

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Allgemeine Versicherungsbedingungen

Inhaltsverzeichnis

Vertragliche Grundlage

1. Versicherungsrechtliche Rahmenbedingungen	2
2. Allgemeine Versicherungsbedingungen.....	2 - 13
2.1. Bestehen der Versicherungspolice	2 - 9
2.1.1. Angaben bei Abschluss und während der Laufzeit der Versicherungspolice	
2.1.1.1. Bei Abschluss der Versicherungspolice	
2.1.1.1.1. Meldepflicht	
2.1.1.1.2. Unterlassung einer Angabe, Auslassen von Angaben oder Unrichtigkeit	
2.1.1.1.2.1. Vorsätzliche Auslassung oder Unrichtigkeit	
2.1.1.1.2.2. Unbeabsichtigte Auslassung oder Unrichtigkeit	
2.1.1.2. Während der Laufzeit der Versicherungspolice	
2.1.1.3. Kumulative Versicherung	
2.1.1.4. Widerrufsrecht	
2.1.2. Inkrafttreten und Wirkungsdatum	
2.1.3. Laufzeit	
2.1.4. Prämien	
2.1.4.1. Zahlungsmodalitäten	
2.1.4.2. Folgen des Zahlungsverzugs	
2.1.4.3. Änderung der Tarife oder der Versicherungsbedingungen	
2.1.5. Leistungen	
2.1.5.1. Wartezeiten	
2.1.5.2. Zeitrahmen für die Meldung von Leistungsfällen	
2.1.5.3. Verpflichtungen und Formalitäten, die beim Eintritt eines Leistungsfalls zu erfüllen sind	
2.1.5.4. Auszahlung von Versicherungsleistungen	
2.1.5.5. Forderungsübergang	
2.1.5.6. Verjährungsfrist	
2.1.6. Ende der Versicherungspolice	
2.2. Kündigung.....	9 - 11
2.2.1. Automatische Kündigung	
2.2.2. Optionale Kündigung	
2.2.2.1. Kündigung durch den Versicherungsnehmer	
2.2.2.2. Unwirksamkeit des Versicherungsvertrags und Kündigung durch den Versicherer	
2.2.3. Kündigungsformalitäten und Mitteilungsfristen	
2.2.4. Rückerstattung der Prämien im Falle einer Kündigung	
2.2.5. Haftungsbeschränkung	
2.2.6. Höhere Gewalt	
2.3. Sonstige Bestimmungen.....	11 - 15
2.3.1. Mehrere Versicherungsnehmer	
2.3.2. Ermächtigung zur Datenverarbeitung	
2.3.3. Mitteilungen	
2.3.4. Rechtsstreitigkeiten	
2.3.5. Geltendes Recht und zuständiges Gericht	
2.3.6. Lokale Gesetzgebung	
2.3.7. Kein Versicherungsschutz bei Sanktionen, Verboten und Restriktionen	
2.3.8. Kommunikation	
2.3.9. Bericht über Solvenz und Finanzlage	
2.3.10. Garantiefonds	
3. Glossar.....	16 - 18



Vertragliche Grundlage

Der *Versicherer*, der die *Versicherungspolice* ausstellt, ist Foyer Global Health S.A., eine Krankenversicherungs-gesellschaft mit Sitz in Luxemburg in Form einer [*société anonyme*] mit eingetragenem Sitz in 12, Rue Léon Laval, L-3372 Leudelange, eingetragen unter der Nr. B134471 im luxemburgischen Handels- und Gesellschaftsregister unter der Aufsicht des Commissariat aux Assurances (11, rue Robert Stumper, L-2557 Luxembourg; +352226911-1; caa@caa.lu).

Die gegenseitigen Rechte und Pflichten des *Versicherers*, des *Versicherungsnehmers* und des *Versicherten* im Rahmen der *Versicherungspolice* sind in den folgenden Dokumenten in ihrer jeweils gültigen Fassung geregelt, die zusammen die *Versicherungspolice* bilden:

- ▶ das *Antragsformular*;
- ▶ diese *Allgemeinen Versicherungsbedingungen*;
- ▶ das *Glossar* am Ende dieser *Allgemeinen Versicherungsbedingungen*;
- ▶ die *besonderen Bedingungen* und die dazugehörigen medizinischen Unterlagen;
- ▶ die *speziellen Bedingungen*
- ▶ gegebenenfalls die *Allgemeinen Versicherungsbedingungen für medizinische Assistenzleistungen und Zusatzleistungen* und
- ▶ die Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Im Falle von abweichenden Regelungen zwischen den *Allgemeinen Bedingungen*, den *speziellen Bedingungen* und den *besonderen Bedingungen* haben die *besonderen Bedingungen* Vorrang vor den *speziellen Bedingungen* und den *Allgemeinen Bedingungen*, und die *speziellen Bedingungen* haben Vorrang vor den *Allgemeinen Bedingungen*.

1. Versicherungsrechtliche Rahmenbedingungen

Die versicherungsrechtlichen Rahmenbedingungen für den Versicherungsschutz in der *Versicherungspolice* und jegliche daraus resultierenden Leistungen ergeben sich aus der *Versicherungspolice* in ihrer jeweils gültigen Fassung sowie aus allen einschlägigen anwendbaren gesetzlichen Bestimmungen.

2. Allgemeine Versicherungsbedingungen

2.1. Bestehen der Versicherungspolice

2.1.1. Angaben bei Abschluss und während der Laufzeit der Versicherungspolice

2.1.1.1. Bei Abschluss der Versicherungspolice

2.1.1.1.1. Meldepflicht

Der *Versicherungsnehmer* verpflichtet sich, alle vom *Versicherer* gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten und gegebenenfalls den *Versicherten* zu veranlassen, dasselbe zu tun.

Der *Versicherungsnehmer* verpflichtet sich ferner, zum Zeitpunkt des Abschlusses der *Versicherungspolice* alle ihm bekannten Umstände, die er vernünftigerweise als Elemente betrachten kann, die für die Beurteilung des versicherten Risikos durch den *Versicherer* relevant sind, genau anzugeben und gegebenenfalls den *Versicherten* dazu zu veranlassen, dasselbe zu tun.

Die für die *Versicherungspolice* geltende Prämie wird dementsprechend festgesetzt.

2.1.1.1.2. Unterlassung einer Angabe, Auslassen von Angaben oder Unrichtigkeit

2.1.1.1.2.1. Vorsätzliche Auslassung oder Unrichtigkeit

Die *Versicherungspolice* ist unwirksam, wenn die vorgenannten Angaben und Erklärungen vorsätzlich unterlassen wurden oder unrichtig sind und den *Versicherer* bei seiner Risikobeurteilung in die Irre führen. In



diesem Fall hat der *Versicherer* weiterhin Anspruch auf die bereits gezahlten Prämien.

2.1.1.1.2 Unbeabsichtigte Auslassung oder Unrichtigkeit

Ist die Auslassung oder Unrichtigkeit unbeabsichtigt, ist die Versicherungspolice nicht ungültig. In diesem Fall kann der *Versicherer* jedoch innerhalb eines Monats ab dem Tag, an dem er von der betreffenden Auslassung oder Unrichtigkeit Kenntnis erlangt, eine Änderung der Versicherungspolice vorschlagen, die zu dem Zeitpunkt in Kraft tritt, an dem der *Versicherer* von der Auslassung oder Unrichtigkeit Kenntnis erlangt hat.

Weist der *Versicherer* unter diesen Umständen nach, dass er das betreffende Risiko niemals versichert hätte, wenn er bei Abschluss der Versicherungspolice die erforderlichen vollständigen und genauen Angaben erhalten hätte, kann der *Versicherer* die Versicherungspolice innerhalb eines Monats ab dem Zeitpunkt kündigen, an dem er von der betreffenden Auslassung oder Unrichtigkeit Kenntnis erlangt hat.

Lehnt der Versicherungsnehmer die vorgeschlagene Änderung der Versicherungspolice ab oder wird ein solcher Vorschlag nicht innerhalb eines Monats nach Eingang des entsprechenden Vorschlags angenommen, kann der *Versicherer* die Versicherungspolice innerhalb von 15 Kalendertagen kündigen. Ist die Auslassung oder die Unrichtigkeit vom Versicherungsnehmer verschuldet und tritt ein Leistungsfall ein, bevor die in den vorstehenden Absätzen genannte Änderung oder Kündigung der Versicherungspolice wirksam wird, so ist der *Versicherer* nur verpflichtet, Leistungen in dem Verhältnis zu gewähren, in dem die vom Versicherungsnehmer tatsächlich gezahlte Prämie zu der Prämie steht, die der Versicherungsnehmer hätte zahlen müssen, wenn das Risiko vollständig und richtig angegeben worden wäre. Weist der *Versicherer* jedoch nach, dass er das betreffende Risiko, dessen tatsächliche Natur durch den Leistungsfall offenbart wurde, niemals versichert hätte, so beschränkt sich die vom *Versicherer* zu erbringende Leistung auf die Rückerstattung aller gezahlten Prämien

2.1.1.2. Während der Laufzeit der Versicherungspolice

Der Versicherungsnehmer und/oder der oder die Versicherte(n) ist, beziehungsweise sind verpflichtet, alle Umstände anzugeben, die zu einer spürbaren und nachhaltigen Erhöhung des versicherten Risikos führen können.

Erhöht sich während der Durchführung der Versicherungspolice das Risiko des Eintritts eines Leistungsfalles in einer solchen Weise, dass der *Versicherer* die Versicherungspolice nur zu anderen Bedingungen abgeschlossen hätte, wenn der erschwerende Umstand bereits bei Abschluss der Versicherungspolice vorgelegen hätte, so schlägt der *Versicherer* innerhalb eines Monats ab dem Zeitpunkt, zu dem er von dem betreffenden erschwerenden Umstand Kenntnis erlangt hat, eine Änderung der Versicherungspolice rückwirkend zu dem Zeitpunkt des Eintretens des erschwerenden Umstands vor.

Weist der *Versicherer* nach, dass er das erhöhte Risiko niemals versichert hätte, kann er die Versicherungspolice innerhalb der gleichen Frist kündigen.

Lehnt der Versicherungsnehmer den vom *Versicherer* unterbreiteten Vorschlag zur Änderung der Versicherungspolice ab oder ist der Vorschlag nach Ablauf eines Monats nach Erhalt des entsprechenden Vorschlags nicht angenommen worden, kann der *Versicherer* die Versicherungspolice innerhalb von 15 Kalendertagen kündigen.

Tritt ein Leistungsfall ein, bevor die Änderung oder Kündigung der Versicherungspolice wirksam geworden ist, und hat der Versicherungsnehmer die in Absatz 1 dieses Artikels 2.1.1.2 genannte Verpflichtung erfüllt, so ist der *Versicherer* zur Zahlung der vereinbarten Leistung verpflichtet.

Tritt ein Leistungsfall ein und hat der Versicherungsnehmer die in Absatz 1 dieses Artikels 2.1.1.2 genannte Verpflichtung nicht erfüllt:

- a) ist der *Versicherer* verpflichtet, die vereinbarte *Leistung* zu erbringen, wenn der *Versicherungsnehmer* die Unterlassung der Angabe nicht verschuldet hat;
- b) ist der *Versicherer* zum Zahlen einer Entschädigung nur in dem Verhältnis verpflichtet, in dem die vom Versicherungsnehmer tatsächlich gezahlte Prämie zu der Prämie steht, die der Versicherungsnehmer bei Berücksichtigung der erschwerenden Umstände hätte zahlen müssen, wenn die Unterlassung der Angabe nicht auf ein Verschulden des Versicherungsnehmers zurückzuführen ist. Weist der *Versicherer*



jedoch nach, dass er das erhöhte Risiko niemals versichert hätte, beschränkt sich seine Haftung im Leistungsfall auf die Rückerstattung der Prämien, die für den Zeitraum nach dem Eintreten der betreffenden erschwerenden Umstände bezahlt wurden;

- c) und hat der Versicherungsnehmer in betrügerischer Absicht gehandelt, kann der Versicherer alle Leistungen verweigern. Die bis zu dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von dem Betrug Kenntnis erlangt hat, fälligen Prämien sind dem Versicherer als Schadenersatz zu zahlen.

Die Bestimmungen dieses Artikels 2.1.1.2 gelten nicht für eine spätere Änderung des Gesundheitszustandes eines *Versicherten*.

2.1.1.3. Kumulative Versicherung

Besteht neben dieser Police eine andere *Krankenversicherung* mit obligatorischen *Leistungen*, so hat diese obligatorische Krankenversicherung Vorrang vor der *Versicherungspolice*.

2.1.1.4. Widerrufsrecht

Wird der *Versicherungsvertrag* aus der Ferne abgeschlossen, hat der *Versicherungsnehmer* eine Frist von 14 Kalendertagen, um von dem Vertrag ohne Vertragsstrafe und ohne Angabe von Gründen zurückzutreten.

Die Frist für die Ausübung des Widerrufsrechts beginnt:

- ab dem Datum, an dem die *Versicherungspolice* aus der Ferne abgeschlossen wird, oder
- ab dem Datum, an dem der *Versicherungsnehmer* die *Versicherungspolice* erhält, wenn dieses Datum, nach dem im ersten Absatzpunkt genannten Datum liegt.

Macht der Versicherungsnehmer von seinem Widerrufsrecht gebrauch, so hat er dies vor Ablauf der 14-tägigen Widerrufsfrist durch ein Einschreiben mitzuteilen, das an den in diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen angegebenen Geschäftssitz des Versicherers geschickt wird. Die Frist gilt als gewahrt, wenn die Mitteilung vor Ablauf der Widerrufsfrist abgestempelt wurde.

Der Rücktritt hat die Wirkung, dass der Versicherungsnehmer für die Zukunft von allen Verpflichtungen, die sich aus der *Versicherungspolice* ergeben, befreit ist.

Macht der Versicherungsnehmer von seinem Widerrufsrecht gebrauch, so kann er nur verpflichtet werden, so bald wie möglich für den vom Versicherer im Rahmen der *Versicherungspolice* tatsächlich erbrachten Versicherungsschutz zu zahlen, vorausgesetzt, der fällige Betrag wurde dem Versicherungsnehmer ordnungsgemäß mitgeteilt. Mit der Ausführung der *Versicherungspolice* darf erst begonnen werden, nachdem der Versicherungsnehmer seine Zustimmung erteilt hat.

Der zu zahlende Betrag:

- darf einen Betrag nicht überschreiten, der in einem angemessenen Verhältnis zu den bereits erbrachten Versicherungsleistungen in Bezug auf die Gesamtheit der in der *Versicherungspolice* vorgesehenen Leistungen steht;
- darf keinesfalls als Strafe ausgelegt werden.

Der *Versicherer* ist nicht berechtigt, eine Zahlung zu verlangen, wenn er vor Ablauf der Widerrufsfrist mit der Ausführung der *Versicherungspolice* begonnen hat, ohne zuvor vom *Versicherungsnehmer* dazu aufgefordert worden zu sein.

Der Versicherer ist verpflichtet, dem Versicherungsnehmer innerhalb von 30 Kalendertagen alle Beträge zu erstatten, die er gemäß der *Versicherungspolice* vom Versicherungsnehmer erhalten hat, mit Ausnahme des Betrags, den der Versicherungsnehmer für den tatsächlich gewährten Versicherungsschutz gemäß den vorstehenden Absätzen schuldet. Die 30-Tage-Frist beginnt an dem Tag, an dem der Versicherer die Mitteilung über den Rücktritt erhält. Erfolgt die Erstattung nicht innerhalb von 30 Kalendertagen, so erhöht sich der geschuldete Betrag von Rechts wegen zum gesetzlichen Zinssatz, der ab dem ersten Tag nach Ablauf der betreffenden Zahlungsfrist gilt.

Der Versicherungsnehmer hat dem Versicherer so bald wie möglich, spätestens jedoch innerhalb von 30 Kalendertagen, alle vom Versicherer erhaltenen Beträge und/oder Gegenstände zurückzugeben, mit



Ausnahme der für die Dauer des Versicherungsschutzes fälligen Versicherungsleistungen, wenn dieser auf Antrag des Versicherungsnehmers bereits begonnen hat. Die 30-Tage-Frist beginnt an dem Tag zu laufen, an dem die Mitteilung des Versicherungsnehmers über den Rücktritt abgestempelt wurde. Erfolgt die Erstattung nicht innerhalb von 30 Kalendertagen, so erhöht sich der geschuldete Betrag von Rechts wegen zum geltenden gesetzlichen Zinssatz ab dem ersten Tag nach Ablauf der Zahlungsfrist.

2.1.2. Inkrafttreten und Wirkungsdatum

Die Versicherungspolice gilt ab dem Datum der Unterzeichnung des Antragsformulars und der besonderen Bedingungen durch den Versicherer, den Versicherungsnehmer und den Versicherten als abgeschlossen.

Die Versicherungspolice und der darin vorgesehene Versicherungsschutz und die darin vorgesehenen Leistungen treten jedoch am Wirkungsdatum in Kraft und werden dann wirksam.

Für Leistungsfälle, die vor Inkrafttreten der *Versicherungspolice* eintreten, werden keine *Leistungen* gewährt.

Für Neugeborene werden die Leistungen der Krankenversicherung ab dem Tag der Geburt ohne Wartezeit und ohne Risikoprüfung gewährt, wenn der Elternteil seit mindestens 3 Monaten vor der Geburt des Kindes versichert war und wenn das neue Antragsformular, das das Neugeborene als Versicherten einschließt, spätestens 2 Monate nach der Geburt beim Versicherer eingeht. In diesem Fall gelten die entsprechenden Leistungen für das Neugeborene rückwirkend ab dem Tag der Geburt. Die Versicherungsleistungen, die dem Neugeborenen aufgrund eines neuen Antragsformulars gewährt werden, dürfen nicht höher oder umfangreicher sein als die Leistungen, die den Eltern als Versicherten im Rahmen der bestehenden Versicherungspolice gewährt werden. Neugeborene können nur in Tarifen versichert werden, die zum Zeitpunkt der Geburt verkaufsoffen sind und dem aktuell geltenden Recht entsprechen.

Im Fall eines adoptierten, minderjährigen Kindes wird eine individuelle versicherungsmedizinische Risikoprüfung durchgeführt. Aus versicherungsmedizinischen Gründen kann im Anschluss an die Risikoprüfung ein Zuschlag von maximal 500% auf den Tarifbeitrag erhoben werden.

2.1.3. Laufzeit

Der *Versicherungsvertrag* wird für die Dauer von einem Jahr abgeschlossen und verlängert sich danach stillschweigend um jeweils ein Jahr, wenn keine der Parteien gemäß den in Artikel 2.2.3 der vorliegenden *Allgemeinen Versicherungsbedingungen vorgesehenen* Formalitäten und Kündigungsfristen einer solchen Verlängerung widerspricht.

2.1.4. Prämien

2.1.4.1. Zahlungsmodalitäten

Soweit nichts anderes bestimmt ist, sind die gesetzlich zulässigen Prämien, Gebühren und Steuern im Voraus an den Hauptsitz des *Versicherers* und/oder den vom *Versicherer* zu diesem Zweck benannten Vertreter zu zahlen. Die Zahlung wird vom *Versicherungsnehmer* verlangt.

Wenn die *Versicherungspolice mehrere* versicherte Risiken abdeckt, gilt der Gesamtbetrag der im Rahmen der *Versicherungspolice* fälligen Prämien als eine einzige unteilbare Prämie.

Die Prämie ist eine Jahresprämie. Die erste Prämienzahlung ist ab dem Datum der Unterzeichnung der besonderen Bedingungen durch den Versicherungsnehmer fällig.

Die Folgeprämien sind zum Zeitpunkt der Erneuerung der Versicherungspolice fällig.

Die Zahlungsbedingungen für die Prämien sind im *Antragsformular* angegeben. Jede Änderung der Zahlungsbedingungen bedarf der ausdrücklichen schriftlichen Zustimmung des *Versicherers*.

Für Neugeborene, die am Tag ihrer Geburt bereits *Versicherte* sind, werden die Prämien ab dem Tag der Geburt des Kindes fällig.



2.1.4.2. Folgen bei Zahlungsverzug

Bei Nichtzahlung der Prämie oder eines Teils der Prämie innerhalb von 60 Kalendertagen nach dem Fälligkeitsdatum werden die *Leistungen* der *Versicherungspolice* nach einer Nachfrist von 30 Kalendertagen ausgesetzt, nachdem der *Versicherer* dem *Versicherungsnehmer* einen eingeschriebenen Brief an seinen letzten bekannten Wohnsitz zugestellt hat. Der *Versicherer* sendet den entsprechenden eingeschriebenen Brief auch an die letzte bekannte E-Mail-Adresse des *Versicherungsnehmers*.

Das Einschreiben enthält eine förmliche Aufforderung des *Versicherers* an den *Versicherungsnehmer*, alle fälligen Prämien zu zahlen. Außerdem werden in dem Schreiben das Fälligkeitsdatum und der Gesamtbetrag der nicht gezahlten Prämien sowie die Folgen einer Nichtzahlung nach Ablauf der oben genannten Nachfrist genannt.

Ansprüche, die während der auf die Karenzzeit folgenden Aussetzungszeit eintreten, berechtigen nicht zur Gewährung von *Leistungen* durch den *Versicherer*.

Der *Versicherer* hat das Recht, den *Versicherungsvertrag* 10 Kalendertage nach Ablauf der vorgenannten 30-tägigen Nachfrist zu kündigen.

Wird der *Versicherungsvertrag* nicht gekündigt, entfaltet er seine Wirkung für künftige *Versicherungsfälle* erst ab der ersten Stunde des Tages, der auf den Tag folgt, an dem der *Versicherer* oder der von ihm zu diesem Zweck benannte Bevollmächtigte die Zahlung der fälligen Prämien oder, wenn der Gesamtbetrag der Jahresprämie in Bruchteile zerlegt ist, die Zahlung der entsprechenden Bruchteile, die dem *Versicherungsnehmer* als unbezahlt gemeldet wurden, sowie die während des Aussetzungszeitraums verfallenen Prämien und gegebenenfalls die Rechtsverfolgungs- und Beitreibungskosten erhält.

Die Aussetzung der *Leistungen* berührt nicht das Recht des *Versicherers*, die später fällig werdenden Prämien einzufordern, vorausgesetzt, dem *Versicherungsnehmer* wurde eine förmliche Mitteilung zugestellt, in der er darüber informiert wird, dass die Prämien fällig geworden sind und dass der *Versicherungsvertrag* und die daraus gewährten *Leistungen* ausgesetzt bleiben. Dieses Recht ist jedoch auf Prämien für 2 aufeinanderfolgende Jahre beschränkt.

Wird der *Versicherungsvertrag* wegen Nichtzahlung von Prämien oder Prämienbruchteilen für einen ununterbrochenen Aussetzungszeitraum von 2 Jahren ausgesetzt, so endet er automatisch mit Ablauf dieses Zeitraums.

2.1.4.3. Änderung der Tarife oder der Versicherungsbedingungen

Beabsichtigt der *Versicherer*, die Versicherungsbedingungen und/oder seine Tarife zu ändern, so kann er diese Änderung nur gemäß den Bestimmungen des geänderten Gesetzes vom 27. Juli 1997 über Versicherungspolice und etwaiger späterer gesetzlicher Änderungen dieses Gesetzes vornehmen.

2.1.5. Leistungen

2.1.5.1. Wartezeiten

Die Wartezeiten beginnen ihre Laufzeit am Wirkungsdatum.

Ungeachtet der speziellen Bedingungen gelten für die *Versicherungspolice* die folgenden spezifischen Wartezeiten:

- Bei Schwangerschaft (sowie bei damit verbundenen Komplikationen), Entbindung, psychiatrischen Leistungen, Psychotherapie und größeren zahnärztlichen Leistungen beträgt die Wartezeit 10 Monate.
- Im Falle einer medizinischen Behandlung bei Unfruchtbarkeit beträgt die Wartezeit für beide Ehepartner oder Lebenspartner 24 Monate.



Wird die *Versicherungspolice* geändert, um die darin vorgesehenen Leistungen zu erweitern, gelten die Wartezeiten für die entsprechenden neuen Leistungen, die im Rahmen der geänderten *Versicherungspolice* gewährt werden.

2.1.5.2. Zeitrahmen für die Meldung von Leistungsfällen

Ungeachtet der Bestimmungen in Artikel 2.1.5.6 dieser *Allgemeinen Versicherungsbedingungen* muss der *Versicherungsnehmer* und/oder der *Versicherte* dem *Versicherer* jeden *Schadensfall* unverzüglich melden.

2.1.5.3. Verpflichtungen und Formalitäten, die beim Eintritt eines Leistungsfalls zu erfüllen sind

Der *Versicherungsnehmer* hat alle erforderlichen Maßnahmen zu ergreifen, um die Folgen von *Leistungsfällen* zu vermeiden oder zu begrenzen.

Der *Versicherungsnehmer* bzw. der *Versicherte* hat dem *Versicherer* bzw. dessen Beauftragten unverzüglich alle sachdienlichen Auskünfte zu erteilen und Unterlagen zur Verfügung zu stellen sowie alle Anfragen des *Versicherers* bzw. dessen Beauftragten zu beantworten, damit der *Versicherer* die Umstände und den Umfang des *Leistungsfalls* feststellen kann.

Auf Verlangen des *Versicherers* ist der *Versicherte* verpflichtet, sich von einer vom *Versicherer* benannten medizinischen Autorität untersuchen zu lassen.

Hält der *Versicherungsnehmer* und/oder der *Versicherte* einer der in den Artikeln 2.1.5.2 und 2.1.5.3 dieser *Allgemeinen Versicherungsbedingungen* vorgesehenen Verpflichtungen nicht ein und entsteht dem *Versicherer* dadurch ein Schaden, so ist der *Versicherer* berechtigt, die aus der *Versicherungspolice* geschuldeten *Versicherungsleistungen* im Verhältnis zum erlittenen Schaden zu kürzen.

Wenn der *Versicherungsnehmer* und/oder der *Versicherte* eine der in den Artikeln 2.1.5.2 und 2.1.5.3 dieser *Allgemeinen Versicherungsbedingungen* vorgesehenen Verpflichtungen in betrügerischer Absicht nicht erfüllt, ist der *Versicherer* berechtigt, den im Rahmen des *Versicherungsvertrags* vorgesehenen Versicherungsschutz abzulehnen und die Zahlung von *Versicherungsleistungen* zu verweigern.

2.1.5.4. Auszahlung von Versicherungsleistungen

Hat der *Versicherungsnehmer* oder der *Versicherte* auch Anspruch auf *Leistungen* einer nationalen Krankenkasse oder einer anderen Versicherungseinrichtung oder eines anderen Trägers, so hat der *Versicherer* nur die Kosten zu übernehmen, die dem *Versicherungsnehmer* oder dem *Versicherten* entstehen und die über die bereits von dieser anderen Kasse, Einrichtung oder diesem Träger erhaltenen *Leistungen* hinausgehen.

Der *Versicherer* muss nur zahlen, wenn die vom *Versicherungsnehmer* und *Versicherten* verlangten Belege und Auskünfte dem *Versicherer* vorgelegt werden. Diese Unterlagen gehen danach in das Eigentum des *Versicherers* über. Der *Versicherer* behält sich außerdem das Recht vor, die betreffenden Unterlagen gemäß den geltenden Vorschriften zu archivieren.

Bei den vom *Versicherungsnehmer* und/oder *Versicherten* vorgelegten Rechnungen und Zahlungsnachweisen muss es sich um Originaldokumente handeln, die dem Recht des ausstellenden Landes entsprechen müssen. Diese Rechnungen und Zahlungsnachweise können dem *Versicherer* per Post, E-Mail, Fax oder über einen Upload auf das Kundenportal übermittelt werden, sofern sie lesbar sind und die Übertragungsqualität der Dokumente für ihre Verarbeitung ausreicht.

Ungeachtet dessen kann der *Versicherer* jederzeit verlangen, dass ihm die Originalbelege vorgelegt werden.

Hat sich ein anderer *Versicherer* und/oder eine andere Einrichtung an den Erstattungskosten beteiligt, so genügen doppelte Rechnungen und Zahlungsnachweise, sofern dem *Versicherer* auch ein Beleg über den von dem anderen *Versicherer* und/oder der anderen Einrichtung erstatteten Betrag vorgelegt wird.



Auf allen Rechnungen müssen folgende Angaben enthalten sein: Vor- und Nachname sowie Geburtsdatum des *Versicherten* (und eventueller Mitversicherter), eine genaue *ärztliche Krankheitsangabe* (Diagnose) oder eine genaue Beschreibung der gesamten *Krankheit* oder ein Verweis auf eine international anerkannte Kodifikation (z. B. Internationale Klassifikation der Krankheiten) sowie ein Einzelnachweis der Kosten für die medizinische Behandlung, für die Leistungen erbracht werden sollen, mit Behandlungsdaten und Einheitspreisen. Bei Zahnbehandlungen sind die einzelnen behandelten oder ersetzten Zähne und die damit verbundenen Leistungen anzugeben.

Auf allen ärztlichen Verschreibungen sind folgende Angaben zu machen: Vor- und Nachname sowie das Geburtsdatum des *Versicherten* (und eventueller Mitversicherter), das verordnete *Arzneimittel*, der Preis und die Zahlungsreferenz. Den Rezepten muss die Rechnung des *Arztes* mit der medizinischen Diagnose und/oder die Rechnung für die *Medikamente* und Heilmittel beigelegt werden.

Beantragt der *Versicherte* anstelle der Kostenerstattung ein Ersatz-*Krankenhaustagegeld*, muss er eine Bescheinigung über die stationäre Behandlung vorlegen, die den Vor- und Nachnamen und das Geburtsdatum der behandelten Person, die Bezeichnung der *Krankheit* sowie das Aufnahme- und Entlassungsdatum enthalten muss.

Der *Versicherer* ist berechtigt, die Einreichung der Belege und Informationen auf seinen eigenen Formularen zu verlangen. Die entsprechenden Formulare müssen vom *Versicherungsnehmer* bzw. vom *Versicherten* und von der behandelnden *ärztlichen Stelle* ordnungsgemäß ausgefüllt werden.

Der *Versicherer* ist berechtigt, die *Leistungen* an die Person zu zahlen, die dem *Versicherer* die Belege und Informationen in ordnungsgemäßer Form vorlegt. Im Zweifelsfall zahlt der *Versicherer* den Erstattungsbetrag an den *Versicherungsnehmer*, und jede solche Zahlung befreit den *Versicherer* wirksam von seinen entsprechenden Verpflichtungen aus dem *Versicherungsvertrag*.

Die in ausländischer Währung angefallenen Kosten werden zu dem am Tag der Einreichung der Belege beim *Versicherer* geltenden Wechselkurs in Euro umgerechnet.

Alle Belege und Informationen müssen in Deutsch, Englisch oder Französisch eingereicht werden. Alle Gebühren, die dem *Versicherer* im Zusammenhang mit der Übersetzung von Dokumenten und Informationen, die in einer anderen Sprache eingereicht werden, entstehen, können von den im Rahmen der *Versicherungspolice* gewährten *Versicherungsleistungen* abgezogen werden.

Die Rechte auf *Versicherungsleistungen* aus der *Versicherungspolice* können nicht abgetreten, übertragen oder verpfändet werden.

2.1.5.5. Forderungsübergang

Der *Versicherer* tritt in alle Rechte und Klagen ein, die der *Versicherungsnehmer* oder der *Versicherte* im Zusammenhang mit einem *Leistungsfall* gegen einen Dritten geltend machen kann, und zwar in Höhe der vom *Versicherer* in diesem Zusammenhang gezahlten *Leistungen*.

Wenn der vorgenannte Forderungsübergang aufgrund von Handlungen oder Unterlassungen des *Versicherungsnehmers* oder des *Versicherten* nicht mehr zu Gunsten des *Versicherers* wirken kann, kann der *Versicherer* die Rückzahlung der aus der *Versicherungspolice* erbrachten *Leistungen* im Verhältnis zum erlittenen Schaden verlangen.

Der Forderungsübergang darf nicht dazu führen, dass der *Versicherte* durch die Zahlung von *Leistungen* aus der *Versicherungspolice* nur teilweise entschädigt wird. In diesem Fall kann der *Versicherte* seine Rechte für die Beträge, die ihm noch geschuldet werden, vorrangig gegenüber dem *Versicherer* geltend machen.

Der *Versicherer* hat, außer bei Böswilligkeit des *Versicherten*, keinen Regressanspruch gegen dessen Nachkommen, Verwandte in aufsteigender Linie, Ehepartner und Schwiegereltern in direkter Linie sowie gegen die in der Wohnung oder dem Haus des *Versicherten* lebenden Personen, seine Gastgeber und seine Hausangestellten. Der *Versicherer* kann jedoch gegen die genannten Personen gerichtlich vorgehen, soweit ihre Haftung durch einen *Versicherungsvertrag* wirksam gedeckt ist.



2.1.5.6. Verjährungsfrist

Die Verjährungsfrist für jegliche Rechtsstreite die sich aus, oder im Zusammenhang mit der *Versicherungspolice* ergeben beträgt 3 Jahre.

Die Verjährungsfrist beginnt ab dem Tag, an dem das Ereignis, das den betreffenden Rechtsstreit auslöst, eintritt. Kann die klageberechtigte Person nachweisen, dass sie erst zu einem späteren Zeitpunkt von dem klagefähigen Ereignis Kenntnis erlangt hat, beginnt die Verjährungsfrist erst zu diesem späteren Zeitpunkt

zu laufen, ohne jedoch 5 Jahre ab dem Zeitpunkt des Eintritts des klagefähigen Ereignisses zu überschreiten, außer im Falle von Betrug.

Die Verjährungsfrist läuft auch gegen Minderjährige oder andere Personen, die nicht geschäftsfähig sind.

Die Verjährungsfrist läuft nicht gegen einen *Versicherten*, der aufgrund *höherer Gewalt* nicht in der Lage ist, innerhalb der vorgeschriebenen Frist zu handeln.

Ist der Leistungsfall rechtzeitig gemeldet worden, ist die Verjährungsfrist unterbrochen, bis der Versicherer dem Versicherungsnehmer oder Versicherten seine Entscheidung bezüglich des Schadensfalls schriftlich mitgeteilt hat.

2.1.6. Ende der Versicherungspolice

Die Ansprüche auf Zahlung von *Versicherungsleistungen* im Rahmen der *Versicherungspolice* verfallen automatisch an dem Tag, an dem die *Versicherungspolice* gekündigt wird, auch für bereits eingetretene *Leistungsfälle* und/oder solche, die dem *Versicherer* vor dem Kündigungsdatum gemeldet wurden.

2.2. Kündigung

2.2.1. Automatische Kündigung

Die *Versicherungspolice* endet automatisch, wenn sie 2 Jahre lang ununterbrochen ausgesetzt war.

Die *Versicherungspolice* endet in Bezug auf einen bestimmten Versicherten, wenn für diesen Versicherten eine der in den Tarifen festgelegten Bedingungen der Versicherungsfähigkeit endet.

Außerdem endet die *Versicherungspolice* automatisch im Falle des Todes des Versicherungsnehmers. Die überlebenden Versicherten können die *Versicherungspolice* jedoch durch die Ernennung eines neuen Versicherungsnehmers erneuern, sofern die entsprechende Ernennung innerhalb von 2 Monaten nach dem Tod des ursprünglichen Versicherungsnehmers für den Versicherer angegeben wird.

Eine Scheidung oder gleichwertige Trennung führt nicht zur automatischen Kündigung der *Versicherungspolice*, die weiterhin gilt.

2.2.2. Optionale Kündigung

Im Falle von Mehrfachversicherungen oder versicherten Risiken kann sich die Kündigung auf eine oder mehrere dieser Versicherungen und/oder Risiken beziehen.

2.2.2.1. Kündigung durch den Versicherungsnehmer

Der Versicherungsnehmer kann die *Versicherungspolice* insgesamt oder die *Versicherungspolice* für bestimmte Versicherte oder Tarife bei jeder Erneuerung der *Versicherungspolice* nach Erhalt der Zahlungsmittelteilung des Versicherers kündigen, in der der Versicherungsnehmer über die Erneuerung der *Versicherungspolice*, das Fälligkeitsdatum der nächsten Prämie und das Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers informiert wird. Das entsprechende Kündigungsschreiben muss vom Versicherungsnehmer spätestens 30 Kalendertage nach dem Datum des Poststempels der vorgenannten



Zahlungsmittel an den Versicherer gesendet werden. Die Kündigung wird am zweiten Werktag nach dem Datum des Poststempels des Kündigungsschreibens wirksam, frühestens jedoch am Tag der Erneuerung der Versicherungspolice.

Werden diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen gemäß Artikel 2.1.4.3 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen geändert, kann der Versicherungsnehmer die Versicherungspolice innerhalb eines Monats ab dem Datum des Poststempels der Absendung des Mitteilungsschreibens des Versicherers, das den Versicherungsnehmer über die betreffende Änderung informiert, kündigen. Die Kündigung wird einen Monat nach dem Datum der Zustellung des Kündigungsschreibens durch den Gerichtsvollzieher, dem auf der Empfangsbescheinigung des Kündigungsschreibens angegebenen Datum oder dem Tag nach der Übergabe des Kündigungsschreibens an die Post wirksam, je nach Lage des Falls.

Im Falle einer Prämienhöhung gemäß Artikel 2.1.4.3 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen hat der Versicherungsnehmer das Recht, die Versicherungspolice innerhalb von 60 Tagen ab dem Datum des Poststempels der Absendung des Mitteilungsschreibens des Versicherers, das den Versicherungsnehmer über die entsprechende Prämienhöhung informiert, zu kündigen. Die Kündigung wird am zweiten Werktag nach Absendung des Kündigungsschreibens (es gilt das Datum des Poststempels) wirksam, frühestens jedoch am Tag der Erneuerung der Versicherungspolice.

Der Versicherungsnehmer kann die Versicherungspolice ferner insgesamt kündigen, wenn der Versicherer ein oder mehrere versicherte Risiken, die durch die Versicherungspolice gedeckt sind, gekündigt hat. Die Kündigung muss innerhalb eines Monats nach dem Datum des Poststempels der Absendung des Kündigungsschreibens des Versicherers erfolgen und wird innerhalb eines Monats nach dem Datum der Zustellung des Kündigungsschreibens des Versicherungsnehmers durch den Gerichtsvollzieher, dem auf der Empfangsbescheinigung angegebenen Datum oder dem Tag nach der Aufgabe des Kündigungsschreibens des Versicherungsnehmers bei der Post wirksam, je nach Lage des Falls.

Kündigt der Versicherungsnehmer die gesamte Versicherungspolice oder kündigt er sie für einen oder mehrere einzelne Versicherte, so können die Versicherten die Versicherungspolice durch Benennung eines neuen Versicherungsnehmers erneuern, sofern diese Benennung innerhalb von 2 Monaten nach der betreffenden Kündigung für den Versicherer angegeben wird. Die Kündigung wird nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer dem Versicherer nachweist, dass die betroffenen Versicherten über die Kündigungsmittelteilung des Versicherungsnehmers informiert worden sind.

2.2.2.2. Unwirksamkeit des Versicherungsvertrags und Kündigung durch den Versicherer

Wird ein bestimmtes Risiko bösgläubig im Rahmen einer oder mehrerer Versicherungspolice einschließlich der Versicherungspolice mit einer zu hohen Prämie versichert, so ist die Versicherungspolice ungültig und unwirksam. In diesem Fall kann der gutgläubige Versicherer die eingekommenen Prämien als Mittel zur Entschädigung für jeglichen erlittenen Schaden behalten.

Ungeachtet anderer in der Versicherungspolice vorgesehenen Kündigungsgründe kann der Versicherer die Versicherungspolice mit sofortiger Wirkung kündigen, wenn der Versicherungsnehmer oder ein Versicherter Versicherungsleistungen in betrügerischer Weise erlangt oder zu erlangen versucht hat. Dieses Kündigungsrecht verfällt, wenn es nicht innerhalb eines Monats ab dem Zeitpunkt ausgeübt wird, zu dem der Versicherer über die Tatsachen Kenntnis erlangt hat, welche die Kündigung auslösen.

Wenn die Versicherungspolice für mehrere Versicherte gilt und die Voraussetzungen für die Kündigung der Versicherungspolice nur für bestimmte Versicherte erfüllt sind, kann die Ausübung der vorstehenden Kündigungsrechte auf die betreffenden Versicherten beschränkt werden.



2.2.3. Kündigungsformalitäten und Kündigungsfristen

Die Kündigung des *Versicherungsvertrags* muss per Einschreiben, per Zustellung durch den Gerichtsvollzieher oder durch Übergabe des Kündigungsschreibens gegen Empfangsbestätigung erfolgen.

Sofern hierin nichts anderes vorgesehen ist, wird die Kündigung nach Ablauf einer Frist von einem Monat nach dem Datum der Zustellung des Kündigungsschreibens durch den Gerichtsvollzieher, dem auf der Quittung des Kündigungsschreibens angegebenen Datum bzw. dem Tag nach der Übergabe des Kündigungsschreibens an die Postdienste wirksam, je nach Lage des Falls.

2.2.4. Rückerstattung der Prämien im Falle einer Kündigung

Ungeachtet des Kündigungsgrundes sind die Prämien, die der *Versicherungsnehmer* für die nach dem Wirksamwerden der Kündigung laufende Versicherungsperiode gezahlt hat, innerhalb von 30 Tagen nach dem Wirksamwerden der Kündigung zu erstatten. Nach Ablauf dieser 30-Tage-Frist fallen von Rechts wegen gesetzliche Zinsen an.

2.2.5. Haftungsbeschränkung

Ohne grobe Fahrlässigkeit oder vorsätzliches Fehlverhalten des Versicherers, haftet dieser gegenüber dem Versicherungsnehmer oder dem Versicherten nicht für Verluste, Forderungen, Haftpflichtansprüche, Kosten oder Schäden, die sich aus Handlungen oder Unterlassungen des Versicherers im Zusammenhang mit der Erbringung von Dienstleistungen oder mit der Durchführung von jeglichen Maßnahmen im Rahmen der Versicherungspolice ergeben.

2.2.6. Höhere Gewalt

Der Versicherer haftet nicht für Handlungen oder Unterlassungen von erforderlichen Handlungen, die er im Zusammenhang mit der Erfüllung seiner Verpflichtungen oder mit der Ausübung seiner Rechte in der Versicherungspolice vornimmt, wenn und soweit diese Handlungen oder Unterlassungen auf Ereignisse zurückzuführen sind, oder von Ereignissen verursacht werden, die außerhalb der zumutbaren Kontrolle des Versicherers liegen (höhere Gewalt), einschließlich, aber nicht beschränkt auf Unruhen, Krieg, Aufstand, Aufruhr, zivile oder militärische Konflikte, Sabotage, Arbeitsunruhen, Streik, Aussperrung, Feuer, Überschwemmung oder Wasserschäden, höhere Gewalt, regierungsbehördliche Maßnahmen oder die Androhungen durch jegliche Behörden, gesetzlicher Zwang, Betrug oder Fälschung, Unfall, Explosion,

mechanischer Zusammenbruch, Computer- oder Systemausfall, Ausfall von Geräten, Ausfall oder Störung von Kommunikationsmedien oder Unterbrechung der Stromversorgung, lokale oder ausländische Gesetze, Gerichtsverfahren, Dekrete, Verordnungen, Anordnungen oder andere Maßnahmen einer lokalen oder ausländischen Regierung, Behörde, Selbstregulierungsorganisation, Regierungsinstitution oder eines lokalen oder ausländischen Regierungsinstruments oder Gerichts.

Der Versicherer hat im Interesse aller Beteiligten die geltenden lokalen, europäischen und internationalen Vorschriften und Regelungen einschließlich der Sanktionsvorschriften einzuhalten. Der Versicherer ist nicht dazu verpflichtet, Versicherungsleistungen zu gewähren oder zu erbringen oder einen Versicherungsschutz im Rahmen dieser Versicherungspolice zu garantieren, wenn die Erfüllung des Versicherungsschutzes oder die Erbringung einer Leistung den Versicherer dem Risiko jeglicher Sanktionen, Strafen, Verbote oder Beschränkungen gemäß solchen Vorschriften und Bestimmungen aussetzen würde.

2.3. Sonstige Bestimmungen

2.3.1. Mehrere Versicherungsnehmer

Gibt es mehrere *Versicherungsnehmer*, so haften alle *Versicherungsnehmer* gesamtschuldnerisch für die Erfüllung, die sich aus der *Versicherungspolice* ergibt.



Nach jeglicher partiellen Kündigung der Versicherungspolice oder einer anderen Verringerung des Versicherungsschutzes im Rahmen der Versicherungspolice, die die Versicherungspolice nicht vollständig beendet, gilt der vorstehende Absatz nur in Bezug auf die verbleibenden Verpflichtungen der Versicherungsnehmer und im proportionalen Verhältnis zu der Verringerung.

2.3.2. Ermächtigung zur Datenverarbeitung

Der *Versicherungsnehmer*, der nicht nur in seinem eigenen Namen, sondern auch im Namen und im Auftrag der anderen *Versicherten* handelt, ermächtigt den *Versicherer* zur Verarbeitung medizinischer oder sensibler Daten, die nicht nur seine Person, sondern auch die der anderen *Versicherten* betreffen, und zwar auch dann, wenn dies für die Durchführung oder Erfüllung des *Versicherungsvertrags* erforderlich ist. Der *Versicherungsnehmer* verpflichtet sich, dass die *versicherten Parteien* der entsprechenden Verarbeitung ihrer medizinischen und sensiblen Daten zum Zwecke der Ausführung und Erfüllung der *Versicherungspolice* zustimmen, sie akzeptieren und genehmigen.

2.3.3. Benachrichtigungen

Alle Benachrichtigungen des Versicherers an den Versicherungsnehmer gelten als wirksam zugestellt, wenn sie per Post an die letzte bekannte Adresse des Versicherungsnehmers, die in den Unterlagen des Versicherers aufgeführt ist, gesendet werden. Gibt es mehrere Versicherungsnehmer, so gilt jede Mitteilung des Versicherers, die an einen von ihnen gesendet wird, als an alle gültig zugestellt.

Mitteilungen des Versicherers an den Versicherungsnehmer gelten 10 Kalendertage nach dem Datum des Poststempels ihrer Absendung durch den Versicherer als beim Versicherungsnehmer eingegangen.

Mitteilungen an den Versicherer sind an den Sitz des Versicherers zu richten, dessen Anschrift in diesen *Allgemeinen Bedingungen* angegeben ist.

2.3.4. Rechtsstreitigkeiten

Bei Streitigkeiten im Zusammenhang mit dem *Versicherungsvertrag* muss der *Versicherungsnehmer* eine schriftliche Beschwerde einreichen:

- ▶ entweder an die **Geschäftsleitung des Versicherers**,
- ▶ oder an den **Ombudsmann für Versicherungen**: c/o: Association des Compagnies d'Assurances et de Réassurances du Grand-Duché de Luxembourg (Luxemburger Versicherungs- und Rückversicherungsverband), 12 rue Erasme, L-1468 Luxembourg,
- ▶ oder an den **Verbraucher-Ombudsmann**: Union Luxembourgeoise des Consommateurs (Luxemburger Verbraucherschutzverband), 55 rue des Bruyères, L-1274 Howald,
- ▶ oder an den Nationalen **Verbraucher-Ombudsmannsdienst**: Service National du Médiateur de la Consommation, 6 rue du Palais de Justice L-1841 Luxembourg
- ▶ oder an die **Luxemburger Versicherungskommission**: Commissariat aux Assurances, 11, rue Robert Stumper, L-2557 Luxembourg,

Dies berührt nicht die Möglichkeit, dass der Versicherungsnehmer vor Gericht Klage erhebt.

Bitte beachten Sie auch das ausführliche Verfahren zur außergerichtlichen Beilegung von Beschwerden [im Anhang zu diesen AVB][verfügbar auf der Website des Versicherers <https://www.foyerglobalhealth.com/>].

2.3.5. Anwendbares Recht und zuständiges Gericht

Die Versicherungspolice unterliegt dem Luxemburger Recht und ist nach diesem auszulegen. Für Angelegenheiten, die in diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen nicht ausdrücklich erwähnt sind, gelten die anwendbaren Bestimmungen des Luxemburger Rechts.



Für alle Rechtsstreite, die sich aus oder im Zusammenhang mit der Versicherungspolice ergeben, sind ausschließlich die Gerichte in Luxemburg, Großherzogtum Luxemburg zuständig, unbeschadet der Anwendung einschlägiger europäischer Verordnungen oder internationaler Verträge oder Vereinbarungen.

Für alle außervertraglichen Schadensersatzansprüche gegen den Versicherer sind ausschließlich die Gerichte in Luxemburg, Großherzogtum Luxemburg zuständig.

2.3.6. Lokale Gesetzgebung

Der Versicherungsnehmer und/oder der Versicherte müssen möglicherweise örtlichen Krankenversicherungsgesetzen und entsprechenden Verpflichtungen folgen. Der im Rahmen der Versicherungspolice gewährte Versicherungsschutz erhebt nicht den Anspruch, solche lokalen Krankenversicherungsgesetze und entsprechende Verpflichtungen zu erfüllen, und stellt keinen Ersatz für ein obligatorisches Krankenversicherungssystem dar, das dem Versicherungsnehmer und/oder dem Versicherten auferlegt werden kann.

Der Versicherungsnehmer und der Versicherte erkennen ausdrücklich an, akzeptieren und stimmen zu, dass der Versicherer nicht für Verstöße gegen örtliche Krankenversicherungsgesetze oder -verpflichtungen haftbar ist, denen der Versicherungsnehmer und/oder der Versicherte eventuell unterliegt, und erkennen ferner ausdrücklich an, akzeptieren und stimmen zu, dass der Versicherer für alle direkten oder indirekten Verluste, Schäden, Kosten, Sanktionen, Strafen, Gebühren oder andere Maßnahmen, die im Zusammenhang mit solchen verbindlichen örtlichen Krankenversicherungsgesetzen oder -verpflichtungen entstehen, entschädigt und schadlos gehalten wird.

In diesem Zusammenhang verpflichten sich der Versicherungsnehmer und der Versicherte, zu prüfen und sicherzustellen, dass der Abschluss der Versicherungspolice mit den für sie geltenden gesetzlichen Bestimmungen übereinstimmt.

2.3.7. Kein Versicherungsschutz bei Sanktionen, Verboten und Restriktionen

[Alt. 1 - Industrial clients etc.]

Der Versicherer gewährt keinen Versicherungsschutz und ist nicht verpflichtet, einen Anspruch zu zahlen oder eine Leistung zu erbringen, wenn die Gewährung eines solchen Versicherungsschutzes, die Zahlung eines solchen Anspruchs oder die Erbringung einer solchen Leistung den Versicherer Sanktionen, Verboten oder Beschränkungen aussetzen würde, einschließlich, aber nicht beschränkt auf Finanz-, Wirtschafts- und Handelssanktionsgesetze, -verordnungen oder -beschlüsse, die von einer zuständigen Behörde, einschließlich, aber nicht beschränkt auf die Vereinten Nationen, die Europäische Union, die Vereinigten Staaten von Amerika, das Vereinigte Königreich und jede andere für diesen Versicherungsvertrag relevante Gerichtsbarkeit, erlassen wurden.

Sanktionierte Personen

Der Versicherer gewährt einer sanktionierten Person, die von einer zuständigen Behörde benannt wurde, keinen Versicherungsschutz, nimmt keine Prämienzahlungen von ihr an und ist nicht zur Zahlung von Ansprüchen oder zur Erbringung von Leistungen verpflichtet.

Der Versicherungsschutz für eine versicherte Person, einschließlich anspruchsberechtigter Mitglieder und deren Angehöriger, wird unverzüglich ausgesetzt und/oder beendet, wenn sie von einer zuständigen Behörde als sanktionierte Person eingestuft wird.

Sanktionierte Länder

Der Versicherer bietet keinen Versicherungsschutz und ist nicht verpflichtet, Ansprüche oder Leistungen im Zusammenhang mit einem Versicherungsschutz, der ein sanktioniertes Land betrifft, zu zahlen oder zu erstatten.



Dies bedeutet, dass (i) kein Versicherungsschutz gewährt werden kann, wenn ein sanktioniertes Land oder Gebiet in irgendeiner Weise involviert ist, (ii) keine Prämienzahlung, Schadenszahlung oder Erbringung von Leistungen von oder auf ein Bankkonto erfolgen kann, das in einem sanktionierten Land oder bei einer von der Regierung eines sanktionierten Landes kontrollierten Bank eröffnet wurde, und (iii) keine Zahlungsgarantie durch den Versicherer für einen Anbieter gewährt werden kann, der in einem sanktionierten Land niedergelassen ist oder dessen Anteile von Staatsangehörigen oder Einwohnern eines sanktionierten Landes oder von sanktionierten Personen gehalten werden, ungeachtet ihrer Eigentumsverhältnisse.

Staatsangehörige oder Einwohner eines sanktionierten Landes und Personen, die in der Vergangenheit in ein sanktioniertes Land gereist sind, sind nur versichert, wenn sie sich physisch außerhalb sanktionierter Länder befinden und sofern sie nicht als sanktionierte Personen gelten.

Es wird keine Evakuierung oder Repatriierung einer versicherten Person aus einem sanktionierten Land durchgeführt.

Die Liste der sanktionierten Länder, die von Zeit zu Zeit erweitert und aktualisiert wird, umfasst unter anderem Afghanistan, Weißrussland, Iran, Myanmar (Birma), Nordkorea, Russland, die von Russland besetzten oder annektierten Gebiete der Ukraine (einschließlich Krim, Donezk, Cherson, Luhansk, Sewastopol und Saporischschja), Südsudan, Syrien und Jemen. Die aktuelle Liste der sanktionierten Länder ist im IDD-Download-Center des Versicherers unter <https://foyerglobalhealth.com/general-and-special-conditions-of-our-products/> abrufbar.

Eingeschränkte Länder

Der Versicherer übernimmt keine Zahlungsgarantien für Krankenhäuser und leistet keine Zahlungen auf Bankkonten, die in einem eingeschränkten Hoheitsgebiet eröffnet wurden.

Es wird keine Evakuierung oder Repatriierung einer versicherten Person aus einem gesperrten Land durchgeführt.

Die aktuelle Liste der eingeschränkten Gerichtsbarkeiten, die von Zeit zu Zeit erweitert und aktualisiert wird, ist im IDD-Download-Center des Versicherers unter <https://foyerglobalhealth.com/general-and-special-conditions-of-our-products/> abrufbar.

Aktualisierung der Versicherungs- und Vertragsbedingungen

Der Versicherer behält sich das Recht vor, die Bedingungen des Versicherungsvertrags und des Versicherungsschutzes unverzüglich und ohne Vorankündigung anzupassen, wenn sich die politische Lage in einem versicherten Land ändert, einschließlich, aber nicht beschränkt auf die Einstufung als eingeschränktes oder sanktioniertes Land oder die Entwicklung der gegen dieses Land verhängten Sanktionen.

Haftung des Versicherers

Der Versicherer haftet nicht für finanzielle, physische oder psychische Schäden, die sich aus der Verweigerung des Versicherungsschutzes oder der Nichtzahlung eines Schadens oder einer Leistung ergeben, wenn eine sanktionierte Person oder ein sanktioniertes oder eingeschränktes Land betroffen ist.

Ausfall des Versicherungsnehmers

Hat der Versicherungsnehmer unvollständige oder unrichtige Angaben zu einer versicherten Person gemacht, einschließlich, aber nicht beschränkt auf Angaben zu ihrer Identifizierung und/oder ihrem geografischen Standort, kann der Versicherer nach eigenem Ermessen entweder vom Versicherungsnehmer verlangen, die erforderlichen Abhilfemaßnahmen innerhalb einer bestimmten Frist zu ergreifen, den Versicherungsschutz aussetzen und/oder den Versicherungsschutz gemäß den vertraglichen Bestimmungen aus wichtigem Grund unverzüglich und ohne vorherige Ankündigung kündigen.



[Alt. 2 - Humanitarian aid]

Der Versicherer gewährt keinen Versicherungsschutz und ist nicht verpflichtet, Ansprüche zu zahlen oder Leistungen zu erbringen, wenn die Gewährung eines solchen Versicherungsschutzes, die Zahlung eines solchen Anspruchs oder die Erbringung einer solchen Leistung den Versicherer einer Sanktion aussetzen würde, Verbote oder Beschränkungen, einschließlich, aber nicht beschränkt auf Finanz-, Wirtschafts- und Handelssanktionsgesetze, -vorschriften oder -beschlüsse, die von einer zuständigen Behörde, einschließlich, aber nicht beschränkt auf die Vereinten Nationen, die Europäische Union, die Vereinigten Staaten von Amerika, das Vereinigte Königreich und jede andere für diesen Versicherungsvertrag relevante Gerichtsbarkeit, erlassen wurden.

Die Evakuierung oder Rückführung einer versicherten Person aus einer sanktionierten oder eingeschränkten Gerichtsbarkeit kann nicht garantiert werden.

Die Liste der sanktionierten Länder, die von Zeit zu Zeit erweitert und aktualisiert wird, umfasst unter anderem Afghanistan, Weißrussland, Iran, Myanmar (Birma), Nordkorea, Russland, die von Russland besetzten oder annektierten Gebiete der Ukraine (einschließlich Krim, Donezk, Cherson, Luhansk, Sewastopol und Saporischschja), Südsudan, Syrien und Jemen. Die aktuelle Liste der sanktionierten Länder ist im IDD-Download-Center des Versicherers unter <https://foyerglobalhealth.com/general-and-special-conditions-of-our-products/> abrufbar.

Die aktuelle Liste der eingeschränkten Länder, die von Zeit zu Zeit erweitert und aktualisiert wird, ist im IDD-Download-Center des Versicherers unter <https://foyerglobalhealth.com/general-and-special-conditions-of-our-products/> abrufbar.

2.3.8. Kommunikation

Der *Versicherungsnehmer* und der *Versicherte* verlangen ausdrücklich, dass diese *Allgemeinen Versicherungsbedingungen* und ganz allgemein die *Versicherungspolice* sowie alle unterstützenden Dokumente und Informationen dem *Versicherungsnehmer* und dem *Versicherten* in englischer Sprache vorgelegt werden. Der *Versicherungsnehmer* und der *Versicherte* bestätigen ausdrücklich, dass sie die englische Sprache vollständig verstehen.

Die Korrespondenz und ganz allgemein alle anderen Arten der Kommunikation zwischen dem *Versicherer*, dem *Versicherungsnehmer* und dem *Versicherten* sind in englischer Sprache zu führen.

2.3.9. Bericht über Solvabilität und Finanzlage

Der Bericht über die Solvenz und die Finanzlage, der von Zeit zu Zeit vom Versicherer veröffentlicht wird, ist auf der Website des Versicherers unter der folgenden Adresse verfügbar:
<https://www.foyerglobalhealth.com>.

2.3.10. Garantiefonds

Nach luxemburgischem Recht unterliegen die aus der *Versicherungspolice* gewährten *Leistungen* keinem besonderen gesetzlichen Garantiefonds. Jegliche Ansprüche auf *Auszahlung von Leistungen* aus der *Versicherungspolice* sind jedoch im Rahmen des Sicherungsdreiecks geschützt, das durch die zwingenden luxemburgischen Rechtsvorschriften über die Hinterlegung der der *Versicherungspolice* zugrunde liegenden versicherungstechnischen Rückstellungen, die damit verbundene Aufsicht durch das Commissariat aux Assurances und die geltenden gesetzlichen *Privilegien* gebildet wird.



3. Glossar

Allgemeine Versicherungsbedingungen	Diese Bedingungen gelten für alle vom Versicherer versicherten Risiken.
Allgemeine Versicherungsbedingungen für medizinische Assistenzleistungen und Zusatzleistung	Die Vertragsbedingungen, die die zusätzlichen Leistungen regeln, die der Versicherer eventuell bereit ist, dem Versicherungsnehmer und/oder dem Versicherten im Zusammenhang mit dem im Rahmen der Versicherungspolice gewährten Versicherungsschutz in Bezug auf medizinische Behandlungen zu erbringen.
Antragsformular	Der Antrag auf Krankenversicherung, der den Versicherungsvorschlag im Sinne der geltenden Gesetze enthält, der vom Versicherungsnehmer und gegebenenfalls vom Versicherten unterzeichnet ist.
Arbeitsunfähigkeit	Wenn der Versicherte vorübergehend nicht in der Lage ist, seine übliche berufliche Tätigkeit oder jegliche andere Erwerbstätigkeit auszuüben. Die Arbeitsunfähigkeit muss von einer medizinischen Autorität gemeldet werden.
Arzneimittel	Wirkstoffe, die allein oder in Kombination mit anderen Stoffen zur Diagnose oder Behandlung von Krankheiten, Leiden, Körperverletzungen oder pathologischen Beschwerden verwendet werden. Lebensmittel, Kosmetika und Hygieneartikel gelten nicht als Arzneimittel. Arzneimittel müssen von einem Arzt verschrieben und von einer Apotheke geliefert werden. Arzneimittel werden gemeinhin wie folgt bezeichnet: "Medizin"; "Pharmazeutika".
Arzt	Ein Arzt (Allgemeinmediziner oder Facharzt) oder Inhaber eines medizinischen Diploms, das in dem Land, in dem die Behandlung durchgeführt wird, gesetzlich anerkannt ist, welcher befugt ist medizinische Versorgung zu leisten (siehe medizinische Behandlung).
Behandlungsbeginn	Das Datum, an dem eine medizinische Behandlung beginnt, die von einer medizinischen Behörde im Anschluss an eine Krankheit oder eine Körperverletzung verschrieben und durchgeführt wird
Besondere Bedingungen	Die spezifisch für jede einzelne Versicherungspolice geltenden Bedingungen.
Datum des Inkrafttretens	Datum, an dem die abgeschlossene Versicherungspolice und der Versicherungsschutz und die vorgesehenen Leistungen in Kraft treten, d. h. das Datum und die Uhrzeit, die in den besonderen Bedingungen angegeben sind, oder das Datum der Zahlung der ersten Versicherungsprämie, je nachdem, welcher Zeitpunkt der spätere ist; dies gilt unbeschadet etwaiger anwendbarer Wartezeit.
Glossar	Dieses Glossar mit den definierten Begriffen, welches einen integralen Bestandteil der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und der Versicherungspolice darstellt.
ICD-Codes	Die Klassifizierungscodes, die im Rahmen der Internationalen Klassifikation der Krankheiten, einem internationalen System zur Kodierung und Klassifizierung aller bekannten Diagnosen.



Körperverletzung	Ein plötzliches Ereignis, das den Versicherten betrifft, das sich der Kontrolle des Versicherten entzieht und zu einem körperlichen Schaden führt, dessen Ursache außerhalb des Körpers des Versicherten liegt und dessen Symptome von einer medizinischen Behörde bestimmt und objektiv festgestellt werden können, um eine Diagnose zu stellen und eine medizinische Behandlung durchzuführen.
Krankheit	Die Verschlechterung des körperlichen oder geistigen Gesundheitszustands des Versicherten, deren Ursache und Symptome von einer medizinischen Behörde objektiv festgestellt werden können, um eine Diagnose zu stellen und eine medizinische Behandlung durchzuführen; die Verschlechterung darf jedoch nicht auf eine Körperverletzung zurückzuführen sein.
Leistung	Die Erstattung der Kosten und Ausgaben für die medizinische Versorgung und/oder die Auszahlung des Tagegeldes durch den Versicherer an den Versicherten im Anschluss an einen durch die Versicherungspolice gedeckten Leistungsfall.
Leistungsfall	Von einer medizinischen Autorität verschriebene und durchgeführte medizinische Behandlung eines Versicherten infolge einer Krankheit oder einer Körperverletzung, die von einer medizinischen Behörde verordnet und durchgeführt wird. Der Leistungsfall beginnt mit dem Datum des Behandlungsbeginns und endet, wenn eine ärztliche medizinische Untersuchung durch eine medizinische Autorität bestätigt, dass die Behandlung nicht mehr notwendig ist. Muss die Behandlung wegen einer Krankheit oder wegen der Folgen einer Körperverletzung, die nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit der Behandlung steht, verlängert werden, so entsteht ein neuer Leistungsfall. Bestehen die Leistungen in einem Tagegeld, so werden diese nur fällig, wenn der Leistungsfall zu einer dauerhaften Arbeitsunfähigkeit führt. Der Leistungsfall endet, wenn die Arbeitsunfähigkeit und die Behandlung nicht mehr notwendig sind. Wurde die Arbeitsunfähigkeit durch mehrere, gleichzeitig aufgetretene Krankheiten oder Körperverletzungen verursacht, werden die Taggelder nur einmal gezahlt.
Medikament	Jede Substanz oder Zusammensetzung mit heilenden Eigenschaften in Bezug auf eine Krankheit.
Medizinische Assistenzleistungen	Die medizinischen Assistenzleistungen, die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für medizinische Assistenzleistungen und Zusatzleistungen beschrieben sind, diesen unterliegen und in diesen geregelt sind.
Medizinische Autorität	Eine Person, die aufgrund eines anerkannten und offiziellen medizinischen Abschlusses zur Ausübung der Medizin befugt ist. Er/sie kann eine Diagnose in Bezug auf eine Krankheit und/oder eine Körperverletzung stellen.
Medizinische Behandlung	Als ärztliche Leistungen gelten diagnostische und therapeutische Maßnahmen einschließlich ärztlicher Beratung, Hilfsmittel und Eingriffe sowie Arznei- und Verbandmittel, die der Erkennung, Linderung oder Heilung einer Krankheit oder Körperverletzung dienen und die zum Zeitpunkt der Behandlung aufgrund objektiver medizinischer Befunde und wissenschaftlicher Erkenntnisse als medizinisch notwendig erachtet werden.
Medizinisch notwendig	Alle Handlungen, die dazu geeignet sind, eine Krankheit zu heilen oder zu lindern.
Spezielle Bedingungen	Die Versicherungsbedingungen, in denen der genaue Umfang des Versicherungsschutzes und die Versicherungsleistungen für das im Rahmen der Versicherungspolice abgeschlossene Krankenversicherungsprodukt festgelegt sind.



Verbände	Material, das als Verband angelegt wird.
Versicherer	Die Versicherungsgesellschaft, welche die Versicherungspolice abschließt, d.h. [Foyer Global Health S.A.], eine luxemburgische Krankenversicherungsgesellschaft mit Sitz in [12, Rue Léon Laval, L-3372 Leudelange], eingetragen im luxemburgischen Handels- und Gesellschaftsregister unter der Nr. [B134471], welches unter der Aufsicht des Commissariat aux Assurances (11, rue Robert Stumper, L-2557 Luxembourg; +352226911-1; caa@caa.lu) steht.
Versicherter	Die Person, die in den besonderen Bedingungen als die Person bezeichnet wird, deren Gesundheit im Rahmen der Versicherungspolice versichert ist.
Versicherungsnehmer	Die Person, die die Versicherungspolice abschließt.
Versicherungspolice	Der vertragliche Rahmen für die Krankenversicherung, bestehend aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen zusammen mit diesem Glossar, den speziellen Bedingungen, den besonderen Bedingungen, dem Antragsformular und ggf. den Versicherungsbedingungen für medizinische Assistenzleistungen und Zusatzleistungen, je nach Lage des Falls.
Wartezeit	Zeitraum nach dem Datum des Inkrafttretens, in dem im Rahmen der Versicherungspolice kein Versicherungsschutz und keine Leistungen für die Risiken gewährt werden, die der Wartezeit unterliegen.
Zusatzleistungen	Die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für medizinische Assistenzleistungen beschriebenen und dort geregelten Zusatzleistungen und zusätzliche Dienstleistungen.



SPEZIELLE BEDINGUNGEN

ESSENTIAL

SPEZIELLE BEDINGUNGEN FGH ESSENTIAL

Inhaltsübersicht

Vertragliche Grundlage

I. Spezielle Bedingungen Foyer Global Health Essential	2 - 12
1. Deckungsumfang	2
2. Geografischer Geltungsbereich	2
3. Versicherbarkeit	2 - 3
3.1. Einbezug von Vorerkrankungen oder Moratorium	2 - 3
3.1.1. <i>Vorerkrankungen</i>	
3.1.2. <i>Moratoriumsklausel</i>	
4. Versicherungsleistungen	3 - 12
4.1. <i>Allgemeine Hinweise</i>	3
4.2. <i>Selbstbeteiligungen</i>	3 - 4
4.2.1 <i>Selbstbeteiligungen</i>	
4.2.2 <i>Doppelte Versicherungsleistungen für Region 1</i>	
4.3. <i>Versicherungsleistungen</i>	4 - 12
4.3.1. <i>Allgemein</i>	
4.3.2. <i>Stationäre Behandlung</i>	
4.3.3. <i>Ambulante Behandlung</i>	
4.3.4. <i>Zahnbehandlung</i>	
4.4. <i>Leistungsbeschränkungen</i>	12 - 13
5. Tarif	13 - 14
II. Allgemeine Versicherungsbedingungen für medizinische Assistenzleistungen und Zusatzleistungen	15 - 19
1. Gegenstand der medizinischen Assistenzleistungen und Zusatzleistungen	15
2. Geografischer Geltungsbereich	15
3. Serviceleistungen	15
3.1. <i>Allgemeine Hinweise</i>	15
3.2. <i>Medizinische Assistenzleistungen</i>	16 - 17
3.3. <i>Zusatzleistungen</i>	18 - 19
4. Tarif	19
III. Glossar	20 - 22



I. Spezielle Bedingungen Foyer Global Health Essential

1. Deckungsumfang

Kursiv gesetzte Begriffe, die hier verwendet und nicht weiter definiert werden, haben die Bedeutung, die ihnen im Glossar am Ende der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zugewiesen wird.

Der *Versicherer* bietet *Versicherungsleistungen* für *Krankheiten*, *Körperverletzungen* und andere Ereignisse, die einen *Leistungsfall* gemäß der *Versicherungspolice* begründen.

Im *Leistungsfall* übernimmt der *Versicherer* die Behandlungskosten und erbringt weitere vereinbarte *Versicherungsleistungen* in Abhängigkeit der *Versicherungspolice*.

Innerhalb der Höchstbeträge der vorliegenden *Speziellen Bedingungen* zahlt der *Versicherer* für die medizinischen Kosten aller *Versicherten*, die in der *Versicherungspolice* genannt werden.

2. Geografischer Geltungsbereich

Die *Versicherungspolice* deckt Leistungsfälle in folgenden *Regionen* ab:

- *Region 1*: weltweit
- *Region 2*: weltweit ohne USA

Ein *Leistungsfall* gilt als in einer bestimmten *Region* entstanden, falls die den Leistungsfall begründende *Krankheit* oder *Körperverletzung* in dem Zeitraum auftritt, in dem der *Versicherte* in der entsprechenden *Region* physisch anwesend ist, unabhängig davon, ob die damit verbundene *medizinische Behandlung* in dieser *Region* durchgeführt wird oder nicht.

Falls sich die *Versicherungspolice* auf *Region 2* bezieht und der *Versicherte* vorübergehend *Region 2* verlässt (z. B. insbesondere bei einem vorübergehenden Aufenthalt von höchstens sechs Wochen außerhalb von *Region 2*), gelten die *Versicherungsdeckung* und die damit verbundenen *Versicherungsleistungen*, die unter der *Versicherungspolice* gewährt werden, nur für *Notfälle*, *Unfälle* und im Todesfall.

Leistungsfälle, die während eines Aufenthalts zu Behandlungszwecken in einer nicht vereinbarten *Region* entstehen, sind unter der *Versicherungspolice* nicht versichert.

Alle Änderungen in Bezug auf das gewöhnliche *Aufenthaltsland* sowie alle Änderungen in Bezug auf die dem *Versicherer* zuvor gemachten Angaben sind unverzüglich dem *Versicherer* anzuzeigen.

3. Versicherbarkeit

Versicherbar sind Personen, die sich vorübergehend für mindestens 3 aufeinanderfolgende Monate im Ausland aufhalten.

Personen, die sich dauerhaft in den Vereinigten Staaten aufhalten, sind von der *Versicherungsdeckung* und den *Versicherungsleistungen* unter der *Versicherungspolice* ausgeschlossen und dürfen weder *Versicherter* noch *Versicherungsnehmer* werden.

Falls sich ein *Versicherter* oder der *Versicherungsnehmer* während der Dauer der *Versicherungspolice* dauerhaft in den Vereinigten Staaten aufhält, beendet der *Versicherer* die *Versicherungspolice*. Falls der *Versicherte* oder der *Versicherungsnehmer* seinen gewöhnlichen Aufenthaltsort während der Dauer der *Versicherungspolice* wechselt, kann der *Versicherer* im Einzelfall entscheiden, ob die *Versicherungspolice* gemäß dem geltenden



Recht aufrechterhalten werden kann oder geändert bzw. beendet werden muss.

Der *Versicherer* kann die *Versicherungspolice* beenden, wenn die *Versicherungspolice* unvereinbar mit den für den *Versicherungsnehmer* bzw. den *Versicherten* geltenden örtlichen Gesetzen, Regeln oder Regelungen ist oder dagegen verstößt.

3.1. Einbezug von Vorerkrankungen oder Moratorium

Im *Antragsformular* kann der *Versicherungsnehmer* für den Einbezug von *Vorerkrankungen* auf Grundlage einer Beurteilung der Gesundheitsrisiken und gegebenenfalls vorbehaltlich einer *Wartezeit* optieren.

3.1.1. Vorerkrankungen

Damit der *Versicherer* über den Einbezug von *Vorerkrankungen* unter der *Versicherungspolice* entscheiden kann, müssen die Fragen im *Antragsformular* wahrheitsgemäß und umfassend beantwortet werden. Der *Versicherte* muss einen medizinischen Fragebogen ausfüllen und dem *Versicherer* die Ergebnisse davon zur Verfügung stellen. In Abhängigkeit der Angaben im medizinischen *Fragebogen* und der damit verbundenen umfassenden Risikobeurteilung durch den *Versicherer* hat der *Versicherer* die Möglichkeit, die *Versicherungspolice* anzupassen, indem er die Bedingungen ändert oder weitere Bedingungen hinzufügt, eine zusätzliche oder höhere Prämie festzusetzen oder den Abschluss der *Versicherungspolice* für den betroffenen *Versicherten* abzulehnen. Erkrankungen, die im Zeitraum zwischen der Unterzeichnung des *Antragsformulars* und der Unterzeichnung *Besonderen Bedingungen* auftreten, gelten als *Vorerkrankungen*.

3.1.2. Moratoriumsklausel

Versicherte bis zu einem Alter von 55 Jahren, die sich der in Abschnitt 3.1.1 der vorliegenden *Speziellen Bedingungen* genannten medizinischen Untersuchung und umfassenden Risikobeurteilung nicht unterziehen wollen, damit die *Versicherungspolice* *Vorerkrankungen* abdeckt, können für ein „Moratorium“ optieren.

Falls der *Versicherte*, der gemäß dem vorstehenden Absatz moratoriumsberechtigt ist, für das Moratorium optiert, damit *Vorerkrankungen* unter der *Versicherungspolice* einbezogen sind, hat die *Versicherungspolice* nach einer ununterbrochenen *Wartezeit* von 2 Jahren ab dem *Datum des Inkrafttretens* Gültigkeit und bietet Deckung für alle Erkrankungen, die der *Versicherte* in den 5 Jahren vor Abschluss der *Versicherungspolice* erlitten hat, unter der Voraussetzung, dass der *Versicherte* keinerlei *medizinische Behandlung* oder Symptome für die entsprechende *Vorerkrankung* während dieser *Wartezeit* gezeigt, erhalten bzw. bekommen hat. Falls der *Versicherte* *medizinische Behandlung* oder Symptome im Zusammenhang mit der entsprechenden *Vorerkrankung* während der oben genannten 2-jährigen *Wartezeit* bekommt, zeigt oder erhält, so beginnt eine neue zusätzliche *Wartezeit* von 2 Jahren, in der der *Versicherte* keinerlei *medizinische Behandlung* oder Symptome im Zusammenhang mit der entsprechenden *Vorerkrankung* erleiden, bekommen oder erhalten darf, und zwar an dem Tag, an dem er die entsprechende *medizinische Behandlung* oder Symptome gezeigt, erhalten oder bekommen hat.

4. Versicherungsleistungen

4.1. Allgemeine Hinweise

Der *Versicherer* gewährt eine 100-prozentige Übernahme der leistungsberechtigten medizinischen Kosten in dem in den vorliegenden *Speziellen Bedingungen* beschriebenen Umfang und bis zu der dort festgesetzten Höhe, sofern in der *Versicherungspolice* nichts anderes vereinbart ist.

4.2. Selbstbeteiligungen

Je nach dem abgeschlossenen Versicherungsplan und den Bedingungen der *Versicherungspolice* leistet der *Versicherer* eine 100-prozentige Übernahme der leistungsberechtigten medizinischen Kosten bis zu dem in den vorliegenden *Speziellen Bedingungen* festgelegten jährlichen Höchstbetrag, sofern in der *Versicherungspolice*



nichts anderes vereinbart ist.

4.2.1. Selbstbeteiligungen

Der Versicherungsplan Global Health Essential bietet die folgenden Möglichkeiten zur *Selbstbeteiligung*:

- ▶ 0 Euro
- ▶ 250 Euro
- ▶ 500 Euro
- ▶ 1.000 Euro

Die *Selbstbeteiligung* gilt je *Versicherungsjahr* und je *Versicherten* und nur für die in Abschnitt 4.3.3 genannten ambulanten Behandlungen. Falls der *Versicherte* eine *Selbstbeteiligung* mit dem *Versicherer* vereinbart hat, erstattet der *Versicherer* für ambulante Behandlungen 100 % der erstattungsfähigen medizinischen Kosten abzüglich der vereinbarten *Selbstbeteiligung*.

Behandlungskosten werden dem *Versicherungsjahr* zugeordnet, in dem der Arztbesuch oder die *medizinische Behandlung* stattgefunden hat.

4.2.2. Doppelte Versicherungsleistungen für Region 1

Falls die *Versicherungspolice* Region 1 abdeckt (d.h. weltweit gültig ist), verdoppeln sich die in Abschnitt 4.3.2, 4.3.3 und 4.3.4 der vorliegenden *Versicherungspolice* festgelegten Obergrenzen und Höchstbeträge.

Falls eine *Versicherungsleistung* auf eine bestimmte Anzahl von Tagen oder Sitzungen begrenzt ist oder falls eine *Selbstbeteiligung* unter der *Versicherungspolice* vereinbart worden ist, bleiben diese Obergrenze und diese *Selbstbeteiligung* von den Bestimmungen des vorherigen Absatzes unberührt.

4.3. Versicherungsleistungen

4.3.1. Allgemein

Bei Erkrankungen und Körperverletzungen kann der *Versicherte* Arzt oder *Gesundheitsfachkraft* frei wählen.

Die unter der *Versicherungspolice* gewährten *Versicherungsleistungen* umfassen die Übernahme von medizinischen Kosten und von Kosten für *medizinische Behandlungen* gemäß den Bestimmungen der *Versicherungspolice* und insbesondere der vorliegenden *Speziellen Bedingungen*.

Medizinische Kosten für *medizinische Behandlungen* durch Ärzte und *Gesundheitsfachkräfte* (zur Vermeidung von Missverständnissen einschließlich *Zahnärzten*) sind unter der *Versicherungspolice* abgedeckt, insofern derartige Kosten den Sätzen für medizinische Kosten entsprechen, die in dem Land, in dem sie anfallen, üblich sind. Die *Versicherungspolice* kann auch medizinische Kosten abdecken, die über diese Sätze hinausgehen, wenn die entsprechenden Kosten unter Berücksichtigung der erlittenen *Krankheit* oder *Körperverletzung* gerechtfertigt und angemessen sind. Im Fall von *Gesundheitsfachkräften*, für die es in dem Land, in dem die Kosten anfallen, keine allgemeinen Kostensätze gibt, ist der *Versicherer* auf die vergleichbare Vergütung für Ärzte, soweit vorhanden, oder auf das allgemeine Preisniveau des betreffenden Landes angewiesen.

Die mit diesem Versicherungsplan abgedeckte Zahnbehandlung ist in Abschnitt 4.3.4 Zahnbehandlung beschrieben.

Die *Versicherungspolice* deckt **medizinische Behandlungen** ab, die von der *Schulmedizin* anerkannt sind.



4.3.2. Stationäre Behandlung

Übersicht

Vorbehaltlich der nachstehenden detaillierten Beschreibung der entsprechenden gewährten *Versicherungsleistungen* sind unter der *Versicherungspolice* die folgenden *medizinischen Behandlungen* als stationäre Behandlungen abgedeckt:

Allgemeine Krankenhausbehandlung und -unterbringung sowie Pflege im Einzel- oder Doppelzimmer
Medizinische Leistungen (einschließlich Pathologie, Radiologie, Computertomografie, Magnetresonanztomografie, Positronen-Emissions-Tomografie und Palliativpflege).

Krankenhauskosten einschließlich Operationsraum, Intensivpflege und Labor

Operationen und Narkose

Operationen, die ambulant statt stationär durchgeführt werden

Medikamente und Verbände

Physiotherapie

Therapien einschließlich Ergotherapie, Lichttherapie, Hydrotherapie, Inhalationen, Packungen, medizinische Bäder, Kälte- und/oder Wärmebehandlung, Elektrotherapie

Therapeutische Hilfsmittel und Geräte

Angeborene Leiden

Krebsbehandlung und -medikamente einschließlich rekonstruktive Operation nach Brustkrebs

Knochenmarks- oder Organtransplantation (Kosten sowohl für Spender als auch Empfänger)

Psychiatrische Behandlung

Unterbringung der Eltern während einer stationären Behandlung eines Kindes unter 18 Jahren

Häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe anstelle eines Krankenhausaufenthalts

Ersatzweise Cash-Back-Zahlung für Behandlungen, die nicht gegenüber dem *Versicherer* geltend gemacht wurden

Stationäre Rehabilitation

Hospiz

Tagesklinik

Transport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem *Unfall* oder in einem *Notfall*

Detaillierte Beschreibung der Versicherungsleistungen

Allgemeine Krankenhausbehandlung und -unterbringung sowie Pflege im Einzel- oder Doppelzimmer

Der *Versicherte* kann das Krankenhaus, in dem er sich behandeln lassen möchte, frei wählen. *Medizinische Behandlung* in einem Krankenhaus ist jede *medizinische Behandlung*, bei der der *Versicherte* für mindestens 24 Stunden in ein Krankenhaus aufgenommen wird, um die entsprechende *medizinische Behandlung* zu bekommen.

Wenn *medizinische Behandlungen* in einem Krankenhaus durchgeführt werden, in dem auch *Sanatoriumsbehandlungen* angeboten werden, deckt die *Versicherungspolice* nur die Behandlungen ab, die als



medizinische Behandlungen gelten, sofern der *Versicherer* vor *Beginn der Behandlung* anderen Behandlungen nicht schriftlich zugestimmt hat.

Die *Versicherungspolice* deckt die gesamte *medizinische Behandlung*, die als stationäre Behandlung durchgeführt wird, ohne zeitliche Begrenzung ab, sofern das *Servicezentrum* des *Versicherers* vor Aufnahme in das Krankenhaus oder innerhalb von drei Kalendertagen danach kontaktiert und über den Krankenhausaufenthalt und die *medizinische Behandlung* informiert worden ist.

Medizinische Leistungen (einschließlich Pathologie, Radiologie, Computertomografie, Magnetresonanztomografie, Positronen-Emissions-Tomografie und Palliativpflege)

Die *Versicherungspolice* deckt alle Ausgaben für Untersuchungen, Diagnosen und Therapien bei einer stationär durchgeführten *medizinischen Behandlung* ab.

Krankenhauskosten einschließlich Operationsraum, Intensivpflege und Labor

Dies bezieht sich auf sonstige Kosten für die Nutzung von Spezialeinrichtungen wie Operationssäle, Intensivstationen und Labore.

Operationen und Narkose

Dies bezieht sich auf Kosten im Zusammenhang mit Operationen wie zum Beispiel *medizinische Leistungen*, *Narkose* und die Nutzung von Spezialeinrichtungen.

Ausgaben für ambulante Operationen sind unter der vorliegenden *Versicherungspolice* auch leistungsberechtigt, sofern eine solche ambulante Operation eine stationäre Behandlung ersetzt.

Operationen, die ambulant statt stationär durchgeführt werden

Dies bezieht sich auf ambulante *medizinische Behandlungen*, die in einer Arztpraxis oder einem Krankenhaus durchgeführt werden können, bei denen jedoch eine Übernachtung nicht erforderlich ist.

Medikamente und Verbände

Damit *medizinische Produkte*, *Verbände*, *Behandlungen* und *medizinische Hilfen* von der *Versicherungspolice* abgedeckt sind, müssen sie im Krankenhaus von einer kompetenten *medizinischen Autorität* während des stationären Aufenthalts verschrieben werden. Außerdem müssen die *Medikamente* in einer Apotheke erworben werden, die von einer Stelle beliefert wird, die von den zuständigen Behörden zugelassen ist.

Klassische homöopathische *Medikamente* werden ebenfalls als vollwertige *Medikamente* angesehen und gelten als *medizinische Behandlung*.

Nährstoffreiche Nahrungsmittel, Stärkungsmittel, Mineralwasser, Kosmetika, Produkte für die persönliche Hygiene sowie Badesalze werden nicht als *Medikamente* angesehen, die als *medizinische Behandlung* unter der *Versicherungspolice* gelten.

Physiotherapie

Damit *Physiotherapie* und *Massagen* von der *Versicherungspolice* abgedeckt sind, müssen sie von einem *Krankenhausarzt* als Teil der stationären Behandlung verschrieben worden sein. Außerdem müssen sie von einem *Arzt* oder einem qualifizierten und zugelassenen *Therapeuten* durchgeführt werden. Das *Rezept* muss vor *Beginn der Behandlung* ausgestellt werden und die *Diagnose* sowie *Art* und *Anzahl* der Sitzungen enthalten.

Therapien einschließlich Ergotherapie, Lichttherapie, Hydrotherapie, Inhalationen, Packungen, medizinische Bäder, Kälte- und/oder Wärmebehandlung, Elektrotherapie

Damit physikalisch-medizinische *Therapien* von der *Versicherungspolice* abgedeckt sind, müssen sie von einem *Krankenhausarzt* als Teil der stationären Behandlung verschrieben worden sein. Außerdem müssen sie von



einem Arzt oder einem qualifizierten und zugelassenen Therapeuten durchgeführt werden. Das Rezept muss vor *Beginn der Behandlung* ausgestellt werden und die Diagnose sowie Art und Anzahl der Sitzungen enthalten.

Therapeutische Hilfsmittel und Geräte

Die *Versicherungspolice* deckt die Kosten für medizinische Hilfen ab, die als lebenserhaltende Maßnahmen dienen oder die körperliche Beeinträchtigung direkt lindern oder ausgleichen, wie beispielsweise Herzschrittmacher. Diese müssen während des Krankenhausaufenthalts angepasst werden und im oder am Körper verbleiben.

Kosten für die Reparatur dieser medizinischen Hilfen sind unter den vorstehenden Bedingungen ebenfalls leistungsberechtigt.

Angeborene Leiden

Die *Versicherungspolice* deckt Ausgaben für die medizinische Behandlung im Zusammenhang mit angeborenen Leiden bis zu einer Höhe von maximal 100.000 Euro bezogen auf die gesamte Lebenszeit ab; dies gilt für alle Beschwerden oder Krankheiten, die bei der Geburt festgestellt werden, Anomalien, Geburtsschäden und -missbildungen, Fehler während der Geburt, Frühgeburt und Missbildungen einschließlich damit verbundener Erkrankungen.

Krebsbehandlung und -medikamente einschließlich rekonstruktive Operation nach Brustkrebs

Als Teil der stationären Krankenhausversorgung deckt die *Versicherungspolice* medizinische Kosten für *medizinische Behandlungen* im Zusammenhang mit *Krebs* ab, wie medizinische Leistungen, Diagnostiktests, Strahlentherapie, Krebstherapie, Medikamente und Krankenhauskosten.

Knochenmarks- oder Organtransplantation (Kosten sowohl für Spender als auch Empfänger)

Bei einer Knochenmarks- oder Organtransplantation (zum Beispiel Herz, Niere, Leber, Bauchspeicheldrüse) deckt die *Versicherungspolice* die Kosten für den *Versicherten* sowohl als Empfänger als auch als Spender bis zu einem Betrag von maximal 150.000 Euro* über die gesamte Lebenszeit des Versicherten ab.

Leistungsberechtigte Ausgaben sind Ausgaben im Zusammenhang mit der Organbeschaffung von einem Organspender, Ausgaben für den Organtransport an den Ort, an dem sich der Empfänger befindet, sowie Ausgaben für einen eventuellen Krankenhausaufenthalt für den Spender, nicht jedoch die Kosten für die Suche nach einem Organ oder einem passenden Spender.

Psychiatrische Behandlung

Die *Versicherungspolice* deckt die Ausgaben für psychiatrische *Behandlung* als Teil einer stationären *medizinischen Behandlung* ab, sofern der *Versicherer* vor Beginn der Behandlung seine schriftliche Zustimmung gegeben hat.

Diesbezüglich gilt eine *Wartezeit* von 10 Monaten.

Unterbringung der Eltern während einer stationären Behandlung eines Kindes unter 18 Jahren

Die *Versicherungspolice* deckt die zusätzlichen Kosten für die verschriebene Anwesenheit eines Elternteils am Krankenbett eines Versicherten unter 18 Jahren ab, der stationär behandelt wird.

Häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe anstelle eines Krankenhausaufenthalts

Die *Versicherungspolice* deckt die Ausgaben für verschriebene häusliche Krankenpflege durch geeignete qualifizierte Kräfte als Ersatz für einen medizinisch empfohlenen Krankenhausaufenthalt oder zur Verkürzung eines derartigen Aufenthalts ab. Häusliche Krankenpflege umfasst Haushaltshilfe in Form einer Unterstützung bei den normalen regelmäßig anfallenden Arbeiten des täglichen häuslichen Lebens wie Lebensmitteleinkauf, Kochen, Saubermachen, Abwaschen, Kleiderwechsel und -waschen und auch die Aufrechterhaltung des Wohnkomforts.



Häusliche Krankenpflege gilt nicht als *medizinische Behandlung*, ist aber dennoch unter der *Versicherungspolice* zusätzlich zur *medizinischen Behandlung* abgedeckt, insoweit die entsprechenden Versicherungsleistungen in einer Erstattung der entstandenen Kosten für maximal 30 Tage je Krankenhausaufenthalt und je *Versicherungsjahr* bestehen und sofern die vorherige schriftliche Zustimmung des Versicherers zu einer solchen Ausweitung des Versicherungsschutzes und der Versicherungsleistungen eingeholt wurde.

Ersatzweise Cash-Back-Zahlung für Behandlungen, die nicht gegenüber dem Versicherer geltend gemacht wurden

Falls der *Versicherungsnehmer* die Kostenübernahme durch den Versicherer im Hinblick auf eine stationäre *medizinische Behandlung* eines *Versicherten* nicht in Anspruch nimmt, gewährt die *Versicherungspolice* die Zahlung eines Krankenhaustagegeldes je verschriebenem Tag im Krankenhaus. Ein solches Tagegeld liegt bei 75 Euro pro Tag.

Stationäre Rehabilitation

Die *Versicherungspolice* deckt die Kosten für eine *stationäre Rehabilitation* im Anschluss an die stationäre *medizinische Behandlung* im Krankenhaus ab, wie zum Beispiel nach einer Bypass-Operation, einem Herzinfarkt, einer Organtransplantation sowie nach Operationen an großen Knochen und Gelenken, sofern und insoweit der *Versicherer* zuvor seine schriftliche Zustimmung gegeben hat.

Sanatoriumsbehandlungen sowie Kuren und Aufenthalte in Kureinrichtungen, Heilbädern und Genesungsheimen sowie in Pflegeheimen sind unter der *Versicherungspolice* nicht abgedeckt.

Die entsprechenden *Versicherungsleistungen* bestehen in einer Erstattung der Kosten für die entsprechende *stationäre Rehabilitation* für maximal 21 Tage je Krankenhausaufenthalt.

Damit die *stationäre Rehabilitation* leistungsberechtigt ist, muss sie innerhalb von 2 Wochen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus beginnen, sofern durch den *Versicherer* nichts anderes schriftlich vereinbart ist.

Hospiz

Falls die Pflege außerhalb des Krankenhauses für den *Versicherten* zuhause oder bei einem Familienmitglied nicht gewährleistet werden kann und falls das Hospiz mit in der Palliativpflege erfahrenem Pflegepersonal und Ärzten arbeitet und unter der fachlichen Leitung eines Pflegers oder einer anderen qualifizierten Person steht, der bzw. die mehrjährige Erfahrung in der Palliativpflege oder eine geeignete Ausbildung hat und der bzw. die eine Ausbildung für eine Leitungsposition in der Palliativpflege nachweisen kann, deckt die *Versicherungspolice* unter den unten aufgeführten Bedingungen die Kosten für die Unterbringung, Ernährung, Pflege und Unterstützung in einem Hospiz ab.

Voraussetzung für die Gewährung von *Versicherungsleistungen* für einen stationären oder teilstationären Hospizaufenthalt ist, dass der *Versicherte* unter einer Erkrankung leidet:

- ▶ die fortschreitet, d.h. sich immer weiter verschlimmert, und die bereits ein fortgeschrittenes Stadium erreicht hat; und
- ▶ bei der eine Erholung nicht möglich ist, so dass stationäre *Palliativpflege* erforderlich ist, und bei der nur mit einer begrenzten Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monate zu rechnen ist.

Hospizleistungen werden insbesondere für Folgendes gewährt:

- ▶ Krebs in fortgeschrittenem Stadium;
- ▶ voll ausgebildete Infektionskrankheit Aids;
- ▶ Krankheit des Nervensystems mit unaufhaltsam fortschreitender Lähmung;
- ▶ Endstadium chronischer Erkrankungen von Nieren, Leber, Herz, Verdauungstrakt oder Lunge.



Versicherungsleistungen für Hospizkosten sind auf einen Aufenthalt von maximal 5 Wochen je Versicherungsjahr.

Tagesklinik

Unter Tagesklinik ist eine *medizinische Behandlung* in einem Krankenhaus ohne Übernachtung zu verstehen.

Eine teilstationäre Behandlung ist ein Aufenthalt in einer Tages- oder Nachtklinik oder in einem Krankenhaus, bei dem der Patient tagsüber oder nachts im Krankenhaus ist, jedoch keine ganztägige stationäre Betreuung (24 Stunden) mehr erforderlich ist.

In beiden Fällen liegt die Länge des Krankenhausaufenthaltes zwischen 8 und 24 Stunden und darf 24 Stunden nicht überschreiten.

Transport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem *Unfall* oder in einem *Notfall*

Die *Versicherungspolice* deckt die angemessenen Kosten für den Transport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus oder zur nächstgelegenen geeigneten medizinischen Einrichtung ab.

4.3.3. Ambulante Behandlung

Übersicht

Vorbehaltlich der nachstehenden detaillierten Beschreibung der entsprechenden gewährten *Versicherungsleistungen* sind unter der *Versicherungspolice* die folgenden *medizinischen Behandlungen* als ambulante Behandlungen abgedeckt:

Medizinische Leistungen (einschließlich Pathologie, Radiologie, Computertomografie, Magnetresonanztomografie,

Krebsbehandlung und Medikamente

Angeborene Leiden

Akkupunktur, Homöopathie, Osteopathie und Chiropraktik, einschließlich *Medikamente und Verbände*

Psychiatrische Behandlung

Medikamente und Verbände

Rezeptfreie *Medikamente*

Physiotherapie

Therapeutische Hilfsmittel und Geräte

Transport zum nächsten geeigneten Arzt oder Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem *Unfall* oder in einem *Notfall*

Detaillierte Beschreibung der Versicherungsleistungen

Medizinische Leistungen (einschließlich Pathologie, Radiologie, Computertomografie, Magnetresonanztomografie, Positronen-Emissions-Tomografie und Palliativpflege)

Die *Versicherungspolice* deckt alle Ausgaben für Untersuchungen, Diagnosen und Therapien bei ambulant durchgeführten *medizinisch erforderlichen Behandlungen* ab.

*Die genannten Beträge gelten – soweit nichts anderes bestimmt ist – je *Versicherten* und *Versicherungsjahr*.



Versicherungsleistungen umfassen unter anderem die Kostenübernahme für Pathologie, Radiologie, Computertomografie, Magnetresonanztomografie, Positronen-Emissions-Tomografie.

Krebsbehandlung und Medikamente

Die *Versicherungspolice* deckt ambulante Leistungen in Verbindung mit Chemotherapie und *onkologischen* medizinischen Leistungen ab.

Angeborene Leiden

Die *Versicherungspolice* deckt Ausgaben für die *medizinische Behandlung* im Zusammen mit angeborenen Leiden bis zu einer Höhe von maximal 100.000 Euro bezogen auf die gesamte Lebenszeit ab; dies gilt für alle Beschwerden oder *Krankheiten*, die bei der Geburt festgestellt werden, Anomalien, Geburtsschäden und -missbildungen, Fehler während der Geburt, Frühgeburt und Missbildungen einschließlich damit verbundener Erkrankungen.

Akkupunktur, Homöopathie, Osteopathie und Chiropraktik, einschließlich Medikamente und Verbände

Die *Versicherungspolice* deckt Ausgaben in Zusammenhang mit den entsprechenden *medizinisch erforderlichen Behandlungen* nur dann ab, wenn diese von *Ärzten* oder *Gesundheitsfachkräften* durchgeführt werden, die nachweisen, dass sie eine qualifizierte geeignete Ausbildung in dem Land erhalten haben, in dem die *medizinische Behandlung* durchgeführt wird, und dass sie die Zulassung bzw. Genehmigung haben, eine solche Behandlung durchzuführen.

Die *Medikamente und Verbände*, die von diesen *Ärzten* oder *Gesundheitsfachkräften* im Lauf einer entsprechenden *medizinischen Behandlung* verschrieben werden, sind ebenfalls unter der *Versicherungspolice* abgedeckt.

Die *Versicherungsleistungen*, die unter der *Versicherungspolice* diesbezüglich gewährt werden, bestehen in der *Übernahme der entsprechenden Kosten bis zu einer Höhe von maximal 1.000 Euro* pro Versicherungsjahr*.

Psychiatrische Behandlung

Die *Versicherungspolice* deckt die Ausgaben für psychiatrische Leistungen bis zu einem Betrag von maximal 1.000 Euro* ab, sofern der Versicherer zu einer Übernahme dieser Kosten vor *Beginn der Behandlung* seine schriftliche Zustimmung gegeben hat.

Es gilt eine *Wartezeit* von 10 Monaten.

Medikamente und Verbände

Damit *Medikamente und Verbände* von der *Versicherungspolice* abgedeckt sind, müssen sie von einem *Arzt*, einer *Gesundheitsfachkraft* bzw. einem *Zahnarzt* oder einer Person verschrieben werden, die unter ihrer Leitung arbeitet. Diese *Medikamente und Verbände* müssen in einer Apotheke oder bei einem offiziell zugelassenen Lieferanten erworben werden.

Nährstoffreiche Nahrungsmittel, Stärkungsmittel, Mineralwasser, Kosmetika, Produkte für die persönliche Hygiene sowie Badesalze werden nicht als *Medikamente* angesehen und sind daher unter der *Versicherungspolice* nicht abgedeckt.

Rezeptfreie Medikamente

Rezeptfreie *Medikamente* können ohne Rezept gekauft werden; üblicherweise sind sie zur Behandlung von Symptomen gewöhnlicher Krankheiten bestimmt, für die ein Arztbesuch nicht unbedingt erforderlich ist.

Die *Versicherungspolice* deckt Ausgaben für solche rezeptfreien *Medikamente* bis zu einer Höhe von maximal 50 Euro* je *Versicherungsjahr* ab.



Physiotherapie

Dies sind physikalisch-medizinische Leistungen (Physiotherapie und Bewegungstherapie, Massagen), die auf Rezept verfügbar sind. Außerdem müssen sie von einem Arzt oder einem qualifizierten und zugelassenen Therapeuten durchgeführt werden. Das Rezept muss vor *Beginn der Behandlung* ausgestellt werden und die Diagnose sowie Art und Anzahl der Sitzungen enthalten.

Die unter der *Versicherungspolice* gewährten *Versicherungsleistungen* bestehen in der Übernahme der Kosten für maximal 15 Sitzungen je *Versicherten* und *Versicherungsjahr*.

Therapeutische Hilfsmittel und Geräte

Die *Versicherungspolice* deckt Kosten bei der ambulanten *medizinischen Behandlung bis zu 750 Euro** für orthopädische Gerätschaften und Prothesen sowie für andere Materialien ab, die genutzt werden, um körperlichen Beeinträchtigungen vorzubeugen oder diese direkt zu lindern oder auszugleichen. Medizinische Hilfen müssen von einem Arzt verschrieben werden und gelten nicht als allgemeine Verbrauchsgüter.

Medizinische Hilfen zur ambulanten *medizinischen Behandlung* sind: Bandagen, Binden oder Schuheinlagen, Krücken, Hörhilfen, Kompressionsstrümpfe, künstliche Glieder/Prothesen (mit Ausnahme von Zahnprothesen), Sitzschalen, orthopädische Körper-, Arm- und Beinstützen sowie Sprechhilfen (Elektrolarynx).

Die folgenden medizinischen Hilfen sind nur nach vorheriger schriftlicher Zustimmung des *Versicherers* unter der *Versicherungspolice* abgedeckt: Rollstühle, Herz- und Atemüberwachungsgeräte, Infusionspumpen, Inhaliergeräte, Sauerstoffanlagen und Überwachungsmonitore für Babys.

Andere Hilfen werden nicht als medizinische Hilfen angesehen und gelten nicht als *medizinische Behandlung* unter der *Versicherungspolice*.

Ausgaben für die Reparatur medizinischer Hilfen sind unter der *Versicherungspolice* abgedeckt und werden vorbehaltlich der vorstehenden Bedingungen übernommen. Ausgaben für Hygieneartikel wie beispielsweise Einlagen und Massagegeräte sowie für Nutzung und Wartung solcher Artikel sind nicht unter der *Versicherungspolice* abgedeckt.

Transport zum nächsten geeigneten Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem *Unfall* oder in einem *Notfall*.

Die *Versicherungspolice* deckt die Ausgaben für den Transport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus für die Erstversorgung nach einem, Unfall oder in einem Notfall ab.



4.3.4. Zahnbehandlung

Übersicht

Vorbehaltlich der nachstehenden detaillierten Beschreibung der entsprechenden gewährten *Versicherungsleistungen* sind unter der *Versicherungspolice* die folgenden zahnmedizinischen Behandlungen abgedeckt:

Übersicht über die *Versicherungsleistungen*: Zahnbehandlung

Zahnärztliche *Notfall*behandlung

- Pulpotomie/Pulpektomie
- einfache Füllungen

* Die genannten Beträge gelten – soweit nichts anderes bestimmt ist – je *Versicherten* und *Versicherungsjahr*.

Detaillierte Beschreibung der *Versicherungsleistungen*

Zahnärztliche Notfallbehandlung

Eine zahnärztliche Notfallbehandlung ist eine Behandlung, die in einer Zahnarztpraxis oder in der Notaufnahme eines Krankenhauses durchgeführt wird, um die durch einen Unfall oder eine Verletzung eines gesunden natürlichen Zahns hervorgerufenen Zahnschmerzen sofort zu stoppen, einschließlich Pulpotomie bzw. Pulpektomie und die anschließende Füllung. Nicht eingeschlossen sind Zahnprothesen jeglicher Art, dauerhafte Sanierungen oder die Fortsetzung einer Wurzelkanalbehandlung. Die Behandlung muss innerhalb von 24 Stunden nach Eintritt des Notfalls erfolgen.

Der *Versicherer* übernimmt die Kosten für diese Leistungen bis zu einer Höhe von 500 Euro* je *Versicherungsjahr*.

4.4. Leistungsbeschränkungen

Der Versicherungsschutz unter der *Versicherungspolice* erstreckt sich weder auf *Krankheiten* und *Körperverletzungen*, einschließlich ihrer Folgen, noch auf den Tod infolge von Krieg, Militäroperationen, Militärdienst, Aufstand und Unruhen, sofern *Krankheiten*, *Körperverletzungen*, Verwundungen und Tod aufgrund dieser Ursachen nicht ausdrücklich in der *Versicherungspolice* eingeschlossen und abgedeckt sind.

Die *Versicherungspolice* deckt weder *medizinische Behandlungen* für *Krankheiten* oder *Körperverletzungen* ab, die vorsätzlich herbeigeführt wurden, noch *medizinische Behandlungen* im Zusammenhang mit Drogenkonsum.

Sofern mit dem *Versicherer* nichts anderes ausdrücklich schriftlich vereinbart worden ist, deckt die *Versicherungspolice* weder Kosten für *Sanatoriumsbehandlungen* oder Kuren noch Kosten für Behandlungen oder Rehabilitationen in einem Heilbad ab. -

Die *Versicherungspolice* deckt nicht die Kosten für die *medizinische Behandlung* durch Ehegatten, Eltern oder Kinder des *Versicherungsnehmers* oder des *Versicherten* ab.

Die *Versicherungspolice* deckt weder kosmetische Behandlungen gleich welcher Art noch deren Folgen ab.

Die *Versicherungspolice* deckt keinen Selbstmordversuch ab.



Für alle Behandlungen, die von *Ärzten, Gesundheitsfachkräften, Zahnärzten, Naturheilkundigen* und in Krankenhäusern durchgeführt werden, für die der *Versicherer* die Gewährung von *Versicherungsleistungen* wirksam abgelehnt hat, besteht keinerlei Anspruch auf eine *Versicherungsleistung*. Falls zum Zeitpunkt der Anzeige des Leistungsfalls die Behandlung noch nicht beendet ist, besteht keine Verpflichtung, Kosten zu erstatten, die mehr als drei Monate nach Anspruchsanzeige entstanden sind.

Die *Versicherungspolice* deckt nicht die Unterbringung aufgrund von Pflegebedürftigkeit (Langzeit-Pflege) oder für Betreuung ab.

Die *Versicherungspolice* deckt keinerlei Kosten ab, die in Verbindung mit Arztberichten, Behandlungs- und Kostenplänen entstanden sind, die der *Versicherungsnehmer* oder der *Versicherte* bereitstellen müssen.

Die *Versicherungspolice* deckt weder den Autonomieverlust des Versicherten ab noch Kosten, die durch die dauerhafte Betreuung des *Versicherten* entstehen. Die *Versicherungspolice* deckt keinerlei Kosten ab, die im Zusammenhang damit entstehen, dass der *Versicherte* zuhause bleibt und/oder zuhause oder in einem Genesungsheim, einer psychiatrischen Anstalt oder Ähnlichem nicht-medizinische Pflege erhält.

Falls die medizinische Versorgung oder andere Behandlungen des *Versicherten* über das *medizinisch Erforderliche* hinausgehen, werden die *Versicherungsleistungen* auf den Teil der Versorgung oder Behandlung gekürzt, der *medizinisch erforderlich* ist und somit als *medizinische Behandlung* gilt, die unter der *Versicherungspolice* abgedeckt ist. Eine Kürzung der *Versicherungsleistungen* unter der *Versicherungspolice* erfolgt auch, wenn übermäßig hohe Beträge (gemäß dem in dem jeweiligen Land herrschenden allgemeinen Preisniveau) für eine *medizinische Behandlung* berechnet werden.

Leistungsfälle bzw. der Teil des *Leistungsfalls*, die bzw. der vor dem *Datum des Inkrafttretens* oder während der *Wartezeit* entstehen bzw. entsteht, sind bzw. ist vom Versicherungsschutz und den unter der *Versicherungspolice* gewährten *Versicherungsleistungen* ausgeschlossen.

Die *Versicherungspolice* deckt weder die chirurgische noch die hormonelle Angleichung an die biologischen sexuellen Merkmale des anderen Geschlechts ab.

Die *Versicherungspolice* deckt weder eine Behandlung noch eine Operation zur Korrektur der Sehfähigkeit ab, zum Beispiel durch Laser, refraktive Keratektomie (RK) oder photorefraktive Keratektomie (PRK). Die *Versicherungspolice* deckt jedoch die Korrektur des Sehvermögens ab, wenn das Sehvermögen durch eine Erkrankung oder eine *Körperverletzung* beeinträchtigt wird (z.B. Grauer Star oder Netzhautablösung).

5. Tarif

Die Prämie wird nach Unterzeichnung des *Antragsformulars* unter Berücksichtigung des Landes festgelegt, in dem die *Versicherten* ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort haben.

Falls sich eine Änderung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes des *Versicherten* während der Dauer der die *Region 2* abdeckenden *Versicherungspolice* ergibt, werden die Prämien sofort angepasst.

Falls sich eine Änderung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes des *Versicherten* während der Dauer der die *Region 1* abdeckenden *Versicherungspolice* ergibt, werden die Prämien sofort angepasst.

Falls der *Versicherte* nach seinem Geburtstag einer anderen Altersklasse zugeordnet wird, wird die Prämie an das neue Alter angepasst.

Die vorstehend genannten Anpassungen werden gemäß den Bestimmungen der *Allgemeinen Versicherungsbedingungen* und der geltenden gesetzlichen Bestimmungen vorgenommen.

Der Betrag der für die *Versicherungspolice* geltenden Prämie wird in den *Besonderen Bedingungen* angegeben.



II. Allgemeine Versicherungsbedingungen für medizinische Assistenzleistungen und Zusatzleistungen

In Verbindung mit einem Krankenversicherungsprodukt von Foyer Global Health

1. Gegenstand der medizinischen Assistenzleistungen und Zusatzleistungen

Kursiv gesetzte Begriffe, die hier verwendet und nicht weiter definiert werden, haben die Bedeutung, die ihnen im Glossar am Ende der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zugewiesen wird.

Der *Versicherer* erbringt die hier beschriebenen *medizinische Assistenzleistungen und Zusatzleistungen* in Verbindung mit und im Rahmen der medizinischen Behandlungen für Erkrankungen und Körperverletzungen, die unter der *Versicherungspolice* abgedeckt sind.

2. Geografischer Geltungsbereich

Die *medizinischen Assistenzleistungen und Zusatzleistungen* werden weltweit bereitgestellt.

3. Serviceleistungen

3.1. Allgemeine Hinweise

Art und Umfang der vom *Versicherer* erbrachten *medizinischen Assistenzleistungen und Zusatzleistungen* werden im Folgenden festgelegt, sofern mit dem *Versicherer* nichts anderes schriftlich vereinbart worden ist.

Die *medizinischen Assistenzleistungen und Zusatzleistungen* können nur zusammen mit einem Krankenversicherungsprodukt von Foyer Global Health abgeschlossen werden.

Die *medizinischen Assistenzleistungen und Zusatzleistungen* können vom *Versicherer* über eine *Assistenzgesellschaft* bereitgestellt werden. Diesbezüglich erhält der *Versicherte* eine personalisierte Service-Karte mit den wichtigsten Telefonnummern der *Assistenzgesellschaft*. Die personalisierte Service-Karte dient als Nachweis für den Anspruch auf die *medizinische Assistenzleistungen und die Zusatzleistungen*.

Damit erteilt der *Versicherungsnehmer* dem *Versicherer* ausdrücklich die Anweisung und die Genehmigung, jegliche von der *Assistenzgesellschaft* benötigten Informationen und Daten in Bezug auf den *Versicherungsnehmer* und den *Versicherten* der *Assistenzgesellschaft* offenzulegen, zur Verfügung zu stellen und zu übermitteln, damit diese die *medizinische Assistenzleistungen und Zusatzleistungen* angemessen gewährleisten kann, einschließlich insbesondere persönlicher Identifikationsangaben (wie Titel, Nachname, Vorname, Wohnanschrift, E-Mail-Adresse, Telefonnummer und Geburtsdatum), Verbindungsdaten (wie Berichte zur Kommunikation über Telefon, E-Mail, soziale Netzwerke oder ein Portal) und Daten zum Deckungsschutz unter der *Versicherungspolice* (wie Angaben zu versicherten Risiken, bisherigen und aktuellen Ansprüchen oder zur Prämie). Der *Versicherungsnehmer* und der *Versicherte* bestätigen und genehmigen ausdrücklich, dass die entsprechende Offenlegung und Übermittlung von Daten und Angaben in ihrem Interesse liegt und für die angemessene Durchführung der *Versicherungspolice* erforderlich ist. Die vorliegende Anweisung und Genehmigung bleiben wirksam, solange die *Versicherungspolice* in Kraft bleibt.



3.2. Medizinische Assistenzleistungen

Folgende *medizinische Assistenzleistungen* werden vom Versicherer zur Verfügung gestellt.

Übersicht

24-Stunden-Telefon- und E-Mail-Service mit erfahrenden Beratern, Ärzten und Fachärzten

Medizinisch erforderlicher Krankentransport und Rücktransport

Informationen über die medizinische Infrastruktur/Versorgung unter gebührender Berücksichtigung der erforderlichen Sprache

Unterstützung und Informationen (zweite Meinung, Überwachung des Verlaufs der Krankheit oder Körperverletzung)

Zahlungsgarantie, insbesondere bei der Vorbereitung eines Krankenhausaufenthalts

Zahlung eines Vorschusses

Unterstützung und Informationen in Bezug auf Art, mögliche Gründe und Behandlungsoptionen/Therapieformen für die Erkrankung sowie Auskünfte zu medizinischen Fachbegriffen

Unterstützung bei der Organisation eines Arzt-Arzt-Gesprächs

Hilfe bei der Auswahl der verschriebenen *Medikamente*, vergleichbarer Präparate und ihrer Nebenwirkungen

Medizinische Unterstützung und Beratung vor der Reise (Impfungen, Zusammenstellung eines Erste-Hilfe-Sets)

Detaillierte Beschreibung der Versicherungsleistungen

24-Stunden-Telefon- und E-Mail-Service mit erfahrenden Beratern, Ärzten und Fachärzten

Medizinische Assistenz steht 24 Stunden am Tag, sieben Tage die Woche und 365 Tage im Jahr über die telefonische Hotline für medizinische Assistenz zur Verfügung.

Krankentransport und Rücktransport

Diese Leistung deckt einen medizinisch erforderlichen Krankentransport und Rücktransport ab, sowohl im Aufenthaltsland als auch ins Ausland. Die Kosten für eine medizinisch erforderliche Begleitung während des Transports sind ebenfalls in der erbrachten Leistung eingeschlossen.

- ▶ Krankentransport und Rücktransport können auch aufgrund einer unangemessenen medizinischen Versorgung und unangemessener Hygienestandards in dem die Behandlung durchführenden Krankenhaus übernommen werden.
- ▶ Krankentransport und Rücktransport müssen von dem verantwortlichen Arzt angeordnet werden, und es muss die vorherige schriftliche Zustimmung des *Versicherers* zur Übernahme der Kosten eingeholt werden.
- ▶ Krankentransport und Rücktransport zu einem Krankenhaus, das geeignet ist, die weitere Behandlung zu leisten, erfolgt, wenn dies zwischen dem verantwortlichen Arzt und dem *Versicherer* vereinbart worden ist.
- ▶ Vorbehaltlich einer vorherigen schriftlichen Vereinbarung mit dem *Versicherer* kann die *medizinische Assistenzleistung* auch den Rücktransport zum derzeitigen Aufenthaltsort des *Versicherten* oder zu seinem letzten festen Wohnsitz in seinem *Herkunftsland* erfolgen, wenn der *Leistungsfall* außerhalb eines solchen Landes eintritt.



Informationen über die medizinische Infrastruktur/medizinische Versorgung unter gebührender Berücksichtigung der erforderlichen Sprache

- ▶ Benennung von *Ärzten*, Krankenhausärzten, Krankenhäusern und spezialisierten Krankenhäusern in der Nähe des Aufenthaltsortes des *Versicherten* zum Zeitpunkt des Auftretens des *Leistungsfalls*, insbesondere unter Berücksichtigung der erforderlichen Sprache.
- ▶ Beratung und Unterstützung bei der Auswahl eines Behandlungsortes im Falle einer medizinisch erforderlichen Verlegung/eines *medizinisch erforderlichen* Wechsels des Arztes oder der Gesundheitsfachkraft.

Unterstützung und Informationen (zweite Meinung, Überwachung des Verlaufs der Krankheit oder Körperverletzung)

- ▶ Unterstützung und Organisation einer *zweiten ärztlichen Meinung* (medizinischer Befund) von einem in dem entsprechenden medizinischen Gebiet spezialisierten Facharzt im Fall von lebensbedrohenden und schweren *Krankheiten* oder *Körperverletzungen*.
- ▶ Unterstützung bei der Auswahl eines Facharztes und Krankenhauses und bei der Organisation von Einweisung und Entlassung.
- ▶ Organisation und Unterstützung bei der Überwachung des Verlaufs der *Krankheit* oder der *Körperverletzung*/des Genesungsverlaufs durch *Ärzte* und durch die Kontakte des Versicherers.

Zahlungsgarantie, insbesondere bei der Vorbereitung eines Krankenhausaufenthalts

- ▶ Vorlage einer Zahlungsgarantie, beispielsweise bei einer geplanten stationären Behandlung.
- ▶ Eine direkte Abrechnung der Kosten mit dem verantwortlichen *Arzt/Krankenhaus*.

Zahlung eines Vorschusses

Die Zahlung eines Vorschusses an den bzw. die *Versicherten*, falls der *Arzt* oder die Gesundheitsfachkraft und/oder das Krankenhaus nur Barzahlungen akzeptiert.

Unterstützung und Informationen in Bezug auf Art, mögliche Gründe und Behandlungsoptionen/Therapieformen für die Erkrankung sowie Auskünfte zu medizinischen Fachbegriffen

Beratung, Klarstellung und Erklärung medizinischer Fragen im Fall einer *Krankheit* oder *Körperverletzung* des *Versicherten*, insbesondere im Hinblick auf die Gründe und die Behandlungsoptionen/Therapieformen sowie Erklärung medizinischer Fachbegriffe.

Unterstützung bei der Organisation eines Arzt-Arzt-Gesprächs

Im Fall einer *Krankheit* oder *Körperverletzung*, beispielsweise bei chronischen Erkrankungen, hilft der Versicherer, ein *Arzt-Arzt-Gespräch* zu organisieren, beispielsweise zwischen dem *Arzt* des *Versicherten* in dem Land, in dem die Leistungsfälle auftraten, und seinem *Arzt* im *Herkunftsland* oder im *Aufenthaltsland*.

Hilfe bei der Auswahl der verschriebenen Medikamente, vergleichbarer Präparate und ihrer Nebenwirkungen

- ▶ Informationen über *Medikamente* und ihre Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit anderen Präparaten und *Vorerkrankungen*.
- ▶ Informationen über vergleichbare und identische Präparate.

Medizinische Unterstützung und Beratung vor der Reise (Impfungen, Zusammenstellung eines Erste-Hilfe-Sets)

- ▶ Medizinische Informationen über die Hygienestandards in allen relevanten Ländern.
- ▶ Beratung und Informationen über empfohlene Impfungen für alle relevanten Länder, insbesondere bei *Vorerkrankungen*.
- ▶ Unterstützung bei der Zusammenstellung eines *Erste-Hilfe-Sets* unter gebührender Berücksichtigung der Hygienestandards und Wetterbedingungen in allen relevanten Ländern.
- ▶ Beratung und Informationen sind beim *Versicherer* über Telefon und E-Mail erhältlich.



3.3. Zusatzleistungen

Folgende *Zusatzleistungen* werden vom *Versicherer* zur Verfügung gestellt:

Übersicht

Rücktransport ins Aufenthaltsland

Organisation von Patientenbesuchen durch Familienangehörige

Aufschub der Rückreise

Beschaffung und Versand wichtiger *Medikamente*

Organisation des Rücktransports oder Kinderbetreuung

Transport der sterblichen Überreste und organisatorische Unterstützung im Todesfall

Hilfe bei psychologischen Problemen aufgrund des Auslandsaufenthalts

Dokumentenverwahrung (Verwahrung und Beschaffung von Ersatzdokumenten bei Verlust)

Vermittlung eines Rechtsbeistands bei rechtlichen Schwierigkeiten

Vermittlung eines Umzugsunternehmens

Vermittlung von interkulturellem Training (Informationen über die Landeskultur)

Detaillierte Beschreibung der Versicherungsleistungen

Rücktransport ins Aufenthaltsland

Wenn es mit dem *Versicherer* speziell zuvor schriftlich vereinbart worden ist und wenn es *medizinisch erforderlich* ist, den *Versicherten* zu Behandlungszwecken zu transportieren, übernimmt der *Versicherer* die Transportkosten (Bahnticket erster Klasse, Flug in der Economy Class) für die Rückreise des *Versicherten* in das Land seines gewöhnlichen Aufenthalts bis zu einer Höhe von maximal 3.000 Euro je *Versicherten* und je *Versicherungsjahr*.

Organisation von Patientenbesuchen durch Familienangehörige

Bei einer stationären Behandlung aufgrund eines *Notfalls* organisiert der *Versicherer* die Fahrt eines Familienmitglieds an den Ort der *medizinischen Behandlung* und zurück nach Hause (Bahnticket erster Klasse, Flug in der Economy Class) und übernimmt Reisekosten bis zu einem Gesamtbetrag von maximal 3.000 Euro*, falls die stationäre Behandlung mindestens 7 aufeinanderfolgende Kalendertage dauert und der *Versicherer* die Kostenübernahme garantiert hat.

Aufschub der Rückreise

Falls die Rückreise aus dem Land, in dem der *Versicherte* sich bei Auftreten des *Leistungsfalls* aufhält, aufgrund eines *medizinischen Notfalls* bei einem *Versicherten*, der dadurch nicht reisefähig ist (Rückreise in das *Herkunftsland* oder in ein neues Land) hinausgeschoben werden muss, so übernimmt der *Versicherer* die Kosten für die Änderung/Stornierung der Hotel- und Flugbuchungen bis zu einer Höhe von maximal 3.000 Euro*.

Beschaffung und Versand wichtiger Medikamente

Falls ein *Versicherter* wichtige *Medikamente* nimmt, die in dem Land, in dem sich der *Versicherte* aufhält, nicht verfügbar sind, bemüht sich der *Versicherer*, diese *Medikamente* schnellstmöglich zu besorgen, sofern das *Medikament* in dem Land, in dem sich der *Versicherte* aufhält, gesetzlich zugelassen ist und seine Einfuhr nicht gegen gesetzliche Bestimmungen verstößt.



Organisation des Rücktransports oder Kinderbetreuung

- ▶ Wenn aufgrund eines medizinischen *Notfalls* für beide Eltern ein Krankenhausaufenthalt erforderlich ist, organisiert der *Versicherer* eine Kinderbetreuung durch einen geeigneten Dienstleister und zahlt die Kosten dafür für die Dauer der stationären Behandlung.
- ▶ Wenn beide Eltern während des Urlaubs aufgrund eines *Notfalls* stationär im Krankenhaus behandelt werden, übernimmt der *Versicherer* die Kosten für die Rückreise der Kinder (bis zu 18 Jahren) an ihren derzeitigen gewöhnlichen Aufenthaltsort in dem Land ihres gewöhnlichen Aufenthalts.

Transport der sterblichen Überreste und organisatorische Unterstützung im Todesfall

- ▶ Erledigung der notwendigen Formalitäten zur Überführung oder Einäscherung der sterblichen Überreste des Versicherten, insbesondere die Beschaffung der Todesurkunde, des Unfallberichts, Herstellung des Kontakts mit den Behörden/dem Konsulat und Ermittlung, welche Angehörigen berechtigt sind, die Überführung oder Einäscherung zu genehmigen.
- ▶ Übernahme der Kosten für die Überführung der sterblichen Überreste des *Versicherten* in das *Herkunftsland* und der Kosten für die Formalitäten in Verbindung mit der Überführung bis zu einer Höhe von maximal 30.000 Euro*.
- ▶ Transport der Urne in das *Herkunftsland* im Fall einer Einäscherung.
- ▶ Begräbniskosten sind nicht in den *Zusatzleistungen* enthalten und werden somit vom *Versicherer* unter der Versicherungspolice weder übernommen noch vorgestreckt.

Hilfe bei psychologischen Problemen aufgrund des Auslandsaufenthalts

- ▶ Der *Versicherer* bietet eine Beratung in psychischen Stresssituationen an.
- ▶ Der *Versicherte* erhält bzw. die *Versicherten* erhalten per Telefon in maximal 5 Gesprächen psychologische Unterstützung von erfahrenen Ärzten und wird bzw. werden über die weitere Vorgehensweise beraten; dies gilt je *Versicherten* und je *Versicherungsjahr*.

Dokumentenverwahrung (Verwahrung und Beschaffung von Ersatzdokumenten bei Verlust)

- ▶ Der *Versicherer* bietet eine Verwahrungsmöglichkeit für wichtige Dokumente (z.B. Reisepass, Visa, Fahrerlaubnis, Impfausweis und andere wichtige Dokumente) an.
- ▶ Falls das Originaldokument verloren geht, wird eine Kopie per E-Mail, Fax oder Kurier an den *Versicherten* geschickt, und es wird Unterstützung bei der Beschaffung eines Ersatzes für das Original gewährt.

Vermittlung eines Rechtsbeistands bei rechtlichen Schwierigkeiten

Falls erforderlich, stellt der *Versicherer* ausgewählte englisch-, deutsch- oder französischsprachige Anwälte/Fachleute im Land des gewöhnlichen Aufenthalts des Versicherten zur Verfügung.

Vermittlung eines Umzugsunternehmens

Gegebenenfalls vermittelt der *Versicherer* einen spezialisierten Dienstleister zur Organisation des Umzugs und leistet Unterstützung bei der Suche nach einer Unterbringung, falls notwendig.

Vermittlung von interkulturellem Training (Informationen über die Landeskultur)

Falls erforderlich vermittelt der *Versicherer* ein landesspezifisches und interkulturelles Training über das Leben und Arbeiten im Ausland als Vorbereitung für den Auslandsaufenthalt.

4. Tarif

Die Versicherungsprämie einschließlich der Prämie für die *medizinische Assistenzleistungen und Zusatzleistungen* wird in den Besonderen Bedingungen angegeben.

*Die genannten Beträge gelten – soweit nichts anderes bestimmt ist – je *Versicherten* und *Versicherungsjahr*.



III. Glossar

Unfall	Ein plötzliches unerwartetes externes Ereignis, das eine Krankheit oder eine Körperverletzung verursacht.
Akkupunktur	Akkupunktur ist eine Behandlungsmethode in der alten traditionellen chinesischen Medizin, mit der <i>Krankheiten</i> und <i>Körperverletzungen</i> geheilt werden oder Schmerzen gelindert werden, indem dünne Nadeln in den Körper gestochen werden. Die <i>Schulmedizin</i> erkennt dies vor allem als eine Methode zur Schmerzlinderung an.
Assistenzgesellschaft	Die Assistenzgesellschaft ist eine Gesellschaft, die sich darauf spezialisiert hat, den <i>Versicherten</i> in Notsituationen oder bei Krankenhausbehandlungen mit Rat und Tat zur Seite zu stehen. Durch die Assistenzgesellschaft werden zusätzliche Leistungen, die dem <i>Versicherten</i> den Auslandsaufenthalt erleichtern sollen, so wie die Übernahme bestimmter Kosten, zum Beispiel Rückführungskosten, erbracht.
Krebs	<i>Krebs</i> ist der allgemeine Begriff für alle bösartigen Erkrankungen, die durch die Wucherung veränderter Zellen verursacht werden (Tumor, Karzinom). Diese Zellen können das Umgebungsgewebe zerstören und Sekundärtumore (Metastasen) bilden.
Chiropraktik	Ein Chiropraktiker ist auch als Manualtherapeut bekannt. Blockierte oder verschobene Wirbel werden durch spezielle Techniken wieder „zurückgeschoben“ oder andere Gelenke wieder „eingerenkt“.
Konservatorische Behandlung	Eine <i>konservatorische Behandlung</i> ist eine Behandlung zur Erhaltung von Zähnen (z.B. Füllungen, Wurzelkanalbehandlung).
Schulmedizin	<i>Schulmedizin</i> ist die an der Universität gelehrt, wissenschaftliche Art der Medizin, die daher allgemein akzeptiert und angewandt wird.
Herkunftsland	Das <i>Herkunftsland</i> ist das Land, dessen Nationalität der <i>Versicherte</i> besitzt oder in dem der <i>Versicherte</i> seinen gewöhnlichen Aufenthaltsort vor dem Wechsel in das derzeitige <i>Aufenthaltsland</i> hatte.
Aufenthaltsland	Das Land, in dem der <i>Versicherte</i> seinen derzeitigen gewöhnlichen Aufenthaltsort oder seinen derzeitigen vorübergehenden Aufenthaltsort hat.
Selbstbeteiligung	Anteil der Kosten, der dem <i>Versicherten</i> für eine <i>medizinische Behandlung</i> , die unter der <i>Versicherungspolice</i> abgedeckt ist, entstanden ist, den der <i>Versicherungsnehmer</i> und der <i>Versicherte</i> vereinbarungsgemäß selbst tragen und der durch den Versicherer unter der <i>Versicherungspolice</i> nicht leistungsberechtigt ist. Falls eine <i>Selbstbeteiligung</i> vereinbart worden ist, wird eine solche <i>Selbstbeteiligung</i> in den <i>Besonderen Bedingungen</i> festgehalten.
Zahnarzt	Ein <i>Arzt</i> oder eine <i>Gesundheitsfachkraft</i> , der bzw. die sich auf Erkrankungen der Zähne und der Mundhöhle spezialisiert hat.
Arzt	Ein <i>Arzt</i> (Allgemeinmediziner oder Facharzt), der Inhaber eines medizinischen Diploms ist, das in dem Land, in dem die Behandlung durchgeführt wird, gesetzlich anerkannt ist, und der befugt ist, medizinische Versorgungsleistungen zu erbringen.
Notfall	Das plötzliche und unvorhergesehene Auftreten einer akuten <i>Krankheit</i> oder <i>Körperverletzung</i> , die den Gesundheitszustand des <i>Versicherten</i> unmittelbar gefährdet.
Homöopathie	Die Homöopathie beruht auf drei Säulen: dem Ähnlichkeitsprinzip, der Prüfung am Gesunden und der Potenzierung der Substanzen. Ein Spezialist für Homöopathie geht davon aus, dass eine <i>Krankheit</i> , die sich in spezifischen Symptomen zeigt, durch eine Substanz geheilt werden kann, die ähnliche Symptome bei gesunden Menschen erzeugt.



Hospiz	Eine Einrichtung, die ausschließlich dazu dient, Patienten mit einer Lebenserwartung von nur noch wenigen Monaten oder weniger zu pflegen und deren lebensbedrohende Symptome durch <i>Palliativpflege</i> zu lindern.
Hydrotherapie	<i>Hydrotherapie</i> ist die zielgerichtete Behandlung durch die externe Anwendung von Wasser.
Zahnimplantate	Leistungen, die darin bestehen, <i>Zahnimplantate</i> (Metall oder Keramik) als Wurzelersatz oder in zahnlose Kiefer einzusetzen.
Stationäre Rehabilitation	Ein medizinisches Verfahren, um den vorherigen physischen Zustand eines Menschen nach einer schweren <i>Krankheit</i> oder <i>Körperverletzung</i> wiederherzustellen, beispielsweise nach einer Bypass-Operation, einem Herzinfarkt, einer Organtransplantation sowie Operation an großen Knochen oder Gelenken.
Versicherungsjahr	Zeitraum von 12 Monaten, der je nachdem entweder am <i>Datum des Inkrafttretens</i> oder am Datum der Verlängerung der <i>Versicherungspolice</i> beginnt.
Konservatorische Behandlung	Eine <i>konservatorische Behandlung</i> ist eine Behandlung zur Erhaltung von Zähnen (z.B. Füllungen, Wurzelkanalbehandlung).
Magnetresonanztomografie (MRT)	Dies ist eine Diagnosetechnik zur Visualisierung der inneren Organe und Gewebe mit Hilfe magnetischer Felder und Radiowellen.
Onkologie	Ein Bereich der inneren Medizin, der sich mit der Entwicklung, Diagnose und Behandlung von Tumoren und damit verbundenen Krankheiten beschäftigt.
Osteopathie	Der osteopathische Ansatz in der Medizin besteht in einer umfassenden manuellen Diagnose und Therapie der Fehlfunktionen des Bewegungsapparats, der inneren Organe und des Nervensystems. <i>Osteopathie</i> wird meistens bei chronischen Schmerzen der Wirbelsäule und der peripheren Gelenke eingesetzt.
Palliativpflege	Palliativbehandlung ist die umfassende und aktive Behandlung von Patienten mit einer begrenzten Lebenserwartung, für die eine Heilbehandlung in ihrem Zustand nicht länger möglich ist. Diese Art der Behandlung bietet die bestmögliche Lebensqualität für den Patienten und seine Familie.
Positronen-Emissions-Tomografie (PET)	Ein nicht-invasives Visualisierungsverfahren auf der Grundlage des Nachweises und der Visualisierung einer Substanz mit Positronenstrahlern, die sich im Körper des Patienten verteilt hat. Die Konzentration dieser „Tracer“ in einem Tumor kann dann quantifiziert werden, die Substanz wird intravenös injiziert, und die Strahlung wird von außen nachgewiesen. Mit Hilfe von PET lassen sich wichtige biologische Prozesse in Tumoren visualisieren.
Gesundheitsfachkraft	Eine Person, die neben <i>Ärzten</i> ebenfalls eine anerkannte und fundierte Ausbildung in ihrem Behandlungsgebiet hat und für die Behandlung in diesem Fachgebiet in dem Land zugelassen ist, in dem die Behandlung durchgeführt wird. Als <i>Gesundheitsfachkräfte</i> gelten folgende Berufe: Naturheilkundige, Logopäden und Hebammen sowie selbständige <i>Gesundheitsfachkräfte</i> , die in staatlich zugelassenen Heilhilfsberufen tätig sind (beispielsweise Massagetherapeuten und medizinische Betreuer, Physiotherapeuten). Der <i>Versicherte</i> kann die <i>Gesundheitsfachkraft</i> frei wählen, sofern sie diese Kriterien erfüllt.



Vorerkrankungen	Beschwerden, <i>Krankheiten</i> , <i>Körperverletzungen</i> und deren Folgen oder Unfallfolgen, die dem <i>Versicherungsnehmer</i> oder dem <i>Versicherten</i> bekannt sind oder die vor der Unterzeichnung des <i>Antragsformulars</i> behandelt worden sind. Durch eine spezielle schriftliche Vereinbarung mit dem <i>Versicherten</i> können <i>Vorerkrankungen</i> grundsätzlich unter der <i>Versicherungspolice</i> abgedeckt werden, sofern sie zuvor entsprechend angegeben worden sind. <i>Vorerkrankungen</i> , die im <i>Antragsformular</i> nicht angegeben worden sind, sind unter der <i>Versicherungspolice</i> nicht versichert.
Vorsorge- maßnahmen	Individuelle und allgemeine Maßnahmen, die Teil der vorbeugenden Medizin sind und die drohenden Krankheiten abwenden sollen (z.B. passive Immunisierung, vorbeugende Medikamente zum Zeitpunkt der Ankunft in einem Risikogebiet, Unfallverhütung usw.).
Region	Geografische <i>Region</i> , für die der Versicherungsschutz unter der <i>Versicherungspolice</i> gilt, d.h.: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Region 1</i>: weltweit. • <i>Region 2</i>: weltweit mit Ausnahme der USA.
Zweite Meinung	Medizinische Beratung bei einer lebensbedrohenden und schweren Erkrankung oder einem dauerhaften Gesundheitsproblem durch einen weiteren Arzt, der bisher noch nicht hinzugezogen worden ist.
Sanatoriums- behandlung	Eine Kur oder Behandlung anders als die <i>medizinische Behandlung</i> , die dazu dient, den Gesundheitszustand oder die körperliche Leistungsfähigkeit eines Menschen wiederherzustellen.



SPEZIELLE BEDINGUNGEN

SPECIAL

SPEZIELLE BEDINGUNGEN SPECIAL

Inhaltsübersicht

Vertragliche Grundlage

I. Spezielle Bedingungen Foyer Global Health Special	2 - 17
1. Deckungsumfang	2
2. Geografischer Geltungsbereich	2
3. Versicherbarkeit	2 - 3
3.1. Einbezug von <i>Vorerkrankungen</i> oder <i>Moratorium</i>	3
3.1.1. <i>Vorerkrankungen</i>	
3.1.2. <i>Moratoriumsklausel</i>	
4. Versicherungsleistungen	3 - 16
4.1. <i>Allgemeine Hinweise</i>	3
4.2. <i>Selbstbeteiligungen</i>	3 - 4
4.2.1. <i>Selbstbeteiligungen</i>	
4.2.2. <i>Doppelte Versicherungsleistungen für Region 1</i>	
4.3. <i>Versicherungsleistungen</i>	4 - 16
4.3.1. <i>Allgemein</i>	
4.3.2. <i>Stationäre Behandlung</i>	
4.3.3. <i>Ambulante Behandlung</i>	
4.3.4. <i>Zahnbehandlung</i>	
4.4. <i>Leistungsbeschränkungen</i>	16 - 17
5. Tarif	17
II. Allgemeine Versicherungsbedingungen für medizinische Assistenzleistungen und Zusatzleistungen	18 - 22
1. Gegenstand der medizinischen Assistenzleistungen und Zusatzleistungen	18
2. Geografischer Geltungsbereich	18
3. Serviceleistungen	18 - 23
3.1. <i>Allgemeine Hinweise</i>	18
3.2. <i>Medizinische Assistenzleistungen</i>	18 - 20
3.3. <i>Zusatzleistungen</i>	20 - 23
4. Tarif	22
III. Glossar	23 - 25



I. Spezielle Bedingungen Foyer Global Health Special

1. Deckungsumfang

Kursiv gesetzte Begriffe, die hier verwendet und nicht weiter definiert werden, haben die Bedeutung, die ihnen im Glossar am Ende der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zugewiesen wird.

Der *Versicherer* bietet *Versicherungsleistungen* für *Krankheiten*, *Körperverletzungen* und andere Ereignisse, die einen *Leistungsfall* gemäß der *Versicherungspolice* begründen.

Im *Leistungsfall* übernimmt der *Versicherer* die Behandlungskosten und erbringt weitere vereinbarte *Versicherungsleistungen* in Abhängigkeit der *Versicherungspolice*.

Innerhalb der Höchstbeträge der vorliegenden *Speziellen Bedingungen* zahlt der *Versicherer* für die medizinischen Kosten aller *Versicherten*, die in der *Versicherungspolice* genannt werden.

2. Geografischer Geltungsbereich

Die *Versicherungspolice* deckt *Leistungsfälle* in folgenden *Regionen* ab:

- *Region 1*: weltweit
- *Region 2*: weltweit ohne USA

Ein *Leistungsfall* gilt als in einer bestimmten *Region* entstanden, falls die den *Leistungsfall* begründende *Krankheit* oder *Körperverletzung* in dem Zeitraum auftritt, in dem der *Versicherte* in der entsprechenden *Region* physisch anwesend ist, unabhängig davon, ob die damit verbundene *medizinische Behandlung* in dieser *Region* durchgeführt wird oder nicht.

Falls sich die *Versicherungspolice* auf *Region 2* bezieht und der *Versicherte* vorübergehend *Region 2* verlässt (z. B. insbesondere bei einem vorübergehenden Aufenthalt von höchstens sechs Wochen außerhalb von *Region 2*), gelten die Versicherungsdeckung und die damit verbundenen *Versicherungsleistungen*, die unter der *Versicherungspolice* gewährt werden, nur für *Notfälle*, *Unfälle* und im Todesfall.

Leistungsfälle, die während eines Aufenthalts zu Behandlungszwecken in einer nicht vereinbarten *Region* entstehen, sind unter der *Versicherungspolice* nicht versichert.

Alle Änderungen in Bezug auf das gewöhnliche *Aufenthaltsland* sowie alle Änderungen in Bezug auf die dem *Versicherer* zuvor gemachten Angaben sind unverzüglich dem *Versicherer* anzuzeigen.

3. Versicherbarkeit

Versicherbar sind Personen, die sich vorübergehend für mindestens 3 aufeinander folgende Monate im Ausland aufhalten.

Personen, die sich dauerhaft in den Vereinigten Staaten aufhalten, sind von der Versicherungsdeckung und den *Versicherungsleistungen* unter der *Versicherungspolice* ausgeschlossen und dürfen weder *Versicherter* noch *Versicherungsnehmer* werden.

Falls sich ein *Versicherter* oder der *Versicherungsnehmer* während der Dauer der *Versicherungspolice* dauerhaft in den Vereinigten Staaten aufhält, beendet der *Versicherer* die *Versicherungspolice*. Falls der



Versicherte oder der *Versicherungsnehmer* seinen gewöhnlichen Aufenthaltsort während der Dauer der *Versicherungspolice* wechselt, kann der *Versicherer* im Einzelfall entscheiden, ob die *Versicherungspolice* gemäß dem geltenden Recht aufrechterhalten werden kann oder geändert bzw. beendet werden muss.

Der *Versicherer* kann die *Versicherungspolice* beenden, wenn die *Versicherungspolice* unvereinbar mit den für den *Versicherungsnehmer* bzw. den *Versicherten* geltenden örtlichen Gesetzen, Regeln oder Regelungen ist oder dagegen verstößt.

3.1 Einbezug von Vorerkrankungen oder Moratorium

Im *Antragsformular* kann der *Versicherungsnehmer* für den Einbezug von *Vorerkrankungen* auf Grundlage einer Beurteilung der Gesundheitsrisiken und gegebenenfalls vorbehaltlich einer *Wartezeit* optieren.

3.1.1 Vorerkrankungen

Damit der *Versicherer* über den Einbezug von *Vorerkrankungen* unter der *Versicherungspolice* entscheiden kann, müssen die Fragen im *Antragsformular* wahrheitsgemäß und umfassend beantwortet werden. Der *Versicherte* muss einen medizinischen Fragebogen ausfüllen und dem *Versicherer* die Ergebnisse davon zur Verfügung stellen. In Abhängigkeit der Angaben im medizinischen *Fragebogen* und der damit verbundenen umfassenden Risikobeurteilung durch den *Versicherer* hat der *Versicherer* die Möglichkeit, die *Versicherungspolice* anzupassen, indem er die Bedingungen ändert oder weitere Bedingungen hinzufügt, eine zusätzliche oder höhere Prämie festzusetzen oder den Abschluss der *Versicherungspolice* für den betroffenen *Versicherten* abzulehnen. Erkrankungen, die im Zeitraum zwischen der Unterzeichnung des *Antragsformulars* und der Unterzeichnung der *Besonderen Bedingungen* auftreten, gelten als *Vorerkrankungen*.

3.1.2 Moratoriumsklausel

Versicherte bis zu einem Alter von 55 Jahren, die sich der in Abschnitt 3.1.1 der vorliegenden *Speziellen Bedingungen* genannten medizinischen Untersuchung und umfassenden Risikobeurteilung nicht unterziehen wollen, damit die *Versicherungspolice* *Vorerkrankungen* abdeckt, können für ein „Moratorium“ optieren.

Falls der *Versicherte*, der gemäß dem vorstehenden Absatz moratoriumsberechtigt ist, für das Moratorium optiert, damit *Vorerkrankungen* unter der *Versicherungspolice* einbezogen sind, hat die *Versicherungspolice* nach einer ununterbrochenen *Wartezeit* von 2 Jahren ab dem *Datum des Inkrafttretens* Gültigkeit und bietet Deckung für alle Erkrankungen, die der *Versicherte* in den 5 Jahren vor Abschluss der *Versicherungspolice* erlitten hat, unter der Voraussetzung, dass der *Versicherte* keinerlei *medizinische Behandlung* oder Symptome für die entsprechende *Vorerkrankung* während dieser *Wartezeit* gezeigt, erhalten bzw. bekommen hat. Falls der *Versicherte* *medizinische Behandlung* oder Symptome im Zusammenhang mit der entsprechenden *Vorerkrankung* während der oben genannten 2-jährigen *Wartezeit* bekommt, zeigt oder erhält, so beginnt eine neue zusätzliche *Wartezeit* von 2 Jahren, in der der *Versicherte* keinerlei *medizinische Behandlung* oder Symptome im Zusammenhang mit der entsprechenden *Vorerkrankung* erleiden, bekommen oder erhalten darf, und zwar an dem Tag, an dem er die entsprechende *medizinische Behandlung* oder Symptome gezeigt, erhalten oder bekommen hat.

4. Versicherungsleistungen

4.1. Allgemeine Hinweise

Der *Versicherer* gewährt eine 100-prozentige Übernahme der leistungsberechtigten medizinischen Kosten in dem in den vorliegenden *Speziellen Bedingungen* beschriebenen Umfang und bis zu der dort festgesetzten Höhe, sofern in der *Versicherungspolice* nichts anderes vereinbart ist.



4.2. Selbstbeteiligungen

Je nach dem abgeschlossenen Versicherungsplan und den Bedingungen der *Versicherungspolice* leistet der *Versicherer* eine 100-prozentige Übernahme der leistungsberechtigten medizinischen Kosten bis zu dem in den vorliegenden *Speziellen Bedingungen* festgelegten jährlichen Höchstbetrag, sofern in der *Versicherungspolice* nichts anderes vereinbart ist.

4.2.1 Selbstbeteiligungen

Der Versicherungsplan Global Health Special bietet die folgenden Möglichkeiten zur *Selbstbeteiligung*:

- ▶ 0 Euro
- ▶ 250 Euro
- ▶ 500 Euro
- ▶ 1.000 Euro

Die *Selbstbeteiligung* gilt je *Versicherungsjahr* und je *Versicherten* und nur für die in Abschnitt 4.3.3 genannten ambulanten Behandlungen. Falls der *Versicherte* eine *Selbstbeteiligung* mit dem *Versicherer* vereinbart hat, erstattet der *Versicherer* für ambulante Behandlungen 100 % der erstattungsfähigen medizinischen Kosten abzüglich der vereinbarten *Selbstbeteiligung*.

Behandlungskosten werden dem *Versicherungsjahr* zugeordnet, in dem der Arztbesuch oder die *medizinische Behandlung* stattgefunden hat.

4.2.2 Doppelte Versicherungsleistungen für Region 1

Falls die *Versicherungspolice Region 1* abdeckt (d.h. weltweit gültig ist), verdoppeln sich die in Abschnitt 4.3.2, 4.3.3 und 4.3.4 der vorliegenden *Versicherungspolice* festgelegten Obergrenzen und Höchstbeträge.

Falls eine *Versicherungsleistung* auf eine bestimmte Anzahl von Tagen oder Sitzungen begrenzt ist oder falls eine *Selbstbeteiligung* unter der *Versicherungspolice* vereinbart worden ist, bleiben diese Obergrenze und diese *Selbstbeteiligung* von den Bestimmungen des vorherigen Absatzes unberührt.

4.3. Versicherungsleistungen

4.3.1. Allgemein

Bei *Krankheiten* und *Körperverletzungen* kann der *Versicherte* Arzt oder *Gesundheitsfachkraft* frei wählen.

Die unter der *Versicherungspolice* gewährten *Versicherungsleistungen* umfassen die Übernahme von medizinischen Kosten und von Kosten für *medizinische Behandlungen* gemäß den Bestimmungen der *Versicherungspolice* und insbesondere der vorliegenden *Speziellen Bedingungen*.

Medizinische Kosten für *medizinische Behandlungen* durch *Ärzte* und *Gesundheitsfachkräfte* (zur Vermeidung von Missverständnissen einschließlich *Zahnärzten*) sind unter der *Versicherungspolice* abgedeckt, insofern derartige Kosten den Sätzen für medizinische Kosten entsprechen, die in dem Land, in dem sie anfallen, üblich sind. Die *Versicherungspolice* kann auch medizinische Kosten abdecken, die über diese Sätze hinausgehen, wenn die entsprechenden Kosten unter Berücksichtigung der erlittenen *Krankheit* oder *Körperverletzung* gerechtfertigt und angemessen sind. Im Fall von *Gesundheitsfachkräften*, für die es in dem Land, in dem die Kosten anfallen, keine allgemeinen Kostensätze gibt, ist der *Versicherer* auf die vergleichbare Vergütung für *Ärzte*, soweit vorhanden, oder auf das allgemeine Preisniveau des betreffenden Landes angewiesen.

Im Fall der Übernahme von Kosten für zahntechnische Laborarbeiten und Materialien verwendet der



Versicherer den Durchschnittspreis, der diesbezüglich in dem Land, in dem die Behandlung durchgeführt wird, gilt.

Zahnprothesen, Zahnimplantate und kieferorthopädische Leistungen sind von der *Versicherungspolice* abgedeckt, wenn sie von einem Arzt oder einer *Gesundheitsfachkraft* (zur Vermeidung von Missverständnissen einschließlich Zahnarzt) durchgeführt werden, ohne dass sie im Sinne der vorliegenden *Speziellen Bedingungen* als ambulante oder stationäre Behandlung gelten.

Die *Versicherungspolice* deckt *medizinische Behandlungen* ab, die von der *Schulmedizin* anerkannt sind.

4.3.2. Stationäre Behandlung

Übersicht

Vorbehaltlich der nachstehenden detaillierten Beschreibung der entsprechenden gewährten *Versicherungsleistungen* sind unter der *Versicherungspolice* die folgenden *medizinischen Behandlungen* als stationäre Behandlungen abgedeckt:

Übersicht über die Leistungen für stationäre Behandlung

Allgemeine Krankenhausbehandlung und -unterbringung sowie Pflege im Einzel- oder Doppelzimmer

Medizinische Leistungen (einschließlich Pathologie, Radiologie, Computertomografie, *Magnetresonanztomografie*, *Positronen-Emissions-Tomografie* und *Palliativpflege*)

Krankenhauskosten einschließlich Operationsraum, Intensivpflege und Labor

Operationen und Narkose

Operationen, die ambulant statt stationär durchgeführt werden

Medikamente und Verbände

Therapeutische Hilfsmittel und Geräte

Therapien einschließlich Ergotherapie, Lichttherapie, *Hydrotherapie*, Inhalationen, Packungen, medizinische Bäder, Kälte- und/oder Wärmebehandlung, Elektrotherapie

Medizinische Hilfen

Leistungen während Schwangerschaft und Geburt, Leistungen einer Hebamme oder eines Geburtshelfers im Krankenhaus

Komplikationen während Schwangerschaft oder Geburt

Neugeborenen-Pflege

Angeborene Leiden

Krebstherapien, *onkologische Medikamente* und *medizinische Behandlung* einschließlich rekonstruktive Operation nach Brustkrebs

Knochenmarks- oder Organtransplantation (Kosten sowohl für Spender als auch Empfänger)

Psychiatrische Behandlung

Stationäre Psychotherapie

Erstattung von Kosten, wenn ein Elternteil ein Kind unter 18 Jahren bei einer stationären Behandlung begleitet

Häusliche Krankenpflege anstelle eines Krankenhausaufenthalts

Ersatzweise Cash-Back-Zahlung für Behandlungen, die nicht gegenüber dem Versicherer geltend gemacht wurden

Stationäre Rehabilitation



Hospiz

Tagesklinik und teilstationäre Behandlung

Transport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem *Unfall* oder in einem *Notfall*

Detaillierte Beschreibung der Versicherungsleistungen

Allgemeine Krankenhausbehandlung und -unterbringung sowie Pflege im Einzel- oder Doppelzimmer

Der *Versicherte* kann das Krankenhaus, in dem er sich behandeln lassen möchte, frei wählen. *Medizinische Behandlung* in einem Krankenhaus ist jede *medizinische Behandlung*, bei der der *Versicherte* für mindestens 24 Stunden in ein Krankenhaus aufgenommen wird, um die entsprechende *medizinische Behandlung* zu bekommen.

Wenn *medizinische Behandlungen* in einem Krankenhaus durchgeführt werden, in dem auch *Sanatoriumsbehandlungen* angeboten werden, deckt die *Versicherungspolice* nur die Behandlungen ab, die als *medizinische Behandlungen* gelten, sofern der *Versicherer* vor *Beginn der Behandlung* anderen Behandlungen nicht schriftlich zugestimmt hat.

Die *Versicherungspolice* deckt die gesamte *medizinische Behandlung*, die als stationäre Behandlung durchgeführt wird, ohne zeitliche Begrenzung ab, sofern das Servicezentrum des *Versicherers* vor Aufnahme in das Krankenhaus oder innerhalb von drei Kalendertagen danach kontaktiert und über den Krankenhausaufenthalt und die *medizinische Behandlung* informiert worden ist.

Medizinische Leistungen (einschließlich Pathologie, Radiologie, Computertomografie, Magnetresonanztomografie, Positronen-Emissions-Tomografie und Palliativpflege)

Die *Versicherungspolice* deckt alle Ausgaben für Untersuchungen, Diagnosen und Therapien bei einer stationär durchgeführten *medizinischen Behandlung* ab.

Krankenhauskosten einschließlich Operationsraum, Intensivpflege und Labor

Dies bezieht sich auf sonstige Kosten für die Nutzung von Spezialeinrichtungen wie Operationssäle, Intensivstationen und Labore.

Operationen und Narkose

Dies bezieht sich auf Kosten im Zusammenhang mit Operationen wie zum Beispiel *medizinische Leistungen*, Narkose und die Nutzung von Spezialeinrichtungen.

Ausgaben für ambulante Operationen sind unter der vorliegenden *Versicherungspolice* auch leistungsberechtigt, sofern eine solche ambulante Operation eine stationäre Behandlung ersetzt.

Operationen, die ambulant statt stationär durchgeführt werden

Dies bezieht sich auf ambulante *medizinische Behandlungen*, die in einer Arztpraxis oder einem Krankenhaus durchgeführt werden können, bei denen jedoch im Anschluss weder eine nächtliche Betreuung noch ein Krankenhausaufenthalt erforderlich ist.

Medikamente und Verbände

Damit *Medikamente*, *Verbände*, *Behandlungen* und *medizinische Hilfen* von der *Versicherungspolice* abgedeckt sind, müssen sie von einer kompetenten *medizinischen Autorität* während des Aufenthalts im Krankenhaus verschrieben werden. Außerdem müssen die *Medikamente* in einer Apotheke oder bei einer anderen Stelle erworben werden, die von den zuständigen Behörden zugelassen ist.



Klassische homöopathische *Medikamente* werden ebenfalls als vollwertige *Medikamente* angesehen und gelten als *medizinische Behandlung*.

Nährstoffreiche Nahrungsmittel, Stärkungsmittel, Mineralwasser, Kosmetika, Produkte für die persönliche Hygiene sowie Badesalze werden nicht als *Medikamente* angesehen, die als *medizinische Behandlung* unter der *Versicherungspolice* gelten.

Physiotherapie

Damit Physiotherapie und Massagen von der *Versicherungspolice* abgedeckt sind, müssen sie von einem Krankenhausarzt als Teil der stationären Behandlung verschrieben worden sein. Außerdem müssen sie von einem Arzt oder einem qualifizierten zugelassen Therapeuten durchgeführt werden. Das Rezept muss vor *Beginn der Behandlung* ausgestellt werden und die Diagnose sowie Art und Anzahl der Sitzungen enthalten.

Therapien einschließlich Ergotherapie, Lichttherapie, Hydrotherapie, Inhalationen, Packungen, medizinische Bäder, Kälte- und/oder Wärmebehandlung, Elektrotherapie

Damit physikalisch-medizinische Therapien von der *Versicherungspolice* abgedeckt sind, müssen sie von einem Krankenhausarzt als Teil der stationären Behandlung verschrieben worden sein. Außerdem müssen sie von einem Arzt oder einem qualifizierten zugelassen Therapeuten durchgeführt werden. Das Rezept muss vor *Beginn der Behandlung* ausgestellt werden und die Diagnose sowie Art und Anzahl der Sitzungen enthalten.

Therapeutische Hilfsmittel und Geräte

Die *Versicherungspolice* deckt die Kosten für therapeutische Hilfsmittel und Geräte ab, die als lebenserhaltende Maßnahmen dienen oder die körperliche Beeinträchtigung direkt lindern oder ausgleichen, so wie Herzschrittmacher und künstliche Glieder/Prothesen (außer Zahnersatz). Diese müssen während des Krankenhausaufenthalts angepasst werden und im oder am Körper verbleiben.

Kosten für die Reparatur dieser medizinischen Hilfen sind unter den vorstehenden Bedingungen ebenfalls leistungsberechtigt.

Leistungen während Schwangerschaft und Geburt, Leistungen einer Hebamme oder eines Geburtshelfers im Krankenhaus

Der *Versicherer* deckt leistungsberechtigte Ausgaben bis zu einer Höhe von 5.000 Euro* für eine Geburt in einem Krankenhaus, einer Entbindungsstation oder einer vergleichbaren Einrichtung ab, ebenso Kosten für die häusliche Pflege und Haushaltshilfe, die aufgrund der Schwangerschaft oder einer schwangerschaftsbedingten Erkrankung erforderlich sind, sowie Kosten für die Leistungen einer Hebamme oder eines Geburtshelfers.

Diesbezüglich gilt eine *Wartezeit* von 10 Monaten.

Komplikationen während Schwangerschaft oder Geburt

Der *Versicherer* deckt leistungsberechtigte Ausgaben im Zusammenhang mit einer Frühgeburt, Fehlgeburt, einem medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbruch, einer Totgeburt, Eileiterschwangerschaft, molaren Schwangerschaft, einem Kaiserschnitt, postpartalen Blutungen, einer Plazentaretention und mit Komplikationen aufgrund dieser Vorfälle ab.

Diesbezüglich gilt eine *Wartezeit* von 10 Monaten.

Neugeborenen-Pflege

Routinemäßige Behandlung oder Behandlung einer akuten medizinischen Bedingung eines Neugeborenen.



Die unter dem vorliegenden Versicherungsplan abgedeckte Neugeborenen-Pflege wird in den *Allgemeinen Versicherungsbedingungen* beschrieben.

Angeborene Leiden

Die *Versicherungspolice* deckt Ausgaben für die *medizinische Behandlung* im Zusammenhang mit angeborenen Leiden bis zu einer Höhe von maximal 150.000 Euro bezogen auf die gesamte Lebenszeit ab; dies gilt für alle Beschwerden oder *Krankheiten*, die bei der Geburt festgestellt werden, Anomalien, Geburtsschäden und -missbildungen, Fehler während der Geburt, Frühgeburt und Missbildungen einschließlich damit verbundener Erkrankungen.

Krebstherapien, onkologische Medikamente und medizinische Behandlung einschließlich rekonstruktive Operation nach Brustkrebs

Als Teil der stationären Krankenhausversorgung deckt die *Versicherungspolice* medizinische Kosten für *medizinische Behandlungen* im Zusammenhang mit *Krebs* ab, wie medizinische Leistungen, Diagnostiktests, Strahlentherapie, Krebstherapie, Medikamente und Krankenhauskosten.

Knochenmarks- oder Organtransplantation (Kosten sowohl für Spender als auch Empfänger)

Bei einer Knochenmarks- oder Organtransplantation (zum Beispiel Herz, Niere, Leber, Bauchspeicheldrüse) deckt die *Versicherungspolice* die Kosten für den *Versicherten* sowohl als Empfänger als auch als Spender bis zu einem Gesamtbetrag von 200.000 Euro über die gesamte Lebenszeit des *Versicherten* ab.

Leistungsberechtigte Ausgaben sind Ausgaben im Zusammenhang mit der Organbeschaffung von einem Organspender, Ausgaben für den Organtransport an den Ort, an dem sich der Empfänger befindet, sowie Ausgaben für einen eventuellen Krankenhausaufenthalt für den Spender, nicht jedoch die Kosten für die Suche nach einem Organ oder einem passenden Spender.

Psychiatrische Behandlung

Die *Versicherungspolice* deckt die Ausgaben für psychiatrische Leistungen als Teil einer stationären *medizinischen Behandlung* ab, sofern der *Versicherer* vor Beginn der Behandlung seine schriftliche Zustimmung gegeben hat. Diesbezüglich gilt eine *Wartezeit* von 10 Monaten.

Stationäre Psychotherapie

Voraussetzung für die Erstattung ist, dass die *medizinische Behandlung* von einem Psychiater, einem Psychotherapeuten oder einem Arzt mit einer fachärztlichen Ausbildung in Psychiatrie, Psychotherapie oder Psychoanalyse durchgeführt wird. Der *Versicherer* deckt eine stationäre Psychotherapie ab, sofern der *Versicherer* vor *Beginn der Behandlung* seine schriftliche Zustimmung gegeben hat.

Diesbezüglich gilt eine *Wartezeit* von 10 Monaten.

Unterbringung der Eltern während einer stationären Behandlung eines Kindes unter 18 Jahren

Die *Versicherungspolice* deckt die zusätzlichen Kosten für die verschriebene Anwesenheit eines Elternteils am Krankenbett eines *Versicherten* unter 18 Jahren ab, der stationär behandelt wird.

Häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe anstelle eines Krankenhausaufenthalts

Die *Versicherungspolice* deckt die Ausgaben für verschriebene häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe durch geeignete qualifizierte Kräfte als Ersatz für einen medizinisch empfohlenen Krankenhausaufenthalt oder zur Verkürzung eines derartigen Aufenthalts ab. Häusliche Krankenpflege umfasst Haushaltshilfe in Form einer Unterstützung bei den normalen regelmäßig anfallenden Arbeiten des täglichen häuslichen Lebens wie Lebensmitteleinkauf, Kochen, Saubermachen, Abwaschen, Kleiderwechsel und -waschen und



auch die Aufrechterhaltung des Wohnkomforts.

Häusliche Krankenpflege gilt nicht als *medizinische Behandlung*, ist aber dennoch unter der *Versicherungspolice* zusätzlich zur *medizinischen Behandlung* abgedeckt, insoweit die entsprechenden Leistungen in einer Erstattung der entstandenen Kosten für maximal 60 Tage je Krankenhausaufenthalt und je *Versicherungsjahr* bestehen und sofern die vorherige schriftliche Zustimmung des *Versicherers* zu einer solchen Ausweitung des Versicherungsschutzes und der *Versicherungsleistungen* eingeholt wurde.

Ersatzweise Cash-Back-Zahlung für Behandlungen, die nicht gegenüber dem Versicherer geltend gemacht wurden

Falls der *Versicherungsnehmer* die Kostenübernahme durch den *Versicherer* im Hinblick auf eine stationäre *medizinische Behandlung* eines *Versicherten* nicht in Anspruch nimmt, gewährt die *Versicherungspolice* die Zahlung eines Krankenhaustagegeldes je verschriebenem Tag im Krankenhaus. Ein solches Tagegeld liegt bei 150 Euro* pro Tag.

Stationäre Rehabilitation

Die *Versicherungspolice* deckt die Kosten für eine *stationäre Rehabilitation* im Anschluss an die stationäre *medizinische Behandlung* im Krankenhaus ab, wie zum Beispiel nach einer Bypass-Operation, einem Herzinfarkt, einer Organtransplantation, sowie nach Operationen an großen Knochen und Gelenken, sofern und insoweit der *Versicherer* zuvor seine schriftliche Zustimmung gegeben hat.

Sanatoriumsbehandlungen sowie Kuren und Aufenthalte in Kureinrichtungen, Heilbädern und Genesungsheimen sowie in Pflegeheimen sind unter der *Versicherungspolice* nicht abgedeckt.

Die entsprechenden *Versicherungsleistungen* bestehen in einer Erstattung der Kosten für die entsprechende *stationäre Rehabilitation* für maximal 28 Tage je Krankenhausaufenthalt.

Damit die *stationäre Rehabilitation* leistungsberechtigt ist, muss sie innerhalb von 2 Wochen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus beginnen, sofern durch den *Versicherer* nichts anderes schriftlich vereinbart ist.

Hospiz

Falls die Pflege außerhalb des Krankenhauses für den *Versicherten* zuhause oder bei einem Familienmitglied nicht gewährleistet werden kann und falls das *Hospiz* mit in der Palliativpflege erfahrenem Pflegepersonal und Ärzten arbeitet und unter der fachlichen Leitung eines Pflegers oder einer anderen qualifizierten Person steht, der bzw. die mehrjährige Erfahrung in der *Palliativpflege* oder eine geeignete Ausbildung hat und der bzw. die eine Ausbildung für eine Leitungsposition in der *Palliativpflege* nachweisen kann, deckt die *Versicherungspolice* unter den unten aufgeführten Bedingungen die Kosten für die Unterbringung, Ernährung, Pflege und Unterstützung in einem *Hospiz* ab.

Voraussetzung für die Gewährung von *Versicherungsleistungen* für einen stationären oder teilstationären *Hospizaufenthalt* ist, dass der *Versicherte* unter einer Erkrankung leidet:

- ▶ die fortschreitet, d.h. sich immer weiter verschlimmert, und die bereits ein sehr weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat; und
- ▶ bei der eine Erholung nicht möglich ist, so dass stationäre *Palliativpflege* erforderlich ist, und bei der nur mit einer begrenzten Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monate zu rechnen ist.

Hospizleistungen werden unter anderem für Folgendes gewährt:

- ▶ *Krebs* in fortgeschrittenem Stadium;
- ▶ voll ausgebildete Infektionskrankheit *Aids*;
- ▶ Krankheit des Nervensystems mit unaufhaltsam fortschreitender Lähmung;



- Endstadium chronischer Erkrankungen von Nieren, Leber, Herz, Verdauungstrakt oder Lunge.

Versicherungsleistungen für Hospizkosten sind auf einen Aufenthalt von maximal 7 Wochen für die Dauer der Versicherungspolice begrenzt.

Tagesklinik und teilstationäre Behandlung

Unter Tagesklinik ist eine *medizinische Behandlung* in einem Krankenhaus ohne Übernachtung zu verstehen.

Eine teilstationäre Behandlung ist ein Aufenthalt in einer Tages- oder Nachtklinik oder in einem Krankenhaus, bei dem der Patient tagsüber oder nachts im Krankenhaus ist, jedoch keine ganztägige stationäre Betreuung (24 Stunden) mehr erforderlich ist.

In beiden Fällen liegt die Länge des Krankenhausaufenthaltes zwischen 8 und 24 Stunden und darf 24 Stunden nicht überschreiten.

Transport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Unfall oder in einem Notfall

Die *Versicherungspolice* deckt die angemessenen Kosten für den Transport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus oder zur nächstgelegenen geeigneten medizinischen Einrichtung ab.

4.3.3. Ambulante Behandlung

Übersicht

Vorbehaltlich der nachstehenden detaillierten Beschreibung der entsprechenden gewährten *Versicherungsleistungen* sind unter der *Versicherungspolice* die folgenden *medizinischen Behandlungen* als ambulante Behandlungen abgedeckt:

Ambulante Behandlung

Medizinische Leistungen (einschließlich Pathologie, Radiologie, Computertomografie, Magnetresonanztomografie, Positronen-Emissions-Tomografie und Palliativpflege)
Krebstherapie, Medikamente und onkologische medizinische Leistungen

Gesundheits-Check-ups

Leistungen während Schwangerschaft und Geburt, Leistungen einer Hebamme oder eines Geburtshelfers

Komplikationen während Schwangerschaft oder Geburt

Angeborene Leiden

Akkupunktur, Homöopathie, Osteopathie und Chiropraktik, einschließlich Medikamente und Verbände

Logopädie

Psychiatrische Behandlung

Ambulante Psychotherapie

Medikamente und Verbände

Rezeptfreie Medikamente

Physiotherapie

Therapien einschließlich Ergotherapie, Lichttherapie, Hydrotherapie, Inhalationen, Packungen, Medizinische Bäder, Kälte- und/oder Wärmebehandlung, Elektrotherapie

Therapeutische Hilfsmittel und Geräte



Impfungen und Immunisierungen

Sehhilfen, einschließlich Sehtest

Transport zum nächsten geeigneten Arzt oder Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem *Unfall* oder in einem *Notfall*

Fruchtbarkeitsbehandlung

Detaillierte Beschreibung der Versicherungsleistungen

Medizinische Leistungen (einschließlich Pathologie, Radiologie, Computertomografie, Magnetresonanztomografie, Positronen-Emissions-Tomografie und Palliativpflege)

Die *Versicherungspolice* deckt alle Ausgaben für Untersuchungen, Diagnosen und Therapien bei ambulant durchgeführten *medizinischen Behandlungen* ab.

Die Leistungen bestehen unter anderem in der Übernahme von Kosten für Pathologie, Radiologie, Computertomografie, *Magnetresonanztomografie*, *Positronen-Emissions-Tomografie*, Chemotherapie und anderen *onkologischen* (krebstherapeutischen) medizinischen Leistungen sowie für *Vorsorgemaßnahmen*.

Krebstherapie, Medikamente und onkologische medizinische Leistungen

Die *Versicherungspolice* deckt ambulante Leistungen in Verbindung mit Chemotherapie und *onkologischen* medizinischen Leistungen ab.

Gesundheits-Check-ups

Routinemäßige Gesundheits-Check-ups sind Untersuchungen oder Screening-Untersuchungen, die durchgeführt werden, ohne dass klinische Symptome vorliegen.

Diese Untersuchungen, die in Abhängigkeit des Alters zur Aufdeckung von Anomalien oder *Krankheiten* durchgeführt werden, umfassen folgende Untersuchungen:

- ▶ Vitalparameter (Blutdruck, Cholesterinwerte, Puls, Atmung, Temperatur usw.)
- ▶ Herz-Kreislauf-Untersuchungen
- ▶ Neurologische Untersuchungen
- ▶ Krebs-Screening
- ▶ Pädiatrische Untersuchungen
- ▶ Diabetes-Screening
- ▶ HIV- und AIDS-Screening
- ▶ Gynäkologische Screenings.

Der *Versicherer* übernimmt die Kosten für diese Leistungen bis zu einer Höhe von 250 Euro* pro *Versicherungsjahr*.

Leistungen während Schwangerschaft und Geburt, Leistungen einer Hebamme oder eines Geburtshelfers

Die *Versicherungspolice* deckt leistungsberechtigte Kosten bis zu 5.000 Euro* aufgrund einer Schwangerschaft oder einer schwangerschaftsbedingten Krankheit ab, einschließlich (routinemäßige) Screenings, Geburt und Leistungen einer Hebamme oder eines Geburtshelfers. Für Frauen über 35 sind Fruchtwasseruntersuchung und Nackentransparenzmessung eingeschlossen.

Diesbezüglich gilt eine *Wartezeit* von 10 Monaten.



Komplikationen während Schwangerschaft oder Geburt

Die *Versicherungspolice* deckt leistungsberechtigte Ausgaben im Zusammenhang mit einer Frühgeburt, Fehlgeburt, einem Abbruch, einer Totgeburt, Eileiterschwangerschaft, molaren Schwangerschaft, einem Kaiserschnitt, postpartalen Blutungen, einer Plazentaretention und mit Komplikationen aufgrund dieser Vorfälle ab.

Diesbezüglich gilt eine *Wartezeit* von 10 Monaten.

Angeborene Leiden

Die *Versicherungspolice* deckt Ausgaben für die *medizinische Behandlung* im Zusammen mit angeborenen Leiden bis zu einer Höhe von maximal 150.000 Euro bezogen auf die gesamte Lebenszeit ab; dies gilt für alle Beschwerden oder *Krankheiten*, die bei der Geburt festgestellt werden, Anomalien, Geburtsschäden und -missbildungen, Fehler während der Geburt, Frühgeburt und Missbildungen einschließlich damit verbundener Erkrankungen.

Akkupunktur, Homöopathie, Osteopathie und Chiropraktik, einschließlich Medikamente und Verbände

Die *Versicherungspolice* deckt Ausgaben in Zusammenhang mit den entsprechenden *medizinischen Behandlungen* nur dann ab, wenn diese von *Ärzten* oder *Gesundheitsfachkräften* durchgeführt werden, die nachweisen, dass sie eine qualifizierte geeignete Ausbildung in dem Land erhalten haben, in dem die *medizinische Behandlung* durchgeführt wird, und dass sie die Zulassung bzw. Genehmigung haben, eine solche Behandlung durchzuführen.

Die *Medikamente und Verbände*, die von diesen *Ärzten* oder *Gesundheitsfachkräften* im Lauf einer entsprechenden *medizinischen Behandlung* verschrieben werden, sind ebenfalls unter der *Versicherungspolice* abgedeckt.

Die *Versicherungsleistungen*, die unter der *Versicherungspolice* diesbezüglich gewährt werden, bestehen in der Übernahme der entsprechenden Kosten bis zu einer Höhe von maximal 2.500 Euro* je *Versicherungsjahr*.

Logopädie

Bei Sprach- und Stimmstörungen deckt der *Versicherer* die leistungsberechtigten Ausgaben für verschriebene Praxissitzungen ab, sofern diese von einem *Arzt* oder einem *Logopäden* durchgeführt werden; die *Versicherungspolice* deckt dies ab, sofern der *Versicherer* zuvor seine Zustimmung vor *Beginn der Behandlung* gegeben hat.

Psychiatrische Behandlung

Die *Versicherungspolice* deckt die Ausgaben für psychiatrische Leistungen Bis zu einem Betrag von maximal 5.000 Euro* ab, sofern der *Versicherer* zu einer Übernahme dieser Kosten vor *Beginn der Behandlung* seine schriftliche Zustimmung gegeben hat.

Diesbezüglich gilt eine *Wartezeit* von 10 Monaten.

Ambulante Psychotherapie

Voraussetzung für die Erstattung ist, dass die Behandlung von einem *Psychiater*, einem *Psychotherapeuten* oder einem *Arzt* mit einer fachärztlichen Ausbildung in Psychiatrie, Psychotherapie oder Psychoanalyse durchgeführt wird. Die *Versicherungspolice* deckt die Ausgaben für ambulante psychiatrische Leistungen ab, sofern der *Versicherer* vor *Beginn der Behandlung* seine schriftliche Zustimmung gegeben hat.

Diesbezüglich gilt eine *Wartezeit* von 10 Monaten.

*Die genannten Beträge gelten – soweit nichts anderes bestimmt ist – je *Versicherten* und *Versicherungsjahr*.



Medikamente und Verbände

Damit *Medikamente und Verbände* von der *Versicherungspolice* abgedeckt sind, müssen sie von einem *Arzt*, einer *Gesundheitsfachkraft* bzw. einem *Zahnarzt* oder einer Person verschrieben werden, die unter ihrer Leitung arbeitet. Diese *Medikamente und Verbände* müssen in einer Apotheke oder bei einem offiziell zugelassenen Lieferanten erworben werden.

Nährstoffreiche Nahrungsmittel, Stärkungsmittel, Mineralwasser, Kosmetika, Produkte für die persönliche Hygiene sowie Badesalze werden nicht als *Medikamente* angesehen und gelten somit nicht als *medizinische Behandlung* unter der *Versicherungspolice*.

Rezeptfreie Medikamente

Rezeptfreie *Medikamente* können ohne Rezept gekauft werden; üblicherweise sind sie zur Behandlung von Symptomen gewöhnlicher Krankheiten bestimmt, für die der Versicherte nicht unbedingt einen Arzt aufsuchen muss.

Die *Versicherungspolice* deckt Ausgaben für solche rezeptfreien *Medikamente* bis zu einer Höhe von 75 Euro* je *Versicherungsjahr* ab.

Physiotherapie einschließlich Massage

Dies sind physikalisch-medizinische Leistungen (Physiotherapie und Bewegungstherapie, Massagen), die auf Rezept verfügbar sind. Außerdem müssen sie von einem *Arzt* oder einem qualifizierten zugelassenen Therapeuten durchgeführt werden. Das Rezept muss vor *Beginn der Behandlung* ausgestellt werden und Diagnose sowie Art und Anzahl der Sitzungen enthalten.

Die unter der *Versicherungspolice* gewährten *Versicherungsleistungen* bestehen in der Erstattung der Kosten für maximal 20 Sitzungen je *Versicherten* und *Versicherungsjahr*.

Therapien einschließlich Ergotherapie, Lichttherapie, Hydrotherapie, Inhalationen, Packungen, medizinische Bäder, Kälte- und/oder Wärmebehandlung, Elektrotherapie

Dies sind physikalisch-medizinische Leistungen (Ergotherapie, Lichttherapie, *Hydrotherapie*, Inhalationen, Packungen, medizinische Bäder, Kälte- und/oder Wärmebehandlung, Elektrotherapie und Bewegungstherapie), die auf Rezept verfügbar sind. Außerdem müssen sie von einem *Arzt* oder einem qualifizierten zugelassenen Therapeuten durchgeführt und vom *Arzt* vor *Beginn der Behandlung* als Teil der ambulanten *medizinischen Behandlung* verschrieben werden. Das Rezept muss vor *Beginn der Behandlung* ausgestellt werden und Diagnose sowie Art und Anzahl der Sitzungen enthalten.

Die *Versicherungspolice* deckt bis zu 10 Sitzungen je *Versicherten* und *Versicherungsjahr*.

Therapeutische Hilfsmittel und Geräte

Die *Versicherungspolice* deckt Kosten bis zu 1.000 Euro* bei der ambulanten *medizinischen Behandlung* für orthopädische Gerätschaften und Prothesen ab sowie für andere materielle Gerätschaften, die genutzt werden, um körperlichen Beeinträchtigungen vorzubeugen oder diese direkt zu lindern oder auszugleichen. Medizinische Hilfen müssen von einem *Arzt* verschrieben werden und gelten nicht als allgemeine Verbrauchsgüter.

Medizinische Hilfen zur ambulanten *medizinischen Behandlung* sind: Bandagen, Binden oder Schuheinlagen, Krücken, Hörhilfen, Kompressionsstrümpfe, künstliche Glieder/Prothesen (mit Ausnahme von Zahnprothesen), Liegen- und Sitzschalen, orthopädische Körper-, Arm- und Beinstützen sowie Sprechhilfen (Elektrolarynx).

Die folgenden medizinischen Hilfen sind nur nach vorheriger schriftlicher Zustimmung des *Versicherers* unter



der *Versicherungspolice* abgedeckt: Rollstühle, Herz- und Atemüberwachungsgeräte, Infusionspumpen, Inhaliergeräte, Sauerstoffanlagen und Überwachungsmonitore für Babys.

Andere Hilfen werden nicht als medizinische Hilfen angesehen und gelten nicht als *medizinische Behandlung* unter der *Versicherungspolice*.

Ausgaben für die Reparatur medizinischer Hilfen sind unter der *Versicherungspolice* abgedeckt und werden vorbehaltlich der vorstehenden Bedingungen übernommen.

Ausgaben für Hygieneartikel wie Einlagen und Massagegeräte beispielsweise sowie für Nutzung und Wartung solcher Artikel sind nicht unter der *Versicherungspolice* abgedeckt.

Impfungen und Immunisierungen

Deckung besteht für die Kosten für präventive Impfungen und prophylaktische Maßnahmen bis zu 250 Euro*, insofern sie für dieses spezielle Land empfohlen werden, einschließlich der Arztkosten für das Verabreichen der Impfung und die Kosten für den Impfstoff selbst.

Sehhilfen, einschließlich Sehtest

Kosten für Brillengestelle und Linsen sowie Kontaktlinsen und Refraktionsmessungen sind bis zu einer Höhe von 150 Euro* pro *Versicherungsjahr* erstattungsfähig.

Transport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Unfall oder in einem Notfall

Die *Versicherungspolice* deckt die Ausgaben für den Transport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus für die Erstversorgung nach einem, *Unfall* oder in einem *Notfall* ab.

Fruchtbarkeitsbehandlung

Mit der vorherigen schriftlichen Zustimmung des *Versicherers*, mit der der *Versicherer* die Kosten im Rahmen des vereinbarten Versicherungsumfangs übernimmt, kann der *Versicherer* beispielsweise die folgenden anerkannten Behandlungen abdecken:

- ▶ In-vitro-Fertilisation (IVF)
- ▶ Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)

Die Kosten werden übernommen, wenn:

- ▶ zum Zeitpunkt der *medizinischen Behandlung* (erster Tag der Stimulierung eines jeden Zyklus' oder der erste Tag des Zyklus' bei einer Befruchtung ohne hormonelle Stimulierung) beide Ehegatten oder Partner noch nicht das Alter von 45 Jahren erreicht haben.
- ▶ es eine organbezogene Unfruchtbarkeit der Versicherten gibt, die nur durch assistierte Reproduktionstechniken überwunden werden kann, wenn durch eine ärztliche Beurteilung eine signifikante Erfolgsmöglichkeit von über 15 % für die ausgewählte Methode bestätigt wird und wenn der Mann und die Frau eine internationale Versicherung bei dem *Versicherer* haben.

Die *Versicherungspolice* deckt 50 % der Kosten in Verbindung mit einer Fruchtbarkeitsbehandlung ab, einschließlich Diagnose und *medizinische Behandlung*, bis zu einem Betrag von maximal 7.500 Euro für die Gesamtdauer der *Versicherungspolice*.

Diesbezüglich gilt eine *Wartezeit* von 24 Monaten.



4.3.4. Zahnbehandlung

Übersicht

Vorbehaltlich der nachstehenden detaillierten Beschreibung der entsprechenden gewährten *Versicherungsleistungen* sind unter der *Versicherungspolice* die folgenden zahnmedizinischen Behandlungen abgedeckt:

Übersicht über die *Versicherungsleistungen*: Zahnbehandlung

Allgemeine Zahnversorgung

- Zwei vorbeugende Zahnuntersuchungen pro Versicherungsjahr
- Röntgenuntersuchung
- Zahnsteinentfernung und Polieren
- Behandlung von Mundschleimhaut- und Zahnfleischerkrankungen
- Einfache Füllungen
- Operationen, Narkosekosten, Zahnextraktion, Wurzelkanalbehandlung
- Nachtschiene
- Zahnversorgung nach einem *Unfall*

Umfassende Zahnversorgung

- Zahnversorgung nach einem *Unfall*
- Zahnprothesen (d.h. Prothesen, Brücken und Kronen, Inlays)
- *Implantatbehandlung*
- Kieferorthopädische Leistungen
- Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien
- Erstellen eines Behandlungsplans und Kostenvoranschlags
- Zahnversorgung nach einem *Unfall*

Detaillierte Beschreibung der *Versicherungsleistungen*

Allgemeine Zahnversorgung

- › Zwei vorbeugende Zahnuntersuchungen je Versicherungsjahr
- › Röntgenuntersuchung
- › Zahnsteinentfernung und Polieren
- › Behandlung von Mund- und Zahnfleischerkrankungen
- › Alle einfachen Füllungen - entweder Amalgam (Silber) oder Kunststoff (weiß)
- › Wurzelkanalbehandlung.
- › Narkosekosten
- › Operationen
- › Zahnextraktionen
- › Nachtschiene
- › Zahnversorgung nach einem *Unfall*

Umfassende Zahnversorgung

Umfassende zahnärztliche Leistungen umfassen die folgenden Arten komplexerer Maßnahmen und Heilbehandlungen. Die *Versicherungspolice* deckt die folgenden Leistungen bis zu 2.000 Euro* pro *Versicherungsjahr* ab.

- › Zahnprothesen (d.h. Prothesen, Brücken und Kronen)
- › Inlays (Gold, Porzellan) einschließlich zahntechnischer Laborarbeiten und Materialien
- › Onlays
- › Implantate



- Kieferorthopädische Behandlung bei Kindern und 18 Jahren, einschließlich Brackets und Zahnspangen sowie die Erstellung eines Behandlungsplans und eines Kostenvoranschlags
- Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien
- Erstellen eines Behandlungsplans und Kostenvoranschlags

Diesbezüglich gilt eine *Wartezeit* von 10 Monaten.

Zahnversorgung nach einem Unfall

Falls eine Zahnbehandlung infolge eines *Unfalls* erforderlich ist, gelten keinerlei Deckungsgrenzen. Der *Unfall* muss dem *Versicherer* durch einen *Arzt* oder einen *Polizeibericht* nachgewiesen werden.

4.4. Leistungsbeschränkungen

Der Versicherungsschutz unter der *Versicherungspolice* erstreckt sich weder auf *Krankheiten* und *Körperverletzungen*, einschließlich ihrer Folgen, noch auf den Tod infolge von Krieg, Militäroperationen, Militärdienst, Aufstand und Unruhen, sofern *Krankheiten*, *Körperverletzungen*, Verwundungen und Tod aufgrund dieser Ursachen nicht ausdrücklich in der *Versicherungspolice* eingeschlossen und abgedeckt sind.

Die *Versicherungspolice* deckt weder *medizinische Behandlungen* für *Krankheiten* oder *Körperverletzungen* ab, die vorsätzlich herbeigeführt wurden, noch *medizinische Behandlungen* im Zusammenhang mit Drogenkonsum.

Sofern mit dem *Versicherer* nichts anderes ausdrücklich schriftlich vereinbart worden ist, deckt die *Versicherungspolice* weder Kosten für *Sanatoriumsbehandlungen* oder Kuren noch Kosten für Behandlungen oder Rehabilitationen in einem Heilbad ab.

Die *Versicherungspolice* deckt nicht die Kosten für die *medizinische Behandlung* durch Ehegatten, Eltern oder Kindern des *Versicherungsnehmers* oder des *Versicherten* ab.

Die *Versicherungspolice* deckt weder kosmetische Maßnahmen gleich welcher Art noch deren Folgen ab.

Die *Versicherungspolice* deckt keinen Selbstmordversuch ab.

Für alle Behandlungen, die von *Ärzten*, *Gesundheitsfachkräften*, *Zahnärzten*, *Naturheilkundigen* und in Krankenhäusern durchgeführt werden, für die der *Versicherer* die Gewährung von *Versicherungsleistungen* wirksam abgelehnt hat, besteht keinerlei Anspruch auf eine *Versicherungsleistung*. Falls zum Zeitpunkt der Anzeige des *Leistungsfalls* die Behandlung noch nicht beendet ist, besteht keine Verpflichtung, Kosten zu erstatten, die mehr als drei Monate nach Anpruchsanzeige entstanden sind.

Die *Versicherungspolice* deckt nicht die Unterbringung aufgrund von Pflegebedürftigkeit (Langzeit-Pflege) oder für Betreuung ab.

Die *Versicherungspolice* deckt keinerlei Kosten ab, die in Verbindung mit Arztberichten, Behandlungs- und Kostenplänen entstanden sind, die der *Versicherungsnehmer* oder der *Versicherte* bereitstellen müssen.

Die *Versicherungspolice* deckt weder den Autonomieverlust des *Versicherten* ab noch Kosten, die durch die dauerhafte Betreuung des *Versicherten* entstehen. Die *Versicherungspolice* deckt keinerlei Kosten ab, die im Zusammenhang damit entstehen, dass der *Versicherte* zuhause bleibt und/oder zuhause oder in einem Genesungsheim, einer psychiatrischen Anstalt oder Ähnlichem nicht-medizinische Pflege erhält.

Falls die medizinische Versorgung oder andere Behandlungen des *Versicherten* über das *medizinisch Erforderliche* hinausgehen, werden die *Versicherungsleistungen* auf den Teil der Versorgung oder Behandlung gekürzt, der *medizinisch erforderlich* ist und somit als *medizinische Behandlung* gilt, die unter der *Versicherungspolice* abgedeckt ist. Eine Kürzung der *Versicherungsleistungen* unter der *Versicherungspolice*



erfolgt auch, wenn übermäßig hohe Beträge (gemäß dem in dem jeweiligen Land herrschenden allgemeinen Preisniveau) für eine *medizinische Behandlung* berechnet werden.

Leistungsfälle bzw. der Teil des *Leistungsfalls*, die bzw. der vor dem *Datum des Inkrafttretens* oder während der *Wartezeit* entstehen, sind vom Versicherungsschutz und den unter der *Versicherungspolice* gewährten *Versicherungsleistungen* ausgeschlossen.

Die *Versicherungspolice* deckt weder die chirurgische noch die hormonelle Angleichung an die biologischen sexuellen Merkmale des anderen Geschlechts ab.

Die *Versicherungspolice* deckt weder eine Behandlung noch eine Operation zur Korrektur der Sehfähigkeit ab, zum Beispiel durch Laser, refraktive Keratektomie (RK) oder photorefraktive Keratektomie (PRK). Die *Versicherungspolice* deckt jedoch die Korrektur des Sehvermögens ab, wenn das Sehvermögen durch eine Erkrankung oder eine *Körperverletzung* beeinträchtigt wird (z.B. Grauer Star oder Netzhautablösung).

5. Tarif

Die Prämie wird nach Unterzeichnung des *Antragsformulars* insbesondere unter Berücksichtigung des Landes festgelegt, in dem die *Versicherten* ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort haben.

Falls sich eine Änderung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes des *Versicherten* während der Dauer der die *Region 2* abdeckenden *Versicherungspolice* ergibt, werden die Prämien sofort angepasst.

Falls sich eine Änderung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes des *Versicherten* während der Dauer der die *Region 1* abdeckenden *Versicherungspolice* ergibt, werden die Prämien sofort angepasst.

Falls der *Versicherte* nach seinem Geburtstag einer anderen Altersklasse zugeordnet wird, wird die Prämie an das neue Alter angepasst.

Die vorstehend genannten Anpassungen werden gemäß den Bestimmungen der *Allgemeinen Versicherungsbedingungen* und der geltenden gesetzlichen Bestimmungen vorgenommen.

Der Betrag der für die *Versicherungspolice* geltenden Prämie wird in den *Besonderen Bedingungen* angegeben.



II. Allgemeine Versicherungsbedingungen für *medizinische Assistenzleistungen und Zusatzleistungen*

In Verbindung mit einem Krankenversicherungsprodukt von
Foyer Global Health

1. Gegenstand der *medizinischen Assistenzleistungen und Zusatzleistungen*

Der Versicherer erbringt die *medizinische Assistenzleistungen und Zusatzleistungen* im Rahmen *medizinisch erforderlicher* Behandlungen für Erkrankungen, *Unfälle*, insbesondere *Notfälle*, und in anderen Fällen.

2. Geografischer Geltungsbereich

Die *medizinischen Assistenzleistungen und Zusatzleistungen* sind weltweit gültig.

3. Serviceleistungen

3.1. Allgemeine Hinweise

Art und Umfang der vom Versicherer erbrachten *medizinischen Assistenzleistungen und Zusatzleistungen* entsprechen den Leistungsübersichten, sofern nichts anderes in diesen Leistungsübersichten festgelegt wird, und unseren allgemeinen Hinweisen in den *Allgemein Bedingungen* oder in den Definitionen.

3.2. *Medizinische Assistenzleistungen*

Die *medizinischen Assistenzleistungen und Zusatzleistungen* können nur zusammen mit einem Krankenversicherungsprodukt von Foyer Global Health abgeschlossen werden.

Überblick über die *medizinischen Assistenzleistungen*

24-Stunden-Telefon- und E-Mail-Service mit erfahrenden Beratern, Ärzten und Fachärzten

Medizinisch erforderlicher Krankentransport und Rücktransport

Informationen über die *medizinische Infrastruktur/Versorgung* unter gebührender Berücksichtigung der erforderlichen Sprache

Unterstützung und Informationen (zweite Meinung, Überwachung des Krankheitsverlaufs)

Garantierte Zahlung von Kosten, insbesondere bei der Vorbereitung eines Krankenhausaufenthalts

Zahlung eines Vorschusses

Unterstützung und Informationen in Bezug auf Art, mögliche Gründe und Behandlungsoptionen/ Therapieformen für die Erkrankung sowie Auskünfte zu *medizinischen Fachbegriffen*

Unterstützung bei der Organisation eines Arzt-Arzt-Gesprächs

Hilfe bei der Auswahl der verschriebenen *Medikamente*, vergleichbarer Präparate und ihrer Nebenwirkungen

Medizinische Unterstützung und Beratung vor der Reise (Impfungen, Zusammenstellung eines Erste-Hilfe-Sets)



Detaillierte Übersicht über die Assistenzleistungen

24-Stunden-Telefon- und E-Mail-Service mit erfahrenen Beratern, Ärzten und Fachärzten

Medizinische Assistenz steht 24 Stunden am Tag, sieben Tage die Woche und 365 Tage im Jahr über die telefonische Hotline für medizinische Assistenz zur Verfügung.

Medizinisch erforderlicher Krankentransport und Rücktransport

Diese Leistung deckt einen medizinisch gerechtfertigten und erforderlichen Krankentransport und Rücktransport ab, sowohl im *Aufenthaltsland* als auch ins Ausland. Die Kosten für eine medizinisch gerechtfertigte und erforderliche Begleitung während des Transports sind ebenfalls in der erbrachten Leistung eingeschlossen.

- ▶ Krankentransport und Rücktransport können auch aufgrund einer unangemessenen medizinischen Versorgung und unangemessener Hygienestandards in dem die Behandlung durchführenden Krankenhaus übernommen werden.
- ▶ Krankentransport und Rücktransport müssen von dem verantwortlichen Arzt angeordnet werden, und es muss die vorherige Zustimmung des *Versicherers* zur Übernahme der Kosten eingeholt werden.
- ▶ Krankentransport und Rücktransport zu einem Krankenhaus, das geeignet ist, die weitere Behandlung zu leisten, erfolgt, wenn dies zwischen dem verantwortlichen Arzt und dem *Versicherer* vereinbart worden ist.
- ▶ Vorbehaltlich einer Vereinbarung mit dem *Versicherer* kann der Rücktransport auch zum derzeitigen Aufenthaltsort des Versicherten oder zu seinem letzten festen Wohnsitz in seinem Heimatland oder *Herkunftsland* erfolgen, wenn das versicherte Ereignis außerhalb des *Aufenthaltslandes* eintritt.

Informationen über die medizinische Infrastruktur/medizinische Versorgung unter gebührender Berücksichtigung der erforderlichen Sprache

- ▶ Benennung von *Ärzten*, Krankenhausärzten, Krankenhäusern und spezialisierten Krankenhäusern in der Nähe des *Versicherten*, insbesondere unter Berücksichtigung der erforderlichen Sprache.
- ▶ Beratung und Unterstützung bei der Auswahl eines Behandlungsortes im Falle einer medizinisch erforderlichen Verlegung/eines *medizinisch erforderlichen* Wechsels des Leistungserbringers.

Unterstützung und Informationen (zweite Meinung, Überwachung des Krankheitsverlaufs)

- ▶ Unterstützung und Organisation einer *zweiten ärztlichen Meinung* (medizinischer Befund) von einem in dem entsprechenden medizinischen Gebiet spezialisierten Facharzt im Fall einer lebensbedrohenden und schweren Erkrankung oder Gesundheitsstörung.
- ▶ Unterstützung bei der Auswahl eines Facharztes und Krankenhauses und bei der Organisation von Einweisung und Entlassung.
- ▶ Organisation und Unterstützung bei der Überwachung des Krankheits-/Genesungsverlaufs durch *Ärzte* und durch die Kontakte des *Versicherers*.

Garantierte Zahlung von Kosten, insbesondere bei der Vorbereitung eines Krankenhausaufenthalts

- ▶ Vorlage einer Kostenübernahmegarantie, beispielsweise bei einer geplanten stationären Behandlung
- ▶ Eine direkte Abrechnung der Kosten mit dem verantwortlichen *Arzt/Krankenhaus* ist möglich.

Zahlung eines Vorschusses

Die Zahlung eines Vorschusses an den bzw. die *Versicherten*, falls der Leistungserbringer und/oder das Krankenhaus nur Barzahlungen akzeptiert.



Unterstützung und Informationen in Bezug auf Art, mögliche Gründe und Behandlungsoptionen/Therapieformen für die Erkrankung sowie Auskünfte zu medizinischen Fachbegriffen

Beratung, Klarstellung und Erklärung medizinischer Fragen, falls der Versicherte erkrankt, insbesondere im Hinblick auf die Gründe und die Behandlungsoptionen/Therapieformen für die Erkrankung sowie Erklärung medizinischer Fachbegriffe.

Unterstützung bei der Organisation eines Arzt-Arzt-Gesprächs

Im Fall einer Erkrankung und einer Verschlechterung des Gesundheitszustands, beispielsweise bei chronischen Erkrankungen, hilft der *Versicherer*, ein Arzt-Arzt-Gespräch zu organisieren, beispielsweise zwischen dem Arzt des Patienten im Ausgangs-/Herkunftsland und im Aufenthaltsland.

Hilfe bei der Auswahl der verschriebenen Medikamente, vergleichbarer Präparate und ihrer Nebenwirkungen

- ▶ Informationen über *Medikamente* und ihre Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit anderen Präparaten und *Vorerkrankungen*.
- ▶ Informationen über vergleichbare und identische Präparate.

Medizinische Unterstützung und Beratung vor der Reise (Impfungen, Zusammenstellung eines Erste-Hilfe-Sets)

- ▶ Medizinische Informationen über die Hygienestandards im *Aufenthaltsland*.
- ▶ Beratung und Informationen über empfohlene Impfungen für das *Aufenthaltsland*, insbesondere bei *Vorerkrankungen*.
- ▶ Unterstützung bei der Zusammenstellung eines Erste-Hilfe-Sets unter gebührender Berücksichtigung der Hygienestandards und Wetterbedingungen im Aufenthaltsland.
- ▶ Beratung und Informationen sind beim *Versicherer* über Telefon und E-Mail erhältlich.

3.3. Zusatzleistungen

Es existiert ein Anspruch auf „Zusatzleistungen“, wenn diese Versicherungsdienstleistung für den *Versicherten* gemäß dem Versicherungsschein vereinbart worden ist.

Übersicht über Zusatzleistungen

Rücktransport ins Aufenthaltsland

Organisation von Patientenbesuchen durch Familienangehörige

Aufschub der Rückreise

Beschaffung und Versand wichtiger *Medikamente*

Organisation des Rücktransports oder Kinderbetreuung

Transport der sterblichen Überreste und organisatorische Unterstützung im Todesfall

Hilfe bei psychologischen Problemen aufgrund des Auslandsaufenthalts

Dokumentenverwahrung (Verwahrung und Beschaffung von Ersatzdokumenten bei Verlust)

Vermittlung eines Rechtsbeistands bei rechtlichen Schwierigkeiten

Vermittlung eines Umzugsunternehmens

Vermittlung von interkulturellem Training (Informationen über die Landeskultur)

Detaillierte Übersicht über die Zusatzleistungen

Rücktransport ins Aufenthaltsland



Wenn es mit dem *Versicherer* vereinbart ist und wenn es *medizinisch erforderlich* ist, den *Versicherten* zu Behandlungszwecken zu transportieren, übernimmt der *Versicherer* vorbehaltlich einer vorherigen Vereinbarung und bis zu einer Höhe von 3.000 Euro die Transportkosten (Bahnticket erster Klasse, Flug in der Economy Class) für die Rückreise des *Versicherten* in das *Aufenthaltsland*.

Organisation von Patientenbesuchen durch Familienangehörige

Bei einer stationären Behandlung aufgrund eines *Notfalls* organisiert der *Versicherer* die Fahrt eines Familienmitglieds an den Ort der Behandlung und zurück nach Hause und übernimmt Reisekosten bis zu einem Gesamtbetrag von 3.000 Euro*, falls die stationäre Behandlung mindestens 7 Tage dauert und die Kostenübernahmegarantie des *Versicherers* verfügbar ist. (Es werden die Kosten für ein Bahnticket erster Klasse und für einen Flug in der Economy Class gezahlt.)

Aufschub der Rückreise

Falls die Rückreise aus dem Land, in dem der Patient sich aufhält, aufgrund eines medizinischen *Notfalls* bei einem *Versicherten*, der dadurch nicht reisefähig ist (Rückreise in das *Herkunfts-/Heimatland* oder Reise in ein neues Land) hinausgeschoben werden muss, so übernimmt der *Versicherer* die Kosten für die Änderung/Stornierung der Hotel- und Flugbuchungen bis zu 3.000 Euro*.

Beschaffung und Versand wichtiger Medikamente

Falls ein *Versicherter* wichtige *Medikamente* nimmt, die in dem Land, in dem sich der *Versicherte* aufhält, nicht verfügbar sind, bemüht sich der *Versicherer*, diese *Medikamente* schnellstmöglich zu besorgen. Dies gilt, sofern das *Medikament* in dem Land, in dem sich der *Versicherte* aufhält, gesetzlich zugelassen ist und seine Einfuhr nicht gegen gesetzliche Bestimmungen verstößt.

Organisation des Rücktransports oder Kinderbetreuung

- ▶ Wenn aufgrund eines medizinischen *Notfalls* für beide Eltern ein Krankenhausaufenthalt erforderlich ist, organisiert der *Versicherer* eine Kinderbetreuung durch einen geeigneten Dienstleister und zahlt die Kosten dafür für die Dauer der stationären Behandlung, aber nicht darüber hinaus.
- ▶ Wenn beide Eltern während des Urlaubs aufgrund eines *Notfalls* stationär im Krankenhaus behandelt werden, übernimmt der *Versicherer* die Kosten für die Rückreise der Kinder (bis zu 18 Jahren) an ihren derzeitigen Wohnort in ihrem *Aufenthaltsland*.

Transport der sterblichen Überreste und organisatorische Unterstützung im Todesfall

- ▶ Erledigung der notwendigen Formalitäten zur Überführung oder Einäscherung der sterblichen Überreste, insbesondere die Beschaffung der Todesurkunde, des Unfallberichts, Herstellung des Kontakts mit den Behörden/dem Konsulat und Ermittlung, welche Angehörigen berechtigt sind, die Überführung oder Einäscherung zu genehmigen.
- ▶ Übernahme der Kosten für die Überführung der sterblichen Überreste in das Ausgangs- oder Heimatland und der Kosten für die Formalitäten in Verbindung mit der Überführung bis zu einer Höhe von 10.000 Euro*.
- ▶ Transport der Urne in das Ausgangs- oder Heimatland im Fall einer Einäscherung.
- ▶ Begräbniskosten sind nicht versichert.

Hilfe bei psychologischen Problemen aufgrund des Auslandsaufenthalts

- ▶ Der *Versicherer* bietet eine Beratung in psychischen Stresssituationen an.
- ▶ Der *Versicherte* erhält bzw. die *Versicherten* erhalten per Telefon in maximal 5 Gesprächen psychologische Unterstützung von erfahrenen Ärzten und wird bzw. werden über die weitere Vorgehensweise beraten.

* Die genannten Beträge gelten – soweit nichts anderes bestimmt ist – je *Versicherten* und *Versicherungsjahr*.



Dokumentenverwahrung (Verwahrung und Beschaffung von Ersatzdokumenten bei Verlust)

- Der *Versicherer* bietet eine Verwahrungsmöglichkeit für wichtige Dokumente (z.B. Reisepass, Visa, Fahrerlaubnis, Impfausweis und andere wichtige Dokumente) an.
- Falls das Originaldokument verloren geht, wird eine Kopie per E-Mail, Fax oder Kurier geschickt, und es wird Unterstützung bei der Beschaffung eines Ersatzes gewährt.

Vermittlung eines Rechtsbeistands bei rechtlichen Schwierigkeiten

Falls erforderlich, stellt der *Versicherer* ausgewählte englisch-, deutsch- oder französischsprachige Anwälte/Fachleute im Aufenthaltsland zur Verfügung.

Vermittlung eines Umzugsunternehmens

Gegebenenfalls vermittelt der *Versicherer* einen spezialisierten Dienstleister zur Organisation des Umzugs und leistet Unterstützung bei der Suche nach einer Unterbringung, falls notwendig.

Vermittlung von interkulturellem Training (Informationen über die Landeskultur)

Falls erforderlich vermittelt der *Versicherer* ein landesspezifisches und interkulturelles Training über das Leben und Arbeiten im Ausland als Vorbereitung für den Auslandsaufenthalt.

4. Tarif

Die Versicherungsprämie wird im Versicherungsschein angegeben.



III. Glossar

Unfall	Ein plötzliches unerwartetes externes Ereignis, das eine Krankheit oder eine Körperverletzung verursacht.
Akkupunktur	Akkupunktur ist eine Behandlungsmethode in der alten traditionellen chinesischen Medizin, mit der Krankheiten und Körperverletzungen geheilt werden oder Schmerzen gelindert werden, indem dünne Nadeln in den Körper gestochen werden. Die Schulmedizin erkennt dies vor allem als eine Methode zur Schmerzlinderung an.
Assistenzgesellschaft	Die Assistenzgesellschaft ist eine Gesellschaft, die sich darauf spezialisiert hat, den Versicherten in Notsituationen oder bei Krankenhausbehandlungen mit Rat und Tat zur Seite zu stehen. Durch die Assistenzgesellschaft werden zusätzliche Leistungen, die dem Versicherten den Auslandsaufenthalt erleichtern sollen, so wie die Übernahme bestimmter Kosten, zum Beispiel Rückführungskosten, erbracht.
Krebs	Krebs ist der allgemeine Begriff für alle bösartigen Erkrankungen, die durch die Wucherung veränderter Zellen verursacht werden (Tumor, Karzinom). Diese Zellen können das Umgebungsgewebe zerstören und Sekundärtumore (Metastasen) bilden.
Chiropraktik	Ein Chiropraktiker ist auch als Manualtherapeut bekannt. Blockierte oder verschobene Wirbel werden durch spezielle Techniken wieder „zurückgeschoben“ oder andere Gelenke wieder „eingerenkt“.
Konservatorische Behandlung	Eine konservatorische Behandlung ist eine Behandlung zur Erhaltung von Zähnen (z.B. Füllungen, Wurzelkanalbehandlung).
Schulmedizin	Schulmedizin ist die an der Universität gelehrt, wissenschaftliche Art der Medizin, die daher allgemein akzeptiert und angewandt wird.
Herkunftsland	Das Herkunftsland ist das Land, dessen Nationalität der Versicherte besitzt oder in dem der Versicherte seinen gewöhnlichen Aufenthaltsort vor dem Wechsel in das derzeitige Aufenthaltsland hatte.
Aufenthaltsland	Das Land, in dem der Versicherte seinen derzeitigen gewöhnlichen Aufenthaltsort oder seinen derzeitigen vorübergehenden Aufenthaltsort hat.
Selbstbeteiligung	Anteil der Kosten, der dem Versicherten für eine medizinische Behandlung, die unter der Versicherungspolice abgedeckt ist, entstanden ist, den der Versicherungsnehmer und der Versicherte vereinbarungsgemäß selbst tragen und der durch den Versicherer unter der Versicherungspolice nicht erstattungsfähig ist. Falls eine Selbstbeteiligung vereinbart worden ist, wird eine solche Selbstbeteiligung in den Besonderen Bedingungen festgehalten.
Zahnarzt	Ein Arzt oder eine Gesundheitsfachkraft, der bzw. die sich auf Erkrankungen der Zähne und der Mundhöhle spezialisiert hat.
Arzt	Ein Arzt (Allgemeinmediziner oder Facharzt), der Inhaber eines medizinischen Diploms ist, das in dem Land, in dem die Behandlung durchgeführt wird, gesetzlich anerkannt ist, und der befugt ist, medizinische Versorgungsleistungen zu erbringen.
Notfall	Das plötzliche und unvorhergesehene Auftreten einer akuten Krankheit oder Körperverletzung, die den Gesundheitszustand des Versicherten unmittelbar gefährdet.
Homöopathie	Die Homöopathie beruht auf drei Säulen: dem Ähnlichkeitsprinzip, der Prüfung am Gesunden und der Potenzierung der Substanzen. Ein Spezialist für Homöopathie geht davon aus, dass eine Krankheit, die sich in spezifischen Symptomen zeigt, durch eine Substanz geheilt werden kann, die ähnliche Symptome bei gesunden Menschen erzeugt.



Hospiz	Eine Einrichtung, die ausschließlich dazu dient, Patienten mit einer Lebenserwartung von nur noch wenigen Monaten oder weniger zu pflegen und deren lebensbedrohende Symptome durch Palliativpflege zu lindern.
Hydrotherapie	Hydrotherapie ist die zielgerichtete Behandlung durch die externe Anwendung von Wasser.
Zahnimplantate	Leistungen, die darin bestehen, Zahnimplantate (Metall oder Keramik) als Wurzelersatz oder in zahnlose Kiefer einzusetzen.
Stationäre Rehabilitation	Ein medizinisches Verfahren, um den vorherigen physischen Zustand eines Menschen nach einer schweren Krankheit oder Körperverletzung wiederherzustellen, beispielsweise nach einer Bypass-Operation, einem Herzinfarkt, einer Organtransplantation sowie einer Operation an großen Knochen oder Gelenken.
Versicherungsjahr	Zeitraum von 12 Monaten, der je nachdem entweder am Datum des Inkrafttretens oder am Datum der Verlängerung der Versicherungspolice beginnt.
Magnetresonanztomografie (MRT)	Dies ist eine Diagnosetechnik zur Visualisierung der inneren Organe und Gewebe mit Hilfe magnetischer Felder und Radiowellen.
Onkologie	Ein Bereich der inneren Medizin, der sich mit der Entwicklung, Diagnose und Behandlung von Tumoren und der damit verbundenen Krankheiten beschäftigt.
Operationen, die ambulant statt stationär durchgeführt werden	Operationen, die ambulant in einer Arztpraxis oder einem Krankenhaus durchgeführt werden können, die jedoch keine Übernachtung oder keinen längeren Krankenhausaufenthalt erfordern.
Osteopathie	Der osteopathische Ansatz in der Medizin besteht in einer umfassenden manuellen Diagnose und Therapie der Fehlfunktionen des Bewegungsapparats, der inneren Organe und des Nervensystems. Osteopathie wird meistens bei chronischen Schmerzen der Wirbelsäule und der peripheren Gelenke eingesetzt.
Palliativpflege	Palliative Behandlung ist die umfassende und aktive Behandlung von Patienten mit einer begrenzten Lebenserwartung, für die eine Heilbehandlung in ihrem Zustand nicht länger möglich ist. Diese Art der Behandlung bietet die bestmögliche Lebensqualität für den Patienten und seine Familie.
Positronen-Emissions-Tomografie (PET)	Ein nicht-invasives Visualisierungsverfahren auf der Grundlage des Nachweises und der Visualisierung einer Substanz mit Positronenstrahlern, die sich im Körper des Patienten verteilt hat. Die Konzentration dieser „Tracer“ in einem Tumor kann dann quantifiziert werden, die Substanz wird intravenös injiziert, und die Strahlung wird von außen nachgewiesen. Mit Hilfe von PET lassen sich wichtige biologische Prozesse in Tumoren visualisieren.
Gesundheitsfachkraft	Person, die neben Ärzten ebenfalls eine anerkannte und fundierte Ausbildung in ihrem Behandlungsgebiet hat und für die Behandlung in diesem Fachgebiet in dem Land zugelassen ist, in dem die Behandlung durchgeführt wird. Als <i>Gesundheitsfachkräfte</i> gelten folgende Berufe: Naturheilkundige, Logopäden und Hebammen sowie selbständige <i>Gesundheitsfachkräfte</i> , die in staatlich zugelassenen Heilhilfsberufen tätig sind (beispielsweise Massagetherapeuten und medizinische Betreuer, Physiotherapeuten). Der <i>Versicherte</i> kann die <i>Gesundheitsfachkraft</i> frei wählen, sofern sie diese Kriterien erfüllt.
Vorerkrankungen	Beschwerden, <i>Krankheiten</i> , <i>Körperverletzungen</i> und deren Folgen oder <i>Unfallfolgen</i> , die dem <i>Versicherungsnehmer</i> oder dem <i>Versicherten</i> bekannt sind oder die vor der Unterzeichnung des <i>Antragsformulars</i> behandelt worden sind. Durch eine spezielle schriftliche Vereinbarung mit dem <i>Versicherten</i> können <i>Vorerkrankungen</i> grundsätzlich unter der <i>Versicherungspolice</i> abgedeckt werden, sofern sie zuvor entsprechend angegeben worden sind. <i>Vorerkrankungen</i> , die im <i>Antragsformular</i> nicht angegeben worden sind, sind unter der <i>Versicherungspolice</i> nicht versichert.



Vorsorge- maßnahmen	Individuelle und allgemeine Maßnahmen, die Teil der vorbeugenden Medizin sind und drohende <i>Krankheiten</i> abwenden sollen (z.B. passive Immunisierung, vorbeugende Medikamente zum Zeitpunkt der Ankunft in einem Risikogebiet, Unfallverhütung usw.).
Region	Geografische Region, für die der Versicherungsschutz unter der Versicherungspolice gilt, d.h.: <ul style="list-style-type: none"> • Region 1: Weltweit. • Region 2: Weltweit mit Ausnahme der USA.
Zweite Meinung	Medizinische Beratung bei einer lebensbedrohenden und schweren Erkrankung oder einem dauerhaften Gesundheitsproblem durch einen weiteren Arzt, der bisher noch nicht hinzugezogen worden ist.
Sanatoriums- behandlung	Eine Kur oder Behandlung, die keine <i>medizinische Behandlung</i> ist und die dazu dient, den Gesundheitszustand oder die körperliche Leistungsfähigkeit eines Menschen wiederherzustellen.



SPEZIELLE BEDINGUNGEN EXCLUSIVE

SPEZIELLE BEDINGUNGEN EXCLUSIVE

Inhaltsverzeichnis

Vertragliche Grundlage

I. Spezielle Bedingungen Foyer Global Health Exclusive	2-17
1. Deckungsumfang	2
2. Geografischer Geltungsbereich	2
3. Versicherbarkeit	2
3.1 Einbezug von Vorerkrankungen oder Moratorium	3
3.1.1. Vorerkrankungen	
3.1.2. Moratoriumsklausel	
4. Versicherungsleistungen	3-15
4.1. Allgemeine Hinweise	3
4.2. Selbstbeteiligungen	3-4
4.2.1. Selbstbeteiligungen	
4.2.2. Doppelte Versicherungsleistungen für Region 1	
4.3. Versicherungsleistungen	4-15
4.3.1. Allgemein	
4.3.2. Stationäre Behandlung	
4.3.3. Ambulante Behandlung	
4.3.4. Zahnbehandlung	
4.4. Leistungsbeschränkungen	15-16
5. Tarif	16
II. Allgemeine Versicherungsbedingungen für medizinische Assistenzleistungen und Zusatzleistungen	18-22
1. Gegenstand der medizinischen Assistenzleistungen und Zusatzleistungen	18
2. Geografischer Geltungsbereich	18
3. Serviceleistungen	18-22
3.1. Allgemeine Hinweise.....	18
3.2. Medizinische Assistenzleistungen	18-20
3.3. Zusatzleistungen	20-22
4. Tarif	22
III. Glossar	23-25



I. Spezielle Bedingungen Foyer Global Health Exclusive

1. Deckungsumfang

Kursiv gesetzte Begriffe, die hier verwendet und nicht weiter definiert werden, haben die Bedeutung, die ihnen im Glossar am Ende der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zugewiesen wird.

Der *Versicherer* bietet *Versicherungsleistungen* für *Krankheiten*, *Körperverletzungen* und andere Ereignisse, die einen *Leistungsfall* gemäß der *Versicherungspolice* begründen.

Im *Leistungsfall* übernimmt der *Versicherer* die Behandlungskosten und erbringt weitere vereinbarte *Versicherungsleistungen* in Abhängigkeit der *Versicherungspolice*.

Innerhalb der Höchstbeträge der vorliegenden *Speziellen Bedingungen* zahlt der *Versicherer* für die medizinischen Kosten aller *Versicherten*, die in der *Versicherungspolice* genannt werden.

2. Geografischer Geltungsbereich

Die *Versicherungspolice* deckt *Leistungsfälle* in folgenden *Regionen* ab:

- ▶ Region 1: weltweit
- ▶ Region 2: weltweit ohne USA

Ein *Leistungsfall* gilt als in einer bestimmten *Region* entstanden, falls die den Leistungsfall begründende *Krankheit* oder *Körperverletzung* in dem Zeitraum auftritt, in dem der *Versicherte* in der entsprechenden *Region* physisch anwesend ist, unabhängig davon, ob die damit verbundene medizinische Behandlung in dieser *Region* durchgeführt wird oder nicht.

Falls sich die *Versicherungspolice* auf *Region 2* bezieht und der *Versicherte* vorübergehend *Region 2* verlässt (z. B. insbesondere bei einem vorübergehenden Aufenthalt von höchstens sechs Wochen außerhalb von *Region 2*), gelten die *Versicherungsdeckung* und die damit verbundenen *Versicherungsleistungen*, die unter der *Versicherungspolice* gewährt werden, nur für *Notfälle*, *Unfälle* und im Todesfall.

Leistungsfälle, die während eines Aufenthalts zu Behandlungszwecken in einer nicht vereinbarten *Region* entstehen, sind unter der *Versicherungspolice* nicht versichert.

Alle Änderungen in Bezug auf das gewöhnliche *Aufenthaltsland* des *Versicherten* sowie alle Änderungen in Bezug auf die dem *Versicherer* zuvor gemachten Angaben sind unverzüglich dem *Versicherer* anzuzeigen.

3. Versicherbarkeit

Versicherbar sind Personen, die sich vorübergehend für mindestens 3 aufeinanderfolgende Monate im Ausland aufhalten.

Personen, die sich dauerhaft in den Vereinigten Staaten aufhalten, sind von der *Versicherungsdeckung* und den *Versicherungsleistungen* unter der *Versicherungspolice* ausgeschlossen und dürfen weder *Versicherter* noch *Versicherungsnehmer* werden.

Falls sich ein *Versicherter* oder der *Versicherungsnehmer* während der Dauer der *Versicherungspolice* dauerhaft in den Vereinigten Staaten aufhält, beendet der *Versicherer* die *Versicherungspolice*. Falls der *Versicherte* oder der *Versicherungsnehmer* seinen gewöhnlichen Aufenthaltsort während der Dauer der



Versicherungspolice wechselt, kann der *Versicherer* im Einzelfall entscheiden, ob die *Versicherungspolice* gemäß dem geltenden Recht aufrechterhalten werden kann oder geändert bzw. beendet werden muss.

Der *Versicherer* kann die *Versicherungspolice* beenden, wenn die *Versicherungspolice* unvereinbar mit den für den *Versicherungsnehmer* bzw. den *Versicherten* geltenden örtlichen Gesetzen, Regeln oder Regelungen ist oder dagegen verstößt.

3.1. Einbezug von *Vorerkrankungen* oder *Moratorium*

Im *Antragsformular* kann der *Versicherungsnehmer* für den Einbezug von *Vorerkrankungen* auf Grundlage einer Beurteilung der Gesundheitsrisiken und gegebenenfalls vorbehaltlich einer *Wartezeit* optieren.

3.1.1. *Vorerkrankungen*

Damit der *Versicherer* über den Einbezug von *Vorerkrankungen* unter der *Versicherungspolice* entscheiden kann, müssen die Fragen im *Antragsformular* wahrheitsgemäß und umfassend beantwortet werden. Der *Versicherte* muss einen medizinischen Fragebogen ausfüllen und dem *Versicherer* die Ergebnisse davon zur Verfügung stellen. In Abhängigkeit der Angaben im medizinischen Fragebogen und der damit verbundenen umfassenden Risikobeurteilung durch den *Versicherer* hat der *Versicherer* die Möglichkeit, die *Versicherungspolice* anzupassen, indem er die Bedingungen ändert oder weitere Bedingungen hinzufügt, eine zusätzliche oder höhere Prämie festzusetzen oder den Abschluss der *Versicherungspolice* für den betroffenen *Versicherten* abzulehnen. Erkrankungen, die im Zeitraum zwischen der Unterzeichnung des *Antragsformulars* und der Unterzeichnung der *Besonderen Bedingungen* auftreten, gelten als *Vorerkrankungen*.

3.1.2. *Moratoriumsklausel*

Versicherte bis zu einem Alter von 55 Jahren, die sich der in Abschnitt 3.1.1 der vorliegenden *Speziellen Bedingungen* genannten medizinischen Untersuchung und umfassenden Risikobeurteilung nicht unterziehen wollen, damit die *Versicherungspolice* *Vorerkrankungen* abdeckt, können für ein „*Moratorium*“ optieren.

Falls der *Versicherte*, der gemäß dem vorstehenden Absatz moratoriumsberechtigt ist, für das *Moratorium* optiert, damit *Vorerkrankungen* unter der *Versicherungspolice* einbezogen sind, hat die *Versicherungspolice* nach einer ununterbrochenen *Wartezeit* von 2 Jahren ab dem *Datum des Inkrafttretens* Gültigkeit und bietet Deckung für alle Erkrankungen, die der *Versicherte* in den 5 Jahren vor Abschluss der *Versicherungspolice* erlitten hat, unter der Voraussetzung, dass der *Versicherte* keinerlei *medizinische Behandlung* oder Symptome für die entsprechende *Vorerkrankung* während dieser *Wartezeit* gezeigt, erhalten bzw. bekommen hat. Falls der *Versicherte* *medizinische Behandlung* oder Symptome im Zusammenhang mit der entsprechenden *Vorerkrankung* während der oben genannten 2-jährigen *Wartezeit* bekommt, zeigt oder erhält, so beginnt eine neue zusätzliche *Wartezeit* von 2 Jahren, in der der *Versicherte* keinerlei *medizinische Behandlung* oder Symptome im Zusammenhang mit der entsprechenden *Vorerkrankung* erleiden, bekommen oder erhalten darf; diese zusätzliche *Wartezeit* beginnt an dem Tag, an dem er die entsprechende *medizinische Behandlung* oder Symptome gezeigt, erhalten oder bekommen hat.

4. *Versicherungsleistungen*

4.1. *Allgemeine Hinweise*

Der *Versicherer* gewährt eine 100-prozentige Übernahme der leistungsberechtigten medizinischen Kosten in dem in den vorliegenden *Speziellen Bedingungen* beschriebenen Umfang und bis zu der dort festgesetzten Höhe, sofern in der *Versicherungspolice* nichts anderes vereinbart ist.



4.2. Selbstbeteiligungen

Je nach dem abgeschlossenen Versicherungsplan und den Bedingungen der *Versicherungspolice* leistet der *Versicherer* eine 100-prozentige Übernahme der leistungsberechtigten medizinischen Kosten bis zu dem in den vorliegenden *Speziellen Bedingungen* festgelegten jährlichen Höchstbetrag, sofern in der *Versicherungspolice* nichts anderes vereinbart ist.

4.2.1. Selbstbeteiligungen

Der Versicherungsplan Global Health Exclusive bietet die folgenden Möglichkeiten zur *Selbstbeteiligung*:

- ▶ 0 Euro
- ▶ 250 Euro
- ▶ 500 Euro
- ▶ 1.000 Euro

Die *Selbstbeteiligung* gilt je *Versicherungsjahr* und je *Versicherten* und nur für die in Abschnitt 4.3.3 genannten ambulanten Behandlungen. Falls der *Versicherte* eine *Selbstbeteiligung* mit dem *Versicherer* vereinbart hat, erstattet der *Versicherer* für ambulante Behandlungen 100 % der erstattungsfähigen medizinischen Kosten abzüglich der vereinbarten *Selbstbeteiligung*.

Behandlungskosten werden dem *Versicherungsjahr* zugeordnet, in dem der Arztbesuch oder die *medizinische Behandlung* stattgefunden hat.

4.2.2. Doppelte Versicherungsleistungen für Region 1

Falls die *Versicherungspolice Region 1* abdeckt (d.h. weltweit gültig ist), verdoppeln sich die in Abschnitt 4.3.2, 4.3.3 und 4.3.4 der vorliegenden *Versicherungspolice* festgelegten Obergrenzen und Höchstbeträge.

Falls eine *Versicherungsleistung* auf eine bestimmte Anzahl von Tagen oder Sitzungen begrenzt ist oder falls eine *Selbstbeteiligung* unter der *Versicherungspolice* vereinbart worden ist, bleiben diese Obergrenze und diese *Selbstbeteiligung* von den Bestimmungen des vorherigen Absatzes unberührt.

4.3. Versicherungsleistungen

4.3.1. Allgemein

Bei *Krankheiten* und *Körperverletzungen* kann der *Versicherte* Arzt oder *Gesundheitsfachkraft* frei wählen.

Die unter der *Versicherungspolice* gewährten *Versicherungsleistungen* umfassen die Übernahme von medizinischen Kosten und von Kosten für *medizinische Behandlungen* gemäß den Bestimmungen der *Versicherungspolice* und insbesondere der *vorliegenden Speziellen Bedingungen*.

Medizinische Kosten für *medizinische Behandlungen* durch *Ärzte* und *Gesundheitsfachkräfte* (zur Vermeidung von Missverständnissen einschließlich *Zahnärzten*) sind unter der *Versicherungspolice* abgedeckt, insofern derartige Kosten den Sätzen für medizinische Kosten entsprechen, die in dem Land, in dem sie anfallen, üblich sind. Die *Versicherungspolice* kann auch medizinische Kosten abdecken, die über diese Sätze hinausgehen, wenn die entsprechenden Kosten unter Berücksichtigung der erlittenen *Krankheit* oder *Körperverletzung* gerechtfertigt und angemessen sind. Im Fall von *Gesundheitsfachkräften*, für die es in dem Land, in dem die Kosten anfallen, keine allgemeinen Kostensätze gibt, ist der *Versicherer* auf die vergleichbare Vergütung für *Ärzte*, soweit vorhanden, oder auf das allgemeine Preisniveau des betreffenden Landes angewiesen.

Im Fall der Übernahme von Kosten für zahntechnische Laborarbeiten und Materialien verwendet der *Versicherer* den Durchschnittspreis, der diesbezüglich in dem Land, in dem die Behandlung durchgeführt wird, gilt.



Zahnprothesen, Zahnimplantate und kieferorthopädische Leistungen sind von der *Versicherungspolice* abgedeckt, wenn sie von einem Arzt oder einer *Gesundheitsfachkraft* (zur Vermeidung von Missverständnissen einschließlich Zahnarzt) durchgeführt werden, ohne dass sie im Sinne der vorliegenden *Speziellen Bedingungen* als ambulante oder stationäre Behandlung gelten.

Die *Versicherungspolice* deckt *medizinische Behandlungen* ab, die von der *konventionellen Medizin* anerkannt sind.

4.3.2. Stationäre Behandlung

Übersicht

Vorbehaltlich der nachstehenden detaillierten Beschreibung der entsprechenden gewährten *Versicherungsleistungen* sind unter der *Versicherungspolice* die folgenden *medizinischen Behandlungen* als stationäre Behandlungen abgedeckt:

Übersicht über die Versicherungsleistungen für stationäre Behandlung

Allgemeine Krankenhausbehandlung und -unterbringung sowie Pflege im Einzel- oder Doppelzimmer

Medizinische Leistungen (einschließlich Pathologie, Radiologie, Computertomografie, *Magnetresonanztomografie*, *Positronen-Emissions-Tomografie* und *Palliativpflege*)

Krankenhauskosten einschließlich Operationsraum, Intensivpflege und Labor

Operationen und Narkose

Operationen, die ambulant statt stationär durchgeführt werden

Medikamente und Verbände

Physiotherapie einschließlich Massage

Therapien einschließlich Ergotherapie, Lichttherapie, *Hydrotherapie*, Inhalationen, Packungen, medizinische Bäder, Kälte- und/oder Wärmebehandlung, Elektrotherapie

Therapeutische Hilfsmittel und Geräte

Leistungen während Schwangerschaft und Geburt, Leistungen einer Hebamme oder eines Geburtshelfers im Krankenhaus

Komplikationen während Schwangerschaft oder Geburt

Neugeborenen-Pflege

Angeborene Leiden

Krebstherapien, *onkologische Medikamente* und *medizinische Behandlung* einschließlich rekonstruktive Operationen nach Brustkrebs

Knochenmarks- oder Organtransplantation (Kosten sowohl für Spender als auch Empfänger)

Psychiatrische Behandlung

Stationäre Psychotherapie

Erstattung von Kosten, wenn ein Elternteil ein Kind unter 18 Jahren bei einer stationären Behandlung begleitet

Häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe anstelle eines Krankenhausaufenthalts

Ersatzweise Krankenhaus-Cash-Back-Zahlung für Behandlungen, die nicht gegenüber dem Versicherer geltend gemacht wurden

Stationäre Rehabilitation

Hospiz

Tagesklinik und teilstationäre Behandlung

Transport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem *Unfall* oder in einem *Notfall*



Detaillierte Beschreibung der Versicherungsleistungen

Allgemeine Krankenhausbehandlung und -unterbringung sowie Pflege im Einzel- oder Doppelzimmer

Der Versicherte kann das Krankenhaus, in dem er sich behandeln lassen möchte, frei wählen. *Medizinische Behandlung* in einem Krankenhaus ist jede *medizinische Behandlung*, bei der der Versicherte für mindestens 24 Stunden in ein Krankenhaus aufgenommen wird, um die entsprechende *medizinische Behandlung* zu erhalten.

Wenn *medizinische Behandlungen* in einem Krankenhaus durchgeführt werden, in dem auch *Sanatoriumsbehandlungen* angeboten werden, deckt die *Versicherungspolice* nur die Behandlungen ab, die als *medizinische Behandlungen* gelten, sofern der Versicherer vor *Beginn der Behandlung* anderen Behandlungen nicht schriftlich zugestimmt hat.

Die *Versicherungspolice* deckt die gesamte *medizinische Behandlung*, die als stationäre Behandlung durchgeführt wird, ohne zeitliche Begrenzung ab, sofern das Servicezentrum des Versicherers vor Aufnahme in das Krankenhaus oder innerhalb von drei Kalendertagen danach kontaktiert und über den Krankenhausaufenthalt und die *medizinische Behandlung* informiert worden ist.

Medizinische Leistungen (einschließlich Pathologie, Radiologie, Computertomografie, Magnetresonanztomografie, Positronen-Emissions-Tomografie und Palliativpflege)

Die *Versicherungspolice* deckt alle Ausgaben für Untersuchungen, Diagnosen und Therapien bei einer stationär durchgeführten *medizinischen Behandlung* ab.

Krankenhauskosten einschließlich Operationsraum, Intensivpflege und Labor

Dies bezieht sich auf sonstige Kosten für die Nutzung von Spezialeinrichtungen wie Operationsräume, Intensivstationen und Labore.

Operationen und Narkose

Dies bezieht sich auf Kosten im Zusammenhang mit Operationen wie zum Beispiel medizinische Leistungen, Narkose und die Nutzung von Spezialeinrichtungen.

Ausgaben für ambulante Operationen sind unter der vorliegenden *Versicherungspolice* auch leistungsberechtigt, sofern eine solche ambulante Operation eine stationäre Behandlung ersetzt.

Operationen, die ambulant statt stationär durchgeführt werden

Dies bezieht sich auf ambulante *medizinische Behandlungen*, die in einer Arztpraxis oder einem Krankenhaus durchgeführt werden können, bei denen jedoch im Anschluss weder eine nächtliche Betreuung noch ein Krankenhausaufenthalt erforderlich ist.

Medikamente und Verbände

Damit *Medikamente*, *Verbände*, *Behandlungen* und *medizinische Hilfen* von der *Versicherungspolice* abgedeckt sind, müssen sie von einer kompetenten *medizinischen Autorität* während des Aufenthalts im Krankenhaus verschrieben werden. Außerdem müssen die *Medikamente* in einer Apotheke oder bei einer anderen Stelle erworben werden, die von den zuständigen Behörden zugelassen ist.

Klassische *homöopathische Medikamente* werden ebenfalls als vollwertige *Medikamente* angesehen und gelten als *medizinische Behandlung*.

Nährstoffreiche Nahrungsmittel, Stärkungsmittel, Mineralwasser, Kosmetika, Produkte für die persönliche Hygiene sowie Badesalze werden nicht als *Medikamente* angesehen, die als *medizinische Behandlung* unter der *Versicherungspolice* gelten.



Physiotherapie

Damit Physiotherapie und Massagen von der *Versicherungspolice* abgedeckt sind, müssen sie von einem Krankenhausarzt als Teil der stationären Behandlung verschrieben worden sein. Außerdem müssen sie von einem Arzt oder einem qualifizierten zugelassenen Therapeuten durchgeführt werden. Das Rezept muss vor *Beginn der Behandlung* ausgestellt werden und die Diagnose sowie Art und Anzahl der Sitzungen enthalten.

Therapien einschließlich Ergotherapie, Lichttherapie, Hydrotherapie, Inhalationen, Packungen, medizinische Bäder, Kälte- und/oder Wärmebehandlung, Elektrotherapie

Damit physikalisch-medizinische Therapien von der *Versicherungspolice* abgedeckt sind, müssen sie von einem Krankenhausarzt als Teil der stationären Behandlung verschrieben worden sein. Zusätzlich müssen sie von einem Arzt oder einem qualifizierten zugelassenen Therapeuten durchgeführt werden. Das Rezept muss vor *Beginn der Behandlung* ausgestellt werden und die Diagnose sowie Art und Anzahl der Sitzungen enthalten.

Therapeutische Hilfsmittel und Geräte

Die *Versicherungspolice* deckt die Kosten für therapeutische Hilfsmittel und Geräte ab, die als lebenserhaltende Maßnahmen dienen oder die körperliche Beeinträchtigung direkt lindern oder ausgleichen, so wie Herzschrittmacher und künstliche Glieder/Prothesen (außer Zahnersatz). Diese müssen während des Krankenhausaufenthalts angepasst werden und im oder am Körper verbleiben.

Kosten für die Reparatur dieser medizinischen Hilfen sind unter den vorstehenden Bedingungen ebenfalls leistungsberechtigt.

Leistungen während Schwangerschaft und Geburt, Leistungen einer Hebamme oder eines Geburtshelfers im Krankenhaus

Der *Versicherer* deckt leistungsberechtigte Ausgaben bis zu einer Höhe von 20.000 Euro* für eine Geburt in einem Krankenhaus, einer Entbindungsstation oder einer vergleichbaren Einrichtung ab, ebenso Kosten für die häusliche Pflege und Haushaltshilfe, die aufgrund der Schwangerschaft oder einer schwangerschaftsbedingten Erkrankung erforderlich sind, sowie Kosten für die Leistungen einer Hebamme oder eines Geburtshelfers.

Diesbezüglich gilt eine *Wartezeit* von 10 Monaten.

Komplikationen während Schwangerschaft oder Geburt

Der *Versicherer* deckt leistungsberechtigte Ausgaben im Zusammenhang mit einer Frühgeburt, Fehlgeburt, einem Abbruch, einer Totgeburt, Eileiterschwangerschaft, molaren Schwangerschaft, einem Kaiserschnitt, postpartalen Blutungen, einer Plazentaretention und im Zusammenhang mit Komplikationen aufgrund dieser Vorfälle ab.

Diesbezüglich gilt eine *Wartezeit* von 10 Monaten.

Neugeborenen-Pflege

Routinemäßige Behandlung oder Behandlung einer akuten medizinischen Bedingung eines Neugeborenen. Die unter dem vorliegenden Versicherungsplan abgedeckte *Neugeborenen-Pflege* wird in den *Allgemeine Versicherungsbedingungen* beschrieben.

Angeborene Leiden

Die *Versicherungspolice* deckt Ausgaben für die *medizinische Behandlung* im Zusammenhang mit angeborenen Leiden bis zu einer maximalen Höhe von 200.000 Euro bezogen auf die gesamte Lebenszeit ab; dies gilt für alle Beschwerden oder Krankheiten, die bei der Geburt festgestellt werden, Anomalien, Geburtsschäden und -missbildungen, Fehler während der Geburt, Frühgeburt und Missbildungen



einschließlich damit verbundener Erkrankungen.

Krebstherapien, onkologische Medikamente und medizinische Behandlung einschließlich rekonstruktive Operation nach Brustkrebs

Als Teil der stationären Krankenhausversorgung deckt die *Versicherungspolice* medizinische Kosten für *medizinische Behandlungen* im Zusammenhang mit *Krebs* ab, wie medizinische Leistungen, Diagnostiktests, Strahlentherapie, *Krebstherapie*, *Medikamente* und Krankenhauskosten.

Knochenmarks- oder Organtransplantation (Kosten sowohl für Spender als auch Empfänger)

Bei einer Knochenmarks- oder Organtransplantation (zum Beispiel Herz, Niere, Leber, Bauchspeicheldrüse) deckt die *Versicherungspolice* die Kosten für den *Versicherten* sowohl als Empfänger als auch als Spender ab.

Leistungsberechtigte Ausgaben sind Ausgaben im Zusammenhang mit der Organbeschaffung von einem Organspender, Ausgaben für den Organtransport an den Ort, an dem sich der Empfänger befindet, sowie Ausgaben für einen eventuellen Krankenhausaufenthalt für den Spender, nicht jedoch die Kosten für die Suche nach einem Organ oder einem passenden Spender.

Psychiatrische Behandlung

Die *Versicherungspolice* deckt die Ausgaben für psychiatrische Leistungen als Teil einer stationären *medizinischen Behandlung* ab, sofern der *Versicherer* vor *Beginn der Behandlung* seine schriftliche Zustimmung gegeben hat.

Diesbezüglich gilt eine *Wartezeit* von 10 Monaten.

Stationäre Psychotherapie

Voraussetzung für die Erstattung ist, dass die *medizinische Behandlung* von einem Psychiater, einem Psychotherapeuten oder einem *Arzt* mit einer fachlichen Ausbildung in Psychiatrie, Psychotherapie oder Psychoanalyse durchgeführt wird. Der *Versicherer* deckt eine stationäre Psychotherapie ab, sofern der *Versicherer* vor *Beginn der Behandlung* seine schriftliche Zustimmung gegeben hat.

Diesbezüglich gilt eine *Wartezeit* von 10 Monaten.

Unterbringung der Eltern während einer stationären Behandlung eines Kindes unter 18 Jahren

Die *Versicherungspolice* deckt die zusätzlichen Kosten für die verschriebene Anwesenheit eines Elternteils am Krankenbett eines *Versicherten* unter 18 Jahren ab, der stationär behandelt wird.

Häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe statt eines Krankenhausaufenthalts

Die *Versicherungspolice* deckt die Ausgaben für verschriebene häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe durch geeignete qualifizierte Kräfte als Ersatz für einen medizinisch empfohlenen Krankenhausaufenthalt oder zur Verkürzung eines derartigen Aufenthalts ab. Häusliche Krankenpflege umfasst Haushaltshilfe in Form einer Unterstützung bei den normalen regelmäßig anfallenden Arbeiten des täglichen häuslichen Lebens wie Lebensmitteleinkauf, Kochen, Säubern, Abwaschen, Kleiderwechsel und -waschen und auch die Aufrechterhaltung des Wohnkomforts.

Häusliche Krankenpflege gilt nicht als *medizinische Behandlung*, ist aber dennoch unter der *Versicherungspolice* zusätzlich zur *medizinischen Behandlung* abgedeckt, insoweit die entsprechenden Leistungen in einer Erstattung der entstandenen Kosten für maximal 90 Tag je Krankenhausaufenthalt und je *Versicherungsjahr* bestehen und sofern die vorherige schriftliche Zustimmung des *Versicherers* zu einer solchen Ausweitung des Versicherungsschutzes und der *Versicherungsleistungen* eingeholt wurde.



Ersatzweise Krankenhaus-Cash-Back-Zahlung für Behandlungen, die nicht gegenüber dem Versicherer geltend gemacht wurden

Falls der *Versicherungsnehmer* die Kostenübernahme durch den *Versicherer* im Hinblick auf eine stationäre *medizinische Behandlung* eines *Versicherten* nicht in Anspruch nimmt, gewährt die *Versicherungspolice* die Zahlung eines Krankenhaustagegeldes je verschriebenem Tag im Krankenhaus. Ein solches Tagegeld liegt bei 200 Euro* pro Tag.

Stationäre Rehabilitation

Die *Versicherungspolice* deckt die Kosten für eine *stationäre Rehabilitation* im Anschluss an die stationäre *medizinische Behandlung* im Krankenhaus ab, wie zum Beispiel nach einer Bypass-Operation, einem Herzinfarkt, einer Organtransplantation, sowie nach Operationen an großen Knochen und Gelenken, sofern und insoweit der *Versicherer* zuvor seine schriftliche Zustimmung gegeben hat.

Sanatoriumsbehandlungen sowie Kuren und Aufenthalte in Kureinrichtungen, Heilbädern und Genesungsheimen sowie in Pflegeheimen sind unter der *Versicherungspolice* nicht abgedeckt.

Die entsprechenden *Versicherungsleistungen* bestehen in einer Erstattung der Kosten für die entsprechende *stationäre Rehabilitation* für maximal 35 Tage je Krankenhausaufenthalt.

Damit die *stationäre Rehabilitation* leistungsberechtigt ist, muss sie innerhalb von 2 Wochen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus beginnen, sofern durch den *Versicherer* nichts anderes schriftlich vereinbart ist.

Hospiz

Falls die Pflege außerhalb des Krankenhauses für den *Versicherten* zuhause oder bei einem Familienmitglied nicht gewährleistet werden kann und falls das *Hospiz* mit in der *Palliativpflege* erfahrenem Pflegepersonal und Ärzten arbeitet und unter der fachlichen Leitung eines Pflegers oder einer anderen qualifizierten Person steht, der bzw. die mehrjährige Erfahrung in der *Palliativpflege* oder eine geeignete Ausbildung hat und der bzw. die eine Ausbildung für eine Leitungsposition in der *Palliativpflege* nachweisen kann, deckt die *Versicherungspolice* unter den unten aufgeführten Bedingungen die Kosten für die Unterbringung, Ernährung, Pflege und Unterstützung in einem *Hospiz* ab.

Voraussetzung für die Gewährung von *Versicherungsleistungen* für einen stationären oder teilstationären *Hospizaufenthalt* ist, dass der *Versicherte* unter einer Erkrankung leidet,

- ▶ die fortschreitet, d.h. sich immer weiter verschlimmert, und die bereits ein sehr weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat; und
- ▶ bei der eine Erholung nicht möglich ist, so dass stationäre *Palliativpflege* erforderlich ist, und bei der nur mit einer begrenzten Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monate zu rechnen ist.

Hospizleistungen werden unter anderem für Folgendes gewährt:

- ▶ *Krebs* in fortgeschrittenem Stadium.
- ▶ Voll ausgebildete Infektionskrankheit Aids.
- ▶ *Krankheit* des Nervensystems mit unaufhaltsam fortschreitender Lähmung.
- ▶ Endstadium chronischer Erkrankungen von Nieren, Leber, Herz, Verdauungstrakt oder Lunge.

Versicherungsleistungen für *Hospizkosten* sind auf einen Aufenthalt von maximal 9 Wochen für die Dauer der *Versicherungspolice* begrenzt.

*Die genannten Beträge gelten – soweit nichts anderes bestimmt ist – je *Versicherten* und *Versicherungsjahr*.



Tagesklinik und teilstationäre Behandlung

Tagesklinik ist eine *medizinische Behandlung* in einem Krankenhaus ohne Übernachtung.

Eine teilstationäre Behandlung ist ein Aufenthalt in einer Tages- oder Nachtklinik oder in einem Krankenhaus, bei dem der Patient tagsüber oder nachts im Krankenhaus ist, jedoch keine ganztägige stationäre Betreuung (24 Stunden) mehr erforderlich ist.

In beiden Fällen liegt die Länge des Krankenhausaufenthaltes zwischen 8 und 24 Stunden und darf 24 Stunden nicht überschreiten.

Transport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Unfall oder in einem Notfall

Die *Versicherungspolice* deckt die angemessenen Kosten für den Transport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus oder zur nächstgelegenen geeigneten medizinischen Einrichtung ab.

4.3.3. Ambulante Behandlung

Übersicht

Vorbehaltlich der nachstehenden detaillierten Beschreibung der entsprechenden gewährten *Versicherungsleistungen* sind unter der *Versicherungspolice* die folgenden *medizinischen Behandlungen* als ambulante Behandlungen abgedeckt:

Ambulante Behandlung

Medizinische Leistungen (einschließlich Pathologie, Radiologie, Computertomografie, Magnetresonanztomografie, Positronen-Emissions-Tomografie und Palliativpflege)

Krebstherapie, Medikamente und onkologische medizinische Leistungen

Gesundheits-Check-ups

Leistungen während Schwangerschaft und Geburt, Leistungen einer Hebamme oder eines Geburtshelfers

Komplikationen während Schwangerschaft oder Geburt

Angeborene Leiden

Akkupunktur, Homöopathie, Osteopathie und Chiropraktik, einschließlich Medikamente und Verbände

Logopädie

Psychiatrische Behandlung

Ambulante Psychotherapie

Medikamente und Verbände

Rezeptfreie Medikamente

Physiotherapie

Therapien einschließlich Ergotherapie, Lichttherapie, Hydrotherapie, Inhalationen, Packungen, medizinische Bäder, Kälte- und/oder Wärmebehandlung, Elektrotherapie

Therapeutische Hilfsmittel und Geräte

Impfungen und Immunisierungen

Sehhilfen, einschließlich Sehtest



Transport zum nächsten geeigneten Arzt oder Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem *Unfall* oder in einem *Notfall* durch Rettungsdienste, die ein für die Situation angemessenes Transportmittel nutzen

Fruchtbarkeitsbehandlung

Detaillierte Beschreibung der Versicherungsleistungen

Medizinische Leistungen (einschließlich Pathologie, Radiologie, Computertomografie, Magnetresonanztomografie, Positronen-Emissions-Tomografie und Palliativpflege)

Die *Versicherungspolice* deckt alle Ausgaben für Untersuchungen, Diagnosen und Therapien bei ambulant durchgeführten *medizinischen Behandlungen* ab.

Die *Versicherungsleistungen* bestehen unter anderem in der Übernahme von Kosten für Pathologie, Radiologie, Computertomografie, *Magnetresonanztomografie*, *Positronen-Emissions-Tomografie*, Chemotherapie und anderen *onkologischen* (krebstherapeutischen) medizinischen Leistungen sowie für *Vorsorgemaßnahmen*.

Krebstherapie, Medikamente und onkologische medizinische Leistungen

Die *Versicherungspolice* deckt ambulante Leistungen in Verbindung mit Chemotherapie und *onkologischen* medizinischen Leistungen ab.

Gesundheits-Check-ups

Routinemäßige Gesundheits-Check-ups sind Untersuchungen oder Screening-Untersuchungen, die durchgeführt werden, ohne dass klinische Symptome vorliegen.

Diese Untersuchungen, die in Abhängigkeit des Alters zur Aufdeckung von Anomalien oder *Krankheiten* durchgeführt werden, umfassen folgende Untersuchungen:

- ▶ Vitalparameter (Blutdruck, Cholesterinwerte, Puls, Atmung, Temperatur usw.)
- ▶ Herz-Kreislauf-Untersuchungen
- ▶ Neurologische Untersuchungen
- ▶ Krebs-Screening
- ▶ Pädiatrische Untersuchungen
- ▶ Diabetes-Screening
- ▶ HIV- und AIDS-Screening
- ▶ Gynäkologische Check-ups.

Der *Versicherer* übernimmt die Kosten für diese Leistungen bis zu einer Höhe von 500 Euro* pro Versicherungsjahr.

Leistungen während Schwangerschaft und Geburt, Leistungen einer Hebamme oder eines Geburtshelfers

Die *Versicherungspolice* deckt leistungsberechtigte Kosten bis zu 20.000 Euro* aufgrund einer Schwangerschaft oder einer schwangerschaftsbedingten Krankheit ab, einschließlich (routinemäßige) Screenings, Geburt und die Leistungen einer Hebamme oder eines Geburtshelfers. Für Frauen über 35 sind Fruchtwasseruntersuchung und Nackentransparenzmessung eingeschlossen.

Diesbezüglich gilt eine *Wartezeit* von 10 Monaten.

Komplikationen während Schwangerschaft und Geburt

Die *Versicherungspolice* deckt leistungsberechtigte Ausgaben im Zusammenhang mit einer Frühgeburt, Fehlgeburt, einem Abbruch, einer Totgeburt, Eileiterschwangerschaft, molaren Schwangerschaft, einem Kaiserschnitt, postpartalen Blutungen, einer Plazentaretention und mit Komplikationen aufgrund dieser Vorfälle ab.



Diesbezüglich gilt eine *Wartezeit* von 10 Monaten.

Angeborene Leiden

Die *Versicherungspolice* deckt Ausgaben für die *medizinische Behandlung* im Zusammen mit angeborenen Leiden bis zu einer maximalen Höhe von 200.000 Euro bezogen auf die gesamte Lebenszeit ab; dies gilt für alle Störungen oder *Krankheiten*, die bei der Geburt festgestellt werden, Anomalien, Geburtsschäden und -missbildungen, Fehler während der Geburt, Frühgeburt und Missbildungen einschließlich damit verbundener Erkrankungen.

Akkupunktur, Homöopathie, Osteopathie und Chiropraktik, einschließlich Medikamente und Verbände

Die *Versicherungspolice* deckt Ausgaben im Zusammenhang mit den entsprechenden *medizinischen Behandlungen* nur dann ab, wenn diese von *Ärzten* oder *Gesundheitsfachkräften* durchgeführt werden, die nachweisen, dass sie eine qualifizierte geeignete Ausbildung in dem Land erhalten haben, in dem die *medizinische Behandlung* durchgeführt wird, und dass sie die Zulassung bzw. Genehmigung haben, eine solche Behandlung durchzuführen.

Die *Medikamente und Verbände*, die von diesen *Ärzten* oder *Gesundheitsfachkräften* im Lauf einer entsprechenden *medizinischen Behandlung* verschrieben werden, sind ebenfalls unter der *Versicherungspolice* abgedeckt.

Die Leistungen, die unter der *Versicherungspolice* diesbezüglich gewährt werden, bestehen in der Übernahme der entsprechenden Kosten bis zu einer Höhe von maximal 5.000 Euro* pro *Versicherungsjahr*.

Logopädie

Bei Sprach- und Stimmstörungen deckt der *Versicherer* die leistungsberechtigten Ausgaben für verschriebene Praxissitzungen ab, sofern diese von einem *Arzt* oder einem *Logopäden* durchgeführt werden; die *Versicherungspolice* deckt dies ab, sofern der *Versicherer* seine Zustimmung vor *Beginn der Behandlung* gegeben hat.

Psychiatrische Behandlung

Die *Versicherungspolice* deckt die Ausgaben für psychiatrische Leistungen ab, sofern der *Versicherer* seine schriftliche Zustimmung zu einer Übernahme dieser Kosten vor *Beginn der Behandlung* gegeben hat.

Diesbezüglich gilt eine *Wartezeit* von 10 Monaten.

Ambulante Psychotherapie

Voraussetzung für die Erstattung ist, dass die Behandlung von einem *Psychiater*, einem *Psychotherapeuten* oder einem *Arzt* mit einer fachärztlichen Ausbildung in Psychiatrie, Psychotherapie oder Psychoanalyse durchgeführt wird. Die *Versicherungspolice* deckt die Ausgaben für ambulante psychiatrische Leistungen ab, sofern der *Versicherer* vor *Beginn der Behandlung* seine schriftliche Zustimmung gegeben hat.

Diesbezüglich gilt eine *Wartezeit* von 10 Monaten.

Medikamente und Verbände

Damit *Medikamente und Verbände* von der *Versicherungspolice* abgedeckt sind, müssen sie von einem *Arzt*, einer *Gesundheitsfachkraft* bzw. einem *Zahnarzt* oder einer Person verschrieben werden, die unter ihrer Leitung arbeitet. Diese *Medikamente und Verbände* müssen in einer Apotheke oder bei einem offiziell zugelassenen Lieferanten erworben werden.

*Die genannten Beträge gelten – soweit nichts anderes bestimmt ist – je Versicherten und Versicherungsjahr.



Nährstoffreiche Nahrungsmittel, Stärkungsmittel, Mineralwasser, Kosmetika, Produkte für die persönliche Hygiene sowie Badesalze werden nicht als *Medikamente* angesehen und gelten somit nicht als *medizinische Behandlung* unter der *Versicherungspolice*.

Rezeptfreie Medikamente

Rezeptfreie *Medikamente* können ohne Rezept gekauft werden; üblicherweise sind sie zur Behandlung von Symptomen gewöhnlicher Krankheiten bestimmt, für die der *Versicherte* nicht unbedingt einen Arzt aufsuchen muss.

Die *Versicherungspolice* deckt Ausgaben für solche rezeptfreien *Medikamente* bis zu einer Höhe von 100 Euro* je *Versicherungsjahr* ab.

Physiotherapie einschließlich Massage

Dies sind physikalisch-medizinische Leistungen (Physiotherapie und Bewegungstherapie, Massagen), die auf Rezept verfügbar sind. Außerdem müssen sie von einem Arzt oder einem qualifizierten zugelassenen Therapeuten durchgeführt werden. Das Rezept muss vor *Beginn der Behandlung* ausgestellt werden und Diagnose sowie Art und Anzahl der Sitzungen enthalten.

Therapien einschließlich Ergotherapie, Lichttherapie, Hydrotherapie, Inhalationen, Packungen, medizinische Bäder, Kälte- und/oder Wärmebehandlung, Elektrotherapie

Dies sind physikalisch-medizinische Leistungen (Ergotherapie, Lichttherapie, *Hydrotherapie*, Inhalationen, Packungen, medizinische Bäder, Kälte- und/oder Wärmebehandlung, Elektrotherapie und Bewegungstherapie), die auf Rezept verfügbar sind. Außerdem müssen sie von einem Arzt oder einem qualifizierten zugelassenen Therapeuten durchgeführt und vom Arzt vor *Beginn der Behandlung* als Teil der ambulanten *medizinischen Behandlung* verschrieben werden. Das Rezept muss vor *Beginn der Behandlung* ausgestellt werden und Diagnose sowie Art und Anzahl der Sitzungen enthalten.

Therapeutische Hilfsmittel und Geräte

Die *Versicherungspolice* deckt Kosten bei der ambulanten *medizinischen Behandlung* für orthopädische Gerätschaften und Prothesen ab sowie für andere materielle Gerätschaften, die genutzt werden, um körperlichen Beeinträchtigungen vorzubeugen oder diese direkt zu lindern oder auszugleichen. Medizinische Hilfen müssen von einem Arzt verschrieben werden und gelten nicht als allgemeine Verbrauchsgüter.

Medizinische Hilfen zur ambulanten *medizinischen Behandlung* sind: Bandagen, Binden oder Schuheinlagen, Krücken, Hörhilfen, Kompressionsstrümpfe, künstliche Glieder/Prothesen (mit Ausnahme von Zahnprothesen), Liegen- und Sitzschalen, orthopädische Körper-, Arm- und Beinstützen sowie Sprechhilfen (Elektrolarynx).

Die folgenden medizinischen Hilfen sind nur nach vorheriger schriftlicher Zustimmung des *Versicherers* unter der *Versicherungspolice* abgedeckt: Rollstühle, Herz- und Atemüberwachungsgeräte, Infusionspumpen, Inhaliergeräte, Sauerstoffanlagen und Überwachungsmonitore für Babys.

Andere Hilfen werden nicht als medizinische Hilfen angesehen und gelten nicht als *medizinische Behandlung* unter der *Versicherungspolice*.

Ausgaben für die Reparatur medizinischer Hilfen sind unter der *Versicherungspolice* abgedeckt und werden vorbehaltlich der vorstehenden Bedingungen übernommen.

Ausgaben für Hygieneartikel wie Einlagen und Massagegeräte beispielsweise sowie für Nutzung und Wartung solcher Artikel sind nicht unter der *Versicherungspolice* abgedeckt.



Impfungen und Immunisierungen

Kosten für präventive Impfungen und prophylaktische Maßnahmen sind erstattungsfähig, sofern sie für das Land, in dem sich der *Versicherte* aufhält, empfohlen werden, einschließlich der Arztkosten für das Verabreichen der Impfung und die Kosten für den Impfstoff selbst.

Sehhilfen, einschließlich Sehtest

Kosten für Brillengestelle und Linsen sowie Kontaktlinsen und Refraktionsmessungen sind bis zu einer Höhe von 250 Euro* pro *Versicherungsjahr* erstattungsfähig.

Transport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Unfall oder in einem Notfall

Die *Versicherungspolice* deckt die Ausgaben für den Transport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus für die Erstversorgung nach einem *Unfall* oder in einem *Notfall* ab.

Fruchtbarkeitsbehandlung

Mit der vorherigen schriftlichen Zustimmung des *Versicherers*, mit der der *Versicherer* die Kosten im Rahmen des vereinbarten Versicherungsumfangs übernimmt, kann der *Versicherer* beispielsweise die folgenden anerkannten Behandlungen abdecken:

- ▶ In-vitro-Fertilisation (IVF).
- ▶ Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI).

Die Kosten werden übernommen, wenn:

- ▶ zum Zeitpunkt der *medizinischen Behandlung* (erster Tag der Stimulierung eines jeden Zyklus' oder der erste Tag des Zyklus' bei einer Befruchtung ohne hormonelle Stimulierung) beide Ehegatten oder Partner noch nicht das Alter von 45 Jahren erreicht haben.
- ▶ wenn es eine organbezogene Unfruchtbarkeit der *Versicherten* gibt, die nur durch assistierte Reproduktionstechniken überwunden werden kann.
- ▶ wenn durch eine ärztliche Beurteilung eine signifikante Erfolgsmöglichkeit von über 15 % für die ausgewählte Methode bestätigt wird und wenn der Mann und die Frau eine internationale Versicherung bei dem *Versicherer* haben.

Die *Versicherungspolice* deckt 50 % der Kosten in Verbindung mit einer Fruchtbarkeitsbehandlung ab, einschließlich Diagnose und *medizinischer Behandlung*, bis zu einem Betrag von maximal 15.000 Euro für die Gesamtdauer der *Versicherungspolice*.

Diesbezüglich gilt eine *Wartezeit* von 24 Monaten.

4.3.4. Zahnbehandlung

Übersicht über die Zahnbehandlung

Vorbehaltlich der nachstehenden detaillierten Beschreibung der entsprechenden gewährten *Versicherungsleistungen* sind unter der *Versicherungspolice* die folgenden zahnmedizinischen Behandlungen abgedeckt:



Übersicht über die **Versicherungsleistungen: Zahnbehandlung**

Allgemeine Zahnversorgung

- Zwei vorbeugende Zahnuntersuchungen pro Versicherungsjahr
- Röntgenuntersuchung
- Zahnsteinentfernung und Polieren
- Behandlung von Mundschleimhaut- und Zahnfleischerkrankungen
- Einfache Füllungen
- Operationen, Narkosekosten, Zahnextraktion, Wurzelkanalbehandlung
- Nachtschiene
- Zahnversorgung nach einem *Unfall*

Umfassende Zahnversorgung

- Zahnversorgung nach einem *Unfall*
- Zahnprothesen (d.h. Prothesen, Brücken und Kronen, Inlays)
- *Implantatbehandlung*
- Kieferorthopädische Leistungen
- Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien
- Erstellen eines Behandlungsplans und Kostenvoranschlags
- Zahnversorgung nach einem *Unfall*

Detaillierte Beschreibungen der *Versicherungsleistungen*

Allgemeine Zahnversorgung

- ▶ Zwei vorbeugende Zahnuntersuchungen je Versicherungsjahr.
- ▶ Röntgenuntersuchung.
- ▶ Zahnsteinentfernung und Polieren.
- ▶ Behandlung von Mund- und Zahnfleischerkrankungen.
- ▶ Alle einfachen Füllungen – entweder Amalgam (Silber) oder Kunststoff (weiß).
- ▶ Wurzelkanalbehandlung.
- ▶ Narkosekosten.
- ▶ Operationen.
- ▶ Zahnextraktionen.
- ▶ Nachtschiene.
- ▶ Zahnversorgung nach einem *Unfall*.

Umfassende Zahnversorgung

Umfassende zahnärztliche Leistungen umfassen die folgenden Arten komplexerer Maßnahmen und Heilbehandlungen. Die *Versicherungspolice* deckt die folgenden Leistungen bis zu 5.000 Euro* pro *Versicherungsjahr* ab.

- ▶ Zahnprothesen (d.h. Prothesen, Brücken und Kronen).
- ▶ Inlays (Gold, Porzellan) einschließlich zahntechnischer Laborarbeiten und Materialien.
- ▶ Inlays.
- ▶ Bis zu vier Implantate je Kiefer und die Stifzähne, die an den Implantaten angebracht werden.
- ▶ Kieferorthopädische Behandlung bei Kindern und 18 Jahren, einschließlich Brackets und Zahnspangen, sowie die Erstellung eines Behandlungsplans und eines Kostenvoranschlags.
- ▶ Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien.
- ▶ Erstellen eines Behandlungsplans und eines Kostenvoranschlags.

Diesbezüglich gilt eine *Wartezeit* von 10 Monaten.

Zahnversorgung nach einem *Unfall*

Falls eine Zahnbehandlung infolge eines *Unfalls* erforderlich ist, gelten keinerlei *Wartezeiten*. Der *Unfall* muss dem *Versicherer* durch einen Arzt oder einen Polizeibericht nachgewiesen werden.



4.4. Leistungsbeschränkungen

Der Versicherungsschutz unter der *Versicherungspolice* erstreckt sich weder auf *Krankheiten* und *Körperverletzungen*, einschließlich ihrer Folgen, noch auf den Tod infolge von Krieg, Militäroperationen, Militärdienst, Aufstand und Unruhen, sofern *Krankheiten*, *Körperverletzungen*, Verwundungen und Tod aufgrund dieser Ursachen nicht ausdrücklich in der *Versicherungspolice* eingeschlossen und abgedeckt sind.

Die *Versicherungspolice* deckt weder *medizinische Behandlungen* für *Krankheiten* oder *Körperverletzungen* ab, die vorsätzlich herbeigeführt wurden, noch *medizinische Behandlungen* im Zusammenhang mit Drogenkonsum.

Sofern mit dem *Versicherer* nichts anderes ausdrücklich schriftlich vereinbart worden ist, deckt die *Versicherungspolice* weder Kosten für *Sanatoriumsbehandlungen* oder Kuren noch Kosten für Behandlungen oder Rehabilitationen in einem Heilbad ab.

Die *Versicherungspolice* deckt nicht die Kosten für die *medizinische Behandlung* von Ehegatten, Eltern oder Kindern des *Versicherungsnehmers* oder des *Versicherten* ab.

Die *Versicherungspolice* deckt weder kosmetische Maßnahmen gleich welcher Art noch deren Folgen ab.

Die *Versicherungspolice* deckt keinen Selbstmordversuch ab.

Für alle Behandlungen, die von *Ärzten*, *Gesundheitsfachkräften*, *Zahnärzten*, *Naturheilkundigen* und in Krankenhäusern durchgeführt werden, für die der *Versicherer* die Gewährung von *Versicherungsleistungen* wirksam abgelehnt hat, besteht keinerlei Anspruch auf eine *Versicherungsleistung*. Falls zum Zeitpunkt der Anzeige des Leistungsanspruchs die Behandlung noch nicht beendet ist, besteht keine Verpflichtung, Kosten zu erstatten, die mehr als drei Monate nach Anspruchsanzeige entstanden sind.

Die *Versicherungspolice* deckt nicht die Unterbringung aufgrund von Pflegebedürftigkeit (Langzeit-Pflege) oder für Betreuung ab.

Die *Versicherungspolice* deckt keinerlei Kosten ab, die in Verbindung mit Arztberichten, Behandlungs- und Kostenplänen entstehen, die der *Versicherungsnehmer* oder der *Versicherte* bereitstellen müssen.

Die *Versicherungspolice* deckt weder den Autonomieverlust des *Versicherten* ab noch Kosten, die durch die dauerhafte Betreuung des *Versicherten* entstehen. Die *Versicherungspolice* deckt keinerlei Kosten ab, die im Zusammenhang damit entstehen, dass der *Versicherte* zuhause bleibt und/oder zuhause oder in einem Genesungsheim, einer psychiatrischen Anstalt oder Ähnlichem nicht-medizinische Pflege erhält.

Falls die medizinische Versorgung oder andere Behandlungen des *Versicherten* über das *medizinisch Erforderliche* hinausgehen, werden die *Versicherungsleistungen* auf den Teil der Versorgung oder Behandlung gekürzt, der *medizinisch erforderlich* ist und somit als *medizinische Behandlung* gilt, die unter der *Versicherungspolice* abgedeckt ist. Eine Kürzung der *Versicherungsleistungen* unter der *Versicherungspolice* erfolgt auch, wenn übermäßig hohe Beträge (gemäß dem in dem jeweiligen Land herrschenden allgemeinen Preisniveau) für eine *medizinische Behandlung* berechnet werden.

Leistungsansprüche bzw. der Teil der *Leistungsansprüche*, die bzw. der vor dem *Datum des Inkrafttretens* oder während der *Wartezeit* entstehen, sind vom Versicherungsschutz und den unter der *Versicherungspolice* gewährten *Versicherungsleistungen* ausgeschlossen.

Die *Versicherungspolice* deckt weder die chirurgische noch die hormonelle Angleichung an die biologischen sexuellen Merkmale des anderen Geschlechts ab.

• Die genannten Beträge gelten – soweit nichts anderes bestimmt ist – je Versicherten und Versicherungsjahr.



Die *Versicherungspolice* deckt weder eine Behandlung noch eine Operation zur Korrektur der Sehfähigkeit ab, zum Beispiel durch Laser, refraktive Keratektomie (RK) oder photorefraktive Keratektomie (PRK). Die *Versicherungspolice* deckt jedoch die Korrektur des Sehvermögens ab, wenn das Sehvermögen durch eine *Krankheit* oder eine *Körperverletzung* beeinträchtigt wird (z.B. Grauer Star oder Netzhautablösung).

5. Tarif

Die Prämie wird nach Unterzeichnung des *Antragsformulars* insbesondere unter Berücksichtigung des Landes festgelegt, in dem die *Versicherten* ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort haben.

Falls sich eine Änderung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes des *Versicherten* während der Dauer der die *Region 2* abdeckenden *Versicherungspolice* ergibt, werden die Prämien sofort angepasst.

Falls sich eine Änderung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes des *Versicherten* während der Dauer der die *Region 1* abdeckenden *Versicherungspolice* ergibt, werden die Prämien sofort angepasst.

Falls der *Versicherte* nach seinem Geburtstag einer anderen Altersklasse zugeordnet wird, wird die Prämie an die neue Altersklasse angepasst.

Die vorstehend genannten Anpassungen werden gemäß den Bestimmungen der *Allgemeinen Versicherungsbedingungen* und der geltenden gesetzlichen Bestimmungen vorgenommen.

Der Betrag der für die *Versicherungspolice* geltenden Prämie wird in den *Besonderen Bedingungen* angegeben.



II. Allgemeine Versicherungsbedingungen für *medizinische Assistenzleistungen* und *Zusatzleistungen*

In Verbindung mit einem Krankenversicherungsprodukt von Foyer Global Health

1. Gegenstand der *medizinischen Assistenzleistungen* und *Zusatzleistungen*

Der *Versicherer* erbringt die *medizinische Assistenzleistungen* und *Zusatzleistungen* im Rahmen *medizinisch erforderlicher* Behandlungen für Erkrankungen, *Unfälle*, insbesondere *Notfälle*, und in anderen Fällen.

2. Geografischer Geltungsbereich

Die *medizinischen Assistenzleistungen* und *Zusatzleistungen* sind weltweit gültig.

3. Serviceleistungen

3.1. Allgemeine Hinweise

Art und Umfang der vom *Versicherer* erbrachten *medizinischen Assistenzleistungen* und *Zusatzleistungen* entsprechen den Leistungsübersichten, sofern nichts anderes in diesen Leistungsübersichten festgelegt wird, und unseren allgemeinen Hinweisen in den *Allgemein Bedingungen* oder in den Definitionen.

3.2. *Medizinische Assistenzleistungen*

Die *medizinischen Assistenzleistungen* und *Zusatzleistungen* können nur zusammen mit einem Krankenversicherungsprodukt von Foyer Global Health abgeschlossen werden.

Übersicht über die *medizinischen Assistenzleistungen*

24-Stunden-Telefon- und E-Mail-Service mit erfahrenden Beratern, *Ärzten* und *Fachärzten*

Medizinisch erforderlicher Krankentransport und Rücktransport

Informationen über die *medizinische Infrastruktur/Versorgung* unter gebührender Berücksichtigung der erforderlichen Sprache

Unterstützung und Informationen (zweite Meinung, Überwachung des Krankheitsverlaufs)

Garantierte Zahlung von Kosten, insbesondere bei der Vorbereitung eines Krankenhausaufenthalts

Zahlung eines Vorschusses

Unterstützung und Informationen in Bezug auf Art, mögliche Gründe und Behandlungsoptionen /Therapieformen für die Erkrankung sowie Auskünfte zu *medizinischen Fachbegriffen*

Unterstützung bei der Organisation eines *Arzt-Arzt-Gesprächs*

Hilfe bei der Auswahl der verschriebenen Medikamente, vergleichbarer Präparate und ihrer Nebenwirkungen

Medizinische Unterstützung und Beratung vor der Reise (Impfungen, Zusammenstellung eines Erste-Hilfe-Sets)



Detaillierte Übersicht über die *medizinischen Assistenzleistungen*

24-Stunden-Telefon- und E-Mail-Service mit erfahrenden Beratern, Ärzten und Fachärzten

Medizinische Assistenz steht 24 Stunden am Tag, sieben Tage die Woche und 365 Tage im Jahr über die telefonische Hotline für medizinische Assistenz zur Verfügung.

Medizinisch erforderlicher Krankentransport und Rücktransport

Diese Leistung deckt einen medizinisch gerechtfertigten und erforderlichen Krankentransport und Rücktransport ab, sowohl im Aufenthaltsland als auch ins Ausland. Die Kosten für eine medizinisch gerechtfertigte und erforderliche Begleitung während des Transports sind ebenfalls in der erbrachten Leistung eingeschlossen.

- ▶ Krankentransport und Rücktransport können auch aufgrund einer unangemessenen medizinischen Versorgung und unangemessener Hygienestandards, in dem die Behandlung durchführenden Krankenhaus übernommen werden.
- ▶ Krankentransport und Rücktransport müssen von dem verantwortlichen Arzt angeordnet werden, und es muss die vorherige Zustimmung des *Versicherers* zur Übernahme der Kosten eingeholt werden.
- ▶ Krankentransport und Rücktransport zu einem Krankenhaus, das geeignet ist, die weitere Behandlung zu leisten, erfolgt, wenn dies zwischen dem verantwortlichen Arzt und dem *Versicherer* vereinbart worden ist.
- ▶ Vorbehaltlich einer Vereinbarung mit dem *Versicherer* kann der Rücktransport auch zum derzeitigen Aufenthaltsort des Versicherten oder zu seinem letzten festen Wohnsitz in seinem Heimatland oder Herkunftsland erfolgen, wenn das versicherte Ereignis außerhalb des Aufenthaltslandes eintritt.

Informationen über die medizinische Infrastruktur/medizinische Versorgung unter gebührender Berücksichtigung der erforderlichen Sprache

- ▶ Benennung von *Ärzten*, Krankenhausärzten, Krankenhäusern und spezialisierten Krankenhäusern in der Nähe des *Versicherten*, insbesondere unter Berücksichtigung der erforderlichen Sprache.
- ▶ Beratung und Unterstützung bei der Auswahl eines Behandlungsortes im Falle einer *medizinisch erforderlichen* Verlegung/eines *medizinisch erforderlichen* Wechsels des Leistungserbringers.

Unterstützung und Informationen (zweite Meinung, Überwachung des Krankheitsverlaufs)

- ▶ Unterstützung und Organisation einer *zweiten ärztlichen Meinung* (medizinischer Befund) von einem in dem entsprechenden medizinischen Gebiet spezialisierten Facharzt im Fall einer lebensbedrohenden und schweren Erkrankung oder Gesundheitsstörung.
- ▶ Unterstützung bei der Auswahl eines Facharztes und Krankenhauses und bei der Organisation von Einweisung und Entlassung.
- ▶ Organisation und Unterstützung bei der Überwachung des Krankheits-/ Genesungsverlaufs durch Ärzte und durch die Kontakte des *Versicherers*.

Garantierte Zahlung von Kosten, insbesondere bei der Vorbereitung eines Krankenhausaufenthalts

- ▶ Vorlage einer Kostenübernahmegarantie, beispielsweise bei einer geplanten stationären Behandlung.
- ▶ Eine direkte Abrechnung der Kosten mit dem verantwortlichen Arzt/Krankenhaus ist möglich.

Zahlung eines Vorschusses

Die Zahlung eines Vorschusses an den bzw. die *Versicherten*, falls der Leistungserbringer und/oder das Krankenhaus nur Barzahlungen akzeptiert.



Unterstützung und Informationen in Bezug auf Art, mögliche Gründe und Behandlungsoptionen /Therapieformen für die Erkrankung sowie Auskünfte zu medizinischen Fachbegriffen

Beratung, Klarstellung und Erklärung medizinischer Fragen, falls der *Versicherte* erkrankt, insbesondere im Hinblick auf die Gründe und die Behandlungsoptionen/Therapieformen für die Erkrankung sowie Erklärung medizinischer Fachbegriffe.

Unterstützung bei der Organisation eines Arzt-Arzt-Gesprächs

Im Fall einer Erkrankung und einer Verschlechterung des Gesundheitszustands, beispielsweise bei chronischen Erkrankungen, hilft der *Versicherer*, ein Arzt-Arzt-Gespräch zu organisieren, beispielsweise zwischen dem Arzt des Patienten im Ausgangs-/Herkunftsland und im Aufenthaltsland.

Hilfe bei der Auswahl der verschriebenen Medikamente, vergleichbarer Präparate und ihrer Nebenwirkungen

- ▶ Informationen über *Medikamente* und ihre Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit anderen Präparaten und *Vorerkrankungen*.
- ▶ Informationen über vergleichbare und identische Präparate.

Medizinische Unterstützung und Beratung vor der Reise (Impfungen, Zusammenstellung eines Erste-Hilfe-Sets)

- ▶ Medizinische Informationen über die Hygienestandards im Aufenthaltsland.
- ▶ Beratung und Informationen über empfohlene Impfungen für das Aufenthaltsland, insbesondere bei *Vorerkrankungen*.
- ▶ Unterstützung bei der Zusammenstellung eines Erste-Hilfe-Sets unter gebührender Berücksichtigung der Hygienestandards und Wetterbedingungen im Aufenthaltsland.
- ▶ Beratung und Informationen sind beim *Versicherer* über Telefon und E-Mail erhältlich.

3.3. Zusatzleistungen

Es existiert ein Anspruch auf „Zusatzleistungen“, wenn diese Versicherungsdienstleistung für den *Versicherten* gemäß dem Versicherungsschein vereinbart worden ist.

Übersicht über Zusatzleistungen

Rücktransport ins Aufenthaltsland

Organisation von Patientenbesuchen durch Familienangehörige

Aufschub der Rückreise

Beschaffung und Versand wichtiger Medikamente

Organisation des Rücktransports oder Kinderbetreuung

Transport der sterblichen Überreste und organisatorische Unterstützung im Todesfall

Hilfe bei psychologischen Problemen aufgrund des Auslandsaufenthalts

Dokumentenverwahrung (Verwahrung und Beschaffung von Ersatzdokumenten bei Verlust)

Vermittlung eines Rechtsbeistands bei rechtlichen Schwierigkeiten

Vermittlung eines Umzugsunternehmens

Vermittlung von interkulturellem Training (Informationen über die Landeskultur)

Detaillierter Übersicht über die Zusatzleistungen

Rücktransport ins Aufenthaltsland

Wenn es mit dem *Versicherer* vereinbart ist und wenn es medizinisch erforderlich ist, den *Versicherten* zu Behandlungszwecken zu transportieren, übernimmt der *Versicherer* vorbehaltlich einer vorherigen



Vereinbarung und bis zu einer Höhe von 3.000 Euro die Transportkosten (Bahnticket erster Klasse, Flug in der Economy Class) für die Rückreise des *Versicherten* in das Aufenthaltsland.

Organisation von Patientenbesuchen durch Familienangehörige

Bei einer stationären Behandlung aufgrund eines Notfalls organisiert der *Versicherer* die Fahrt eines Familienmitglieds an den Ort der Behandlung und zurück nach Hause und übernimmt Reisekosten bis zu einem Gesamtbetrag von 3.000 Euro*, falls die stationäre Behandlung mindestens 7 Tage dauert und die Kostenübernahmegarantie des *Versicherers* verfügbar ist. (Es werden die Kosten für ein Bahnticket erster Klasse und für einen Flug in der Economy Class gezahlt.)

Aufschub der Rückreise

Falls die Rückreise aus dem Land, in dem der Patient sich aufhält, aufgrund eines medizinischen Notfalls bei einem *Versicherten*, der dadurch nicht reisefähig ist (Rückreise in das Herkunfts-/Heimatland oder Reise in ein neues Land) hinausgeschoben werden muss, so übernimmt der *Versicherer* die Kosten für die Änderung/Stornierung der Hotel- und Flugbuchungen bis zu 3.000 Euro*.

Beschaffung und Versand wichtiger Medikamente

Falls ein *Versicherter* wichtige Medikamente nimmt, die in dem Land, in dem sich der *Versicherte* aufhält, nicht verfügbar sind, bemüht sich der *Versicherer*, diese Medikamente schnellstmöglich zu besorgen. Dies gilt, sofern das Medikament in dem Land, in dem sich der *Versicherte* aufhält, gesetzlich zugelassen ist und seine Einfuhr nicht gegen gesetzliche Bestimmungen verstößt.

Organisation des Rücktransports oder Kinderbetreuung

- ▶ Wenn aufgrund eines medizinischen Notfalls für beide Eltern ein Krankenhausaufenthalt erforderlich ist, organisiert der *Versicherer* eine Kinderbetreuung durch einen geeigneten Dienstleister und zahlt die Kosten dafür für die Dauer der stationären Behandlung, aber nicht darüber hinaus.
- ▶ Wenn beide Eltern während des Urlaubs aufgrund eines *Notfalls* stationär im Krankenhaus behandelt werden, übernimmt der *Versicherer* die Kosten für die Rückreise der Kinder (bis zu 18 Jahren) an ihren derzeitigen Aufenthaltsort in ihrem Aufenthaltsland.

Transport der sterblichen Überreste und organisatorische Unterstützung im Todesfall

- ▶ Erledigung der notwendigen Formalitäten zur Überführung oder Einäscherung der sterblichen Überreste, insbesondere die Beschaffung der Todesurkunde, des Unfallberichts, Herstellung des Kontakts mit den Behörden/dem Konsulat und Ermittlung, welche Angehörigen berechtigt sind, die Überführung oder Einäscherung zu genehmigen.
- ▶ Übernahme der Kosten für die Überführung der sterblichen Überreste in das Ausgangs- oder Heimatland und der Kosten für die Formalitäten in Verbindung mit der Überführung bis zu einer Höhe von 10.000 Euro*.
- ▶ Transport der Urne in das Ausgangs- oder Heimatland im Fall einer Einäscherung.
- ▶ Begräbniskosten sind nicht versichert.

Hilfe bei psychologischen Problemen aufgrund des Auslandsaufenthalts

- ▶ Der *Versicherer* bietet eine Beratung in psychischen Stresssituationen an.
- ▶ Der *Versicherte* erhält bzw. die *Versicherten* erhalten per Telefon in maximal 5 Gesprächen psychologische Unterstützung von erfahrenen Ärzten und wird bzw. werden über die weitere Vorgehensweise beraten.

* Die genannten Beträge gelten – soweit nichts anderes bestimmt ist – je *Versicherten* und Versicherungsjahr.



Dokumentenverwahrung (Verwahrung und Beschaffung von Ersatzdokumenten bei Verlust)

- Der *Versicherer* bietet eine Verwahrungsmöglichkeit für wichtige Dokumente (z.B. Reisepass, Visa, Fahrerlaubnis, Impfausweis und andere wichtige Dokumente) an.
- Falls das Originaldokument verloren geht, wird eine Kopie per E-Mail, Fax oder Kurier geschickt, und es wird Unterstützung bei der Beschaffung eines Ersatzes gewährt.

Vermittlung eines Rechtsbeistands bei rechtlichen Schwierigkeiten

Falls erforderlich, stellt der *Versicherer* ausgewählte englisch-, deutsch- oder französischsprachige Anwälte/Fachleute im Aufenthaltsland zur Verfügung.

Vermittlung eines Umzugsunternehmens

Gegebenenfalls vermittelt der *Versicherer* einen spezialisierten Dienstleister zur Organisation des Umzugs und leistet Unterstützung bei der Suche nach einer Unterbringung, falls notwendig.

Vermittlung von interkulturellem Training (Informationen über die Landeskultur)

Falls erforderlich vermittelt der *Versicherer* ein landesspezifisches und interkulturelles Training über das Leben und Arbeiten im Ausland als Vorbereitung für den Auslandsaufenthalt.

4. Tarif

Die Versicherungsprämie wird im Versicherungsschein angegeben.

* Die genannten Beträge gelten – soweit nichts anderes bestimmt ist – je Versicherten und Versicherungsjahr.



III. Glossar

Unfall	Ein plötzliches unerwartetes externes Ereignis, das eine Krankheit oder eine Körperverletzung verursacht.
Akkupunktur	Akkupunktur ist eine Behandlungsmethode in der alten traditionellen chinesischen Medizin, mit der Krankheiten und Körperverletzungen geheilt werden oder Schmerzen gelindert werden, indem dünne Nadeln in den Körper gestochen werden. Die Schulmedizin erkennt dies vor allem als eine Methode zur Schmerzlinderung an.
Assistenzgesellschaft	Die Assistenzgesellschaft ist eine Gesellschaft, die sich darauf spezialisiert hat, den Versicherten in Notsituationen oder bei Krankenhausbehandlungen mit Rat und Tat zur Seite zu stehen. Durch die Assistenzgesellschaft werden zusätzliche Leistungen, die dem Versicherten den Auslandsaufenthalt erleichtern sollen, so wie die Übernahme bestimmter Kosten, zum Beispiel Rückführungskosten, erbracht.
Krebs	Krebs ist der allgemeine Begriff für alle bösartigen Erkrankungen, die durch die Wucherung veränderter Zellen verursacht werden (Tumor, Karzinom). Diese Zellen können das Umgebungsgewebe zerstören und Sekundärtumore (Metastasen) bilden.
Chiropraktik	Ein Chiropraktiker ist auch als Manualtherapeut bekannt. Blockierte oder verschobene Wirbel werden durch spezielle Techniken wieder „zurückgeschoben“ oder andere Gelenke wieder „eingerenkt“.
Konservatorische Behandlung	Eine konservatorische Behandlung ist eine Behandlung zur Erhaltung von Zähnen (z.B. Füllungen, Wurzelkanalbehandlung).
Schulmedizin	Schulmedizin ist die an der Universität gelehrt, wissenschaftliche Art der Medizin, die daher allgemein akzeptiert und angewandt wird.
Herkunftsland	Das Herkunftsland ist das Land, dessen Nationalität der Versicherte besitzt oder in dem der Versicherte seinen gewöhnlichen Aufenthaltsort vor dem Wechsel in das derzeitige Aufenthaltsland hatte.
Aufenthaltsland	Das Land, in dem der Versicherte seinen derzeitigen gewöhnlichen Aufenthaltsort oder seinen derzeitigen vorübergehenden Aufenthaltsort hat.
Selbstbeteiligung	Anteil der Kosten, der dem Versicherten für eine medizinische Behandlung, die unter der Versicherungspolice abgedeckt ist, entstanden ist, den der Versicherungsnehmer und der Versicherte vereinbarungsgemäß selbst tragen und der durch den Versicherer unter der Versicherungspolice nicht erstattungsfähig ist. Falls eine Selbstbeteiligung vereinbart worden ist, wird eine solche Selbstbeteiligung in den Besonderen Bedingungen festgehalten.
Zahnarzt	Ein Arzt oder eine Gesundheitsfachkraft, der bzw. die sich auf Erkrankungen der Zähne und der Mundhöhle spezialisiert hat.
Arzt	Ein Arzt (Allgemeinmediziner oder Facharzt), der Inhaber eines medizinischen Diploms ist, das in dem Land, in dem die Behandlung durchgeführt wird, gesetzlich anerkannt ist, und der befugt ist, medizinische Versorgungsleistungen zu erbringen.
Notfall	Das plötzliche und unvorhergesehene Auftreten einer akuten Krankheit oder Körperverletzung, die den Gesundheitszustand des Versicherten unmittelbar gefährdet.
Homöopathie	Die Homöopathie beruht auf drei Säulen: dem Ähnlichkeitsprinzip, der Prüfung am Gesunden und der Potenzierung der Substanzen. Ein Spezialist für Homöopathie geht davon aus, dass eine Krankheit, die sich in spezifischen Symptomen zeigt, durch eine Substanz geheilt werden kann, die ähnliche Symptome bei gesunden Menschen erzeugt.



Hospiz	Eine Einrichtung, die ausschließlich dazu dient, Patienten mit einer Lebenserwartung von nur noch wenigen Monaten oder weniger zu pflegen und deren lebensbedrohende Symptome durch Palliativpflege zu lindern.
Hydrotherapie	Hydrotherapie ist die zielgerichtete Behandlung durch die externe Anwendung von Wasser.
Zahnimplantate	Leistungen, die darin bestehen, Zahnimplantate (Metall oder Keramik) als Wurzelersatz oder in zahnlose Kiefer einzusetzen.
Stationäre Rehabilitation	Ein medizinisches Verfahren, um den vorherigen physischen Zustand eines Menschen nach einer schweren Krankheit oder Körperverletzung wiederherzustellen, beispielsweise nach einer Bypass-Operation, einem Herzinfarkt, einer Organtransplantation sowie einer Operation an großen Knochen oder Gelenken.
Versicherungsjahr	Zeitraum von 12 Monaten, der je nachdem entweder am Datum des Inkrafttretens oder am Datum der Verlängerung der Versicherungspolice beginnt.
Magnetresonanztomografie (MRT)	Dies ist eine Diagnosetechnik zur Visualisierung der inneren Organe und Gewebe mit Hilfe magnetischer Felder und Radiowellen.
Onkologie	Ein Bereich der inneren Medizin, der sich mit der Entwicklung, Diagnose und Behandlung von Tumoren und der damit verbundenen Krankheiten beschäftigt.
Operationen, die ambulant statt stationär durchgeführt werden	Operationen, die ambulant in einer Arztpraxis oder einem Krankenhaus durchgeführt werden können, die jedoch keine Übernachtung oder keinen längeren Krankenhausaufenthalt erfordern.
Osteopathie	Der osteopathische Ansatz in der Medizin besteht in einer umfassenden manuellen Diagnose und Therapie der Fehlfunktionen des Bewegungsapparats, der inneren Organe und des Nervensystems. Osteopathie wird meistens bei chronischen Schmerzen der Wirbelsäule und der peripheren Gelenke eingesetzt.
Palliativpflege	Palliative Behandlung ist die umfassende und aktive Behandlung von Patienten mit einer begrenzten Lebenserwartung, für die eine Heilbehandlung in ihrem Zustand nicht länger möglich ist. Diese Art der Behandlung bietet die bestmögliche Lebensqualität für den Patienten und seine Familie.
Positronen-Emissions-Tomografie (PET)	Ein nicht-invasives Visualisierungsverfahren auf der Grundlage des Nachweises und der Visualisierung einer Substanz mit Positronenstrahlern, die sich im Körper des Patienten verteilt hat. Die Konzentration dieser „Tracer“ in einem Tumor kann dann quantifiziert werden, die Substanz wird intravenös injiziert, und die Strahlung wird von außen nachgewiesen. Mit Hilfe von PET lassen sich wichtige biologische Prozesse in Tumoren visualisieren.
Gesundheitsfachkraft	Person, die neben Ärzten ebenfalls eine anerkannte und fundierte Ausbildung in ihrem Behandlungsgebiet hat und für die Behandlung in diesem Fachgebiet in dem Land zugelassen ist, in dem die Behandlung durchgeführt wird. Als <i>Gesundheitsfachkräfte</i> gelten folgende Berufe: Naturheilkundige, Logopäden und Hebammen sowie selbständige <i>Gesundheitsfachkräfte</i> , die in staatlich zugelassenen Heilhilfsberufen tätig sind (beispielsweise Massagetherapeuten und medizinische Betreuer, Physiotherapeuten). Der <i>Versicherte</i> kann die <i>Gesundheitsfachkraft</i> frei wählen, sofern sie diese Kriterien erfüllt.
Vorerkrankungen	Beschwerden, <i>Krankheiten</i> , <i>Körperverletzungen</i> und deren Folgen oder <i>Unfallfolgen</i> , die dem <i>Versicherungsnehmer</i> oder dem <i>Versicherten</i> bekannt sind oder die vor der Unterzeichnung des <i>Antragsformulars</i> behandelt worden sind. Durch eine spezielle schriftliche Vereinbarung mit dem <i>Versicherten</i> können <i>Vorerkrankungen</i> grundsätzlich unter der <i>Versicherungspolice</i> abgedeckt werden, sofern sie zuvor entsprechend angegeben worden sind. <i>Vorerkrankungen</i> , die im <i>Antragsformular</i> nicht angegeben worden sind, sind unter der <i>Versicherungspolice</i> nicht versichert.



Vorsorge- maßnahmen	Individuelle und allgemeine Maßnahmen, die Teil der vorbeugenden Medizin sind und drohende <i>Krankheiten</i> abwenden sollen (z.B. passive Immunisierung, vorbeugende Medikamente zum Zeitpunkt der Ankunft in einem Risikogebiet, Unfallverhütung usw.).
Region	Geografische Region, für die der Versicherungsschutz unter der Versicherungspolice gilt, d.h.: <ul style="list-style-type: none"> • Region 1: Weltweit. • Region 2: Weltweit mit Ausnahme der USA.
Zweite Meinung	Medizinische Beratung bei einer lebensbedrohenden und schweren Erkrankung oder einem dauerhaften Gesundheitsproblem durch einen weiteren Arzt, der bisher noch nicht hinzugezogen worden ist.
Sanatoriums- behandlung	Eine Kur oder Behandlung, die keine <i>medizinische Behandlung</i> ist und die dazu dient, den Gesundheitszustand oder die körperliche Leistungsfähigkeit eines Menschen wiederherzustellen.

