werden von WorldAware LTD zur Verfügung gestellt, vorbehaltlich Ihrer Annahme unserer Bedingungen. Sie verstehen und akzeptieren, dass AWP Health & Life SA – irische Niederlassung und / oder AWP Health & Life Services Limited nicht für Ansprüche, Verluste oder Schäden verantwortlich ist, die direkt oder indirekt aus Ihrer Nutzung der Reisesicherheitsservices entstehen könnten.

ÜBERBLICK ÜBER IHREN VERSICHERUNGSSCHUTZ

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

Welche Leistungen umfasst mein Versicherungsschutz?

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

Wo kann ich Behandlungen erhalten?

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

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

Welche Höchsterstattungsbeträge gelten?

Ihr Versicherungsschutz unterliegt gegebenenfalls einem tariflichen Höchsterstattungsbetrag. Dies ist der maximale Betrag, den wir insgesamt für alle im Tarif enthaltenen Leistungen bezahlen werden. Obwohl viele in Ihrer Tariflichen Leistungszusage enthalten Leistungen vollständig versichert sind, sind einige auf einen bestimmten Betrag (z. B. €30.000) 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 der folgenden Website ausfüllen:

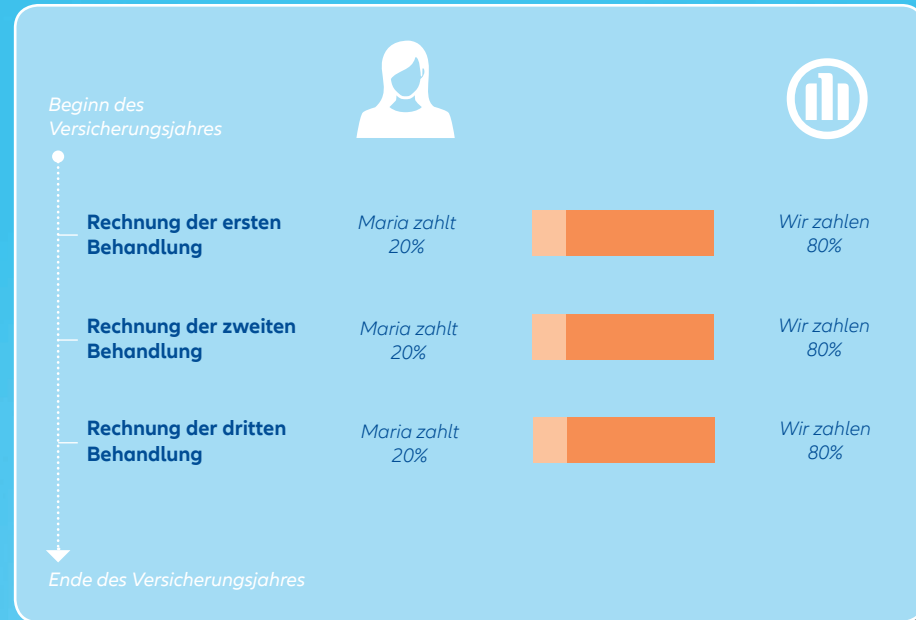
🌐 www.allianzworldwidecare.com/de/persoendlich/antragsformular/

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“.

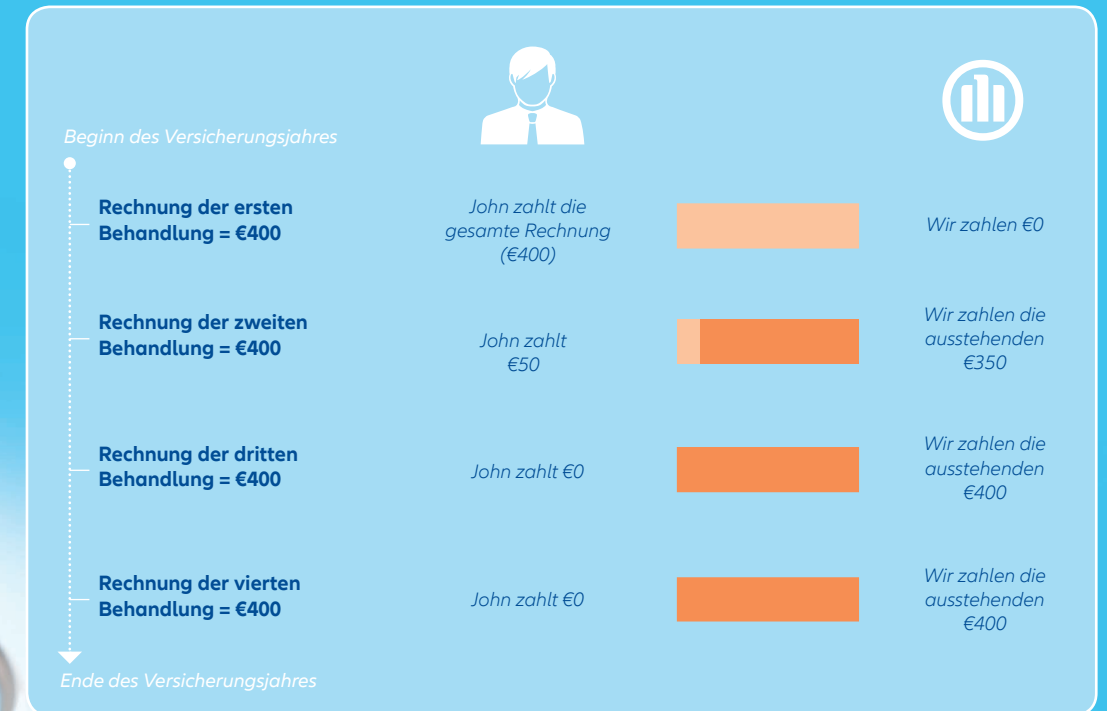
Was sind Selbstbeteiligungen und Eigenanteile?

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

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



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



BEHANDLUNGEN

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

Prüfen Sie Ihren Versicherungsschutz

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

Manche Behandlungen müssen im Voraus genehmigt werden

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

Behandlung im Krankenhaus

Eine vorherige Kostenzusage ist erforderlich.



Laden Sie ein Formular zur vorherigen Kostenzusage von unserer Website herunter:
www.allianzworldwidedecare.com/de/ressourcen/view/ressourcen-fuer-versicherte/kostenzusageverfahren-und-formulare/



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



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

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



Bei einem Notfall:

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

Sie, Ihr Arzt, ein Familienangehöriger oder ein Kollege müssen/muss unsere Helpline innerhalb von 48 Stunden nach Eintritt des Notfalls über Ihre Krankenhausaufnahme informieren. Einzelheiten zur vorherigen Kostenzusage können telefonisch aufgenommen werden, wenn Sie uns anrufen.

Rückerstattung Ihrer Kosten für ambulante, zahnärztliche und andere Behandlungen

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



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



Lassen Sie sich eine Rechnung vom medizinischen Dienstleister ausstellen.

Diese sollte Ihren Name, das Behandlungsdatum, die Diagnose oder die Erkrankung, die Grund für die Behandlung war, das Datum, an dem die Symptome zum ersten Mal aufgetreten sind, die Behandlungsform und die entstandenen Kosten aufzeigen.



Sie können dann den Betrag per mobiler App rückfordern.

Geben Sie einfach alle wichtigen Einzelheiten und Informationen an, machen Sie ein Foto von Ihren Rechnungen und klicken Sie auf „Absenden“.

Alternativ zur MyHealth App können Sie Ihren Erstattungsantrag auch einreichen, in dem Sie ein Erstattungsformular ausfüllen und an uns senden. Das Formular finden Sie hier auf unserer Website:

 www.allianzworldwidecare.com/members

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

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

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



Schnelle Bearbeitung von Erstattungsanträgen

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

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



Überführungen und Rücktransporte

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

Bitte geben Sie den Hinweis „**Dringend - Überführung/Rücktransport**“ in der Betreffzeile an. Wenden Sie sich bitte an uns, *bevor* Sie mit alternativen Anbietern sprechen, selbst wenn Sie von diesen angesprochen werden, um potenzielle überhöhte Kosten oder unnötige Verzögerungen zu vermeiden. Falls die Überführung/der Rücktransport nicht durch uns organisiert wird, behalten wir uns das Recht vor, alle Kosten abzulehnen.

+ 353 1 630 1302

@ medical.services@allianzworldwidecare.com



Und wenn ich eine Behandlung in den USA benötige?

Wenn Sie weltweiten Versicherungsschutz haben und einen medizinischen Dienstleister in den USA finden möchten, gehen Sie einfach auf:

 www.allianzworldwidecare.com/olympus

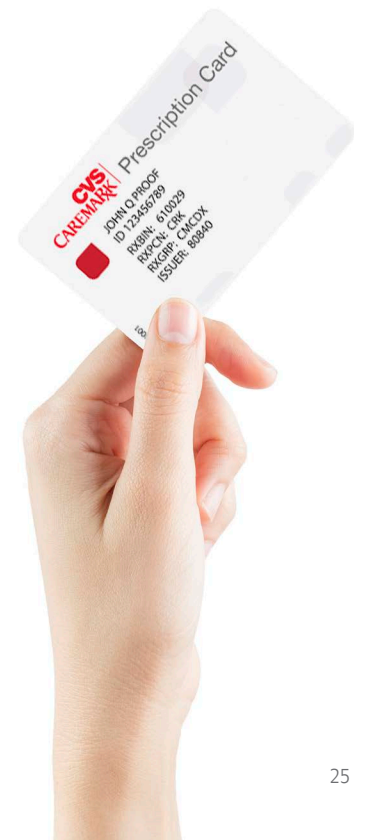
Wenn Sie eine Frage zu einem medizinischen Dienstleister haben oder einen Dienstleister ausgewählt haben und einen Termin vereinbaren möchten, wenden Sie sich bitte telefonisch an:

 [\(+1\) 800 541 1983](tel:+18005411983)
(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 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.
- Die Tarifliche Leistungszusage. In dieser sind die Tarife aufgeführt, die gewählt wurden, und die damit verbundenen Leistungen, die für Sie verfügbar sind. Außerdem sind dort alle Leistungen/Behandlungen aufgeführt, für die ein Formular zur vorherigen Kostenzusage eingereicht werden muss, sowie Leistungen, für die bestimmte Erstattungsbeträge, Wartezeiten, Selbstbeteiligungen oder Eigenanteile gelten.
- Informationen, die uns vom oder im Namen des Versicherten im unterschriebenen Antragsformular, im eingereichten Online-Antragsformular, in der Bestätigung des Gesundheitszustands oder in anderen Formularen angegeben wurden (nachfolgend insgesamt als „relevante Antragsformulare“ bezeichnet) oder andere unterstützende medizinische Informationen.

Achtung:

Der Versicherungsschutz von Allianz Care ist für einen Aufenthalt in Deutschland ausreichend, wenn Ihr Aufenthalt in Deutschland von begrenzter Dauer ist oder einem temporären Zweck dient. Er ist nicht für Personen mit festem, dauerhaftem Wohnsitz in Deutschland geeignet. Wir empfehlen Ihnen hierzu unabhängigen Rat einzuholen, bevor Sie einen Vertrag mit uns abschließen. Beachten Sie bitte, dass es in Ihrer Verantwortung liegt, sicherzustellen, dass Sie die gesetzlichen Krankenversicherungsanforderungen in Deutschland erfüllen.

IHR VERSICHERUNGSSCHUTZ ERKLÄRT

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 18. Geburtstag oder bis zum Tag vor ihrem 24. Geburtstag, wenn sie sich in einer Vollzeitausbildung befinden, im Rahmen Ihres Versicherungsvertrags mitversichert sein. Darauf folgend können diese dann, wenn gewünscht, einen eigenen Versicherungsschutz beantragen.

Erstattungsbeträge

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

- Der **Höchsterstattungsbetrag**, der für einige Tarife angegeben wird, ist der maximale Gesamtbetrag, der für sämtliche Leistungen des Tarifs zusammen, pro versicherte Person und pro Versicherungsjahr, erstattet wird.
- Für einige Leistungen gelten zudem **spezifische Erstattungsbeträge**, die beispielsweise pro Versicherungsjahr, auf Lebenszeit, pro Reise, pro Sitzung oder auch pro Schwangerschaft gelten. In einigen Fällen kann für Versicherungsleistungen auch eine prozentuale Erstattungsleistung angezeigt werden, z. B. 65% Erstattung, bis zu £4.150/€5.000/US\$6.750/CHF6.500.

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

Wenn Ihr Versicherungsschutz Leistungen für Mutterschaftstarife einschließt, werden diese in Ihrer Tariflichen Leistungszusage zusammen mit dem gegebenenfalls geltenden maximalen Erstattungsbetrag und/oder einer geltenden Wartezeit aufgeführt. Erstattungsbeträge für die Leistungen „Reguläre Schwangerschaft“ und „Komplikationen bei der Entbindung“ werden entweder pro Schwangerschaft oder pro Versicherungsjahr gezahlt (weitere Informationen entnehmen Sie bitte Ihrer Tariflichen Leistungszusage). Wenn Ihre Leistung pro Schwangerschaft erstattet wird und Ihre Schwangerschaft über zwei Versicherungsjahre reicht, gilt folgendes, falls sich der Erstattungsbetrag bei Vertragsverlängerung ändert:

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

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

ERSTATTUNGSANTRÄGE UND PROZESS DER VORHERIGEN KOSTENZUSAGE



Medizinische Erstattungsanträge

Beachten Sie in Bezug auf medizinische Erstattungsanträge bitte folgendes:

- a) Alle Leistungsansprüche müssen spätestens sechs Monate nach Ablauf des Versicherungsjahres (durch unsere MyHealth App oder durch das Einreichen eines Erstattungsformulars) eingereicht werden. Wird die Versicherung innerhalb des Versicherungsjahres gekündigt, so müssen alle Leistungsansprüche spätestens sechs Monate nach Ende des Versicherungsschutzes vorliegen. Nach Ablauf dieses Zeitraums sind wir nicht zur Erstattung verpflichtet.
- b) Bitte reichen Sie für jede Person und für jede Behandlung ein separates Erstattungsformular (per mobiler App oder 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) Falls der zu erstattende Betrag geringer ist als der Selbstbeteiligungsbetrag für Ihren Tarif, bewahren Sie bitte alle Rechnungen für ambulante Behandlungen und Erstattungsformulare auf und reichen Sie diese gemeinsam ein, wenn der zu erstattende Betrag über dem der Selbstbeteiligung liegt.
- e) Bitte geben Sie auf dem Erstattungsformular die Währung an, in der wir Ihre Kosten erstatten sollen. Leider können wir aufgrund internationaler Bankvorschriften in seltenen Fällen die Zahlung nicht in der gewünschten Währung vornehmen. Wir überprüfen dann bei jedem Fall, in welcher Währung wir die Kosten erstatten können. Wenn wir von einer Währung in eine andere umrechnen müssen, verwenden wir den Wechselkurs, der am Ausstellungsdatum der Rechnungen gültig war oder denjenigen, der am Tag der Erstattung gültig ist. Bitte beachten Sie, dass wir uns das Recht vorbehalten zu entscheiden, welchen Wechselkurs wir anwenden.
- f) Nur Kosten, die durch versicherte Behandlungen entstanden sind, werden im Rahmen des Versicherungsvertrags zurückerstattet. Dabei werden alle Anforderungen bezüglich einer vorherigen Kostenzusage berücksichtigt. Alle Selbstbeteiligungen oder Eigenanteile, die in der Tariflichen Leistungszusage aufgeführt sind, werden bei der Berechnung des zurückzuerstattenden Betrags berücksichtigt.
- g) Müssen Sie für medizinische Behandlungen eine Anzahlung leisten, werden die Kosten erst nach Ende der Behandlung erstattet.
- h) Sie und Ihre Angehörigen erklären sich damit einverstanden, uns bei der Beschaffung von Informationen zu unterstützen, die zur Bearbeitung der Erstattungsanträge notwendig sind. Wir sind berechtigt, zur Prüfung der Leistungspflicht in direkten Kontakt mit medizinischen Dienstleistern oder behandelnden Ärzten zu treten und Einsicht in medizinische Unterlagen von Ihnen oder Ihren Angehörigen zu nehmen. Falls wir es für notwendig erachten, können wir auf unsere Kosten eine

medizinische Untersuchung durch unseren medizinischen Berater verlangen. Alle Informationen werden streng vertraulich behandelt. Wir behalten uns vor, die Leistungen zu verweigern, falls Sie oder Ihre Familienangehörigen diese Obliegenheiten verletzen.

Leistungsansprüche im Todesfall durch einen Unfall

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

- Ein vollständig ausgefülltes Leistungsantragsformular der Lebens- und Unfalltodversicherung.
- Eine Sterbeurkunde.
- Ein medizinischer Bericht, der die Todesursache enthält.
- Eine schriftliche Erklärung mit der Angabe des Datum, des Ortes und den Umständen des Unfalls.
- Offizielle Unterlagen, die den Familienstatus des Versicherten, sowie die Identität der Begünstigten als auch deren Beziehung zum Versicherten nachweisen.

Begünstigte sind, soweit nicht anderweitig vom Versicherten angegeben:

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

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

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

Behandlung durch Verschulden eines Dritten

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

Vorherige Kostenzusage

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

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

- Alle aufgeführten stationären Leistungen¹ (wenn Sie über Nacht im Krankenhaus bleiben müssen)
- Teilstationäre Behandlung/Tagesklinik²
- Kosten für eine Begleitperson im Falle einer medizinischen Überführung oder eines medizinischen Rücktransports²
- Nierendialyse²
- Langzeitpflege²
- Medizinische Überführung bei entsprechender Versicherung² (oder Rücktransport², falls versichert)
- Kernspintomografie (MRT), vorherige Kostenzusage nur erforderlich, wenn Sie möchten, dass wir die Kosten direkt mit dem medizinischen Anbieter abrechnen
- Häusliche Pflege oder Aufenthalt in einem Genesungsheim²
- Beschäftigungstherapie² (nur ambulante Behandlung muss im Voraus genehmigt werden)
- Onkologie² (nur stationäre oder teilstationäre Behandlung muss im Voraus genehmigt werden)
- Ambulante Operationen²
- Palliativmedizinische Betreuung²
- Positronenemissions- (PET)² und Computer-Positronenemissionstomografie² (CT-PET)
- Rehabilitationsmaßnahmen²
- Rücktransport im Todesfall²
- Reguläre Schwangerschaft², Komplikationen bei Schwangerschaft und Entbindung² (nur stationäre Behandlungen müssen im Voraus genehmigt werden)
- Reisekosten für versicherte Familienmitglieder im Falle einer Überführung² (oder eines Rücktransports, falls versichert)
- Reisekosten für versicherte Familienmitglieder im Falle einer Überführung der sterblichen Überreste²
- Kosten für Reisen zu einer anderen Kanalinsel, in das Vereinigte Königreich oder nach Frankreich²

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

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

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

BEITRAGSZAHLUNG

Die Versicherungsbeiträge für jedes Versicherungsjahr basieren auf dem Alter des jeweiligen Versicherten am ersten Tag des Versicherungsjahres, dem geografischen Geltungsbereich seiner Versicherung, dem Aufenthaltsland des Versicherungsnehmers, 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. Sie können je nach vereinbarter Zahlungsweise monatliche, vierteljährliche, halbjährliche oder jährliche Zahlung wählen. 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, ist 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.

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.

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 Tarif, den Sie gewählt haben, ist weiterhin verfügbar, wir können in Ihrem Land weiterhin Versicherungsschutz anbieten, alle fälligen Beitragszahlungen sind bei uns eingegangen und Ihre Zahlungsangaben sind zum Datum der Vertragsverlängerung weiterhin gültig. Bitte informieren Sie uns, falls Sie eine neue Kreditkarte erhalten oder falls sich Ihre Bankdaten ändern.

Als Teil dieses neuen Prozesses werden Sie einen Monat vor dem Verlängerungsdatum einen neuen Versicherungsschein mit den Einzelheiten zu den Änderungen Ihrer Versicherungspolice 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@allianzworldwidedecare.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 38 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 42 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 40 entnehmen.

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 Ablauf des Versicherungsvertrags 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:

- **Wenn Sie im Europäischen Wirtschaftsraum leben:** Ihre Police unterliegt den Gesetzen und Gerichten Ihres Wohnsitzlandes, sofern gesetzlich nicht anderes vorgeschrieben.
- **Wenn Sie außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums leben:** Ihre Police unterliegt den Gesetzen und Gerichten Irlands, sofern gesetzlich nicht anderes vorgeschrieben.

2. Wirtschaftssanktionen: Diese Police kann weder eine Leistung zahlen noch erbringen, deren Zahlung oder Bereitstellung einer Sanktion, einem Verbot oder einer Beschränkung im Rahmen der Resolutionen der Vereinten Nationen oder den Handels- oder Wirtschaftssanktionen, Gesetzen oder Vorschriften von der Europäischen Union oder den Vereinigten Staaten von Amerika widerspricht.

3. 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 Versicherungspolice 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.

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, 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 zuviel 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 versicherten Angehörigen aufnehmen müssen (z. B. falls wir eine E-Mail Adresse von einem volljährigen Angehörigen einholen müssen), wird der Hauptversicherte, der im Namen des Angehörigen agiert, von uns kontaktiert und darum gebeten, die entsprechende Information bereitzustellen (soweit es sich nicht um sensible medizinische Daten eines Angehörigen handelt). Ebenso werden alle nicht sensiblen und nicht medizinischen Daten und Informationen, die die Bearbeitung von Erstattungsanträgen aller versicherten Angehörigen betreffen, direkt an den Hauptversicherten geschickt.

10. Nutzung von Medi24: Der medizinische Informationsdienst Medi24 und die bereitgestellten Informationen zum Thema Gesundheit sind kein Ersatz für professionelle medizinische Beratung oder ärztliche Behandlung. Dieser Dienst ist nicht zur medizinischen Diagnose oder Behandlung vorgesehen und die erteilten Informationen dienen nicht diesem Zweck. Holen Sie vor Beginn einer neuen Behandlung oder bei Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand immer ärztlichen Rat ein. Ihnen ist bewusst und Sie erklären sich damit einverstanden, dass Allianz Care für etwaige Forderungen, Verluste oder Schäden, die direkt oder indirekt auf die Inanspruchnahme dieses Informationsdienstes oder die bereitgestellten Informationen zurückzuführen sind, keinerlei Verantwortung oder Haftung übernimmt. Medi24-Anrufe werden aufgezeichnet und können zu Schulungs-, Qualitätssicherungs- und Regulierungszwecken überprüft werden.



DATENSCHUTZ UND DIE ERFASSUNG UND VERWENDUNG PERSÖNLICHER DATEN

Unser Datenschutzhinweis erklärt, wie wir Ihre Privatsphäre schützen. Dies ist eine wichtige Information, die erklärt, wie Ihre persönlichen Daten verwendet werden. Sie sollten diese Information lesen, bevor Sie Ihre persönlichen Daten an uns übermitteln. Um unseren Datenschutzhinweis zu lesen, gehen Sie auf: <https://www.allianzworlwidecare.com/de/datenschutz/>. Alternativ können Sie uns auch unter der folgenden Telefonnummer anrufen und eine Kopie unseres Datenschutzhinweises anfragen.

+ 353 1 630 1302

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

@ AWC.DataPrivacyOfficer@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:

+353 1 630 1302

client.services@allianzworldwidecare.com

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

Wir werden Ihre Beschwerde nach unserem internen Beschwerdemanagement Prozess handhaben, der hier detailliert beschrieben wird:

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

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

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 im Land des anwendbaren Rechts statt. Der im Modellverfahren genannte Schlichtungsvertrag wird gemäß dem Land des anwendbaren Rechts geregelt, ausgelegt und wirksam. Die Gerichte des Landes des anwendbaren Rechts 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 Gerichten des Landes des anwendbaren Rechts 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 Krankenversicherungstarifen enthalten sein können, sowie auf andere häufig verwendete Begriffe. Bitte entnehmen Sie Ihrer Tariflichen Leistungszusage, welche Leistungen von Ihrem Versicherungsschutz umfasst werden. Sollten speziell zugeschnittene Leistungen in Ihrem Versicherungsschutz enthalten sein, ist die entsprechende Definition in den Anmerkungen am Ende Ihrer Tariflichen Leistungszusage aufgeführt. Wo immer die nachstehenden Begriffe und Ausdrücke in Ihren Versicherungsunterlagen verwendet werden, haben sie die im Folgenden definierte Bedeutung:



A

Akut bezieht sich auf ein plötzliches Auftreten.

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

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

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

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

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

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

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

B

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

Behandlungen bei Unfruchtbarkeit umfassen Behandlungen für versicherte Personen, einschließlich aller invasiven Untersuchungsverfahren zur Feststellung der Ursache der Unfruchtbarkeit, wie z. B. Hysterosalpingografie, Laparoskopie oder Hysteroskopie. Wenn Ihre Tarifliche Leistungszusage keine spezifisch aufgeführte Leistung für Behandlungen bei Unfruchtbarkeit enthält, beschränkt sich der Versicherungsschutz auf nicht-invasive Untersuchungen zur Ermittlung der Unfruchtbarkeitsursache innerhalb der Grenzen Ihres Ambulanttarifs (falls gewählt). Dies gilt nicht für Versicherte des Tarifs für die Kanalinseln (im Rahmen dieses Tarifs sind Untersuchungen zur Ermittlung der Unfruchtbarkeitsursache ausgeschlossen). Wenn sie jedoch eine bestimmte Leistung für Behandlungen bei Unfruchtbarkeit enthält, so werden die Kosten für Behandlungen bei Unfruchtbarkeit für versicherte Personen, die die Behandlung erhalten, bis zum Höchstleistungsbetrag der Tariflichen Leistungszusage übernommen. Jegliche Kosten, die den Höchstleistungsbetrag überschreiten, können nicht im Rahmen der Police des Ehepartners zurückerstattet werden (falls mitversichert). Bei InVitro-Fertilisation (IVF) ist die Kostenerstattung auf den in der Tariflichen Leistungszusage angegebenen Betrag beschränkt. Die stationäre Behandlung für Mehrlingsgeburten infolge medizinisch assistierter Fortpflanzung ist auf £24.900/€30.000/US\$40.500/CHF39.000 pro Kind für die ersten drei Monate nach der Geburt beschränkt. Ambulante Behandlungen werden innerhalb der Grenzen eines entsprechenden Ambulanttarifs erstattet.

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

C

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.

Eine **chronische Erkrankung** ist definiert als Krankheit, Erkrankung oder Verletzung, die entweder länger als sechs Monate dauert oder mindestens einmal jährlich ärztliche Hilfe (eine Untersuchung oder Behandlung) erfordert. Sie weist zudem folgende Merkmale auf:

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

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

D

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

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

E

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

Elterngeld gilt nur im Rahmen des Krankenversicherungstarifs für die Kanalinseln und umfasst folgende Leistung: Jeder bei uns versicherte Elternteil erhält nach der Geburt eines Kindes eine Barleistung. Voraussetzung ist, dass die Behandlung vom Krankenhaus gebührenfrei bereitgestellt wird. Der genaue Erstattungsbetrag ist in Ihrer Tariflichen Leistungszusage

festgelegt. Um Anspruch auf Elterngeld zu haben, müssen Sie uns innerhalb von drei Monaten nach der Geburt Ihres Kindes eine Kopie der Geburtsurkunde zusenden. Des Weiteren gilt, um Anspruch auf diese Leistung zu haben, muss die Mutter bzw. der Vater mindestens zehn Monate unmittelbar vor der Geburt im Rahmen des Krankenversicherungstarifs für die Kanalinseln versichert sein.

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

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

F

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

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

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

G

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

Geburtsvorsorge sind die während einer Schwangerschaft erforderlichen allgemeinen Vor- und Nachsorgeuntersuchungen. Bei Frauen ab 35 Jahren gehören zur Geburtsvorsorge

auch Triple-/Bart's-, Quadruple- und Spina-Bifida-Tests, Amniozentesen und DNA-Analysen, wenn diese im direkten Zusammenhang mit einer leistungsberechtigten Fruchtwasseruntersuchung durchgeführt werden.

H

Häusliche Pflege oder Aufenthalt in einem Genesungsheim

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

Hebammenkosten beziehen sich auf die durch Hebammen oder Geburtshelfer entstandenen Kosten. Die Hebammen und Geburtshelfer müssen gemäß den Gesetzen des Landes, in dem die Behandlung stattfindet, die erforderliche Ausbildung absolviert und die jeweiligen staatlichen Prüfungen bestanden haben.

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

I

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

K

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

folgende Unterlagen beinhalten, müssen jedoch nicht auf diese beschränkt sein:

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

Bitte beachten Sie, dass wir die Kosten für kieferorthopädische Behandlungen nur erstatten, wenn Standard-Zahnspangen aus Metall und/oder herausnehmbare Standard-Apparate eingesetzt werden. Kosten für kosmetische Behandlungsgeräte wie Lingualspangen und unsichtbare Aligners sind bis zu der Höhe der Kosten von Zahnspangen aus Metall gemäß des maximalen Erstattungsbetrags für die Leistung „Kieferorthopädie und Zahnersatz“ versichert.

Komplikationen bei der Entbindung beziehen sich lediglich auf folgende Umstände, die während der Entbindung entstehen können und die ein anerkanntes geburtshilfliches Verfahren erfordern: Nachgeburtliche Blutungen und Plazentarückstände. Die Leistung „Komplikationen bei der Entbindung“ ist nur erstattungsfähig wenn die Leistung „Reguläre Schwangerschaft“ gewählt wurde. Wenn der Versicherungsschutz diese Leistung einschließt, wird auch ein medizinisch notwendiger Kaiserschnitt als Komplikation betrachtet.

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

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

Kosten für eine Begleitperson im Falle einer medizinischen Überführung oder eines medizinischen Rücktransports sind die Kosten, die für eine Person anfallen, die eine Überführung / einen Rücktransport begleitet. Wenn es nicht möglich ist, dass

die Begleitperson dasselbe Transportmittel benutzt, wird ein Ticket in der Economy-Klasse bezahlt. Nach Behandlungsende erstatten wir auch die Kosten für den Rückflug in der Economy-Klasse, damit die Begleitperson in das Land zurückkehren kann, von wo aus die Überführung/der Rücktransport stattfand. Kosten für Hotelübernachtungen sowie andere zugehörige Kosten werden vom Versicherungsschutz nicht umfasst.

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

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

L

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

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

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

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

M

Medizinische Notwendigkeit umfasst medizinische Behandlungen, Leistungen oder Versorgungsleistungen, 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.

Medizinische Überführung wird durchgeführt, wenn die notwendige Behandlung, für die Versicherungsschutz besteht, vor Ort nicht erhältlich ist oder im Notfall keine angemessenen kontrollierten Blutkonserven vorhanden sind. Die Überführung der versicherten Person erfolgt zur nächstgelegenen geeigneten medizinischen Einrichtung (die sich nicht unbedingt im Heimatland der versicherten Person befindet) per Krankenwagen, Hubschrauber oder Flugzeug. Die medizinische Überführung, die von einem Arzt angefordert werden sollte, wird in ökonomisch sinnvoller Weise unter Berücksichtigung der medizinischen Umstände durchgeführt. Nach Behandlungsende erstatten wir auch die Kosten für den Rückflug in der Economy-Klasse, damit der überführte Versicherte in das Land zurückkehren kann, in dem er seinen Hauptwohnsitz hat.

Wenn aus medizinischen Gründen nach Beendigung der stationären Behandlung und der Entlassung aus dem Krankenhaus die versicherte Person nicht überführt oder transportiert werden kann, übernehmen wir die angemessenen Kosten für ein Hotelzimmer mit privatem Bad bis zu maximal sieben Tagen. Die Unterkunftskosten in einer Hotelsuite oder einem Vier- oder Fünf-Sterne-Hotel sowie die Hotelkosten für eine Begleitperson werden nicht erstattet. Wenn eine versicherte Person zur nächstgelegenen geeigneten medizinischen Einrichtung überführt wurde und dort laufende Behandlungen benötigt, erklären wir uns bereit, die angemessenen Kosten für ein Hotelzimmer mit privatem Badezimmer für die Dauer der Behandlung zu erstatten. Die Kosten für eine solche Unterkunft müssen geringer sein als die Transportkosten zwischen der nächstgelegenen geeigneten medizinischen Einrichtung und dem Hauptwohnsitz des Versicherten. Hotelkosten für eine Begleitperson werden nicht erstattet.

Sofern ausreichend kontrollierte Blutkonserven vor Ort nicht erhältlich sind, werden wir uns bemühen, entsprechende Blutkonserven und steriles Transfusionsbesteck zu beschaffen, wenn dies von dem behandelnden Arzt angeraten wird. Dies gilt auch für den Fall, dass unsere medizinischen Fachleute dies anraten. Allianz Care und deren Vermittler übernehmen keine Haftung im Falle, dass diese Bemühungen erfolglos sind oder wenn von dem behandelnden Stelle infiziertes Blut oder Transfusionsbesteck verwendet wird.

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

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

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

N

Neugeborenenpflege schließt die üblichen Untersuchungen ein, die notwendig sind, um die Grundfunktionen und Integrität der Organe bzw. der Knochenstruktur des Kindes festzustellen. Diese wesentlichen Untersuchungen erfolgen direkt nach der Geburt. Weitere vorbeugende diagnostische Untersuchungen wie Abstriche, Feststellung der Blutgruppe und Hörtests sind nicht versichert. Jede weitere medizinisch notwendige Untersuchung oder Behandlung ist im Rahmen der Versicherungspolice des Neugeborenen versichert. Die stationäre Behandlung für Mehrlingsgeburten infolge medizinisch assistierter Fortpflanzung ist auf £24.900/€30.000/US\$40.500/CHF39.000 pro Kind für die ersten drei Monate nach der Geburt beschränkt. Ambulante Behandlungen werden innerhalb der Grenzen eines entsprechenden Ambulanttarifs erstattet.

Nicht verordnete Physiotherapie bezieht sich auf eine Behandlung durch einen eingetragenen Physiotherapeuten, ohne vorherige Überweisung durch einen Allgemeinmediziner. Falls versichert, erstreckt sich der Versicherungsschutz auf die in der Tariflichen Leistungszusage angegebene Anzahl von Sitzungen. Für zusätzliche Sitzungen besteht nur dann Versicherungsschutz, wenn sie verordnet werden. Die Erstattung erfolgt dann im Rahmen der Leistung „Verordnete Physiotherapie“. Physiotherapie (entweder verordnet oder als Kombination aus nicht verordnet und verordneter Behandlungen) ist zunächst auf zwölf Sitzungen pro erstellte Diagnose begrenzt. Danach muss der Allgemeinmediziner, der die Überweisung veranlasst hat, die Behandlung überprüfen. Sollten weitere Sitzungen notwendig sein, muss uns ein Behandlungsbericht vorgelegt werden, in dem die medizinische Notwendigkeit einer Weiterbehandlung dargelegt wird. Die Leistung Physiotherapie umfasst keine Therapien wie Rolfing, Massage, Pilates, Fango- und Milta-Therapie.

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

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

O

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

Onkologie umfasst alle Facharztgebühren, Kosten für diagnostische Tests, Strahlentherapie, Chemotherapie und Krankenhausgebühren, die in Verbindung mit der Planung und Durchführung einer Krebsbehandlung entstehen, sobald

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

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

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

P

Palliativmedizinische Betreuung bezeichnet eine laufende Behandlung, die auf die Linderung des körperlichen/seelischen Leidens bei fortschreitenden, unheilbaren Erkrankungen und auf die Erhaltung der Lebensqualität abzielt. Diese Behandlung kann stationär, teilstationär oder ambulant erfolgen, nachdem diagnostiziert wurde, dass sich ein Patient im Endstadium befindet und eine Heilung durch die Behandlung nicht mehr zu erwarten ist. Wir erstatten außerdem Kosten für körperliche Pflege, psychologische Behandlungen, den Aufenthalt in einem Krankenhaus oder einem Hospiz sowie verschreibungspflichtige Arzneimittel.

Podologie bezieht sich auf medizinisch notwendige Behandlungen durch einen staatlich anerkannten Podologen.

Präventive Operationen beziehen sich auf prophylaktische Mastektomien oder Oophorektomien. Wir übernehmen die Kosten für einen präventiven chirurgischen Eingriff, wenn die/der Versicherte:

- eine familiäre Vorbelastung mit einer vererbten Krebserkrankung aufweist, zum Beispiel Brustkrebs oder Eierstockkrebs, und
- genetische Tests ergeben haben, dass ein genetisches Krebsrisiko vorhanden ist.

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

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

R

Reguläre Schwangerschaft umfasst alle medizinisch notwendigen Kosten, die während der Schwangerschaft und der Entbindung entstehen, einschließlich der Krankenhauskosten, Facharztkosten, Kosten für die Geburtsvorsorge und die Geburtsnachsorge der Mutter, Kosten für die Hebamme (beschränkt auf die Zeit der Wehen) sowie die Neugeborenenpflege. Kosten, die im Zusammenhang mit Komplikationen während der Schwangerschaft oder 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. Wenn Ihr Tarif eine Hausentbindung umfasst, wird im Falle einer Hausentbindung ein Pauschalbetrag bis zu dem in der Tariflichen Leistungszusage angegebenen Betrag ausbezahlt. Die stationäre Behandlung für Mehrlingsgeburten infolge medizinisch assistierter Fortpflanzung ist auf £24.900/€30.000/US\$40.500/CHF39.000 pro Kind für die ersten drei Monate nach der Geburt beschränkt. Ambulante Behandlungen werden innerhalb der Grenzen eines entsprechenden Ambulanttarifs erstattet.

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

Reisekosten sind nur im Rahmen des Krankenversicherungstarifs für die Kanalinseln versichert. Wir erstatten Kosten für eine Hin- und Rückreise, bis zu dem in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegebenen Betrag, zu teilstationären Behandlungen in Privatkrankenhäusern, für postoperative ambulante Beratungen oder stationäre Behandlungen, wenn diese Leistungen im Rahmen Ihres Tarifs versichert sind und Ihr Arzt uns schriftlich bestätigt, dass es für Sie medizinisch notwendig ist, zu einer anderen Kanalinsel, in das Vereinigte Königreich oder nach Frankreich zu reisen, um eine derartige Behandlung zu erhalten. Sie müssen sich vom britischen Gesundheitsministerium (Department of Health) schriftlich bestätigen lassen, dass Sie im Hinblick auf Reise- und

Begleitkosten keinen Anspruch auf eine Reisekostenpauschale haben. Im Rahmen dieser Leistung erstatten wir nur die folgenden Reisekosten:

- Flugtickets zum Normalpreis von einer Kanalinsel zu einer anderen Kanalinsel, in das Vereinigte Königreich oder nach Frankreich.
- Bahn-, U-Bahn- und Bustickets zum Normalpreis.
- Maximal £25/€30 pro Taxifahrt.
- Reisekosten für einen Elternteil, der ein Kind unter 18 Jahren begleitet, bis zu dem in der Tariflichen Leistungszusage genannten Betrag.
- Bei medizinischer Notwendigkeit sind wir auch bereit, einen Beitrag von bis zu £125/€150 pro Reise für Krankenpflege zu leisten, die während der Reise erforderlich ist.

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

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

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

Rücktransport im Todesfall ist der Transport der sterblichen Überreste des Versicherten vom Aufenthalts- in das Bestattungsland. Versichert sind unter anderem die Einbalsamierung, ein den gesetzlichen Anforderungen entsprechender Transportbehälter, die Überführungskosten und die Kosten für die erforderlichen behördlichen Bewilligungen.

Kosten für eine Einäscherung werden nur erstattet, wenn diese aus gesetzlichen Gründen notwendig ist. Die Kosten für Begleitpersonen werden nur erstattet, wenn dies als spezifische Leistung in Ihrer Tariflichen Leistungszusage aufgeführt ist.

S

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

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

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.

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.

Ein **Therapeut** ist ein Chiropraktiker, Osteopath, Arzt der traditionellen chinesischen Medizin, Homöopath, Akupunkteur,

Physiotherapeut, Sprachtherapeut, Beschäftigungstherapeut oder Okulomotortherapeut, der die notwendige Qualifikation und eine gesetzliche Zulassung des Landes hat, in dem die Behandlung durchgeführt wird.

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

U

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

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

Ein **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.

V

Verordnete Physiotherapie umfasst Behandlungen durch einen zugelassenen Physiotherapeuten nach Überweisung durch einen Allgemeinmediziner. Die Physiotherapie ist zunächst auf 12 Sitzungen pro erstellte Diagnose begrenzt. Danach muss der Allgemeinmediziner, der die Überweisung veranlasst hat, die Behandlung überprüfen. Sollten weitere Sitzungen notwendig sein, muss uns nach jeweils 12 Sitzungen ein neuer Behandlungsbericht vorgelegt werden, in dem die medizinische Notwendigkeit einer Weiterbehandlung dargelegt wird.

Physiotherapie umfasst keine Therapien wie Roling, Massage, Pilates, Fango- und Milta-Therapie.

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

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

Verschriebene Arzneimittel umfassen Produkte, einschließlich Insulin, Subkutannadeln oder Spritzen, die von einem Arzt für die Behandlung einer bestätigten Diagnose, einer vorliegenden Krankheit oder als Ersatz für lebenswichtige Körpersubstanzen verschrieben werden. Die verschriebenen Arzneimittel müssen auf ihre klinische Wirksamkeit in Bezug auf die zu behandelnde Krankheit getestet und von der zuständigen Aufsichtsbehörde des jeweiligen Landes zugelassen sein. Verschriebene Arzneimittel können generell auch ohne ärztliches Rezept in dem jeweiligen Land gekauft werden, für eine Erstattung der Kosten wird jedoch ein Rezept benötigt.

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

Verschriebene medizinische Hilfsmittel sind verschriebene, medizinisch notwendige 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.

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

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

Das **Versicherungsjahr** beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn und endet genau ein Jahr später.

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.

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

Vorerkrankungen sind Krankheiten oder körperliche Gebrechen, für die im Laufe Ihres Lebens ein oder mehrere Symptome aufgetreten sind, unabhängig davon, ob Sie eine medizinische Behandlung oder einen ärztlichen Rat erhalten haben. Eine derartige Vorerkrankung bzw. damit verbundene Erkrankung, von der nach angemessenen Maßstäben angenommen werden kann, dass Sie oder Ihre Angehörigen davon Kenntnis hätten haben müssen, wird als Vorerkrankung betrachtet. 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. Bitte entnehmen Sie den Anmerkungen Ihrer Tariflichen Leistungszusage, ob Vorerkrankungen versichert sind.

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

- Ärztliche Untersuchungen
- Blutuntersuchungen (vollständiges Blutbild, Biochemie, Fettspiegel, Schilddrüsenfunktionstest, Leberfunktionstest, Nierenfunktionstest)
- Herz-Kreislauf-Untersuchungen (ärztliche Untersuchungen, EKG, Blutdruck)
- neurologische Untersuchungen (ärztliche Untersuchungen)
- Krebsvorsorgeuntersuchungen:
 - jährlicher Pap-Abstrich
 - Mammografie (alle zwei Jahre für Frauen ab 45 Jahren oder jünger bei familiärer Vorbelastung)
 - Prostata-Untersuchungen (jährlich für Männer ab 50 Jahren oder jünger bei familiärer Vorbelastung)
 - Darmspiegelung (alle fünf Jahre für Versicherte ab 50 Jahren oder ab 40 Jahren bei familiärer Vorbelastung)
 - jährlicher Test auf verstecktes Blut im Stuhl
- Knochendichtemessung (alle fünf Jahre für Frauen ab 50 Jahren)
- Kindervorsorgeuntersuchungen (für Kinder bis zu einem Alter von 6 Jahren, maximal 15 Untersuchungen pro Kind auf Lebenszeit)

- BRCA1 und BRCA2-Genests (bei direkter familiärer Vorbelastung und wenn im Rahmen Ihrer Tariflichen Leistungszusage versichert)

W

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

Wir/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 orthognatisch-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:



Die folgenden Ausschlüsse gelten für alle unsere Tarife, sofern nicht anders angegeben:

Absichtlich herbeigeführte Krankheiten und selbst verursachte Verletzungen

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

Ärztliche Beratung durch Sie selbst oder ein Familienmitglied

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

Aufenthalte in Kurzentren

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

Behandlung außerhalb des versicherten geografischen Geltungsbereichs

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

Behandlung bei Unfruchtbarkeit

Behandlungen bei Unfruchtbarkeit, einschließlich medizinisch assistierter Fortpflanzung oder etwaiger negativer Folgen, es sei denn, Ihr Versicherungsschutz schließt die spezifisch aufgeführte Leistung „Behandlungen bei Unfruchtbarkeit“ ein oder es wurde ein Ambulanttarif ausgewählt (durch den innerhalb der maximalen Erstattungsbeträge für den Ambulanttarif nicht invasive Untersuchungen zur Feststellung der Ursache für die Unfruchtbarkeit versichert sind). Diese Ausnahmen gelten nicht im Rahmen des Krankenversicherungstarifs für die Kanalinseln, für den Untersuchungen zur Feststellung der Ursache der Unfruchtbarkeit ausgeschlossen sind.

Behandlungen, die nicht in der Tariflichen Leistungszusage aufgeführt sind

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

- Ambulante Behandlungen
- Ambulante Psychiatrie und Psychotherapie
- Behandlungen bei Unfruchtbarkeit
- Ernährungsberaterkosten
- Hausentbindungen
- Impfungen
- Komplikationen während der Schwangerschaft
- Kosten für eine Begleitperson im Falle einer/s medizinischen Überführung/Rücktransports
- Laseraugenkorrektur
- Medizinischer Rücktransport
- Organtransplantation
- Reguläre Schwangerschaft und Komplikationen bei der Entbindung
- Rehabilitationsmaßnahmen
- Reisekosten für Versicherte, die ein in Lebensgefahr schwebendes oder ein verstorbenes Familienmitglied begleiten
- Reisekosten für versicherte Familienmitglieder im Falle eines Rücktransports/ einer Überführung
- Reisekosten für versicherte Familienmitglieder im Falle einer Überführung der sterblichen Überreste
- Stationäre Psychiatrie und Psychotherapie

- Verschriebene Brillen und Kontaktlinsen, einschließlich Augenuntersuchungen
- Verschriebene medizinische Hilfsmittel
- Vorbeugende Behandlungen
- Vorsorgeuntersuchungen, einschließlich Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten
- Zahnärztliche Notfallbehandlung
- Zahnbehandlungen, Zahnchirurgie, Zahnfleischbehandlungen, Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlungen mit Ausnahme von Zahn- und kieferchirurgische Maßnahmen, welche im Rahmen der Erstattungsbeträge Ihres Haupttarifs versichert sind

Behandlungen in den USA

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

Beschaffung eines Organs

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

Chemische Verunreinigung und Radioaktivität

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

Drogenabhängigkeit oder Alkoholismus

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

Entwicklungsstörungen

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

Ergänzende Behandlungen

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

Experimentelle oder unbewiesene Behandlungen oder Arzneimittel

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

Familietherapeuten oder Berater

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

Frei verkäufliche Produkte

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

Gebühren für das Ausfüllen des Erstattungsformulars

Ärztliche Gebühren für das Ausfüllen des Erstattungsformulars oder andere Verwaltungskosten.

Geburtsvor- und Geburtsnachbereitung

Geburtsvor- und Geburtsnachbereitungskurse.

Genetische Tests

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

Geschlechtsumwandlung

Operationen und Behandlungen zur Geschlechtsumwandlung.

Haarverlust und Haarerersatz

Untersuchungen und Behandlungen von Haarverlust sowie jeglicher Haarerersatz, 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 zukünftiger Elternteil sind.

Nichtbeachtung eines ärztlichen Rats oder Nichtkonsultation eines Arztes

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

Orthomolekulare Behandlung

Bitte lesen Sie die Definition zu „Orthomolekulare Behandlung“, um weitere Information zu erfahren.

Plastische Chirurgie

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

Schiff auf See

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

Schlafstörungen

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

Schwangerschaftsabbruch

Schwangerschaftsabbruch, mit Ausnahme einer für die Schwangere lebensbedrohlichen Indikation.

Sterilisierung, sexueller Dysfunktion und Verhütung

Untersuchungen, Behandlungen und Folgeerscheinungen von Sterilisierung, sexueller Dysfunktion (es sei denn, diese Störung resultiert aus einer vollständigen Entfernung der Prostata infolge einer Krebsbehandlung) und Verhütung, einschließlich des Einsetzens und Entfernens jeglicher zur Verhütung gebräuchlicher Hilfsmittel, selbst wenn diese aus medizinischen Gründen verschrieben wurden. Die einzige Ausnahme sind von einem Dermatologen verschriebene Verhütungsmittel zur Behandlung von Akne. (Im Rahmen des Krankenversicherungstarifs für die Kanalinseln ist auch Unfruchtbarkeit in diesem Ausschluss einbegriffen.)

Teilnahme an einem Krieg oder illegalen Aktivitäten

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

Tests auf Tumormarker

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

Todesfalleistung bei Unfällen

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

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

Der Ausschluss des passiven Kriegsrisikos gilt unabhängig davon, ob der Anspruch direkt oder indirekt aus einem Krieg, Aufruhr, zivilen Unruhen, Terrorismus, kriminellen oder anderweitigen illegalen Aktivitäten oder Maßnahmen gegen ausländische Feindseligkeiten hervorgeht, unabhängig davon, ob ein Krieg erklärt wurde oder nicht.

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

Triple-/Bart's-, Quadruple- oder Spina-Bifida-Tests

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

Übergewicht

Untersuchungen und Behandlungen aufgrund von Übergewicht.

Verhaltens- und Persönlichkeitsstörungen

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

Verletzungen bei Berufssport

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

Vitamine oder Mineralstoffe

Produkte, die als Vitamine oder Mineralstoffe klassifiziert sind (außer während einer Schwangerschaft oder zur Behandlung eines diagnostizierten und klinisch relevanten Vitaminmangels), sowie Nahrungsergänzungsmittel, 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. (Im Rahmen des Krankenversicherungstarifs für die Kanalinseln ist auch der Zeitraum der Schwangerschaft in diesem Ausschluss einbegriffen.)

Zahnveneers

Zahnveneers und die damit verbundenen Maßnahmen.

Die folgenden zusätzlichen Ausschlüsse gelten für alle Tarife, mit Ausnahme des Tarifs für die Kanalinseln (für diesen Tarif gelten spezielle zusätzliche Ausschlüsse, die auf der folgenden Seite aufgelistet sind):

Reisekosten

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

Sprachtherapie

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

Vorerkrankungen

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

Die folgenden Ausschlüsse gelten nur für unseren Tarif für die Kanalinseln:

Chronische Erkrankungen

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

HIV

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

Organtransplantation

Reisekosten

Reisekosten werden in folgenden Fällen nicht von uns erstattet:

- Wenn die Reisekosten über dem standardmäßigen Normalpreis liegen.
- Wenn es sich um Kosten für einen Elternteil handelt, der ein Kind ab 18 Jahren begleitet.

- Wenn es sich um zusätzlich anfallende Reisekosten handelt, z.B. Hotelunterkunft oder Mahlzeiten.
- Wenn die Kosten vom britischen Gesundheitsministerium (Department of Health) übernommen werden.
- Wenn die Behandlung nicht versichert ist.
- Wenn die Reise nicht von Ihrem Arzt empfohlen wurde.
- Wenn wir vor der Reise nicht zugestimmt haben, alle Reisekosten zu übernehmen.

Weitere Reisekosten

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

Reisekosten sofern die Behandlung vor Ort verfügbar ist

Die Kosten für Reisen zu einer anderen Kanalinsel, in das Vereinigte Königreich und nach Frankreich, wenn die vorgeschlagenen Behandlungen oder alternative Behandlungsmöglichkeiten vor Ort verfügbar sind. Die entstandenen Behandlungskosten werden jedoch im Rahmen der maximalen Erstattungsbeträge Ihres Tarifs von uns erstattet.

Die folgenden Leistungen:

- Medizinische Überführung oder medizinischer Rücktransport
- Okulomotortherapie
- Brillenreparaturen
- Rücktransport im Todesfall
- Sprachtherapie

Verschreibungspflichtige Arzneimittel und Verbände

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

Vorerkrankungen


Zahnchirurgie, Zahnersatz, zahnärztliche Parodontalbehandlung und kieferorthopädische Behandlungen

Zahnchirurgie, Zahnersatz, zahnärztliche Parodontalbehandlung und kieferorthopädische Behandlungen, mit Ausnahme der Zahnbehandlungen gemäß der Definition auf Seite 59.

Sprechen Sie mit uns, wir helfen Ihnen gerne weiter!

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

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

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

Gebührenfreie Telefonnummern: www.allianzworldwidedecare.com/toll-free-numbers

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

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

 **E-Mail:** client.services@allianzworldwidedecare.com

 **Fax:** + 353 1 630 1306

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

 **www.allianz-care.com**

 www.facebook.com/allianzworldwidedecare

 plus.google.com/+allianzworldwidedecare

 www.youtube.com/user/allianzworldwide

 www.linkedin.com/company/allianz-worldwide-care

Dieses Dokument ist eine Übersetzung des original auf Englisch verfassten „Individual Benefit Guide“. Die englische Originalversion gilt ausschließlich als rechtlich verbindlich. Auch wenn Unterschiede zwischen der übersetzten Version und der englischen Originalversion bestehen, gilt die englische Version als rechtlich verbindlich.

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 and Allianz Partners sind eingetragene Firmen von AWP Health & Life SA.