



Krankenversicherungstarife

Versicherungshandbuch für die Einzelversicherung

Gültig ab 1. November 2007

Allianz 
Allianz Worldwide Care

Herzlich Willkommen bei Allianz Worldwide Care.

Dieses Versicherungshandbuch für die Einzelversicherung stellt die Leistungen und Regelungen Ihres Allianz Worldwide Care-Tarifs dar. Bitte lesen Sie es in Verbindung mit Ihrer Tariflichen Leistungszusage sorgfältig durch, damit Sie über Ihren Versicherungsschutz genau Bescheid wissen.

Vielen Dank, dass Sie sich für Allianz Worldwide Care entschieden haben. Bitte lesen Sie alle Unterlagen zu dem von Ihnen gewählten Tarif sorgfältig durch, um sicherzustellen, dass Sie mit der Wahl Ihres Versicherungsschutzes zufrieden sind. Gemäß den Versicherungsbedingungen haben Sie nach Erhalt Ihrer Versicherungsunterlagen 30 Tage Zeit, Ihre Entscheidung über den Vertragsabschluss mit Allianz Worldwide Care rückgängig zu machen und diesen Vertrag zu kündigen.

Sie und Ihre Familie können sich auf Allianz Worldwide Care verlassen und haben Zugang zur bestmöglichen Versorgung im Krankheitsfall. Wir haben uns voll und ganz auf die Bereitstellung von Krankenversicherung spezialisiert und können Ihnen einen schnellen, flexiblen und äußerst zuverlässigen Service bieten.

Diese Broschüre erläutert im Einzelnen, wie Sie durch Allianz Worldwide Care Zugang zu der von Ihnen benötigten Versorgung erhalten, und zwar dann, wenn Sie sie am dringendsten brauchen.

Dies ist eine Übersetzung des original in Englisch verfassten „Individual Benefit Guide“. Als rechtlich verbindlich gilt ausschließlich die englische Originalversion. Allianz Worldwide Care Limited gehört zur Allianz Gruppe, ist in Irland eingetragen und unterliegt der Aufsicht durch die irische Finanzaufsichtsbehörde. Eingetragener Sitz: 18B Beckett Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irland. Eintragsnummer: 310852

Inhaltsverzeichnis.

Einleitung.	5-6	Was Ihr Krankenversicherungsschutz nicht leistet.	36-46
Mitglieder-Service.	7-13	Beitragszahlung und allgemeine Informationen.	47-59
Helpline, 5 Tage pro Woche rund um die Uhr (24/5).	7	Beitragszahlung.	47
Hilfe in Notfällen, täglich rund um die Uhr (24/7).	8	Wichtige Daten.	49
MediLine, täglich rund um die Uhr (24/7).	8	Allgemeine Informationen.	53
Versicherungsunterlagen.	9	Geltendmachung von Leistungsansprüchen.	60-68
„Online Services“.	12	Bearbeitung von Leistungsansprüchen.	60
Verzeichnis medizinischer Dienstleister.	13	Stationäre Leistungsansprüche.	61
Ihr Versicherungsschutz.	14-35	Ambulante und zahnärztliche Leistungsansprüche.	61
Medizinische Notwendigkeit.	14	Vorherige Kostenzusage.	65
Chronische Erkrankungen.	15	Behandlung in den USA.	68
Vorerkrankungen.	16	Fragen und Antworten.	69-70
Wartezeit.	16	Beschwerden.	71
Prozentualer Eigenanteil und Selbstbeteiligung.	17	Definitionen.	72-82
Wo besteht Ihr Versicherungsschutz?	17	Zusätzliche Versicherungsbedingungen.	83-84
Erläuterungen zu Ihrem Haupttarif.	18		
Weitere Leistungen im Rahmen Ihres Haupttarifs.	20		
Erläuterungen zu Ihrem Ambulanttarif.	32		
Erläuterungen zu Ihrem Zahntarif.	34		
Erläuterungen zum Tarif für medizinischen Rücktransport.	35		

Einleitung.

Einzelheiten zu Ihrem Versicherungsvertrag.

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

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

- Dem Versicherungshandbuch für die Einzelversicherung, dem Versicherungsschein, der Tariflichen Leistungszusage und eventuellen Nachträgen
- Den Allianz Worldwide Care vom oder im Namen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Personen in dem unterzeichneten Antragsformular oder dem ausgefüllten Online-Antragsformular, einschließlich der Gesundheitsfragen oder anderer medizinischer Informationen, zur Verfügung gestellten Informationen

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

Der von Ihnen gewählte Versicherungsschutz ist in Ihrem Versicherungsschein und in Ihrer Tariflichen Leistungszusage festgelegt, die Sie gemeinsam mit diesem Handbuch und Ihren übrigen Versicherungsunterlagen erhalten haben. Etwaige Nachträge oder spezielle Leistungen sind in den

„Anmerkungen“ zu Ihrer Tariflichen Leistungszusage enthalten.

Bitte beachten Sie, dass eine **vorherige Kostenzusage unter Verwendung des Kostenzusageformulars für jegliche stationäre Behandlung erforderlich ist und auch für bestimmte weitere Versicherungsleistungen erforderlich sein kann**. Falls Sie keine vorherige Kostenzusage für Leistungen, die diese erfordern, eingeholt haben, behalten wir uns vor, die entsprechende Leistung zu verweigern. Bitte beachten Sie weitere Einzelheiten zur vorherigen Kostenzusage auf den Seiten 65 bis 68.

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

Mitglieder-Service.

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

Wir weisen darauf hin, dass Helpline-Anrufe aufgezeichnet werden und zu Schulungs- und Qualitätssicherungszwecken überprüft werden können.

Die gebührenfreien Rufnummern können unter Umständen nicht von Mobiltelefonen erreicht werden. Bitte verwenden Sie in diesen Fällen die normale Helpline-Rufnummer.

Helpline, 5 Tage pro Woche rund um die Uhr (24/5).

Der professionelle mehrsprachige Mitglieder-Service von Allianz Worldwide Care steht unseren Versicherten für allgemeine Fragen zum Versicherungsvertrag 5 Tage pro Woche (sonntags 18.00 Uhr bis freitags 19.00 Uhr MEZ-1) rund um die Uhr zur Verfügung. Sie können uns zu jeder Tageszeit von überall telefonisch oder per E-Mail erreichen. Unsere Helpline-Mitarbeiter können umgehend auf Vertragsdetails und die gesamte bisherige Kommunikation zwischen Ihnen und uns zugreifen, um Ihnen die gewünschten Informationen zu geben, wie z. B. die Bestätigung des Versicherungsschutzes oder Auskunft zu Versicherungsansprüchen und Kostenzusagen. Sie erreichen uns wie folgt per Telefon, Fax oder E-Mail:

E-Mail:
client.services@allianzworldwidedcare.com

Helpline-Nummern

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
Fax:	+ 353 1 630 1306

Gebührenfrei aus Singapur:

800 353 1018

Gebührenfrei aus Hongkong:

800 901 705

Gebührenfrei aus Nord-China:

10 800 441 0115

Gebührenfrei aus Süd-China:

10 800 744 1259

Gebührenfrei aus den USA:

1 866 266 2182

Gebührenfrei aus Frankreich, Belgien und der Schweiz:

00 800 66 302 302

Hilfe in Notfällen, täglich rund um die Uhr (24/7).

Wenn Sie aufgrund eines Notfalls in ein Krankenhaus oder eine Klinik eingeliefert werden müssen, sollten Sie unsere Helpline so schnell wie möglich kontaktieren (siehe Kontaktinformationen auf Seite 7). Unser Beistand im Notfall kann das ganze Jahr hindurch rund um die Uhr in Anspruch genommen werden und bietet eine Reihe von Diensten, wie z. B. die Bestätigung einer Kostenzusage für das Krankenhaus oder die Organisation eines medizinischen Rücktransports.

In Notfällen ist für eine stationäre Behandlung keine vorherige Kostenzusage erforderlich (siehe Seite 67). Wir sollten jedoch innerhalb von 24 Stunden über das Notfallereignis informiert werden. Dies garantiert eine schnelle Bearbeitung Ihres Leistungsanspruchs und erlaubt uns, mit dem Krankenhaus eine direkte Abrechnung zu vereinbaren.

MediLine, täglich rund um die Uhr (24/7).

Sie können unseren medizinischen Informationsdienst MediLine jederzeit telefonisch in Anspruch nehmen. Unsere erfahrenen Englisch sprechenden Mitarbeiter erteilen Ihnen umfassende medizinische Beratung und Informationen zu:

- Prä- und postoperativer Behandlung
- Einer Reihe von Fragen zu Lebensstil und Gesundheit (z. B. Ernährung und Diät, Sportverletzungen, Rauchen und Alkohol)
- Reiseinformationen - vor und nach Reisen (z. B. Impfungen)
- Zugriff auf eine umfassende medizinische Datenbank
- Medikamenten (z. B. Informationen zur Verwendung und zu Nebenwirkungen)

Sie können diesen medizinischen Informationsdienst das ganze Jahr hindurch 24 Stunden am Tag telefonisch unter der folgenden Telefonnummer in

Anspruch nehmen: + 44 (0) 208 403 9970

Bitte wenden Sie sich bei Fragen zu Ihrer Versicherung oder zu Erstattungsansprüchen direkt an die Helpline von Allianz Worldwide Care (Kontaktinformationen auf Seite 7).

Der medizinische Informationsdienst MediLine und die bereitgestellten Informationen zu Gesundheitsfragen und Ressourcen sind kein Ersatz für professionelle medizinische Beratung oder ärztliche Behandlung. Dieser Dienst ist nicht zur medizinischen Diagnose oder Behandlung vorgesehen, und die erteilten Informationen dienen nicht 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. MediLine-Anrufe werden aufgezeichnet und können zu Schulungs- oder Qualitätssicherungszwecken überprüft werden.

Versicherungsunterlagen.

Nachdem Sie und Allianz Worldwide Care einen Krankenversicherungsvertrag für sich und gegebenenfalls Ihre Familienangehörigen unterzeichnet haben, erhalten Sie die folgenden Versicherungsunterlagen:

- **Ihre persönliche Versichertenkarte**

Allianz Worldwide Care stellt jedem Versicherten eine mit den persönlichen Daten versehene Versichertenkarte aus, die wichtige Rufnummern und Kontaktadressen enthält. Für Sie und Ihre Familie bedeutet dies, dass ein Anruf genügt, um sofort Hilfe zu erhalten. Wir empfehlen Ihnen, diese Karte stets bei sich zu tragen. Sollten Sie die Karte verlieren, so ist dies kein Grund zur Sorge. Sie brauchen nur unsere Helpline anzurufen, und wir senden Ihnen eine neue Versichertenkarte zu.

- **Ihr Versicherungsschein**

Auf dem Versicherungsschein ist der Tarif aufgeführt, den Sie für sich und Ihre Familienangehörigen ausgewählt haben. Dort finden Sie auch das Beginn- und das Verlängerungsdatum Ihrer Versicherung. Bitte überprüfen Sie unbedingt die Richtigkeit dieser Informationen, und teilen Sie uns umgehend mit, ob Korrekturen erforderlich sind.

- **Ihre Tarifliche Leistungszusage**

Ihre Tarifliche Leistungszusage gibt die Leistungen an, die der von Ihnen gewählte Versicherungsschutz beinhaltet. Bitte beachten Sie, dass einmalige Leistungen, Definitionen und Ausschlüsse, die für Ihren persönlichen Versicherungsschutz gelten, unter „Anmerkungen“ am Ende Ihrer Tariflichen Leistungszusage aufgeführt sind. In der Tariflichen Leistungszusage ist des Weiteren im Einzelnen angegeben, welche Leistungen eine

vorherige Kostenzusage unter Verwendung des Kostenzusageformulars erfordern. Lesen Sie bitte Ihre Tarifliche Leistungszusage in Verbindung mit diesem Handbuch und Ihrem Versicherungsschein sorgfältig durch, damit Sie über Ihren Versicherungsschutz genau Bescheid wissen.

- **Ihr Versicherungshandbuch für die Einzelversicherung**

Dieses Handbuch stellt die Leistungen und Regelungen Ihres Allianz Worldwide Care-Tarifs dar und gilt für alle Allianz Worldwide Care-Einzelversicherungsverträge. Lesen Sie das Versicherungshandbuch für die Einzelversicherung in Verbindung mit Ihrem Versicherungsschein und Ihrer Tariflichen Leistungszusage sorgfältig durch. Das vorliegende Handbuch ist eine Übersetzung des original in Englisch verfassten „Individual Benefit Guide“. Als rechtlich verbindlich gilt ausschließlich die englische Originalversion.

- **Ein Formular zur vorherigen Kostenzusage**

Vor Beginn jeder Behandlung, die eine vorherige Kostenzusage erfordert, müssen Sie und Ihr Arzt die dafür vorgesehenen Abschnitte dieses Formulars ausfüllen und an uns übermitteln, um unsere Zustimmung zu einer Kostenübernahme zu erhalten. Eine vorherige Kostenzusage ist für alle Leistungen erforderlich, die auf Seite 65f. dieses Handbuchs aufgeführt und außerdem mit einer 1 oder 2 in Ihrer Tariflichen Leistungsusage gekennzeichnet sind. Wenn Sie sich an das Verfahren zur vorherigen Kostenzusage halten, müssen Sie sich um die finanzielle Seite Ihrer Behandlung nicht kümmern, sondern können sich stattdessen voll auf Ihre Genesung konzentrieren

- **Ein Erstattungsformular**

Damit Ihre Leistungen schnell und ohne Verzögerung erstattet werden, sollten Sie sich an die Richtlinien zur Geltendmachung von Leistungsansprüchen auf den Seiten 60 bis 68 halten. Vollständig ausgefüllte und bei uns eingegangene Erstattungsformulare werden innerhalb von 48 Stunden bearbeitet, und die Zahlungsanweisung wird zur Zahlungsabwicklung an die Bank des Versicherten gesendet. Wenn weitere Informationen zur Bearbeitung des Leistungsanspruchs benötigt werden, erhalten Sie und/oder Ihr behandelnder Arzt innerhalb von 24 Stunden nach Eingang des Erstattungsformulars bei uns eine Benachrichtigung per E-Mail oder Post. Wenn Sie uns Ihre E-Mail-Adresse mitgeteilt haben, werden Sie bei der Abwicklung mit einer automatischen E-Mail über den Status Ihres Erstattungsantrags informiert (bei Eingang des

Erstattungsformulars bei Allianz Worldwide Care und nach Abschluss von dessen Bearbeitung).

- **Ihren individuellen Benutzernamen und Ihr Kennwort für den „Online Services“-Bereich**

Bitte verwenden Sie den in den Versicherungsunterlagen aufgeführten Benutzernamen und das Kennwort, um auf den „Online Services“-Bereich unserer Webseite zugreifen zu können.

„Online Services“.

Sie können auf unseren sicheren „Online Services“-Bereich über die Allianz Worldwide Care-Webseite www.allianzworldwidecare.com zugreifen.

Wenn Sie uns Ihre E-Mail Adresse mitgeteilt haben, können Sie durch Klicken der „Register“-Schaltfläche

auf der „Online Services“-Startseite Ihr Online-Konto aktivieren. Bitte geben Sie dazu Ihre Versicherungsnummer, Ihren Nachnamen und Ihr Geburtsdatum ein (genau wie in Ihren Versicherungsunterlagen angegeben). Sie erhalten dann eine automatische E-Mail, die Ihre persönlichen Anmeldeinformationen enthält.

Wenn Sie uns Ihre E-Mail-Adresse nicht mitgeteilt haben, finden Sie Ihre Anmeldeinformationen in einem separaten Schreiben, das Ihren Versicherungsunterlagen beigefügt worden ist.

„Online Services“ ermöglicht Ihnen:

- Ihre persönlichen Daten einzusehen und online zu ergänzen bzw. zu ändern
- Ihre Tarifliche Leistungszusage einzusehen
- Den Status Ihrer an uns übermittelten Leistungsansprüche anzeigen zu lassen
- Sämtliche Korrespondenz zu Ihren Versicherungsansprüchen einzusehen

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

- Verbleibende Restbeträge bis zum tariflichen Höchstleistungsbetrag gemäß Tariflicher Leistungszusage zu überprüfen
- Vergessene oder verlorene Kennwörter sicher abzurufen
- Formulare zur vorherigen Kostenzusage und zu Erstattungsansprüchen herunterzuladen
- Ihre Versicherungsbeiträge online zu bezahlen (per Kreditkarte)
- Eine Aufstellung Ihrer Beitragstransaktionen und Details zu ausstehenden Beiträgen anzeigen zu lassen
- Details zu Ihrer Beitragszahlung zu aktualisieren (gilt nur für Zahlungen per Kreditkarte)
- Mit dem Kundenservice von Allianz Worldwide Care per Online-Formular Kontakt aufzunehmen

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

Verzeichnis medizinischer Dienstleister.

Unser Verzeichnis medizinischer Dienstleister ist auf der Allianz Worldwide Care-Webseite www.allianzworldwidecare.com verfügbar. Mit Hilfe dieses Online-Verzeichnisses können Sie medizinische Dienstleister geordnet nach Kontinenten und Ländern suchen. Sie sind für Ihre Behandlungen nicht auf die in diesem Verzeichnis aufgeführten Dienstleister beschränkt. Bitte wenden Sie sich in jedem Fall vor Aufnahme einer Behandlung, für die eine vorherige Kostenzusage benötigt wird, an unsere Helpline. Wir werden dann nach Möglichkeit versuchen, Ihre stationären Behandlungskosten mit dem medizinischen Dienstleister direkt abzurechnen.

Ihr Versicherungsschutz.

Hier finden Sie eine Übersicht über Ihren Versicherungsschutz.

In diesem Abschnitt finden Sie einen Überblick über den Versicherungsschutz der einzelnen Tarife. Der jeweilige Versicherungsschutz wird nach den Definitionen in diesem Handbuch festgelegt (siehe Seiten 72 bis 82), und es gelten die in diesem Handbuch aufgeführten Ausschlüsse und Beschränkungen (siehe Seiten 36 bis 46) sowie etwaige spezifische Regelungen, die in den „Anmerkungen“ zu Ihrer Tariflichen Leistungszusage enthalten sind. Wenn Sie Fragen zu Ihrem individuellen Versicherungsschutz haben, kontaktieren Sie uns bitte zur Bestätigung Ihres persönlichen Versicherungsschutzes. Unsere Helpline steht Ihnen von sonntags 18.00 Uhr bis freitags 19.00 Uhr (MEZ-1) rund um die Uhr für Fragen zur Verfügung.

Damit sichergestellt ist, dass Sie alle benötigten Informationen und Unterlagen haben, erhalten Sie zusammen mit Ihren Versicherungsunterlagen

Ihren Versicherungsschein und eine Tabelle mit Ihrer Tariflichen Leistungszusage. In diesen Unterlagen sind die von Ihnen gewählten Krankenversicherungstarife im Einzelnen aufgeführt. Für Einzelheiten zu den Leistungen unter Ihrem Versicherungsvertrag lesen Sie bitte dieses Handbuch in Verbindung mit Ihrer Tariflichen Leistungszusage und Ihrem Versicherungsschein sorgfältig durch.

Medizinische Notwendigkeit.

Unsere Kunden erwarten von uns als Versicherungsunternehmen, dass wir, wo immer möglich, die medizinischen Kosten kontrollieren, damit die Krankenversicherungsbeiträge auch in Zukunft bezahlbar bleiben.

Um dies zu gewährleisten, achtet unser erfahrenes medizinisches Personal darauf, dass nur

medizinisch notwendige und angemessene Behandlungen sowie diagnostische Verfahren durchgeführt werden. Medizinisch notwendig und angemessen sind die medizinischen Behandlungen dann, wenn sie erforderlich sind, um den Zustand, die Erkrankung oder Verletzung des Patienten zu diagnostizieren und zu behandeln.

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

Chronische Erkrankungen.

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

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

Chronische Erkrankungen (einschließlich chronischer Vorerkrankungen) können im Rahmen der geltenden Höchstbeträge Ihres Versicherungstarifs versichert sein, sind es aber

nicht zwangsläufig. Entnehmen Sie bitte Ihrem Versicherungsschein und den „Anmerkungen“ zu Ihrer Tariflichen Leistungszusage, ob chronische Erkrankungen im Rahmen der geltenden Höchstbeträge Ihres Tarifs versichert sind.

Vorerkrankungen.

Vorerkrankungen sind Krankheiten oder körperliche Gebrechen, für die in den letzten 5 Jahren vor Beginn des Krankenversicherungsvertrags mit Allianz Worldwide Care 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 Sie oder Ihre Angehörigen Kenntnis haben, Kenntnis gehabt haben oder von der nach angemessenen Maßstäben angenommen werden kann, dass Sie oder Ihre Angehörigen davon Kenntnis hätten haben müssen,

wird als Vorerkrankung betrachtet.

Vorerkrankungen können innerhalb der Leistungsgrenzen Ihres Tarifs versichert sein, sind es aber nicht zwangsläufig. Entnehmen Sie bitte Ihrem Versicherungsschein und den „Anmerkungen“ zu Ihrer Tariflichen Leistungszusage, ob Vorerkrankungen im Rahmen der geltenden Höchstbeträge Ihres Tarifs versichert sind. Bitte beachten Sie, dass Vorerkrankungen, die nicht von Ihnen auf dem Antragsformular angegeben wurden, nicht versichert sind.

Wartezeit.

Eine Wartezeit bezeichnet einen vertraglich festgelegten Zeitraum, beginnend mit dem Datum des Versicherungsbeginns, in dem Sie und/oder Ihre Angehörigen noch keinen Anspruch auf einzelne Leistungen haben. Ob für Sie eine Wartezeit besteht,

können Sie anhand Ihres Versicherungsscheins überprüfen. Entnehmen Sie bitte Ihrer Tariflichen Leistungszusage, für welche Leistungen eine Wartezeit zutrifft.

Prozentualer Eigenanteil und Selbstbeteiligung.

Die Selbstbeteiligung ist ein Betrag, der von Ihnen zu zahlen ist und von uns von der erstattungsfähigen Summe abgezogen wird.

Hingegen ist ein prozentualer Eigenanteil ein Prozentsatz der erstattungsfähigen Kosten, der von Ihnen zu zahlen ist. Einige unserer Tarife enthalten einen maximalen prozentualen Eigenanteil pro versicherte Person und pro Versicherungsjahr. Dies bedeutet, dass die erstattungsfähigen Kosten entsprechend den Versicherungsbedingungen Ihres

Versicherungsvertrags ohne weitere Abzüge bezahlt werden, sobald der prozentuale Eigenanteil den maximalen Betrag übersteigt.

Bitte entnehmen Sie Ihrer Tariflichen Leistungszusage und Ihrem Versicherungsschein, ob den Leistungen im Rahmen Ihres gewählten Tarifs ein prozentualer Eigenanteil oder eine Selbstbeteiligung zugrunde liegt. Dies kann für die Haupttarife, Ambulanttarife und Zahntarife gelten.

Wo besteht Ihr Versicherungsschutz?

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

Beachten Sie bitte, dass Ihre Versicherung

fortgeführt werden kann, wenn Sie in Ihr Heimatland zurückkehren, sofern Ihr Heimatland in dem von Ihnen gewählten geografischen Geltungsbereich liegt. Es ist zu beachten, dass der Versicherungsschutz in manchen Ländern rechtlichen Einschränkungen unterliegt, insbesondere für Staatsangehörige dieses Landes. Sie müssen auf eigene Verantwortung sicherstellen, dass Ihre Krankenversicherung den gesetzlichen Anforderungen entspricht. Wir empfehlen Ihnen daher, hierzu unabhängigen rechtlichen Rat einzuholen.

Erläuterung zu Ihrem Haupttarif.

Stationäre Leistungen.

Bei einer stationären Behandlung wird Ihnen im Rahmen des Leistungsumfangs Ihres Haupttarifs Versicherungsschutz gewährt. Versichert sind üblicherweise u. a. der stationäre Aufenthalt im Krankenhaus, verschreibungspflichtige Arznei- und Verbandsmittel, Kosten für OP, Chirurgen und Anästhesisten, chirurgische Hilfsmittel und Prothesen, diagnostische Untersuchungen und Physiotherapie.

Für alle in Ihrer Tariflichen Leistungszusage aufgelisteten stationären Leistungen ist eine vorherige Kostenzusage erforderlich (detaillierte Informationen über die vorherige Kostenzusage

finden Sie auf den Seiten 65 bis 68).

*Die folgenden Leistungen können in Ihrem Versicherungsschutz enthalten sein, sind es aber **nicht zwangsläufig**. Bitte lesen Sie diesen Abschnitt und Ihre Tarifliche Leistungszusage sorgfältig durch, damit Sie genau wissen, welche Leistungen Teil Ihres Versicherungsschutzes sind.*

Stationäre Psychiatrie und Psychotherapie.

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

Entnehmen Sie bitte Ihrer Tariflichen Leistungszusage, ob Sie für diese Leistung versichert sind und ob eine Wartezeit besteht.

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

Wenn diese Leistung im Rahmen Ihres Haupttarifs versichert ist, übernehmen wir für die Dauer des Krankenhausaufenthalts eines versicherten Kindes die Unterbringungskosten im Krankenhaus für ein Elternteil bis zu einem Betrag, den Sie der Tariflichen Leistungszusage entnehmen können. Sollte kein angemessenes Bett im Krankenhaus zur Verfügung stehen, werden wir die Kosten für ein Hotelzimmer mit privatem Badezimmer in einem 3-Sterne-Hotel übernehmen. Bitte entnehmen Sie Ihrer Tariflichen Leistungszusage, ob hinsichtlich Ihres Kindes eine Altersbegrenzung besteht.

Stationäre zahnärztliche Notfallbehandlung.

Wenn diese Leistung im Rahmen Ihres Haupttarifs versichert ist, haben Sie Anspruch auf Kostenerstattung für stationäre zahnärztliche Notfallbehandlungen, die nach einem schweren Unfall mit Krankenhausaufenthalt notwendig waren. Der Höchstleistungsbetrag ist in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegeben.

Weitere Leistungen im Rahmen Ihres Haupttarifs.

Der von Ihnen gewählte Versicherungsschutz enthält einige oder alle der folgenden Leistungen. Bitte entnehmen Sie Ihrer Tariflichen Leistungszusage, welche exakten Leistungen Teil Ihres Versicherungsschutzes sind und für welche Leistungen ein Formular zur vorherigen

Kostenzusage eingereicht werden muss. Wenn Sie hierzu weitere Fragen haben, stehen Ihnen unsere Helpline-Mitarbeiter gerne zur Verfügung.

Teilstationäre Behandlung/Tagesklinik.

Wenn der Leistungsumfang Ihres Haupttarifs eine solche Leistung vorsieht, haben Sie Anspruch auf Erstattung der Kosten für eine geplante teilstationäre Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Tagesklinik. Der Höchstleistungsbetrag ist in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegeben.

Ambulante Operationen.

Wenn diese Leistung im Rahmen Ihres Haupttarifs versichert ist, haben Sie Anspruch auf Erstattung der Kosten für ambulante chirurgische Maßnahmen, die in einer Arztpraxis, einem Krankenhaus oder einer Tagesklinik durchgeführt werden. Der Höchstleistungsbetrag ist in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegeben.

Häusliche Pflege oder Aufenthalt in einem Genesungsheim.

Wenn diese Leistung im Rahmen Ihres Haupttarifs versichert ist, haben Sie Anspruch auf Erstattung der Kosten für Krankenpflege zu Hause oder in einem Genesungsheim, wenn diese sich unmittelbar an eine tarifgemäße stationäre oder teilstationäre Behandlung anschließt oder diese ersetzt. Der maximale Betrag für diese Leistung ist in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegeben. Eine vorherige Kostenzusage ist erforderlich.

Rehabilitationsmaßnahmen.

Wenn der Leistungsumfang Ihres Tarifs eine solche Behandlung vorsieht, muss diese in einer anerkannten Rehabilitationseinrichtung unmittelbar nach Beendigung der medizinischen Akutbehandlung erfolgen. Die Höhe des

Erstattungsbetrags können Sie Ihrer Tariflichen Leistungszusage entnehmen. Bitte beachten Sie, dass eine vorherige Kostenzusage erforderlich ist.

Örtliche Ambulanz.

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

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

Wenn diese Leistung im Rahmen Ihres Tarifs versichert ist, erhält jedes bei Allianz Worldwide Care versicherte Elternteil pro Geburt 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 10 Monate unmittelbar vor der Geburt im Rahmen des Krankenversicherungstarifs für die Kanalinseln versichert sein.

Notfallbehandlung außerhalb des Geltungsbereiches der Versicherung.

Wenn Ihr Tarif diese Leistung vorsieht, sind Sie und Ihre Angehörigen auf Geschäfts- und Urlaubsreisen außerhalb des Geltungsbereichs der Versicherung für die Behandlung von Notfällen versichert. Wir leisten pro Reise Versicherungsschutz bis zu maximal 6 Wochen. Die Behandlungskosten werden bis zu dem in Ihrer Tariflichen Leistungszusage genannten Betrag erstattet.

Heil- oder Folgebehandlungen, bei denen es sich nicht um Notfallmaßnahmen handelt, sind nicht versichert, selbst dann nicht, wenn Sie nicht in der Lage sind, in ein Land zu reisen, das im

geografischen Geltungsbereich der Versicherung liegt. Wenn Sie den Geltungsbereich Ihrer Versicherung für mehr als 6 Wochen verlassen, sollten Sie sich mit uns in Verbindung setzen.

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

Medizinische Überführung.

Ist die notwendige Behandlung, für die Versicherungsschutz besteht, vor Ort nicht erhältlich oder sind im Notfall keine geeigneten

Blutkonserven vorhanden, ist die Überführung mittels eines Ambulanzfahrzeugs, Hubschraubers oder Flugzeugs versichert. Die Überführung erfolgt zu der nächstgelegenen geeigneten medizinischen Einrichtung. Wenn diese Leistung im Rahmen Ihres Haupttarifs versichert ist, werden die Kosten bis zu dem in Ihrer Tariflichen Leistungszusage genannten Betrag erstattet.

Die medizinische Überführung wird in ökonomisch sinnvoller Weise unter Berücksichtigung der medizinischen Umstände durchgeführt. Ihr Arzt muss die Überführung beantragen. Bitte beachten Sie, dass ein Formular zur vorherigen Kostenzusage eingereicht werden muss.

Wenn aus medizinischen Gründen nach Beendigung der **stationären Behandlung** und der Entlassung aus dem Krankenhaus die versicherte Person nicht überführt oder transportiert werden

kann, übernehmen wir die angemessenen Kosten für ein Hotelzimmer mit privatem Bad bis zu maximal 7 Tagen. Die Kosten der Unterbringung in einer Hotelsuite oder einem 4- oder 5-Sterne-Hotel sowie die Hotelkosten für eine Begleitperson werden nicht erstattet.

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

Wo kompatible/untersuchte Blutkonserven vor Ort nicht erhältlich sind, werden wir uns bemühen, entsprechende Blutkonserven und steriles Transfusionsbesteck zu beschaffen, wenn dies von dem behandelnden Arzt oder unserem medizinischen Berater angeraten ist. Allianz Worldwide Care und deren Vermittler übernehmen keine Haftung im Falle, dass diese Bemühungen erfolglos bleiben, oder wenn von der behandelnden Stelle infiziertes Blut oder Transfusionsbesteck verwendet wird.

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

Wenn diese Leistung im Rahmen Ihres Haupttarifs versichert ist, kann eine Person die versicherte Person bei deren Überführung oder dem Rücktransport begleiten. Sollte es nicht möglich sein, dass die Begleitperson dasselbe

Transportmittel benutzt, wird ein Hin- und Rückflugticket in der Economy-Klasse zur Verfügung gestellt. Die Kosten werden bis zu dem in Ihrer Tariflichen Leistungszusage genannten Betrag erstattet. Bitte beachten Sie, dass Unterbringungskosten oder andere in diesem Zusammenhang stehende Ausgaben nicht erstattet werden und eine vorherige Kostenzusage erforderlich ist.

Rücktransport im Todesfall.

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

Versichert sind unter anderem die Einbalsamierung,

ein den gesetzlichen Anforderungen entsprechender Transportbehälter, die Versandkosten und die erforderlichen behördlichen Bewilligungen. Kosten für eine Einäscherung werden nur erstattet, wenn diese aus gesetzlichen Gründen notwendig ist. Kosten, die Begleitpersonen entstehen, werden nicht erstattet. Alle im Zusammenhang mit dem Rücktransport im Todesfall erstatteten Kosten müssen vorher von uns unter Verwendung des Formulars zur vorherigen Kostenzusage genehmigt werden.

Computer-, Kernspin- und Positronenemissionstomografie.

Computer- (CT), Kernspin- und Positronenemissionstomografie (PET) sowie die kombinierte Computer-/ Positronenemissionstomografie (CT/PET) auf ambulanter und stationärer Basis werden bei

entsprechender Versicherung unter Berücksichtigung der geltenden Höchstbeträge Ihres Tarifs erstattet. Eine vorherige Kostenzusage ist für Kernspin-, PET- und CT/PET-Untersuchungen erforderlich.

Onkologie.

Wenn diese Leistung im Rahmen Ihres Haupttarifs versichert ist, haben Sie Anspruch auf Erstattung der Facharztgebühren, Kosten für diagnostische Tests, Strahlentherapie, Chemotherapie und der Krankenhausgebühren, die in Verbindung mit der Planung und Durchführung einer Krebsbehandlung entstehen, sobald die entsprechende Diagnose gestellt wurde. Der Höchsterstattungsbetrag ist in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegeben. Für stationäre und teilstationäre Behandlung muss ein Formular zur vorherigen Kostenzusage eingereicht werden.

Reguläre Schwangerschaft.

Bitte beachten Sie, dass bei entsprechender Versicherung diese Leistung in Ihrer Tariflichen Leistungszusage entweder als Leistung im Rahmen des Haupttarifs oder eines separaten Mutterschaftstarifs angegeben sein kann.

Wenn diese Leistung versichert ist, beinhaltet Ihr Versicherungstarif alle medizinisch notwendigen Kosten, die während der Schwangerschaft und Entbindung entstehen, einschließlich der Krankenhauskosten, Facharztkosten, Geburtsvorsorge und Geburtsnachsorge der Mutter, Kosten für die Hebamme sowie für die Neugeborenenpflege. Kosten, die im Zusammenhang mit Komplikationen während der Schwangerschaft oder bei der Entbindung entstehen, werden nicht im Rahmen der Leistung

„Reguläre Schwangerschaft“ erstattet.

Bitte entnehmen Sie Ihrer Tariflichen Leistungszusage, ob die Leistung „Reguläre Schwangerschaft“ für Sie versichert ist und ob für Ihren Tarif Höchsterstattungsbeträge oder Wartezeiten festgesetzt sind. Für eine stationäre Behandlung in diesem Zusammenhang muss ein Formular zur vorherigen Kostenzusage eingereicht werden.

Komplikationen bei der Entbindung.

Komplikationen bei der Entbindung beziehen sich auf die folgenden Umstände, die während der Entbindung entstehen können und die ein anerkanntes geburtshilfliches Verfahren erfordern, wie z. B. nachgeburtliche Blutungen und Plazentarückstände. Wenn Komplikationen bei der Entbindung versichert sind, ist diese Leistung in

Ihrer Tariflichen Leistungszusage aufgeführt.

Kosten für Komplikationen bei der Entbindung sind nur erstattungsfähig, wenn Ihr Versicherungsschutz auch die Leistung „Reguläre Schwangerschaft“ einschließt. Wenn dies der Fall ist, wird auch ein medizinisch notwendiger Kaiserschnitt als Komplikation betrachtet. Bitte entnehmen Sie Ihrer Tariflichen Leistungszusage, ob Sie für diese Leistung versichert sind und ob für Ihren Tarif Höchsterstattungsbeträge oder Wartezeiten festgesetzt sind. Bitte beachten Sie, dass ein Formular zur vorherigen Kostenzusage eingereicht werden muss.

Komplikationen während der Schwangerschaft.

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

umfassen die folgenden Umstände, die während der vorgeburtlichen Phase auftreten können: Ektopische Schwangerschaft, Fehlgeburt, Totgeburt und Blasenmole.

Bitte entnehmen Sie Ihrer Tariflichen Leistungszusage, ob diese Leistung versichert ist und ob für Ihren Tarif Höchsterstattungsbeträge oder Wartezeiten festgesetzt sind. Bitte beachten Sie, dass ein Formular zur vorherigen Kostenzusage eingereicht werden muss.

Hausentbindung.

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

Krankenhaustagegeld.

Wenn diese Leistung in Ihrem Tarif aufgeführt ist, wird Ihnen ein bestimmter Betrag für jede Nacht, die Sie im Krankenhaus verbringen, bis zu einer maximalen Anzahl von Nächten pro Versicherungsjahr ausgezahlt (siehe Tarifliche Leistungszusage). Voraussetzung ist, dass die Behandlung und Unterbringung für eine medizinische Behandlung, für die Versicherungsschutz besteht, vom Krankenhaus gebührenfrei bereitgestellt wird.

Laseraugenkorrektur

Die Leistung für „Laseraugenkorrektur“ bezieht sich auf die chirurgische Verbesserung der refraktiven Eigenschaft der Hornhaut mittels Lasertechnologie, inklusive aller notwendigen präoperativen Untersuchungen. Bitte entnehmen Sie Ihrer

Tariflichen Leistungszusage, ob Sie für eine Laseraugenkorrektur versichert sind. Wenn Ihr Tarif diese Leistung vorsieht, werden die Kosten für eine Behandlung auf Lebenszeit bis zum Höchstleistungsbetrag erstattet, der in Ihrer Tariflichen Leistungszusage genannt ist.

Ambulante Notfallbehandlung.

Im Rahmen dieser Leistung besteht Versicherungsschutz für eine medizinische Behandlung aufgrund eines Unfalls oder einer plötzlich auftretenden Krankheit in einer ambulanten Einrichtung oder Notaufnahme eines Krankenhauses. Damit die Behandlung als Notfall angesehen werden kann, muss sie innerhalb von 24 Stunden nach Eintritt des Notfalls ereignisses durchgeführt werden. Wenn diese Leistung im Rahmen Ihres Tarifs versichert ist, ist sie in Ihrer Tariflichen Leistungszusage gemeinsam mit dem

tariflichen Höchstleistungsbetrag aufgeführt.

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

Ambulante zahnärztliche Notfallbehandlung.

Wenn diese Leistung im Rahmen Ihres Tarifs versichert ist, umfasst sie die Behandlung in einer Zahnarztpraxis oder einer zahnärztlichen Notaufnahme eines Krankenhauses zur sofortigen Linderung von Zahnschmerzen. Hierbei können maximal drei provisorische Füllungen pro Versicherungsjahr und/oder die Akutversorgung von Unfallschäden erstattet werden. Die

Behandlung muss innerhalb von 24 Stunden nach Eintritt des Notfalls erfolgen. Nicht versichert sind jegliche Formen von Zahnersatz und Wurzelbehandlung.

Wenn Ihr Tarif diese Leistung vorsieht, werden die Kosten für ambulante zahnärztliche Notfallbehandlung bis zu dem in Ihrer Tariflichen Leistungszusage genannten Betrag erstattet. Übersteigen die Kosten für eine zahnärztliche Notfallbehandlung den maximalen Erstattungsbetrag für diese Leistung, können die verbleibenden Kosten aus dem Tarif für zahnärztliche Behandlungen erstattet werden, sofern Sie diesen zusätzlich gewählt haben.

Versicherungsschutz für Neugeborene.

Der Versicherungsschutz für Neugeborene beginnt mit dem Tag der Geburt, vorausgesetzt wir werden innerhalb von 4 Wochen ab der Geburt benachrichtigt und die Mutter ist seit 6 Monaten ohne Unterbrechung bei uns versichert. Erfolgt die Benachrichtigung später als 4 Wochen nach der Geburt, tritt der Versicherungsschutz für das Neugeborene erst ab dem Tag der Benachrichtigung ein. Die stationäre Behandlung für Mehrlingsgeburten infolge medizinisch assistierter Fortpflanzung ist bis zu einem Höchstbetrag von £20.000/€30.000/\$37.500 pro Kind für die ersten drei Monate nach der Geburt versichert. Ambulante Behandlungen werden innerhalb der Höchstgrenzen eines entsprechenden Ambulanttarifs erstattet. Darüber hinaus unterliegen Mehrlingsgeburten der medizinischen Risikoprüfung.

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

Wenn Sie eine stationäre oder teilstationäre Behandlung in einem Privatkrankenhaus benötigen, die im Rahmen Ihres Tarifs mitversichert ist, und wenn Ihr Arzt uns schriftlich bestätigt hat, dass es für Sie medizinisch notwendig ist, nach Großbritannien zu reisen, um eine solche Behandlung zu erhalten, erstatten wir die Kosten für eine Hin- und Rückreise bis zu dem in Ihrer Tariflichen Leistungszusage genannten Betrag. Im Rahmen dieser Leistung erstatten wir nur folgende Reisekosten:

- Flugtickets Normalpreis von den Kanalinseln nach Großbritannien
- Bahn-, U-Bahn- und Bustickets Normalpreis
- Maximal £20 pro Taxifahrt

Wir erstatten auch die Reisekosten für ein Elternteil, das 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 £100 pro Reise für Krankenpflege zu leisten, die während der Reise erforderlich ist.

Sie müssen ein Formular zur vorherigen Kostenzusage einreichen. Darüber hinaus müssen Sie sich vom britischen Gesundheitsministerium (Department of Health) schriftlich bestätigen lassen, dass Sie im Hinblick auf Reise- und Begleitkosten keinen Anspruch auf eine Reisekostenpauschale haben.

Erläuterungen zu Ihrem Ambulanttarif.

Allianz Worldwide Care bietet verschiedene Ambulanttarife mit unterschiedlichen Erstattungsbeträgen, unterschiedlich hohen Eigenanteilen und Selbstbeteiligungen an.

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

- Kosten für Allgemeinmediziner
- Verschreibungspflichtige Arzneimittel
- Facharztkosten
- Diagnostische Untersuchungen, inkl. Röntgen
- Impfungen
- Chiropraktik, Osteopathie, Homöopathie, Traditionelle Chinesische Medizin und

Akupunktur

- Verordnete Physiotherapie, Sprachtherapie, Beschäftigungstherapie und Okulomotortherapie
- Vorsorgeuntersuchungen
- Behandlungen bei Unfruchtbarkeit
- Psychiatrie und Psychotherapie
- Verschriebene medizinische Hilfsmittel
- Verschriebene Brillen und Kontaktlinsen

Bitte entnehmen Sie Ihrer Tariflichen Leistungszusage, welche Leistungen Teil Ihres ambulanten Versicherungsschutzes sind.

Bitte beachten Sie, dass für einige dieser Leistungen ein Formular zur vorherigen Kostenzusage eingereicht werden muss (weitere Informationen siehe Seite 65f.). Wartezeiten können ebenfalls zutreffen. Detaillierte Informationen hierüber gibt

Ihnen Ihre Tarifliche Leistungszusage sowie der Abschnitt „Definitionen“ auf den Seiten 72 bis 82 dieses Versicherungshandbuchs.

Behandlungen bei Unfruchtbarkeit.

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

Wenn Ihr Versicherungsschutz die spezifische Leistung „Behandlungen bei Unfruchtbarkeit“

einschließt, sind weiterführende Untersuchungen, die die Unfruchtbarkeitsdiagnostik erfordert, um den Grund der Unfruchtbarkeit festzustellen, versichert. Dazu gehören invasive Untersuchungsmethoden wie z. B. Hysterosalpingografie, Laparoskopie oder Hysteroskopie. Die InVitro-Fertilisation (IVF) ist auf maximal 4 Versuche auf Lebenszeit pro Versicherte beschränkt. Dies schließt auch Behandlungen ein, die vor Beginn des Versicherungsschutzes mit Allianz Worldwide Care unternommen wurden.

Die Erstattung der Behandlungen ist auf den Betrag begrenzt, der in Ihrer Tariflichen Leistungszusage genannt ist. Wenn für diese Leistung eine Wartezeit zutrifft, ist dies ebenfalls in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegeben.

Medizinisch assistierte Fortpflanzung und etwaige

negative Folgen sind nicht versichert. Die stationäre Behandlung für Mehrlingsgeburten infolge medizinisch assistierter Fortpflanzung ist jedoch bis zu einem Höchstbetrag von £20.000/€30.000/\$37.500 pro Kind für die ersten drei Monate nach der Geburt versichert. Ambulante Behandlungen werden innerhalb der Höchstgrenzen eines entsprechenden Ambulanttarifs erstattet. Ferner unterliegen Mehrlingsgeburten der medizinischen Risikoprüfung.

Reguläre Zahnbehandlung (gilt nur im Rahmen der „Internationalen Krankenversicherungstarife für Asien“).

Wenn diese Leistung im Rahmen Ihres Ambulanttarifs versichert ist, haben Sie Anspruch auf Erstattung der Kosten für eine jährliche Vorsorgeuntersuchung, einfache Füllungen wegen

Löchern oder Karies sowie Wurzelbehandlungen. Der Höchstleistungsbetrag ist in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegeben. Es besteht kein Versicherungsschutz für chirurgische zahnärztliche Eingriffe, zahnärztliche Parodontalbehandlung, kieferorthopädische Behandlungen und Zahnersatz.

Erläuterungen zu Ihrem Zahntarif.

Wenn Sie einen Zahntarif gewählt haben oder zahnärztliche Leistungen in ihrem Versicherungsschutz enthalten sind, ist dies in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegeben. Bitte beachten Sie, dass für Ihren Zahntarif ein maximaler Höchstleistungsbetrag festgesetzt sein kann.

Bitte entnehmen Sie Ihrer Tariflichen Leistungszusage sowie dem Abschnitt „Definitionen“ auf den Seiten 72 bis 82 dieses

Versicherungshandbuchs, welche Leistungen unter Ihren zahnärztlichen Versicherungsschutz fallen, wie hoch die Erstattungsbeträge sind und ob für Sie eine Wartezeit besteht.

Ihr Heimatland innerhalb des versicherten geografischen Geltungsbereichs liegt. Sie müssen ein Formular zur vorherigen Kostenzusage einreichen.

Erläuterungen zum Tarif für medizinischen Rücktransport.

Dies ist ein zusätzlicher optionaler Tarif, und wenn Sie diesen Versicherungsschutz gewählt haben, ist dies in Ihrem Versicherungsschein und in Ihrer Tariflichen Leistungszusage aufgeführt.

Wenn eine notwendige Behandlung, für die Sie versichert sind, vor Ort nicht erhältlich ist, können Sie bei Abschluss des Rücktransporttarifs zur Behandlung in Ihr Heimatland zurückkehren und müssen nicht die nächstgelegene medizinische Einrichtung aufsuchen. Dies ist nur möglich, wenn

Was Ihr Krankenversicherungsschutz nicht leistet.

Mit unseren Produkten bieten wir umfassenden Versicherungsschutz. Folgende Erkrankungen, Behandlungen und Verfahren sind jedoch von einer Kostenerstattung ausgeschlossen, falls nicht in der Tariflichen Leistungszusage oder in einem schriftlichen Policennachtrag ausdrücklich anerkannt. Bitte lesen Sie diesen Abschnitt in Verbindung mit Ihrer Tariflichen Leistungszusage sorgfältig durch.

a) Sofern nicht anders angegeben, gelten die folgenden standardmäßigen Ausschlüsse für sämtliche unserer Tarife:

1. Behandlung **außerhalb** des versicherten **geografischen Geltungsbereichs**, lediglich in Notfällen oder nach entsprechender Genehmigung durch uns.
2. Produkte, die als **Vitamine** und **Mineralstoffe** klassifiziert sind (außer während einer Schwangerschaft oder zur Behandlung eines diagnostizierten und klinisch relevanten Vitaminmangels), Nahrungsmittelergänzungs- oder Diätprodukte, einschließlich, jedoch nicht

beschränkt auf Spezialbabynahrung und kosmetische Produkte, auch wenn diese medizinisch anerkannt, empfohlen oder verschrieben sind und therapeutische Wirkung haben. (Im Rahmen des „Krankenversicherungstarifs für die Kanalinseln“ ist auch der **Zeitraum der Schwangerschaft** in diesen Ausschluss mit einbegriffen.)

3. **Frei verkäufliche** Arzneimittel und Produkte.
4. **Kosmetische oder plastische Operationen** bzw. jede damit im Zusammenhang stehende Behandlung, unabhängig davon, ob sie aus medizinischen oder psychologischen Gründen

erfolgen. Erstattet werden jedoch die Kosten für Operationen zur Wiederherstellung der Funktion oder äußeren Erscheinung nach einem entstellenden Unfall oder im Rahmen einer chirurgischen Behandlung im Zusammenhang mit einer Krebserkrankung, vorausgesetzt, der Unfall oder die chirurgische Behandlung erfolgt während der Versicherungszeit bei Allianz Worldwide Care.

5. Aufenthalte in **Kurzentren, Badezentren, Kureinrichtungen, Sanatorien und Erholungsheimen**, selbst wenn die Aufenthalte medizinisch verordnet sind.
6. Pflege und/oder Behandlungen von **absichtlich herbeigeführten Krankheiten** und **selbst beigebrachten Verletzungen**, einschließlich eines Suizidversuchs.
7. Pflege und/oder Behandlungen infolge von **Drogenabhängigkeit** oder **Alkoholismus**.
8. Krankheiten und Unfälle einschließlich etwaiger Folgen sowie Todesfälle, die durch **Alkohol-** oder **Drogenmissbrauch** des Versicherten verursacht wurden.
9. **Entwicklungsstörungen**, es sei denn, ein Kind hat den seinem Alter entsprechenden Entwicklungsstand in einem oder mehreren der folgenden Entwicklungsbereiche nicht erlangt: Kognitive, physische oder sprachliche Entwicklung. Behandlungskosten für ein leichtes oder vorübergehendes Zurückbleiben in der Entwicklung werden nicht erstattet. Die Entwicklungsstörung muss durch qualifiziertes Personal quantitativ gemessen werden. Eine klinisch relevante Entwicklungsstörung zeigt

eine mindestens 12-monatige Verzögerung in einem der oben genannten Entwicklungsbereiche.

10. Nicht versichert sind Behandlungen von **Verhaltens-, Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen, Krankheiten des autistischen Formenkreises, Trotzverhalten/ Autoritätsabwehr, Störungen des Sozialverhaltens, Zwangserkrankungen, Bindungsunfähigkeit, Anpassungsstörungen** sowie alle Behandlungen, die zum Zweck der Förderung sozio-emotionaler Beziehungen durchgeführt werden, wie z. B. **Kommunikationstherapie, Floor Time und Familientherapie.**
11. **Psychotherapeutische Behandlung** auf stationärer oder ambulanter Basis ist nur versichert, wenn Sie oder Ihre Familienangehörigen von einem

registrierten Psychiater untersucht wurden und für weitere Behandlungen zu einem registrierten Psychologen überwiesen wurden.

12. Wenn **ambulante psychotherapeutische Behandlungen** versichert sind, wird die Behandlung zunächst auf zehn Sitzungen pro erstellte Diagnose begrenzt. Danach muss der registrierte Psychiater, der die Überweisung veranlasst hat, den Erfolg der Behandlung überprüfen. Sollten weitere Sitzungen notwendig sein, muss uns ein Behandlungsbericht vorgelegt werden, in dem die medizinische Notwendigkeit einer Weiterbehandlung dargelegt wird. Kosten für einen Familientherapeuten oder -berater sind nicht erstattungsfähig.

13. Behandlung von Krankheiten oder Verletzungen, die aus einer **aktiven Teilnahme an einem Krieg, Aufruhr, zivilen Unruhen** oder **Terrorismus** resultieren, unabhängig davon, ob ein Krieg erklärt wurde oder nicht.
14. Behandlungen von Erkrankungen oder Verletzungen, die direkt oder indirekt im Zusammenhang mit **chemischer Verunreinigung, Radioaktivität oder jeglichem Nuklearmaterial**, stehen, einschließlich der Verbrennung von Kernbrennstoffen.
15. Untersuchung oder Behandlung von **Schlafstörungen**, einschließlich Insomnie.
16. Kosten für die **Beschaffung eines Organs** bei einer Transplantation, wie z. B. Spendersuche, Typisierung, Transport und Verwaltungskosten.
17. Diagnostik und Therapie von **Verletzungen, die ihren Ursprung in der Ausübung von Berufssport** haben.
18. 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.
19. **Orthomolekulare Behandlung** (siehe Definition 1.42).
20. Von Ihnen, Ihrem Ehepartner, Ihren Eltern oder Kindern durchgeführte **Konsultationen** sowie **verschriebene Medikamente** oder **Behandlungen**.
21. **Ärztliche Gebühren** für das **Ausfüllen des Erstattungsformulars** oder andere Verwaltungskosten.

22. **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.
23. Untersuchungen und Behandlungen aufgrund von **Übergewicht**.
24. Untersuchungen und Behandlungen von **Haarverlust** sowie jeglicher **Haarersatz**, es sei denn, der Haarverlust ist auf eine Krebstherapie zurückzuführen.
25. **Ergänzende Behandlung** mit Ausnahme der Behandlungen, die in der Tariflichen Leistungszusage aufgeführt sind.
26. Behandlungen, die infolge der **Nichtbeachtung eines ärztlichen Rats** oder der Nichtkonsultation eines Arztes notwendig werden.
27. Behandlungen, die aufgrund eines **Kunstfehlers** erforderlich werden.
28. **Operationen und Behandlungen zur Geschlechtsumwandlung**.
29. 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**.
- 30a. Wenn Ihre Tarifliche Leistungszusage die **Behandlungen bei Unfruchtbarkeit** nicht einschließt, beschränkt sich der

Versicherungsschutz auf **nicht-invasive Untersuchungen** zur Ermittlung der **Unfruchtbarkeitsursache** innerhalb der Höchstgrenzen Ihres Ambulanttarifs (dies gilt nur für Versicherte im Rahmen unserer „**Internationalen Krankenversicherungstarife**“).

30b. Sofern in der Tariflichen Leistungszusage nicht anders angegeben, besteht kein Versicherungsschutz für die Untersuchung, Behandlung und Folgeerscheinungen von **sexueller Dysfunktion, Sterilisierung und Verhütung** einschließlich des Einsetzens, Entfernens und Anpassens jeglicher zur Verhütung gebräuchlicher Hilfsmittel, selbst wenn diese aus anderen medizinischen Gründen verschrieben sind. Die einzige Ausnahme sind von einem Dermatologen verschriebene Verhütungsmittel zur

Behandlung von Akne. (Im Rahmen der „**Internationalen Krankenversicherungstarife für Asien**“ und des „**Krankenversicherungstarifs für die Kanalinseln**“ ist auch die **Unfruchtbarkeit** in diesen Ausschluss mit eingeschlossen.)

- 31.** **Schwangerschaftsabbruch** mit Ausnahme einer für die Schwangere lebensbedrohlichen Indikation.
- 32.** Die stationäre Behandlung für **Mehrlingsgeburten infolge medizinisch assistierter Fortpflanzung** ist auf £20.000/€30.000/\$37.500 pro Kind für die ersten 3 Monate nach der Geburt beschränkt. Ambulante Behandlungen werden innerhalb der Höchstgrenzen eines entsprechenden Ambulanttarifs erstattet.

- 33. Genetische Tests** mit Ausnahme von DNA-Tests, die versichert sind, wenn sie im direkten Zusammenhang mit einer versicherten Fruchtwasseruntersuchung durchgeführt werden, z. B. bei Frauen ab 35 Jahren.
- 34. Geburtsvor- und Geburtsnachbereitungskurse.**
- 35. Triple-/Bart's- oder Quadruple-oder Spina-Bifida-Tests**, ausgenommen für Frauen ab 35 Jahren.
- 36. Folgende Erkrankungen, Behandlungen oder Verfahren** einschließlich etwaiger negativer Folgen sind **nicht versichert**, es sei denn, sie sind in Ihrer Tariflichen Leistungszusage enthalten:
- 36.1** Reguläre Zahnbehandlung/Zahnbehandlung, Zahnchirurgie, Zahnersatz, zahnärztliche Parodontalbehandlung und kieferorthopädische Behandlung, mit Ausnahme von chirurgischen Maßnahmen im Mundbereich, die im Rahmen Ihres Haupttarifs versichert sind
- 36.2** Ambulante Behandlung
- 36.3** Zahnärztliche Notfallbehandlung
- 36.4** Reguläre Schwangerschaft und Komplikationen bei der Entbindung
- 36.5** Komplikationen während der Schwangerschaft
- 36.6** Hausentbindung
- 36.7** Verschriebene Brillen und Kontaktlinsen
- 36.8** Verschriebene medizinische Hilfsmittel
- 36.9** Impfungen
- 36.10** Vorbeugende Behandlungen
- 36.11** Vorsorgeuntersuchungen
- 36.12** Stationäre Psychiatrie und Psychotherapie
- 36.13** Ambulante Psychiatrie und Psychotherapie
- 36.14** Behandlungen bei Unfruchtbarkeit
- 36.15** Rehabilitationsmaßnahmen

- 36.16 Medizinischer Rücktransport
- 36.17 Kosten für eine Begleitperson im Falle einer/s Medizinischen Überführung/Rücktransports
- 36.18 Laseraugenkorrektur

b1) Die folgenden zusätzlichen Ausschlüsse gelten für alle Tarife mit Ausnahme des „Krankenversicherungstarifs für die Kanalinseln“ (dessen zusätzliche Ausschlüsse werden unter Punkt b2 genannt):

37. Vorerkrankungen (einschließlich chronischer Vorerkrankungen) sind versichert, sofern nicht anders in einem Sondervereinbarungs-Formular angegeben, das Sie gegebenenfalls gemeinsam mit Ihrem Versicherungsschein erhalten. Bitte beachten Sie, dass **Vorerkrankungen, die nicht von Ihnen auf dem Antragsformular angegeben wurden, nicht versichert sind.** Erkrankungen, die

zwischen dem Unterzeichnen des Antragsformulars und der Bestätigung durch die Risikoprüfungsabteilung von Allianz Worldwide Care auftreten, werden als Vorerkrankungen betrachtet und sind bei nicht erfolgter Angabe somit nicht versichert.

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

39. Reisekosten zu bzw. von medizinischen Einrichtungen (einschließlich Parkgebühren) im Zusammenhang mit versicherten medizinischen Behandlungen. Eine Ausnahme sind jedoch Kosten, die im Rahmen der Leistungen „Örtliche Ambulanz“, „Medizinische Überführung“ und „Medizinischer Rücktransport“ abgedeckt sind, falls diese im Versicherungsschutz beinhaltet sind.

b2) Die folgenden zusätzlichen Ausschlüsse gelten nur für den [„Krankenversicherungstarif für die Kanalinseln“](#):

37. Vorerkrankungen.

38. Chronische Erkrankungen.

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

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

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

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

42. Die Kosten für Reisen nach Großbritannien oder Frankreich für stationäre oder teilstationäre Behandlungen in einem Krankenhaus werden von uns nicht erstattet, wenn die vorgeschlagenen Behandlungen oder alternative Behandlungsmöglichkeiten auf den Kanalinseln verfügbar sind. Die entstandenen Behandlungskosten werden jedoch im Rahmen der Höchstbeträge Ihres Tarifs von uns übernommen.

43. Reisekosten im Zusammenhang mit ambulanten Arztkosten sind nicht versichert, mit Ausnahme von postoperativen Arztbesuchen, die nicht bei

einem Arzt auf den Kanalinseln durchgeführt werden können.

44. Reisekosten werden von uns nicht erstattet:

- Wenn die Kosten vom britischen Gesundheitsministerium (Department of Health) übernommen werden
- Wenn die Behandlung nicht versichert ist
- Wenn die Reise nicht von Ihrem Arzt empfohlen wurde
- Wenn es sich um Kosten für ein Elternteil handelt, das ein Kind ab 16 Jahren begleitet
- Wenn es sich um zusätzlich anfallende Reisekosten handelt, z. B. Hotelunterkunft oder Mahlzeiten
- Wenn wir vor der Reise nicht zugestimmt haben, alle Reisekosten zu übernehmen
- Wenn es sich um Reisekosten handelt, die über dem Normalpreis liegen

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

45.1 Sprachtherapie

45.2 Okulomotorthherapie

45.3 Podologie

45.4 Medizinische Überführung oder medizinischer Rücktransport

45.5 Rücktransport im Todesfall

45.6 Brillenreparaturen

Beitragszahlung und allgemeine Informationen.

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

Beitragszahlung.

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

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

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

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

Wird der **Erstbeitrag** nicht fristgerecht bezahlt, kann Allianz Worldwide Care so lange vom Vertrag zurücktreten, wie der Erstbetrag aussteht. Wenn wir die ausstehende Beiträge nicht innerhalb von 3 Monaten ab Versicherungsbeginn gerichtlich geltend machen, gilt dies als Rücktritt vom Vertrag.

Wird ein **Folgebeitrag** nicht fristgerecht bezahlt, so kann Allianz Worldwide Care schriftlich und zulasten des Versicherungsnehmers eine Frist von nicht weniger als 2 Wochen zur vollständigen Bezahlung des ausstehenden Beitrags setzen. Nach Ablauf der Frist kann Allianz Worldwide Care den Vertrag schriftlich und mit sofortiger Wirkung kündigen und die Leistungen einstellen.

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

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

Zahlung anderer Gebühren.

Neben den Versicherungsbeiträgen müssen Sie auch die Versicherungssteuer und etwaige nach Versicherungsbeginn neu eingeführte Steuern, Abgaben oder Gebühren an uns entrichten, die im Zusammenhang mit Ihrem Versicherungsvertrag stehen und die wir laut Gesetz bezahlen oder von Ihnen einziehen müssen. Die Höhe der Versicherungssteuer bzw. der eventuellen anderen Steuern, Abgaben oder Gebühren, die Sie an uns entrichten müssen, ist in Ihrer Rechnung aufgeführt.

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

Beitrags- und Gebührenänderungen.

Einmal jährlich zum Verlängerungsdatum können wir die Methoden zur Beitragsberechnung und

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

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

Wenn wir die Höhe der Beiträge oder der an uns zu entrichtenden Versicherungssteuer bzw. der eventuellen anderen Steuern, Abgaben oder Gebühren ändern, setzen wir Sie von diesen Änderungen schriftlich in Kenntnis. Wenn Sie mit den von uns vorgenommenen Änderungen nicht einverstanden sind, können Sie Ihre Versicherung kündigen. Die Änderungen haben keine Gültigkeit, wenn Sie Ihre Versicherung innerhalb der

nachstehend aufgeführten Frist kündigen:

- Innerhalb von 30 Tagen ab Inkrafttreten der Änderungen oder
- Innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt unserer Mitteilung über die Änderungen, abhängig davon, was später eintritt

Wichtige Daten.

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

Versicherungsbeginn.

Ihr Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Anfangsdatum und gilt für 12 Monate, wenn wir die Annahme Ihres Antrags schriftlich und durch Aushändigung des Versicherungsscheins bestätigt haben. Vor dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung besteht jedoch noch kein Versicherungsschutz. Es gelten die im Versicherungsschein genannten Bedingungen. Leistungen werden nur dann erbracht, wenn der Erstbeitrag und die Folgebeiträge bei Fälligkeit gezahlt wurden.

Versicherungsbeginn für Mitversicherte.

Wenn eine weitere Person mitversichert wird, beginnt deren Versicherungsschutz an dem im ersten Versicherungsschein, der die Person namentlich erwähnt, genannten Tag. Die Mitversicherung kann bis

zum Ausscheiden des Versicherungsnehmers aus dem Vertrag bestehen bleiben (und so lange wie Kinder innerhalb der definierten Altersbegrenzung für mitversicherte Angehörige bleiben). Wenn Ihre Versicherung endet, kann Ihr Familienangehöriger natürlich selbst einen Antrag auf Versicherung stellen.

Mitversichern von Familienangehörigen.

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

Der Versicherungsschutz für Neugeborene beginnt mit dem Tag der Geburt, vorausgesetzt wir werden innerhalb von 4 Wochen ab der Geburt benachrichtigt, und dass die Mutter seit 6 Monaten ohne Unterbrechung bei uns versichert ist. Erfolgt die Benachrichtigung später als 4 Wochen nach der Geburt, tritt der Versicherungsschutz für das Neugeborene erst ab dem Tag der Benachrichtigung ein. Die stationäre Behandlung für Mehrlingsgeburten infolge medizinisch assistierter

Fortpflanzung ist bis zu einem Höchstbetrag von £20.000/€30.000/\$37.500 pro Kind für die ersten 3 Monate nach der Geburt versichert. Ambulante Behandlungen werden innerhalb der Höchstgrenzen eines entsprechenden Ambulanttarifs erstattet. Darüber hinaus unterliegen Mehrlingsgeburten der medizinischen Risikoprüfung.

Verlängerung der Versicherung.

Der Vertrag wird für zwölf Monate abgeschlossen. Er wird automatisch um ein weiteres Versicherungsjahr verlängert, vorausgesetzt Ihr Versicherungsschutz wird weiterhin angeboten. Sie erhalten einen Monat vor dem Verlängerungsdatum einen neuen Versicherungsschein, der den Beitrag für das nächste Versicherungsjahr enthält.

Nach Erhalt der Verlängerungsmittelteilung können Sie den Versicherungsvertrag mit einer Frist von einem Monat durch eingeschriebenen Brief kündigen. Die

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

Beendigung der Versicherung.

Ihre Versicherung endet automatisch:

- Wenn Sie die Beiträge nicht spätestens zum Fälligkeitsdatum bezahlen. Wenn Sie die ausstehenden Beiträge innerhalb von 30 Tagen nach Fälligkeit bezahlen, kann die Versicherung ohne Ausfüllen eines neuen Antragsformulars bestehen bleiben. Sollten Sie die Beiträge aus irgendeinem Grund nicht bezahlen können, wenden Sie sich bitte unter der Rufnummer **+353 1 630 1302** an uns
- 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 Hauptversicherten. Wenn der Hauptversicherte stirbt, kann der nächste im Versicherungsschein genannte Familienangehörige seine Aufnahme als Hauptversicherter beantragen und andere Familienangehörige mitversichern lassen. Wenn der Antrag innerhalb von 28 Tagen gestellt wird, können wir nach eigenem Ermessen darauf verzichten, zusätzlich zu den für den Antragsteller zum Zeitpunkt des Ablebens des Hauptversicherten geltenden Beschränkungen und Ausschlüssen spezielle persönliche Beschränkungen und Ausschlüsse in den Versicherungsvertrag aufzunehmen

Wenn Sie in Ihr Heimatland zurückkehren und dort Ihren Hauptwohnsitz anmelden, kann Ihre Versicherung fortgeführt werden, sofern Ihr Heimatland in dem von Ihnen gewählten Geltungsbereich liegt. Es ist zu

beachten, dass der Versicherungsschutz in manchen Ländern rechtlichen Einschränkungen unterliegt, insbesondere für Staatsangehörige dieses Landes. Sie müssen auf eigene Verantwortung sicherstellen, dass Ihre Krankenversicherung den gesetzlichen Anforderungen entspricht. Wir empfehlen Ihnen daher, hierzu unabhängigen rechtlichen Rat einzuholen.

Wir können die Versicherung einer Person und aller anderen im Versicherungsschein genannten Personen kündigen, wenn ausreichende Beweise vorliegen, dass die betroffene Person uns irreführt hat oder versucht hat, uns irreführen. Damit ist gemeint, dass Sie falsche Angaben gemacht oder Tatsachen verschwiegen haben oder mit Ihrem Einverständnis von einem Dritten vorsätzlich oder fahrlässig falsche Angaben gemacht wurden, die für die Beurteilung folgender Fragen wichtig gewesen wären:

- Ob Sie (oder die anderen Personen) als Versicherter aufgenommen werden

- Welche Versicherungsbeiträge Sie zu zahlen haben
- Ob ein Versicherungsanspruch besteht

Wenn Ihre Versicherung aus irgendeinem der angeführten Gründe endet, erstatten wir alle Beiträge, die Sie für einen Zeitraum nach dem Versicherungsende bezahlt haben. Wir sind jedoch berechtigt, Beträge abzuziehen, die Sie uns noch schulden.

Allgemeine Informationen.

Kündigung und Betrug.

- a. Bitte stellen Sie sicher, dass der von Ihnen gezahlte Versicherungsbeitrag auch bei uns eingegangen ist. 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, und alle Leistungsansprüche, die sich im Kündigungszeitraum ergeben haben, können geltend gemacht werden. Wenn der Versicherungsbeitrag jedoch erst nach Ablauf dieser 30-tägigen Frist bezahlt wird, müssen Sie eine Gesundheitserklärung ausfüllen, bevor wir den Versicherungsschutz wieder aufleben lassen können.

- b. Wenn Sie oder Ihre Familienangehörigen wesentliche Fakten falsch angegeben oder verschwiegen haben, die unsere Risikoprüfung beeinflussen könnten, insbesondere bezüglich der Fragen im Antragsformular, wird der Vertrag mit Wirkung zum Versicherungsbeginn ungültig, wenn wir Ihnen nicht schriftlich eine andere Entscheidung mitteilen. Erkrankungen, die zwischen dem Unterzeichnen des Antragsformulars und der

Bestätigung durch die Risikoprüfungsabteilung von Allianz Worldwide Care auftreten, werden als Vorerkrankungen betrachtet. Der Antragsteller ist verpflichtet, uns zu informieren, wenn er nicht sicher ist, ob eine Information relevant ist. Beiträge werden weder ganz noch teilweise rückerstattet, und anhängige Leistungsabrechnungen verfallen.

- c. Ist eine Forderung in irgendeiner Hinsicht betrügerisch oder gefälscht, oder haben Sie oder Ihre Familienangehörigen oder in Ihrem Namen bzw. mit Ihrem Einverständnis handelnde Dritte betrügerische Mittel angewandt, um Leistungen des Versicherungsvertrags unberechtigt in Anspruch zu nehmen, besteht kein Leistungsanspruch. Sämtliche Leistungsansprüche verfallen. Wenn bereits vor Bekanntwerden der betrügerischen Handlungen Schadenzahlungen erfolgten, sind diese an uns zurückzuerstatten.

Todesfall.

Im Falle des Todes des Hauptversicherten oder eines Angehörigen, teilen Sie uns dies bitte innerhalb von 4 Wochen schriftlich mit. Die betreffende Versicherung wird dann beendet, und der Beitrag wird anteilmäßig zurückgezahlt, falls keine Leistungsansprüche beantragt wurden. Allianz Worldwide Care behält sich das Recht vor, eine Sterbeurkunde zu verlangen, bevor die Rückerstattung erfolgt. Wenn bei Tod des Hauptversicherten Familienangehörige mitversichert sind, ist ein neuer Hauptversicherter für den Versicherungsvertrag zu bestimmen.

Ihr Kündigungsrecht.

Nach Erhalt Ihrer Versicherungsunterlagen einschließlich Ihres Versicherungsscheins und Ihrer Tariflichen Leistungszusage können Sie Ihre Versicherung und/oder die von mitversicherten Familienangehörigen durch eine schriftliche Mitteilung

innerhalb von 30 Tagen kündigen. Schicken Sie das Kündigungsschreiben an unsere Kundenserviceabteilung („Client Services Department“). Die Kündigung Ihrer Versicherung kann nicht rückdatiert werden.

Wenn wir Ihr Kündigungsschreiben innerhalb von 30 Tagen erhalten, werden alle von Ihnen bezahlten Beiträge voll erstattet, sofern keine Leistungsansprüche beantragt wurden. Wenn Sie die Versicherung nicht innerhalb von 30 Tagen kündigen, ist der Versicherungsvertrag für beide Vertragsparteien bindend und der gesamte Beitrag für das Versicherungsjahr in der von Ihnen gewählten Zahlungsweise zu bezahlen.

Sie können die Mitgliedschaft von Familienangehörigen ebenfalls aus beliebigem Grund kündigen. Hierzu schicken Sie uns bitte innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt Ihres ersten Versicherungsscheins ein Schreiben an:

Client Services Dept., Allianz Worldwide Care, 18B Beckett Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12,

Irland

und geben darin den jeweiligen Familienangehörigen an. In diesem Fall haben Sie Anspruch auf volle Erstattung sämtlicher Beiträge, die Sie für den entsprechenden Familienangehörigen bezahlt haben, sofern für ihn keine Leistungsansprüche geltend gemacht wurden.

Änderung der Bedingungen des Versicherungsschutzes.

Änderungen am Versicherungsschutz können nur bei Vertragsverlängerung erfolgen. Wenn Sie den Versicherungsumfang ändern möchten, wenden Sie sich bitte an uns, **bevor Ihre Versicherung verlängert wird.** Falls Sie den Versicherungsumfang erweitern möchten, verlangen wir unter Umständen, dass Sie vor der Annahme Ihres Antrags durch uns einen Fragebogen zu Ihrer Krankengeschichte ausfüllen und/oder bestimmten Beschränkungen und Ausschlüssen zustimmen.

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

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

Sollten Sie in ein anderes Land ziehen, welches in Ihrem Geltungsbereich liegt, informieren Sie uns bitte so schnell wie möglich über Ihre neue Adresse und Kontaktdetails. Ihr Versicherungsschutz wird ohne zusätzliche Kosten fortgesetzt.

Wenn Sie jedoch in ein Land ziehen, das außerhalb Ihres Geltungsbereichs liegt (z. B. in die USA oder nach Kanada), müssen Sie uns kontaktieren, um Ihren Geltungsbereich zu erweitern. Ihr Versicherungsbeitrag wird voraussichtlich erhöht werden.

Änderungen durch uns.

Wir sind berechtigt, die Leistungen und Bedingungen Ihres Tarifs zum Verlängerungsdatum Ihrer

Versicherung zu ändern. Sämtliche Änderungen gelten erst ab dem Verlängerungsdatum, und zwar ungeachtet des Zeitpunkts, zu dem die Änderungen vorgenommen wurden. Diese Änderungen können auf Folgendes Einfluss haben:

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

Wir nehmen aufgrund von Erkrankungen, die nach dem Versicherungsbeginn angefangen haben, keine weiteren persönlichen Beschränkungen und Ausschlüsse in den Versicherungsvertrag auf, wenn:

- wir vor dem Versicherungsbeginn die von uns geforderten Angaben erhalten haben und
- der Versicherte keinen Antrag auf Erweiterung des Versicherungsumfangs gestellt hat

Wir setzen Sie von allen Änderungen natürlich schriftlich

in Kenntnis. Wenn Sie mit den von uns vorgenommenen Änderungen nicht einverstanden sind, können Sie Ihre Versicherung kündigen. Die Änderungen haben keine Gültigkeit, wenn Sie Ihre Versicherung innerhalb der nachstehend aufgeführten Frist kündigen:

- innerhalb von 30 Tagen ab dem Inkrafttreten der Änderungen oder
- innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt unserer Mitteilung über die Änderungen, abhängig davon, was später eintritt

Änderung Ihrer Versicherungsdaten.

Wir schicken Ihnen einen neuen Versicherungsschein, wenn:

- Sie einen weiteren Familienangehörigen, wie z. B. ein Neugeborenes, mitversichern
- wir andere gewünschte Änderungen bzw. solche Änderungen vornehmen müssen, zu deren

Durchführung wir berechtigt sind, wie beispielsweise eine Änderung der Zahlungsweise

Ihr neuer Versicherungsschein ersetzt Ihre ältere Version ab dem im neuen Versicherungsschein angegebenen Ausstellungsdatum.

Vertetung durch Dritte.

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

Ablauf der Versicherung.

Bei Ablauf Ihres Versicherungsvertrags erlischt Ihr Recht auf Erstattung versicherter Krankheitskosten. Alle versicherten Kosten, die innerhalb der Versicherungsdauer anfallen, werden von uns innerhalb von 6 Monaten nach Ablauf des Versicherungsvertrags erstattet. Für alle laufenden und weiteren Behandlungen, die nach Ablauf Ihres Versicherungsvertrags erforderlich sind, besteht kein Versicherungsschutz mehr.

Wenn Ihre Behandlung durch Verschulden eines Dritten erforderlich wird.

Sie müssen uns so schnell wie möglich schriftlich mitteilen, dass eine Behandlung durch Verschulden eines Dritten erforderlich geworden ist. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn die Behandlung aufgrund einer Verletzung erforderlich ist, die Sie bei einem durch einen anderen verursachten Verkehrsunfall erlitten

haben. In diesem Fall ist folgendermaßen vorzugehen:

- Nehmen Sie die Versicherungsdaten des Schuldigen auf, damit die Kosten für die Behandlung, die wir bezahlt haben, zurückgefordert werden können

Wenn Ihnen die Kosten für die von uns übernommene Behandlung erstattet werden, müssen Sie den entsprechenden Betrag (einschließlich etwaiger Zinsen) an uns zurückzahlen.

Wenn Sie durch eine andere Versicherung versichert sind.

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

können, werden vor ein Gericht in Irland gebracht.

Wenn sich Ihre Adresse/E-Mail-Adresse ändert.

Sie sollten unsere Helpline schnellstmöglich über jede Änderung Ihrer Privat-, Geschäfts- oder E-Mail-Adresse informieren. Nur so können wir mit Ihnen in Kontakt bleiben.

Korrespondenz.

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

Geltendes Recht.

Ihre Versicherung unterliegt irischem Recht. Sämtliche Streitfälle, die nicht auf andere Weise beigelegt werden

Geltendmachung von Leistungsansprüchen.

Wenn Sie die folgende Anleitung sorgfältig beachten, helfen Sie uns, Ihre Leistungsansprüche schnell und reibungslos zu bearbeiten.

Alle Leistungsansprüche müssen uns spätestens 6 Monate nach Ablauf des Versicherungsjahres mit den entsprechenden Unterlagen, Rechnungen und Quittungen im Original vorliegen, oder, wenn die Versicherung innerhalb des Jahres gekündigt wird, spätestens 6 Monate nach Ende des Versicherungsschutzes. **Nach Ablauf dieses Zeitraumes sind wir nicht zur Erstattung verpflichtet.**

Bitte prüfen Sie, bevor Sie einen Leistungsanspruch geltend machen, anhand Ihrer Tariflichen Leistungszusage, ob Ihr Versicherungsschutz die von Ihnen gewünschte Behandlung vorsieht (z. B. ambulante Behandlung, reguläre Schwangerschaft, zahnärztliche Behandlung usw.). Wenn Sie Hilfe benötigen, stehen Ihnen unsere Helpline-Mitarbeiter gerne zur Verfügung.

Bearbeitung von Leistungsansprüchen.

Die Bearbeitung aller vollständig ausgefüllten Erstattungsformulare und die Ausstellung der Zahlungsanweisung an Ihre Bank erfolgen innerhalb von 48 Stunden nach Erhalt. Wenn weitere Informationen zur Ausführung des Leistungsanspruchs benötigt werden, erhalten Sie und/oder Ihr behandelnder Arzt automatisch innerhalb von 24 Stunden nach Eingang des Erstattungsformulars eine Benachrichtigung per E-Mail oder Post. Wenn Sie uns Ihre E-Mail-Adresse mitgeteilt haben, werden Sie bei der Abwicklung mit einer automatischen E-Mail über den Status Ihres Erstattungsantrags informiert (bei Eingang des Erstattungsformulars bei Allianz Worldwide Care und nach Abschluss von dessen Bearbeitung).

Damit Ihre Leistungen schnell und ohne Verzögerung

Sie können das Erstattungsformular und das Kostenzusageformular von der Allianz Worldwide Care Webseite herunterladen:
www.allianzworldwidecare.com

erstattet werden können, bitten wir Sie, sich an die folgende Anleitung zur Geltendmachung von Leistungsansprüchen zu halten.

Stationäre Leistungsansprüche.

Bei einem Krankenhausaufenthalt vereinbaren wir, sofern möglich und bei rechtzeitiger Benachrichtigung, eine direkte Abrechnung der Kosten mit den Leistungserbringern unter Berücksichtigung eventueller Eigenbeteiligungen, Eigenanteile und Höchsterstattungsbeträge.

Falls Sie für die geplante Behandlung ein Formular zur vorherigen Kostenzusage einreichen müssen, um unsere Zustimmung für eine Kostenübernahme zu erhalten, müssen Sie und Ihr Arzt die dafür vorgesehenen Abschnitte des Formulars ausfüllen und uns vor Beginn der Behandlung zusenden. Wir empfehlen Ihnen, sich mindestens 5 Werktage vor einer Behandlung mit uns in Verbindung zu setzen, damit wir sicherstellen können, dass zum Zeitpunkt Ihrer Aufnahme keine

Verzögerungen auftreten. Bitte beachten Sie weitere Einzelheiten zur vorherigen Kostenzusage auf den Seiten 65 bis 68.

Bitte entnehmen Sie Ihrer Tariflichen Leistungszusage, welche Leistungen eine vorherige Kostenzusage erfordern.

Sie können das Erstattungsformular und das Kostenzusageformular von der Allianz Worldwide Care-Webseite herunterladen: www.allianzworldwidecare.com

Ambulante und zahnärztliche Leistungsansprüche.

Bei bestimmten ambulanten Behandlungen müssen Sie und Ihr Arzt vor Beginn der Behandlung die dafür vorgesehenen Abschnitte des Formulars zur vorherigen Kostenzusage ausfüllen, um unsere Zustimmung zu für eine Kostenübernahme zu erhalten. Bitte entnehmen Sie der Tariflichen Leistungszusage, für welche Leistungen

eine vorherige Kostenzusage erforderlich ist. Die Kosten für ambulante oder zahnärztliche Behandlung werden üblicherweise zunächst vom Patienten gezahlt. Danach erstatten wir Ihnen nach Einreichung der Originalrechnungen und -belege die angefallenen Kosten im Rahmen Ihres Versicherungsschutzes.

Wir empfehlen Ihnen, bei der Geltendmachung Ihrer Leistungsansprüche für ambulante oder zahnärztliche Behandlungen wie folgt vorzugehen:

- Vergewissern Sie sich, dass Sie bei jedem Besuch eines Allgemeinarztes, eines Zahnarztes oder eines Facharztes ein Erstattungsformular bei sich haben
- Füllen Sie den entsprechenden für Sie vorgesehenen Abschnitt aus, und versehen Sie das Erstattungsformular mit dem Datum und Ihrer Unterschrift
- Stellen Sie sicher, dass der Arzt alle notwendigen medizinischen Informationen einschließlich der Diagnose in dem dafür vorgesehenen Abschnitt einträgt und dann das Erstattungsformular mit Datum, Unterschrift und Stempel versieht
- Legen Sie dem Erstattungsformular bitte alle Originalunterlagen, Rechnungen und Belege bei (z. B. Rechnungen von Allgemeinärzten, Apothekenquittungen mit zugehörigen Rezepten, falls vorhanden), und schicken Sie diese per Post an die auf Ihrem Erstattungsformular angegebene Adresse von Allianz Worldwide Care. Vergewissern Sie sich, dass Sie von jeglicher Korrespondenz mit uns eine Kopie behalten

Sollten Ihre Rechnungen Details über die Diagnose und über die Behandlungsform enthalten, ist es nicht notwendig, dass Ihr Arzt diesen Abschnitt des Erstattungsformulars ausfüllt.

(insbesondere Kopien von Erstattungsformularen und Rezepten). Wir übernehmen keine Haftung für Korrespondenz, die auf dem Postweg verloren geht

- Wenn der geltend gemachte Betrag geringer ist als die Selbstbeteiligung Ihres Tarifs, behalten Sie das Erstattungsformular und die Belege in Ihren Unterlagen. **Bitte nicht wegwerfen oder vernichten.** Sammeln Sie alle Belege und Erstattungsformulare für ambulante Behandlungen, bis der Behandlungsbetrag die Selbstbeteiligung übersteigt. Schicken Sie uns dann sämtliche Erstattungsformulare mit allen Originalrechnungen zu
- Bitte denken Sie daran, dass für jede Person, die Leistungsansprüche beansprucht, und für jede Behandlung, deren Kosten erstattet werden sollen, ein separates Erstattungsformular ausgefüllt werden muss

- Bitte denken Sie auch daran, auf dem Erstattungsformular die Währung anzugeben, in der wir Ihre Kosten erstatten sollen. Anderenfalls werden wir Ihre Kosten in der Währung der Rechnungen und Quittungen erstatten. In manchen Fällen können wir aufgrund internationaler Bankvorschriften eine Zahlung nicht in der gewünschten Währung durchführen. In diesem Fall wird der Ihnen geschuldete Betrag nach Möglichkeit in der Währung Ihrer Rechnung bezahlt. Wenn wir von einer Währung in eine andere umrechnen müssen, verwenden wir den Wechselkurs, der am Ausstellungsdatum der Rechnungen gültig war
- Bitte vergewissern Sie sich, dass Ihre Zahlungsangaben auf dem Erstattungsformular korrekt sind, da falsche Angaben die Abrechnung Ihrer Anträge verzögern können

Bitte beachten Sie, dass die angefallenen Kosten im

Rahmen der Höchstbeträge Ihres Tarifs und unter Berücksichtigung der erforderlichen Kostenzusage erstattet werden, abzüglich der in der Tariflichen Leistungszusage genannten prozentualen Selbstbehalte und Eigenanteile.

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. Wir garantieren, dass wir alle Informationen streng vertraulich behandeln. Wir behalten uns vor, die Leistungen zu verweigern, falls Sie oder Ihre Familienangehörigen diese Obliegenheiten verletzen.

Sie können das Erstattungsformular und das Kostenzusageformular von der Allianz Worldwide Care Webseite herunterladen:
www.allianzworldwidecare.com

Außerdem können Sie den Status Ihres Erstattungsantrags auf unserer Webseite unter „Online Services“ überprüfen. Auf Seite 12 finden Sie nähere Informationen zu unserem „Online Services-Bereich“.

Anschrift:

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

Vorherige Kostenzusage.

Was ist eine vorherige Kostenzusage?

Mit der vorherigen Kostenzusage garantiert Allianz Worldwide Care bei entsprechender Versicherung die Erstattung bestimmter Behandlungen und Kosten. Diese Behandlungen sind in Ihrer Tariflichen Leistungszusage mit einer 1 oder 2 angegeben. Dazu ist es notwendig, dass Sie und Ihr Arzt die dafür vorgesehenen Abschnitte des Formulars zur vorherigen Kostenzusage ausfüllen und vor Behandlungsbeginn an unsere Leistungsabteilung („Claims Department“) übermitteln, um unsere Zustimmung für eine Kostenübernahme zu erhalten. Wir beantworten Anträge zur vorherigen Kostenzusage innerhalb von 24 Stunden, sofern uns ein vollständig ausgefülltes Formular mit allen notwendigen Informationen vorliegt.

Wann ist die vorherige Kostenzusage erforderlich?

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

- Alle stationären Leistungen, die in Ihrem Haupttarif genannt sind¹
- Kernspin-², Positronenemissions-² und Computer-/Positronenemissionstomografie² (CT/PET)
- Häusliche Pflege oder Aufenthalt in einem Genesungsheim²
- Reguläre Schwangerschaft, sowie Komplikationen bei Schwangerschaft und Entbindung² (nur bei einem stationären Aufenthalt)
- Onkologie² (nur bei stationärer oder teilstationärer Behandlung)
- Beschäftigungstherapie² (nur bei ambulanter Behandlung)

- Rehabilitationsmaßnahmen²
- Medizinische Überführung² (oder Rücktransport bei entsprechender Versicherung)
- Kosten für eine Begleitperson im Falle einer/s medizinischen Überführung/Rücktransports²
- Rücktransport im Todesfall²
- Kosten für Reisen nach Großbritannien²

Bitte entnehmen Sie Ihrer Tariflichen Leistungszusage, in welchen Fällen Sie uns vor Behandlungsbeginn ein Formular zur vorherigen Kostenzusage übermitteln müssen.

Warum ist die vorherige Kostenzusage erforderlich?

Eine vorherige Kostenzusage ist erforderlich, um sicherzustellen, dass alle Kosten innerhalb Ihres Tarifs versichert sind. Wie bei allen Krankenversicherungen übernimmt Ihr Tarif nur die Behandlungen, die medizinisch notwendig und deren

Kosten üblich und in angemessenem Rahmen sind. Deshalb ist es unbedingt notwendig, uns vor der Behandlung zu kontaktieren, damit wir bestätigen können, dass eine medizinische Notwendigkeit vorliegt und die Kosten angemessen sind.

Wenn Sie sich an das Verfahren zur vorherigen Kostenzusage halten, müssen Sie sich um die finanzielle Seite Ihrer Behandlung nicht kümmern, sondern können sich stattdessen voll auf Ihre Genesung konzentrieren.

Zusätzlich erlaubt uns die vorherige Kostenzusage, Ihnen auf folgende Weise einen besseren Service zu ermöglichen:

- Für den Fall einer geplanten Behandlung können wir mit dem Krankenhaus in Kontakt treten und dafür sorgen, dass sowohl die Krankenhausaufnahme reibungslos verläuft als auch eine direkte Kostenübernahme stattfinden kann

- Für den Fall einer Überführung/eines Rücktransports können wir für Sie den Transport organisieren und koordinieren. Bitte wenden Sie sich an unsere Helpline, wenn Sie bei diesem Verfahren Hilfe benötigen

Was passiert, wenn ich keine vorherige Kostenzusage einreiche?

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

Bei Leistungen, die mit einer **1** oder **2** gekennzeichnet sind, müssen Sie und Ihr Arzt die dafür vorgesehenen Abschnitte des Formulars zur vorherigen Kostenzusage ausfüllen und uns vor Beginn der Behandlung zusenden. Bitte setzen Sie sich mindestens 5 Werktage vor einer Behandlung mit uns in Verbindung, damit wir sicherstellen können,

dass zum Zeitpunkt Ihrer Aufnahme keine Verzögerungen auftreten.

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

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

In Notfällen ist eine vorherige Kostenzusage nicht erforderlich. Wir müssen jedoch innerhalb von 24 Stunden informiert werden, um sicherstellen zu können, dass keine Leistungseinschränkungen wegen

fehlender vorheriger Kostenzusage erfolgen.

Wenn Sie ein ausgefülltes Formular zur vorherigen Kostenzusage einreichen, um unsere Zustimmung zur Kostenübernahme zu erhalten, können Sie bargeldlos Krankenhäuser/ medizinische Einrichtungen für stationäre Behandlungen aufsuchen und haben außerdem den Vorteil, dass Ihre Behandlung durch unser medizinisches Personal überwacht wird.

Behandlung in den USA.

Für Behandlungen in den USA sollten Versicherte mit weltweitem Versicherungsschutz ihre medizinische Einrichtung (Krankenhaus/Arzt) bitten, uns über eine **gebührenfreie Telefonnummer (auf der Rückseite Ihrer Versichertenkarte aufgeführt)** zu kontaktieren, um sich den Versicherungsschutz bestätigen zu lassen. Wir können dann mit dem Krankenhaus oder der medizinischen Einrichtung eine direkte Erstattung der Kosten für stationäre und ambulante Behandlungen vereinbaren.

Fragen und Antworten.

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

F. In welchen Ländern gilt mein Versicherungsschutz?

A. Wenn Sie die medizinische Behandlung, die Sie benötigen und die durch den Versicherungsschutz gedeckt ist, nicht vor Ort erhalten können, können Sie diese Behandlung in jedem Land des geografischen Geltungsbereichs in Anspruch nehmen. Der Geltungsbereich Ihres Versicherungsschutzes wird in Ihrem Versicherungsschein bestätigt. Damit Ihnen die Kosten für die medizinische Behandlung und die Reisekosten erstattet werden, müssen Sie vor der Reise ein Kostenzusageformular einreichen. Wenn die notwendige Behandlung vor Ort durchgeführt werden kann und Sie sich dennoch in einem anderen Land des versicherten Geltungsbereichs behandeln lassen, werden Ihnen alle durch den Versicherungsschutz abgedeckten und tarifmäßigen Kosten zurückerstattet. Die Reisekosten sind darin nicht erhalten und werden nicht zurückerstattet.

F. Bin ich in meinem Heimatland versichert?

A. Wenn Sie in Ihr Heimatland zurückkehren und dort Ihren Hauptwohnsitz anmelden, kann Ihre Versicherung fortgeführt werden, sofern Ihr Heimatland in Ihrem geografischen Geltungsbereich liegt. Es ist zu beachten, dass der Versicherungsschutz in manchen Ländern

rechtlichen Einschränkungen unterliegt, insbesondere für Staatsangehörige dieses Landes. Sie müssen auf eigene Verantwortung sicherstellen, dass Ihre Krankenversicherung den gesetzlichen Anforderungen entspricht. Wir empfehlen Ihnen daher, hierzu unabhängigen rechtlichen Rat einzuholen.

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

A. Sollten Sie weiterhin im Ausland arbeiten, aber in ein anderes Land ziehen, welches in Ihrem Geltungsbereich liegt, brauchen Sie keine weiteren Angaben zu machen. Bitte informieren Sie uns jedoch so schnell wie möglich über Ihre neue Adresse und Kontaktdetails. Ihr Versicherungsschutz wird ohne zusätzliche Kosten fortgesetzt. Wenn Sie jedoch in ein Land ziehen, das außerhalb des geografischen Geltungsbereichs Ihrer Versicherung liegt (z. B. in die USA oder nach Kanada), müssen Sie uns kontaktieren, um Ihren Geltungsbereich zu erweitern. Ihr Versicherungsbeitrag wird voraussichtlich erhöht werden.

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

- A. Die Zahlungsmodalitäten (z. B. Zahlungsmethode und -weise) können nur bei Verlängerung des Versicherungsvertrags geändert werden. Sie müssen uns 30 Tage vor dem Verlängerungstermin schriftlich über die Änderungen informieren.

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

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

F. Welche Krankenhäuser kann ich aufsuchen?

- A. Mit dem Online-Verzeichnis medizinischer Dienstleister auf unserer Webseite können Sie auf der ganzen Welt nach Krankenhäusern/medizinischen Einrichtungen suchen. Sie sind jedoch nicht auf Dienstleister aus diesem Verzeichnis beschränkt. Bitte wenden Sie sich vor Aufnahme einer Behandlung, für die eine vorherige Kostenzusage benötigt wird, an unsere Helpline. Wir werden dann nach Möglichkeit versuchen, Ihre stationären Behandlungskosten mit dem medizinischen Dienstleister direkt abzurechnen.

F. Wie verhalte ich mich in einem Notfall?

- A. In einem Notfall sollten Sie immer versuchen, unverzüglich medizinische Hilfe zu erhalten. Sofern möglich, informieren Sie Allianz Worldwide Care bitte innerhalb von 24 Stunden nach dem Notfall, dann können wir sicherstellen, dass keine Einschränkungen Ihrer Leistungsusage wegen fehlender vorheriger Kostenzusage erfolgen.

Weitere Informationen finden Sie unter www.allianzworldwidecare.com

Beschwerden.

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

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

Wenn Sie Anregungen oder Beschwerden haben, rufen Sie bitte immer zuerst die Helpline von Allianz Worldwide Care an. Sie können sich an 5 Tagen der Woche rund um die Uhr von Sonntag 18.00 Uhr bis Freitag 19.00 Uhr (MEZ-1) telefonisch unter +353 1 630 1302 an uns wenden.

Wenn wir das Problem nicht am Telefon lösen konnten, schreiben Sie uns bitte per E-Mail, Fax oder Post:

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

Fax: +353 1 630 1399
Email: client.services@allianzworldwidecare.com

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

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

Financial Services Ombudsman
3rd Floor, Lincoln House
Lincoln Place
Dublin 2
Ireland

Tel: + 353 1 662 0899
Fax: + 353 1 662 0890
Email: enquiries@financialombudsman.ie
www.financialombudsman.ie

Definitionen.

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

- 1.1 **Ambulante Behandlungen** umfassen Behandlungen in der Praxis eines Allgemeinmediziners, Therapeuten oder Facharztes, bei denen keine Einweisung in ein Krankenhaus erforderlich ist.
- 1.2 **Ambulante Notfallbehandlung** ist die medizinisch notwendige Behandlung aufgrund eines Unfalls, einer plötzlich auftretenden Krankheit oder einer plötzlichen Verschlimmerung einer Krankheit, in einer ambulanten Einrichtung oder Notaufnahme eines Krankenhauses oder einer medizinischen Einrichtung, ohne dass der Versicherte aus medizinischer Sicht stationär aufgenommen werden muss. Die Behandlung muss innerhalb von 24 Stunden nach Eintritt des Notfalls erfolgen.
- 1.3 **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.
- 1.4 **Ambulante zahnärztliche Notfallbehandlung** ist eine Behandlung, die in einer Zahnarztpraxis/in der Notaufnahme eines Krankenhauses erfolgt und auf die unmittelbare Beseitigung von Zahnschmerzen abzielt, einschließlich provisorischer Füllungen, begrenzt auf drei Füllungen pro Versicherungsjahr, und/oder der Reparatur von durch einen Unfall verursachten Schäden. Die Behandlung muss innerhalb von 24 Stunden nach Eintritt des Notfalls erfolgen. Die Notversorgung beinhaltet weder Zahnprothesen noch Wurzelbehandlungen.
- 1.5 **Angehörige(r)** ist bzw. sind Ihr Ehepartner oder Partner (inklusive gleichgeschlechtlicher Partner) und/oder unverheiratete Kinder (einschließlich Stief-, Adoptiv- oder Pflegekinder), bis zum Tag vor ihrem 18. Geburtstag, die finanziell vom Versicherungsnehmer abhängig sind, oder bis zum Tag vor ihrem 24. Geburtstag, wenn sie sich in einer Vollzeitausbildung befinden und auf dem Versicherungsschein als Angehörige aufgeführt sind

- 1.6 **Arzt für Allgemeinmedizin** ist ein Arzt, der als praktizierender Arzt gemäß dem Recht des Landes zugelassen ist, in dem die Behandlung erfolgt und in dem er gemäß seiner Zulassung praktiziert.
- 1.7 Unter **Behandlung** wird jedes medizinische Verfahren zur Heilung oder Linderung von Krankheiten oder Verletzungen verstanden.
- 1.8 **Behandlungen bei Unfruchtbarkeit** umfassen Behandlungen für beide Geschlechter, einschließlich aller invasiven Untersuchungsverfahren zur Feststellung der Ursache der Unfruchtbarkeit, wie z. B. Hysterosalpingografie, Laparoskopie oder Hysteroskopie. Bei InVitro-Fertilisation (IVF) werden die Kosten für maximal 4 Versuche auf Lebenszeit der versicherten Person innerhalb der Höchstgrenzen gemäß der Tariflichen Leistungszusage erstattet.
- 1.9 **Beschäftigungstherapie** umfasst Behandlungen, die sich auf die Verbesserung der Feinmotorik, der sensorischen Integration, Bewegungskoordination und Balance konzentrieren. Im Vordergrund steht das Erlernen alltäglicher Fähigkeiten wie Körperpflege, Essen und Ankleiden, um so die Interaktion mit dem unmittelbaren Umfeld zu erleichtern. Für ambulante Beschäftigungstherapie ist eine vorherige Kostenzusage erforderlich.
- 1.10 **Chirurgische Hilfsmittel und Prothesen** sind künstliche Körperteile oder Geräte, die Bestandteil eines chirurgischen Eingriffs oder einer medizinisch notwendigen Behandlung nach Chirurgie sind.
- 1.11 **Chirurgische Maßnahmen im Mundbereich** beziehen sich auf chirurgische Eingriffe, insbesondere die Entfernung der Weisheitszähne, bei Ausführung in einem Krankenhaus oder durch einen Zahn- oder Kieferchirurgen.
- 1.12 Eine **chronische Erkrankung** ist eine Krankheit, eine Verletzung oder ein körperliches Gebrechen, die bzw. das eines oder mehrere der folgenden Charakteristika aufweist:
- ist von wiederkehrender Natur
 - eine allgemein anerkannte Heilung ist nicht bekannt
 - spricht in der Regel auf Behandlungen nur begrenzt an
 - bedarf lindernder Behandlung
 - bedarf dauerhafter Überwachung oder Kontrolle
 - führt zu einer bleibenden Behinderung
- 1.13 Unter **Eigenanteil** ist der Prozentsatz der Kosten zu verstehen, den Sie selbst zu tragen haben.
- 1.14 **Ergänzende Medizin** umfasst therapeutische und diagnostische Behandlungsweisen, die außerhalb der konventionellen Schulmedizin existieren. Dazu gehören chiropraktische Behandlung, Osteopathie, Traditionelle Chinesische Medizin, Homöopathie und Akupunktur, wenn sie jeweils von einem anerkannten Therapeuten praktiziert werden.

- 1.15 **Facharzt** ist ein zugelassener Arzt, der über die notwendige Zusatzqualifikation verfügt und ausreichende Fachkenntnisse über diagnostische Methoden, Behandlungen und Präventivmaßnahmen in einem speziellen Gebiet der Medizin erworben hat, um in diesem medizinischen Fachgebiet zu praktizieren. Die Leistung „Facharztkosten“ beinhaltet nicht die Gebühren für einen Psychiater oder Psychologen. Diese sind durch die separate Leistung „Psychiatrie und Psychologie“ abgedeckt, die in der Tariflichen Leistungszusage aufgelistet wird, falls versichert.
- 1.16 **Geburtsnachsorge** ist die nachgeburtliche medizinische Standardversorgung der Mutter, die bis zu 6 Wochen nach der Entbindung erbracht wird.
- 1.17 Zur **Geburtsvorsorge** gehören die bei einer Schwangerschaft erforderlichen allgemeinen Vor- und Nachsorgeuntersuchungen. Bei Frauen ab 35 Jahren gehören zur Geburtsvorsorge auch Triple-/Bart's-, Quadruple- und Spina-Bifida-Tests, Amniozentesen und DNA-Analysen, wenn Sie im direkten Zusammenhang mit einer leistungsberechtigten Fruchtwasseruntersuchung durchgeführt werden.
- 1.18 **Häusliche Pflege oder Aufenthalt in einem Genesungsheim** ist Krankenpflege zu Hause oder in einem Genesungsheim, wenn diese sich unmittelbar an eine tarifgemäße stationäre oder teilstationäre Behandlung anschließt oder diese ersetzt. Wir erstatten nur die in der Tariflichen Leistungszusage aufgeführten Leistungen, wenn der behandelnde Arzt (mit Zustimmung unseres Medical Director) entscheidet, dass der Aufenthalt in einem Genesungsheim oder die häusliche Pflege medizinisch notwendig ist. Eine vorherige Kostenzusage ist erforderlich. Aufenthalte für Kureinrichtungen, Kurzentren und Sanatorien fallen nicht unter den Versicherungsschutz.
- 1.19 **Hebammenkosten** beziehen sich auf die durch Hebammen oder Geburtshelfer entstandenen Kosten. Die Hebammen und Geburtshelfer müssen gemäß den Gesetzen des Landes, in dem die Behandlung stattfindet, die erforderliche Ausbildung absolviert und die jeweiligen staatlichen Prüfungen bestanden haben.
- 1.20 **Heimatland** ist das angegebene Land, aus dem die versicherte Person stammt und in das sie medizinisch rücktransportiert werden würde.
- 1.21 **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 Malaria prophylaxe. Die Kosten des Arztbesuchs zur Verabreichung des Impfstoffes sowie die Kosten für den Impfstoff werden erstattet.
- 1.22 **Kieferorthopädie** ist der Einsatz von Hilfsmitteln zur Korrektur von Fehlstellungen und Wiederherstellung der

- richtigen Ausrichtung und Funktion der Zähne.
- 1.23 **Komplikationen bei der Entbindung** beziehen sich auf folgende Umstände, die während der Entbindung entstehen können und die ein anerkanntes geburtshilfliches Verfahren erfordern: Nachgeburtliche Blutungen und Plazentarrückstände. Kosten für Komplikationen bei der Entbindung sind nur erstattungsfähig, wenn Ihr Versicherungsschutz auch die Leistung „Reguläre Schwangerschaft“ einschließt. Wenn dies der Fall ist, wird auch ein medizinisch notwendiger Kaiserschnitt als Komplikation betrachtet.
- 1.24 **Komplikationen während der Schwangerschaft** beziehen sich auf die Gesundheit der Mutter und umfassen die folgenden Umstände, die in der vorgeburtlichen Phase auftreten können: Ektopische Schwangerschaft, Fehlgeburt, Totgeburt und Blasenmole.
- 1.25 **Kosten der Unterbringung im Krankenhaus für ein Elternteil, das ein versichertes Kind begleitet**, bezieht sich auf die Unterbringungskosten im Krankenhaus für ein Elternteil für die Dauer des Krankenhausaufenthaltes des versicherten Kindes im Rahmen der versicherten Behandlung. Wenn kein angemessenes Bett im Krankenhaus zur Verfügung steht, übernehmen wir die Kosten für ein entsprechendes Hotelzimmer in einem 3-Sterne-Hotel. Sonstige Auslagen, wie beispielsweise Mahlzeiten, Telefonate, Zeitungen usw., werden jedoch nicht erstattet.
- 1.26 **Kosten für eine Begleitperson im Falle einer/s medizinischen Überführung/Rücktransports** sind die Kosten einer Person, welche die Überführung/den Rücktransport begleitet. Wenn es nicht möglich ist, dass die Begleitperson dasselbe Transportmittel benutzt wie der zu transportierende Versicherte, wird ein Ticket in der Economy-Klasse bezahlt. Nach Behandlungsende erstatten wir auch die Kosten für den Rückflug in der Economy-Klasse, damit die Begleitperson in das Land zurückkehren kann, von wo aus die Überführung/der Rücktransport stattfand. Der Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf Hotelunterkunft oder andere ähnliche Kosten.
- 1.27 **Kosten für einen Facharzt** umfassen alle außer chirurgische Behandlungen, die von einem Facharzt durchgeführt oder überwacht werden.
- 1.28 **Kosten für einen praktischen Arzt** umfassen alle außer chirurgische Behandlungen, die von einem praktischen Arzt durchgeführt oder überwacht werden.
- 1.29 **Krankenhaus** ist eine Einrichtung, die in dem Land, in dem sie betrieben wird, als medizinische oder chirurgische Klinik zugelassen ist. In einer solchen Einrichtung wird der Patient ständig von einem Arzt überwacht. Folgende Einrichtungen werden nicht als Krankenhaus betrachtet: Erholungs- und Pflegeheime, Kureinrichtungen, Kurzentren und Sanatorien.
- 1.30 Unter **Krankenhausaufenthalt** wird die

Standardunterbringung im Einbettzimmer oder im Zwei- oder Mehrbettzimmer verstanden, wie in der Tariflichen Leistungszusage angegeben. Zimmer mit besonderem Komfort (Deluxe- und Executive-Zimmer sowie Suites) sind durch die Versicherung nicht abgedeckt.

- 1.31 **Krankenhaustagegeld** wird bezahlt, wenn die Behandlung und Unterbringung aufgrund einer Erkrankung, die normalerweise im Rahmen des Versicherungstarifs abgedeckt wäre, in einem Krankenhaus in Anspruch genommen werden, das keine Gebühren berechnet. Der Versicherungsschutz ist auf den in der Tariflichen Leistungszusage angegebenen Betrag beschränkt und wird nach Entlassung aus dem Krankenhaus bezahlt.
- 1.32 Das **Land des Hauptwohnsitzes** ist das Land, in dem Sie und Ihre Familienangehörigen mehr als 6 Monate des Jahres leben.
- 1.33 **Laseraugenkorrektur** bezieht sich auf die chirurgische Verbesserung der refraktiven Eigenschaft der Hornhaut mittels Lasertechnologie, inklusive aller notwendigen präoperativen Untersuchungen.
- 1.34 **Medizinische Notwendigkeit** umfasst medizinische 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 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 des behandelnden Arztes durchgeführt werden
- (e) sie nachgewiesenen medizinischen Wert haben
- (f) sie die angemessenste Art und Stufe der medizinischen Versorgung darstellen
- (g) sie in einer geeigneten Einrichtung/Umgebung und auf einem dem Krankheitszustand entsprechenden Versorgungsniveau erbracht werden
- (h) sie nur über einen angemessenen Behandlungszeitraum hinweg erbracht werden

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

1.35 **Medizinischer Rücktransport** ist ein zusätzlicher Versicherungsschutz, der auf dem Versicherungsschein und in der Tariflichen Leistungszusage aufgeführt ist, falls er abgeschlossen wurde. Im Fall einer medizinischen Überführung (siehe entsprechende Definition) hat die versicherte Person mit dem zusätzlichen Versicherungsschutz für Rücktransport die Option, für notwendige versicherte Behandlungen in ihr Heimatland rücktransportiert zu werden, vorausgesetzt, das Heimatland liegt innerhalb des versicherten geografischen Geltungsbereichs.

1.36 **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. Diese befindet sich nicht unbedingt im Heimatland der versicherten Person. Die medizinische Überführung wird in ökonomisch sinnvoller Weise unter Berücksichtigung der medizinischen Umstände durchgeführt.

Nach Behandlungsende erstatten wir auch die Kosten für den Rückflug in der Economy-Klasse, damit die überführte versicherte Person in das Land zurückkehren kann, in dem sie ihren Hauptwohnsitz hat.

Wenn aus medizinischen Gründen nach Beendigung der

stationären Behandlung und der Entlassung aus dem Krankenhaus die versicherte Person nicht zurücktransportiert werden kann, übernehmen wir die angemessenen Kosten für ein Hotelzimmer mit privatem Bad bis zu maximal 7 Tagen. Die Unterkunftskosten in einer Hotelsuite oder einem 4- oder 5-Sterne-Hotel sowie die Hotelkosten für eine Begleitperson werden nicht erstattet.

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

1.37 **Neugeborenenpflege** schließt die üblichen Untersuchungen ein, die notwendig sind, um die Grundfunktionen und Integrität der Organe bzw. der Knochenstruktur des Kindes festzustellen. Diese wesentlichen Untersuchungen erfolgen direkt nach der Geburt. Weitere vorbeugende diagnostische Untersuchungen wie Abstriche, Feststellung der Blutgruppe und Hörtests sind nicht versichert. Jede weitere medizinisch notwendige Untersuchung oder Behandlung ist unter der Versicherungspolice des Neugeborenen versichert.

- 1.38 Ein **Notfall** ist der Ausbruch einer plötzlichen und unvorhergesehenen Erkrankung, die einer dringenden medizinischen Behandlung bedarf. Nur Behandlungen, die innerhalb von 24 Stunden nach Eintritt des Notfallereignisses beginnen, sind versichert.
- 1.39 **Örtliche Ambulanz** ist ein Krankentransport im Notfall oder aus medizinischer Notwendigkeit in die nächstgelegene oder nächste zugelassene medizinische Einrichtung.
- 1.40 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.
- 1.41 **Organtransplantation** bezeichnet chirurgische Maßnahmen zur Übertragung eines Organ- und/oder Gewebetransplantats: Herz, Herz/Herzklappen, Herz/Lunge, Leber, Bauchspeicheldrüse, Bauchspeicheldrüse/Niere, Niere, Knochenmark, Nebenschilddrüse, Muskel/Skelett und Hornhaut. Kosten, die durch den Erwerb der Organe oder Gewebe entstehen, werden nicht erstattet.
- 1.42 **Orthomolekulare Behandlung** ist eine Behandlung, mit der die optimale ökologische Umgebung für Körperzellen wiederhergestellt werden soll, indem Mängel auf molekularer Ebene auf Grundlage der individuellen Biochemie korrigiert werden. Dabei werden natürliche Substanzen wie Vitamine, Mineralstoffe, Enzyme, Hormone usw. verwendet.
- 1.43 **Podologie (gilt nur im Rahmen des „Krankenversicherungstarifs für die Kanalinseln“)** bezieht sich auf medizinisch notwendige Behandlungen durch einen staatlich anerkannten Podologen mit dem akademischen Grad „Honours Degree“ (BSc Hons) in Podologie, wie er vom Fußpflegergremium des Council for the Professions Supplementary to Medicine genehmigt wurde. Darüber hinaus muss der Podologe über eine weitere Akkreditierung verfügen, wie z. B.: MChS (Member of The Society of Chiropodists & Podiatrists); FChS (Fellow of The Society of Chiropodists & Podiatrists) oder FCPodS (Fellow of the College of Podiatrists of The Society of Chiropodists & Podiatrists).
- 1.44 **Psychiatrie und Psychotherapie** ist die Behandlung von geistigen, nervlichen oder Ess-Störungen durch einen registrierten Psychiater oder Psychologen. Die Störung muss mit tatsächlichen Problemen oder einer wesentlichen Beeinträchtigung der Person bei der Durchführung einer wesentlichen Lebensaktivität einhergehen (z. B. berufliche Tätigkeit). Die oben genannte Indikation muss klinisch signifikant sein und nicht nur eine zu erwartende Reaktion auf ein bestimmtes Ereignis, wie beispielsweise Todesfall, Beziehungs- oder akademische Probleme und Akkulturation. Die Störung muss den Kriterien für die

- Klassifizierung gemäß einem internationalen Klassifizierungssystem entsprechen, wie zum Beispiel dem Diagnostic and Statistical Manual (DSM-IV) oder der International Classification of Diseases (ICD-10).
- 1.45 **Reguläre Schwangerschaft** umfasst alle medizinisch notwendigen Kosten, die während der Schwangerschaft und Entbindung entstehen, einschließlich der Krankenhauskosten, Facharztkosten, Geburtsvorsorge und Geburtsnachsorge der Mutter, Kosten für die Hebamme sowie für die Neugeborenenpflege. Kosten, die im Zusammenhang mit Komplikationen während der Schwangerschaft oder bei der Entbindung entstehen, werden nicht im Rahmen der Leistung „Reguläre Schwangerschaft“ erstattet.
- 1.46 **Reguläre Zahnbehandlung (gilt nur im Rahmen der „Internationalen Krankenversicherungstarife für Asien“)** schließt eine jährliche Vorsorgeuntersuchung, einfache Füllungen wegen Löchern oder Karies sowie Wurzelkanalbehandlungen ein.
- 1.47 **Rehabilitation** ist eine Behandlung zur Wiederherstellung der normalen Form und/oder Funktion nach einer akuten Erkrankung oder Verletzung. Rehabilitationsmaßnahmen fallen nur dann unter den Versicherungsschutz, wenn die Behandlung unmittelbar nach Beendigung der medizinischen Akutbehandlung einsetzt.
- 1.48 **Rücktransport bei Todesfall** ist der Transport der sterblichen Überreste des Verstorbenen vom Aufenthaltsland in das Bestattungsland. Versichert sind unter anderem die Einbalsamierung, ein den gesetzlichen Anforderungen entsprechender Transportbehälter, die Versandkosten und die erforderlichen behördlichen Bewilligungen. Kosten für eine Einäscherung werden nur erstattet, wenn diese aus gesetzlichen Gründen notwendig ist. Kosten, die Begleitpersonen entstehen, werden nicht erstattet. Alle im Zusammenhang mit dem Rücktransport im Todesfall erstatteten Kosten müssen vorher von uns genehmigt werden.
- 1.49 **Schwangerschaft** ist der Zeitraum von der ersten Diagnose bis zur Entbindung.
- 1.50 **Selbstbeteiligung** ist der Kostenanteil, der von Ihnen zu zahlen ist und der von der erstattungsfähigen Summe abgezogen werden muss.
- 1.51 **Sie/Ihr** bezeichnet die im Versicherungsschein genannte versicherte Person.
- 1.52 **Sprachtherapie** bezieht sich auf Maßnahmen durch einen qualifizierten Sprachtherapeuten zur Behandlung von physischen Beeinträchtigungen, einschließlich, jedoch nicht beschränkt auf nasale Obstruktion, neurogene Defekte (z. B. Zungenlähmung, Gehirnschäden) und Artikulationsstörungen, welche die Mundstruktur beeinflussen (z. B. Gaumenmissbildung).
- 1.53 **Stationäre Behandlung** umfasst Behandlungen in einem Krankenhaus, die eine Übernachtung aus medizinischer

Sicht erfordern.

- 1.54 **Stationäre zahnärztliche Notfallbehandlung** beinhaltet eine zahnärztliche Notfallbehandlung aufgrund eines schweren Unfalls, der einen Krankenhausaufenthalt erforderlich macht. Die Behandlung muss innerhalb von 24 Stunden nach Eintritt des Notfalls erfolgen.
- 1.55 **Teilstationäre Behandlung** ist die geplante Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Tagesklinik während des Tages, einschließlich der Bereitstellung eines Krankenbettes und der notwendigen Krankenpflege, bei der eine Übernachtung des Patienten aus medizinischen Gründen nicht notwendig ist.
- 1.56 Ein **Therapeut** ist ein Chiropraktiker, Osteopath, Arzt der Traditionellen Chinesischen Medizin, Homöopath, Akupunkteur, Physiotherapeut, Sprachtherapeut, Beschäftigungstherapeut oder Okulomotortherapeut, der die notwendige Qualifikation und eine gesetzliche Zulassung des Landes hat, in dem die Behandlung durchgeführt wird.
- 1.57 Ein **Unfall** ist eine Verletzung, die Folge eines unerwarteten Ereignisses ist, das vom Willen des Versicherten unabhängig ist und aufgrund von Ursachen eintritt, die außerhalb der Kontrolle des Versicherten liegen. Ursache und Symptome einer unfallbedingten Verletzung müssen medizinisch und objektiv definierbar sein, eine Diagnose ermöglichen und eine Behandlung erfordern.
- 1.58 **Verordnete Physiotherapie** umfasst Behandlungen durch einen zugelassenen Physiotherapeuten nach Überweisung durch einen Allgemeinmediziner. Physiotherapie ist zunächst auf 12 Sitzungen pro erstellte Diagnose begrenzt. Danach muss der Allgemeinmediziner, der die Überweisung veranlasst hat, die Behandlung überprüfen. Sollten weitere Sitzungen notwendig sein, muss uns ein Behandlungsbericht vorgelegt werden, in dem die medizinische Notwendigkeit einer Weiterbehandlung dargelegt wird. Physiotherapie umfasst keine Therapien wie Rolfing, Massage, Pilates, Fango- und Milta-Therapie.
- 1.59 **Verschreibungspflichtige Arzneimittel** umfassen Produkte, einschließlich Insulin, Subkutannadeln oder Spritzen, die von einem Arzt für die Behandlung einer bestätigten Diagnose oder vorliegenden Krankheit oder als Ersatz für lebenswichtige Körpersubstanzen verschrieben werden. Die verschreibungspflichtigen Arzneimittel müssen auf ihre klinische Wirksamkeit getestet und von der zuständigen Aufsichtsbehörde des jeweiligen Landes zugelassen sein.
- 1.60 **Verschriebene Brillen und Kontaktlinsen** umfassen die Versicherung für eine Augenuntersuchung durch einen Augenoptiker oder Augenarzt (eine pro Versicherungsjahr) sowie für Kontaktlinsen oder Brillen zur Korrektur der Sehfähigkeit.

- 1.61 **Verschriebene medizinische Hilfsmittel** sind Instrumente, Apparate oder Geräte, die medizinisch als Unterstützung der Funktion oder Fähigkeiten der versicherten Person verschrieben werden, wie zum Beispiel Hörgeräte, Sprechapparate (elektronischer Kehlkopf), Krücken oder Rollstühle, orthopädische Geh- und Stützapparate, künstliche Gliedmaßen, Stoma-Verbrauchsmaterial, Kompressionsstrümpfe sowie orthopädische Einlagen.
- 1.62 Das **Versicherungsjahr** gilt ab dem Versicherungsbeginn, der auf dem Versicherungsschein angegeben ist, und endet genau ein Jahr danach.
- 1.63 **Versicherungsnehmer** sind Sie und Ihre Familienangehörigen laut Angabe auf dem Versicherungsschein.
- 1.64 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.
- 1.65 **Vorbeugende Behandlungen** sind Behandlungen, die durchgeführt werden, ohne dass zum Behandlungszeitpunkt klinische Symptome vorliegen. Ein Beispiel für solche Behandlungen ist die Entfernung von Gewebe im Krebsvorstadium (z. B. Leberfleck).
- 1.66 **Vorerkrankungen** sind Krankheiten oder körperliche Gebrechen, für die in den letzten 5 Jahren vor Beginn des Krankenversicherungsvertrags mit Allianz Worldwide Care 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 Sie oder Ihre Angehörigen Kenntnis haben, Kenntnis gehabt haben oder von der nach angemessenen Maßstäben angenommen werden kann, dass Sie oder Ihre Angehörigen davon Kenntnis hätten haben müssen, wird als Vorerkrankung betrachtet. Erkrankungen, die zwischen dem Unterzeichnen des Antragsformulars und der Bestätigung durch die Risikoprüfungsabteilung von Allianz Worldwide Care auftreten, werden als Vorerkrankungen betrachtet.
- 1.67 **Vorsorgeuntersuchungen** sind Untersuchungen und Tests, die ohne das Vorhandensein von akuten Beschwerden durchgeführt werden. Folgende Untersuchungen, die im angemessenen Alter erfolgen und die Früherkennung von Krankheiten ermöglichen, werden als Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen Ihres Versicherungsschutzes anerkannt:
- Untersuchung der Vitalfunktionen (Blutdruck, Cholesterin, Puls, Atmung, Temperatur usw.)
 - Herz-Kreislauf-Untersuchungen
 - Neurologische Untersuchungen
 - Krebsvorsorgeuntersuchungen
 - Vorsorgeuntersuchungen für Kinder bis zum Alter von

6 Jahren, maximal 15 Untersuchungen pro Kind pro Lebenszeit

- 1.68 **Wartezeit** bezeichnet einen vertraglich festgelegten Zeitraum, beginnend mit dem Versicherungsbeginn, in dem Sie und/oder Ihre Angehörigen noch keinen Anspruch auf einzelne Leistungen haben. Ob für Sie eine Wartezeit besteht, können Sie anhand Ihres Versicherungsscheins überprüfen. Entnehmen Sie bitte Ihrer Tariflichen Leistungszusage, für welche Leistungen eine Wartezeit zutrifft.
- 1.69 **Wir/unsere/uns** bezeichnet Allianz Worldwide Care.
- 1.70 **Zahnärztliche Behandlung** schließt eine jährliche Vorsorgeuntersuchung, einfache Füllungen wegen Löchern oder Karies sowie Wurzelkanalbehandlungen ein.
- 1.71 **Zahnärztliche Parodontalbehandlung** bezieht sich auf Zahnbehandlungen im Zusammenhang mit Zahnfleischerkrankungen.
- 1.72 **Zahnchirurgie** bezieht sich auf das Ziehen von Zähnen, die Wurzelspitzenresektion sowie die Behandlung anderer Probleme im Mundbereich wie angeborene Gaumenfehlbildungen (z. B. Gaumenspalte), Frakturen und Tumore. Die Zahnchirurgie deckt keine chirurgischen Maßnahmen ab, die im Zusammenhang mit Zahnimplantaten stehen.
- 1.73 **Zahnersatz** umfasst Kronen, Inlays, Onlays, adhäsive Rekonstruktionen/Sanierungen, Brücken, Zahnprothesen und Implantate sowie alle in diesem Zusammenhang erforderlichen und ergänzenden zahnärztlichen Maßnahmen.

Zusätzliche Versicherungsbedingungen.

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

1. **Versicherungsumfang:**

- a) Ihre Tarifliche Leistungszusage, der Versicherungsschein, etwaige Policennachträge, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Einzelversicherung sowie eventuelle gesetzliche Anforderungen legen den Umfang Ihres Versicherungsschutzes fest. Wir erstatten im Rahmen Ihrer Tariflichen Leistungszusage und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Einzelversicherung die Kosten, die im Zusammenhang mit einer Erkrankung oder Verschlechterung des 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. Kosten, die entstanden sind, weil der Versicherte wissentlich entgegen medizinischem Rat gehandelt hat, werden nicht erstattet.
 - c) Die berechneten Honorare und Gebühren dürfen den in dem betreffenden Land als allgemein üblich und angemessen betrachteten Umfang nicht übersteigen. Wenn uns die Kosten unangemessen erscheinen, behalten wir uns das Recht vor, die Erstattung auf die landesüblichen Sätze zu kürzen.
 - d) Wo kompatible/untersuchte Blutkonserven vor Ort nicht erhältlich sind, werden wir uns bemühen, entsprechende Blutkonserven und steriles Transfusionsbesteck zu beschaffen, wenn dies von dem behandelnden Arzt oder unserem medizinischen Berater angeraten ist. Allianz Worldwide Care und deren Vermittler übernehmen keine Haftung im Falle, dass diese Bemühungen erfolglos bleiben, oder wenn von der behandelnden Stelle infiziertes Blut oder Transfusionsbesteck verwendet wird.
2. **Haftungsumfang:** Wir haften mit den in der Tariflichen Leistungszusage und etwaigen folgenden Policennachträgen genannten Beträgen. Der Gesamterstattungsbetrag aus diesem Vertrag, aus einer gesetzlichen Krankenversicherung und anderen Versicherungen wird auf keinen Fall den Rechnungsbetrag übersteigen.
3. **Haftung Dritter:** Haben Sie oder ein Angehöriger Ansprüche aus einer gesetzlichen Krankenversicherung oder anderen Versicherungen hinsichtlich eines bei uns

eingereichten Leistungsanspruchs, behalten wir uns das Recht vor, die Erstattung der Leistungen abzulehnen.

Wenn Schadenersatzansprüche gegen Dritte bestehen, sind Sie verpflichtet, uns zu informieren und alle notwendigen Unterlagen zur Verfügung zu stellen. Sie und der Dritte dürfen ohne unser vorheriges schriftliches Einverständnis weder eine Schlussabrechnung vereinbaren noch auf unser Recht auf Rückforderung von Auslagen verzichten. Anderenfalls steht uns das Recht zu, die an Sie ausbezahlten Beträge zurückzufordern und den Versicherungsvertrag zu kündigen.

Wir sind berechtigt, in Ihrem Namen, jedoch auf unsere Kosten, gerichtliche Schritte einzuleiten, um von uns bezahlte Beträge aus einer anderweitig bestehenden Police zurückzufordern.

4. **Rechtliche Schritte:** Sie leiten keine gerichtlichen Schritte zur Rückforderung von Beträgen aus diesem Versicherungsvertrag ein, bevor nicht mindestens 60 Tage seit Einreichung des Leistungsanspruchs bei uns und höchstens 2 Jahre nach dem Datum der Einreichung vergangen sind, sofern Sie durch gesetzliche Vorschriften nicht zu einem anderweitigen Vorgehen gezwungen sind.
5. **Schiedsgerichtsverfahren:** Der Versicherungsvertrag ist gemäß irischem Recht auszulegen, sofern keine anderweitigen Vereinbarungen zwischen Ihnen und uns

getroffen wurden oder gesetzliche Regelungen Anderweitiges vorschreiben.

Streitigkeiten über die medizinische Auslegung von Ergebnissen eines Unfalls oder eines medizinischen Befundes sind durch zwei medizinische Experten beizulegen, die von uns und Ihnen schriftlich ernannt werden. Meinungsverschiedenheiten zwischen den beiden medizinischen Experten sind an einen Schiedsrichter zu übergeben, der von den beiden medizinischen Experten zu Beginn schriftlich ernannt wurde. Der Schlichter agiert als Sachverständiger. Die Meinung des Schlichters ist endgültig und abschließend, ausgenommen bei offensichtlichem Irrtum oder einem Streitwert von über €150.000 Euro. Alle Streitigkeiten mit einem Streitwert von über €150.000 Euro sind gemäß den Regeln der Schiedsgerichtsbarkeit der International Chamber of Commerce durch einen oder mehrere Schiedsrichter beizulegen, die gemäß den ICC-Regeln ernannt werden.

6. **Datenschutz:** Die Vertraulichkeit der Daten von Patienten und Versicherten hat für Allianz Worldwide Care höchste Priorität. Allianz Worldwide Care erfüllt alle Vorschriften der Datenschutzgesetzgebung der EU und befolgt die internationalen Richtlinien zur Vertraulichkeit medizinischer Daten. Sie sind berechtigt, auf Ihre persönlichen Daten zuzugreifen. Des Weiteren verfügen Sie über das Recht, Ihre persönlichen Daten zu ändern oder zu löschen, wenn Sie der Meinung sind, dass sie falsch oder

Notizen.

veraltet sind.

Für weitere Fragen wenden Sie sich bitte an unsere Helpline:

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

client.services@allianzworldwidedecare.com
www.allianzworldwidedecare.com

Helpline-Nummern

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
Fax: +353 1 630 1306

Gebührenfrei aus Singapur:
800 353 1018
Gebührenfrei aus Hongkong:
800 901 705
Gebührenfrei aus Nord-China:
10 800 744 1259
Gebührenfrei aus Süd-China:
10 800 441 0115
Gebührenfrei aus den USA:
1 866 266 2182
Gebührenfrei aus Frankreich,
Belgien und der Schweiz:
00 800 66 302 302

Allianz Worldwide Care Limited gehört zur Allianz Gruppe, ist in Irland eingetragen und unterliegt der Aufsicht durch die irische Finanzaufsichtsbehörde.
Eingetragener Sitz: 18B Beckett Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irland. Eintragsnummer: 310852