



Internationale Krankenversicherungstarife

# Versicherungshandbuch für die Gruppenversicherung

Gültig ab 1. November 2015

**Allianz**   
Allianz Worldwide Care

# Ihr Krankenversicherungsschutz

Dieses Versicherungshandbuch stellt die Leistungen und Regelungen Ihres Allianz Worldwide Care Tarifs dar. Lesen Sie dieses Handbuch bitte im Zusammenhang mit Ihrem Versicherungsschein und Ihrer Tariflichen Leistungszusage.

In Ihrem Versicherungsschein sind die Details des Tarifs oder der Tarife und der versicherte geografische Geltungsbereich dargelegt, die Ihr Unternehmen für Sie und Ihre Familienangehörigen (falls zutreffend) gewählt hat, sowie das Anfangsdatum und das Verlängerungsdatum für Ihren Versicherungsschutz. Bei Verträgen, die einer medizinischen Risikoprüfung unterliegen, sind in diesem Dokument auch alle Sondervereinbarungen aufgeführt, die für Ihren Versicherungsschutz gelten. Wir senden Ihnen einen neuen Versicherungsschein, wenn wir Änderungen, die von Ihrem Unternehmen gewünscht werden oder zu denen wir berechtigt sind, aufzeichnen müssen oder wenn Sie eine Änderung wünschen, z. B. einen Familienangehörigen hinzufügen möchten, und Ihr Unternehmen dieser Änderung zustimmt und wir diese annehmen.

In Ihrer Tariflichen Leistungszusage sind der/die Tarif(e) aufgeführt, die von Ihrem Unternehmen ausgewählt wurden, und die damit verbundenen Leistungen, die für Sie verfügbar sind. Außerdem sind dort alle Leistungen/Behandlungen aufgeführt, für die ein Formular zur vorherigen Kostenzusage eingereicht werden muss, sowie Leistungen, für die bestimmte Erstattungsbeträge, Wartezeiten, Selbstbeteiligungen oder Eigenanteile gelten. Ihre Tarifliche Leistungszusage wird in der mit Ihrem Unternehmen (oder mit Ihnen, falls Sie den Versicherungsbeitrag selbst bezahlen) vereinbarten Währung ausgestellt.

Bei Fragen zu Ihrem Gruppenversicherungsvertrag wenden Sie sich bitte an den Gruppenversicherungsverantwortlichen in Ihrem Unternehmen. Die Bedingungen Ihres Versicherungsschutzes können von Zeit zu Zeit durch eine Vereinbarung zwischen Ihrem Unternehmen und Allianz Worldwide Care geändert werden.

Allianz Worldwide Care SA unterliegt der Aufsicht durch die French Prudential Supervisory Authority in 61, rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09, Frankreich.

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

# Inhaltsverzeichnis

Ihr Versicherungsschutz	2-4
Definitionen	5-15
Ausschlüsse	16-22
Zusätzliche Bedingungen	23-25
Allgemeine Informationen	26-36
Kurzanleitung	Abtrennbarer Teil
• Behandlungen	
• Nützliche Services	
• Kontaktinformationen	

# Ihr Versicherungsschutz

## Übersicht

In Ihrer Tariflichen Leistungszusage sind der/die Tarif(e) aufgeführt, die von Ihrem Unternehmen ausgewählt wurden, und die damit verbundenen Leistungen, die für Sie verfügbar sind. Dabei kann es sich um einen unserer Standard-Haupttarife handeln, der u. U. in Verbindung mit einem unserer Standard-Ambulanttarife, -Zahntarife oder dem Tarif für medizinischen Rücktransport ausgewählt wurde, oder Ihr Tarif kann speziell für Ihr Unternehmen entwickelt worden sein. Der Versicherungsschutz unterliegt unseren Versicherungsdefinitionen, Ausschlüssen und maximalen Erstattungsbeträgen. Für Gruppen, die einer medizinischen Risikoprüfung unterliegen, unterliegt der Versicherungsschutz außerdem allen Sondervereinbarungen, die im Versicherungsschein angegeben sind (und auf dem Sondervereinbarungsformular, das vor Inkrafttreten der Versicherung ausgestellt wurde).

Weitere Details zu unseren Leistungen können Sie dem Abschnitt „Definitionen“ in diesem Handbuch entnehmen. Wenn Sie weitere Fragen bezüglich Ihres Versicherungsschutzes haben, können Sie uns gerne jederzeit anrufen.

Wir möchten Sie auf die folgenden wichtigen Informationen hinweisen:

## Erstattungsbeträge

In der Tariflichen Leistungszusage wird zwischen zwei Arten von Erstattungsbeträgen unterschieden. Der Höchsterstattungsbetrag, der für einige Tarife angegeben wird, ist der maximale Gesamtbetrag, der für sämtliche Leistungen des Tarifs zusammen, pro versicherte Person und pro Versicherungsjahr, erstattet wird. Für einige Leistungen gelten zudem spezifische Erstattungsbeträge, die beispielsweise „pro Versicherungsjahr“, „auf Lebenszeit“, „pro Reise“, „pro Sitzung“ oder auch „pro Schwangerschaft“ gelten. In einigen Fällen kann für Versicherungsleistungen auch eine prozentuale Erstattungsleistung angezeigt werden, z. B. „65% Erstattung, bis £4.150/€5.000/US\$6.750/CHF6.500“. Wenn für Versicherungsleistungen ein spezifischer Erstattungsbetrag oder eine „volle Erstattung“ angegeben werden, so erfolgt die Erstattung immer innerhalb des angegebenen Höchsterstattungsbetrags, soweit einer auf den Tarif zutrifft. Alle Beträge gelten pro Versicherten und pro Versicherungsjahr, sofern nicht anderweitig in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegeben.



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

Erstattungsbeträge für die Leistungen „Reguläre Schwangerschaft“ und „Komplikationen bei Schwangerschaft und Entbindung“ werden entweder „pro Schwangerschaft“ oder „pro Versicherungsjahr“ gezahlt (nähere Informationen entnehmen Sie bitte Ihrer Tariflichen Leistungszusage). Wenn Ihre Leistung „pro Schwangerschaft“ erstattet wird und Ihre Schwangerschaft über zwei Versicherungsjahre reicht, gilt folgendes, falls sich der Erstattungsbetrag bei Vertragsverlängerung ändert:

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

## Medizinische Notwendigkeit und übliche Gebühren

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

## Vorerkrankungen

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

Vorerkrankungen (einschließlich chronischer Vorerkrankungen) sind generell im Rahmen der maximalen Erstattungsbeträge versichert, sofern nichts anderes in einem Sondervereinbarungsformular, das vor Inkrafttreten der Versicherung ausgestellt wurde, angegeben wurde. Bitte entnehmen Sie den „Anmerkungen“ Ihrer Tariflichen Leistungszusage, ob Vorerkrankungen versichert sind. Für Gruppen, die einer medizinischen Risikoprüfung unterliegen, werden im Abschnitt „Ausschlüsse“ unter Nummer 21 auf der Seite 18 weitere Angaben zu Vorerkrankungen, die nicht mitversichert sind, beschrieben.

# Definitionen

Die folgenden Definitionen beziehen sich auf sämtliche Leistungen, die in unseren Krankenversicherungstarifen enthalten sein können, sowie auf andere häufig verwendete Begriffe. Bitte entnehmen Sie Ihrer Tariflichen Leistungsusage, welche Leistungen Ihr Versicherungsschutz abdeckt. Sollten speziell zugeschnittene Leistungen in Ihrem Versicherungsschutz enthalten sein, so ist die entsprechende Definition in den „Anmerkungen“ am Ende Ihrer Tariflichen Leistungsusage aufgeführt. Wo immer die nachstehenden Begriffe und Ausdrücke in Ihren Versicherungsunterlagen verwendet werden, haben sie die im Folgenden definierte Bedeutung:

- 1.1 **Akut** bezieht sich auf ein plötzliches Auftreten.
- 1.2 **Allgemeinmedizinerkosten** umfassen nichtchirurgische Behandlungskosten für Behandlungen, die von einem Allgemeinmediziner durchgeführt oder überwacht werden.
- 1.3 **Ambulante Behandlungen** umfassen Behandlungen in der Praxis eines Allgemeinmediziners, Therapeuten oder Facharztes, bei denen keine Einweisung in ein Krankenhaus erforderlich ist.
- 1.4 **Ambulante Notfallbehandlung** ist die medizinisch notwendige Behandlung in einer ambulanten Einrichtung oder Notaufnahme eines Krankenhauses, die innerhalb von 24 Stunden nach einem Unfall oder einer plötzlich auftretenden Krankheit stattfindet, ohne dass der Versicherte aus medizinischer Sicht stationär aufgenommen werden muss. Wenn Ihr Unternehmen außerdem einen Ambulanttarif für Sie gewählt hat, besteht für Sie im Rahmen dieses Tarifs Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen, die über den maximalen Erstattungsbetrag für ambulante Notfallbehandlungen (im Haupttarif) hinausgehen.
- 1.5 **Ambulante Operationen** sind chirurgische Eingriffe, die in einer Arztpraxis, einer Tagesklinik oder einem Krankenhaus durchgeführt werden und es aus medizinischer Sicht nicht erfordern, dass der Patient über Nacht bleibt.
- 1.6 **Ambulante zahnärztliche Notfallbehandlung** ist eine Behandlung, die in einer Zahnarztpraxis oder in der Notaufnahme eines Krankenhauses erfolgt und auf die unmittelbare Beseitigung von Zahnschmerzen an einem intakten natürlichen Zahn abzielt, einschließlich Pulpotomie oder Pulpektomie und den damit einhergehenden provisorischen Füllungen, begrenzt auf drei Füllungen pro Versicherungsjahr, und/oder der Reparatur von Schäden, die durch einen Unfall verursacht wurden. Die Behandlung muss innerhalb von 24 Stunden nach Eintritt des Notfalls erfolgen. Die Notversorgung beinhaltet weder Zahnprothesen noch dauerhaften Zahnersatz oder Wurzelbehandlungen. Wenn Ihr Unternehmen einen Zahntarif für Sie gewählt hat, besteht für Sie im Rahmen dieses Tarifs Versicherungsschutz für zahnärztliche Behandlungen, die über den maximalen Erstattungsbetrag für zahnärztliche Notfallbehandlungen (im Haupttarif) hinausgehen.
- 1.7 **Angehörige(r)** ist bzw. sind Ihr Ehepartner oder Partner (einschließlich gleichgeschlechtlicher Partner) und/oder unverheiratete Kinder (einschließlich Stief-, Adoptiv- oder Pflegekinder), die bis zum Tag vor ihrem 18. Geburtstag finanziell vom Hauptversicherten abhängig sind oder bis zum Tag vor ihrem 24. Geburtstag, wenn sie sich in einer Vollzeitausbildung befinden und auf dem Versicherungsschein als Angehörige aufgeführt sind.
- 1.8 **Arzt für Allgemeinmedizin** ist ein Arzt, der als praktizierender Arzt gemäß dem Recht des Landes zugelassen ist, in dem die Behandlung erfolgt und in dem er gemäß seiner Zulassung praktiziert.
- 1.9 Unter **Behandlung** wird jedes medizinische Verfahren zur Heilung oder Linderung von Krankheiten oder Verletzungen verstanden.

- 1.10 **Behandlungen bei Unfruchtbarkeit** umfassen Behandlungen für versicherte Personen, einschließlich aller invasiven Untersuchungsverfahren zur Feststellung der Ursache für die Unfruchtbarkeit, wie z. B. Hysterosalpingografie, Laparoskopie oder Hysteroskopie. Bei InVitro-Fertilisation (IVF) ist die Kostenerstattung auf den in der Tariflichen Leistungszusage angegebenen Betrag beschränkt. Wenn Ihre Tarifliche Leistungszusage keine spezifisch aufgeführte Leistung für Behandlungen bei Unfruchtbarkeit enthält, beschränkt sich der Versicherungsschutz auf nicht-invasive Untersuchungen zur Ermittlung der Unfruchtbarkeitsursache innerhalb der maximalen Erstattungsbeträge Ihres Ambulanttarifs. Die stationäre Behandlung für Mehrlingsgeburten infolge medizinisch assistierter Fortpflanzung ist auf £24.900/€30.000/US\$40.500/CHF39.000 pro Kind für die ersten drei Monate nach der Geburt beschränkt. Ambulante Behandlungen werden innerhalb der maximalen Erstattungsbeträge eines entsprechenden Ambulanttarifs erstattet.
- 1.11 **Beschäftigungstherapie** umfasst Behandlungen, die sich auf die Verbesserung der Fein- und Grobmotorik, der sensorischen Integration, Bewegungskoordination und Balance konzentrieren. Im Vordergrund steht das Erlernen alltäglicher Fähigkeiten wie Körperpflege, Essen und Ankleiden, um so die Interaktion mit dem unmittelbaren Umfeld zu erleichtern. Nach 20 Sitzungen muss ein Behandlungsbericht eingereicht werden.
- 1.12 **Chirurgisch zahnärztliche Eingriffe** beziehen sich auf die operative Entfernung von Zähnen sowie andere chirurgische Eingriffe im Zusammenhang mit Zähnen, wie Wurzelspitzenresektionen und verschreibungspflichtige Medikamente zur Zahnbehandlung. Alle Untersuchungen, die nötig sind, um festzustellen ob ein zahnchirurgischer Eingriff erforderlich ist, wie Labortests, Röntgenaufnahmen, CT- und MRI-Untersuchungen, sind im Rahmen dieser Leistung versichert. Die Leistung umfasst keine chirurgischen Maßnahmen, die im Zusammenhang mit Zahnimplantaten stehen.
- 1.13 **Chirurgische Hilfsmittel und Materialien** sind die für einen chirurgischen Eingriff benötigten Hilfsmittel und Materialien. Dazu gehören auch künstliche Körperteile oder Geräte wie Gelenkersatzimplantate, Knochenschrauben und -platten, Vorrichtungen für künstliche Herzklappen, endovaskuläre Stents, implantierbare Defibrillatoren und Herzschrittmacher.
- 1.14 Eine **chronische Erkrankung** ist eine Krankheit, eine Verletzung oder ein körperliches Gebrechen, die bzw. das eines oder mehrere der folgenden Charakteristiken aufweist:
- ist von wiederkehrender Natur
  - eine allgemein anerkannte Heilung ist nicht bekannt
  - spricht in der Regel auf Behandlungen nur begrenzt an
  - bedarf lindernder Behandlung
  - bedarf dauerhafter Überwachung oder Kontrolle
  - führt zu einer bleibenden Behinderung
- Entnehmen Sie bitte den „Anmerkungen“ zu Ihrer Tariflichen Leistungszusage, ob chronische Erkrankungen versichert sind.
- 1.15 Unter **diagnostischen Untersuchungen** werden z. B. Röntgen- oder Bluttests verstanden, die vorgenommen werden, um die Ursache vorliegender Symptome zu ermitteln.
- 1.16 **Direkte familiäre Vorbelastung** liegt dann vor, wenn bei einem Elternteil, einem Großelternteil, einem Bruder, einer Schwester oder einem Kind die betreffende Erkrankung bereits diagnostiziert wurde.
- 1.17 **Eigenanteil** ist der Prozentsatz der Kosten, den der Versicherte selbst zu tragen hat. Eigenanteile gelten pro Person und pro Versicherungsjahr, falls nicht anderweitig in der Tariflichen Leistungszusage angegeben. Einige unserer Tarife enthalten einen maximalen prozentualen Eigenanteil pro versicherte Person und pro Versicherungsjahr. Wenn dies der Fall ist, ist der Eigenanteil, den Sie bezahlen müssen, durch den in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegebenen Betrag beschränkt. Eigenanteile können für den Haupt-, Ambulant-, Zahn- oder Rücktransporttarif oder auch für eine Kombination dieser Tarife gelten.

- 1.18 **Ergänzende Medizin** umfasst die folgenden therapeutischen und diagnostischen Behandlungsmethoden, die außerhalb der konventionellen westlichen Schulmedizin existieren: Chiropraktische Behandlung, Osteopathie, traditionelle chinesische Medizin, Homöopathie, Akupunktur und medizinische Fußpflege, soweit sie jeweils von einem anerkannten Therapeuten praktiziert werden.
- 1.19 **Ernährungsberaterkosten** beziehen sich auf Kosten für eine Ernährungsberatung durch einen medizinischen Experten, der eine entsprechende Qualifikation und Zulassung in dem Land besitzt, in dem die Behandlung erfolgt. Falls versichert, erstreckt sich der Versicherungsschutz ausschließlich auf diagnostizierte, erstattungsfähige Erkrankungen.
- 1.20 **Facharzt** ist ein zugelassener Arzt, der über die notwendige Zusatzqualifikation und ausreichende Fachkenntnisse über diagnostische Methoden, Behandlungen und Präventivmaßnahmen in einem speziellen Gebiet der Medizin verfügt, um in diesem medizinischen Fachgebiet zu praktizieren. Diese Leistung beinhaltet nicht die Gebühren für einen Psychiater oder Psychologen. Diese sind durch die separate Leistung „Psychiatrie und Psychologie“ abgedeckt, die in der Tariflichen Leistungszusage aufgeführt ist, falls sie versichert ist.
- 1.21 **Facharztkosten** umfassen nichtchirurgische Behandlungskosten für Behandlungen, die von einem Facharzt durchgeführt oder überwacht werden.
- 1.22 **Familiäre Vorbelastung** liegt dann vor, wenn bei einem Elternteil, einem Großelternteil, einem Bruder, einer Schwester, einem Kind, einer Tante oder einem Onkel die betreffende Erkrankung bereits diagnostiziert wurde.
- 1.23 **Geburtsnachsorge** ist die medizinische Standardversorgung der Mutter, die bis zu sechs Wochen nach der Entbindung erbracht wird.
- 1.24 Zur **Geburtsvorsorge** gehören die während einer Schwangerschaft erforderlichen allgemeinen Vor- und Nachsorgeuntersuchungen. Bei Frauen ab 35 Jahren gehören zur Geburtsvorsorge auch Triple-/Bart's-, Quadruple- und Spina-Bifida-Tests, Amniozentesen und DNA-Analysen, wenn diese im direkten Zusammenhang mit einer leistungsberechtigten Fruchtwasseruntersuchung durchgeführt werden.
- 1.25 Der **Gruppenversicherungsverantwortliche** ist der ernannte Vertreter des Unternehmens, der als Hauptansprechpartner zwischen dem Unternehmen und uns bei allen Fragen im Zusammenhang mit der Gruppentarifverwaltung fungiert, wie Anmeldung, Einzug von Beiträgen und Verlängerung.
- 1.26 **Häusliche Pflege oder Aufenthalt in einem Genesungsheim** ist Krankenpflege, die sich unmittelbar an eine tarifgemäße stationäre oder teilstationäre Behandlung anschließt oder diese ersetzt. Wir erstatten nur die in der Tariflichen Leistungszusage aufgeführten Leistungen, wenn der behandelnde Arzt (mit Zustimmung unseres medizinischen Verantwortlichen) entscheidet, dass der Aufenthalt in einem Genesungsheim oder die häusliche Pflege medizinisch notwendig ist. Für Aufenthalte in Kureinrichtungen, Kurzentren oder Sanatorien sowie im Hinblick auf palliativmedizinische Betreuung und Langzeitpflege (siehe Definitionen 51 und 38) wird kein Versicherungsschutz gewährt.
- 1.27 **Hebammenkosten** beziehen sich auf die durch Hebammen oder Geburtshelfer entstandenen Kosten. Die Hebammen und Geburtshelfer müssen gemäß den Gesetzen des Landes, in dem die Behandlung stattfindet, die erforderliche Ausbildung absolviert und die jeweiligen staatlichen Prüfungen bestanden haben.
- 1.28 **Heimatland** ist das Land, für das die versicherte Person über einen gültigen Pass verfügt oder in dem die versicherte Person ihren Hauptwohnsitz hat.
- 1.29 **Impfungen** sind alle Grundimmunisierungen und Auffrischimpfungen, die gemäß den Vorschriften des Landes, in dem die Behandlung vorgenommen wird, erforderlich sind, sowie medizinisch notwendige Reiseimpfungen und Malaria prophylaxe. Die Kosten des Arztbesuchs zur Verabreichung des Impfstoffes sowie die Kosten für den Impfstoff werden erstattet.

- 1.30 **Kieferorthopädie** ist der Einsatz von Hilfsmitteln zur Korrektur von Fehlstellungen und Wiederherstellung der richtigen Ausrichtung und Funktion der Zähne. Im Versicherungsschutz enthalten sind nur kieferorthopädische Behandlungen, bei denen Standard-Zahnspangen aus Metall und/oder herausnehmbare Standard-Apparate eingesetzt werden. Kosten für kosmetische Behandlungsgeräte wie Lingualspangen und unsichtbare Aligners sind bis zu der Höhe der Kosten von Zahnspangen aus Metall gemäß des maximalen Erstattungsbetrags für „Kieferorthopädie und Zahnersatz“ versichert.
- 1.31 **Komplikationen bei der Entbindung** beziehen sich lediglich auf folgende Umstände, die während der Entbindung entstehen können und die ein anerkanntes geburtshilfliches Verfahren erfordern: Nachgeburtliche Blutungen und Plazentarückstände. Wenn der Versicherungsschutz die Leistung „Reguläre Schwangerschaft“ einschließt, wird auch ein medizinisch notwendiger Kaiserschnitt als Komplikation betrachtet.
- 1.32 **Komplikationen während der Schwangerschaft** beziehen sich auf die Gesundheit der Mutter. Versicherungsschutz besteht lediglich für die folgenden Komplikationen, die in der vorgeburtlichen Phase auftreten können: Ektopische Schwangerschaft, Schwangerschaftsdiabetes, Präeklampsie, Fehlgeburt, drohende Fehlgeburt, Totgeburt und Blasenmole.
- 1.33 **Kosten der Unterbringung im Krankenhaus für einen Elternteil, der ein versichertes Kind begleitet**, sind Kosten für die Unterbringung eines Elternteils über die Dauer des Krankenhausaufenthalts eines versicherten Kindes im Rahmen einer versicherten Behandlung. Wenn kein angemessenes Bett im Krankenhaus zur Verfügung steht, übernehmen wir die Kosten für ein entsprechendes Hotelzimmer in einem Drei-Sterne-Hotel. Sonstige Ausgaben, wie beispielsweise für Mahlzeiten, Telefonate, Zeitungen usw., werden nicht erstattet. Bitte entnehmen Sie Ihrer Tariflichen Leistungsversprechen, ob eine Altersbegrenzung für Ihr Kind besteht.
- 1.34 **Kosten für eine Begleitperson im Falle einer/s medizinischen Überführung/Rücktransports** sind die Kosten, die für eine Person anfallen, die eine Überführung / einen Rücktransport begleitet. Wenn es nicht möglich ist, dass die Begleitperson dasselbe Transportmittel benutzt, wird ein Ticket in der Economy-Klasse bezahlt. Nach Behandlungsende erstatten wir auch die Kosten für den Rückflug in der Economy-Klasse, damit die Begleitperson in das Land zurückkehren kann, von wo aus die Überführung/der Rücktransport stattfand. Kosten für Hotelübernachtungen sowie andere zugehörige Kosten werden nicht vom Versicherungsschutz umfasst.
- 1.35 Ein **Krankenhaus** ist eine Einrichtung, in der ein Patient unter ständiger Beobachtung eines Arztes steht, und die in dem Land, in dem sie betrieben wird, als medizinische oder chirurgische Klinik zugelassen ist. Folgende Einrichtungen werden nicht als Krankenhaus betrachtet: Erholungs- und Pflegeheime, Kureinrichtungen, Kurzentren und Sanatorien.
- 1.36 **Krankenhaustagegeld** wird bezahlt, wenn die Behandlung und Unterbringung aufgrund einer Erkrankung, die normalerweise im Rahmen des Versicherungstarifs abgedeckt wäre, in einem Krankenhaus in Anspruch genommen werden, das keine Gebühren berechnet. Der Versicherungsschutz ist auf den in der Tariflichen Leistungsversprechen angegebenen Betrag beschränkt und wird nach Entlassung aus dem Krankenhaus bezahlt.
- 1.37 Das **Land des Hauptwohnsitzes** ist das Land, in dem Sie und Ihre Angehörigen (falls zutreffend) mehr als sechs Monate des Jahres leben.
- 1.38 **Langzeitpflege** ist Pflege nach vollständiger Beendigung der akuten Behandlung über einen längeren Zeitraum hinweg. Gewöhnlich handelt es sich dabei um eine chronische Krankheit oder Behinderung, die regelmäßige, sporadische oder kontinuierliche Pflege erfordert. Langzeitpflege kann zu Hause, in der Gemeinde, in einem Krankenhaus oder einem Pflegeheim erteilt werden.
- 1.39 **Lokaler Krankentransport** ist ein Krankentransport im Notfall oder aus medizinischer Notwendigkeit in die nächstgelegene oder nächste zugelassene medizinische Einrichtung.

1.40 **Medizinische Notwendigkeit** umfasst medizinische Behandlung, Leistungen oder Versorgungen, die als medizinisch notwendig und angemessen erachtet werden, wenn:

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

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

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

Wenn aus medizinischen Gründen nach Beendigung der **stationären Behandlung** und der Entlassung aus dem Krankenhaus die versicherte Person nicht überführt oder transportiert werden kann, übernehmen wir die angemessenen Kosten für ein Hotelzimmer mit privatem Bad bis zu maximal sieben Tagen. Die Unterkunftskosten in einer Hotelsuite oder einem Vier- oder Fünf-Sterne-Hotel sowie die Hotelkosten für eine Begleitperson werden nicht erstattet.

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

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

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

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

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

- 1.43 **Neugeborenenpflege** schließt die üblichen Untersuchungen ein, die notwendig sind, um die Grundfunktionen und Integrität der Organe bzw. der Knochenstruktur des Kindes festzustellen. Diese wesentlichen Untersuchungen erfolgen direkt nach der Geburt. Weitere vorbeugende diagnostische Untersuchungen wie Abstriche, Feststellung der Blutgruppe und Hörtests sind nicht versichert. Jede weitere medizinisch notwendige Untersuchung oder Behandlung ist im Rahmen der Versicherungspolice des Neugeborenen versichert. Die stationäre Behandlung für Mehrlingsgeburten infolge medizinisch assistierter Fortpflanzung ist auf £24.900/€30.000/US\$40.500/CHF39.000 pro Kind für die ersten drei Monate nach der Geburt beschränkt. Ambulante Behandlungen werden innerhalb der Grenzen eines entsprechenden Ambulanttarifs erstattet.
- 1.44 **Nicht verordnete Physiotherapie** bezieht sich auf eine Behandlung durch einen eingetragenen Physiotherapeuten, ohne vorherige Überweisung durch einen Allgemeinmediziner. Falls versichert, erstreckt sich der Versicherungsschutz auf die in der Tariflichen Leistungszusage angegebene Anzahl von Sitzungen. Für zusätzliche Sitzungen besteht nur dann Versicherungsschutz, wenn sie verordnet werden. Die Erstattung erfolgt dann im Rahmen der Leistung „Verordnete Physiotherapie“. Physiotherapie (entweder verschrieben oder als Kombination aus nicht verschriebenen und verschriebenen Behandlungen) ist zunächst auf zwölf Sitzungen pro erstellte Diagnose begrenzt. Danach muss der Allgemeinmediziner, der die Überweisung veranlasst hat, die Behandlung überprüfen. Sollten weitere Sitzungen notwendig sein, muss uns ein Behandlungsbericht vorgelegt werden, in dem die medizinische Notwendigkeit einer Weiterbehandlung dargelegt wird. Physiotherapie umfasst keine Therapien wie Rolfing, Massage, Pilates, Fango- und Milta-Therapie.
- 1.45 **Notfall** ist der Ausbruch einer plötzlichen und unvorhergesehenen Erkrankung, die einer dringenden medizinischen Behandlung bedarf. Nur Behandlungen, die innerhalb von 24 Stunden nach Eintritt des Notfallereignisses beginnen, sind versichert.
- 1.46 **Notfallbehandlung außerhalb des Geltungsbereichs der Versicherung** ist die Behandlung medizinischer Notfälle auf Geschäfts – oder Urlaubsreisen außerhalb Ihres versicherten geografischen Geltungsbereichs. Versicherungsschutz wird für einen Zeitraum von maximal sechs Wochen pro Reise im Rahmen des maximalen Erstattungsbetrags gewährt. Der Versicherungsschutz umfasst die Behandlung nach einem Unfall, nach einem plötzlichen Auftreten oder einer plötzlichen Verschlimmerung einer schweren Erkrankung, die eine unmittelbare Gesundheitsbedrohung darstellt. Die Behandlung durch einen Arzt, eine medizinische Fachkraft oder einen Facharzt muss innerhalb von 24 Stunden nach Eintreten des Notfalls beginnen. Heil- oder Folgebehandlungen, bei denen es sich nicht um einen Notfall handelt, sind nicht versichert, selbst dann nicht, wenn Sie nicht in der Lage sind, in ein Land innerhalb Ihres versicherten geografischen Geltungsbereichs zu reisen. Kosten in Verbindung mit Mutterschaft, Schwangerschaft, Entbindung oder jeglichen Komplikationen bei Schwangerschaft oder Entbindung sind von dieser Leistung ebenso ausgeschlossen. Wenn Sie Ihren versicherten Geltungsbereich für mehr als sechs Wochen verlassen, sollten Sie sich mit dem Verantwortlichen für die Gruppenversicherung in Ihrem Unternehmen in Verbindung setzen.
- 1.47 **Okulomotortherapie** ist eine spezifische Art der Beschäftigungstherapie in Fällen von mangelnder Koordination der Augenmuskeln mit dem Ziel, die Augenbewegung zu synchronisieren.

- 1.48 **Onkologie** umfasst alle Facharztgebühren, Kosten für diagnostische Tests, Strahlentherapie, Chemotherapie und Krankenhausgebühren, die in Verbindung mit der Planung und Durchführung einer Krebsbehandlung entstehen, sobald die entsprechende Diagnose gestellt wurde. Der Versicherungsschutz umfasst außerdem die Kosten einer Perücke im Fall von Haarausfall als Folge einer Krebsbehandlung.
- 1.49 **Organtransplantation** bezeichnet die chirurgischen Maßnahmen zur Übertragung eines Organ- und/oder Gewebetransplantats: Herz, Herz/Herzklappen, Herz/Lunge, Leber, Bauchspeicheldrüse, Bauchspeicheldrüse/ Niere, Niere, Knochenmark, Nebenschilddrüse, Muskel/Skelett und Augenhornhaut. Kosten, die durch den Erwerb der Organe oder Gewebe entstehen, werden nicht erstattet.
- 1.50 **Orthomolekulare Behandlung** ist eine Behandlung, mit der die optimale ökologische Umgebung für Körperzellen wiederhergestellt werden soll, indem Mängel auf molekularer Ebene auf Grundlage der individuellen Biochemie korrigiert werden. Dabei werden natürliche Substanzen wie Vitamine, Mineralstoffe, Enzyme, Hormone usw. verwendet.
- 1.51 **Palliativmedizinische Betreuung** bezeichnet eine laufende Behandlung, die auf die Linderung des körperlichen/seelischen Leidens bei fortschreitenden, unheilbaren Erkrankungen und auf die Erhaltung der Lebensqualität abzielt. Diese Behandlung kann stationär, teilstationär oder ambulant erfolgen, nachdem diagnostiziert wurde, dass sich ein Patient im Endstadium befindet und eine Heilung durch die Behandlung nicht mehr zu erwarten ist. Wir erstatten außerdem Kosten für körperliche Pflege, psychologische Behandlungen, den Aufenthalt in einem Krankenhaus oder einem Hospiz sowie verschreibungspflichtige Arzneimittel.
- 1.52 **Psychiatrie und Psychotherapie** ist die Behandlung von geistigen Störungen durch einen Psychiater oder klinischen Psychologen. Die Erkrankung muss klinisch signifikant sein und darf nicht durch einen Todesfall, Beziehungs- oder akademische Probleme, Probleme bei der Akkulturation oder Arbeitsbelastung hervorgerufen worden sein. Jegliche stationäre oder teilstationäre Aufnahme muss die verschriebenen Medikamente für diese Erkrankung beinhalten. Psychotherapeutische Behandlung auf stationärer oder ambulanter Basis ist nur versichert, wenn Sie oder Ihre Familienangehörigen von einem registrierten Psychiater untersucht und für weitere Behandlungen zu einem registrierten Psychologen überwiesen wurden. Darüber hinaus ist eine ambulante psychotherapeutische Behandlung (falls versichert) zunächst auf zehn Sitzungen pro erstellte Diagnose begrenzt. Danach muss der überweisende Psychiater den Erfolg der Behandlung überprüfen. Sollten weitere Sitzungen notwendig sein, muss uns ein Behandlungsbericht vorgelegt werden, in dem die medizinische Notwendigkeit einer Weiterbehandlung dargelegt wird.
- 1.53 **Reguläre Schwangerschaft** umfasst alle medizinisch notwendigen Kosten, die während der Schwangerschaft und der Entbindung entstehen, einschließlich der Krankenhauskosten, Facharztkosten, Kosten für die Geburtsvorsorge und die Geburtsnachsorge der Mutter, Kosten für die Hebamme (beschränkt auf die Zeit der Wehen) sowie die Neugeborenenpflege. Kosten, die im Zusammenhang mit Komplikationen während der Schwangerschaft oder der Entbindung entstehen, werden nicht im Rahmen der Leistung „Reguläre Schwangerschaft“ erstattet. Darüber hinaus werden die Kosten aller medizinisch nicht notwendigen Kaiserschnitte bis zu den Kosten einer regulären Entbindung im selben Krankenhaus erstattet, sofern ein etwaiger maximaler Erstattungsbetrag nicht überschritten wird. Wenn Ihr Tarif eine Hausentbindung umfasst, wird im Falle einer Hausentbindung ein Pauschalbetrag bis zu dem in der Tariflichen Leistungszusage angegebenen Betrag ausbezahlt.
- 1.54 **Rehabilitation** ist eine Kombination aus Physio-, Beschäftigungs- und Sprachtherapie zur Wiederherstellung der normalen Form und/oder Funktion nach einer akuten Erkrankung oder Verletzung. Rehabilitationsmaßnahmen sind nur dann erstattungsfähig, wenn die Behandlung innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung aus der medizinischen Einrichtung aufgrund einer akuten medizinischen und/oder chirurgischen Behandlung beginnt und wenn die Behandlung in einer anerkannten Rehabilitationseinrichtung stattfindet.
- 1.55 **Reisekosten für Versicherte, die ein in Lebensgefahr schwebendes oder ein verstorbene Familienmitglied begleiten** umfassen angemessene Reisekosten (bis zu dem in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegebenen Betrag), die anfallen wenn versicherte Familienmitglieder zu dem Aufenthaltsort von Verwandten ersten Grades, die in Lebensgefahr schweben oder verstorben sind, reisen. Als Verwandte ersten Grades gelten Ehepartner, Eltern, Geschwister und Kinder, einschließlich

Adoptiv-, Pflege- und Stiefkinder. Erstattungsformularen müssen eine Sterbeurkunde oder eine ärztliche Bescheinigung, in der die Gründe für die Reise angegeben sind, und eine Kopie der Flugtickets beigelegt werden. Die Leistung kann nur einmal pro Versicherungspolice geltend gemacht werden. Kosten für Hotelübernachtungen sowie andere zugehörige Kosten werden nicht vom Versicherungsschutz umfasst.

- 1.56 **Reisekosten für versicherte Familienangehörige im Falle einer Überführung / eines Rücktransports** umfassen angemessene Reisekosten für alle versicherten Familienangehörigen der überführten oder rücktransportierten Person, einschließlich minderjähriger Angehöriger, die sonst unbeaufsichtigt wären. Sollte es nicht möglich sein, dass die Begleitperson dasselbe Transportmittel benutzt, wird ein Hin- und Rückflugticket in der Economy-Klasse zur Verfügung gestellt. Im Falle des Rücktransports eines Versicherten werden die angemessenen Transport – und Reisekosten für versicherte Familienangehörige nur übernommen, wenn die relevante Leistung für den Rücktransport im Versicherungsschutz enthalten ist. Kosten für Hotelübernachtungen sowie andere zugehörige Kosten werden nicht vom Versicherungsschutz umfasst.
- 1.57 **Reisekosten für versicherte Familienangehörige im Falle einer Überführung der sterblichen Überreste** umfassen angemessene Reisekosten für alle versicherten Familienmitglieder, die zusammen mit dem verstorbenen Versicherten im Ausland gewohnt haben und in das Heimatland/das gewählte Land der Bestattung des Verstorbenen reisen. Der Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf eine Hotelunterkunft oder ähnliche Kosten.
- 1.58 **Rücktransport im Todesfall** ist der Transport der sterblichen Überreste des Versicherten vom Aufenthalts- in das Bestattungsland. Versichert sind unter anderem die Einbalsamierung, ein den gesetzlichen Anforderungen entsprechender Transportbehälter, die Überführungskosten und die Kosten für die erforderlichen behördlichen Bewilligungen. Kosten für eine Einäscherung werden nur erstattet, wenn diese aus gesetzlichen Gründen notwendig ist. Die Kosten für Begleitpersonen werden nur erstattet, wenn dies als spezifische Leistung in Ihrer Tariflichen Leistungszusage aufgeführt ist.
- 1.59 **Schwangerschaft** ist der Zeitraum von der ersten Diagnose bis zur Entbindung.
- 1.60 **Selbstbeteiligung** ist der Kostenanteil, der von Ihnen zu zahlen ist und der von der erstattungsfähigen Summe abgezogen werden muss. Falls eine Selbstbeteiligung anfällt, gilt diese pro Person und pro Versicherungsjahr (soweit nicht anderweitig in der Tariflichen Leistungszusage angegeben). Selbstbeteiligungen können für den Haupt-, Ambulant-, Zahn- oder Rücktransporttarif oder auch für eine Kombination dieser Tarife gelten.
- 1.61 **Sie/Ihr** bezeichnet den im Versicherungsschein genannten versicherten Mitarbeiter.
- 1.62 **Sprachtherapie** bezieht sich auf Maßnahmen durch einen qualifizierten Sprachtherapeuten zur Behandlung von physischen Beeinträchtigungen, einschließlich (jedoch nicht darauf beschränkt) nasaler Obstruktion, neurogener Defekte (z. B. Zungenlähmung, Gehirnschäden) und Artikulationsstörungen, welche die Mundstruktur beeinflussen (z. B. Gaumenmissbildung).
- 1.63 **Stationäre Behandlung** umfasst Behandlungen in einem Krankenhaus, die eine Übernachtung aus medizinischer Sicht erfordern.
- 1.64 **Stationäre zahnärztliche Notfallbehandlung** beinhaltet eine zahnärztliche Notfallbehandlung aufgrund eines schweren Unfalls, der einen Krankenhausaufenthalt erforderlich macht. Die Behandlung muss innerhalb von 24 Stunden nach Eintritt des Notfalls erfolgen. Beachten Sie bitte, dass sich dieser Versicherungsschutz nicht auf anschließend erforderliche Zahnbehandlungen, Zahnchirurgie, Zahnersatz, Kieferorthopädie oder zahnärztliche Parodontalbehandlung erstreckt. Sind diese genannten Leistungen versichert, so werden diese separat in der Tariflichen Leistungszusage aufgeführt.
- 1.65 **Teilstationäre Behandlung** ist eine geplante Behandlung, die tagsüber in einem Krankenhaus oder einer Tagesklinik stattfindet. Sie schließt die Bereitstellung eines Krankenzimmers und der notwendigen Krankenpflege, bei der eine Übernachtung des Patienten aus medizinischen Gründen nicht notwendig ist und bei der ein Entlassungsschein ausgestellt wird, mit ein.

- 1.66 Ein **Therapeut** ist ein Chiropraktiker, Osteopath, Arzt der traditionellen chinesischen Medizin, Homöopath, Akupunkteur, Physiotherapeut, Sprachtherapeut, Beschäftigungstherapeut oder Okulomotorthérapeut, der die notwendige Qualifikation und eine gesetzliche Zulassung des Landes hat, in dem die Behandlung durchgeführt wird.
- 1.67 **Todesfallleistung bei Unfällen** bezeichnet eine Leistung bzw. einen Betrag, der in der Tariflichen Leistungszusage aufgeführt ist und ausgezahlt wird, falls eine versicherte Person (im Alter von 18 bis 70 Jahren) während der Versicherungsdauer infolge eines Unfalls (oder eines Arbeitsunfalls) verstirbt.
- 1.68 **Übergewicht** wird diagnostiziert, wenn der Körpermasseindex (KMI) einer Person über 30 liegt (ein KMI-Rechner steht auf unserer Website zur Verfügung: [www.allianzworldwidecare.com](http://www.allianzworldwidecare.com)).
- 1.69 Unter **Unterbringung im Krankenhaus** wird die Standardunterbringung im einem Ein-, Zwei- oder Mehrbettzimmer verstanden, wie in der Tariflichen Leistungszusage vereinbart. Zimmer mit besonderem Komfort (Deluxe- und Executive-Zimmer sowie Suites) sind durch diese Versicherung nicht abgedeckt. Bitte beachten Sie, dass die Leistung „Krankenhausaufenthalt“ nur dann gilt, wenn keine andere stationäre Leistung innerhalb Ihres Tarifs die benötigte Behandlung abdeckt. In letzterem Fall werden die Kosten für einen Krankenhausaufenthalt im Rahmen der jeweiligen spezifischeren stationären Leistung erstattet. Psychiatrie und Psychotherapie, Organtransplantation, Onkologie, reguläre Schwangerschaft, palliativmedizinische Betreuung und Langzeitpflege sind Beispiele für stationäre Leistungen, die – falls in Ihrem Tarif inbegriffen – die Kosten für einen Krankenhausaufenthalt bis zu dem angegebenen maximalen Erstattungsbetrag beinhalten.
- 1.70 Ein **Unfall** ist ein plötzliches, unerwartetes Ereignis, das eine Verletzung verursacht und aufgrund von außen auf die versicherte Person einwirkenden Ursachen auftritt. Ursache und Symptome einer unfallbedingten Verletzung müssen medizinisch und objektiv definierbar sein, eine Diagnose ermöglichen und eine Behandlung erfordern.
- 1.71 **Das Unternehmen** ist Ihr Arbeitgeber, dessen Name in der Unternehmensvereinbarung genannt ist.
- 1.72 **Die Unternehmensvereinbarung** ist der Vertrag zwischen Ihrem Arbeitgeber und uns, der die Grundlage für Ihre Versicherung und die Versicherung Ihrer Familienangehörigen bildet. Die Vereinbarung regelt, wer versicherbar ist, wann der Versicherungsschutz beginnt, wie er erneuert wird und wie die Beiträge bezahlt werden.
- 1.73 **Verordnete Physiotherapie** umfasst Behandlungen durch einen zugelassenen Physiotherapeuten nach Überweisung durch einen Allgemeinmediziner. Die Physiotherapie ist zunächst auf 12 Sitzungen pro erstellte Diagnose begrenzt. Danach muss der Allgemeinmediziner, der die Überweisung veranlasst hat, die Behandlung überprüfen. Sollten weitere Sitzungen notwendig sein, muss uns nach jeweils 12 Sitzungen ein neuer Behandlungsbericht vorgelegt werden, in dem die medizinische Notwendigkeit einer Weiterbehandlung dargelegt wird. Physiotherapie umfasst keine Therapien wie Rolfing, Massage, Pilates, Fango- und Milta-Therapie.
- 1.74 **Verschreibungspflichtige Arzneimittel** umfassen Produkte, einschließlich Insulin, Subkutannadeln oder Spritzen, die von einem Arzt für die Behandlung einer bestätigten Diagnose, einer vorliegenden Krankheit oder als Ersatz für lebenswichtige Körpersubstanzen verschrieben werden. Die verschreibungspflichtigen Arzneimittel müssen auf ihre klinische Wirksamkeit in Bezug auf die Erkrankung getestet und von der zuständigen Aufsichtsbehörde des jeweiligen Landes zugelassen sein.
- 1.75 **Verschreibungspflichtige Arzneimittel zur Zahnbehandlung** sind Medikamente, die von einem Zahnarzt zur Behandlung einer Entzündung oder Infektion im Zusammenhang mit Zähnen verschrieben werden. Die verschreibungspflichtigen Arzneimittel müssen auf ihre Wirksamkeit in Bezug auf die Erkrankung getestet und von der zuständigen Aufsichtsbehörde des jeweiligen Landes zugelassen sein. Dies bezieht sich nicht auf Mundspülungen, Fluoridprodukte, antiseptische Gele und Zahncremes.

- 1.76 **Verschriebene Arzneimittel** umfassen Produkte, einschließlich Insulin, Subkutannadeln oder Spritzen, die von einem Arzt für die Behandlung einer bestätigten Diagnose, einer vorliegenden Krankheit oder als Ersatz für lebenswichtige Körpersubstanzen verschrieben werden. Die verschriebenen Arzneimittel müssen auf ihre klinische Wirksamkeit in Bezug auf die zu behandelnde Krankheit getestet und von der zuständigen Aufsichtsbehörde des jeweiligen Landes zugelassen sein. Verschriebene Arzneimittel können generell auch ohne ärztliches Rezept in dem jeweiligen Land gekauft werden, für eine Erstattung der Kosten wird jedoch ein Rezept benötigt.
- 1.77 **Verschriebene Brillen und Kontaktlinsen, einschließlich Augenuntersuchungen**, umfassen den Versicherungsschutz für eine Augenuntersuchung pro Versicherungsjahr durch einen Augenoptiker oder Augenarzt sowie den Versicherungsschutz für Kontaktlinsen oder Brillen zur Korrektur der Sehfähigkeit.
- 1.78 **Verschriebene medizinische Hilfsmittel** sind verschriebene, medizinisch notwendige Gerätschaften, die den Versicherten in seinen körperlichen Funktionen im Alltag so weit wie möglich unterstützen. Dazu gehören:
- Biochemische Hilfsmittel wie Insulinpumpen, Blutzuckermessgeräte und Geräte für die Peritonealdialyse
  - Bewegungshilfen wie Krücken oder Rollstühle, orthopädische Geh- und Stützapparate, künstliche Gliedmaßen und Prothesen.
  - Hör- und Sprechapparate wie ein elektronischer Kehlkopf.
  - Kompressionsstrümpfe.
  - Hilfsmittel zur langfristigen Wundversorgung wie Verbände und Stoma-Verbrauchsmaterial.
- Kosten für medizinische Hilfsmittel, die bei der palliativmedizinischen Betreuung oder Langzeitpflege (siehe Definitionen 1.51 und 1.38) verwendet werden, werden nicht übernommen.
- 1.79 **Versicherte Person** sind Sie und Ihre Familienangehörigen, wie im Versicherungsschein aufgeführt.
- 1.80 Das erste **Versicherungsjahr** beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn und endet mit Ablauf der Unternehmensvereinbarung. Das nächste Versicherungsjahr fällt mit dem in der Unternehmensvereinbarung festgelegten Vertragsjahr zusammen.
- 1.81 **Der Versicherungsschein** ist ein Dokument, das die Details Ihres Versicherungsschutzes angibt und von uns ausgestellt wird. Es bestätigt, dass zwischen Ihrem Unternehmen und uns eine Versicherungsbeziehung besteht.
- 1.82 **Vorbeugende Behandlungen** sind Behandlungen, die durchgeführt werden, ohne dass zum Behandlungszeitpunkt klinische Symptome vorliegen. Ein Beispiel für eine vorbeugende Behandlung ist die Entfernung von Gewebe im Krebsvorstadium (z. B. Leberfleck).
- 1.83 **Vorerkrankungen** sind Krankheiten oder körperliche Gebrechen, für die im Laufe Ihres Lebens ein oder mehrere Symptome aufgetreten sind, unabhängig davon, ob Sie eine medizinische Behandlung oder einen ärztlichen Rat erhalten haben. Eine derartige Vorerkrankung bzw. damit verbundene Erkrankung, von der nach angemessenen Maßstäben angenommen werden kann, dass Sie oder Ihre Angehörigen davon Kenntnis hätten haben müssen, wird als Vorerkrankung betrachtet. Ferner werden Erkrankungen, die zwischen dem Ausfüllen des relevanten Antragsformulars und dem Inkrafttreten Ihrer Police auftreten, ebenfalls als Vorerkrankungen betrachtet. Entsprechende Vorerkrankungen unterliegen einer medizinischen Risikoprüfung und werden nicht mitversichert, sollten sie nicht angegeben worden sein. Bitte entnehmen Sie den „Anmerkungen“ Ihrer Tariflichen Leistungszusage, ob Vorerkrankungen versichert sind.
- 1.84 **Vorsorgeuntersuchungen, einschließlich Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten**, sind Untersuchungen und Tests, die im angemessenen Alter und ohne das Vorhandensein von akuten Beschwerden durchgeführt werden. Untersuchungen sind beschränkt auf:
- Ärztliche Untersuchungen
  - Blutuntersuchungen (vollständiges Blutbild, Biochemie, Fettspiegel, Schilddrüsenfunktionstest, Leberfunktionstest, Nierenfunktionstest)
  - Herz-Kreislauf-Untersuchungen (ärztliche Untersuchungen, EKG, Blutdruck)

- neurologische Untersuchungen (ärztliche Untersuchungen)
- Krebsvorsorgeuntersuchungen:
  - jährlicher Pap-Abstrich
  - Mammografie (alle zwei Jahre für Frauen ab 45 Jahren oder jünger bei familiärer Vorbelastung)
  - Prostata-Untersuchungen (jährlich für Männer ab 50 Jahren oder jünger bei familiärer Vorbelastung)
  - Darmspiegelung (alle fünf Jahre für Versicherte ab 50 Jahren oder ab 40 Jahren bei familiärer Vorbelastung)
  - jährlicher Test auf verstecktes Blut im Stuhl
- Knochendichtemessung (alle fünf Jahre für Frauen ab 50 Jahren)
- Kindervorsorgeuntersuchungen (für Kinder bis zu einem Alter von 6 Jahren, maximal 15 Untersuchungen pro Kind auf Lebenszeit)
- BRCA1 und BRCA2-Genests (bei direkter familiärer Vorbelastung und wenn im Rahmen Ihrer Tariflichen Leistungszusage versichert)

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

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

1.87 **Zahn- und kieferchirurgische Maßnahmen** beziehen sich auf chirurgische Maßnahmen, die in einem Krankenhaus von einem Zahn- oder Kieferchirurg zur Behandlung von Erkrankungen im Mundbereich, Kiefergelenkerkrankungen, Frakturen der Gesichtsknochen, angeborener Kieferfehlbildungen, Speicheldrüsenerkrankungen und Tumoren durchgeführt werden. Bitte beachten Sie, dass die operative Entfernung retinierter Zähne und orthognatisch-chirurgische Korrekturen von Fehlstellungen, selbst wenn sie von einem Mund- oder Kieferchirurgen ausgeführt werden, nicht versichert sind, wenn kein Zahntarif gewählt wurde.

1.88 **Zahnbehandlungen** umfassen eine jährliche Vorsorgeuntersuchung, einfache Füllungen aufgrund von Löchern oder Karies, Wurzelkanalbehandlungen sowie verschreibungspflichtige Medikamente.

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

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



# Ausschlüsse

Mit unseren Produkten bieten wir umfassenden Versicherungsschutz für medizinisch notwendige Behandlungen. Folgende Erkrankungen, Behandlungen und Verfahren sind jedoch von einer Kostenerstattung ausgeschlossen, falls nicht in der Tariflichen Leistungszusage oder in einem schriftlichen Vertragsnachtrag ausdrücklich anerkannt.

1. Jede Art von **Behandlung** oder **Arzneimitteltherapie**, die sich aus unserer Sicht als **experimentell** oder **unbewiesen** darstellt, da sie nicht der allgemein akzeptierten medizinischen Praxis entspricht.
2. Jegliche Behandlung durch einen **Plastischen Chirurgen**, sei es aus medizinischen oder psychologischen Gründen. Dies umfasst jegliche kosmetische oder ästhetische Behandlung zur Verbesserung des Aussehens, selbst wenn medizinisch verschrieben. Die einzige Ausnahme stellen Operationen zur Wiederherstellung der Funktion oder der äußeren Erscheinung nach einem entstellenden Unfall oder im Rahmen einer chirurgischen Behandlung im Zusammenhang mit einer Krebserkrankung dar, vorausgesetzt, der Unfall oder die chirurgische Behandlung erfolgen während Ihrer Versicherungszeit.
3. Pflege und/oder Behandlungen infolge von **Drogenabhängigkeit oder Alkoholismus** (inklusive Entzugsprogrammen wie z. B. Behandlungen zur Raucherentwöhnung), sowie Todesfälle oder Behandlung von Erkrankungen, die nach unserer angemessenen Beurteilung eine Folge des Missbrauchs von Alkohol oder Drogen sind (z. B. Organversagen oder Demenz).
4. Pflege und/oder Behandlungen von **absichtlich herbeigeführten Krankheiten** und selbst **verursachten Verletzungen**, einschließlich eines Suizidversuchs.
5. **Ergänzende Behandlung**, mit Ausnahme der Behandlungen, die in der Tariflichen Leistungszusage aufgeführt sind.
6. Von Ihnen, Ihrem Ehepartner, Ihren Eltern oder Kindern **erhaltene ärztliche Beratung, verschriebene Medikamente oder Behandlungen**.
7. Kosten für einen **Familietherapeuten oder -berater** für ambulante psychotherapeutische Behandlung.
8. **Zahnveneers** und die damit verbundenen Maßnahmen.
9. **Entwicklungsstörungen**, es sei denn, ein Kind hat den seinem Alter entsprechenden Entwicklungsstand im Hinblick auf seine kognitive oder physische Entwicklung nicht erlangt.

Behandlungskosten für ein leichtes oder vorübergehendes Zurückbleiben in der Entwicklung werden nicht erstattet. Die Entwicklungsstörung muss durch qualifiziertes Personal quantitativ gemessen und als 12-monatige Verzögerung der kognitiven und/oder physischen Entwicklung dokumentiert werden.

10. Kosten für die **Beschaffung eines Organs** bei einer Transplantation, wie z. B. Kosten für die Spendersuche, die Typisierung, die Organentnahme, den Transport und die Verwaltung.
11. Kosten für **Komplikationen, die direkt durch eine Krankheit, Verletzung oder Behandlung entstanden sind**, für die Ihr Versicherungsschutz begrenzt ist oder die Ihr Versicherungsschutz ganz ausschließt.
12. **Genetische Tests**, mit Ausnahme von a) spezifischen genetischen Tests, die in Ihrem Tarif versichert sind; b) DNA-Tests im direkten Zusammenhang mit einer versicherten Fruchtwasseruntersuchung, z. B. bei Frauen ab 35 Jahren; c) genetische Tests zur Erkennung von Tumorzepatoren; diese sind versichert.
13. **Hausbesuche**, es sei denn, diese sind nach einem plötzlichen Ausbruch einer akuten Krankheit notwendig, weil es für die versicherte Person unmöglich ist, einen Allgemeinmediziner, Arzt oder Therapeuten aufzusuchen.
14. **Behandlungen bei Unfruchtbarkeit**, einschließlich medizinisch assistierter Fortpflanzung oder etwaiger negativer Folgen, es sei denn, Ihr Versicherungsschutz schließt die spezifisch aufgeführte Leistung „Behandlungen bei Unfruchtbarkeit“ ein oder es wurde ein Ambulanttarif ausgewählt (durch den innerhalb der maximalen Erstattungsbeträge für den Ambulanttarif nicht invasive Untersuchungen zur Feststellung der Ursache für die Unfruchtbarkeit versichert sind).
15. Untersuchungen und Behandlungen von **Haarverlust** sowie jeglicher **Haarersatz**, es sei denn, der Haarverlust ist auf eine Krebstherapie zurückzuführen.
16. Untersuchungen und Behandlungen aufgrund von **Übergewicht**.
17. Untersuchungen, Behandlungen und Folgeerscheinungen von **Sterilisierung, sexueller Dysfunktion** (es sei denn, diese Störung resultiert aus einer vollständigen Entfernung der Prostata infolge einer Krebsbehandlung) und **Verhütung**, einschließlich des Einsetzens und Entfernens jeglicher zur Verhütung gebräuchlicher Hilfsmittel, selbst wenn diese aus medizinischen Gründen verschrieben wurden. Die einzige Ausnahme sind von einem Dermatologen verschriebene Verhütungsmittel zur Behandlung von Akne.
18. Medizinische(r) Überführung/Rücktransport von einem **Schiff auf See** zu einer medizinischen Einrichtung an Land.

19. **Ärztliche Gebühren** für das **Ausfüllen des Erstattungsformulars** oder andere Verwaltungskosten.
20. **Orthomolekulare Behandlung** (siehe Definition 1.50).
21. **Vorerkrankungen** (einschließlich chronischer Vorerkrankungen), bei Gruppen, die einer medizinischen Risikoprüfung unterliegen, die auf einem Sondervereinbarungsformular angegeben wurden, das vor Inkrafttreten der Versicherung ausgestellt wurde (falls relevant), sowie Erkrankungen, die nicht im relevanten Antragsformular angegeben wurden. Ferner werden Erkrankungen, die zwischen dem Ausfüllen des relevanten Antragsformulars und dem Datum des Inkrafttretens Ihrer Police auftreten, ebenfalls als Vorerkrankungen betrachtet. Entsprechende Vorerkrankungen unterliegen einer medizinischen Risikoprüfung und werden nicht mitversichert, sollten sie nicht angegeben worden sein.
22. **Geburtsvor- und Geburtsnachbereitungskurse.**
23. Produkte, die als **Vitamine** oder **Mineralstoffe** klassifiziert sind (außer während einer Schwangerschaft oder zur Behandlung eines diagnostizierten und klinisch relevanten Vitaminmangels), sowie Nahrungsmittelergänzungsprodukte, inklusive Spezialbabynahrung und kosmetischer Produkte, auch wenn diese medizinisch anerkannt, empfohlen oder verschrieben wurden und eine therapeutische Wirkung haben. Die Kosten für eine Ernährungsberatung sind nicht versichert, außer, wenn eine diesbezügliche Leistung in Ihrer Tariflichen Leistungszusage enthalten ist.
24. **Frei verkäufliche** Arzneimittel und Produkte, es sei denn, eine diesbezügliche Leistung ist Teil Ihrer Tariflichen Leistungszusage.
25. **Operationen und Behandlungen zur Geschlechtsumwandlung.**
26. **Sprachtherapie**, die im Zusammenhang mit Entwicklungsstörungen steht, wie z. B. Legasthenie, Dyspraxie oder expressive Sprachstörungen.
27. Aufenthalte in **Kurzentren, Badezentren, Kureinrichtungen, Sanatorien** und **Erholungsheimen**, selbst wenn die Aufenthalte medizinisch verschrieben sind.
28. **Schwangerschaftsabbruch** mit Ausnahme einer für die Schwangere lebensbedrohlichen Indikation.
29. **Reisekosten** zu bzw. von medizinischen Einrichtungen (einschließlich Parkgebühren) im Zusammenhang mit versicherten medizinischen Behandlungen. Eine Ausnahme sind jedoch Kosten, die im Rahmen der Leistungen „Lokaler Krankentransport“, „Medizinische Überführung“ und „Medizinischer Rücktransport“ anfallen bzw. abgedeckt sind.

30. Behandlungen, die im direkten Zusammenhang mit einer **Leihmutterschaft** stehen, ungeachtet dessen, ob Sie Leihmutter oder zukünftiger Elternteil sind.
31. Behandlungen von Krankheiten oder Verletzungen sowie von Todesfällen, die aus einer **aktiven Teilnahme an einem Krieg, Aufruhr, zivilen Unruhen, Terrorismus, kriminellen oder anderweitigen illegalen Aktivitäten** oder **Maßnahmen gegen ausländische Feindseligkeiten** resultieren, unabhängig davon, ob ein Krieg erklärt wurde oder nicht.
32. Behandlungen von Erkrankungen oder Verletzungen, die direkt oder indirekt im Zusammenhang mit **chemischer Verunreinigung, Radioaktivität** oder **jeglichem Nuklearmaterial** stehen, einschließlich der Verbrennung von Kernbrennstoffen.
33. Nicht versichert sind Behandlungen von **Verhaltens-, Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen, Krankheiten des autistischen Formenkreises, Trotzverhalten/Autoritätsabwehr, Störungen des Sozialverhaltens, Zwangserkrankungen, Phobien, Bindungsunfähigkeit, Anpassungsstörungen, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen** sowie alle Behandlungen, die zum Zweck der Förderung sozio-emotionaler Beziehungen durchgeführt werden, wie z. B. **Familientherapie**, außer in der Tariflichen Leistungszusage angegeben.
34. **Behandlungen in den USA** werden nicht erstattet, wenn wir wissen oder vermuten, dass der Versicherte die Versicherung abgeschlossen hat, um sich in den USA aufgrund einer Krankheit behandeln zu lassen, deren Symptome bereits vor Versicherungsabschluss aufgetreten sind.
35. **Behandlung von Schlafstörungen**, einschließlich Insomnia, obstruktive Schlafapnoe, Narkolepsie, Schnarchen und Zähneknirschen.
36. Diagnostik und Therapie von **Verletzungen, die ihren Ursprung in der Ausübung von Berufssport haben**.
37. Behandlung **außerhalb des versicherten geografischen Geltungsbereichs**, außer in Notfällen oder nach entsprechender Genehmigung durch uns.
38. Behandlungen zur Änderung der **Refraktion an einem oder beiden Augen (Laseraugenkorrektur)**.
39. Behandlungen, die infolge der **Nichtbeachtung eines ärztlichen Rats oder der Nichtkonsultation eines Arztes** notwendig werden.
40. Behandlungen, die **aufgrund eines Kunstfehlers** erforderlich werden.

41. **Triple-/Bart's-, Quadruple- oder Spina-Bifida-Tests**, ausgenommen für Frauen ab 35 Jahren.
42. **Tests auf Tumormarker**, es sei denn bei Ihnen wurde der fragliche Krebs bereits früher diagnostiziert. In diesem Fall besteht Versicherungsschutz innerhalb der Leistung „Onkologie“.
43. Folgende **Behandlungen, Kosten oder Verfahren einschließlich etwaiger negativer Folgen oder zugehöriger Komplikationen**, es sei denn, sie sind in Ihrer Tariflichen Leistungszusage aufgeführt:
  - 43.1 Zahnbehandlungen, Zahnchirurgie, Zahnfleischbehandlungen, Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlungen mit Ausnahme von Zahn- und kieferchirurgische Maßnahmen, welche im Rahmen der Erstattungsbeträge Ihres Haupttarifs versichert sind.
  - 43.2 Ernährungsberaterkosten.
  - 43.3 Zahnärztliche Notfallbehandlungen.
  - 43.4 Kosten für eine Begleitperson im Falle einer/s medizinischen Überführung/ Rücktransports.
  - 43.5 Vorsorgeuntersuchungen, einschließlich Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten.
  - 43.6 Hausentbindungen.
  - 43.7 Behandlungen bei Unfruchtbarkeit.
  - 43.8 Stationäre Psychiatrie und Psychotherapie.
  - 43.9 Medizinischer Rücktransport.
  - 43.10 Organtransplantation.
  - 43.11 Ambulante Psychiatrie und Psychotherapie.
  - 43.12 Ambulante Behandlungen.
  - 43.13 Verschriebene Brillen und Kontaktlinsen, einschließlich Augenuntersuchungen.
  - 43.14 Verschriebene medizinische Hilfsmittel.
  - 43.15 Vorbeugende Behandlungen.
  - 43.16 Rehabilitationsmaßnahmen.
  - 43.17 Reguläre Schwangerschaft.
  - 43.18 Reisekosten für versicherte Familienmitglieder im Falle eines Rücktransports/einer Überführung.
  - 43.19 Reisekosten für versicherte Familienmitglieder im Falle einer Überführung der sterblichen Überreste.
  - 43.20 Reisekosten für Versicherte, die ein in Lebensgefahr schwebendes oder ein verstorbene Familienmitglied begleiten.
  - 43.21 Impfungen.

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

- 44.1 Aktive Teilnahme an einem Krieg, Aufruhr, zivilen Unruhen, Terrorismus, kriminellen oder anderweitigen illegalen Aktivitäten oder Maßnahmen gegen ausländische Feindseligkeiten, unabhängig davon, ob ein Krieg erklärt wurde oder nicht.
- 44.2 Absichtlich herbeigeführte Krankheiten und selbst verursachte Verletzungen, einschließlich eines Suizidversuchs, innerhalb eines Jahres ab Inkrafttreten der Versicherung.
- 44.3 Aktive Teilnahme an Aktivitäten, die unterirdisch oder unter Wasser stattfinden, wie beispielsweise unterirdischer Bergbau unter Tage oder Tiefseetauchen.
- 44.4 Aktivitäten, die über Wasser ausgeführt werden (z. B. auf Ölplattformen oder Bohrinseln) und Aktivitäten in der Luft, außer anderweitig in der Unternehmensvereinbarung aufgeführt.
- 44.5 Chemische oder biologische Verunreinigung, Radioaktivität oder Verunreinigung durch jegliches Nuklearmaterial, einschließlich der Verbrennung von Kernbrennstoffen.
- 44.6 Passives Kriegsrisiko:
  - Aufenthalt in einem Land, bei dem die britische Regierung ihren Staatsbürgern empfohlen hat, dieses zu verlassen (unabhängig davon, welche Nationalität der Versicherte hat), und von „sämtlichen Reisen“ in dieses Land abrät; oder
  - Reisen oder Aufenthalte, die länger als 28 Tage dauern, in einem Land oder Gebiet, bei dem die britische Regierung „von allen nicht absolut notwendigen Reisen abrät“. Der Ausschluss des passiven Kriegsrisikos gilt unabhängig davon, ob der Anspruch direkt oder indirekt aus einem Krieg, Aufruhr, zivilen Unruhen, Terrorismus, kriminellen oder anderweitigen illegalen Aktivitäten oder Maßnahmen gegen ausländische Feindseligkeiten hervorgeht, unabhängig davon, ob ein Krieg erklärt wurde oder nicht.
- 44.7 Drogen- oder Alkoholeinfluss.
- 44.8 Todesfälle, die mehr als 365 Tage nach Eintreten eines Unfalls als dessen Folge auftreten.
- 44.9 Bewusste Gefahrenausssetzung – mit Ausnahme eines Versuchs, Menschenleben zu retten.
- 44.10 Absichtliches Einatmen von Gas oder absichtliche Einnahme von giftigen Stoffen oder gesetzlich untersagten Drogen.
- 44.11 Flüge in einem Luftfahrzeug, einschließlich Hubschraubern, sofern die versicherte Person kein Passagier ist und der Pilot keine rechtmäßige Lizenz hat oder Militärpilot ist und einen festen Flugplan eingereicht hat, sofern dies nach lokalen Vorschriften erforderlich ist.
- 44.12 Aktive Teilnahme an Extremsport oder professionellen Sportaktivitäten wie beispielsweise:
  - Bergsport, z. B. Abseilen, Bergsteigen und jegliche Rennen (die nicht zu Fuß stattfinden).

- Wintersport, z. B. Bobfahren, Rennrodeln, Rennschlitten, Bergsteigen, Ski- und Snowboardfahren abseits der Pisten.
- Pferdesport, z. B. Jagen zu Pferd, Springreiten, Polo, Hindernisrennen und Pferderennen jeglicher Art.
- Wassersport, wie z. B. Höhlenerkundungen, Höhlentauchen, Sporttauchen in einer Tiefe von mehr als 10 Metern, Turmspringen, Wildwasser-Rafting und Canyoning.
- Auto – und Motorradsport, z. B. Motorradfahren und Quadfahren.
- Kampfsportarten.
- Luftsport, z. B. Fliegen mit einem Ultraleichtflugzeug, Ballonsport, Drachenfliegen, Paragliding, Gleitschirmfliegen und Fallschirmspringen.
- Verschiedene andere Sportarten, wie z. B. Bungeejumping.

# Zusätzliche Bedingungen

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



1. **Geltendes Recht:** Ihre Versicherung unterliegt französischem Recht, sofern nicht anders aufgrund zwingender gesetzlicher Vorschriften vorgeschrieben. Sämtliche Streitfälle, die nicht auf andere Weise beigelegt werden können, werden vor ein Gericht in Frankreich gebracht.

2. **Kündigung und Betrug:**

a) Bei Gruppen, die einer medizinischen Risikoprüfung unterliegen, kann die Falschangabe/Nichtoffenlegung wesentlicher Informationen durch Sie oder Ihre Angehörigen, insbesondere von im relevanten Antragsformular angegebenen wesentlichen Informationen, welche Einfluss auf unsere Beurteilung des Risikos haben, zur Unwirksamkeit Ihres Versicherungsschutzes ab dem Beginndatum führen. Ferner werden Erkrankungen, die zwischen dem Ausfüllen des relevanten Antragsformulars und dem Inkrafttreten Ihrer Police auftreten, ebenfalls als Vorerkrankungen betrachtet. Entsprechende Vorerkrankungen unterliegen einer medizinischen Risikoprüfung und werden nicht mitversichert, sollten sie nicht angegeben worden sein. Der Antragsteller ist verpflichtet, uns zu informieren, wenn er nicht sicher ist, ob eine Information relevant ist.

b) Ist eine Forderung betrügerisch oder gefälscht oder haben Sie/ Ihre Familienangehörigen oder in Ihrem Namen bzw. mit Ihrem Einverständnis handelnde Dritte betrügerische Mittel angewandt, um Leistungen des Versicherungsvertrags unberechtigt in Anspruch zu nehmen, besteht kein Leistungsanspruch. Sämtliche Leistungserstattungen, die vor Bekanntwerden der betrügerischen Handlung/der Nichtoffenlegung erfolgten, sind mit sofortiger Wirkung an uns zurückzuzahlen. Wir behalten und das Recht vor, Ihr Unternehmen über jegliche betrügerische Handlung zu informieren.



3. **Datenschutz:** Allianz Worldwide Care, ein Mitglied der Allianz Gruppe, ist ein in Frankreich amtlich zugelassenes Versicherungsunternehmen. Wir beziehen und verarbeiten persönliche Daten und Informationen zum Erstellen von Angeboten, zur Prüfung des Versicherungsrisikos, zum Einzug von Beiträgen, zur Erstattung von Leistungsansprüchen und für andere Zwecke, die in direktem Zusammenhang mit der Verwaltung von Versicherungspolice gemäß dem Versicherungsvertrag stehen.

Die Vertraulichkeit der Daten von Patienten und Versicherten ist für uns von höchster Priorität. Sie haben das Recht, Ihre persönlichen Daten jederzeit einzusehen. Des Weiteren verfügen Sie über das Recht, Ihre persönlichen Daten zu ändern oder zu löschen, wenn Sie der Meinung sind, dass diese falsch oder veraltet sind. Wir werden Ihre Daten nicht länger, als für die erforderlichen Zwecke nötig, aufbewahren.

4. **Versicherungsfähigkeit:** Nur die Gruppenmitglieder (und ihre Angehörigen), die in der Unternehmensvereinbarung genannt sind.
5. **Höhere Gewalt:** Wir können nicht dafür haftbar gemacht werden, wenn wir die in den Versicherungsbedingungen genannten Pflichten aufgrund höherer Gewalt nicht oder nur verspätet erfüllen können. Dazu gehören Ereignisse, die unberechenbar, unvorhersehbar und unvermeidbar sind, wie extreme Wetterbedingungen, Überflutungen, Erdbeben, Erdstöße, Stürme, Blitzschlag, Feuer, Bergsenkungen, Epidemien, terroristische Gewalttaten, Ausbruch militärischer Kampfhandlungen (ungeachtet ob ein Krieg erklärt wurde oder nicht), Aufstände, Explosionen, Streiks oder sonstige Arbeitsunruhen, zivile Unruhen, Sabotage, Enteignung durch Regierungsstellen oder jegliche sonstige Ereignisse, die außerhalb unserer Kontrolle liegen.
6. **Haftungsumfang:** Wir haften mit den in der Tariflichen Leistungszusage und in etwaigen folgenden Policennachträgen genannten Beträgen. Der Gesamterstattungsbetrag aus diesem Versicherungsvertrag, aus einer gesetzlichen Krankenversicherung und anderen Versicherungen wird auf keinen Fall den Rechnungsbetrag übersteigen.
7. **Kontaktaufnahme zu Angehörigen:** Falls wir Kontakt zu einem der unter einer Police versicherten Angehörigen aufnehmen müssen (z. B. falls weitere Informationen zur Bearbeitung eines Leistungsantrags benötigt werden), wird der Hauptversicherte, der im Namen des Angehörigen agiert, von uns kontaktiert und darum gebeten, die entsprechende Information bereitzustellen. Ebenso werden alle Informationen, die die Bearbeitung von Leistungsanträgen aller unter einer Police versicherten Angehörigen betreffen, direkt an den Hauptversicherten geschickt.





- 8. Nutzung von MediLine:** Der medizinische Informationsdienst „MediLine“ und die bereitgestellten Informationen und Ressourcen zum Thema Gesundheit sind kein Ersatz für professionelle medizinische Beratung oder ärztliche Behandlung. Dieser Dienst ist nicht zur medizinischen Diagnose oder Behandlung vorgesehen und die erteilten Informationen dienen nicht diesem Zweck. Holen Sie vor Beginn einer neuen Behandlung oder bei Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand immer ärztlichen Rat ein. Ihnen ist bewusst und Sie erklären sich damit einverstanden, dass Allianz Worldwide Care für etwaige Forderungen, Verluste oder Schäden, die direkt oder indirekt auf die Inanspruchnahme dieses Informationsdienstes oder die bereitgestellten Informationen oder Ressourcen zurückzuführen sind, keinerlei Verantwortung oder Haftung übernimmt. „MediLine“-Anrufe werden aufgezeichnet und können zu Schulungs-, Qualitätssicherungs- und Regulierungszwecken überprüft werden.
- 9. Haftung Dritter:** Haben Sie oder ein Angehöriger Ansprüche aus einer gesetzlichen Krankenversicherung oder anderen Versicherungen hinsichtlich eines bei uns eingereichten Leistungsantrags, behalten wir uns das Recht vor, die Erstattung der Leistungen abzulehnen. Wenn Schadenersatzansprüche gegen Dritte bestehen, ist die versicherte Person verpflichtet, uns zu informieren und alle notwendigen Unterlagen zur Verfügung zu stellen, so dass wir in der Lage sind, unsere Auslagen zurückzufordern. Die versicherte Person und Dritte dürfen ohne unser vorheriges schriftliches Einverständnis weder eine Schlussabrechnung vereinbaren noch auf unser Recht auf Rückforderung von Auslagen verzichten. Anderenfalls steht uns das Recht zu, die an die versicherte Person ausbezahlten Beträge zurückzufordern und den Versicherungsvertrag zu kündigen. Wir sind berechtigt, in Ihrem Namen, jedoch auf unsere Kosten, gerichtliche Schritte einzuleiten, um von uns bezahlte Beträge aus einer anderweitig bestehenden Police zurückzufordern.

# Allgemeine Informationen

## Mitversichern von Familienangehörigen



Sie können die Mitversicherung eines Familienangehörigen beantragen, sofern Sie gemäß dem zwischen Ihrem Unternehmen und uns abgeschlossenen Vertrag dazu berechtigt sind. Wenn nicht anderweitig festgelegt, sollte der Antrag auf Mitversicherung eines Familienangehörigen durch Ihr Unternehmen erfolgen.

Bei **Gruppen, die keiner medizinischen Risikoprüfung unterliegen**, werden Neugeborene vom Tag der Geburt an versichert, vorausgesetzt, wir werden innerhalb von vier Wochen ab der Geburt benachrichtigt. Wenn Sie ein Neugeborenes in Ihren Versicherungsschutz aufnehmen möchten, müssen Sie Ihr Unternehmen bitten, bei der zuständigen Kontaktperson bei Allianz Worldwide Care einen schriftlichen Antrag mit einer Kopie der Geburtsurkunde für die Änderungen der Mitgliedschaft zu stellen. Werden wir vier Wochen nach dem Geburtsdatum oder später benachrichtigt, so werden Neugeborene vom Datum der Benachrichtigung an in den Versicherungsschutz aufgenommen.

Bei **Gruppen, die einer medizinischen Risikoprüfung unterliegen**, beginnt der Versicherungsschutz für Neugeborene (mit Ausnahme von Mehrlingen, Adoptiv- und Pflegekindern) mit dem Tag der Geburt ohne medizinische Risikoprüfung. Voraussetzung ist jedoch, dass wir innerhalb von vier Wochen nach der Geburt benachrichtigt werden und dass der leibliche Elternteil bzw. der vorgesehene Elternteil (im Falle einer Leihmutterchaft) seit mindestens sechs Monaten ohne Unterbrechung bei uns versichert ist. Für die Mitversicherung eines Neugeborenen müssen Sie Ihr Unternehmen darum bitten, einen schriftlichen Antrag per E-Mail mit einer Kopie der Geburtsurkunde an unser Risikoprüfungsteam [underwriting@allianzworldwidedecare.com](mailto:underwriting@allianzworldwidedecare.com) zu schicken. Werden wir vier Wochen nach dem Geburtsdatum oder später benachrichtigt, unterliegen Neugeborene einer medizinischen Risikoprüfung und der Versicherungsschutz beginnt mit dem Datum der Annahme. Beachten Sie bitte, dass Mehrlinge, Adoptiv- und Pflegekinder einer medizinischen Risikoprüfung unterliegen und der Versicherungsschutz ab dem Datum der Annahme gilt.

Nach Annahme durch unsere Risikoprüfung, stellen wir einen neuen Versicherungsschein aus. Dieser ersetzt sämtliche frühere Versionen ab dem auf diesem neuen Versicherungsschein angegebenen Datum.



### **Antrag auf Versicherungsschutz bei Ausscheiden aus dem Gruppenvertrag**

Endet Ihr Versicherungsschutz nach Ausscheiden aus dem Gruppenvertrag, können Sie Versicherungsschutz im Rahmen unserer Krankenversicherungstarife für Einzelpersonen beantragen. Die Weiterversicherung ist unter Umständen von einer medizinischen Risikoprüfung abhängig. Wir behalten uns das Recht vor, Ihren Antrag auf Weiterversicherung abzulehnen. Die Antragsstellung muss innerhalb eines Monats nach Ausscheiden aus dem Gruppenvertrag erfolgen. Der Versicherungsschutz beginnt dann mit dem ersten Tag nach Ausscheiden aus dem Gruppenvertrag, sofern dem Antrag auf Weiterversicherung stattgegeben wird.

### **Änderung des Aufenthaltslandes**

Es ist wichtig, dass Sie uns bei einer Änderung Ihres Aufenthaltslandes informieren, da diese Änderung Einfluss auf Ihren Versicherungsschutz oder Beitrag haben kann, selbst wenn Sie in ein Land ziehen, das innerhalb des aktuellen Geltungsbereichs Ihrer Versicherung liegt. Versicherungsschutz in manchen Ländern unterliegt lokalen Gesetzgebungen für Krankenversicherungen, insbesondere für Personen, die dort Ihren Wohnsitz haben. Sie müssen auf eigene Verantwortung sicherstellen, dass Ihre Krankenversicherung den gesetzlichen Anforderungen entspricht. Wir empfehlen Ihnen daher, hierzu unabhängigen rechtlichen Rat einzuholen, da es uns eventuell nicht mehr möglich sein wird, Ihnen Versicherungsschutz zu bieten. Wenn nicht anderweitig vereinbart, sollte der Antrag auf die Änderung des Aufenthaltslandes durch Ihr Unternehmen erfolgen.

### **Änderungen Ihrer Adresse/E-Mail Adresse**

Sämtliche Korrespondenz wird an die Kontaktdaten gesandt, die Sie bei uns hinterlegt haben, sofern nichts anderes verlangt wird. Sie sollten uns schnellstmöglich schriftlich über jede Änderung Ihrer Privat-, Geschäfts- oder E-Mail Adresse informieren.



## Leistungsansprüche

Beachten Sie in Bezug auf medizinische Leistungsansprüche bitte folgendes:

- a) Leistungsansprüche müssen uns unverzüglich, spätestens aber nach sechs Monaten nach Ablauf des Versicherungsjahrs eingereicht werden. Wird die Versicherung innerhalb des Versicherungsjahrs gekündigt, so müssen alle Leistungsansprüche spätestens sechs Monate nach Ende des Versicherungsschutzes vorliegen. Nach Ablauf dieses Zeitraums sind wir nicht zur Erstattung verpflichtet.
- b) Für jede Person, die Leistungsansprüche geltend macht, und für jede Behandlung, deren Kosten erstattet werden sollen, muss ein separates Erstattungsformular ausgefüllt werden. Falls Ihr Unternehmen die Nutzung unserer Online Services gewählt hat, so können Versicherte für ein schnelles und einfaches Einreichen von Leistungsanträgen jetzt auch unsere neue MyHealth App nutzen.
- c) Bitte bewahren Sie die Originaldokumente (z. B. medizinische Rechnungen), von welchen Kopien an uns versandt wurden, auf, da wir uns das Recht vorbehalten, diese bis zu 12 Monate nach der Bearbeitung eines Erstattungsantrags zur Aufdeckung von Betrug anzufordern. Außerdem behalten wir uns das Recht vor, von Ihnen einen Zahlungsnachweis (z. B. Überweisungsbeleg oder Kreditkartenabrechnung) zu Ihren Quittungen zu verlangen. Zusätzlich empfehlen wir Ihnen, Kopien der gesamten Korrespondenz mit uns aufzubewahren. Wir übernehmen keine Haftung für Korrespondenz, die auf dem Postweg oder anderweitig außerhalb unseres Verantwortungsbereichs verloren geht.
- d) Falls der zu erstattende Betrag geringer ist, als der Selbstbeteiligungsbetrag für Ihren Tarif, so bewahren Sie bitte alle Rechnungen für ambulante Behandlungen und Erstattungsformulare auf und reichen Sie diese gemeinsam ein, wenn der zu erstattende Betrag über dem der Selbstbeteiligung liegt.
- e) Bitte geben Sie auf dem Erstattungsformular die Währung an, in der wir Ihre Kosten erstatten sollen. Leider können wir aufgrund internationaler Bankvorschriften in seltenen Fällen die Zahlung nicht in der gewünschten Währung vornehmen. Wir überprüfen dann pro Fall, in welcher Währung wir die Kosten erstatten können. Wenn wir von einer Währung in eine andere umrechnen müssen, verwenden wir den

Wechselkurs, der am Ausstellungsdatum der Rechnungen gültig war oder denjenigen, der am Tag der Erstattung gültig ist.

- f) Nur Kosten, die durch versicherte Behandlungen entstanden sind, werden im Rahmen Ihres Versicherungsvertrags zurückerstattet. Dabei werden alle Anforderungen bezüglich einer vorherigen Kostenzusage berücksichtigt. Alle Selbstbeteiligungen oder Eigenanteile, die in der Tariflichen Leistungszusage aufgeführt sind, werden bei der Berechnung des zurückzuerstattenden Betrags berücksichtigt.
- g) Müssen Sie vor einer medizinischen Behandlung eine Anzahlung leisten, so werden Ihre Kosten nach der Behandlung zurückerstattet.
- h) Sie und Ihre Angehörigen erklären sich damit einverstanden, uns bei der Beschaffung von Informationen zu unterstützen, die zur Regelung der Erstattungsansprüche notwendig sind. Wir sind berechtigt, zur Prüfung der Leistungspflicht in direkten Kontakt mit medizinischen Dienstleistern oder behandelnden Ärzten zu treten und Einsicht in medizinische Unterlagen von Ihnen oder Ihren Angehörigen zu nehmen. Falls wir es für notwendig erachten, können wir auf unsere Kosten eine medizinische Untersuchung durch unseren medizinischen Berater verlangen. Alle Informationen werden streng vertraulich behandelt. Wir behalten uns vor, die Leistungen zu verweigern, falls Sie oder Ihre Familienangehörigen diese Obliegenheiten verletzen.

### Leistungsansprüche im Todesfall durch einen Unfall

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

Wenn diese Leistung Teil Ihres Krankenversicherungstarifs ist, beachten Sie bitte, dass Leistungsansprüche innerhalb von 90 Werktagen nach dem Tod gemeldet und die folgenden Dokumente eingereicht werden müssen:

- Ein vollständig ausgefülltes Erstattungsformular für die Todesfalleistung bei Unfällen.
- Eine Sterbeurkunde.
- Ein medizinischer Bericht, der die Todesursache enthält.
- Eine schriftliche Erklärung mit Angabe des Datums, des Ortes und den Umständen des Unfalls.
- Offizielle Unterlagen, die den Familienstatus des Versicherten, sowie die Identität der Begünstigten als auch deren Beziehung zum Versicherten nachweisen.

Begünstigte sind, soweit nicht anderweitig vom Versicherten angegeben:

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

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

## Korrespondenz

Schriftliche Korrespondenz muss per E-Mail oder per Post (frankiert) an uns gesandt werden. Wir senden Originaldokumente normalerweise nicht an Sie zurück, sofern nicht zum Zeitpunkt der Einsendung ausdrücklich angeben.



## Länder, in denen Sie sich behandeln lassen können

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

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

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

## Beendigung der Versicherung

Ihr Unternehmen kann Ihre Versicherung bzw. die Versicherung Ihrer Familienangehörigen durch eine schriftliche Mitteilung an uns kündigen. Wir können die Kündigung Ihrer Versicherung nicht rückdatieren. In folgenden Fällen endet Ihr Versicherungsschutz automatisch:

- Zum Ende des Versicherungsjahrs, wenn der Vertrag zwischen Allianz Worldwide Care und Ihrem Unternehmen gekündigt wird.
- Wenn Ihr Unternehmen die Versicherung kündigt oder nicht verlängert.
- Wenn Ihr Unternehmen die Beiträge nicht bezahlt oder andere gemäß dem mit Allianz Worldwide Care geschlossenen Gruppenvertrag fällige Zahlungen nicht leistet.
- Wenn Sie als individueller Zahler die Beiträge nicht bezahlen oder andere gemäß dem mit Allianz Worldwide Care geschlossenen Gruppenvertrag fällige Zahlungen nicht leisten.
- Wenn Sie aus dem Unternehmen ausscheiden.
- Bei Ableben des Hauptversicherten.

Allianz Worldwide Care kann die Mitgliedschaft einer Person und deren Familienangehörigen beenden, wenn glaubhafte Beweise dafür vorliegen, dass die betreffende Person uns irreführt hat oder versucht hat, uns irrezuführen, d. h. uns falsche Informationen genannt, uns einschlägige Informationen vorenthalten oder mit Dritten zusammengearbeitet hat, so dass diese uns falsche Informationen, entweder absichtlich oder fahrlässig, übermitteln und dies einen möglichen Einfluss auf eine unserer folgenden Entscheidungen hatte:

- Ob Sie (oder die anderen Personen) als Versicherter aufgenommen werden,
- Welche Versicherungsbeiträge Ihr Unternehmen oder Sie zu zahlen hat/haben,
- Ob ein Versicherungsanspruch besteht.

## Beschwerden

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

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

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

Wir werden Ihre Beschwerde nach unserem internen Beschwerde-  
management Prozess handhaben, der hier detailliert beschrieben wird:  
[www.allianzworldwidecare.com/complaints-procedure](http://www.allianzworldwidecare.com/complaints-procedure). Sie können sich  
außerdem an unsere Helpline wenden, die Ihnen gerne eine Kopie unseres  
Prozesses zukommen lässt.

## Vertretung durch Dritte

Keine andere Person (außer einer von Ihnen autorisierten Person oder dem  
Verantwortlichen für die Gruppenversicherung) ist berechtigt, für Sie  
Änderungen im Zusammenhang mit Ihrem Versicherungsschutz  
vorzunehmen, zu bestätigen oder zu entscheiden, dass unsere Rechte nicht  
geltend gemacht werden. Änderungen am Versicherungsschutz sind nur  
gültig, wenn sie zwischen Ihrem Unternehmen und Allianz Worldwide Care  
ausdrücklich vereinbart werden.

## Beitragszahlung

In den meisten Fällen ist Ihr Unternehmen für die Zahlung der Beiträge für  
Ihre Versicherung und für die Versicherung der gemäß dem  
Gruppenvertrag mitversicherten Familienangehörigen an Allianz Worldwide  
Care verantwortlich, und zwar einschließlich etwaiger anderer im  
Zusammenhang mit Ihrer Versicherung oder der Versicherung Ihrer  
Familienangehörigen fälliger Beträge (wie z. B. Versicherungssteuer). Unter  
bestimmten Umständen können auch Sie zur Zahlung der Steuer für die  
von Ihrem Unternehmen bezahlten Beiträge herangezogen werden.  
Detaillierte Informationen hierzu erteilt Ihnen Ihr Unternehmen.

### *Wenn Sie die Bezahlung Ihres Versicherungsbeitrags übernehmen*

Wenn Sie für die Zahlung Ihrer Versicherungsbeiträge verantwortlich sind,  
müssen Sie die Beiträge während der Laufzeit der Versicherung jeweils im  
Voraus entrichten. Der mit Ihrem Unternehmen vereinbarte Betrag sowie  
die von Ihnen gewählte Zahlungsweise sind auf Ihrem Versicherungsschein  
aufgeführt. Der **Erstbeitrag** bzw. die erste Beitragsrate ist sofort nach  
der Annahme Ihres Versicherungsantrags durch uns fällig. Wenn die im  
Angebot vereinbarte und die in der Rechnung genannte Zahlungsweise  
nicht übereinstimmen sollten, wenden Sie sich bitte sofort an uns. Wir sind  
nicht verantwortlich für Zahlungen, die über Dritte erfolgen. **Folgebeiträge**  
sind jeweils am ersten Tag des gewählten Zahlungszeitraums fällig.

*Neben den  
Versicherungs-  
beiträgen müssen  
Sie auch die  
Versicherungs-  
steuer und andere  
eventuell  
anfallende  
Steuern, Abgaben  
oder Gebühren an  
uns entrichten, die  
im Zusammen-  
hang mit Ihrer  
Versicherung  
stehen und die wir  
laut Gesetz  
bezahlen oder von  
Ihnen einziehen  
müssen. Diese  
können bei Ihrem  
Beitritt bereits  
bestehen oder  
nach Ihrem Beitritt  
eingeführt werden  
(oder sich in  
Zukunft ändern).  
Solche Gebühren  
werden auf Ihrer  
Rechnung  
ausgewiesen.*

Wenn sich Ihre Beiträge, die Versicherungssteuer oder andere Steuern, Abgaben oder Gebühren ändern, informieren wir Sie schriftlich. Wenn Sie diese Änderungen nicht akzeptieren, können Sie Ihre Mitgliedschaft kündigen. Die Änderungen haben keine Gültigkeit, wenn Sie Ihre Versicherung innerhalb von 30 Tagen ab Inkrafttreten der Änderungen oder innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt unserer Mitteilung über die Änderungen (je nachdem, was später eintrifft) kündigen.

Einmal jährlich zum Verlängerungsdatum können wir die Methoden zur Beitragsberechnung und Beitragsfestlegung, die von Ihnen zu zahlenden Beträge und/oder die Zahlungsweise ändern. In diesem Fall informieren wir Sie über diese Änderungen, welche dann ab dem Verlängerungsdatum gelten. Sie selbst können bei Vertragsverlängerung Änderungen der Zahlungsbedingungen vornehmen. Beantragen Sie derartige Änderungen bitte schriftlich mindestens 30 Tage vor dem Verlängerungsdatum bei uns.

Können Sie Ihren Beitrag aus irgendeinem Grund nicht bezahlen, so setzen Sie sich bitte mit uns in Verbindung. Eine Nichtzahlung von Beiträgen kann den Verlust Ihres Versicherungsschutzes zur Folge haben.

### **Ablauf der Versicherung**

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

### **Verlängerung der Versicherung**

**Wenn Ihr Unternehmen Ihre Beiträge zahlt**, kann Ihre Versicherung (und die Ihrer Familienangehörigen, sofern zutreffend) nur verlängert werden, wenn Ihr Unternehmen Ihre Versicherung gemäß dem Gruppenvertrag verlängert.

**Wenn Sie Ihre Beiträge selbst zahlen** und Ihr Unternehmen Ihre Versicherung (und die Ihrer Familienangehörigen, sofern zutreffend) gemäß dem Gruppenvertrag erneuert, wird Ihr Versicherungsvertrag automatisch um ein weiteres Versicherungsjahr verlängert, vorausgesetzt wir können in Ihrem Land weiterhin Versicherungsschutz anbieten,

alle fälligen Beitragszahlungen sind bei uns eingegangen und Ihre Zahlungsangaben zum Datum der Vertragsverlängerung sind weiterhin gültig. Bitte informieren Sie uns, falls Sie eine neue Kreditkarte erhalten oder falls sich Ihre Bankdaten ändern.

### Vorherige Kostenzusage

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



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

### Behandlung in den USA

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

**[www.allianzworldwidecare.com/olympus](http://www.allianzworldwidecare.com/olympus)**. Wenn Sie eine Frage zu einem medizinischen Dienstleister haben oder einen Dienstleister ausgewählt haben und einen Termin vereinbaren möchten, wenden Sie sich bitte telefonisch an (+1) 800 541 1983 (aus den USA gebührenfrei).

Möglicherweise hat Ihr Unternehmen sich entschieden, Ihnen eine Caremark-Apothekenkarte zur Verfügung zu stellen. Falls ein Teil der Kosten von Ihnen bezahlt werden muss, wird Sie die Apotheke darüber informieren. Bitte stellen Sie sicher, dass vorgelegte Rezepte das Geburtsdatum derjenigen Person enthalten, auf die das Rezept ausgestellt ist. Sie können auch eine Rabattkarte für Apotheken beantragen, die Sie immer dann benutzen können, wenn ein Rezept nicht durch Ihren Krankenversicherungstarif abgedeckt ist. Um sich zu registrieren und die Rabattkarte für Apotheken zu erhalten, gehen



Sie auf [www.omhc.com/awc/prescriptions.html](http://www.omhc.com/awc/prescriptions.html) und klicken Sie auf „Print Discount Card“.

Bitte beachten Sie, dass Behandlungen in den USA nicht erstattet werden, wenn wir wissen oder vermuten, dass der Versicherte die Versicherung abgeschlossen hat, um sich in den USA aufgrund einer Krankheit behandeln zu lassen, deren Symptome bereits vor Vertragsabschluss aufgetreten sind. Sollten Erstattungszahlungen durch uns hinsichtlich der zuvor beschriebenen Behandlungen erfolgt sein, behalten wir uns das Recht vor, eine Erstattung für bereits bezahlte Leistungen von der versicherten Person zu verlangen.

### **Behandlung durch Verschulden eines Dritten**

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

### **Beginn des Versicherungsschutzes für Sie und Ihre Familienangehörigen**

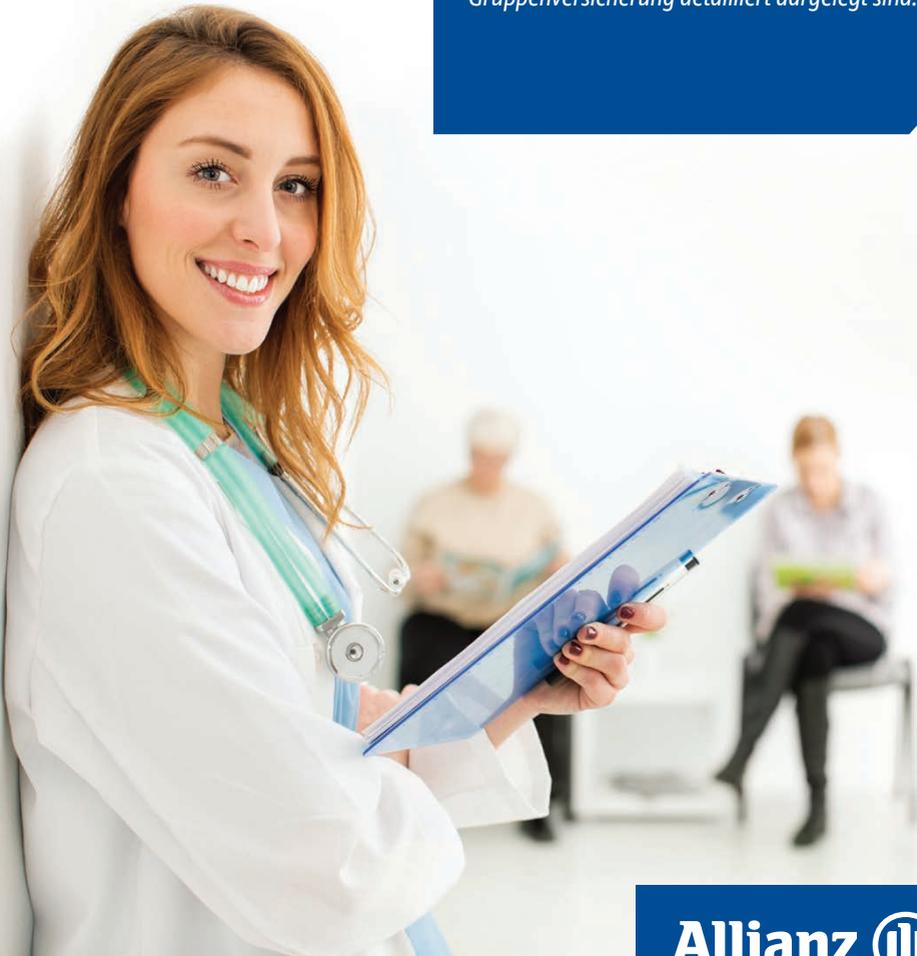
Ihre Versicherung ist ab dem Anfangsdatum, welches im Versicherungsschein aufgeführt wird, gültig und läuft bis zum Verlängerungsdatum der Gruppe (ebenfalls im Versicherungsschein enthalten). In der Regel ist dies ein Versicherungsjahr, sofern nicht anders mit Ihrem Unternehmen vereinbart und sofern Sie Ihre Versicherung nicht in der Mitte des Versicherungsjahres begonnen haben. Am Ende des Versicherungsjahres kann Ihr Unternehmen die Versicherung gemäß den zum entsprechenden Zeitpunkt geltenden allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Versicherungsvertrag verlängern. Diese Vertragsbedingungen sind für Sie verbindlich.

Der Versicherungsschutz für Familienangehörige (falls relevant) beginnt zum Datum des Inkrafttretens, das auf dem neuesten Versicherungsschein aufgeführt ist, auf dem sie als Familienangehörige genannt sind. Die Mitversicherung kann bis zu Ihrem Ausscheiden aus dem Gruppenvertrag bestehen bleiben und so lange, wie eventuelle Kinder innerhalb der

definierten Altersbegrenzung für mitversicherte Angehörige bleiben. Familienangehörige Kinder können bis zum Tag vor ihrem 18. Geburtstag oder bis zum Tag vor ihrem 24. Geburtstag, wenn sie sich in einer Vollzeitausbildung befinden, in Ihrem Versicherungsvertrag mitversichert werden. Darauffolgend können diese dann, wenn gewünscht, einen eigenen Versicherungsschutz in einem unserer Krankenversicherungstarife für Einzelpersonen beantragen.

# Kurzanleitung

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



# Behandlungen

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

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

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

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

*Durch das Formular zur vorherigen Kostenzusage können wir jeden Fall begutachten und die direkte Abrechnung mit dem Krankenhaus ermöglichen. Bitte beachten Sie, dass wir Ihren Erstattungsantrag ablehnen können, wenn keine vorherige Kostenzusage eingeholt wird. Vollständige Details finden Sie auf Seite 34 in diesem Handbuch.*

## Überführung und Rücktransport

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

## Behandlung im Krankenhaus

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

### Bei einem Notfall:

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



## Ambulante oder zahnärztliche Behandlung



Wenn Sie einen Arzt, Zahnarzt oder Facharzt ambulant aufsuchen, bezahlen Sie bitte die Rechnung und reichen dann einen Erstattungsantrag bei uns ein. Falls Ihr Unternehmen die Nutzung unserer Online Services gewählt hat, kann unsere neue **MyHealth** App für ein schnelles und einfaches Einreichen von Leistungsanträgen verwendet werden. Geben Sie einfach einige wichtige Angaben und Informationen an, machen Sie ein Foto von Ihren Rechnungen und klicken Sie auf "Absenden". [www.allianzworldwidecare.com/myhealth](http://www.allianzworldwidecare.com/myhealth)

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

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

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

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

*Weitere wichtige Informationen zum Erstattungsverfahren finden Sie im Abschnitt „Leistungsansprüche“ auf Seite 28 dieses Handbuchs. Informationen zu Behandlungen in den USA finden Sie auf Seite 34.*



# Nützliche Services

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

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



# Kontaktinformationen

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

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

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

### Telefon:

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

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

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

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

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



**Laden Sie unsere MyHealth App für ein schnelles und einfaches Einreichen von Erstattungsformularen herunter**

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

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