

Tarifliche Leistungszusage

Die folgende Tarifliche Leistungszusage ist ab dem Verlängerungsdatum der Gruppenversicherung gültig. Änderung zum Vorjahr haben wir kenntlich gemacht.

Wenn Sie Ihren Versicherungsschutz erhöhen oder zusätzliche Pläne mit aufnehmen möchten, kontaktieren Sie uns bitte und wir besprechen Ihre Wünsche gern mit Ihnen.

Eine vorherige Kostenzusage/ Behandlungsgenehmigung kann für einige der Leistungen erforderlich sein. Dies wird in der Tabelle unten mit einer "1" oder einer "2" angegeben. Bitte beachten Sie hierzu den Abschnitt "Anmerkungen". Die genannten Leistungen und Selbstbeteiligungen gelten pro Person und pro Versicherungsjahr, sofern nicht anders angegeben.

Gruppenname: B.U.F Bundesverband zur Unternehmens-Foerderung
Gruppennummer: 16268

Haupttarif	Executive
Höchsterstattungsbetrag EUR (€)	€ 1.500.000
Stationäre Leistungen¹ – Bitte beachten Sie dazu die „Anmerkungen“ zur vorherigen Kostenzusage	
Unterbringung im Krankenhaus ¹	Einbettzimmer
Intensivpflege ¹	Volle Erstattung
Verschreibungspflichtige Arzneimittel und Materialien ¹ (nur bei stationärer und teilstationärer Behandlung) (verschreibungspflichtige Arzneimittel sind die Arzneimittel, die nur mit einem ärztlichen Rezept erworben werden können)	Volle Erstattung
Operationskosten einschl. Kosten für Anästhesie und OP-Saal ¹	Volle Erstattung
Kosten für Ärzte und Therapeuten ¹ (nur bei stationärer und teilstationärer Behandlung)	Volle Erstattung
Chirurgische Hilfsmittel und Materialien¹	Volle Erstattung
Diagnostische Untersuchungen ¹ (nur bei stationärer und teilstationärer Behandlung)	Volle Erstattung
Organtransplantation ¹	Volle Erstattung
Psychiatrie und Psychotherapie ¹ (nur bei stationärer und teilstationärer Behandlung) (nach einer Wartezeit von 10 Monaten)	€ 17.680
Kosten der Unterbringung im Krankenhaus für einen Elternteil, der ein versichertes Kind unter 18 Jahren begleitet ¹	Volle Erstattung
Stationäre zahnärztliche Notfallbehandlung	Volle Erstattung
Weitere Leistungen – Bitte beachten Sie dazu die „Anmerkungen“ zur vorherigen Kostenzusage	
Teilstationäre Behandlung/Tagesklinik ²	Volle Erstattung
Nierendialyse ²	Volle Erstattung
Ambulante Operationen ²	Volle Erstattung
Häusliche Pflege oder Aufenthalt in einem Genesungsheim ² (unmittelbar nach oder anstelle einer stationären Behandlung)	€ 3.550
Rehabilitationsmaßnahmen ² (stationär, teilstationär und ambulant: müssen innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung aus der medizinischen Einrichtung aufgrund einer akuten medizinischen und/oder chirurgischen Behandlung beginnen)	€ 3.500
Lokaler Krankentransport	Volle Erstattung
Notfallbehandlung außerhalb des Geltungsbereichs der Versicherung (für Reisen von maximal sechs Wochen)	Volle Erstattung, max. 42 Tage

Medizinische Überführung² <ul style="list-style-type: none"> Falls die notwendige Behandlung nicht vor Ort erbracht werden kann, wird die versicherte Person in die nächstgelegene geeignete medizinische Einrichtung überführt² Falls laufende Behandlungen erforderlich sind, erstatten wir die Kosten für eine Unterbringung in einem Hotel² Überführung falls keine ausreichend kontrollierten Blutkonserven vorhanden sind² 	Volle Erstattung max. 7 Tage
Kosten für eine Begleitperson im Falle einer medizinischen Überführung²	€ 3.000
Reisekosten für versicherte Familienmitglieder im Falle einer Überführung²	€ 2.000 pro Überführung
Rücktransport im Todesfall²	€ 10.000
Reisekosten für versicherte Familienmitglieder im Falle einer Überführung der sterblichen Überreste²	€ 2.000 pro Überführung
Computer- und Kernspintomografie (stationär und ambulant)	Volle Erstattung
Positronenemissions²- und Computer-Positronenemissionstomografie² (stationär und ambulant)	Volle Erstattung
Onkologie² (stationär, teilstationär und ambulant)	Volle Erstattung € 200 auf Lebenszeit
Reguläre Schwangerschaft² (stationär und ambulant) (nach einer Wartezeit von 10 Monaten)	€ 6.000 pro Schwangerschaft
Komplikationen bei Schwangerschaft und Entbindung² (nach einer Wartezeit von 10 Monaten)	Volle Erstattung
Krankenhaustagegeld (pro Nacht) (wenn die Behandlung kostenlos erfolgte)	€ 150, max. 25 Nächte
Ambulante Notfallbehandlung (wenn die aufgeführten Erstattungsbeträge erreicht sind, werden die Restkosten gemäß den Bedingungen eines evtl. separat gewählten Ambulanttarifs erstattet)	€ 750
Ambulante zahnärztliche Notfallbehandlung (wenn die aufgeführten Erstattungsbeträge erreicht sind, werden die Restkosten gemäß den Bedingungen eines evtl. separat gewählten Zahntarifs erstattet)	€ 750
Palliativmedizinische Betreuung²	Volle Erstattung
Langzeitpflege²	Volle Erstattung, max. 90 Tage auf Lebenszeit

Ambulanttarif	Gold
Höchsterstattungsbetrag	Keine Erstattungsgrenze
Selbstbeteiligung am Ambulanttarif	€500
Ambulante Leistungen	
Allgemeinmedizinerkosten und verschreibungspflichtige Arzneimittel	Volle Erstattung

(verschreibungspflichtige Arzneimittel sind die Arzneimittel, die nur mit einem ärztlichen Rezept erworben werden können)	
Facharztkosten	Volle Erstattung
Diagnostische Untersuchungen	Volle Erstattung
Impfungen	Volle Erstattung
Chiropraktik, Osteopathie, Homöopathie, Traditionelle Chinesische Medizin , Akupunktur und medizinische Fußpflege (max. 12 Sitzungen pro erstellter Diagnose jeweils für chiropraktische und für osteopathische Untersuchungen im Rahmen des maximalen Erstattungsbetrags)	Volle Erstattung
Verordnete Physiotherapie (anfänglich auf 12 Sitzungen pro erstellte Diagnose beschränkt; Beschränkung gilt auch bei einer Kombination von verordneter und nicht verordneter Physiotherapie) - Nicht verordnete Physiotherapie	Volle Erstattung 5 Sitzungen
Verordnete Sprachtherapie, Okulomotortherapie und Beschäftigungstherapie ²	Volle Erstattung
Vorsorgeuntersuchungen, einschl. Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten. Untersuchungen sind beschränkt auf: <ul style="list-style-type: none"> • Ärztliche Untersuchungen • Blutuntersuchungen (vollständiges Blutbild, Biochemie, Fettspiegel, Schilddrüsenfunktionstest, Leberfunktionstest, Nierenfunktionstest) • Herz-Kreislauf-Untersuchungen (ärztliche Untersuchung, EKG, Blutdruck) • Neurologische Untersuchungen (ärztliche Untersuchung) • Krebsvorsorgeuntersuchungen <ul style="list-style-type: none"> - 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 zum Alter von 6 Jahren, maximal 15 Untersuchungen pro Kind auf Lebenszeit) • BRCA1 und BRCA2 Gentests (bei direkter familiärer Vorbelastung) 	€ 1.200
Behandlungen bei Unfruchtbarkeit (nach einer Wartezeit von 18 Monaten)	€ 12.000 auf Lebenszeit
Psychiatrie und Psychotherapie (nach einer Wartezeit von 18 Monaten)	30 Sitzungen
Verschriebene medizinische Hilfsmittel	Volle Erstattung
Verschriebene Brillen und Kontaktlinsen einschl. Augenuntersuchung	€ 200
Ernährungsberaterkosten	4 Sitzungen
Verschriebene Arzneimittel (müssen von einem Arzt verschrieben werden. auch wenn ein	€ 50

Rezept
für den Kauf nicht erforderlich ist)

Zahntarif	Dental 1
Höchsterstattungsbetrag	Keine Erstattungsgrenze
Erstattungsleistungen	
Zahnbehandlung	100 % Erstattung
Chirurgisch zahnärztliche Eingriffe	100 % Erstattung
Zahnärztliche Parodontalbehandlung	80 % Erstattung
Kieferorthopädie und Zahnersatz (nach einer Wartezeit von 10 Monaten)	65% Erstattung, bis zu € 5.000

Krankentagegeld	
Krankentagegeld (nach 6 Wochen Karenzzeit):	€ 10, € 50, € 100, € 150, € 200 pro Tag

ANMERKUNGEN

Vorherige Kostenzusage

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

Chronische Erkrankungen

Chronische Erkrankungen sind im Rahmen Ihres Versicherungsvertrags versichert. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem Abschnitt 'Definitionen' Ihres Versicherungshandbuchs. Alternativ wenden Sie sich bitte an unsere Helpline.

Vorerkrankungen

Vorerkrankungen sind im Rahmen Ihres Versicherungsvertrags versichert. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem Abschnitt 'Definitionen' Ihres Versicherungshandbuchs. Alternativ wenden Sie sich bitte an unsere Helpline.

Erstattungsbeträge

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

des angegebenen maximalen Höchstleistungsbetrags, soweit dieser auf den Tarif zutrifft. Alle Beträge gelten pro Versicherten und pro Versicherungsjahr, sofern nicht anderweitig in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegeben.

Allgemeine Versicherungsbedingungen

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

Vertragsnachtrag/-nachträge

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