

## Allianz Worldwide Care

### Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Einzelversicherung

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

- Den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Einzelversicherung, dem Versicherungsschein, der Tariflichen Leistungszusage und eventuellen Nachträgen
- Den Allianz Worldwide Care vom oder im Namen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person 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 der Tariflichen Leistungszusage sorgfältig durch, da diese beiden Unterlagen zusammen Ihren Versicherungsschutz darstellen.

Sollten Sie weitere Hilfe benötigen, wenden Sie sich bitte an unsere Helpline. Vielen Dank für Ihr Vertrauen in Allianz Worldwide Care.

### Gültig ab 1. November 2006

Dies ist eine Übersetzung der original in Englisch verfassten „Individual Terms&Conditions“. Als rechtlich verbindlich gilt ausschließlich die englische Originalversion. Allianz Worldwide Care Limited, Teil der Allianz Gruppe, ist in Irland registriert und wird von der Irish Financial Services Regulatory Authority reguliert. Eingetragenes Büro: 18B Beckett Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irland. Registrierungsnummer: 310852

## 1. Definitionen

Die folgenden Definitionen beziehen sich auf sämtliche Leistungen, die in einem Tarif unserer Produktpalette enthalten sein können. Deshalb sind nicht unbedingt alle Definitionen für Ihren persönlichen Versicherungsschutz relevant, der in Ihrer Tariflichen Leistungszusage im Detail festgelegt ist. Wo immer die nachstehenden Begriffe und Ausdrücke in Ihren Versicherungsdokumenten verwendet werden, haben sie die folgende Bedeutung:

- 1.1 **Ambulante Behandlungen** umfasst 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, 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 provisorische Füllungen, begrenzt auf drei Füllungen pro Versicherungsjahr, und/oder die 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 Stiefkinder, Adoptivkinder oder Pflegekinder) unter 18 Jahren, die finanziell vom Versicherungsnehmer abhängig sind, oder bis zu 24 Jahren, falls in einer Vollzeitausbildung.
- 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** umfasst Behandlungen für beide Geschlechter, einschließlich aller Untersuchungsverfahren zur Feststellung der Ursache für die Unfruchtbarkeit, wie z. B. Hysterosalpingographie, Laparoskopie oder Hysteroskopie. Bei InVitro-Fertilisation (IVF) werden die Kosten für maximal vier 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 Entfernung der Weisheitszähne bei Ausführung in einem Krankenhaus oder durch einen Zahn- oder Kieferchirurgen.

- 1.12** Eine **chronische Erkrankung** ist ein körperliches Gebrechen, eine Krankheit oder Verletzung, die ein oder mehrere der folgenden Charakteristiken aufweist:
- Ist von wiederkehrender Natur
  - Eine allgemein anerkannte Heilung ist nicht bekannt
  - Spricht in der Regel auf Behandlungen nur begrenzt an
  - Bedarf lindernder Behandlung
  - Bedarf dauerhafter Überwachung oder Kontrolle
  - Führt zu einer bleibenden Behinderung
- 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, wie z. B. Neurologie, Pädiatrie, Endokrinologie, Geburtshilfe, Gynäkologie und Dermatologie.
- 1.16** **Geburtsnachsorge** ist die medizinische Standardversorgung, die bis zu 6 Wochen nach der Entbindung erbracht wird.
- 1.17** Zur **Geburtsvorsorge** gehören die bei einer Schwangerschaft erforderlichen allgemeinen Vor- und Nachsorgeuntersuchungen, Triple-/Bart's- und Quadruple-Tests sowie Amniozentesen für Frauen ab 35 Jahren, und DNA-Analysen, wenn diese direkt mit einer versicherten Amniozentese im Zusammenhang stehen.
- 1.18** **Häusliche Pflege oder Pflege 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** bezieht sich auf die durch Hebammen oder Geburtshelfer entstandenen Kosten, die 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 Malariaprophylaxe. 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** bezieht sich auf folgende Umstände, die während der Entbindung entstehen und die ein anerkanntes geburtshilfliches Verfahren erfordern: Nachgeburtliche Blutungen und Plazentarückstände. Wenn der Versicherungsschutz auch die Leistungen einer

regulären Schwangerschaft und Entbindung einschließt, wird auch ein medizinisch notwendiger Kaiserschnitt als Komplikation betrachtet.

- 1.24 Komplikationen während der Schwangerschaft** umfassen die folgenden Umstände: Ektopische Schwangerschaft, Fehlgeburt, Totgeburt und Blasenmole.
- 1.25 Kosten der Unterbringung im Krankenhaus für ein Elternteil, das ein Kind unter 18 Jahren 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 und 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 Medizinische Notwendigkeit** umfasst medizinische Leistungen oder Versorgung, die als medizinisch notwendig und angemessen erachtet werden, wenn:
- sie erforderlich sind, um den Zustand, die Erkrankung oder Verletzung eines Patienten zu diagnostizieren oder zu behandeln.
  - die Beschwerden, die Diagnose und die Behandlung der zugrunde liegenden Erkrankung übereinstimmen.
  - sie der allgemein anerkannten medizinischen Praxis und den professionellen Standards der medizinischen Versorgung, die in der Medizin zu diesem Zeitpunkt vorherrschend sind, entsprechen.
  - 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 dem Krankheitszustand entsprechendem 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.

**1.34 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. Beachten Sie bitte, dass die nächstgelegene entsprechende medizinische Einrichtung sich nicht unbedingt in Ihrem Heimatland befindet. Die medizinische Überführung wird in ökonomisch sinnvoller Weise unter Berücksichtigung der medizinischen Umstände durchgeführt.

Nach Behandlungsende erstatten wir auch die Kosten für den Rückflug in der Economy-Klasse, damit 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. Wir übernehmen nicht die Unterkunftskosten in einer Hotelsuite oder einem 4- oder 5-Sterne Hotel. Hotelkosten für eine Begleitperson werden nicht erstattet.

Wenn eine versicherte Person, die zur nächstgelegenen, geeigneten medizinischen Einrichtung überführt worden ist, 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 ökonomischer sein als die Transportkosten zwischen der nächstgelegenen, geeigneten medizinischen Einrichtung und dem Hauptwohnsitz. Hotelkosten für eine Begleitperson werden nicht erstattet.

**1.35 Medizinischer Rücktransport** ist ein zusätzlicher Versicherungsschutz, der auf dem Versicherungsschein aufgeführt ist, falls er abgeschlossen wurde. Im Fall einer medizinischen Überführung hat die versicherte Person mit dem zusätzlichen Versicherungsschutz für Rücktransport die Wahl, für die notwendige Behandlung in ihr Heimatland rücktransportiert zu werden, vorausgesetzt, dass das Heimatland innerhalb des versicherten Geltungsbereiches liegt.

**1.36 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.

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

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

- 1.39** 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.
- 1.40 Organtransplantation** bezeichnet chirurgische Maßnahmen zur Übertragung eines Organ- und/oder Gewebetransplantats: 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.
- 1.41 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.
- 1.42 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 wesentlicher Beeinträchtigung der Person einhergehen, einer wesentlichen Lebensaktivität nachzugehen (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).
- 1.43 Reguläre Schwangerschaft** umfasst alle medizinisch notwendigen Kosten, die während der Schwangerschaft und Entbindung entstehen, einschließlich der Krankenhauskosten, Facharztkosten, der Geburtsvorsorge und Geburtsnachsorge der Mutter, Kosten für die Hebamme, sowie die Neugeborenenpflege. Kosten, die im Zusammenhang mit Komplikationen während der Schwangerschaft oder bei der Entbindung entstehen, werden nicht im Rahmen der regulären Schwangerschafts- und Entbindungskosten erstattet.
- 1.44 Rehabilitation** ist eine Behandlung zur Wiederherstellung der normalen Form und/oder Funktion nach einer akuten Erkrankung oder Verletzung. Das Rehabilitationsverfahren muss unmittelbar nach dem Krankenhausaufenthalt für das beeinträchtigende oder behindernde Ereignis beginnen.
- 1.45 Rücktransport bei Todesfall** ist der Transport der sterblichen Überreste des Verstorbenen vom Aufenthaltsland ins Heimatland. Kosten für eine Einäscherung werden nur erstattet, wenn diese aus gesetzlichen Gründen notwendig ist. Kosten, die Begleitpersonen entstehen, werden nicht erstattet.
- 1.46 Schwangerschaft** ist der Zeitraum von der ersten Diagnose bis zur Entbindung.
- 1.47 Selbstbeteiligung** ist der Kostenanteil, der von Ihnen zu zahlen ist und der von der erstattungsfähigen Summe abgezogen werden muss.
- 1.48 Sie** bezeichnet die im Versicherungsschein genannte versicherte Person.
- 1.49 Stationäre Behandlung** umfasst Behandlungen in einem Krankenhaus, die eine Übernachtung aus medizinischer Sicht erfordern.
- 1.50 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.
- 1.51 Teilstationäre Behandlung** ist die Behandlung während des Tages in einem Krankenhaus oder einer Tagesklinik, einschließlich der Bereitstellung eines Krankenhauses und der notwendigen Krankenpflege, bei der eine Übernachtung des Patienten aus medizinischen Gründen nicht notwendig ist.

- 1.52** Ein **Therapeut** ist ein Chiropraktiker, Osteopath, Arzt der traditionellen chinesischen Medizin, Homöopath, Akupunkteur, Physiotherapeut, Sprachtherapeut, Beschäftigungstherapeut oder Okkulomotortherapeut, der die notwendige Qualifikation und eine gesetzliche Zulassung des Landes hat, in dem die Behandlung durchgeführt wird.
- 1.53** 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.
- 1.54** **Verordnete Physiotherapie** umfasst Behandlungen durch einen zugelassenen Physiotherapeuten nach Überweisung durch einen Allgemeinmediziner. Physiotherapie ist zunächst auf 12 Sitzungen pro erstellter 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, Akupressur, Pilates und Milta-Therapie.
- 1.55** **Verschriebene Arzneimittel** umfassen Produkte, einschließlich Insulin, Subkutannadeln oder Spritzen, die von einem Arzt für die Behandlung einer bestätigten Diagnose, einer vorliegenden Krankheit oder als Ersatz von lebenswichtigen Körpersubstanzen verschrieben werden. Die verschriebenen Arzneimittel müssen auf ihre klinische Wirksamkeit getestet und von der zuständigen Aufsichtsbehörde des jeweiligen Landes zugelassen sein.
- 1.56** **Verschriebene Brillen und Kontaktlinsen** umfasst die Versicherung für eine Augenuntersuchung durch einen Augenoptiker oder Augenarzt (eine pro Versicherungsjahr) sowie für Kontaktlinsen oder Brillen zur Korrektur der Sehfähigkeit.
- 1.57** **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.
- 1.58** **Versicherungsjahr** gilt ab dem Versicherungsbeginn, der auf dem Versicherungsschein angegeben ist, und endet genau ein Jahr danach.
- 1.59** **Versicherungsnehmer** sind Sie und Ihre Familienangehörigen laut Angabe auf dem Versicherungsschein.
- 1.60** **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.
- 1.61** **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).
- 1.62** **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 medizinischen Rat erhalten haben. Eine derartige Vorerkrankung bzw. damit verbundene Erkrankung, von der Sie oder Ihre Angehörigen Kenntnis haben, Kenntnis gehabt haben oder von denen nach angemessenen Maßstäben angenommen werden kann, dass Sie oder Ihre Angehörigen davon Kenntnis hätten müssen, wird als Vorerkrankung betrachtet. Erkrankungen, die zwischen dem Unterzeichnen dieses Antragsformulars

und der Bestätigung durch die Risikoprüfungsabteilung von Allianz Worldwide Care auftreten, werden als Vorerkrankungen betrachtet.

**1.63 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

**1.64 Wartezeit** bezeichnet einen vertraglich festgelegten Zeitraum, beginnend mit dem Versicherungsbeginn, in dem Sie und Ihre Angehörigen noch keinen Anspruch auf einzelne Leistungen haben. Entnehmen Sie bitte Ihrer Tariflichen Leistungszusage, für welche Leistungen eine Wartezeit zutrifft. Die Wartezeit gilt sowohl für einen Neuantrag als auch für Erhöhungen des Versicherungsschutzes.

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

**1.66 Zahnärztliche Behandlung** schließt eine jährliche Vorsorgeuntersuchung, einfache Füllungen wegen Löchern oder Karies sowie Wurzelkanalbehandlungen ein.

**1.67 Zahnchirurgie** bezieht sich auf das Ziehen von Zähnen, 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.

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

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

## 2. Allgemeine Bedingungen

**2.1 Der Geltungsbereich**, für den Ihr Versicherungsschutz besteht, ist in Ihrem Versicherungsschein definiert. Falls Sie den Geltungsbereich „Weltweit außer den USA und Kanada“ gewählt haben, sind Sie und Ihre Angehörigen auf Geschäfts- und Urlaubsreisen trotzdem weltweit für die Behandlung von Notfällen versichert. Wir leisten Versicherungsschutz bis zu 6 Wochen (42 Nächte) für Behandlungen innerhalb des tariflichen Höchstleistungsbetrages. Es besteht kein Versicherungsschutz für kurative oder nicht Notfall bedingte Weiterbehandlung, selbst wenn die Reisetauglichkeit in ein Land innerhalb des versicherten Geltungsbereiches nicht gegeben ist. Wenn Sie sich für länger als 6 Wochen außerhalb Ihres Geltungsbereiches aufhalten, sollten Sie uns kontaktieren.

Beachten Sie bitte, dass Ihre Versicherung fortgeführt werden kann, wenn sie in Ihr Heimatland zurückkehren, sofern Ihr Heimatland in dem von Ihnen gewählten Geltungsbereich liegt. Bitte beachten Sie auch, 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.

**2.2 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 Höchstbeträge eines entsprechenden Ambulanttarifs erstattet. Darüber hinaus unterliegen Mehrlingsgeburten der medizinischen Risikoprüfung.

**2.3 Versicherungsbeginn:** Der Versicherungsschutz tritt an dem im Versicherungsschein genanntem Tag in Kraft, wenn wir die Annahme Ihres Antrags schriftlich und durch Aushändigung des Versicherungsscheins bestätigt haben.

**2.4 Versicherungsdauer/Verlängerung:** Der Versicherungsvertrag wird für 12 Monate abgeschlossen. Er wird automatisch um ein weiteres Versicherungsjahr verlängert, vorausgesetzt, dass Ihr Versicherungsschutz noch angeboten wird. Sie erhalten einen Monat vor dem Verlängerungsdatum einen neuen Versicherungsschein, der die Prämie für das nächste Versicherungsjahr enthält. Nach Erhalt der Verlängerungsmittelteilung können Sie den Versicherungsvertrag mit einer Frist von einem Monat durch einen eingeschriebenen Brief kündigen. Wir behalten uns das Recht vor, die Vertragsverlängerung von besonderen Bedingungen abhängig zu machen. Eventuell neu festgelegte Versicherungsbedingungen und Tarifliche Leistungszusagen gelten für das gesamte neue Versicherungsjahr.

**2.5 Beendigung des Versicherungsschutzes:** Der Versicherungsschutz endet zum vereinbarten Ablaufdatum des Versicherungsvertrags.

**2.6** Bitte entnehmen Sie Ihrer Tariflichen Leistungszusage, in welchen Fällen ein **Formular zur vorherigen Kostenzusage** ausgefüllt und **vor der Behandlung an uns gesendet werden muss**. Mit der vorherigen Kostenzusage garantiert Allianz Worldwide Care die Erstattung bestimmter Behandlungen und Kosten. Die vorherige Kostenzusage ist in folgenden Fällen erforderlich:

- Bei allen stationären Leistungen, die in Ihrem Haupttarif genannt sind<sup>1</sup>
- Kernspin-<sup>2</sup> und Positronenemissionstomografie<sup>2</sup>
- Häusliche Pflege oder Aufenthalt im Genesungsheim<sup>2</sup>
- Reguläre Schwangerschaft, sowie Komplikationen bei Schwangerschaft und Entbindung<sup>2</sup> (nur bei einem stationären Aufenthalt)
- Onkologie<sup>2</sup> (nur bei einer stationären oder teilstationären Behandlung)
- Beschäftigungstherapie<sup>2</sup> (nur bei ambulanter Behandlung)
- Rehabilitationsmaßnahmen<sup>2</sup>
- Medizinische Überführung<sup>2</sup> (oder Rücktransport bei entsprechender Versicherung)
- Kosten für eine Begleitperson im Falle einer/s medizinischen Überführung/Rücktransports<sup>2</sup>
- Rücktransport im Todesfall<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Wenn für mit <sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> Wenn für mit <sup>2</sup> 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 für stationäre Behandlungen nicht erforderlich. Wir müssen jedoch innerhalb von 24 Stunden ab der stationären Einweisung informiert werden, um sicherstellen zu können, dass keine Leistungseinschränkungen wegen fehlender vorheriger Kostenzusage erfolgen.

### 3. Kündigung/Betrug

- 3.1** 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 nach Ablauf dieser 30-tägigen Frist bezahlt wird, müssen Sie eine Gesundheitserklärung ausfüllen, bevor wir den Versicherungsschutz wieder aufleben lassen können.
- 3.2** 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 dieses 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.
- 3.3** 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 Versicherungsvertrages 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.
- 3.4 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 Versicherungsnehmers Familienangehörige mitversichert sind, ist ein neuer Versicherungsnehmer für den Versicherungsvertrag zu bestimmen.

### 4. Beitragszahlungen

- 4.1** 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.
- 4.2** 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 Annahme Ihres Versicherungsantrags 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.
- 4.3** Wird der **Erstbeitrag** nicht fristgerecht bezahlt, kann Allianz Worldwide Care solange 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.
- 4.4** 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.

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

## 5 Was Ihr Versicherungsschutz leistet

- 5.1 Ihre Tarifliche Leistungszusage, der Versicherungsschein, die Unternehmensvereinbarung, etwaige Nachträge, diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Gruppenversicherung sowie eventuelle gesetzliche Anforderungen legen den Umfang Ihres Versicherungsschutzes fest. Wir erstatten Ihnen 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.
- 5.2 Behandlungen und diagnostische Verfahren sind nur versichert, wenn sie einen diagnostischen, kurativen und/oder palliativen Zweck haben, medizinisch notwendig und angemessen sind und von einem gesetzlich zugelassenen Arzt, Zahnarzt oder anderen Therapeuten erbracht werden. Leistungsansprüche/Kosten werden nur bezahlt/erstattet, wenn die medizinische Diagnose und/oder die verschriebene Behandlung mit **allgemein akzeptierten medizinischen Verfahren** übereinstimmt. Kosten, die entstanden sind, weil der Versicherte **wissentlich entgegen medizinischem Rat** gehandelt hat, werden nicht erstattet.
- 5.3 Die berechneten Honorare und Gebühren dürfen den in dem betreffenden Land als allgemein **üblich und angemessen** betrachteten Umfang nicht übersteigen. Anderenfalls wird die Erstattung auf die landesüblichen Sätze gekürzt.
- 5.4 Wo geeignete/untersuchte Blutkonserven vor Ort nicht erhältlich sind, werden wir uns bemühen, entsprechende Blutkonserven und steriles Transfusionsbesteck zu beschaffen, wenn dies von dem behandelnden Arzt oder unserem medizinischen Berater angeraten ist. Allianz Worldwide Care und dessen Vermittler übernehmen keine Haftung im Falle, dass diese Bemühungen erfolglos bleiben oder wenn von der behandelnden Stelle infiziertes Blut oder Transfusionsbesteck verwendet wird.

## 6. Geltendmachung von Leistungsansprüchen

**Bitte entnehmen Sie die Einzelheiten, wie sie Ihre Leistungsansprüche geltend machen können, dem Versicherungshandbuch für die Einzelversicherung.**

- 6.1 Bitte verwenden Sie beim Einreichen aller Rechnungen und Belege unser „Erstattungsformular“. Nur ein komplett ausgefülltes Erstattungsformular mit den Originaldokumenten (z.B. Rechnung des Allgemeinmediziners/Arztes, Apothekenrechnung mit dazugehörigen Rezept, etc.), kann von unserer Leistungsabteilung bearbeitet werden.

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

- 6.2** Falls keine anderweitige Vereinbarung zur Kostenerstattung getroffen und in Ihrer Tariflichen Leistungszusage nicht anders angegeben, werden die Kosten für ambulante oder zahnärztliche Behandlung zunächst vom Patienten gezahlt. Danach erstatten wir Ihnen nach Einreichung der Originalrechnungen und -belege die angefallenen Kosten im Rahmen Ihres Versicherungsschutzes. Bei bestimmten ambulanten Behandlungen muss Ihr Arzt vor Beginn der Behandlung ein Formular zur vorherigen Kostenzusage ausfüllen. Bitte entnehmen Sie Ihrer Tariflichen Leistungszusage für welche Leistungen eine vorherige Kostenzusage erforderlich ist.
- 6.3** 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.**
- 6.4** Bei einem Krankenhausaufenthalt eines Versicherten vereinbaren wir, sofern möglich und bei rechtzeitiger Benachrichtigung, eine direkte Abrechnung der Kosten mit den Leistungserbringern unter Berücksichtigung eventueller Eigenbeteiligungen, Eigenanteile und Höchsterstattungsbeträge.
- Wenn für die geplante Behandlung eine vorherige Kostenzusage erforderlich ist, muss Ihr Arzt ein Formular zur vorherigen Kostenzusage 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 der Aufnahme keine Verzögerungen auftreten.
- 6.5** Bitte denken Sie daran, dass für jede Person, die Leistungsansprüche einfordert und für jede Behandlung, deren Kosten erstattet werden sollen, ein separates Erstattungsformular ausgefüllt werden muss.
- 6.6** Vergewissern Sie sich, dass Sie von jeglicher Korrespondenz mit uns eine Kopie behalten (insbesondere Kopien von Erstattungsformularen und Rezepten). Wir übernehmen keine Haftung für Korrespondenz, die auf dem Postweg verloren geht.
- 6.7** 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.
- 6.8** Ist eine Forderung in irgendeiner Hinsicht betrügerisch oder gefälscht, oder haben Sie oder Ihre Familienangehörigen oder in Ihrem Namen oder mit Ihrem Einverständnis handelnde Dritte betrügerische Mittel angewandt, um Leistungen des Versicherungsvertrages 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.
- 6.9** Für bargeldlose stationäre und ambulante Behandlung in den USA, sollten Versicherte mit weltweitem Versicherungsschutz ihre medizinische Einrichtung (Krankenhaus/Arzt) bitten, uns über die auf der Rückseite Ihrer Versicherungskarte aufgeführte **gebührenfreie Telefonnummer 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.

## 7. Haftungsumfang

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

## 8. Haftung Dritter

- 8.1** 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.
- 8.2** Wenn Schadenersatzansprüche gegen Dritte bestehen, ist die versicherte Person verpflichtet, uns zu informieren und alle notwendigen Unterlagen zur Verfügung zu stellen, sodass wir in der Lage sind, unsere Auslagen zurückzufordern. Die versicherte Person und Dritte dürfen ohne unser vorheriges schriftliches Einverständnis weder eine Schlussabrechnung vereinbaren, noch auf unser Recht auf Rückforderung von Auslagen verzichten. Anderenfalls steht uns das Recht zu, die an die versicherte Person ausbezahlten Beträge zurückzufordern und den Versicherungsvertrag zu kündigen.
- 8.3** Wir sind berechtigt, in Ihrem Namen, jedoch auf unsere Kosten, gerichtliche Schritte einzuleiten, um von uns bezahlte Beträge aus einem anderweitig bestehenden Versicherungsvertrag zurückzufordern.

## 9. Juristische Schritte

Jegliche rechtlichen Schritte gegen uns können erst nach Ablauf von sechzig Tagen, nachdem der Leistungsanspruch bei uns eingereicht wurde, und nicht später als zwei Jahre danach, eingeleitet werden, außer zwingende gesetzliche Regelungen erfordern eine andere Vorgehensweise.

## 10. Schiedsgerichtsverfahren

- 10.1** Der Versicherungsvertrag unterliegt irischem Recht, außer es werden von Ihnen und uns anderweitige Vereinbarungen getroffen oder es liegen zwingende gesetzliche Regelungen vor, die die Anwendung eines anderen Rechts vorschreiben.
- 10.2** 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 Schiedsrichter hat als Experte zu agieren, und die Meinung des Schiedsrichters gilt als endgültig, außer es liegt ein offenkundiger Irrtum vor oder der Streitwert liegt über €150.000. Alle Streitigkeiten deren Wert €150.000 übersteigt, werden abschließend nach den Regeln der internationalen Handelskammer durch ein oder mehrere Schiedsrichter die entsprechend der genannten Regel ernannt werden, beigelegt.

## 11. Datenschutz

Die Vertraulichkeit der Daten von Patienten und Versicherten ist für Allianz Worldwide Care von höchster 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 veraltet sind.

## 12. Was Ihr Krankenversicherungsschutz nicht leistet – Ausschlüsse und Beschränkungen

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.

- 12.1 Behandlung **außerhalb des versicherten geografischen Geltungsbereichs**, lediglich in Notfällen oder nach entsprechender Genehmigung durch uns.
- 12.2 **Vorerkrankungen**, es sei denn, sie wurden von Ihnen im Antragsformular angegeben und von uns vor oder bei Beginn des Versicherungsschutzes schriftlich akzeptiert sowie im Versicherungsschein dokumentiert.
- 12.3 Produkte, die als **Vitamine** und **Mineralstoffe** klassifiziert sind (außer während einer Schwangerschaft oder zur Behandlung eines diagnostizierten und klinisch relevanten Vitaminmangels), Nahrungsmittelergänzungs- oder Diätprodukte sowie kosmetische Produkte, auch wenn diese medizinisch anerkannt, empfohlen oder verschrieben sind und therapeutische Substanzen enthalten.
- 12.4 **Freiverkäufliche Arzneimittel** und Produkte.
- 12.5 Wenn Ihre Tarifliche Leistungszusage die **Behandlung von Unfruchtbarkeit** nicht einschließt, beschränkt sich der Versicherungsschutz auf Untersuchungen bis hin zu dem Zeitpunkt, an dem der Grund für die Unfruchtbarkeit etabliert ist (Zeitpunkt der Diagnose).
- 12.6 Sofern in der Tariflichen Leistungszusage nicht anders angegeben, die Untersuchung, Behandlung und Folgeerscheinungen von **sexueller Dysfunktion, Sterilisierung und Verhütung** einschließlich des Einsetzens, Entfernens und Anpassens jeglicher zur Verhütung gebräuchlichen Hilfsmittel, selbst wenn diese aus anderen medizinischen Gründen verschrieben sind. Die einzige Ausnahme sind von einem Dermatologen verschriebene Verhütungsmittel zur Behandlung von Akne.
- 12.7 **Schwangerschaftsabbruch** mit Ausnahme einer für die Schwangere lebensbedrohlichen Indikation.
- 12.8 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.
- 12.9 **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, dass der Unfall oder die chirurgische Behandlung während der Versicherungszeit bei Allianz Worldwide Care erfolgte.
- 12.10 Aufenthalte in einem **Kurzentrum, Badezentrum, einer Kureinrichtung, Sanatorium und Erholungsheim**, selbst wenn die Aufenthalte medizinisch verordnet sind, sowie Aufenthalte in einem **Pflegeheim**.
- 12.11 Pflege und/oder Behandlungen von **absichtlich herbeigeführten Krankheiten** und **selbst beigebrachten Verletzungen**.
- 12.12 Pflege und/oder Behandlungen infolge von **Drogenabhängigkeit oder Alkoholismus**.
- 12.13 Krankheiten und Unfälle einschließlich etwaiger Folgen sowie Todesfälle, die durch **Alkohol-** oder **Drogenmissbrauch** des Versicherten verursacht wurden.

- 12.14 Entwicklungsstörungen**, es sei denn, ein Kind hat den für sein Alter entsprechenden Entwicklungsstand in einem oder mehreren der folgenden Entwicklungsbereiche nicht erlangt: Kognitive, physische (inkl. Sehen und Hören), sprachliche (Kommunikation), sozio-emotionale Entwicklung oder Entwicklung der Anpassungsfähigkeit. Behandlungskosten für ein leichtes oder vorübergehendes Zurückbleiben in der Entwicklung werden nicht erstattet. Die Entwicklungsstörung muss durch qualifiziertes und klinisch informiertes Personal mit Hilfe von geeigneten diagnostischen Verfahren und/oder Instrumenten quantitativ gemessen werden. Eine klinisch relevante Entwicklungsstörung zeigt eine mindestens 12-monatige Verzögerung in einem der oben genannten Entwicklungsbereiche oder entspricht einer 33%-igen Verzögerung in einem der Entwicklungsbereiche oder einem 25%-igen Zurückbleiben in zwei oder mehr Bereichen, ausgedrückt als Quotient vom Entwicklungsalter zum tatsächlichen Alter.
- 12.15** Nicht versichert sind Behandlungen von **Verhaltens-, Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen, 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**.
- 12.16 Sprachtherapie** ist nur erstattungsfähig im Zusammenhang mit einer diagnostizierten physischen Beeinträchtigung, wie z. B. nasale Obstruktion, neurogene Defekte (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. Dyslexie, Dyspraxie oder expressive Sprachstörungen.
- 12.17 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.
- 12.18** Wenn **ambulante psychotherapeutische Behandlungen** versichert sind, wird die Behandlung zunächst auf zehn Sitzungen pro erstellter Diagnose begrenzt. Danach muss der registrierte Psychiater, der die Überweisung veranlasst hat, den Erfolg der Behandlung überprüfen. Sollten weitere Sitzungen notwendig sein, muss uns ein Behandlungsbericht vorgelegt werden, in dem die medizinische Notwendigkeit einer Weiterbehandlung dargelegt wird. Kosten für einen Familientherapeuten oder -berater sind nicht erstattungsfähig.
- 12.19** 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.
- 12.20** Behandlungen von Erkrankungen oder Verletzungen, die direkt oder indirekt im Zusammenhang mit **chemischer Verunreinigung, Radioaktivität, jeglichem Nuklearmaterial**, inklusive der Verbrennung von Kernbrennstoffen, stehen.
- 12.21** Untersuchung oder Behandlung von **Schlafstörungen**.
- 12.22** Kosten für die **Beschaffung eines Organs** bei einer Transplantation, wie z. B. Spendersuche, Typisierung, Transport und Verwaltungskosten.
- 12.23** Diagnostik und Therapie von **Verletzungen, die ihren Ursprung in der Ausübung von Berufssport** haben.
- 12.24** 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.

- 12.25 Orthomolekulare Behandlung** (siehe Definition 1.41).
- 12.26** Von Ihnen, Ihrem Ehepartner, Ihren Eltern oder Kindern **durchgeführte Konsultationen sowie verschriebene Medikamente oder Behandlungen.**
- 12.27 Ärztliche Gebühren** für das **Ausfüllen des Erstattungsformulars** oder andere Verwaltungskosten.
- 12.28 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.
- 12.29 Genetische Tests** mit Ausnahme von DNA-Tests, die versichert sind, wenn sie im direkten Zusammenhang mit einer leistungsberechtigten Fruchtwasseruntersuchung durchgeführt werden (siehe dazu die Definition zur „Geburtsvorsorge“).
- 12.30 Geburtsvor- und Geburtsnachbereitungskurse.**
- 12.31 Triple-/Bart's- oder Quadruple-Tests**, ausgenommen für Frauen ab 35 Jahren.
- 12.32** Untersuchungen und Behandlungen aufgrund von **Übergewicht.**
- 12.33** Untersuchungen und Behandlungen von **Haarverlust** sowie jeglicher Haarerersatz, es sei denn, der Haarverlust ist auf eine Krebstherapie zurückzuführen.
- 12.34 Ergänzende Behandlung** mit Ausnahme der Behandlungen, die in den Tariflichen Leistungszusagen aufgeführt sind.
- 12.35** Behandlungen, die infolge der **Nichtbeachtung eines medizinischen Rats oder Nichtkonsultation eines Arztes** notwendig werden.
- 12.36** Behandlungen, die aufgrund eines **Kunstfehlers** erforderlich werden.
- 12.37** Behandlung zur Änderung der **Refraktion an einem oder beiden Augen (Laseraugenkorrektur)**, einschließlich refraktiver Keratomie (RK) und fotorefraktiver Keratomie (PRK).
- 12.38 Operationen und Behandlungen zur Geschlechtsumwandlung.**
- 12.39** 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
- 12.40** Folgende Erkrankungen, Behandlungen oder Verfahren einschließlich etwaiger Folgen sind **nicht versichert**, es sei denn, sie sind in Ihrer Tariflichen Leistungszusage enthalten:
- 12.40.1 Zahnbehandlung, Zahnchirurgie, Zahnersatz, zahnärztliche Parodontalbehandlung und kieferorthopädische Behandlung**, mit Ausnahme von **chirurgischen Maßnahmen im Mundbereich, die im Rahmen Ihres Haupttarifs mitversichert sind**
  - 12.40.2 Ambulante Behandlung**
  - 12.40.3 Zahnärztliche Notfallbehandlung**
  - 12.40.4 Reguläre Schwangerschaft**
  - 12.40.5 Hausgeburt**
  - 12.40.6 Verschriebene Brillen und Kontaktlinsen**
  - 12.40.7 Verschriebene medizinische Hilfsmittel**
  - 12.40.8 Impfungen**
  - 12.40.9 Vorbeugende Behandlungen**

- 12.40.10**      **Vorsorgeuntersuchungen**
- 12.40.11**      **Stationäre Psychiatrie und Psychotherapie**
- 12.40.12**      **Ambulante Psychiatrie und Psychotherapie**
- 12.40.13**      **Behandlungen bei Unfruchtbarkeit**
- 12.40.14**      **Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung**
- 12.40.15**      **Medizinischer Rücktransport**
- 12.40.16**      **Kosten für eine Begleitperson im Falle einer Medizinischen Überführung/Rücktransport**