

## Internationale Krankenversicherungstarife Tarifliche Leistungszusage AS International

Eine vorherige Kostenzusage (Vorabgenehmigung) kann für einige der Leistungen erforderlich sein und wird in der untenstehenden Tabelle mit einer 1 oder einer 2 angegeben. Bitte beachten Sie hierzu den Abschnitt "Anmerkungen" für weitere Informationen. Alle Leistungen und Selbstbeteiligungen gelten pro Person und pro Vertragsjahr, sofern nicht anders angegeben.

Haupttarif	AS International
Höchsterstattungsbetrag EUR (€)	€ 2.250.000
<b>Stationäre Leistungen<sup>1</sup> – Bitte beachten Sie dazu die „Anmerkungen“ zur vorherigen Kostenzusage</b>	
Unterbringung im Krankenhaus <sup>1</sup>	Zweibettzimmer
Unterbringung im Krankenhaus <sup>1</sup> (Im Heimatland)	Mehrbettzimmer*
Intensivpflege <sup>1</sup>	Volle Erstattung
Verschreibungspflichtige Arzneimittel und Materialien <sup>1</sup> (nur bei stationärer und teilstationärer Behandlung)	Volle Erstattung
Operationskosten einschl. Kosten für Anästhesie und OP-Saal <sup>1</sup>	Volle Erstattung
Kosten für Ärzte und Therapeuten <sup>1</sup> (nur bei stationärer und teilstationärer Behandlung)	Volle Erstattung
Diagnostische Untersuchungen <sup>1</sup> (nur bei stationärer und teilstationärer Behandlung)	Volle Erstattung
Organtransplantation <sup>1</sup> (nach einer Wartezeit von 10 Monaten)	Volle Erstattung
<b>Weitere Leistungen – Bitte beachten Sie dazu die „Anmerkungen“ zur vorherigen Kostenzusage</b>	
Teilstationäre Behandlung/Tagesklinik <sup>2</sup>	Volle Erstattung
Nierendialyse <sup>2</sup>	Volle Erstattung
Ambulante Operationen <sup>2</sup>	Volle Erstattung
Häusliche Krankenpflege <sup>2</sup> (unmittelbar nach oder anstelle einer stationären Behandlung)	€ 2.500
Rehabilitationsmaßnahmen <sup>2</sup> (stationär, teilstationär und ambulant: müssen innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung aus der medizinischen Einrichtung aufgrund einer akuten medizinischen und/oder chirurgischen Behandlung beginnen)	€ 2.500
Lokaler Krankentransport	Volle Erstattung
Notfallbehandlung außerhalb des Geltungsbereichs der Versicherung (für Reisen von maximal sechs Wochen)	Volle Erstattung
Medizinische Überführung/Rücktransport <sup>2</sup>	€ 10.000 pro Fall
Rücktransport im Todesfall <sup>2</sup>	€ 5.000
Computer- und Kernspintomografie (stationär und ambulant)	Volle Erstattung
Positronenemissions <sup>2</sup> - und Computer-Positronenemissionstomografie <sup>2</sup> (stationär und ambulant)	Volle Erstattung
Onkologie <sup>2</sup> (stationär, teilstationär und ambulant)	Volle Erstattung

Reguläre Schwangerschaft <sup>2</sup> (stationär und ambulant) (nach einer Wartezeit von 10 Monaten)	Volle Erstattung
Komplikationen bei Schwangerschaft und Entbindung <sup>2</sup>	Volle Erstattung
Pauschalzahlung bei Hausentbindung	€ 1.000
Palliativmedizinische Betreuung und Langzeitpflege <sup>2</sup>	Volle Erstattung, max. 30 Tage auf Lebenszeit

Ambulanttarif	AS International
Höchsterstattungsbetrag	Kein Limit
<b>Ambulante Leistungen</b>	
Allgemeinmedizinerkosten und verschreibungspflichtige Arzneimittel	Volle Erstattung
Facharztkosten	Volle Erstattung
Diagnostische Untersuchungen	Volle Erstattung
Verordnete Physiotherapie	€ 2.500
Verschriebene medizinische Hilfsmittel (vorherige Kostenzusage erforderlich wenn > € 500):	€ 2.500

Zahntarif	AS International
Höchsterstattungsbetrag	Kein Limit
<b>Erstattungsleistungen</b>	
Zahnbehandlung	100 % Erstattung, bis zu € 500
Kieferorthopädie und Zahnersatz (nach einer Wartezeit von 10 Monaten, keine Wartezeit bei Unfall)	50% Erstattung, bis zu € 1.000

## Anmerkungen

### Vorherige Kostenzusage

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

### Chronische Erkrankungen

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

### **Vorerkrankungen**

Vorerkrankungen (einschließlich chronischer Vorerkrankungen) sind im Rahmen Ihres Versicherungsvertrags versichert, sofern nicht anders in einem beigefügten Sondervereinbarungsformular angegeben. Bitte beachten Sie, dass Vorerkrankungen, die nicht von Ihnen auf dem relevanten Antragsformular angegeben wurden, nicht versichert sind. Ferner werden Erkrankungen, die zwischen dem Ausfüllen des 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.

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem Abschnitt „Definitionen“ Ihres Versicherungshandbuchs. Alternativ wenden Sie sich bitte an unsere Helpline.

### **Erstattungsbeträge**

In der Tariflichen Leistungszusage können zwei Arten von Erstattungsbeträgen genannt werden. Der **Höchsterstattungsbetrag**, der in einigen Tarifen angegeben wird, ist der maximale Gesamtbetrag, der für sämtliche Leistungen des Tarifs zusammen, pro versicherte Person und pro Versicherungsjahr, erstattet wird. Daneben gibt es **spezifische Erstattungsbeträge** für einzelne Versicherungsleistungen innerhalb eines Tarifs, die „pro Versicherungsjahr“, „auf Lebenszeit“ oder „pro Ereignis“, wie z. B. „pro Reise“, „pro Sitzung“ oder auch „pro Schwangerschaft“ gelten können. In einigen Fällen kann für Versicherungsleistungen auch eine prozentuale Erstattungsleistung bis zu einem definierten spezifischen Erstattungsbetrag angezeigt werden, z. B. „65% Erstattung, bis zu 5.000 €“. Wenn für Versicherungsleistungen ein spezifischer Erstattungsbetrag gilt oder der Begriff "Volle Erstattung" neben einer Leistung angegeben wird, so erfolgt die Erstattung immer innerhalb des angegebenen maximalen Höchsterstattungsbetrags, soweit dieser auf den Tarif zutrifft. Alle Beträge gelten pro Versicherten und pro Versicherungsjahr, sofern nicht anderweitig in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegeben.

### **Allgemeine Versicherungsbedingungen**

In der Tariflichen Leistungszusage finden Sie einen Überblick über den Versicherungsschutz, den Ihr Tarif beinhaltet. Bitte beachten Sie jedoch, dass dieser Versicherungsschutz den Definitionen, Einschränkungen und Ausnahmen laut unseren Versicherungsbedingungen unterliegt. Diese sind in Ihrem Versicherungshandbuch aufgeführt, welches Ihnen bei Versicherungsbeginn ausgehändigt wird und welches auch von unserer Website [www.allianzworldwidecare.com](http://www.allianzworldwidecare.com) heruntergeladen werden kann.

### **Vertragsnachtrag/-nachträge**

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

\* Bei einem medizinisch notwendigen stationären Aufenthalt sind ausschließlich die Kosten der allgemeinen Pflegeklasse (Mehrbettzimmer/allgemeinärztliche Behandlung) erstattungsfähig. Die Kosten für privatärztliche Behandlung werden nicht erstattet. Dasselbe gilt für ambulante Operationen und ambulante ärztliche Behandlungen im Krankenhaus.

Krankenversicherungstarife

# Versicherungshandbuch für die Einzelversicherung

Gültig ab 1. November 2014



**Allianz**   
Allianz Worldwide Care

# Ihr Krankenversicherungsschutz

Ihr Krankenversicherungsvertrag ist ein Jahresvertrag zwischen Allianz Worldwide Care und dem bzw. den im Versicherungsschein genannten Versicherten. Bestandteile des Vertrags sind:

- Das Versicherungshandbuch (dieses Dokument). Es enthält die Standardleistungen und -regelungen Ihres Krankenversicherungsvertrags und ist in Verbindung mit Ihrem Versicherungsschein und der Tariflichen Leistungszusage zu lesen.
- Der Versicherungsschein. Er enthält den gewählten Tarif bzw. die gewählten Tarife, das Anfangs- und Verlängerungsdatum der Versicherung (und den Versicherungsbeginn für hinzugefügte mitversicherte Angehörige) sowie den versicherten geografischen Geltungsbereich. Etwaige Nachträge oder besondere Vereinbarungen Ihres Versicherungsschutzes werden im Versicherungsschein aufgeführt (und sind detailliert auf dem Sondervereinbarungsf formular dargestellt, das vor Inkrafttreten Ihres Versicherungsvertrags ausgestellt wurde). Wir senden Ihnen einen neuen Versicherungsschein, wenn Sie Änderungen, z. B. einen Familienangehörigen hinzufügen möchten, beantragen (und wir diese akzeptieren) oder wenn wir Änderungen vornehmen, zu denen wir berechtigt sind.
- Die Tarifliche Leistungszusage. Diese spezifiziert den ausgewählten Tarif bzw. die ausgewählten Tarife und enthält die damit verbundenen Leistungen, die für Sie verfügbar sind. Außerdem sind dort alle Leistungen aufgeführt, für die ein Formular zur vorherigen Kostenzusage eingereicht werden muss, sowie Leistungen, für die spezifische Erstattungsbeträge, Wartezeiten, Selbstbeteiligungen und/oder Eigenanteile gelten.
- Informationen, die uns vom oder im Namen des oder der Versicherten im unterzeichneten Antragsformular, im eingereichten Online-Antragsformular, in der Bestätigung des Gesundheitszustands oder in anderen Formularen angegeben wurden (nachfolgend insgesamt als „relevantes Antragsformular“ bezeichnet) oder andere unterstützende medizinische Informationen.

Dieses Dokument ist eine Übersetzung des original auf Englisch verfassten „Individual Benefit Guide“. Die englische Originalversion gilt ausschließlich als rechtlich verbindlich. Auch wenn Unterschiede zwischen der übersetzten Version und der englischen Originalversion bestehen, gilt die englische Version als rechtlich verbindlich. Allianz Worldwide Care SA unterliegt der Aufsicht durch die French Prudential Supervisory Authority in 61, rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09, Frankreich. Allianz Worldwide Care SA, handelt durch ihre irische Niederlassung, ist eine Aktiengesellschaft nach französischem Recht. Registriert in Frankreich unter der Nr.: 401 154 679 RCS Paris. Irische Niederlassung ist eingetragen im irischen Handelsregister. Registernummer der irischen Niederlassung: 907619. Anschrift der irischen Niederlassung: 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irland.

# Inhaltsverzeichnis

Ihr Versicherungsschutz	2-4
Definitionen	5-15
Ausschlüsse	16-22
Zusätzliche Bedingungen	23-27
Allgemeine Informationen	28-37
Kurzanleitung	Abtrennbarer Teil
• Behandlungen	
• Nützliche Services	
• Kontaktinformationen	

# Ihr Versicherungsschutz

## Übersicht

In Ihrer Tariflichen Leistungszusage sind der/die Tarife und die damit verbundenen Leistungen aufgeführt, die für Sie verfügbar sind. Weitere Details zu unseren Leistungen können Sie dem Abschnitt „Definitionen“ in diesem Handbuch entnehmen. Es müssen nicht alle im Abschnitt „Definitionen“ aufgeführten Leistungen im Rahmen Ihres gewählten Versicherungsschutzes versichert sein. Aus diesem Grund ist es wichtig, nachzuprüfen, welche Leistungen in Ihrer Tariflichen Leistungszusage aufgelistet sind. Ihr Versicherungsschutz unterliegt unseren Versicherungsdefinitionen, Ausschlüssen, maximalen Erstattungsbeträgen und etwaigen Sonderbedingungen, die in Ihrem Versicherungsschein genannt werden. Bei Rückfragen zu Ihrem Versicherungsschutz stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

Wir möchten Sie auf die folgenden wichtigen Informationen hinweisen:

## Erstattungsbeträge

In der Tariflichen Leistungszusage wird zwischen zwei Arten von Erstattungsbeträgen unterschieden. 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 £4.150/€5.000/US\$6.750/CHF6.500“. Wenn für Versicherungsleistungen ein spezifischer Erstattungsbetrag oder eine „volle Erstattung“ angegeben werden, so erfolgt die Erstattung immer innerhalb des angegebenen 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 (nähere 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. Ambulante Behandlungen sind innerhalb der Grenzen eines entsprechenden Ambulanttarifs versichert.

## Änderung des Aufenthaltslandes

Es ist wichtig, dass Sie uns bei einer Änderung Ihres Aufenthaltslandes informieren, da diese Änderung Einfluss auf Ihren Versicherungsschutz oder Beitrag haben kann, selbst wenn Sie in ein Land ziehen, das innerhalb des aktuellen 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 durch Allianz Worldwide Care ist kein Ersatz für eine nationale Pflichtkrankenversicherung.

## Medizinische Notwendigkeit und übliche Gebühren

Diese Versicherung bietet Versicherungsschutz für medizinische Behandlungen, zugehörige Kosten, Leistungen und/oder Versorgung, die als medizinisch notwendig und angemessen erachtet werden, um den Zustand, die Erkrankung oder Verletzung eines Patienten zu behandeln. Außerdem erstatten wir die Kosten für medizinische Dienstleister nur, wenn sie angemessen sind und ihre Höhe den üblichen Gebühren für standardmäßige und allgemein anerkannte medizinische Verfahren entspricht. Wenn uns die Kosten unangemessen erscheinen, behalten wir uns das Recht vor, die Erstattung zu kürzen.



## Vorerkrankungen

Vorerkrankungen sind Erkrankungen 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.

Entnehmen Sie bitte den „Anmerkungen“ zu Ihrer Tariflichen Leistungszusage, ob Vorerkrankungen versichert sind. Vorerkrankungen, die nicht von Ihnen auf dem relevanten Antragsformular angegeben wurden, sind nicht versichert. 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.



# 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 Ihr Versicherungsschutz abdeckt. Sollten speziell zugeschnittene Leistungen in Ihrem Versicherungsschutz enthalten sein, so ist die entsprechende Definition in den „Anmerkungen“ am Ende Ihrer Tariflichen Leistungszusage aufgeführt. Wo immer die nachstehenden Begriffe und Ausdrücke in Ihren Versicherungsunterlagen verwendet werden, haben sie die im Folgenden definierte Bedeutung:

1. **Akut** bezieht sich auf ein plötzliches Auftreten.
2. **Allgemeinmedizinerkosten** umfassen nichtchirurgische Behandlungskosten für Behandlungen, die von einem Allgemeinmediziner durchgeführt oder überwacht werden.
3. **Ambulante Behandlungen** umfassen Behandlungen in der Praxis eines Allgemeinmediziners, Therapeuten oder Facharztes, bei denen keine Einweisung in ein Krankenhaus erforderlich ist.
4. **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 Sie außerdem einen Ambulanttarif gewählt haben, besteht für Sie im Rahmen dieses Tarifs Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen, die über den maximalen Erstattungsbetrag für ambulante Notfallbehandlungen (im Haupttarif) hinausgehen.
5. **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.
6. **Ambulante zahnärztliche Notfallbehandlung** ist eine Behandlung, die in einer Zahnarztpraxis oder in der Notaufnahme eines Krankenhauses erfolgt und auf die unmittelbare Beseitigung von Zahnschmerzen abzielt, einschließlich provisorischer Füllungen, begrenzt auf drei Füllungen pro Versicherungsjahr, und/oder der Reparatur von 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 Wurzelbehandlungen. Wenn Sie außerdem einen Zahntarif gewählt haben, besteht für Sie im Rahmen dieses Tarifs Versicherungsschutz für zahnärztliche Behandlungen, die über den maximalen Erstattungsbetrag für ambulante zahnärztliche Notfallbehandlungen (im Haupttarif) hinausgehen.
7. **Angehörige(r)** ist bzw. sind Ihr Ehepartner oder Partner (einschließlich gleichgeschlechtlicher Partner) und/oder unverheiratete Kinder (einschließlich Stief-, Adoptiv- oder Pflegekinder), die bis zum Tag vor ihrem 18. Geburtstag finanziell vom Versicherungsnehmer abhängig sind oder bis zum Tag vor ihrem 24. Geburtstag, wenn sie sich in einer Vollzeitausbildung befinden und auf dem Versicherungsschein als Angehörige aufgeführt sind.
8. **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.
9. Unter **Behandlung** wird jedes medizinische Verfahren zur Heilung oder Linderung von Krankheiten oder Verletzungen verstanden.
10. **Behandlungen bei Unfruchtbarkeit** umfassen Behandlungen für beide Geschlechter, einschließlich aller invasiven Untersuchungsverfahren zur Feststellung der Ursache für die Unfruchtbarkeit, wie z. B. Hysterosalpingografie, Laparoskopie oder Hysteroskopie. Bei InVtiro-Fertilisation (IVF) ist die Kostenerstattung auf

den in der Tariflichen Leistungszusage angegebenen Betrag beschränkt. 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 maximalen Erstattungsbeträge Ihres Ambulanttarifs. Dies gilt nicht für Versicherte, die im „Krankenversicherungstarif für die Kanalinseln“ versichert sind. Für diese Versicherten sind Unfruchtbarkeitsuntersuchungen nicht im Versicherungsschutz enthalten. 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 maximalen Erstattungsbeträge eines entsprechenden Ambulanttarifs erstattet.

11. **Beschäftigungstherapie** umfasst Behandlungen, die sich auf die Verbesserung der Feinmotorik, der sensorischen Integration, Bewegungskoordination und Balance konzentrieren. Im Vordergrund steht das Erlernen alltäglicher Fähigkeiten wie Körperpflege, Essen und Ankleiden, um so die Interaktion mit dem unmittelbaren Umfeld zu erleichtern.
12. Die Leistung **„Chirurgisch zahnärztliche Eingriffe“** umfasst das Ziehen von Zähnen, Wurzelspitzenresektion sowie die Behandlung anderer Probleme im Mundbereich, wie angeborene Gaumenfehlbildungen (z. B. Gaumenspalte), Frakturen und Tumore. Die Leistung umfasst keine chirurgischen Maßnahmen, die im Zusammenhang mit Zahnimplantaten stehen.
13. **Chirurgische Hilfsmittel und Prothesen** sind künstliche Körperteile oder Geräte, die Bestandteil eines chirurgischen Eingriffs oder einer medizinisch notwendigen Behandlung nach Chirurgie sind.
14. **Chirurgische Maßnahmen im Mundbereich** beziehen sich auf chirurgische Eingriffe, insbesondere die Entfernung der Weisheitszähne, die in einem Krankenhaus oder durch einen Zahn- oder Kieferchirurgen ausgeführt werden. Die von einem Zahnarzt durchgeführten Behandlungen sind nur dann versichert, wenn ein entsprechender Zahntarif Teil Ihres Versicherungsschutzes ist. Der Versicherungsschutz richtet sich dann nach den maximalen Erstattungsbeträgen Ihres Zahntarifs.
15. Eine **chronische Erkrankung** ist eine Krankheit, eine Verletzung oder ein körperliches Gebrechen, die bzw. das eines oder mehrere der folgenden Charakteristiken aufweist:
  - ist von wiederkehrender Natur.
  - eine allgemein anerkannte Heilung ist nicht bekannt.
  - spricht in der Regel auf Behandlungen nur begrenzt an.
  - bedarf lindernder Behandlung.
  - bedarf dauerhafter Überwachung oder Kontrolle.
  - führt zu einer bleibenden Behinderung.

Entnehmen Sie bitte den „Anmerkungen“ zu Ihrer Tariflichen Leistungszusage, ob chronische Erkrankungen versichert sind.

16. Unter **diagnostischen Untersuchungen** werden z. B. Röntgen- oder Bluttests verstanden, die vorgenommen werden, um die Ursache vorliegender Symptome zu ermitteln.
17. **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.
18. **Eigenanteil** ist der Prozentsatz der Kosten, den Sie selbst zu tragen haben. 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.

19. **Elterngeld** gilt nur im Rahmen des „Krankenversicherungstarif für die Kanalinseln“ und umfasst folgende Leistung: Jeder bei Allianz Worldwide Care 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 eine Kopie der Geburtsurkunde des Kindes zusenden. Des Weiteren gilt: Um Anspruch auf diese Leistung zu haben, muss die Mutter bzw. der Vater mindestens zehn Monate unmittelbar vor der Geburt im Rahmen des Krankenversicherungstarifs für die Kanalinseln versichert gewesen sein.
20. **Ergänzende Medizin** umfasst therapeutische und diagnostische Behandlungsmethoden, die außerhalb der konventionellen westlichen Schulmedizin existieren. Dazu gehören chiropraktische Behandlung, Osteopathie, traditionelle chinesische Medizin, Homöopathie und Akupunktur, soweit sie jeweils von einem anerkannten Therapeuten praktiziert werden.
21. **Ernährungsberaterkosten** beziehen sich auf Kosten für eine Ernährungsberatung durch einen medizinischen Experten, der eine entsprechende Qualifikation und Zulassung in dem Land besitzt, in dem die Behandlung erfolgt. Falls versichert, erstreckt sich der Versicherungsschutz ausschließlich auf diagnostizierte, erstattungsfähige Erkrankungen.
22. **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 sie versichert ist.
23. **Facharztkosten** umfassen nichtchirurgische Behandlungskosten für Behandlungen, die von einem Facharzt durchgeführt oder überwacht werden.
24. **Familiäre Vorbelastung** liegt dann vor, wenn bei einem Elternteil, einem Großelternteil, einem Bruder, einer Schwester, einem Kind, einer Tante oder einem Onkel die betreffende Erkrankung bereits diagnostiziert wurde.
25. **Geburtsnachsorge** ist die medizinische Standardversorgung der Mutter, die bis zu sechs Wochen nach der Entbindung erbracht wird.
26. Zur **Geburtsvorsorge** gehören 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 sie im direkten Zusammenhang mit einer versicherten Amniozentese durchgeführt werden.
27. **Häusliche Pflege oder Aufenthalt in einem Genesungsheim** ist Krankenpflege, die sich unmittelbar an eine tarifgemäße stationäre oder teilstationäre Behandlung anschließt oder diese ersetzt. Wir erstatten nur die in der Tariflichen Leistungszusage aufgeführten Leistungen, wenn der behandelnde Arzt (mit Zustimmung unseres medizinischen Verantwortlichen) entscheidet, dass der Aufenthalt in einem Genesungsheim oder die häusliche Pflege medizinisch notwendig ist. Für Aufenthalte in Kureinrichtungen, Kurzentren oder Sanatorien sowie im Hinblick auf palliativmedizinische Betreuung und Langzeitpflege (siehe Definitionen 53 und 39) wird kein Versicherungsschutz gewährt.
28. **Hebammenkosten** beziehen sich auf die von Hebammen oder Geburtshelfern in Rechnung gestellten Kosten. Die Hebammen und Geburtshelfer müssen gemäß den Gesetzen des Landes, in dem die Behandlung stattfindet, die erforderliche Ausbildung absolviert und die jeweiligen staatlichen Prüfungen bestanden haben.
29. **Heimatland** ist das Land, für das die versicherte Person über einen gültigen Pass verfügt und/oder in das diese Person medizinisch rücktransportiert werden würde.
30. **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 werden erstattet.

31. **Kieferorthopädie** ist der Einsatz von Hilfsmitteln zur Korrektur von Fehlstellungen und Wiederherstellung der richtigen Ausrichtung und Funktion der Zähne.
32. **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. Kosten für Komplikationen bei der Entbindung sind nur erstattungsfähig, wenn Ihr Versicherungsschutz auch die Leistung „Reguläre Schwangerschaft“ einschließt. Wenn dies der Fall ist, wird auch ein medizinisch notwendiger Kaiserschnitt als Komplikation betrachtet.
33. **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.
34. **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 beispielsweise für Mahlzeiten, Telefonate, Zeitungen usw., werden nicht erstattet. Bitte entnehmen Sie Ihrer Tariflichen Leistungszusage, ob eine Altersbegrenzung für Ihr Kind besteht.
35. **Kosten für eine Begleitperson im Falle einer/s medizinischen Überführung/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 nicht vom Versicherungsschutz umfasst.
36. 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.
37. **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 Höchstanzahl an Nächten beschränkt und wird nach Entlassung aus dem Krankenhaus bezahlt.
38. Das **Land des Hauptwohnsitzes** ist das Land, in dem Sie und Ihre Angehörigen (falls zutreffend) mehr als sechs Monate des Jahres leben.
39. **Langzeitpflege** ist Pflege nach vollständiger Beendigung der 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.
40. **Laseraugenkorrektur** bezieht sich auf die chirurgische Verbesserung der refraktiven Eigenschaft der Hornhaut mittels Lasertechnologie, inklusive aller notwendigen präoperativen Untersuchungen.
41. **Lokaler Krankentransport** ist ein Krankentransport im Notfall oder aus medizinischer Notwendigkeit in die nächstgelegene oder nächste zugelassene medizinische Einrichtung.
42. **Medizinische Notwendigkeit** umfasst medizinische Behandlung, Leistungen oder Versorgungen, die als medizinisch notwendig und angemessen erachtet werden, wenn:

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

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

43. **Medizinische Überführung** wird durchgeführt, wenn die notwendige Behandlung, für die Versicherungsschutz besteht, vor Ort nicht erhältlich ist oder im Notfall keine angemessen kontrollierten Blutkonserven vorhanden sind. Die Überführung der versicherten Person erfolgt zur nächstgelegenen geeigneten medizinischen Einrichtung (die sich nicht unbedingt im Heimatland der versicherten Person befindet) per Krankenwagen, Hubschrauber oder Flugzeug. Die medizinische Überführung, die von Ihrem 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 Badezimmer für die Dauer von 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 Worldwide Care und dessen Vermittler übernehmen keine Haftung im Falle, dass diese Bemühungen erfolglos sind oder wenn von der behandelnden Stelle infiziertes Blut oder Transfusionsbesteck verwendet wird.

Beim ersten Anzeichen, dass eine Überführung erforderlich wird, müssen Versicherte Allianz Worldwide Care kontaktieren. Allianz Worldwide 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 Worldwide Care organisiert wird, behalten wir uns das Recht vor, alle Kosten abzulehnen.

44. **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 Worldwide Care kontaktieren. Allianz Worldwide 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 Worldwide Care organisiert wird, behalten wir uns das Recht vor, alle Kosten abzulehnen.

45. **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 des Versicherungsvertrags des Neugeborenen versichert. Die stationäre Behandlung für Mehrlingsgeburten infolge medizinisch assistierter Fortpflanzung ist auf £ 24.900/€ 30.000/\$ 40.500/CHF 39.000 pro Kind für die ersten drei Monate nach der Geburt beschränkt. Ambulante Behandlungen werden innerhalb der Grenzen eines entsprechenden Ambulanttarifs erstattet.
46. **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 verschrieben oder als Kombination aus nicht verschriebenen und verschriebenen 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. Physiotherapie umfasst keine Therapien wie Rolfing, Massage, Pilates, Fango- und Milta-Therapie.
47. **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.
48. **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.
49. **Okulomotortherapie** ist eine spezifische Art der Beschäftigungstherapie in Fällen von mangelnder Koordination der Augenmuskeln mit dem Ziel, die Augenbewegung zu synchronisieren.
50. Die Leistung für **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.
51. **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.
52. **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.

53. **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.
54. **Pauschalbetrag einer Todesfallleistung bei Unfällen** bezeichnet eine Leistung bzw. einen Betrag, der in der Tariflichen Leistungszusage aufgeführt ist und ausgezahlt wird, falls eine versicherte Person (im Alter von 18 bis 70 Jahren) während der Versicherungsdauer infolge eines Unfalls (oder eines Arbeitsunfalls) verstirbt.
55. **Podologie** gilt nur im Rahmen des „Krankenversicherungstarifs für die Kanalinseln“ und bezieht sich auf medizinisch notwendige Behandlungen durch einen staatlich anerkannten Podologen mit dem akademischen Grad „Honours Degree“ (BSc Hons) in Podologie, wie er vom Fußpflegergremium des „Council for the Professions Supplementary to Medicine“ genehmigt wurde. Darüber hinaus muss der Podologe über eine weitere Akkreditierung verfügen, wie z. B.: MChS (Member of The Society of Chiropodists & Podiatrists), FChS (Fellow of The Society of Chiropodists & Podiatrists) oder FCPoS (Fellow of the College of Podiatrists of The Society of Chiropodists & Podiatrists).
56. **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.
57. **Reguläre Schwangerschaft** umfasst alle medizinisch notwendigen Kosten, die während der Schwangerschaft und der Entbindung entstehen, einschließlich der Krankenhauskosten, Facharztkosten, Kosten für die Geburtsvorsorge und die Geburtsnachsorge der Mutter, Kosten für die Hebamme (beschränkt auf die Zeit der Wehen) sowie die Neugeborenenpflege. Kosten, die im Zusammenhang mit Komplikationen während der Schwangerschaft oder der Entbindung entstehen, werden nicht im Rahmen der Leistung „Reguläre Schwangerschaft“ erstattet. Darüber hinaus werden die Kosten aller medizinisch nicht notwendigen Kaiserschnitte bis zu den Kosten einer regulären Entbindung im selben Krankenhaus erstattet, sofern ein etwaiger maximaler Erstattungsbetrag nicht überschritten wird. Wenn Ihr Tarif eine Hausentbindung umfasst, wird im Falle einer Hausentbindung ein Pauschalbetrag bis zu dem in der Tariflichen Leistungszusage angegebenen Betrag ausgezahlt. 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.
58. **Rehabilitation** ist eine Kombination aus Physio-, Beschäftigungs- und Sprachtherapie zur Wiederherstellung der normalen Form und/oder Funktion nach einer akuten Erkrankung oder Verletzung. 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.
59. **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 Ihrer Tariflichen Leistungszusage genannten Betrag.
- Bei medizinischer Notwendigkeit sind wir auch bereit, einen Beitrag von bis zu £125/€150 pro Reise für Krankenpflege zu leisten, die während der Reise erforderlich ist.

60. **Reisekosten für Versicherte, die ein in Lebensgefahr schwebendes oder ein verstorbene Familienmitglied begleiten**, umfassen angemessene Reisekosten (bis zu dem in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegebenen Betrag), die anfallen wenn versicherte Familienmitglieder zu dem Aufenthaltsort von Verwandten ersten Grades, die in Lebensgefahr schweben oder verstorben sind, reisen. Als Verwandte ersten Grades gelten Ehepartner, Eltern, Geschwister und Kinder, einschließlich Adoptiv-, Pflege- und Stiefkinder. Erstattungsformularen müssen eine Sterbeurkunde oder eine ärztliche Bescheinigung, in der die Gründe für die Reise angegeben sind, und eine Kopie der Flugtickets beigefügt werden. Die Leistung kann nur einmal pro Versicherungspolice geltend gemacht werden. Kosten für Hotelübernachtungen sowie andere zugehörige Kosten werden nicht vom Versicherungsschutz umfasst.
61. **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.
62. **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. Der Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf eine Hotelunterkunft oder ähnliche Kosten.
63. **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.
64. **Schwangerschaft** ist der Zeitraum von der ersten Diagnose bis zur Entbindung.
65. **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.
66. **Sie/Ihr** bezeichnet die im Versicherungsschein genannte versicherte Person.

67. **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).
68. **Stationäre Behandlung** umfasst Behandlungen in einem Krankenhaus, die eine Übernachtung aus medizinischer Sicht erfordern.
69. **Stationäre zahnärztliche Notfallbehandlung** beinhaltet eine akute 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.
70. **Teilstationäre Behandlung** ist eine geplante Behandlung, die tagsüber in einem Krankenhaus oder einer Tagesklinik stattfindet. Sie schließt die Bereitstellung eines Krankenbettes und der notwendigen Krankenpflege, bei der eine Übernachtung des Patienten aus medizinischen Gründen nicht notwendig ist und bei der ein Entlassungsschein ausgestellt wird, mit ein.
71. Ein **Therapeut** ist ein Chiropraktiker, Osteopath, Arzt der traditionellen chinesischen Medizin, Homöopath, Akupunkteur, Physiotherapeut, Sprachtherapeut, Beschäftigungstherapeut oder Okulomotorthérapeut, der die notwendige Qualifikation und eine gesetzliche Zulassung des Landes hat, in dem die Behandlung durchgeführt wird.
72. **Übergewicht** wird diagnostiziert, wenn der Körpermassenindex (KMI) einer Person über 30 liegt (ein KMI-Rechner steht auf unserer Website zur Verfügung: [www.allianzworldwidecare.com](http://www.allianzworldwidecare.com)).
73. 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.
74. 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.
75. **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 ein Behandlungsbericht vorgelegt werden, in dem die medizinische Notwendigkeit einer Weiterbehandlung dargelegt wird. Physiotherapie umfasst keine Therapien wie Rolfsing, Massage, Pilates, Fango- und Milta-Therapie.
76. **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.

77. **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.
78. **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.
79. **Verschriebene medizinische Hilfsmittel** sind Instrumente, Apparate oder Geräte, die medizinisch als Unterstützung der Funktion oder der Fähigkeiten der versicherten Person medizinisch verschrieben werden, wie z. B. Hörgeräte, Sprechapparate (elektronischer Kehlkopf), Krücken oder Rollstühle, orthopädische Geh- und Stützapparate, künstliche Gliedmaßen, Stoma-Verbrauchsmaterial, Kompressionsstrümpfe sowie orthopädische Einlagen. Kosten für medizinische Hilfsmittel, die bei der palliativmedizinischen Betreuung oder Langzeitpflege (siehe Definitionen 53 und 39) verwendet werden, sind nicht vom Versicherungsschutz umfasst.
80. **Versicherte Person** sind Sie und Ihre Familienangehörigen, wie im Versicherungsschein aufgeführt.
81. Das **Versicherungsjahr** gilt ab dem Versicherungsbeginn, der auf dem Versicherungsschein angegeben ist, und endet genau ein Jahr danach.
82. 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.
83. **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).
84. **Vorerkrankungen** sind Krankheiten oder körperliche Gebrechen, für die im Laufe Ihres Lebens ein oder mehrere Symptome aufgetreten sind, unabhängig davon, ob Sie eine medizinische Behandlung oder einen ärztlichen Rat erhalten haben. Eine derartige Vorerkrankung bzw. damit verbundene Erkrankung, von der nach angemessenen Maßstäben angenommen werden kann, dass Sie oder Ihre Angehörigen davon Kenntnis hätten haben müssen, wird als Vorerkrankung betrachtet. Ferner werden Erkrankungen, die zwischen dem Ausfüllen des relevanten Antragsformulars und dem Inkrafttreten Ihrer Police auftreten, ebenfalls als Vorerkrankungen betrachtet. Entsprechende Vorerkrankungen unterliegen einer medizinischen Risikoprüfung und werden nicht mitversichert, sollten sie nicht angegeben worden sein. Bitte entnehmen Sie den „Anmerkungen“ Ihrer Tariflichen Leistungsusage, ob Vorerkrankungen versichert sind.
85. **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).
86. **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.
87. **Wir/uns/er/uns** bezeichnet Allianz Worldwide Care.
88. **Zahnbehandlungen** umfassen eine jährliche Vorsorgeuntersuchung, einfache Füllungen aufgrund von Löchern oder Karies sowie Wurzelkanalbehandlungen.
89. **Zahnärztliche Parodontalbehandlung** bezieht sich auf Zahnbehandlungen im Zusammenhang mit Zahnfleischerkrankungen.
90. **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 und Verfahren sind jedoch von einer Kostenerstattung ausgeschlossen, falls nicht in der Tariflichen Leistungszusage oder in einem schriftlichen Vertragsnachtrag ausdrücklich anerkannt.

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

1. 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.
2. 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.
3. Pflege und/oder Behandlungen infolge von **Drogenabhängigkeit oder Alkoholismus** (einschließlich 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).
4. Pflege und/oder Behandlungen von **absichtlich herbeigeführten Krankheiten** und **selbst verursachten Verletzungen**, einschließlich eines Suizidversuchs.
5. **Ergänzende Behandlung** mit Ausnahme der Behandlungen, die in der Tariflichen Leistungszusage aufgeführt sind.
6. Von Ihnen, Ihrem Ehepartner, Ihren Eltern oder Kindern erhaltene **ärztliche Beratung, verschriebene Medikamente oder Behandlungen**.
7. Kosten für einen **Familietherapeuten oder -berater** für ambulante psychotherapeutische Behandlung.
8. **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.

9. 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.
10. 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.
11. **Genetische Tests**, es sei denn spezifische genetische Tests sind in Ihrem Tarif versichert oder wenn DNA-Tests im direkten Zusammenhang mit einer versicherten Fruchtwasseruntersuchung durchgeführt werden, z. B. bei Frauen ab 35 Jahren.
12. **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.
13. **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 Sie haben einen 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.
14. Untersuchungen und Behandlungen von **Haarverlust** sowie jeglicher **Haarersatz**, es sei denn, der Haarverlust ist auf eine Krebstherapie zurückzuführen.
15. Untersuchungen und Behandlungen aufgrund von **Übergewicht**.
16. 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.)

17. Medizinische(r) Überführung/Rücktransport von einem **Schiff auf See** zu einer medizinischen Einrichtung an Land.
18. **Ärztliche Gebühren** für das **Ausfüllen des Erstattungsformulars** oder andere Verwaltungskosten.
19. **Orthomolekulare Behandlung** (siehe Definition 52).
20. **Geburtsvor-** und **Geburtsnachbereitungskurse**.
21. Produkte, die als **Vitamine** oder **Mineralstoffe** klassifiziert sind (außer während einer Schwangerschaft oder zur Behandlung eines diagnostizierten und klinisch relevanten Vitaminmangels), sowie Nahrungsmittelergänzungsprodukte, inklusive Spezialbabynahrung und kosmetischer Produkte, auch wenn diese medizinisch anerkannt, empfohlen oder verschrieben wurden und eine therapeutische Wirkung haben. Die Kosten für eine Ernährungsberatung sind nicht versichert, außer, wenn eine diesbezügliche Leistung in Ihrer Tariflichen Leistungszusage enthalten ist. (Im Rahmen des „Krankenversicherungstarifs für die Kanalinseln“ ist auch der Zeitraum der Schwangerschaft in diesem Ausschluss inbegriffen.)
22. **Frei verkäufliche** Arzneimittel und Produkte, es sei denn, eine diesbezügliche Leistung ist Teil Ihrer Tariflichen Leistungszusage.
23. **Operationen und Behandlungen zur Geschlechtsumwandlung**.
24. Aufenthalte in **Kurzentren, Badezentren, Kureinrichtungen, Sanatorien und Erholungsheimen**, selbst wenn die Aufenthalte medizinisch verschrieben sind.
25. **Schwangerschaftsabbruch** mit Ausnahme einer für die Schwangere lebensbedrohlichen Indikation.
26. Behandlungen, die im direkten Zusammenhang mit einer **Leihmutterschaft** stehen, ungeachtet dessen, ob Sie Leihmutter oder zukünftiges Elternteil sind.
27. Behandlungen von Krankheiten oder Verletzungen sowie von Todesfällen, die aus einer **aktiven Teilnahme an einem Krieg, Aufruhr, zivilen Unruhen, Terrorismus, kriminellen oder anderweitigen illegalen Aktivitäten** oder **Maßnahmen gegen ausländische Feindseligkeiten** resultieren, unabhängig davon, ob ein Krieg erklärt wurde oder nicht.
28. Behandlungen von Erkrankungen oder Verletzungen, die direkt oder indirekt im Zusammenhang mit **chemischer Verunreinigung, Radioaktivität oder jeglichem Nuklearmaterial**, einschließlich der Verbrennung von Kernbrennstoffen, stehen.

29. Nicht versichert sind Behandlungen von **Verhaltens-, Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen, Krankheiten des autistischen Formenkreises, Trotzverhalten/ Autoritätsabwehr, Störungen des Sozialverhaltens, Zwangserkrankungen, Phobien, Bindungsunfähigkeit, Anpassungsstörungen, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen** sowie alle Behandlungen, die zum Zweck der Förderung sozio-emotionaler Beziehungen durchgeführt werden, wie z. B. Familientherapie.
30. **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.
31. **Behandlung von Schlafstörungen**, einschließlich Insomnie.
32. Diagnostik und Therapie von **Verletzungen, die ihren Ursprung in der Ausübung von Berufssport** haben.
33. Behandlung **außerhalb des geografischen Geltungsbereichs der Versicherung**, außer in Notfällen oder nach entsprechender Genehmigung durch uns.
34. Behandlungen, die infolge der **Nichtbeachtung eines ärztlichen Rats oder der Nichtkonsultation eines Arztes** notwendig werden.
35. Behandlungen, die aufgrund eines **Kunstfehlers** erforderlich werden.
36. **Triple/Bart's-, Quadruple- oder Spina-Bifida-Tests**, ausgenommen für Frauen ab 35 Jahren.
37. **Tests auf Tumormarker**, es sei denn, bei Ihnen wurde der fragliche Krebs bereits früher diagnostiziert. In diesem Fall besteht Versicherungsschutz innerhalb der Leistung „Onkologie“.
38. Folgende **Behandlungen, Kosten oder Verfahren einschließlich etwaiger negativer Folgen oder zugehöriger Komplikationen**, es sei denn, sie sind in Ihrer Tariflichen Leistungszusage enthalten:
- 38.1 Komplikationen während der Schwangerschaft.
  - 38.2 Zahnbehandlungen, Zahnchirurgie, zahnärztliche Parodontalbehandlungen, kieferorthopädische Behandlungen und Zahnersatz, mit Ausnahme chirurgischer Maßnahmen im Mundbereich, die im Rahmen Ihres Haupttarifs versichert sind.
  - 38.3 Ernährungsberaterkosten.
  - 38.4 Zahnärztliche Notfallbehandlungen.
  - 38.5 Kosten für eine Begleitperson im Falle einer/s medizinischen Überführung/Rücktransports.
  - 38.6 Vorsorgeuntersuchungen, einschließlich Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten.



- 38.7 Hausentbindungen.
- 38.8 Behandlungen bei Unfruchtbarkeit.
- 38.9 Stationäre Psychiatrie und Psychotherapie.
- 38.10 Laseraugenkorrektur.
- 38.11 Medizinischer Rücktransport.
- 38.12 Organtransplantation.
- 38.13 Ambulante Psychiatrie und Psychotherapie.
- 38.14 Ambulante Behandlungen.
- 38.15 Verschriebene Brillen und Kontaktlinsen, einschließlich Augenuntersuchungen.
- 38.16 Verschriebene medizinische Hilfsmittel.
- 38.17 Vorbeugende Behandlungen.
- 38.18 Rehabilitationsmaßnahmen.
- 38.19 Reguläre Schwangerschaft und Komplikationen bei der Entbindung.
- 38.20 Reisekosten für versicherte Familienmitglieder im Falle einer Überführung/eines Rücktransports.
- 38.21 Reisekosten für versicherte Familienmitglieder im Falle einer Überführung der sterblichen Überreste.
- 38.22 Reisekosten für Versicherte, die ein in Lebensgefahr schwebendes oder ein verstorbene Familienmitglied begleiten.
- 38.23 Impfungen.

39. Die **Todesfalleistung bei Unfällen\***, wenn der Todesfall eines Versicherten direkt oder indirekt durch folgende Ursachen ausgelöst wird:

- 39.1 Unfälle, die sich bei der Teilnahme an Flugsportaktivitäten oder der Fliegerei jeglicher Art ereignen, einschließlich des Ein- und Aussteigens von Flugzeugen, außer als zahlender Passagier eines mehrmotorigen Standard-Flugzeugs, das von einer anerkannten(Charter-) Fluggesellschaft betrieben wird.
- 39.2 Teilnahme an jeglicher Art von Geschwindigkeits-/Ausdauerests oder Rennen.
- 39.3 Teilnahme an Motorsport jeglicher Art (einschließlich des Fahrens in Booten, die eine Geschwindigkeit von über 30 Knoten erreichen können).
- 39.4 Bergsteigen (einschließlich geführter/s Höhlenwanderungen/-klettern mit Seileinsatz).
- 39.5 Wildwasser-Rafting und Kanufahren, Sporttauchen und Segelsport oder Bootfahren außerhalb von Küstengewässern (mehr als 12 Meilen/19,31 km von der Küste entfernt).

*\*Unsere standardmäßigen Bedingungen, Ausschlüsse und Beschränkungen gelten auch für die Todesfalleistung bei Unfällen.*

b) Die folgenden zusätzlichen Ausschlüsse gelten für alle Tarife, mit **Ausnahme des Tarifs für die Kanalinseln** (für diesen Tarif gelten spezielle zusätzliche Ausschlüsse, die unter Punkt c) aufgeführt sind):

40. **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.
41. **Sprachtherapie**, die im Zusammenhang mit Entwicklungsstörungen steht, wie z. B. Legasthenie, Dyspraxie oder expressive Sprachstörungen.
42. **Reisekosten** zu bzw. von medizinischen Einrichtungen (einschließlich Parkgebühren) im Zusammenhang mit versicherten medizinischen Behandlungen. Eine Ausnahme sind jedoch Kosten, die im Rahmen der Leistungen „Lokaler Krankentransport“, „Medizinische Überführung“ und „Medizinischer Rücktransport“ anfallen bzw. abgedeckt sind.
- c) Die folgenden Ausschlüsse gelten **nur für unseren Tarif für die Kanalinseln**:
43. **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.
44. **Zahnchirurgie, Zahnersatz, zahnärztliche Parodontalbehandlung und kieferorthopädische Behandlungen**, mit Ausnahme der Zahnbehandlungen gemäß Definition 88.
45. **Humane Immunschwäche-Virusinfektion, AIDS** und jede damit in Zusammenhang stehende psychiatrische Erkrankung.
46. **Organtransplantation.**
47. **Vorerkrankungen.**
48. **Verschreibungspflichtige Arzneimittel und Verbände**, sofern diese nicht im Rahmen einer stationären oder teilstationären Behandlung verschrieben wurden.
49. **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.

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

51. 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.

52. Die **folgenden Leistungen**:

- 52.1 Medizinische Überführung oder medizinischer Rücktransport.
- 52.2 Okulomotorthherapie.
- 52.3 Podologie.
- 52.4 Brillenreparaturen.
- 52.5 Rücktransport im Todesfall.
- 52.6 Sprachtherapie.

# Zusätzliche Bedingungen

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

1. **Geltendes Recht:** Ihre Versicherung unterliegt französischem Recht, sofern nicht anders aufgrund zwingender gesetzlicher Vorschriften vorgeschrieben. Sämtliche Streitfälle, die nicht auf andere Weise beigelegt werden können, werden vor ein Gericht in Frankreich gebracht.
2. **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 2.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 Mediators einigen. Falls sich die Parteien nicht innerhalb von 14 Tagen auf die Ernennung eines Mediators einigen können, kann jede Partei, mit schriftlicher Benachrichtigung der jeweils anderen Partei, das CEDR bitten, einen Mediator zu benennen.

Um eine Mediation einzuleiten, muss eine Partei die Andere über die Streitigkeit, für die eine Mediation erforderlich ist, schriftlich benachrichtigen ("ADR Notice" = Benachrichtigung zur alternativen Beilegung von Rechtsstreitigkeiten) und die Mediation 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 2.b) einleiten, bevor sie eine Schlichtung der Streitigkeit durch ein Mediationsverfahren versucht hat und bevor entweder die Mediation beendet ist oder die andere Partei es versäumt hat, an der Mediation teilzunehmen. Dies gilt unter der Voraussetzung, dass das Recht auf Einleitung eines Verfahrens nicht durch eine Verzögerung beeinträchtigt ist. Ort der Mediation ist Paris (Frankreich) und die Sprache, in der die Mediation abgehalten wird, ist Französisch. Der im Modellverfahren genannte Mediationsvertrag wird gemäß französischem Recht geregelt, ausgelegt und wirksam. Die französischen Gerichte besitzen die alleinige Gerichtsbarkeit, um jegliche Forderungen, Meinungsverschiedenheiten oder Differenzen, die aus der Mediation 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 Mediation gemäß Punkt 2.b) gegeben wurden, aber nicht einvernehmlich durch solch eine Mediation innerhalb von drei Monaten nach der ADR-Benachrichtigung beigelegt werden können,
- werden ausschließlich von französischen Gerichten entschieden und die Parteien verpflichten sich zur Annahme dieses Gerichtsstands. Alle Verfahren gemäß diesem Punkt 2.c) werden innerhalb von neun Kalendermonaten nach Ablauf der genannten drei Monate eingeleitet.
- 3. 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.
- 4. Datenschutz:** Allianz Worldwide Care, ein Mitglied der Allianz Gruppe, ist ein in Frankreich amtlich zugelassenes Versicherungsunternehmen. Wir beziehen und verarbeiten persönliche Daten und Informationen zum Erstellen von Angeboten, zur Prüfung des Versicherungsrisikos, zum Einzug von Beiträgen, zur Erstattung von Leistungsansprüchen und für andere Zwecke, die in direktem Zusammenhang mit der Verwaltung von Versicherungspolice stehen. Die Vertraulichkeit der Daten von Patienten und Versicherten ist für uns von höchster Priorität. Sie haben das Recht, Ihre persönlichen Daten jederzeit einzusehen. Des Weiteren verfügen Sie über das Recht, Ihre persönlichen Daten zu ändern oder zu löschen, wenn Sie der Meinung sind, dass diese falsch oder veraltet sind. Wir werden Ihre Daten nicht länger als für die erforderlichen Zwecke nötig aufbewahren.
- 5. Höhere Gewalt:** Wir können nicht dafür haftbar gemacht werden, wenn wir die in den Versicherungsbedingungen genannten Pflichten aufgrund höherer Gewalt nicht oder nur verspätet erfüllen können. Dazu gehören Ereignisse, die unberechenbar, unvorhersehbar und unvermeidbar sind wie extreme Wetterbedingungen, Überflutungen, Erdbeben, Erdbeben, Stürme, Blitzschlag, Feuer, Bergsenkungen, Epidemien, terroristische Gewalttaten, Ausbruch militärischer Kampfhandlungen (ungeachtet 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.

## 6. 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. Ferner werden Erkrankungen, die zwischen dem Ausfüllen des relevanten Antragsformulars und dem Inkrafttreten Ihrer Police auftreten, ebenfalls als Vorerkrankungen betrachtet. Entsprechende Vorerkrankungen unterliegen einer medizinischen Risikoprüfung und werden nicht mitversichert, sollten sie nicht angegeben worden sein. Der Antragsteller ist verpflichtet, uns zu informieren, wenn er nicht sicher ist, ob eine Information wesentlich ist. Wenn sich der Vertrag aufgrund von Falschangaben oder Nichtoffenlegung wesentlicher Informationen als ungültig erweist, werden wir den zuviel gezahlten Versicherungsbeitrag zurückerstatten, abzüglich der Kosten für bereits erstattete Leistungen. Falls die Kosten für bereits erstattete Leistungen höher als der geleistete Versicherungsbeitrag sein sollten, werden wir die Rückerstattung dieses Betrags beim Hauptversicherten geltend machen.
- b) Ist eine Forderung in irgendeiner Hinsicht betrügerisch, gefälscht oder haben Sie oder Ihre Familienangehörigen oder in Ihrem Namen bzw. mit Ihrem Einverständnis handelnde Dritte betrügerische Mittel angewandt, um Leistungen des Versicherungsvertrags unberechtigt in Anspruch zu nehmen, besteht kein Leistungsanspruch. Sämtliche Leistungsansprüche verfallen. Wenn bereits vor Bekanntwerden der betrügerischen Handlungen oder Auslassungen Leistungserstattungen erfolgten, sind diese an uns zurückzuerstatten. Wenn sich 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.
7. **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.
8. **Haftungsumfang:** Wir haften mit den in der Tariflichen Leistungszusage und in etwaigen folgenden Policennachträgen genannten Beträgen. Der Gesamterstattungsbetrag aus diesem Vertrag, aus einer gesetzlichen Krankenversicherung und anderen Versicherungen wird auf keinen Fall den Rechnungsbetrag übersteigen.

- 9. Kontaktaufnahme zu Angehörigen:** Falls wir Kontakt zu einem der unter einer Police versicherten Angehörigen aufnehmen müssen (z. B. falls weitere Informationen zur Bearbeitung eines Leistungsantrags benötigt werden), wird der Hauptversicherte, der im Namen des Angehörigen agiert, von uns kontaktiert und darum gebeten, die entsprechende Information bereitzustellen. Ebenso werden alle Informationen, die die Bearbeitung von Leistungsanträgen aller unter einer Police versicherten Angehörigen betreffen, direkt an den Hauptversicherten geschickt.
- 10. Haftung Dritter:** Haben Sie oder ein Angehöriger Ansprüche aus einer gesetzlichen Krankenversicherung oder anderen Versicherungen hinsichtlich eines bei uns eingereichten Leistungsantrags, behalten wir uns das Recht vor, die Erstattung der Leistungen abzulehnen. Wenn Schadenersatzansprüche gegen Dritte bestehen, sind Sie verpflichtet, uns zu informieren und alle notwendigen Unterlagen zur Verfügung zu stellen, so dass wir in der Lage sind, unsere Auslagen zurückzufordern. Sie und der Dritte dürfen ohne unser vorheriges schriftliches Einverständnis weder eine Schlussabrechnung vereinbaren noch auf unser Recht auf Rückforderung von Auslagen verzichten. Anderenfalls steht uns das Recht zu, die an Sie ausbezahlten Beträge zurückzufordern und den Versicherungsvertrag zu kündigen. Wir sind berechtigt, in Ihrem Namen, jedoch auf unsere Kosten, gerichtliche Schritte einzuleiten, um von uns bezahlte Beträge aus einer anderweitig bestehenden Police zurückzufordern.
- 11. Nutzung von MediLine:** Der medizinische Informationsdienst MediLine und die bereitgestellten Informationen und Ressourcen 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 zu diesem Zweck. Holen Sie vor dem Beginn einer neuen Behandlung oder bei Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand immer ärztlichen Rat ein. Ihnen ist bewusst und Sie erklären sich damit einverstanden, dass Allianz Worldwide Care für etwaige Forderungen, Verluste oder Schäden, die direkt oder indirekt auf die Inanspruchnahme dieses Informationsdienstes oder die bereitgestellten Informationen oder Ressourcen zurückzuführen sind, keinerlei Verantwortung oder Haftung übernimmt. Wir weisen Sie darauf hin, dass MediLine-Anrufe aufgezeichnet und zu Schulungs-, Qualitätssicherungs- und Regulierungszwecken überwacht werden.
- 12. Versicherungsumfang:**
- a) Ihre Tarifliche Leistungszusage, der Versicherungsschein, etwaige Vertragsnachträge, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Einzelversicherung sowie eventuelle gesetzliche Anforderungen legen den Umfang Ihres Versicherungsschutzes fest. Wir erstatten im Rahmen Ihrer Tariflichen Leistungszusage und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Einzelversicherung die Kosten, die im Zusammenhang mit einer Erkrankung oder Verschlechterung des Gesundheitszustandes entstehen.

- b) Behandlungen und diagnostische Verfahren sind nur versichert, wenn sie einen diagnostischen, kurativen und/oder palliativen Zweck haben und medizinisch notwendig und angemessen sind. Sie müssen von einem gesetzlich zugelassenen Arzt, Zahnarzt oder anderen Therapeuten erbracht werden. Ansprüche/Kosten werden nur erstattet, wenn die medizinische Diagnose und/oder die verschriebene Behandlung mit allgemein akzeptierten medizinischen Verfahren übereinstimmen.
  
- c) Diese Police bietet keinen Versicherungsschutz oder Leistungen insofern der Versicherungsschutz oder die Leistungen geltende Sanktionsgesetze oder Regulierungen der Vereinten Nationen oder der Europäischen Union oder jegliche andere Wirtschafts- bzw. Handelssanktionsgesetze oder -regulierungen verletzen.



# Allgemeine Informationen

## Mitversichern von Familienangehörigen

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

Neugeborene (mit Ausnahme von Mehrlingen, Adoptiv- und Pflegekindern) werden ohne eine medizinische Risikoprüfung ab der Geburt versichert. 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, senden Sie bitte Ihre Anfrage mit einer Kopie der Geburtsurkunde per E-Mail an unser Risikoprüfungsteam: [underwriting@allianzworldwidecare.com](mailto:underwriting@allianzworldwidecare.com).

Erfolgt die Benachrichtigung später als vier Wochen nach der Geburt, unterliegen Neugeborene einer medizinischen Risikoprüfung und der Versicherungsschutz tritt erst ab dem Tag der Annahme durch uns in Kraft. Bitte beachten Sie, dass in diesem Fall 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.

## Änderungen 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).

## Änderungen der Beiträge, anderer Gebühren oder Ihres Versicherungsschutzes

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 nachdem Versicherungsbeginn begonnen haben, vorausgesetzt, dass uns

vor Inkrafttreten des Versicherungsvertrages die angeforderten Informationen zugegangen sind und dass keine Ausweitung des Versicherungsschutzes beantragt wurde.

Bitte beachten Sie, dass wir berechtigt sind, die Höhe des an uns zu entrichtenden Beitrags in Bezug auf Versicherungssteuer oder anderen Steuern, Abgaben oder Gebühren jederzeit zu ändern, wenn der Versicherungssteuersatz geändert wird, neue Steuern, Abgaben oder Gebühren eingeführt werden oder eine Änderung der Höhe derartiger Steuern, Abgaben oder Gebühren erfolgt.

Wenn 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.

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 den Versicherungsumfang erweitern möchten, verlangen wir unter Umständen, dass Sie vor der Annahme Ihres Antrags durch uns einen Fragebogen zu Ihrer Krankengeschichte ausfüllen und/oder bestimmten Beschränkungen und Ausschlüssen zum zusätzlichen Versicherungsschutz zustimmen. Wenn eine Erweiterung des Versicherungsumfangs akzeptiert wird, sind zusätzliche Beiträge zu entrichten. Es ist außerdem möglich, dass Wartezeiten anfallen.

### Änderungen Ihrer Adresse/E-Mail Adresse

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

### Leistungsansprüche

Beachten Sie in Bezug auf medizinische Leistungsansprüche bitte folgendes:

- a) Leistungsansprüche müssen uns unverzüglich, spätestens aber nach sechs Monaten nach Ablauf des Versicherungsjahrs eingereicht werden. Wird die Versicherung innerhalb des Versicherungsjahrs gekündigt, so müssen alle Leistungsansprüche spätestens sechs Monate nach Ende des Versicherungsschutzes vorliegen. Nach Ablauf dieses Zeitraums sind wir nicht zur Erstattung verpflichtet.
- b) Für jede Person, die Leistungsansprüche geltend macht, und für jede Behandlung, deren Kosten erstattet werden sollen, muss ein separates Erstattungsformular ausgefüllt werden.

- 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 zur Aufdeckung von Betrug anzufordern. 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, so 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 pro 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.
- f) Nur Kosten, die durch versicherte Behandlungen entstanden sind, werden im Rahmen Ihres 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 vor einer medizinischen Behandlung eine Anzahlung leisten, so werden Ihre Kosten nach der Behandlung zurückerstattet.
- h) Sie und Ihre Angehörigen erklären sich damit einverstanden, uns bei der Beschaffung von Informationen zu unterstützen, die zur Regelung der Erstattungsansprüche notwendig sind. Wir sind berechtigt, zur Prüfung der 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 diese Leistung Teil Ihres Krankenversicherungstarifs ist, beachten Sie bitte, dass Leistungsansprüche innerhalb von 90 Werktagen nach dem Tod gemeldet und die folgenden Dokumente eingereicht werden müssen:

- Ein vollständig ausgefülltes Erstattungsformular für die Todesfallleistung bei Unfällen.
- Eine Sterbeurkunde.
- Ein medizinischer Bericht, der die Todesursache enthält.
- Eine schriftliche Erklärung mit Angabe des Datums, 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.

## 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.

## Länder, in denen Sie sich behandeln lassen können

Wenn Sie die medizinische Behandlung, die Sie benötigen und die durch den Versicherungsschutz gedeckt ist, nicht vor Ort erhalten können, können Sie diese Behandlung in jedem Land Ihres geografischen Geltungsbereichs in Anspruch nehmen (dieser wird in Ihrem Versicherungsschein bestätigt). Wenn Sie sich die Kosten der medizinischen Behandlung sowie die Reisekosten zurückerstatten lassen möchten, müssen Sie vor Antritt der Reise eine vorherige Kostenzusage einholen.

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

Zu beachten gilt hierbei, dass auch wenn Sie im Ausland leben, sind Sie für erstattungsfähige Kosten für Behandlungen in Ihrem Heimatland versichert, vorausgesetzt Ihr Heimatland liegt im Geltungsbereich Ihrer Versicherung.

### Tod des Versicherungsnehmers oder eines Familienangehörigen

Sollte ein Versicherungsnehmer oder ein Familienangehöriger versterben, informieren Sie uns bitte schriftlich innerhalb von 28 Tagen. Die betreffende Versicherung wird dann 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.

Wahlweise 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 er 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).

### Beschwerden

Wenn Sie Anregungen oder Beschwerden haben, rufen Sie bitte immer zuerst die Helpline von Allianz Worldwide Care (+ 353 1 630 1302) an. Wenn wir das Problem nicht am Telefon lösen konnten, schreiben Sie uns bitte eine E-Mail oder einen Brief an die folgende Adresse:

[client.services@allianzworldwidecare.com](mailto:client.services@allianzworldwidecare.com)

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

### Vertretung durch Dritte

Keine andere Person (außer einer von Ihnen autorisierten Person) ist berechtigt, für Sie Änderungen im Zusammenhang mit Ihrem Versicherungsschutz vorzunehmen oder zu bestätigen oder zu entscheiden, dass unsere Rechte nicht geltend gemacht werden. Änderungen am Versicherungsschutz sind nur dann gültig, wenn sie schriftlich von Allianz Worldwide Care bestätigt werden.

## 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 Hauptversicherten, 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.

Zahlen Sie Ihre Beiträge bitte in der Währung, die Sie bei der Antragstellung gewählt haben. Wenn Sie Ihren Beitrag aus irgendeinem Grund nicht zahlen können, rufen Sie uns bitte unter der Nummer + 353 1 630 1302 an. Änderungen der Zahlungsbedingungen sind nur bei der Versicherungsverlängerung möglich und müssen schriftlich unter Einhaltung einer Frist von mindestens 30 Tagen vor dem Verlängerungsdatum eingereicht werden. Die Nichtzahlung des Erst- oder Folgebeitrags kann den Verlust des Versicherungsschutzes zur Folge haben.

Wird der Erstbeitrag nicht fristgerecht bezahlt, kann Allianz Worldwide Care so lange vom Vertrag zurücktreten, wie der Erstbeitrag 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 kann Allianz Worldwide Care schriftlich und zulasten des Versicherungsnehmers eine Frist von mindestens zwei Wochen zur vollständigen Bezahlung des ausstehenden Beitrags setzen. Nach Ablauf dieser Frist kann Allianz Worldwide Care den Vertrag schriftlich und mit sofortiger Wirkung kündigen und die 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 der Rechnung aufgeführt.

## 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.

## Gründe für eine Beendigung Ihres Versicherungsschutzes

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

- Wenn Sie die Beiträge nicht spätestens zum Fälligkeitsdatum bezahlen. Wenn Sie die ausstehenden Beiträge innerhalb von 30 Tagen nach Fälligkeit bezahlen, kann die Versicherung ohne Ausfüllen 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 32 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 den Seiten 23 - 27 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 37 entnehmen.

Wenn Ihr Versicherungsschutz 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.

### Verlängerung der Versicherung

Ihr jährlicher Versicherungsvertrag wird automatisch um ein weiteres Versicherungsjahr verlängert, vorausgesetzt, dass der Tarif, den Sie gewählt haben, weiterhin angeboten wird, alle fälligen Beitragszahlungen bei uns eingegangen sind und Ihre Zahlungsangaben zum Datum der Vertragsverlängerung weiterhin gültig sind. Bitte benachrichtigen Sie uns, wenn Sie eine neue Kreditkarte oder eine Ersatzkreditkarte erhalten, da wir Details, wie z. B. die neue Kartenummer, das Gültigkeitsdatum usw. benötigen.

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

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.

### Vorherige Kostenzusage

In Ihrer Tariflichen Leistungszusage wird aufgeführt, welche Leistungen, die für Sie verfügbar sind, durch Einreichung eines Formulars zur vorherigen Kostenzusage im Voraus autorisiert werden müssen. Wenn die vorherige Kostenzusage nicht eingeholt wird, gilt folgendes:

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



## Behandlung in den USA

Wenn Sie weltweiten Versicherungsschutz haben und einen medizinischen Dienstleister in den USA finden möchten, gehen Sie einfach auf: [www.allianzworldwidecare.com/olympus](http://www.allianzworldwidecare.com/olympus). Wenn Sie eine Frage zu einem medizinischen Dienstleister haben oder einen Dienstleister ausgewählt haben und einen Termin vereinbaren möchten, wenden Sie sich bitte telefonisch an **(+1) 800 541 1983** (aus den USA gebührenfrei). Sie können außerdem eine Rabatt-Apothekenkarte beantragen, die verwendet werden kann, wenn die Rezeptgebühr nicht von Ihrer Krankenversicherung übernommen wird. Um sich zu registrieren und die Rabattkarte für Apotheken zu erhalten, gehen Sie einfach auf [www.omhc.com/awc/prescriptions.html](http://www.omhc.com/awc/prescriptions.html) und klicken Sie auf „Print Discount Card“.

Bitte beachten Sie, dass Behandlungen in den USA nicht versichert sind, 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 dem Vertragsabschluss aufgetreten sind.

## 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.

## 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 wird, beginnt deren Versicherungsschutz an dem im letzten Versicherungsschein, in dem die Person namentlich aufgeführt ist, genannten Gültigkeitsdatum. Die Mitversicherung kann bis zum Ausscheiden des Versicherungsnehmers aus dem Vertrag bestehen bleiben (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, in Ihrem Versicherungsvertrag mitversichert werden. Darauf folgend können diese dann, wenn gewünscht, einen eigenen Versicherungsschutz beantragen.

## 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 uns dieses Formular bitte per E-Mail an: [underwriting@allianzworldwidecare.com](mailto:underwriting@allianzworldwidecare.com). Wahlweise 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 wurden, 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.

# Notizen





# Kurzanleitung

*Sie können diesen Teil Ihres Versicherungshandbuchs abtrennen, wenn Sie nur die am häufigsten benötigten Informationen zur Hand haben möchten. Ihr Versicherungsschutz unterliegt stets unseren Versicherungsdefinitionen, Ausschlüssen und Erstattungsbeträgen, die im vollständigen Versicherungshandbuch für die Einzelversicherung detailliert dargelegt sind.*



**Allianz**   
Allianz Worldwide Care

# Behandlungen

Prüfen Sie bitte 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.

## Denken Sie daran, dass manche Behandlungen im Voraus genehmigt werden müssen

Für die folgenden Behandlungen/Leistungen muss ein Formular zur vorherigen Kostenzusage eingereicht werden:

- Alle aufgeführten stationären Leistungen (wenn Sie über Nacht in einem Krankenhaus bleiben müssen).
- Teilstationäre Behandlungen/Tagesklinik.
- Kosten für eine Begleitperson im Falle einer/s medizinischen Überführung/Rücktransports.
- Nierendialyse.
- Langzeitpflege.
- Medizinische Überführung (oder Rücktransport bei entsprechender Versicherung).
- Kernspintomografie (MRT), vorherige Kostenzusage nur erforderlich, wenn Sie möchten, dass wir die Kosten direkt mit dem medizinischen Anbieter abrechnen.
- Häusliche Pflege oder Aufenthalt in einem Genesungsheim.
- Beschäftigungstherapie (nur ambulante Behandlungen müssen im Voraus genehmigt werden).
- Onkologie (nur stationäre oder teilstationäre Behandlungen müssen im Voraus genehmigt werden).
- Ambulante Operationen.
- Palliativmedizinische Betreuung.
- Positronenemissions- (PET) und Computer-Positronenemissionstomografie (CT-PET).
- Rehabilitationsmaßnahmen.
- Rücktransport im Todesfall.
- Reguläre Schwangerschaft, Komplikationen bei Schwangerschaft und Entbindung (nur stationäre Behandlungen müssen im Voraus genehmigt werden).
- Reisekosten für versicherte Familienmitglieder im Falle einer Überführung (oder eines Rücktransports, falls versichert).
- Reisekosten für versicherte Familienmitglieder im Falle einer Überführung der sterblichen Überreste.
- Kosten für Reisen zu einer anderen Kanalinsel, in das Vereinigte Königreich oder nach Frankreich.

*Durch das Formular zur vorherigen Kostenzusage können wir jeden Fall begutachten und die direkte Abrechnung mit dem Krankenhaus ermöglichen. Bitte beachten Sie, dass wir Ihren Erstattungsantrag ablehnen können, wenn keine vorherige Kostenzusage eingeholt wird. Vollständige Details finden Sie auf Seite 35 in diesem Handbuch.*

## Überführung und Rücktransport

Beim ersten Anzeichen dafür, dass eine medizinische Überführung/ein medizinischer Rücktransport erforderlich wird, rufen Sie bitte unsere 24-Stunden-Helpline an (Details sind auf der Rückseite dieser Kurzanleitung angegeben); wir kümmern uns dann um alles Weitere. Da Überführungen und Rücktransporte normalerweise sehr dringend sind, sollten Sie sich telefonisch mit uns in Verbindung setzen. Sie können sich jedoch auch per E-Mail unter folgender E-Mail Adresse an uns wenden: **medical.services@allianzworldwidedcare.com**. Bitte nehmen Sie den Hinweis „*Dringend – Überführung/ Rücktransport*“ in die Betreffzeile der E-Mail auf. 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 bei der Überführung zu vermeiden. **Falls Überführungen/Rücktransporte nicht von Allianz Worldwide Care organisiert werden, behalten wir uns das Recht vor, alle angefallenen Kosten abzulehnen.**

## Behandlung im Krankenhaus

1. Laden Sie das Formular zur vorherigen Kostenzusage unter folgendem Link von unserer Website herunter: [www.allianzworldwidecare.com/members](http://www.allianzworldwidecare.com/members).
2. Senden Sie das ausgefüllte Formular mindestens **fünf Werktage vor Behandlungsbeginn** an uns:
  - Scannen Sie es ein und senden Sie es per E-Mail an: [medical.services@allianzworldwidecare.com](mailto:medical.services@allianzworldwidecare.com) oder
  - Faxen Sie es an: **+353 1 653 1780** oder senden Sie es per Post an die Adresse auf dem Formular.
  - Unsere Helpline kann Details zur vorherigen Kostenzusage für Behandlungen, die innerhalb von 72 Stunden erfolgen sollen, auch telefonisch aufnehmen.

### Bei einem Notfall:

1. Lassen Sie sich die erforderliche Notfallbehandlung zukommen und rufen Sie uns an, wenn Sie Rat oder Unterstützung benötigen.
2. Sie, Ihr Arzt, ein Familienangehöriger oder ein Kollege müssen/muss unsere Helpline **innerhalb von 48 Stunden** nach Eintritt des Notfalls über Ihre Krankenhausaufnahme informieren. Details für das Formular zur vorherigen Kostenzusage können telefonisch aufgenommen werden, wenn Sie uns anrufen.





## Ambulante oder zahnärztliche Behandlung



Wenn Sie einen Arzt, Zahnarzt oder Facharzt ambulant aufsuchen, bezahlen Sie bitte die Rechnung und reichen dann einen Erstattungsantrag bei uns ein. Erstattungsanträge können einfach und schnell mit unserer MyHealth App eingereicht werden: Geben Sie einfach einige wichtige Angaben und Informationen an, machen Sie ein Foto von Ihren Rechnungen und klicken Sie auf "Absenden". Weitere Informationen können Sie unserer Website [www.allianzworldwidecare.com/myhealth](http://www.allianzworldwidecare.com/myhealth) entnehmen.

Sie haben außerdem die Möglichkeit ein Erstattungsformular von unserer Website [www.allianzworldwidecare.com/members](http://www.allianzworldwidecare.com/members) herunterzuladen und den folgenden Schritten zu folgen:

1. Lassen Sie sich vom Arzt/Zahnarzt usw. eine Rechnung ausstellen, die folgende Details enthält: Ihren Namen, das Datum der Behandlung, die Diagnose/die behandelte Erkrankung, das Datum der ersten Symptome, die Art der Behandlung und die berechnete Gebühr.
2. Füllen Sie Abschnitt 1-4 und 7 des Erstattungsformulars aus. Abschnitt 5 und 6 müssen nur dann vom Arzt/Zahnarzt ausgefüllt werden, wenn die Diagnose und die Art der Behandlung auf der Rechnung nicht aufgeführt sind.
3. Senden Sie das Erstattungsformular und alle begleitenden Dokumente, Rechnungen und Belege an uns:
  - Scannen Sie sie ein und senden Sie sie per E-Mail an: [claims@allianzworldwidecare.com](mailto:claims@allianzworldwidecare.com) oder
  - Faxen Sie sie an: +353 1 645 4033 oder senden Sie sie per Post an die Adresse auf dem Formular.

*Ohne Angaben zur Diagnose können wir Ihre Kosten nicht umgehend erstatten, da wir diese Informationen zunächst bei Ihnen oder Ihrem Arzt anfordern müssen.*

*Sofern alle notwendigen Angaben eingereicht wurden, erfolgen die Bearbeitung Ihres Erstattungsformulars und die Zahlungsanweisung an Ihre Bank innerhalb von 48 Stunden. Wir werden Ihnen eine E-Mail oder einen Brief senden, um Ihnen mitzuteilen, wann Ihr Erstattungsantrag bearbeitet wurde.*

*Weitere wichtige Informationen zum Erstattungsverfahren finden Sie im Abschnitt „Leistungsansprüche“ auf Seite 29 dieses Handbuchs. Informationen zu Behandlungen in den USA finden Sie auf Seite 36.*



# Nützliche Services

Im Folgenden finden Sie Details zu einigen nützlichen Services, die Ihnen zur Verfügung stehen:

- Zugang zu unseren webbasierten Services für Versicherte finden Sie auf [www.allianzworldwidecare.com/members](http://www.allianzworldwidecare.com/members). Hier können Sie **nach medizinischen Dienstleistern suchen, Formulare herunterladen und auf eine Fülle von Ressourcen zu Gesundheit und Wohlbefinden zugreifen**. Beachten Sie bitte, dass Sie nicht auf die medizinischen Dienstleister auf unserer Website beschränkt sind.
- Ihre Versicherungsunterlagen enthalten einen Benutzernamen und ein Kennwort, mit denen Sie Zugang zu unseren **Online Services** auf [my.allianzworldwidecare.com](http://my.allianzworldwidecare.com) erhalten. Sie können auf derselben Seite „Registrieren“ auswählen und die erforderlichen Informationen angeben (sie befinden sich auf Ihrem Versicherungsschein). Hier können Sie wichtige Versicherungsunterlagen herunterladen, verbleibende Erstattungsbeiträge prüfen, den Status eingegangener und hochgeladener Erstattungsanträge nachsehen und Korrespondenz zu Erstattungsanträgen einsehen. Außerdem können Sie Ihre Beiträge per Kreditkarte bezahlen und Ihre Kreditkartendetails aktualisieren.
- Den **medizinischen 24/7-Beratungsservice MediLine** erreichen Sie telefonisch unter: **+44 (0) 208 416 3929**. Bei diesem Service bietet Ihnen ein erfahrenes, Englisch sprechendes medizinisches Team Informationen und Beratung zu einer Fülle von Themen wie z. B. Blutdruck- und Gewichtsregulierung, Infektionskrankheiten, Erste Hilfe, Zahnpflege, Impfungen, Onkologie, Arbeitsunfähigkeit, Sprachentwicklung, Fruchtbarkeitsdiagnostik, Kinderheilkunde, seelische Gesundheit und Gesundheit im Allgemeinen. Bei Fragen zum Versicherungsvertrag oder zum Versicherungsschutz wenden Sie sich bitte an unsere Helpline.



# Kontaktinformationen

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

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

E-Mail: [client.services@allianzworldwidedecare.com](mailto:client.services@allianzworldwidedecare.com)  
Fax: + 353 1 630 1306

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

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

**Gebührenfreie Rufnummern:** [www.allianzworldwidedecare.com/toll-free-numbers](http://www.allianzworldwidedecare.com/toll-free-numbers)

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

**Adresse:** Allianz Worldwide Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irland.  
[www.allianzworldwidedecare.com](http://www.allianzworldwidedecare.com)



## Laden Sie unsere MyHealth App herunter

- ✓ Schnelles und einfaches Einreichen von Erstattungsformularen
- ✓ Versicherungsdokumente immer griffbereit

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

Professional Adviser  
**International Fund & Product Awards 2014 Winner**  
**Best International Private Health Insurance Provider**

Dieses Dokument ist eine Übersetzung des original auf Englisch verfassten „Individual Benefit Guide“. Die englische Originalversion gilt ausschließlich als rechtlich verbindlich. Auch wenn Unterschiede zwischen der übersetzten Version und der englischen Originalversion bestehen, gilt die englische Version als rechtlich verbindlich. Allianz Worldwide Care SA, handelt durch ihre irische Niederlassung, ist eine Aktiengesellschaft nach französischem Recht. Registriert in Frankreich unter der Nr.: 401 154 679 RCS Paris. Irische Niederlassung ist eingetragen im irischen Handelsregister. Registernummer der irischen Niederlassung: 907619. Anschrift der irischen Niederlassung: 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irland.