



# Notfallkrankenversicherung für Geschäftsreisen

Gültig ab 01. April 2023

# Willkommen

Sie können sich darauf verlassen, durch Allianz Care Zugang zur bestmöglichen Versorgung im Notfall auf Geschäftsreisen zu erhalten, wo auch immer Sie unterwegs sind.

Dieses Versicherungshandbuch besteht aus zwei Teilen: Der Teil „So nutzen Sie Ihren Versicherungsschutz“ ist eine Zusammenfassung aller wichtigen Informationen, die Sie voraussichtlich regelmäßig nutzen. Der Teil „Allgemeine Versicherungsbedingungen Ihres Versicherungsschutzes“ erklärt Ihren Versicherungsschutz im Detail. Um Ihre Notfallkrankenversicherung für Geschäftsreisen optimal zu nutzen, lesen Sie bitte dieses Versicherungshandbuch zusammen mit Ihrem Versicherungsschein und der Tariflichen Leistungszusage.

Bei Fragen zu Ihrem Gruppenversicherungsvertrag wenden Sie sich bitte an den Gruppenversicherungsverantwortlichen in Ihrem Unternehmen.

## So nutzen Sie Ihren Versicherungsschutz

Unterstützungsservices	5
Wie funktioniert mein Versicherungsschutz?	8
Behandlungen	11
Zusätzliche Informationen zu Erstattungsanträgen	14

## Allgemeine Versicherungsbedingungen Ihres Versicherungsschutzes

Allgemeine Versicherungsbedingungen	18
Verwaltung Ihrer Police	19
Beitragszahlungen	22
Weitere Bestimmungen für Ihren Versicherungsschutz	24
Datenschutz	26
Beschwerden und Mediationsverfahren	27
Definitionen	28
Ausschlüsse	34

AWP Health & Life SA unterliegt der Aufsicht durch die French Prudential Supervisory Authority in 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

AWP Health & Life SA handelt durch ihre irische Niederlassung und ist eine Aktiengesellschaft nach französischem Recht. Registriert in Frankreich: Nr. 401 154 679 RCS Bobigny. Irische Niederlassung ist eingetragen im irischen Handelsregister, Registernummer: 907619, Adresse: 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irland. Allianz Care und Allianz Partners sind eingetragene Firmen von AWP Health & Life SA.

# So nutzen Sie Ihren Versicherungsschutz



# Unterstützungsservices

Ausgezeichneter Service, den Sie verdienen.

## Hilfe in Notfällen

Wenn Sie in einem Notfall eine medizinische Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Klinik erhalten, sollten Sie unsere Helpline so schnell wie möglich kontaktieren. Dies ermöglicht uns, mit dem Krankenhaus eine direkte bargeldlose Abrechnung zu vereinbaren, sofern möglich, und garantiert eine schnelle Bearbeitung Ihres Leistungsanspruchs.

Für Hilfe in Notfällen sind wir rund um die Uhr, 365 Tage im Jahr für Sie da.

@ E-Mail: [client.services@allianzworldwidedcare.com](mailto:client.services@allianzworldwidedcare.com)

☎ Helpline: **+353 1 630 1302**

☎ Fax: **+353 1 630 1306**

Eine Liste unserer aktuellen gebührenfreien Rufnummern finden Sie hier:  
[www.allianzcare.com/de/pages/toll-free-numbers.html](http://www.allianzcare.com/de/pages/toll-free-numbers.html)

Wenn Sie von Ihrem Mobiltelefon aus die gebührenfreien Nummern nicht wählen können, wählen Sie bitte eine der oben aufgeführten Helpline-Nummern.

## Wussten Sie schon...?

Unsere Versicherten sind der Meinung, dass ihre Anfragen schneller bearbeitet werden, wenn sie uns anrufen.

## Webbasierte Services

Auf unserer Website [www.allianzcare.com/de/ressourcen/ressourcen-fuer-versicherte.html](http://www.allianzcare.com/de/ressourcen/ressourcen-fuer-versicherte.html) können Sie:

- Nach medizinischen Dienstleistern suchen. Sie sind nicht auf die in unserem Verzeichnis aufgeführten Dienstleister beschränkt.
- Formulare herunterladen
- Auf unseren BMI Rechner zugreifen
- Auf unsere Gesundheitsleitfäden zugreifen

## Reisesicherheitservices\*\*

Da die Sicherheitsbedrohungen weltweit weiter zunehmen, bieten die Reisesicherheitservices rund um die Uhr Zugriff auf Sicherheitsinformationen und Beratung zum Thema Reisesicherheit, per Telefon, E-Mail oder über die Website. Ihre Tarifliche Leistungszusage zeigt an, ob dieser Service für Sie verfügbar ist.

Der Service umfasst:



### **Notfall-Sicherheitsunterstützungs-Hotline**

Sprechen Sie mit Sicherheitsspezialisten, wenn Sie Sicherheitsbedenken im Zusammenhang mit einem Reiseziel haben.



### **Länderanalysen und Sicherheitsberatung**

Sicherheitsinformationen und Beratung für viele Länder.



### **Tägliche Nachrichten und Updates zum Thema Sicherheit sowie Reisesicherheitswarnungen**

Melden Sie sich an und erhalten Sie Warnungen zu Risiko-Ereignissen in Ihrer Nähe, einschließlich Terrorismus, Unruhen und Unwetterrisiken.

- Um auf die Website und Informationen von Crisis24 Horizon zuzugreifen, gehen Sie auf <https://crisis24horizon.com/allianztravsec>, geben Ihre E-Mail-Adresse ein und wählen Konto erstellen/Create account. Geben Sie Ihre Daten ein und fügen als Member-ID **ALLIANZTSS** hinzu.
- Um auf die Crisis24 Horizon-App zuzugreifen, laden Sie entweder die Android- oder die iOS-Version auf Ihr Mobilgerät herunter (Sie können auch im jeweiligen Store nach Crisis24 Horizon suchen) und **melden** sich dann mit derselben E-Mail-Adresse (Benutzername) und demselben Passwort an, die Sie oben benutzt haben. Sie können sich auch direkt in der mobilen App mit der Member-ID registrieren.

 <https://crisis24horizon.com/allianztravsec>

 Laden Sie die „Crisis24 Horizon“ App im Apple App Store oder bei Androids Google Play herunter.



*Alle Reisesicherheitservices werden in englischer Sprache angeboten. Wir können, falls notwendig, einen Übersetzungsservice für Sie organisieren.*

*\*\*Bestimmte Services, die in Ihrem Tarif enthalten sein können, werden von Drittanbietern außerhalb der Allianz Gruppe erbracht, wie z. B. das Employee-Unterstützungs-Programm, Reisesicherheitservices, die HealthSteps App, ein zweiter ärztlicher Rat und Services im Bereich Telemedizin. Wenn Ihr Tarif diese Services umfasst, werden sie in der Tariflichen Leistungszusage angezeigt. Diese Services werden Ihnen zur Verfügung gestellt, wenn Sie die Allgemeinen Bedingungen Ihres Versicherungsvertrags und die Bestimmungen und Bedingungen der Drittanbieter akzeptieren. Diese Services können geografischen Beschränkungen unterliegen. Die HealthSteps App bietet keine ärztliche oder gesundheitliche Beratung und die Ressourcen zu Wellness in Olive dienen nur zu Informationszwecken. Die HealthSteps App und die in Olive enthaltenen Wellness-Ressourcen sollten nicht als Ersatz für eine professionelle ärztliche, körperliche oder psychologische Untersuchung bzw. Beratung angesehen werden. Sie sind auch kein Ersatz für die Diagnose, Behandlung, Beurteilung oder Betreuung, die Sie möglicherweise von Ihrem Arzt benötigen. Sie verstehen und akzeptieren, dass AWP Health & Life SA (irische Niederlassung) und/oder AWP Health & Life Services Limited nicht für Ansprüche, Verluste oder Schäden verantwortlich sind, die direkt oder indirekt aus Ihrer Nutzung dieser Drittanbieterdienste entstehen könnten.*

# Wie funktioniert mein Versicherungsschutz?

## Für was bin ich versichert?

Dieser Tarif wurde speziell für Sie zur **Sicherstellung einer optimalen medizinischen Versorgung in akuten Notfällen** auf Auslandsgeschäftsreisen entwickelt. Im medizinischen Notfall sind Notfallbehandlungen, Unfälle und sonstigen Ereignissen gemäß den allgemeinen Versicherungsbedingungen versichert.

Der Versicherungsfall beginnt mit dem Notfall und endet, wenn die Behandlung nicht mehr medizinisch erforderlich ist oder wenn der Patient transportfähig ist.

**Jegliche Form von weiterführender Behandlung**, einschließlich Rehabilitationsmaßnahmen, die im Anschluss an den Notfall erforderlich wird, ist durch diesen Versicherungsschutz nicht abgedeckt.

## Was ist ein medizinischer Notfall?

Ein medizinischer Notfall ist ein Unfall, eine Katastrophe oder der akute Beginn oder die Verschlimmerung einer schweren Krankheit, die zu einer unmittelbaren Bedrohung Ihrer Gesundheit führt und deshalb dringende medizinische Maßnahmen erforderlich macht.

Nur eine medizinische Behandlung durch einen Allgemeinmediziner bzw. Facharzt oder eine stationäre Aufnahme, die innerhalb von 24 Stunden nach dem Eintritt des Notfalls erfolgen, sind durch die Versicherung abgedeckt.

## Wo kann ich Behandlungen erhalten?

Sie sind weltweit auf Geschäftsreisen außerhalb des Landes ihres Hauptwohnsitzes oder des Landes Ihrer Hauptbeschäftigung versichert.

## Wie lange bin ich versichert?

Je nachdem, welches Produkt Ihr Unternehmen auswählt, kann die Versicherung eine der folgenden maximalen Laufzeiten haben:

- 90 Reisetage pro Versicherungsjahr
- 180 Reisetage pro Versicherungsjahr
- Unser Versicherungsschutz gilt für eine maximale Anzahl von Reisetagen pro Versicherungsjahr (bezeichnet als „Laufzeit des Versicherungsschutzes“) und setzt voraus, dass zwischen Ihrem Unternehmen und Allianz Care eine Unternehmensvereinbarung wirksam ist. Bitte wenden Sie sich an den Gruppenversicherungsverantwortlichen Ihres Unternehmens, um sich die maximale Anzahl von Reisetagen bestätigen zu lassen, für die der Versicherungsschutz gilt. Ihr Versicherungsschutz beginnt mit dem ersten Reisetag Ihrer ersten Geschäftsreise.

## Sind Vorerkrankungen und chronische Erkrankungen versichert?

Innerhalb der maximalen Erstattungsbeträge dieses Tarifs versichern wir die akute Verschlimmerung von Vorerkrankungen oder chronischen Erkrankungen sowie Notfälle in Bezug auf Vorerkrankungen oder chronische Erkrankungen.

In den folgenden Fällen versichert die Notfallkrankenversicherung keine Vorerkrankungen:

- Die Behandlung im Ausland war der einzige Grund oder einer der Gründe für die Geschäftsreise und/oder
- es bestand eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass die Behandlung während der Geschäftsreise erfolgen würde.

Weitere Einzelheiten zu Vorerkrankungen oder chronischen Erkrankungen finden Sie im Abschnitt zu Definitionen.

## Welche Höchsterstattungsbeträge gelten?

Ihr Versicherungsschutz unterliegt gegebenenfalls einem **tariflichen Höchsterstattungsbetrag**. Dies ist der maximale Betrag, den wir insgesamt für alle im Tarif enthaltenen Leistungen pro Versicherten und pro Versicherungsjahr bezahlen werden.

Wenn Ihr Tarif Höchsterstattungsbeträge hat, gelten diese auch in den folgenden Fällen:

- wenn der Begriff „Volle Erstattung“ neben der Leistung steht
- wenn ein bestimmter Erstattungsbetrag gilt – d.h. wenn die Leistung auf einen bestimmten Betrag begrenzt ist (z. B. €10.000).

Obwohl viele in Ihrer Tariflichen Leistungszusage enthaltenen Leistungen vollständig versichert sind, sind einige auf einen bestimmten Betrag begrenzt. Diesen Betrag nennt man Höchsterstattungsbetrag.



# Behandlungen

**Wir verstehen, dass die Suche nach einer Behandlung stressig sein kann. Folgen Sie den beschriebenen Schritten und wir kümmern uns um alle Details, so dass Sie sich darum kümmern können, gesund zu werden.**

## Prüfen Sie Ihren Versicherungsschutz

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

## Manche Behandlungen müssen im Voraus genehmigt werden

Ihre Tarifliche Leistungszusage gibt an, welche Leistungen im Voraus durch das Einreichen eines Formulars zur vorherigen Kostenzusage genehmigt werden müssen. Der Prozess der vorherigen Kostenzusage hilft uns, jeden Fall zu beurteilen, alle Einzelheiten mit dem Krankenhaus vor Ihrer Ankunft zu organisieren und die direkte Abrechnung der Kosten mit dem Krankenhaus zu vereinbaren, sofern möglich.

Für stationäre Notfallbehandlungen ist die Genehmigung mithilfe eines Kostenzusageformulars nicht notwendig. Sie selbst, Ihr behandelnder Arzt, ein Familienangehöriger oder ein Kollege müssen/muss uns jedoch innerhalb von 48 Stunden nach Eintritt des Notfalls über Ihre Krankenhausaufnahme informieren.

Falls wir nicht innerhalb von 48 Stunden über die Aufnahme ins Krankenhaus informiert werden oder falls keine vorherige Kostenzusage für die mit einem \* (Stern) gekennzeichneten Leistungen bei uns eingeholt wird, behalten wir uns das Recht vor, die Zahlung der Kosten abzulehnen. Wenn Sie einen Erstattungsantrag einreichen, ohne eine vorherige Kostenzusage einzuholen, und sich die Behandlung anschließend als medizinisch notwendig erweist, zahlen wir nur 50 % der Leistung.

So reichen Sie ein Formular zur vorherigen Kostenzusage ein:

- Laden Sie ein Formular zur vorherigen Kostenzusage von unserer Website herunter:  
<https://www.allianzcare.com/de/ressourcen.html>
- Senden Sie uns das ausgefüllte Formular per E-Mail, Fax oder Post (Einzelheiten finden Sie auf dem Formular).

## Behandlung im Krankenhaus

Wenn ein Krankenhausaufenthalt notwendig ist, vereinbaren wir, sofern möglich und vorbehaltlich einer rechtzeitigen Benachrichtigung, eine direkte Abrechnung der Kosten mit dem medizinischen Dienstleister unter Berücksichtigung eventueller Eigenanteile und maximaler Erstattungsbeträge. Dies bedeutet, dass wir die Rechnung begleichen und mit dem Krankenhaus direkt verhandeln.

## Rückerstattung Ihrer Kosten für ambulante, zahnärztliche und andere Behandlungen

Wenn für Ihre Behandlung keine Vorabgenehmigung erforderlich ist, bezahlen Sie einfach Ihre Rechnung und fordern Ihre Ausgaben von zurück. Gehen Sie in diesem Fall wie folgt vor:



Lassen Sie sich die benötigte Behandlung zukommen und bezahlen Sie den medizinischen Dienstleister.



Lassen Sie sich von Ihrem medizinischen Dienstleister 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.



Fordern Sie Ihre versicherten Ausgaben zurück, indem Sie ein Erstattungsformular ausfüllen, das Sie hier herunterladen können: [www.allianzcare.com/de/ressourcen/ressourcen-fuer-versicherte.html](http://www.allianzcare.com/de/ressourcen/ressourcen-fuer-versicherte.html). Alternativ können Sie ein Exemplar von Ihrem Gruppenversicherungsverantwortlichen anfordern.

Sie müssen die Abschnitte 5 und 6 des Formulars nur ausfüllen, wenn die angefragten Informationen nicht bereits auf Ihrer medizinischen Rechnung angegeben sind.

Bitte senden Sie uns das Erstattungsformular und alle unterstützenden Dokumente, Rechnungen und Quittungen direkt per E-Mail, Fax oder Post (Einzelheiten finden Sie auf dem Formular). In diesem Fall setzen wir uns mit Ihrem Gruppenversicherungsverantwortlichen in Verbindung, um eine Bestätigung zu erhalten, dass Sie an dem/den Tag(en) Ihrer Behandlung auf Geschäftsreise waren, damit wir Ihre Erstattung bearbeiten können.

Bitte prüfen Sie, dass Ihre Zahlungsangaben auf dem Erstattungsformular korrekt sind, um Verzögerungen bei der Bearbeitung Ihrer Erstattungsansprüche zu vermeiden.

Sie können Ihr ausgefülltes Erstattungsformular und die entsprechenden Rechnungen/Belege/Überweisungen an den Gruppenversicherungsverantwortlichen Ihres Unternehmens weiterleiten, um sie an uns weiterzuleiten. Aus Datenschutzgründen wird empfohlen, die Sendung zu versiegeln.

Weitere Informationen zum Erstattungsverfahren finden Sie im Teil der Versicherungsbedingungen im Abschnitt „Medizinische Erstattungsanträge“ in diesem Handbuch.

Bitte beachten Sie, dass Sie uns innerhalb von 48 Stunden nach Eintritt des Notfalls über eine Behandlung/Krankenhausaufnahme informieren müssen.



## Schnelle Bearbeitung von Erstattungsanträgen

Sobald wir alle Informationen haben, werden wir Ihren Erstattungsantrag innerhalb von 48 Stunden bearbeiten. Wir können den Antrag allerdings nur bearbeiten, wenn Sie uns Ihre Diagnose mitgeteilt haben. Stellen Sie daher bitte sicher, dass Sie diese in Ihrem Antrag angeben. Andernfalls müssen wir diese von Ihnen oder Ihrem Arzt erfragen.

Wir werden Ihnen eine E-Mail oder einen Brief senden, um Ihnen mitzuteilen, wann Ihr Erstattungsantrag bearbeitet wurde.



# Zusätzliche Informationen zu Erstattungsanträgen

## Medizinische Erstattungsanträge

Bevor Sie einen Erstattungsantrag an uns senden, beachten Sie bitte Folgendes:

- a) **Zeitraumen für Erstattungsanträge:** Reichen Sie bitte Ihre Erstattungsanträge über ein Erstattungsformular spätestens sechs Monate nach Ablauf des Versicherungsjahres ein. Wird die Versicherung innerhalb des Versicherungsjahrs gekündigt, so müssen Sie alle Erstattungsanträge spätestens sechs Monate nach Ende des Versicherungsschutzes einreichen. Nach Ablauf dieses Zeitraums sind wir nicht zur Erstattung verpflichtet.
- b) **Kostenzusage/Vorabgenehmigung:** Bitte beachten Sie, dass bei bestimmten Kosten ein Formular zur vorherigen Kostenzusage vor Behandlungsbeginn eingereicht werden muss. Bitte entnehmen Sie der Tariflichen Leistungszusage, für welche Leistungen eine Vorabgenehmigung erforderlich ist.
- c) **Erstattungsfähige Kosten:** Wir zahlen nur Erstattungsansprüche, wenn es sich um versicherte medizinische Notfallbehandlungen handelt, die medizinisch notwendig sind, von einem zugelassenen Arzt, Zahnarzt oder sonstigem Therapeuten erbracht werden, die der allgemein akzeptierten medizinischen Praxis entsprechen und während der Geltungsdauer des Versicherungsschutzes aufgetreten sind.
- d) **Unterstützende Dokumente:** 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.
- e) **Währung:** Geben Sie bitte die Währung an, in der Sie die Zahlung erhalten möchten. In seltenen Fällen kann es vorkommen, dass wir aufgrund internationaler Bankgesetze keine Zahlung in der gewünschten Währung vornehmen können. In diesem Fall suchen wir gerne eine geeignete Alternativwährung. 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.  
Bitte beachten Sie, dass wir uns das Recht vorbehalten, zu entscheiden, welchen Wechselkurs wir anwenden.

- f) **Rückerstattung:** Nur Kosten, die durch versicherte Behandlungen entstanden sind, werden im Rahmen Ihres Versicherungsvertrags zurückerstattet. Dabei werden alle Anforderungen bezüglich einer vorherigen Kostenzusage berücksichtigt.
- g) **Anzahlung:** Müssen Sie vor einer medizinischen Behandlung eine Anzahlung leisten, so werden diese Kosten nach der Behandlung zurückerstattet.
- h) **Informationen bereitstellen:** Sie erklären sich damit einverstanden, uns bei der Beschaffung aller Informationen zu unterstützen, die wir zur Bearbeitung eines Erstattungsantrags benötigen. Wir sind berechtigt, in direkten Kontakt mit medizinischen Dienstleistern oder behandelnden Ärzten zu treten und Einsicht in medizinische Unterlagen zu nehmen. Falls wir es für notwendig erachten, können wir auf unsere Kosten eine medizinische Untersuchung durch unsere Ärzte verlangen. Auch können wir auf einer Autopsie bestehen, sofern dies nicht per Gesetz verboten wird. Alle Informationen werden vertraulich behandelt. Wir behalten uns vor, die Leistungen zu verweigern, falls Sie uns nicht bei der Beschaffung dieser Informationen unterstützen.
- i) **Zahlungen:** Wir zahlen Erstattungen direkt an Versicherte. Wann immer möglich, versuchen wir, die Kosten für eine stationäre Behandlung direkt und für entsprechende Versicherte bargeldlos mit dem jeweiligen Krankenhaus abzurechnen. Wir erstatten Kosten pro versicherter Person unter Berücksichtigung einer erforderlichen Kostenzusage sowie der Erstattungsbeträge des Tarifs.
- j) **Ablauf des Versicherungsschutzes:** Bei Ablauf Ihres Versicherungsvertrags erlischt Ihr Recht auf Erstattung versicherter Krankheitskosten (nähere Informationen finden Sie im Abschnitt „Ablauf der Versicherung“).

## Überführungen und Rücktransporte

Beim ersten Anzeichen dafür, dass Sie eine medizinische Überführung oder einen medizinischen Rücktransport brauchen, rufen Sie bitte unsere rund um die Uhr erreichbare Helpline an. Wir kümmern uns dann um alles Weitere. Aufgrund der Dringlichkeit raten wir Ihnen, wenn möglich, uns anzurufen. Sie können aber auch gerne eine E-Mail senden. Falls Sie eine E-Mail schreiben, nehmen Sie den Hinweis „Dringend – Überführung/Rücktransport“ in die Betreffzeile auf.

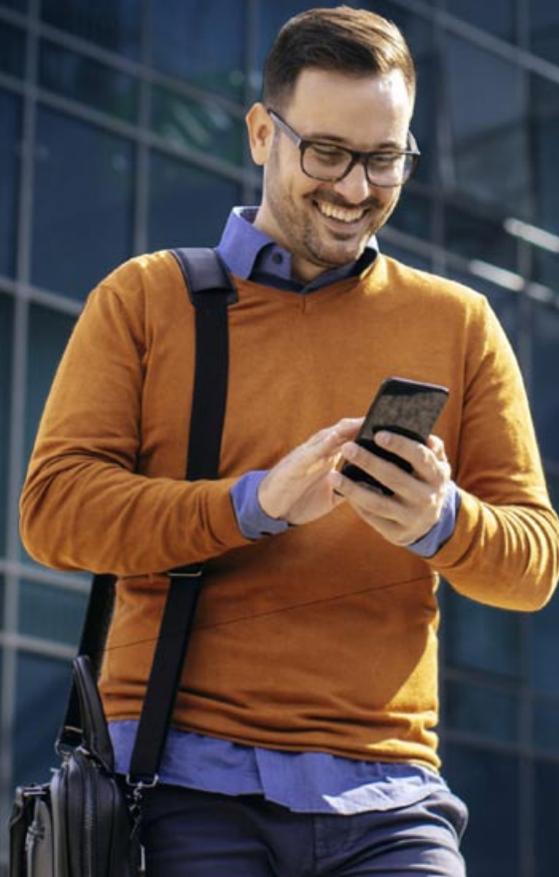
Wenden Sie sich bitte an uns, bevor Sie mit anderen Anbietern sprechen, selbst wenn Sie von diesen angesprochen werden, um potenzielle überhöhte Kosten oder unnötige Verzögerungen zu vermeiden. Falls die Überführung/der Rücktransport nicht durch uns organisiert wird, behalten wir uns das Recht vor, alle Kosten abzulehnen.

☎ +353 1 630 1302

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



# Allgemeine Versicherungsbedingungen Ihres Versicherungsschutzes



# Allgemeine Versicherungsbedingungen

**Dieser Abschnitt beschreibt die Leistungen und Regelungen für Ihre Notfallkrankenversicherung für Geschäftsreisen. Lesen Sie diesen Abschnitt bitte zusammen mit Ihrer Tariflichen Leistungszusage und Ihrem Versicherungsschein, sofern Sie einen haben.**

- Auf dem **Versicherungsschein** ist der Tarif (bzw. die Tarife) und der geografische Geltungsbereich aufgeführt, den Ihr Unternehmen ausgewählt hat. Er zeigt außerdem das Versicherungsbeginn- sowie das Verlängerungsdatum an. Wir werden Ihnen einen neuen Versicherungsschein senden, wenn wir Änderungen, die von Ihrem Unternehmen gewünscht werden oder zu denen wir berechtigt sind, aufzeichnen müssen oder wenn Sie eine Änderung wünschen und Ihr Unternehmen dieser Änderung zustimmt und wir diese annehmen.
- In Ihrer **Tariflichen Leistungszusage** sind die Tarife aufgeführt, die von Ihrem Unternehmen ausgewählt wurden, und die damit verbundenen Leistungen, die für Sie verfügbar sind. Sie zeigt außerdem Informationen zu den Leistungen und Behandlungen, für die Sie eine Kostenzusage einreichen müssen. Es werden die Leistungen bestätigt, für die bestimmte Höchsterstattungsbeträge 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 uns geändert werden.

# Verwaltung Ihrer Police

## Beginn des Versicherungsschutzes

Die Unternehmensvereinbarung ist ein Versicherungsvertrag zwischen Ihrem Unternehmen und Allianz Care für ein Versicherungsjahr. Das Datum des Versicherungsbeginns und des Versicherungsendes sind in der Unternehmensvereinbarung angegeben.

Je nachdem, welches Produkt Ihr Unternehmen auswählt, können die Bedingungen eine der folgenden sein:

- Die Laufzeit Ihrer Versicherungspolice hängt von der Versicherungsdauer ab, die Ihr Unternehmen für Sie gewählt hat (90 oder 180 Tage). Welcher Geltungsbereich auf Sie zutrifft, entnehmen Sie bitte Ihrem Versicherungsschein.
- Der Versicherungsschutz, den Sie im Rahmen dieser Unternehmensvereinbarung erhalten, gilt für eine maximale Anzahl an Reisetagen („Versicherungsdauer“) pro Versicherungsjahr. Ihr Versicherungsschutz beginnt am ersten Tag Ihrer Geschäftsreise und gilt bis zur Ausschöpfung der maximalen Anzahl an Reisetagen oder bis zum Ende des jeweiligen Versicherungsjahres, je nachdem, was früher eintritt. Bitte wenden Sie sich an Ihren Gruppenversicherungsverantwortlichen, um die Versicherungsdauer zu bestätigen.

## Verlängerung des Versicherungsschutzes

Am Ende des Versicherungsjahres kann Ihr Unternehmen entscheiden, die Versicherung gemäß den zum entsprechenden Zeitpunkt geltenden allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Versicherungsvertrag zu verlängern. Sie sind dann an diese Bedingungen gebunden.

Wenn Ihr Unternehmen den Unternehmensvertrag mit uns verlängert, wird eine neue maximale Anzahl von Reisetagen („Versicherungsdauer“) für Sie vereinbart. Ihr Versicherungsschutz für das neue Versicherungsjahr beginnt am ersten Tag Ihrer Geschäftsreise und gilt bis zur maximalen Anzahl an Reisetagen oder bis zum Ende des neuen Versicherungsjahres, je nachdem, was früher eintritt.

## Korrespondenz

Wenn Sie uns schreiben möchten, senden Sie bitte eine E-Mail oder einen Brief per Post (frankiert). Wir senden Originaldokumente normalerweise nicht an Sie zurück. Wenn Sie aber danach fragen, machen wir es gerne.

## Ende Ihres Versicherungsschutzes

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

- Wenn Sie nach einer Auslandsreise in das Land Ihres Hauptwohnsitzes oder in das Land Ihrer Hauptbeschäftigung zurückkehren oder infolge einer medizinische Überführung/eines medizinischen Rücktransports.
- Nach 90 bzw. 180 Tagen Reisetagen im Ausland innerhalb des Versicherungsjahres (je nachdem, welche Versicherungsdauer Ihr Unternehmen gewählt hat).
- Wenn Sie die für Sie vereinbarte Anzahl von Reisetagen im jeweiligen Versicherungsjahr erreichen. Bitte wenden Sie sich an den Gruppenversicherungsverantwortlichen Ihres Unternehmens, um die maximale Anzahl Ihrer Reisetage bestätigen zu lassen.
- Wenn Ihr Unternehmen die Versicherung kündigt oder nicht verlängert.
- Wenn Ihr Unternehmen die Beiträge nicht bezahlt oder andere nach der Unternehmensvereinbarung mit uns fällige Zahlungen nicht leistet.
- Wenn Sie aus dem Unternehmen ausscheiden.
- Bei Ableben des versicherten Mitarbeiters. Falls die versicherte Person jedoch auf einer Geschäftsreise im Ausland verstirbt, endet der Versicherungsschutz nach der Überführung nach dem Todesfall.

Wir können Ihren Versicherungsschutz und den Ihrer Angehörigen, sofern zutreffend, kündigen, wenn ausreichende Beweise vorliegen, dass Sie oder Ihre Angehörigen uns irreführt haben oder versucht haben, uns irrezuführen. Damit ist gemeint, dass Sie uns falsche Angaben mitgeteilt oder Tatsachen verschwiegen haben oder mit Ihrem Einverständnis von einem Dritten vorsätzlich oder fahrlässig falsche Angaben gemacht wurden, die für die Beurteilung folgender Fragen wichtig gewesen wären:

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

## Ablauf der Versicherung

Bei Ablauf Ihres Versicherungsvertrags erlischt Ihr Recht auf Erstattung von Kosten versicherter Leistungen. Bis zu sechs Monate nach Ablauf Ihrer Versicherung erstatten wir alle erstattungsfähigen Kosten, die während der Versicherungsdauer angefallen sind.

Für den Fall, dass im Ausland ein Notfall eintritt, für den Leistungen aus diesem Versicherungsschutz zu erbringen sind und der bei Ablauf Ihres Versicherungsschutzes noch andauert, werden die Kosten weiterhin übernommen. Dies gilt nur, wenn Sie nachweislich reiseunfähig sind und bis zu dem Zeitpunkt, an dem Sie wieder reisefähig sind (bis maximal vier Wochen nach Versicherungsende).

# Beitragszahlungen

## Wenn Ihr Unternehmen die Beiträge Ihrer Versicherung bezahlt

In den meisten Fällen ist Ihr Unternehmen für die Zahlung der Versicherungsbeiträge für Sie und Ihre Angehörigen verantwortlich, sofern dies in der Unternehmensvereinbarung geregelt ist. Ihr Unternehmen zahlt möglicherweise auch andere Steuern und Abgaben, die mit Ihrem Versicherungsschutz verbunden sind (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 Beiträge Ihrer Versicherung bezahlen

Wenn Sie für die Zahlung Ihrer Versicherungsbeiträge verantwortlich sind, müssen Sie die Beiträge während der Laufzeit der Versicherung jeweils im Voraus entrichten. Ihr Versicherungsschein zeigt den Betrag, den Ihr Unternehmen mit uns vereinbart hat, und die von Ihnen gewählte Zahlungshäufigkeit. Der **Erstbeitrag** bzw. die erste Beitragsrate ist sofort nach unserer Annahme Ihres Versicherungsantrags durch uns fällig. Wenn Sie Ihre Rechnung erhalten, überprüfen Sie bitte, ob der Versicherungsbeitrag mit dem Betrag auf dem Angebot, das Sie erhalten haben, übereinstimmt und kontaktieren Sie uns sofort, wenn dies nicht der Fall ist. Wir sind nicht verantwortlich für Zahlungen, die über Dritte erfolgen. **Folgebeiträge** sind jeweils am ersten Tag des gewählten Zahlungszeitraums fällig.

Falls zutreffend, müssen Sie möglicherweise zusätzlich zu Ihrem Beitrag die folgenden Steuern zahlen:

- Steuer auf Versicherungsbeiträge
- Mehrwertsteuer
- Andere Steuern und Abgaben oder Gebühren in Bezug auf Ihren Versicherungsschutz, die wir Ihnen möglicherweise gesetzlich berechnen müssen.

Diese Gebühren können bei Versicherungsbeginn bereits zu zahlen sein oder erst später eingeführt werden (oder sich in Zukunft ändern). Ihre Rechnung zeigt diese Steuern an. Wenn sich diese ändern oder neue Steuern eingeführt werden, werden wir Sie schriftlich informieren. Wenn Sie diese Änderungen nicht akzeptieren, können Sie Ihren Versicherungsschutz beenden. Wir werden keine dieser Änderungen geltend machen, 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.

In einigen Ländern kann es auch erforderlich sein, eine Quellensteuer zu erheben. In diesem Fall liegt es in Ihrer Verantwortung, diesen Betrag zu berechnen und zusätzlich zu Ihrem Versicherungsbeitrag (der an uns bezahlt wird) an die entsprechenden Behörden zu zahlen.

Einmal jährlich zum Verlängerungsdatum können wir die Methoden der Berechnung des Beitrags oder der anfallenden Steuern, 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 können Ihre Zahlungsmethode am Verlängerungsdatum ändern. 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.

# Weitere Bestimmungen für Ihren Versicherungsschutz

**Geltendes Recht:** Ihre Police unterliegt den Gesetzen und Gerichten des Landes, das in der Unternehmensvereinbarung genannt wird, sofern gesetzlich nicht anderes vorgeschrieben.

**Wirtschaftssanktionen:** Es besteht kein Versicherungsschutz, wenn ein Bestandteil der Versicherung, der Leistungen, Tätigkeiten oder Geschäfte gegen geltende Sanktionen oder Regulierungen der Vereinten Nationen, der Europäischen Union oder jeglicher anderer Wirtschafts- bzw. Handelssanktionen oder -regulierungen verstoßen.

**Wer ist versichert:** Nur die versicherten Personen und Angehörigen (falls zutreffend), wie in diesem Versicherungshandbuch und der Unternehmensvereinbarung beschrieben, haben Anspruch auf Versicherungsschutz.

**Beträge, die wir leisten:** Wir haften mit den in der Tariflichen Leistungszusage und in etwaigen folgenden Policennachträgen genannten Beträgen. Der Gesamterstattungsbetrag aus dieser Versicherungspolice, aus einer gesetzlichen Krankenversicherung und anderen Versicherungen wird auf keinen Fall den Rechnungsbetrag übersteigen.

**Wer kann Änderungen an Ihrer Police vornehmen:** Niemand außer einer von Ihnen autorisierten Person oder der Gruppenversicherungsverantwortliche darf in Ihrem Namen Änderungen an Ihrer Police vornehmen. Änderungen sind nur gültig, wenn sie von uns und Ihrem Unternehmen angenommen werden.

**Wenn Versicherungsschutz durch jemand anderen bereit gestellt wird:** Wir können einen Erstattungsantrag ablehnen, wenn Sie Erstattungsansprüche bei den folgenden Parteien haben:

- Einem öffentlichen System oder einer gesetzlichen Krankenversicherung
- Einer anderen Krankenversicherung
- Einem Dritten

Sollte dies der Fall sein, müssen Sie uns darüber informieren und uns alle notwendigen Informationen mitteilen. Sie 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 Sie ausbezahlten Beträge zurückzufordern und den Versicherungsvertrag zu kündigen.

Wir haben das Recht, jeden Betrag, den wir für eine Forderung gezahlt haben, von einem Dritten zurückzufordern, wenn die Kosten von diesem Dritten fällig wären oder geleistet wurden. Dies nennt man Rechtsnachfolge. Wir können auf unsere Kosten rechtliche Schritte in Ihrem Namen einleiten, um dies zu erreichen.

Wir leisten keinen Beitrag an einen anderen Versicherer, wenn die Kosten ganz oder teilweise von diesem Versicherer übernommen werden. Wenn der Tarif von uns jedoch einen höheren Betrag versichert als der des anderen Versicherers, zahlen wir den Betrag, der nicht von diesem gezahlt wird.

**Umstände außerhalb unserer Kontrolle (höhere Gewalt):** Wir versuchen immer unser Bestes für Sie zu tun. Wir haften jedoch nicht für Verzögerungen oder Fehler in unseren Verpflichtungen Ihnen gegenüber, die durch Dinge verursacht werden, die außerhalb unserer angemessenen Kontrolle liegen. Beispiele sind extreme Wetterbedingungen, Überflutungen, Erdbeben, Erdbeben, Stürme, Blitzschlag, Feuer, Bergsenkungen, Epidemien, terroristische Gewalttaten, Ausbruch militärischer Kampfhandlungen (egal ob ein Krieg erklärt wurde oder nicht), Aufstände, Explosionen, Streiks oder sonstige Arbeitsunruhen, zivile Unruhen, Sabotage, Enteignung durch Regierungsstellen.

**Betrug:** Wir werden keine Erstattungen leisten, wenn:

- der Erstattungsantrag falsch, betrügerisch oder absichtlich übertrieben ist.
- Sie, Ihre Angehörigen oder Personen, die in Ihrem oder im Namen Ihrer Angehörigen handeln, betrügerische Mittel nutzen, um im Rahmen dieser Police Leistungen zu erhalten.

Sämtliche Erstattungen, die vor Bekanntwerden der betrügerischen Handlung oder der Nichtoffenlegung erfolgten, sind mit sofortiger Wirkung an uns zurückzuzahlen. Wir behalten uns das Recht vor, Ihr Unternehmen über jegliche betrügerische Handlung zu informieren.

**Kontaktaufnahme zu Angehörigen:** Zur Verwaltung Ihrer Police müssen wir möglicherweise weitere Informationen anfordern. Wenn wir Informationen zu einem Ihrer Angehörigen anfragen müssen (z. B. wenn wir eine E-Mail-Adresse für einen erwachsenen Angehörigen wissen möchten), setzen wir uns mit Ihnen als Kontaktperson in Verbindung und fragen Sie nach den relevanten Informationen, sofern diese vorliegen und keine vertraulichen Informationen sind. Genauso können wir Ihnen bei unserer Bearbeitung von Erstattungsanträgen nicht-vertrauliche Informationen über ein Familienmitglied senden.

# Datenschutz

Unser Datenschutzhinweis erklärt, wie wir Ihre Privatsphäre schützen und wie Ihre persönlichen Daten verwendet werden. Sie sollten diese Information lesen, bevor Sie Ihre persönlichen Daten an uns übermitteln. Um unseren Datenschutzhinweis zu lesen, gehen Sie bitte auf:

 [www.allianzcare.com/de/datenschutz.html](http://www.allianzcare.com/de/datenschutz.html)

Alternativ können Sie uns auch anrufen und eine Kopie anfragen.

 **+353 1 630 13 02**

Falls Sie Fragen dazu haben, wie Ihre persönlichen Daten verwendet werden, schreiben Sie uns eine E-Mail.

 [AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com](mailto:AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com)

# Beschwerden und Mediationsverfahren

Wenn Sie Anregungen oder Beschwerden haben, rufen Sie bitte immer zuerst unsere Helpline an. Wenn wir das Problem nicht am Telefon lösen können, schreiben Sie uns bitte eine E-Mail oder einen Brief:

 [+353 1 630 1302](tel:+35316301302)

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

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

Wir werden Ihre Beschwerde nach unserem internen Beschwerdemanagement-Prozess handhaben. Weitere Einzelheiten finden Sie hier:

 [www.allianzcare.com/complaints-procedure](http://www.allianzcare.com/complaints-procedure)

Sie können sich außerdem an unsere Helpline wenden, die Ihnen gerne eine Kopie unseres Prozesses zukommen lässt.

# Definitionen

Die folgenden Definitionen gelten für die Leistungen unserer Krankenversicherungstarife: Bitte entnehmen Sie Ihrer Tariflichen Leistungszusage, welche Leistungen Ihr Versicherungsschutz umfasst. Sollten Leistungen in Ihrem Versicherungsschutz enthalten sein, die nicht unten aufgelistet sind, so ist die entsprechende Definition in den Anmerkungen am Ende Ihrer Tariflichen Leistungszusage aufgeführt. Wo immer die nachstehenden Begriffe und Ausdrücke in Ihren Versicherungsunterlagen verwendet werden, haben sie die im Folgenden definierte Bedeutung:

## A

### **Akut**

bezeichnet den plötzlichen Beginn von Symptomen oder einer Erkrankung.

### **Allgemeinmedizinerkosten**

umfassen alle außer-chirurgische Behandlungen, die von einem praktischen Arzt durchgeführt oder überwacht werden.

### **Ambulante Behandlungen**

umfassen Behandlungen in der Praxis eines Allgemeinmediziners, Therapeuten oder Facharztes, bei denen Sie nicht in ein Krankenhaus eingewiesen werden.

### **Ambulante Notfallbehandlung**

ist die medizinisch notwendige Behandlung in einer ambulanten Einrichtung oder Notaufnahme eines Krankenhauses, innerhalb von 24 Stunden nach einem Unfall oder einer plötzlich auftretenden Krankheit, ohne dass aus medizinischer Sicht ein Krankenhausaufenthalt über Nacht notwendig ist.

### **Ambulante Operationen**

sind chirurgische Eingriffe, die in einer Arztpraxis, einer Tagesklinik oder einem Krankenhaus durchgeführt werden und es aus medizinischer Sicht nicht erfordern, dass Sie über Nacht bleiben.

### **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. Die Behandlung kann Pulpotomie oder Pulpektomie und den damit

einhergehenden provisorischen Füllungen umfassen, begrenzt auf drei Füllungen pro Versicherungsjahr. Die Behandlung muss innerhalb von 24 Stunden nach Eintritt des Notfalls erfolgen. Sie umfasst weder Zahnprothesen noch dauerhaften Zahnersatz oder Wurzelbehandlungen.

### **Angehöriger**

ist Ihr/e Ehepartner(in) oder Partner(in), die/der vom Unternehmen als Angehörige bestätigt wurde. Nur Angehörige, die zusammen mit der versicherten Person reisen, haben Anspruch auf Versicherungsschutz.

### **Arzt**

ist eine Person, die als praktizierender Arzt gemäß dem Recht des Landes zugelassen ist, in dem die Behandlung erfolgt und in dem er gemäß seiner Zulassung praktiziert.

### **Ärzte für Allgemeinmedizin**

sind Ärzte, die gemäß dem Recht des Landes zugelassen sind, in dem die Behandlung erfolgt und in dem sie zugelassen sind.

## B

### **Behandlung**

bezeichnet jedes medizinische Verfahren zur Heilung oder Linderung von akuten Krankheiten oder Verletzungen.

# C

## **Chirurgische Hilfsmittel und Materialien**

werden für Operationen benötigt. Dazu gehören auch künstliche Körperteile oder Geräte wie Gelenkersatzimplantate, Knochenschrauben und -platten, Vorrichtungen für künstliche Herzklappen, endovaskuläre Stents, implantierbare Defibrillatoren und Herzschrittmacher.

## **Chronische Erkrankung**

ist definiert als Krankheit, Erkrankung oder Verletzung, die entweder länger als sechs Monate dauert oder mindestens einmal jährlich ärztliche Hilfe (eine Untersuchung oder Behandlung) erfordert. Sie weist zudem eine der folgenden Merkmale auf:

- 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.

# D

## **Diagnostische Untersuchungen**

sind z. B. Röntgen- oder Bluttests, die vorgenommen werden, um die Ursache vorliegender Symptome zu ermitteln.

## **Die Zähne betreffende verschreibungspflichtige Arzneimittel**

sind Arzneimittel oder 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. Mundspülungen, Fluoridprodukte, antiseptische Gele und Zahncremes sind nicht damit gemeint.

# F

## **Facharzt**

ist ein zugelassener Arzt, der über die notwendige Zusatzqualifikation verfügt und ausreichende Fachkenntnisse über diagnostische Methoden, Behandlungen und Präventivmaßnahmen in einem speziellen Gebiet der Medizin erworben hat, um in diesem medizinischen Fachgebiet zu praktizieren.

## **Facharztkosten**

sind Kosten für außer-chirurgische Behandlungen, die von einem zugelassenen Facharzt durchgeführt oder überwacht werden. Diese Leistung umfasst keine Kosten für Psychiater, Psychologen oder Behandlungen, die bereits durch eine andere Leistung in Ihrer Tariflichen Leistungs-zusage versichert sind. Wir versichern keine Behandlungen durch Fachärzte, die in Ihrem Vertrag ausgeschlossen sind.

# G

## **Geschäftsreise**

bezeichnet eine kurzfristige geschäftliche Reise der versicherten Person ins Ausland. Zusätzliche Reisetage, die der Geschäftsreise vorausgehen oder folgen, aber nicht für den geschäftlichen Anlass/Bedarf erforderlich sind oder damit in Zusammenhang stehen, sind nicht versichert.

## **Gruppenversicherungsverantwortlicher**

ist der ernannte Vertreter des Unternehmens, der unser Hauptansprechpartner ist und uns bei allen Fragen bezüglich der Gruppentarifverwaltung wie Anmeldung, Einzug von Beiträgen und Verlängerung zur Seite steht.

# K

## **Komplikationen bei der Entbindung**

bezieht sich auf nachgeburtliche Blutungen und Plazentarückstände.

## **Komplikationen während der Schwangerschaft**

beziehen sich auf die Gesundheit der Mutter. Versicherungsschutz besteht lediglich für die folgenden Umstände, die in der vorgeburtlichen Phase auftreten können: Ektopische Schwangerschaft, Schwangerschaftsdiabetes, Präeklampsie, Fehlgeburt, drohende Fehlgeburt, Totgeburt und Blasenmole.

Wir versichern im Notfall bei Schwangerschaftskomplikationen bis zum Ende der 32. Schwangerschaftswoche (bei Mehrlingsgeburten bis zum Ende der 25. Schwangerschaftswoche), vorausgesetzt, die Mutter ist bei Antritt der Geschäftsreise gesund und es gibt keine Anzeichen für Schwierigkeiten mit der Schwangerschaft.

Erfolgt eine unerwartete Entbindung während einer Geschäftsreise vor dem Ende der 32. Schwangerschaftswoche (bzw. vor dem Ende der 25. Schwangerschaftswoche bei Mehrlingsgeburten), übernehmen wir die erforderlichen Behandlungen/Eingriffe für die Mutter während der Geburt, jedoch nicht für die Neugeborenenpflege.

### 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.



### Land der Hauptbeschäftigung

ist das Land, in dem die versicherte Person Steuern und Sozialversicherungsbeiträge bezahlt.

### Land des Hauptwohnsitzes

ist das Land, in dem Sie und Ihre Angehörigen (falls zutreffend) länger als sechs Monate im Jahr leben/leben werden.

### Lokaler Krankentransport

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



### Medizinische Notwendigkeit

bezieht sich auf medizinische Behandlungen, Services oder Versorgung, die alle folgenden Anforderungen erfüllen:

- erforderlich, um den Zustand, die Erkrankung oder Verletzung zu diagnostizieren oder zu behandeln;
- stimmen mit Beschwerden, Diagnose und Behandlung der zugrunde liegenden Erkrankung überein;

- entsprechen der allgemein anerkannten medizinischen Praxis und den professionellen Standards der medizinischen Versorgung, die aktuell in der Medizin gelten (dies gilt nicht für ergänzende Behandlungsmethoden, wenn sie Bestandteil Ihres Versicherungsschutzes sind);
- werden nicht aus Gründen der Bequemlichkeit oder des persönlichen Vorteils für Sie oder den behandelnden Arzt durchgeführt;
- haben nachgewiesenen medizinischen Wert (dies gilt nicht für ergänzende Behandlungsmethoden, wenn sie Bestandteil Ihres Versicherungsschutzes sind);
- sie die angemessenste Art und Stufe der medizinischen Versorgung darstellen;
- werden in einer geeigneten Einrichtung und auf einem dem Krankheitszustand entsprechenden Versorgungsniveau erbracht;
- 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. „Medizinische Notwendigkeit“ bedeutet im Zusammenhang mit einer stationären Behandlung, dass die Diagnose und Behandlung unter Berücksichtigung der Patientensicherheit und des medizinischen Qualitätsstandards nicht im ambulanten Bereich erfolgen kann.

### Medizinischer Rücktransport

ist ein optionaler Tarif und in der Tariflichen Leistungszusage aufgeführt, 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.

Sie müssen uns beim ersten Anzeichen, dass ein Rücktransport erforderlich wird, kontaktieren. Wir organisieren und koordinieren dann alle Stufen des Rücktransports, bis Sie sicher am Zielort angekommen sind. Falls der Rücktransport nicht durch uns organisiert wird, behalten wir uns das Recht vor, alle Kosten abzulehnen.

### Medizinische Überführung

betrifft die folgenden Fälle:

- wenn die medizinisch notwendige Behandlung, für die Sie versichert sind, vor Ort nicht erhältlich ist.
- wenn im Notfall keine angemessen kontrollierten Blutkonserven vorhanden sind.

Wir werden Sie zur nächstgelegenen geeigneten medizinischen Einrichtung (die sich nicht unbedingt in Ihrem Land des Wohnsitzes oder Ihrer Hauptbeschäftigung befinden muss) per Krankenwagen, Hubschrauber oder Flugzeug überführen. Die medizinische Überführung muss

von Ihrem Arzt angefordert und in ökonomisch sinnvoller Weise unter Berücksichtigung der medizinischen Umstände durchgeführt werden. Nach Beendigung der Behandlung übernehmen wir auch die Kosten der Rückreise (Economy-Klasse) in das Land Ihres Hauptwohnsitzes.

Wenn Sie nach Beendigung der **stationären Behandlung und der Entlassung** nicht reisen oder überführt werden können, übernehmen wir die angemessenen Kosten für ein Hotelzimmer mit privatem Bad bis zu maximal sieben Tagen. Kosten einer Hotelsuite oder eines Vier- oder Fünf-Sterne-Hotels sowie Hotelkosten für eine Begleitperson werden nicht erstattet.

Wenn Sie zur nächstgelegenen geeigneten medizinischen Einrichtung überführt wurden und dort laufende Behandlungen erhalten, erklären wir uns gerne bereit, die angemessenen Kosten für ein Hotelzimmer mit privatem Badezimmer zu erstatten. Diese Kosten müssen geringer sein als die Kosten von einigen Fahrten zwischen dem nächstgelegenen geeigneten medizinischen Zentrum und Ihrem Hauptwohnsitzland. 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 vom behandelnden Arzt und unseren medizinischen Experten geraten wird. Wir und unsere Partner übernehmen keine Haftung, falls unsere Bemühungen erfolglos sind oder wenn von der behandelnden Stelle infiziertes Blut oder Transfusionsbesteck verwendet wird.

Sie müssen uns beim ersten Anzeichen, dass eine Überführung erforderlich wird, kontaktieren. Wir organisieren und koordinieren dann die Überführung, bis Sie sicher am Zielort angekommen ist. Falls Überführungen nicht durch uns organisiert werden, behalten wir uns das Recht vor, alle Kosten abzulehnen.

# N

## **Notfall**

ist der Ausbruch einer plötzlichen und unvorhergesehenen Erkrankung, bei der eine dringende medizinische Behandlung notwendig ist. Nur Behandlungen, die innerhalb von 24 Stunden nach Eintritt des Notfallereignisses beginnen, sind versichert. Das versicherte Ereignis beginnt mit dem Notfall und endet, wenn die Behandlung als Folge der Ergebnisse einer medizinischen Diagnose nicht mehr als Teil des Notfalls gilt oder wenn der Patient transportfähig ist.

# O

## **Onkologie**

umfasst alle Facharztgebühren, Kosten für diagnostische Tests, Strahlentherapie, Chemotherapie und Krankenhausgebühren, die in Verbindung mit einer Krebsbehandlung entstehen, vom Zeitpunkt der Diagnose.

## **Orthomolekulare Behandlung**

bezieht sich auf eine alternative Behandlung, die darauf abzielt, das individuelle biochemische Gleichgewicht durch Nahrungsergänzungsmittel wiederherzustellen. Dabei werden natürliche Substanzen wie Vitamine, Mineralstoffe, Enzyme und Hormone verwendet.

# R

## **Reguläre Schwangerschaft**

bezieht sich auf medizinisch notwendige Kosten, die während der Schwangerschaft und Entbindung anfallen. Dies umfasst alle medizinisch notwendigen Kosten, die während der Schwangerschaft und Entbindung entstehen, einschließlich der Krankenhauskosten, Facharztkosten, Geburtsvorsorge und Geburtsnachsorge der Mutter, Kosten für die Hebamme (nur während der Geburtswehen).

## **Rehabilitation**

ist eine Kombination aus Physio-, Beschäftigungs- und Sprachtherapie. Ziel ist die Wiederherstellung der normalen Form und/oder Funktion nach einer akuten Erkrankung, Verletzung oder Operation. Behandlungen müssen in einer Rehabilitationseinrichtung innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung aus der medizinischen Einrichtung aufgrund einer akuten medizinischen und/oder chirurgischen Behandlung stattfinden.

## **Rücktransport im Todesfall**

ist der Transport der sterblichen Überreste des Verstorbenen vom Aufenthaltsland in das Bestattungsland. Wir erstatten die folgenden Kosten: 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. Wir übernehmen keine Kosten für eine Begleitperson, die sterblichen Überreste begleitet. Wir müssen alle versicherten Kosten im Zusammenhang mit dem Rücktransport im Todesfall über eine vorherige Kostenzusage genehmigen und wir müssen eine offizielle Sterbeurkunde sowie eine schriftliche Bestätigung eines Arztes über die Todesursache erhalten.

# S

## **Schwangerschaft**

ist der Zeitraum, in dem Sie ein Baby erwarten, vom Datum der ersten Diagnose bis zur Entbindung.

## **Sie/Ihr**

bezeichnet die Person, die für das Unternehmen arbeitet und jegliche Angehörigen, die im Versicherungsschein genannt werden.

## **Stationäre Behandlungen**

sind Behandlungen in einem Krankenhaus, die eine Übernachtung aus medizinischer Sicht erfordern.

## **Stationäre zahnärztliche Notfallbehandlung**

beinhaltet eine zahnärztliche Notfallbehandlung aufgrund eines schweren Unfalls, der einen Krankenhausaufenthalt erforderlich macht. Die Behandlung dient der sofortigen Linderung von Zahnschmerzen und muss innerhalb von 24 Stunden nach dem Notfallereignis erfolgen. Der Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf anschließend erforderliche Zahnbehandlung, Zahnchirurgie, Zahnersatz, Kieferorthopädie oder zahnärztliche Parodontalbehandlung.

# T

## **Teilstationäre Behandlung/Tagesklinik**

ist eine geplante Behandlung, die tagsüber in einem Krankenhaus oder einer Tagesklinik stattfindet. Sie schließt die Bereitstellung eines Krankenhauses 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.

## **Therapeut**

ist ein Chiropraktiker, Osteopath, Arzt der traditionellen chinesischen Medizin, Homöopath, Akupunktur, Physiotherapeut, Sprachtherapeut, Beschäftigungstherapeut oder Okulomotortherapeut, der die notwendige Qualifikation und eine gesetzliche Zulassung des Landes hat, in dem die Behandlung durchgeführt wird.

# U

## **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 sowie eine Diagnose und eine Behandlung ermöglichen.

## **Unterbringung im Krankenhaus**

Die Standardunterbringung in einem Ein-, Zwei- oder Mehrbettzimmer, wie in der Tariflichen Leistungszusage vereinbart. Zimmer mit besonderem Komfort (Deluxe- und Executive-Zimmer sowie Suites) sind durch diese Versicherung nicht abgedeckt.

## **Unternehmen**

ist Ihr Arbeitgeber (bzw. Das Unternehmen, in dessen Auftrag Sie eine Geschäftsreise antreten) und dessen Name in der Unternehmensvereinbarung genannt wird.

## **Unternehmensvereinbarung**

ist die Vereinbarung, die wir mit Ihrem Unternehmen haben, durch die Sie und Ihre Familienangehörigen bei uns versichert sind. Die Vereinbarung regelt, wer versicherbar ist, wann der Versicherungsschutz beginnt, wie er erneuert wird und wie die Beiträge bezahlt werden.

# V

## **Verschreibungspflichtige Arzneimittel**

sind Arzneimittel, die Sie nicht ohne ärztliches Rezept kaufen können und die eine bestätigte Diagnose oder Krankheit behandeln oder einen Mangel an lebenswichtigen Körpersubstanzen ausgleichen sollen. Beispiele sind Antibiotika und Beruhigungsmittel. Verschreibungspflichtige Arzneimittel müssen auf ihre klinische Wirkung für den diagnostizierten Zustand getestet sein. Sie müssen außerdem von international anerkannten medizinischen Richtlinien anerkannt werden.

Bitte beachten Sie, dass es im Falle einer laufenden Behandlung in Ihrer Verantwortung liegt, einen ausreichenden Vorrat an notwendigen verschreibungspflichtigen Medikamenten mit auf Geschäftsreise zu nehmen.

## **Versicherte Personen**

sind Angaben zu Versicherten:

- Mitarbeiter des Unternehmens, die außerhalb des Landes ihres Hauptwohnsitzes oder des Landes ihrer Hauptbeschäftigung reisen (je nachdem, was zutrifft). Je nach Unternehmensvereinbarung kann die Reisedauer im Auftrag des Unternehmens bis zu 180 Tage pro Jahr oder die in der Unternehmensvereinbarung vereinbarte Anzahl von Tagen betragen. Die Mitarbeiter dürfen das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, um diese Versicherung in Anspruch nehmen zu können.
- Gäste des Unternehmens, die zu geschäftlichen Zwecken zu einem angeschlossenen Unternehmen reisen (bis zu 180 Tage pro Person pro Jahr oder für die Anzahl der in der Unternehmensvereinbarung vereinbarten Tage). Ein Gast ist definiert als im Auftrag des Unternehmens Geschäftsreisender, ohne beim Unternehmen angestellt zu sein (z. B. Geschäftspartner, Anwalt, Kunde usw.).

Ehepartner/Partner sind als Angehörige des jeweils versicherten Mitarbeiters nach Ermessen des Versicherers ebenfalls für Versicherungsschutz anspruchsberechtigt. Bitte wenden Sie sich an Ihren Gruppenversicherungsverantwortlichen, um zu bestätigen, ob Angehörige nach diesem Versicherungsvertrag Anspruch auf Versicherungsschutz haben.

### **Versicherungsfall**

ist die medizinisch notwendige Notfallbehandlung, die die versicherte Person erhält. Der Versicherungsfall wird durch einen Unfall, eine akute Erkrankung, eine Verletzung oder eine Krankheit gemäß den in diesem Versicherungshandbuch beschriebenen Bedingungen ausgelöst. Das versicherte Ereignis beginnt mit dem Notfall und endet, wenn die Behandlung als nicht mehr als Teil des Notfalls gilt oder wenn der Patient transportfähig ist.

### **Versicherungsjahr**

beginnt mit dem in der Unternehmensvereinbarung genannten Versicherungsbeginn und endet mit Ablauf der Unternehmensvereinbarung. Das nächste Versicherungsjahr fällt mit dem in der Unternehmensvereinbarung festgelegten Vertragsjahr zusammen.

### **Versicherungsschein**

ist ein Dokument, das die Einzelheiten Ihres Versicherungsschutzes angibt und von uns ausgestellt wird. Er bestätigt, dass Ihr Unternehmen eine Gruppenversicherungspolice bei uns hat.

### **Vorerkrankungen**

sind Krankheiten, körperliche Gebrechen oder Verletzungen sowie damit verbundene Symptome, die in den letzten fünf Jahren vor Ihrer Auslandsreise aufgetreten sind und für die Sie eine medizinische Behandlung oder medizinischen Rat erhalten haben, oder die Ihnen vor Ihrer Reise bekannt waren, für die Sie aber keine medizinische Behandlung und keinen medizinischen Rat eingeholt haben.

# W

### **Wir/uns/uns**

bezeichnet Allianz Care.

# Z

### **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.

Wenn Sie keinen Zahntarif haben, sind die folgenden Eingriffe nicht mitversichert, auch wenn sie von einem Zahn- und Kieferchirurgen durchgeführt werden.

- Operative Entfernung retinierter Zähne
- Operative Entfernung von Zysten
- Orthognatisch-chirurgische Korrekturen von Fehlstellungen

# Ausschlüsse

Ihre Versicherung bietet Ihnen umfassenden Versicherungsschutz in den meisten medizinischen Notfällen. Folgende Behandlungen, Erkrankungen und Verfahren sind jedoch von einer Erstattung ausgeschlossen.

## **ABSICHTLICH HERBEIGEFÜHRTE KRANKHEITEN UND SELBST VERURSACHTE VERLETZUNGEN**

Pflege und/oder Behandlungen von absichtlich herbeigeführten Krankheiten und selbst verursachten Verletzungen, einschließlich eines Suizidversuchs.

## **ÄRZTLICHE BERATUNG DURCH SIE SELBST ODER EIN FAMILIENMITGLIED**

Von Ihnen, Ihrem Ehepartner, Ihren Eltern oder Kindern erhaltene ärztliche Beratung, verschriebene Medikamente oder Behandlungen.

## **AUFENTHALTE IN KURZENTREN**

Aufenthalte in Kurzentren, Badezentren, Kureinrichtungen, Sanatorien und Erholungsheimen, selbst wenn die Aufenthalte medizinisch verordnet sind.

## **AUGEN/OPTIK**

Kontaktlinsen und Brillen.

## **BEHANDLUNG BEI UNFRUCHTBARKEIT**

einschließlich medizinisch assistierte Fortpflanzung oder damit im Zusammenhang stehender negativer Folgen.

## **BEHANDLUNG IM WOHNSITZLAND**

Behandlungen im Land des Hauptwohnsitzes, im Land der Hauptbeschäftigung oder in einem Land, in dem die versicherte Person bereits gegen die Risiken von Krankheit und Unfall versichert ist.

## **BEHANDLUNG NACH BEENDIGUNG DES VERSICHERUNGSFALLS**

Behandlungen (einschließlich Rehabilitationsmaßnahmen), die nach Beendigung des Versicherungsfalls erforderlich sind.

### **BERUFSSPORT ODER GEFÄHRLICHE AKTIVITÄTEN**

Untersuchungen und Behandlung von Verletzungen, die ihren Ursprung in der Ausübung von Berufssport oder in gefährlichen Aktivitäten haben.

### **BESCHAFFUNG EINES ORGANS**

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.

### **CHEMISCHE VERUNREINIGUNG UND RADIOAKTIVITÄT**

Behandlung von Erkrankungen oder Verletzungen, die direkt oder indirekt im Zusammenhang mit chemischer Verunreinigung, Radioaktivität oder jeglichem Nuklearmaterial, einschließlich der Verbrennung von Kernbrennstoffen.

### **CHRONISCHE ERKRANKUNGEN**

gelten wie in der entsprechenden Definition in diesem Dokument beschrieben.

### **DROGENABHÄNGIGKEIT ODER ALKOHOLISMUS**

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).

### **ENTWICKLUNGSSTÖRUNGEN**

und entsprechende Behandlungen sind nicht versichert.

### **ERGÄNZENDE MEDIZIN**

Ergänzende Behandlung mit Ausnahme der Behandlungen, die in der Tariflichen Leistungszusage aufgeführt sind.

### **EXPERIMENTELLE ODER UNBEWIESENE BEHANDLUNGEN ODER ARZNEIMITTEL**

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.

### **GEBÜHREN FÜR DAS AUSFÜLLEN DES ERSTATTUNGSFORMULARS**

Gebühren eines Arztes für das Ausfüllen des Erstattungsformulars oder andere Verwaltungskosten.

### **HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE**

Häusliche Pflege und die Erbringung medizinischer Dienste durch eine medizinische Fachkraft in der Wohnung des Versicherten.

### **KOMPLIKATIONEN AUFGRUND IM RAHMEN IHRES TARIFS NICHT VERSICHERTER BEHANDLUNGEN**

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.

### **KUNSTFEHLER**

Behandlungen, die aufgrund eines Kunstfehlers erforderlich werden.

### **LASERAUGENKORREKTUR**

Behandlungen zur Änderung der Refraktion an einem oder beiden Augen (Laseraugenkorrektur).

### **LEIHMUTTERSCHAFT**

Behandlungen, die im direkten Zusammenhang mit einer Leihmutterschaft stehen, ungeachtet dessen, ob Sie Leihmutter oder zukünftiges Elternteil sind.

### **MEDIZINISCHE HILFSMITTEL**

Nicht dringende medizinische Hilfsmittel, z. B. Hörgeräte, Sprechapparate (elektronischer Kehlkopf), Krücken oder Rollstühle, orthopädische Geh- und Stützapparate, künstliche Gliedmaßen, Stoma-Verbrauchsmaterial, Kompressionsstrümpfe sowie orthopädische Einlagen.

### **MEDIZINISCHE ÜBERFÜHRUNG/MEDIZINISCHER RÜCKTRANSPORT ODER RÜCKTRANSPORT IM TODESFALL**

Medizinische Überführung, medizinischer Rücktransport oder Rücktransport im Todesfall, die nicht vorher durch uns genehmigt wurde(n).

### **NICHTBEACHTUNG EINES ÄRZTLICHEN RATS ODER DER NICHTKONSULTATION EINES ARZTES**

Behandlungen, die infolge der Nichtbeachtung eines ärztlichen Rats oder der Nichtkonsultation eines Arztes notwendig werden.

### **NICHT-DRINGENDE BEHANDLUNGEN**

Ausgaben für nicht-dringende Behandlungen sind nicht versichert.

### **NICHT-VERSCHREIBUNGSPFLICHTIGE ARZNEIMITTEL**

Arzneimittel für deren Kauf gesetzlich keine Verschreibung erforderlich ist.

### **NOTFÄLLE AUSSERHALB DER BESTÄTIGTEN VERSICHERUNGSDAUER**

Notfälle, die vor dem Startdatum oder außerhalb des bestätigten Versicherungszeitraums gemäß Unternehmensvereinbarung eingetreten sind.

### **ORGANTRANSPLANTATION**

Organtransplantationen einschließlich etwaiger Folgen.

### **ORTHOMOLEKULARE BEHANDLUNG**

Bitte lesen Sie die Definition zu „Orthomolekulare Behandlung“.

### **PHYSIOTHERAPIE**

Ambulante Physiotherapie.

### **PLASTISCHE CHIRURGIE ODER FREIWILLIGE EINGRIFFE**

Freiwillige Operationen und/oder kosmetische/plastische Operationen, sofern sie nicht nach einem Unfall medizinisch notwendig sind.

### **PSYCHIATRISCHE BEHANDLUNG**

Psychiatrische Behandlung und Psychotherapie.

### **REISEKOSTEN**

Reisekosten zu bzw. von medizinischen Einrichtungen (einschließlich Parkgebühren) für Behandlungen, außer wenn sie im Rahmen der Leistungen „Lokaler Krankentransport“, „Medizinische Überführung“ und „Medizinischer Rücktransport“ versichert sind.

### **SCHIFF AUF SEE**

Medizinische(r) Überführung/Rücktransport von einem Schiff auf See zu einer medizinischen Einrichtung an Land.

### **SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT**

Kosten im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Entbindung, einschließlich Komplikationen und deren Folgen (außer der Ausnahme(n) wie in „Komplikationen während der Schwangerschaft“ angegeben), die bis zum Ende der 32. Schwangerschaftswoche (bzw. bis zum Ende der 25. Schwangerschaftswoche bei Mehrlingsgeburten) übernommen werden, sofern die Leistung in der Tariflichen Leistungszusage angegeben ist. Dieser Ausschluss umfasst, ist aber nicht beschränkt auf:

- Kosten in Verbindung mit einer regulären Schwangerschaft
- Kosten im Zusammenhang mit einer Frühgeburt, sofern sie nicht unter die Ausschlüsse unter „Komplikationen während der Schwangerschaft“ fallen
- Kosten für Behandlungen, wenn die Mutter gegen ärztlichen Rat reist, oder wenn Anzeichen von Schwangerschaftskomplikationen vorhanden sind
- Kosten für Reisen, bei denen der Zweck die Entbindung im Ausland ist
- Schwangerschaftsabbruch, mit Ausnahme einer für die Schwangere lebensbedrohlichen Indikation
- Hausentbindungen
- Neugeborenenpflege

### **SPRACHTHERAPIE**

Sprachtherapie, die im Zusammenhang mit Entwicklungsstörungen steht, wie z. B. Legasthenie, Dyspraxie oder expressive Sprachstörungen.

### **TEILNAHME AN EINEM KRIEG ODER ILLEGALEN AKTIVITÄTEN**

Behandlungen von Krankheiten oder Verletzungen sowie Todesfällen, die aus einer aktiven Teilnahme an Folgendem resultieren, unabhängig davon, ob ein Krieg erklärt wurde oder nicht:

- Krieg
- Aufruhr
- Zivile Unruhen
- Terrorismus
- Kriminelle Aktivitäten
- Rechtswidrige Handlungen
- Aktivitäten gegen ausländische Feindseligkeiten

### **VITAMINE ODER MINERALSTOFFE**

Produkte, die wie folgt klassifiziert sind:

- Vitamine oder Mineralstoffe, sowie
- Nahrungsergänzungsmittel, inklusive. Spezialbabynahrung und kosmetische Produkte

Diese Produkte sind von einer Erstattung ausgeschlossen, 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 dies Leistung in Ihrer Tariflichen Leistungszusage enthalten ist.

## **VORERKRANKUNGEN**

Vorerkrankungen (einschließlich vorhandener chronischer Krankheiten) mit Ausnahme von anspruchsberechtigten, akuten Notfällen (auch Notfälle, die Folge von Vorerkrankungen oder chronischen Erkrankungen während einer Geschäftsreise auftreten).

Vorerkrankungen und chronische Vorerkrankungen sind nicht versichert, wenn:

- eine erhaltene Behandlung im Ausland der einzige Grund oder einer der Gründe für die Reise war und/oder
- wir wissen oder vermuten, dass der Versicherte die Versicherung abgeschlossen hat, um sich aufgrund einer Krankheit im Ausland behandeln zu lassen, deren Symptome bereits vor Versicherungsabschluss aufgetreten sind.

## **ZAHNBEHANDLUNGEN**

Zahnbehandlungen, chirurgisch zahnärztliche Eingriffe, zahnärztliche Parodontalbehandlung, kieferorthopädische Behandlungen, Zahnersatz und Wurzelkanalbehandlungen, außer stationären/ambulanten Zahnbehandlungen im Notfall.

## **ZAHNVENEERS**

Zahnveneers und die damit verbundenen Maßnahmen.

## **BEHANDLUNGEN, DIE NICHT IN DER TARIFLICHEN LEISTUNGSZUSAGE AUFGEFÜHRT SIND**

Die folgenden Behandlungen, Ausgaben, Verfahren oder Verfahren, einschließlich etwaiger negativer Folgen oder zugehöriger Komplikationen, sind nicht versichert:

- Kosten für eine Begleitperson im Falle einer/s medizinischen Überführung/Rücktransports
- Onkologie
- Organtransplantation
- Palliativmedizinische Betreuung und Langzeitpflege
- Verordnete Okulomotortherapie und Beschäftigungstherapie
- Vorbeugende Behandlungen
- Vorsorgeuntersuchungen, inkl. Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten
- Reisekosten für versicherte Familienmitglieder im Falle eines Rücktransports/ einer Überführung
- Reisekosten für versicherte Familienmitglieder im Falle einer Überführung der sterblichen Überreste.

- **Reisekosten für Personen, die ein in Lebensgefahr schwebendes oder ein verstorbenes Familienmitglied begleiten**
- **Impfungen**

# Sprechen Sie mit uns, wir helfen Ihnen gerne weiter!

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

Helpline rund um die Uhr für allgemeine Fragen und Hilfe im Notfall

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

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

*Wenn Sie von Ihrem Mobiltelefon aus die gebührenfreien Nummern nicht wählen können, wählen Sie bitte eine der oben aufgeführten Helpline-Nummern.*

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

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

 Fax: + 353 1 630 1306

 Adresse: Allianz Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irland.

 [www.allianzcare.com](http://www.allianzcare.com)

 [www.facebook.com/allianzcare](http://www.facebook.com/allianzcare)

 [www.twitter.com/AllianzCare](http://www.twitter.com/AllianzCare)

 [www.youtube.com/user/allianzworldwide](http://www.youtube.com/user/allianzworldwide)

 [www.linkedin.com/company/allianz-care](http://www.linkedin.com/company/allianz-care)

AWP Health & Life SA unterliegt der Aufsicht durch die French Prudential Supervisory Authority in 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

AWP Health & Life SA handelt durch ihre irische Niederlassung und ist eine Aktiengesellschaft nach französischem Recht. Registriert in Frankreich: Nr. 401 154 679 RCS Bobigny. Irische Niederlassung ist eingetragen im irischen Handelsregister, Registernummer: 907619, Adresse: 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irland. Allianz Care und Allianz Partners sind eingetragene Firmen von AWP Health & Life SA.