



Globality CoGenio®

Allgemeine Versicherungsbedingungen

Premium health insurance worldwide.

Ausführlich. Übersichtlich. Verständlich. Umfassend.

Wohin Sie auch gehen, Globality Health begleitet Sie, ebnet Ihnen Wege und kümmert sich zuverlässig um alle Belange Ihrer Gesundheit. Mit Leistungen, die ihresgleichen suchen.

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) informieren Sie über alle Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsvertrag und Sie erhalten darüber hinaus wichtige Informationen zum Versicherungsschutz. Wir freuen uns auf eine harmonische und partnerschaftliche Vertragszeit mit Ihnen.

Haben Sie Fragen zum Versicherungsschutz?

Sollte beim Lesen der Lektüre dennoch die eine oder andere Frage offen bleiben, beantworten wir sie Ihnen gerne persönlich.

Soweit Sie in den AVB Passagen finden, die kursiv gedruckt sind, finden Sie diese im Glossar erläutert.

Wir sind weltweit für Sie da:

Globality S.A.
13, rue Edward Steichen
L-2540 Luxembourg

Telefon: +352/ 270 444 3502
Telefax: +352/ 270 444 3599

E-Mail: service-cogenio@globality-health.com
Internet: www.globality-health.com

Die Globality S.A. wird vom Commissariat aux Assurances, 7, boulevard Royal, L-2449 Luxembourg, aufsichtsrechtlich überwacht.

Handelsregister: B134471

Erläuterung der Symbole:

- ✓ Das ist versichert, das heißt, die erstattungsfähigen Aufwendungen übernehmen wir zu 100 %, sofern sich aus unseren Ausführungen/ Leistungsbeschreibungen nicht etwas anderes ergibt.
- ✗ Im Leistungsumfang ist hierfür keine Erstattung vorgesehen.



Inhalt

7	1	Wichtiges vor Abschluss Ihres Versicherungsschutzes	10	4	Leistungsumfang
	1.1	Versicherbarer Personenkreis		4.1	Allgemeine Informationen zu Ihrem Leistungsumfang
	1.2	<i>Vorerkrankungen</i>		4.2	<i>Selbstbeteiligung</i>
	1.3	Beitritt zum Gruppenvertrag		4.3	Leistungsübersicht: <i>Stationäre Heilbehandlung</i>
8	2	Ihr Versicherungsschutz		4.4	Leistungsübersicht: <i>Ambulante Heilbehandlung</i>
	2.1	Umfang des Versicherungsschutzes		4.5	Leistungsübersicht: <i>Zahnärztliche Heilbehandlung</i>
	2.2	Versicherungsfall		4.6	Leistungsübersicht: Medizinische Assistance
	2.3	Beginn des Versicherungsschutzes		4.7	Leistungsübersicht: Zusätzliche Assistance
	2.4	Wartezeitverzicht		4.8	Leistungsbeschreibung
	2.5	Versicherungsjahr			
	2.6	Kündigung des Versicherungsverhältnisses			
	2.7	Sonstige Beendigungsgründe			
	2.8	Erlöschen des Versicherungsschutzes			
9	3	Geltungsbereich	22	5	Hilfe und Unterstützung durch unsere Assistance-/ Serviceleistungen
	3.1	<i>Zielregion</i> des Versicherungsschutzes		5.1	Erläuterung – Medizinische Assistance
	3.2	Vorübergehende Ausreise aus der <i>Zielregion II</i>		5.2	Erläuterung – Zusätzliche Assistance

25	6	Einschränkung der Leistungspflicht	29	9	Beitragszahlung und Beitragsberechnung
26	7	Verhalten und Bestimmungen im Leistungsfall	30	10	Allgemeine Informationen
	7.1	Medizinische Notwendigkeit		10.1	Änderungen der AVB
	7.2	Zu beachtende Leistungsvoraussetzungen		10.2	Versicherung von Neugeborenen
	7.3	Verhalten im Leistungsfall		10.3	Änderung Ihrer Vertragsdaten
	7.4	Inhalt von Kostenbelegen		10.4	Sagen Sie uns Ihre Meinung
	7.5	Vorgehen im Fall eines <i>Unfalls/ Notfalls</i>		10.5	Gerichtsstand
	7.6	Bearbeitung von Leistungsansprüchen		10.6	Geltendes Recht
	7.7	Erstattung von Leistungsansprüchen			
	7.8	Vertragswahrung	32	11	Glossar
	7.9	Wechselkurse			
29	8	Obliegenheiten			

1 Wichtiges vor Abschluss Ihres Versicherungsschutzes

1.1 Versicherbarer Personenkreis

Versicherungsfähig sind alle Mitarbeiter/ Mitglieder des Versicherungsnehmers, die sich in dessen Auftrag bzw. zur Ausübung einer beruflichen Tätigkeit vorübergehend für mindestens 3 Monate im Ausland aufhalten. Mitversicherbar sind mitreisende Ehe- oder Lebenspartner und *Kinder*.

1.2 Vorerkrankungen

Soweit im Gruppenvertrag nichts anderes bestimmt ist, sind *Vorerkrankungen* stets in den Versicherungsschutz eingeschlossen.

Der jeweilige Gruppenvertrag kann allerdings vorsehen, dass – abhängig von der mit dem Versicherungsnehmer im Gruppenvertrag getroffenen Vereinbarung – die ausführliche und wahrheitsgemäße Beantwortung der in der *Beitrittserklärung* gestellten Gesundheitsfragen und eine medizinische Gesundheitsprüfung einer jeden versicherten Person zu erfolgen hat (siehe Nr. 1.3). In diesen Fällen können wir, soweit ein erhöhtes Risiko vorliegt, einen Beitragszuschlag erheben und/ oder einen Leistungsausschluss verfügen.

1.3 Beitritt zum Gruppenvertrag

Der Beitritt zum Gruppenvertrag erfolgt entweder durch Meldung des Versicherungsnehmers oder mittels einer sogenannten *Beitrittserklärung*, mit der auch die Mitversicherung des Ehe- oder Lebenspartners und der *Kinder* beantragt wird. Das Beitrittsverfahren wird durch den Gruppenvertrag festgelegt.

Sind in der *Beitrittserklärung* auch Fragen zu Ihrem gegenwärtigen Gesundheitszustand und zu *Vorerkrankungen* gestellt, so müssen diese ausführlich und wahrheitsgemäß beantwortet werden. Sollen auch weitere Personen versichert werden, sind auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

Die *Beitrittserklärung* kann per Post, E-Mail oder per Telefax bei uns eingereicht werden. Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle vor Vertragsabschluss gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht).

2 Ihr Versicherungsschutz

2.1 Umfang des Versicherungsschutzes

Wir bieten Versicherungsschutz für eintretende Krankheiten, Unfälle und andere in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannte Ereignisse (siehe hierzu Nr. 4). Im Versicherungsfall gewähren wir dabei Ersatz von Aufwendungen für medizinisch notwendige *Heilbehandlungen* und sonstige vereinbarte Leistungen.

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem *Versicherungsausweis*, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, dem Gruppenvertrag sowie den gesetzlichen Vorschriften.

2.2 Versicherungsfall

Der Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige *Heilbehandlung* einer versicherten oder mitversicherten Person wegen Krankheit oder *Unfallfolgen*. Der Versicherungsfall beginnt mit der *Heilbehandlung*; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die *Heilbehandlung* auf eine Krankheit oder *Unfallfolge* ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

Soweit die vereinbarte Tarifstufe Erstattungsleistungen hierfür vorsieht, gelten als Versicherungsfall auch:

- Ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten
- Untersuchungen und medizinisch notwendige Behandlungen wegen Schwangerschaft und Entbindung
- Aufwendungen für den Krankenhausaufenthalt des gesunden Säuglings nach der Entbindung
- Tod einer versicherten oder mitversicherten Person

2.3 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz für Sie und die mitversicherten Personen beginnt mit dem im *Versicherungsausweis* bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht. Nach Abschluss Ihres Versicherungsverhältnisses eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn fällt. Bei Änderungen des Versicherungsverhältnisses gelten die in

diesem Absatz beschriebenen Regelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

2.4 Wartezeitverzicht

Es bestehen keinerlei Wartezeiten.

2.5 Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im *Versicherungsausweis* bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) und dauert 12 Monate.

2.6 Kündigung des Versicherungsverhältnisses

Unbeschadet weiterer gesetzlicher Beendigungs- oder Kündigungsgründe können Versicherer, Versicherungsnehmer bzw. versicherte Personen in folgenden Fällen die Kündigung eines Versicherungsverhältnisses im Rahmen des Gruppenvertrages erklären:

- aufgrund einer Änderung der AVB (siehe hierzu Nr. 10.1) oder einer Erhöhung der Gebühren, *Selbstbeteiligung* bzw. Beiträge, sofern Sie als Versicherter Beitragsschuldner sind (siehe hierzu Nr. 9). Sie können innerhalb eines Monats vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung das Versicherungsverhältnis im Rahmen des Gruppenvertrages beenden.
- bei nicht vorsätzlicher Verletzung der Anzeigepflicht; in diesem Fall haben wir das Recht, das Versicherungsverhältnis im Rahmen der Gruppenversicherung innerhalb eines Monats, nachdem wir von der Anzeigepflichtverletzung Kenntnis erhalten haben, zu kündigen, sofern wir beweisen, dass wir das Risiko in keinem Fall versichert hätten.

Die Kündigung des Versicherungsverhältnisses im Rahmen des Gruppenvertrages muss schriftlich erfolgen. Soweit nicht anders bestimmt, wird die Kündigung erst wirksam nach Ablauf einer Frist von mindestens einem Monat ab dem Tage nach der Zustellung bzw. dem Datum der Empfangsbescheinigung oder der Posteinlieferung im Fall eines Einschreibens.

2.7 Sonstige Beendigungsgründe

Unbeschadet weiterer gesetzlicher Nichtigkeitsgründe ist das Versicherungsverhältnis im Rahmen des Gruppenvertrages nichtig, wenn durch vorsätzliche Verletzung der Anzeigepflicht die Beurteilung des Risikos derart verändert wird, dass wir das Versicherungsverhältnis bei Kenntnis

des verschwiegenen Umstandes nicht zu denselben Bedingungen abgeschlossen hätten. In diesem Fall sind Sie verpflichtet, empfangene Versicherungsleistungen zurückzuzahlen. Gezahlte Beiträge bleiben uns erhalten.

2.8 Erlöschen des Versicherungsschutzes

Die für Sie und die mitversicherten Personen vereinbarten Versicherungsverhältnisse im Rahmen des Gruppenvertrages enden

- a) wenn der Versicherungsnehmer oder wir den Gruppenvertrag beenden.
- b) wenn Sie bzw. die mitversicherten Personen aus dem versicherbaren bzw. mitversicherbaren Personenkreis (siehe Nr. 1.1) ausscheiden, z. B. bei einem Wechsel des Arbeitgebers oder wenn Ihr durch Ihren Arbeitgeber veranlasster Auslandsaufenthalt endet.
- c) durch Ihren Tod oder den Tod der versicherten Personen.
- d) wenn Sie Ihre oder die Teilnahme einer mitversicherten Person vom Gruppenvertrag beenden. Dies erfolgt, soweit Sie durch eine *Beitrittserklärung* dem Gruppenvertrag beigetreten sind, mit einer entsprechenden Abmeldung beim Versicherer. Scheiden Sie aus dem Gruppenvertrag aus, so enden gleichzeitig die Versicherungsverhältnisse der Mitversicherten. Die Abmeldung ist nur wirksam, wenn Sie uns nachweisen, dass die betroffenen Mitversicherten von der Abmeldung Kenntnis erlangt haben.
- e) bei Nichtigkeit des Versicherungsverhältnisses (siehe hierzu Nr. 2.7).

Der Versicherungsschutz erlischt – auch für schwebende, das heißt noch andauernde Versicherungsfälle – grundsätzlich mit der Beendigung des Gruppenvertrages bzw. des Versicherungsverhältnisses (siehe hierzu Nr. 2.8). In den Fällen des 2.8 a) und c) leisten wir jedoch für schwebende Versicherungsfälle bis zu einer Höchstdauer von vier Wochen nach.

3 Geltungsbereich

3.1 Zielregion des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz gilt in folgenden Zielregionen:

Zielregion I:	Weltweit mit USA
Zielregion II:	Weltweit ohne USA

3.2 Vorübergehende Ausreise aus der Zielregion II

Ist Versicherungsschutz für die *Zielregion II (Weltweit ohne USA)* vereinbart, so gelten folgende Besonderheiten: Bei vorübergehender Ausreise (d. h. für maximal 6 Wochen) aus dem *Aufenthaltsland* besteht Versicherungsschutz auch in der *Zielregion I* für medizinische *Notfälle, Unfallfolgen* sowie bei Tod. Reisen zum Zwecke einer *Heilbehandlung* in die *Zielregion I* sind nicht versichert. Ein dauerhafter Wechsel der *Zielregion* einer versicherten oder mitversicherten Person ist uns unverzüglich anzuzeigen, da sich dieser Wechsel auf den zu zahlenden Beitrag auswirken kann.

4 Leistungsumfang

4.1 Allgemeine Informationen zu Ihrem Leistungsumfang

Der Tarif besteht aus den Stufen Classic, Plus und Top, die jeweils aus ambulanten, stationären, zahnärztlichen und Assistance Modulen bestehen. Die einzelnen Tarifstufen unterscheiden sich nach Art und Höhe der vereinbarten Leistungen. Der jeweilige Gruppenvertrag regelt, welche Tarifstufe versichert werden kann bzw. welche Modulkombination dem jeweiligen Versicherungsverhältnis zugrunde gelegt werden kann.

Entsprechend der vereinbarten Tarifstufe/ Modulkombination ersetzen wir die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich aus den folgenden Leistungsübersichten ergeben, zu 100 %, sofern sich aus diesen Leistungsübersichten, unseren generellen Ausführungen in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, dem Gruppenvertrag oder dem Glossar nicht etwas anderes ergibt.

4.2 Selbstbeteiligung

Es gibt folgende Varianten einer *Selbstbeteiligung*, die jedoch ausschließlich hinsichtlich der Aufwendungen für ambulante Heilbehandlungen gilt:

- Tarifstufe Classic: Feste *Selbstbeteiligung* von € 250/ \$ 325/ £ 210
- Tarifstufen Plus und Top: Ohne oder mit wählbarer *Selbstbeteiligung* von € 250/ \$ 325/ £ 210, € 500/ \$ 650/ £ 420 oder € 1.000/ \$ 1.300/ £ 840

Die *Selbstbeteiligung* gilt je Versicherungsjahr und je versicherter und mitversicherter Person. Wurde mit uns eine *Selbstbeteiligung* vereinbart, ersetzen wir die erstattungsfähigen Aufwendungen zu 100 %, soweit diese die *Selbstbeteiligung* übersteigen.

Die Aufwendungen werden dem Versicherungsjahr zugerechnet, in dem die *Behandler*, zum Beispiel der *Arzt*, in Anspruch genommen und die Arznei-, Verband- und Hilfsmittel bezogen werden.

Wir empfehlen, Kostenbelege erst dann einzureichen, wenn die Höhe der vereinbarten *Selbstbeteiligung* überschritten ist.

Bitte beachten Sie:

Sofern für Sie oder die mitversicherten Personen Versicherungsschutz nach der *Zielregion I* (Weltweit mit USA) vereinbart wurde, werden die in den Nrn. 4.3, 4.4 und 4.5 genannten Höchstbeträge und Pauschalen verdoppelt. Ist eine Leistung auf eine bestimmte Anzahl von Tagen oder Maßnahmen begrenzt, so gilt diese Begrenzung unverändert weiter. Sofern eine *Selbstbeteiligung* vereinbart ist, bleibt diese unverändert bestehen.

4.3 Leistungsübersicht: Stationäre Leistungen

Leistungen	Classic	Plus	Top
Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer	✓	✓	✓
Ärztliche Leistungen	✓	✓	✓
Krankenpflege durch Pflegefachkräfte nach Anweisung eines <i>Arztes</i>	✓	✓	✓
Sonstige Nebenkosten	✓	✓	✓
Operationen (inklusive <i>ambulanter Operationen, die eine stationäre Behandlung ersetzen</i>)	✓	✓	✓
Arznei- und <i>Verbandmittel</i>	✓	✓	✓
Heilmittel/ Physiotherapie, wie Krankengymnastik und Massagen	✓	✓	✓
Hilfsmittel	✓ wie z. B. Herzschrittmacher, wenn als lebens- erhaltende Maßnahme notwendig	✓ wie z. B. Herzschrittmacher, wenn als lebens- erhaltende Maßnahme notwendig; darüber hinaus Erstattung für Hilfsmittel, wie Kunstglieder/ Prothesen bis zu € 2.000**/ \$ 2.600**/ £ 1.680**	✓
Ärztliche Leistungen für Schwangerschaft und Entbindung; Leistungen einer Hebamme bzw. eines Entbindungspflegers im <i>Krankenhaus</i> , mit Ausnahme von Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft	X	✓ bis zu € 5.000**/ \$ 6.500**/ £ 4.200**	✓
Ambulante Entbindung	X	✓ Pauschale von € 250/ \$ 325/ £ 210 je Neugeborenem ohne Kostennachweis bei Vorlage der Geburtsurkunde	✓ Pauschale von € 500/ \$ 650/ £ 420 je Neugeborenem ohne Kostennachweis bei Vorlage der Geburtsurkunde

** Die genannten Höchstbeträge, Höchstleistungsdauern und Pauschalen gelten pro versicherte Person und Versicherungsjahr.

Leistungen	Classic	Plus	Top
Chemotherapie, Arzneimittel und ärztliche Leistungen der Onkologie (z. B. bei einer Krebserkrankung)	✓ bis zu € 50.000**/ \$ 65.000**/ £ 42.000**	✓ bis zu € 100.000**/ \$ 130.000**/ £ 84.000**	✓
Transportkosten zum nächst erreichbaren geeigneten Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Unfall oder Notfall durch anerkannte Rettungsdienste in der Situation angemessenen Transportmitteln	✓	✓	✓
Knochenmark- bzw. Organtransplantation	✗	✓ bis zu einem Höchstsatz von € 200.000/ \$ 260.000/ £ 168.000 für die Dauer des Gruppenvertrages	✓
Psychiatrische Leistungen	✓ vorausgesetzt, vor Beginn der Behandlung wurde eine schriftliche Leistungszusage gegeben	✓ vorausgesetzt, vor Beginn der Behandlung wurde eine schriftliche Leistungszusage gegeben	✓ vorausgesetzt, vor Beginn der Behandlung wurde eine schriftliche Leistungszusage gegeben
Stationäre Psychotherapie	✗	✓ vorausgesetzt, vor Beginn der Behandlung wurde eine schriftliche Leistungszusage gegeben	✓ vorausgesetzt, vor Beginn der Behandlung wurde eine schriftliche Leistungszusage gegeben
Mitaufnahme eines Elternteils bei stationärer Behandlung von minderjährigen Kindern	✗	✓	✓
Häusliche Krankenpflege und hauswirtschaftliche Versorgung	✗	✓ bis zu einer Dauer von 7 Tagen	✓ bis zu einer Dauer von 14 Tagen
Ersatz-Krankenhaustagegeld für durchgeführte stationäre Behandlungen, für die keine Kostenerstattung bei uns beansprucht wurde	✗	✓ € 50/ \$ 65/ £ 42 pro Tag	✓ € 100/ \$ 130/ £ 84 pro Tag
Stationäre Anschlussrehabilitation	✗	✓ bis zu 14 Tagen**	✓ bis zu 21 Tagen**
Hospiz	✗	✗	✓ bis zu 7 Wochen

** Die genannten Höchstbeträge, Höchstleistungsdauern und Pauschalen gelten pro versicherte Person und Versicherungsjahr.

4.4 Leistungsübersicht: Ambulante Leistungen

Leistungen	Classic*	Plus	Top
Ärztliche Leistungen	✓	✓	✓
Chemotherapie, <i>Arzneimittel</i> und ärztliche Leistungen der <i>Onkologie</i> (z. B. bei einer <i>Krebserkrankung</i>)	✓	✓	✓
Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere <ul style="list-style-type: none"> • zur Früherkennung von <i>Krebserkrankungen</i> • zur Früherkennung von Herz- und Kreislauferkrankungen, Nierenerkrankungen und Zuckerkrankheit • zur Sicherung der normalen körperlichen und geistigen Entwicklung des Kindes 	X	✓ bis zu € 250**/ \$ 325**/ £ 210**	✓ bis zu € 500**/ \$ 650**/ £ 420**
Schutzimpfungen aller Art inklusive der Impfstoffe sowie <i>Prophylaxemaßnahmen</i> , soweit diese für das jeweilige <i>Aufenthaltsland</i> empfohlen sind	X	✓ bis zu € 250**/ \$ 325**/ £ 210**	✓
Schwangerschaft inklusive Vorsorgeuntersuchungen, Entbindung, Hebamme und Entbindungspfleger	X	✓ bis zu € 2.000**/ \$ 2.600**/ £ 1.680**	✓
<i>Akupunktur</i> (Nadeltechnik), <i>Homöopathie</i> , <i>Osteopathie</i> und <i>Chiropraktik</i> , inklusive Arznei- und <i>Verbandmittel</i>	X	✓ bis zu € 500**/ \$ 650**/ £ 420**	✓ bis zu € 1.000**/ \$ 1.300**/ £ 840**
Leistungen des Logopäden bzw. Sprachheiltherapeuten	X	✓ vorausgesetzt, vor Beginn der Behandlung wurde eine schriftliche Leistungszusage gegeben	✓ vorausgesetzt, vor Beginn der Behandlung wurde eine schriftliche Leistungszusage gegeben
Psychiatrische Leistungen	✓ vorausgesetzt, vor Beginn der Behandlung wurde eine schriftliche Leistungszusage gegeben	✓ vorausgesetzt, vor Beginn der Behandlung wurde eine schriftliche Leistungszusage gegeben	✓ vorausgesetzt, vor Beginn der Behandlung wurde eine schriftliche Leistungszusage gegeben

* Stets mit einer *Selbstbeteiligung* von € 250/ \$ 325/ £ 210 pro Versicherungsjahr.

** Die genannten Höchstbeträge, Höchstleistungsdauern und Pauschalen gelten pro versicherte Person und Versicherungsjahr.

Leistungen	Classic*	Plus	Top
Ambulante Psychotherapie	X	✓ bis zu 20 Sitzungen**, vorausgesetzt, vor Beginn der Behandlung wurde eine schriftliche Leistungszusage gegeben	✓ bis zu 20 Sitzungen**, vorausgesetzt, vor Beginn der Behandlung wurde eine schriftliche Leistungszusage gegeben
Arznei- und <i>Verbandmittel</i>	✓	✓	✓
Heilmittel/ Physiotherapie inklusive Massagen	✓	✓	✓
Hilfsmittel	X	✓ bis zu € 2.000**/ \$ 2.600**/ £ 1.680**	✓
Sehhilfen	X	✓ bis zu € 100**/ \$ 130**/ £ 84**	✓ bis zu € 200**/ \$ 260**/ £ 168**
Transportkosten zum nächst erreichbaren geeigneten <i>Arzt</i> oder <i>Krankenhaus</i> zur Erstversorgung nach einem <i>Unfall</i> oder <i>Notfall</i> durch anerkannte Rettungsdienste in der Situation angemessenen Transportmitteln	✓	✓	✓
Unfruchtbarkeitsbehandlung	X	✓ 50 % bis zu einem Höchstsatz von € 7.500/ \$ 9.750/ £ 6.300 pro versichertem Paar für die Dauer des Gruppenvertrages	✓ 50 % bis zu einem Höchstsatz von € 15.000/ \$ 19.500/ £ 12.600 pro versichertem Paar für die Dauer des Gruppenvertrages

* Stets mit einer *Selbstbeteiligung* von € 250/ \$ 325/ £ 210 pro Versicherungsjahr.

** Die genannten Höchstbeträge, Höchstleistungsdauern und Pauschalen gelten pro versicherte Person und Versicherungsjahr.

4.5 Leistungsübersicht: Zahnärztliche Heilbehandlung

Leistungen	Classic	Plus	Top
Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten	X	✓	✓
Zahnbehandlung	✓ Schmerzstillende Zahnbehandlung	✓ inklusive Einlagefüllungen	✓ inklusive Einlagefüllungen
Leistungen	Classic	Plus	Top
	X Erstattungsfähig sind 50 % der Aufwendungen für die folgenden Leistungen, wenn diese infolge eines <i>Unfalles</i> benötigt werden	✓ Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die folgenden Leistungen bis zu € 2.000**/ \$ 2.600**/ £ 1.680**	✓ Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die folgenden Leistungen bis zu € 5.000**/ \$ 6.500**/ £ 4.200**
Zahnersatz (z. B. Prothesen, Brücken, Zahnkronen)	✓	✓	✓
<i>Implantologische Leistungen</i>	✓ bis zu vier Implantaten pro Kiefer und den darauf zu befestigenden Zahnersatz	✓ bis zu vier Implantaten pro Kiefer und den darauf zu befestigenden Zahnersatz	✓ bis zu vier Implantaten pro Kiefer und den darauf zu befestigenden Zahnersatz
<i>Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen</i>	X	✓	✓
Kieferorthopädische Leistungen	✓	✓	✓
Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien	✓	✓	✓
Erstellen eines Heil- und Kostenplans	✓	✓	✓

** Die genannten Höchstbeträge, Höchstleistungsdauern und Pauschalen gelten pro versicherte Person und Versicherungsjahr.

4.6 Leistungsübersicht: Medizinische Assistance

Leistungen	Classic	Plus	Top
24-Stunden Telefon & E-Mail Service mit erfahrenen Beratern, eigenen <i>Ärzten</i> und Fachärzten	✓	✓	✓
Medizinischer Kranken- und Rücktransport	✓	✓	✓
Information über die medizinische Infrastruktur (ärztliche Versorgung vor Ort und Benennung mehrsprachiger <i>Ärzte</i>)	✓	✓	✓
Betreuung und Information durch unseren ärztlichen Dienst (<i>Second Opinion</i> , Beobachtung des Krankheitsverlaufs)	✓	✓	✓
Kostenübernahmegarantie und/ oder Zahlung eines Vorschusses (Vorbereitung des Krankenhausaufenthaltes)	✓	✓	✓
Organisatorische Unterstützung im Todesfall, Beteiligung an den Überführungskosten	✓ bis zu € 2.500/ \$ 3.250/ £ 2.100	✓ bis zu € 5.000/ \$ 6.500/ £ 4.200	✓ bis zu € 10.000/ \$ 13.000/ £ 8.400
Zusätzliche medizinische sinnvolle Unterstützung (Information über Art, mögliche Ursachen und Heilbehandlungsmöglichkeiten der Erkrankung)	✓	✓	✓
Online Services	✓	✓	✓

4.7 Leistungsübersicht: Zusätzliche Assistance

Leistungen	Classic	Plus	Top
Zusätzliche Unterstützung	X	✓	✓
• Organisation von Krankenbesuchen für Angehörige	X	✓ bis zu € 1.500**/ \$ 1.950**/ £ 1.260**	✓ bis zu € 3.000**/ \$ 3.900**/ £ 2.520**
• Beschaffung und Versand lebensnotwendiger Medikamente	X	✓	✓
Organisation des Rücktransports oder der Betreuung der <i>Kinder</i>	X	X	✓
Hilfe bei eventuell durch den Auslandsaufenthalt entstehenden psychischen Problemen	X	✓ Psychologisch-therapeutische Maßnahmen via Telefon (bis zu 3 Anrufen**)	✓ Psychologisch-therapeutische Maßnahmen via Telefon (bis zu 5 Anrufen**)
Dokumentendepot (Hinterlegung, Hilfe bei Ersatzbeschaffung)	X	X	✓
Vermittlung von Hilfe bei rechtlichen Schwierigkeiten	X	X	✓
Vermittlung eines interkulturellen Trainings	X	X	✓

** Die genannten Höchstbeträge, Höchstleistungsdauern und Pauschalen gelten pro versicherte Person und Versicherungsjahr.

4.8 Leistungsbeschreibung

Bitte beachten Sie: Die in Nr. 4.8 beschriebenen Leistungen können je nach gewählter Tarifstufe abweichen oder nicht versichert sein.

Zu beachtende Grundsätze bei stationärer, ambulanter und zahnärztlicher Heilbehandlung

Der versicherten Person steht die Wahl unter allen *Ärzten* bzw. *Zahnärzten* frei, die in dem Land, in dem die Behandlung erfolgt, zur ärztlichen bzw. zahnärztlichen *Heilbehandlung* zugelassen sind und unter anderen *Behandlern*, die über eine auf ihrem Behandlungsgebiet anerkannte und fundierte Ausbildung verfügen.

Aufwendungen sind nur für die ärztlichen bzw. zahnärztlichen Leistungen erstattungsfähig, die nach den Regeln der ärztlichen bzw. zahnärztlichen Kunst für eine medizinisch notwendige *Heilbehandlung* erforderlich sind. Erstattungsfähig sind ärztliche und zahnärztliche Leistungen sowie die Leistungen anderer *Behandler*, soweit die Gebühren im Rahmen der landestypischen *Bemessungsgrundlagen* (z. B. offizielle Gebührenordnung für *Ärzte*) berechnet und angemessen sind. Bei Leistungen von *Behandlern*, wie z. B. Hebammen, für die im *Aufenthaltsland* möglicherweise keine eigene *Bemessungsgrundlage* existiert, werden wir uns an den vergleichbaren Vergütungen für *Ärzte* bzw. an den üblichen Preisen im *Aufenthaltsland* orientieren.

Bei der Erstattung zahntechnischer Laborarbeiten und Materialien legen wir die durchschnittlichen Preise im jeweiligen *Aufenthaltsland* zugrunde. Zahnersatz, die Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz, Zahnkronen und kieferorthopädische Maßnahmen einschließlich operativer Behandlungen gelten auch dann als Leistung des *Zahnarztes*, wenn sie von einem *Arzt* ausgeführt werden. Sie sind nicht Gegenstand der ambulanten oder stationären *Heilbehandlung*. Wir leisten im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und *Arzneimittel*, die von der *Schulmedizin* im *Aufenthaltsland* überwiegend anerkannt sind. Wir leisten darüber hinaus für Methoden und *Arzneimittel*, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder *Arzneimittel* zur Verfügung stehen; wir können unsere Leistungen jedoch auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden und *Arzneimittel* angefallen wäre.

Zu beachtende Voraussetzungen bei einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung nach Nr. 4.3

Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer

Bei stationärer – auch vor-, nach- oder *teilstationärer* – *Heilbehandlung* haben Sie und die mitversicherten Personen ein geeignetes, im *Aufenthaltsland* allgemein anerkanntes *Krankenhaus* aufzusuchen, das unter ständiger ärztlicher Leitung steht, über ausreichend diagnostische sowie therapeutische Möglichkeiten verfügt und Krankengeschichte führt. Für medizinisch notwendige *Heilbehandlung* in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die obigen Voraussetzungen erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn wir diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt haben. Bei TBC-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in TBC-Heilstätten und -Sanatorien geleistet. Für die Dauer der stationären *Heilbehandlung* gewähren wir die Leistungen ohne zeitliche Begrenzung. Die Einschaltung des für Sie zuständigen Servicecenters ist vor oder bei Aufnahme in das *Krankenhaus* erforderlich.

Ärztliche Leistungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die im Rahmen einer medizinisch notwendigen stationären *Heilbehandlung* erforderlichen Maßnahmen für Untersuchung, Diagnostik und Behandlung. Erstattungsfähig sind unter anderem auch Aufwendungen für Pathologie, Radiologie, Computertomographie, *Magnetresonanztomographie*, *Positronenemissionstomographie* sowie für *Palliativmedizin*.

Sonstige Nebenkosten

Hierunter verstehen wir sonstige Kosten für die Nutzung von Spezialeinrichtungen, wie Operationsaal, Intensivstation und Labor.

Operationen (inklusive ambulanter Operationen, die eine stationäre Behandlung ersetzen)

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die hierbei erforderlichen Leistungen, wie zum Beispiel ärztliche Leistungen, Anästhesie und die Nutzung von Spezialeinrichtungen. Aufwendungen für stationsersetzende *ambulante Operationen* sind ebenfalls erstattungsfähig.

Arznei- und Verbandmittel im Rahmen einer stationären Heilbehandlung

Diese müssen von einem *Arzt/ Zahnarzt* im *Krankenhaus* anlässlich der stationären *Heilbehandlung* verordnet worden sein, *Arzneimittel* außerdem aus der Apotheke oder von einer anderen behördlich zugelassenen Abgabestelle bezogen werden. Nahrungsmittel, Stärkungsmittel, Mineralwässer, kosmetische Mittel, Mittel zur Hygiene und Körperpflege sowie Badezusätze gelten nicht als *Arzneimittel*.

Heilmittel/ Physiotherapie im Rahmen einer stationären Heilbehandlung

Das sind physikalisch-medizinische Leistungen (Inhalationen, Krankengymnastik und Bewegungsübungen, Massagen, Packungen, *Hydrotherapie* und medizinische Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie oder Lichttherapie). Die physikalisch-medizinischen Leistungen müssen von einem *Arzt* bzw. dem Inhaber eines staatlich anerkannten und zur Ausübung berechtigenden Abschlusses für medizinische Assistenzberufe (z. B. Physiotherapeuten) durchgeführt und von einem *Arzt* im Rahmen der stationären *Heilbehandlung* verordnet werden. Die Verordnung muss vor Behandlungsbeginn ausgestellt worden sein und Diagnose, Art und Anzahl der Maßnahmen enthalten. Nicht als Heilmittel/ Physiotherapie gelten sonstige Leistungen wie zum Beispiel Thermal-, Sauna- und ähnliche Bäder.

Hilfsmittel im Rahmen einer stationären Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für diejenigen Hilfsmittel, die als lebenserhaltende Maßnahme dienen oder körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen, wie Herzschrittmacher, Kunstglieder/ Prothesen (ausgenommen Zahnprothesen). Diese müssen während des stationären Aufenthaltes angepasst werden und im oder am Körper verbleiben. Aufwendungen für die Reparatur von Hilfsmitteln sind im Rahmen der vorstehenden Regelungen erstattungsfähig.

Ärztliche Leistungen bei Schwangerschaft und Entbindung, Leistungen einer Hebamme bzw. eines Entbindungspflegers im Krankenhaus, mit Ausnahme von Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft

Wir übernehmen die erstattungsfähigen Aufwendungen für eine Entbindung (auch Früh- oder Fehlgeburt), wenn diese im *Krankenhaus*, in einem Entbindungsheim oder einer vergleichbaren Einrichtung erfolgt.

Ambulante Entbindung

Eine ambulante Entbindung liegt bei einer Hausgeburt vor oder wenn die Wöchnerin spätestens 24 Stunden nach der Niederkunft aus dem *Krankenhaus*, dem Entbindungsheim oder einer vergleichbaren Einrichtung entlassen wird.

Die Entbindungspauschale gewähren wir je Neugeborenes auf Vorlage der Geburtsurkunde.

Chemotherapie, Arzneimittel und ärztliche Leistungen der Onkologie

Wir übernehmen im Rahmen einer stationären *Heilbehandlung* die erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztliche Leistungen, diagnostische Tests, Strahlentherapie, Chemotherapie, *Arzneimittel* und Krankenhauskosten.

Knochenmark- und Organtransplantation im Rahmen einer stationären Heilbehandlung

Bei einer Knochenmark- bzw. Organtransplantation (zum Beispiel Herz, Niere, Leber, Bauchspeicheldrüse) übernehmen wir die erstattungsfähigen Aufwendungen sowohl für den Erkrankten als auch für den Spender. Erstattungsfähig sind dabei die mit der Organbeschaffung beim Organspender verbundenen Kosten, die Kosten für den Transport des Organs zum Erkrankten sowie die Aufwendungen für eine evtl. stationäre Mitaufnahme des Spenders, nicht jedoch für die Suche nach einem Organ oder einem geeigneten Spender.

Psychiatrische Leistungen

Wir erstatten die Aufwendungen für psychiatrische Leistungen im Rahmen einer stationären Behandlung. Wir leisten jedoch nur dann, wenn und soweit wir vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Zusage gegeben haben. Zur Erstattungsfähigkeit von stationärer Psychotherapie siehe unten.

Stationäre Psychotherapie

Voraussetzung für unsere Erstattung ist, dass die Behandlung von einem Psychiater, einem Psychotherapeuten oder einem auf dem Gebiet der Psychiatrie, Psychotherapie oder Psychoanalyse entsprechend weitergebildeten Facharzt durchgeführt wird. Für stationäre Psychotherapie leisten wir nur dann, wenn und soweit wir vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Zusage gegeben haben.

Mitnahme eines Elternteils bei stationärer Behandlung von Kindern

Wir erstatten die Mehraufwendungen für die Mitnahme eines Elternteils bei der stationären Behandlung von *minderjährigen Kindern*.

Häusliche Krankenpflege und hauswirtschaftliche Versorgung

Wir übernehmen die erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztlich verordnete häusliche Krankenpflege und *hauswirtschaftliche Versorgung* durch geeignete, zur Pflegekraft ausgebildete Personen als Ersatz für einen ärztlich angeratenen Krankenhausaufenthalt bzw. zur Abkürzung eines solchen. Die häusliche Krankenpflege erfolgt ergänzend zur ärztlichen Behandlung und ist neben dieser erstattungsfähig.

Stationäre Anschlussrehabilitation

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für stationäre *Anschlussrehabilitationen*, die der Weiterführung einer medizinisch notwendigen stationären Krankenhausbehandlung (zum Beispiel nach Bypass-Operation, Herzinfarkt, Transplantation von Organen sowie Operationen an großen Knochen oder Gelenken) dienen, wenn und soweit wir dies vorher schriftlich zugesagt haben. Die Anschlussrehabilitation muss grundsätzlich innerhalb von 2 Wochen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus angetreten werden. Kurmaßnahmen und Aufenthalte in Kurzentren, Badezentren, Sanatorien und Erholungsheimen sowie in Pflegeheimen sind nicht versichert.

Hospiz

Sofern keine ambulante Versorgung im eigenen Haushalt oder der Familie der versicherten oder mitversicherten Personen erbracht werden kann und unter der Voraussetzung, dass das *Hospiz*

- mit palliativmedizinisch erfahrenen Pflegediensten und *Ärzten* zusammenarbeitet sowie
- unter der fachlichen Verantwortung einer Krankenschwester, eines Krankenpflegers oder einer anderen fachlich qualifizierten Person steht, die über mehrjährige Erfahrung in der palliativmedizinischen Pflege oder über eine entsprechende Weiterbildung verfügt und eine Weiterbildung als verantwortliche Pflegefachkraft oder in Leitungsfunktionen nachweisen kann,

erstatten wir Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung, Pflege und Begleitung entsprechend des Krankheitszustandes für maximal 7 Wochen.

Voraussetzung für die Gewährung von Leistungen für eine voll-/ teilstationäre Hospizversorgung ist, dass die versicherte oder mitversicherte Person an einer Krankheit leidet,

- die progredient (d. h. fortschreitend, sich verschlimmernd) verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat und
- bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine stationäre palliativmedizinische Betreuung

notwendig ist und

- die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt

Hospizleistungen werden unter anderem bei folgenden Krankheitsbildern gewährt:

- Fortgeschrittene *Krebserkrankung*
- Vollbild der Infektionskrankheit *AIDS*
- Erkrankung des Nervensystems mit unaufhaltsamen fortschreitenden Lähmungen
- Endzustand einer chronischen Nieren-, Leber-, Herz-, Verdauungstrakt- oder Lungenerkrankung

Voraussetzungen einer ambulanten Heilbehandlung nach Nr. 4.4

Ärztliche Leistungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die im Rahmen einer ambulanten ärztlichen *Heilbehandlung* erforderlichen Maßnahmen für Untersuchung, Diagnostik und Therapie. Erstattungsfähig sind unter anderem auch Aufwendungen für Pathologie, Radiologie, Computertomographie, *Magnetresonanztomographie*, Positronenemissionstomographie, Chemotherapie und andere ärztliche Leistungen der *Onkologie* (z. B. bei *Krebserkrankung*), *Palliativmedizin* sowie für Schutzimpfungen und *Prophylaxemaßnahmen*, die von der WHO (World Health Organisation) empfohlen sind.

Akupunktur, Homöopathie, Osteopathie und Chiropraktik

An den erstattungsfähigen Aufwendungen beteiligen wir uns nur dann, wenn die vorgenannten Behandlungen durch *Ärzte* oder andere *Behandler* erfolgen, die eine in dem Land, in dem die Behandlung erfolgt, anerkannte entsprechende Ausbildung vorweisen können und dort zur Ausübung der Behandlung zugelassen bzw. berechtigt sind. Von diesen *Ärzten* oder *Behandlern* anlässlich der Behandlung verordnete Arznei- und *Verbandmittel* sind ebenfalls erstattungsfähig.

Leistungen des Logopäden bzw. Sprachheiltherapeuten

Bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen übernehmen wir die erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztlich verordnete Übungsbehandlungen, sofern diese von einem *Arzt* oder Logopäden bzw. Sprachheiltherapeuten durchgeführt werden. Für genannte Behandlungen leisten wir nur dann, wenn wir vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Zusage gegeben haben.

Psychiatrische Leistungen

Wir erstatten die Aufwendungen für psychiatrische Leistungen im Rahmen einer ambulanten Behandlung.

Wir leisten jedoch nur dann, wenn und soweit wir vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Zusage gegeben haben. Zur Erstattungsfähigkeit von ambulanter Psychotherapie siehe unten.

Ambulante Psychotherapie

Voraussetzung für unsere Erstattung ist, dass die Behandlung von einem Psychiater, einem Psychotherapeuten oder einem auf dem Gebiet der Psychiatrie, Psychotherapie oder Psychoanalyse entsprechend weitergebildeten Facharzt durchgeführt wird. Für ambulante Psychotherapie leisten wir nur dann, wenn wir vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Zusage gegeben haben.

Arznei- und Verbandmittel

Arznei- und *Verbandmittel* müssen von einem *Arzt/ Zahnarzt* oder von einem gesetzlich dazu berechtigten *Behandler* verordnet sein, *Arzneimittel* außerdem aus der Apotheke oder von einer anderen behördlich zugelassenen Abgabestelle bezogen werden. Nahrungsmittel, Stärkungsmittel, Mineralwässer, kosmetische Mittel, Mittel zur Hygiene und Körperpflege sowie Badezusätze gelten nicht als *Arzneimittel*.

Heilmittel/ Physiotherapie

Das sind physikalisch-medizinische Leistungen (Inhalationen, Krankengymnastik und Bewegungsübungen, Massagen, Packungen, *Hydrotherapie* und medizinische Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie oder Lichttherapie). Diese müssen von einem *Arzt* in eigener Praxis oder einem in eigener Praxis tätigen Inhaber eines staatlich anerkannten Diploms für medizinische Assistenzberufe (Masseur, Masseur und medizinischen Bademeister, Krankengymnast oder Physiotherapeut) ausgeführt werden und von einem *Arzt* verordnet worden sein. Die Verordnung muss vor Behandlungsbeginn ausgestellt worden sein und Diagnose, Art und Anzahl der Maßnahmen enthalten.

Nicht als Heilmittel/ Physiotherapie gelten sonstige Leistungen wie zum Beispiel Thermal-, Sauna- und ähnliche Bäder. Nicht erstattungsfähig sind Mehraufwendungen für die Behandlung in der Wohnung der versicherten und mitversicherten Personen.

Hilfsmittel im Rahmen einer ambulanten Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Körperersatzstücke sowie orthopädische und andere Hilfsmittel, die dazu dienen, körperlichen Behinderungen vorzubeugen, diese unmittelbar zu mildern oder auszugleichen. Hilfsmittel müssen von einem *Arzt*

verordnet sein und dürfen nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände angesehen werden.

Als Hilfsmittel im Rahmen der ambulanten *Heilbehandlung* gelten: Bandagen, Bruchbänder, Einlagen zur Fußkorrektur, Gehstützen, Hörgeräte, Kompressionsstrümpfe, Korrekturschienen, Kunstglieder/ Prothesen (ausgenommen Zahnprothesen), Liege- und Sitzschalen, orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate sowie Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf).

Folgende Hilfsmittel sind nur im Rahmen unserer vorherigen Leistungszusage erstattungsfähig: Krankenfahrstühle, Herz- und Atemmonitorgeräte, Infusionspumpen, Inhalationsgeräte, Sauerstoffgeräte und Überwachungsmonitore für Säuglinge. Sonstige Mittel gelten nicht als Hilfsmittel.

Aufwendungen für die Reparatur von Hilfsmitteln sind im Rahmen der vorstehenden Regelungen erstattungsfähig. Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für sanitäre Bedarfsartikel (zum Beispiel Heizkissen und Massagegeräte) sowie für Gebrauch und Pflege von Hilfsmitteln.

Sehhilfen

Erstattungsfähig sind Brillenfassungen und -gläser sowie Kontaktlinsen, insgesamt bis zum Höchstbetrag.

Unfruchtbarkeitsbehandlung

Nach vorheriger schriftlicher Leistungszusage übernehmen wir die Kosten im Rahmen des vereinbarten Leistungsumfanges für folgende anerkannte Behandlungen:

- In-Vitro-Fertilisation (IVF)
- Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)

Die Übernahme der Kosten erfolgt zudem unter der Voraussetzung, dass

- zum Zeitpunkt der Behandlung (erster Stimulations-tag eines jeden Behandlungszyklus bzw. erster Zyklustag bei der Insemination ohne hormonelle Stimulation) die Frau das 40. und der Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben
- eine organisch bedingte Sterilität der versicherten oder mitversicherten Person besteht, die allein mittels Maßnahmen der assistierten Reproduktion überwunden werden kann
- nach medizinischer Einschätzung eine deutliche Erfolgsaussicht von über 15 % für die gewählte Behandlungsmethode besteht und
- Mann und Frau beide nach Tarif Globality CoGenio®-Versicherte sind.

Voraussetzungen einer zahnärztlichen Heilbehandlung nach Nr. 4.5

Zahnbehandlung

Als Zahnbehandlung gelten

- allgemeine zahnärztliche Leistungen
- *konservierende Leistungen* wie zum Beispiel Einlagefüllungen (Inlays), nicht jedoch Kronen
- chirurgische Leistungen
- Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Paradontiums

Erstellen eines Heil- und Kostenplans

Legen Sie uns bei geplanten, umfangreicheren Zahnersatz- oder Sanierungsmaßnahmen sowie bei Kieferorthopädie vor Beginn der Behandlung einen Heil- und Kostenplan des *Arztes* bzw. *Zahnarztes* vor. Sie erhalten dann eine Mitteilung über die Höhe unserer Erstattungsleistungen.

Wegfall der Höchstbeträge bei Unfall

Werden Leistungen für zahnärztliche *Heilbehandlungen* infolge eines *Unfalles* erforderlich, so entfallen hierfür in den Tarifstufen Plus und Top sämtliche Höchstbeträge. In der Tarifstufe Classic erstatten wir 50 % der Kosten für zahnärztliche Leistungen, wenn und soweit diese infolge eines *Unfalles* erforderlich werden. Der *Unfall* muss uns durch einen entsprechenden Arzt- oder Polizeibericht nachgewiesen werden.

5 Hilfe und Unterstützung durch unsere Assistance-/Serviceleistungen

Wenn Sie oder die mitversicherte Person im Ausland erkranken oder einen *Unfall* erleiden, haben Sie einiges zu bewältigen: Eine fremde Sprache, eine Ihnen fremde medizinische Infrastruktur, eventuelle Schwierigkeiten bei der Kontaktaufnahme mit Ihren behandelnden *Ärzten* bzw. Krankenhäusern und mit Ihrer Familie im *Ausreise-* oder *Heimatland*.

Deshalb bieten wir zusätzlich zu dem Krankenversicherungsschutz einen umfangreichen Katalog von Assistance-/ Serviceleistungen, die Teil des Versicherungsschutzes sind und mit denen wir Sie und die mitversicherten Personen während des Auslandsaufenthaltes aktiv unterstützen wollen.

Wir bieten Unterstützung bei Problemfällen sowie sinnvolle organisatorische Hilfe während Ihres Auslandsaufenthaltes an.

Diese Assistance-/ Serviceleistungen bieten wir 24 Stunden am Tag, 7 Tage in der Woche, 365 Tage im Jahr. Unter der in Ihren Versicherungsunterlagen angegebenen Rufnummer erhalten Sie und die mitversicherten Personen rund um die Uhr Unterstützung durch unsere mehrsprachigen Mitarbeiter, Assistance-Koordinatoren und *Ärzte*.

Sie und die mitversicherten Personen können je nach gewählter Tarifstufe diese Assistance-/ Serviceleistungen bei einem Versicherungsfall oder *Notfall* in Anspruch nehmen. Sobald der Versicherungsschutz für Sie oder eine mitversicherte Person endet, erlischt auch der Anspruch auf unsere Assistance-/Serviceleistungen. Bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses nach 2.6. a) und c), leisten wir auch für schwebende Versicherungsfälle bis zu einer Höchstdauer von vier Wochen nach Beendigung des Versicherungsschutzes nach.

Bitte beachten Sie: Die in den Nrn. 5.1 und 5.2 genannten Assistanceleistungen können je nach gewählter Tarifstufe abweichen oder nicht versichert sein.

5.1 Erläuterung – Medizinische Assistance (siehe hierzu Nr. 4.6)

Medizinischer Kranken- bzw. Rücktransport

Unser Leistungsumfang im Hinblick auf einen Kranken-transport ist in Nr. 4.3 und Nr. 4.4 geregelt. Darüber hinaus besteht auch bei unzureichender stationärer medizinischer Versorgung im jeweiligen *Aufenthaltsland* ein Anspruch auf grenzüberschreitenden Kranken(rück)transport.

In diesem Fall erfolgt die Übernahme der Kosten für den Kranken(rück)transport unter folgenden Voraussetzungen:

- Der Kranken(rück)transport muss durch den behandelnden *Arzt* angeordnet und medizinisch notwendig sein
- Eine vorherige Kostenzusage durch das für Sie zuständige Servicecenter muss erfolgt sein

Der Kranken(rück)transport erfolgt nach Abstimmung zwischen dem für Sie zuständigen Servicecenter und dem behandelnden *Arzt*

- an einen für die weiteren *Heilbehandlungen* geeigneteren Ort in einem Drittland (innerhalb der gewählten *Zielregion*)
- im Versicherungsfall außerhalb des *Aufenthaltslandes* an den aktuellen Wohnsitz der versicherten und mitversicherten Person im *Aufenthaltsland*
- an den letzten ständigen Wohnsitz der versicherten und mitversicherten Person im Ausreise- oder *Heimatland*

Bei medizinischer Notwendigkeit wird auch die Transportbegleitung durch einen *Arzt* organisiert.

Ein Anspruch besteht lediglich für den Transport zum geeigneten Behandlungsort.

Information über medizinische Infrastruktur

Über das für Sie zuständige Servicecenter erhalten Sie und die mitversicherten Personen im Versicherungs- und *Notfall* Auskünfte über die Möglichkeiten der ärztlichen Versorgung vor Ort. Ebenfalls erfolgt durch das für Sie zuständige Servicecenter sowohl die Benennung von vor Ort verfügbaren deutsch-, englisch-, französisch- oder spanischsprachigen *Ärzten* und Krankenhausdiensten als auch die von Krankenhäusern, Spezialkliniken und Verlegungsmöglichkeiten.

Betreuung und Information

Es ist bereits bei einer notwendigen medizinischen Erstbetreuung vor Ort für Sie und die mitversicherten Personen möglich, den ärztlichen Dienst des für Sie zuständigen Servicecenters telefonisch einzuschalten.

Das für Sie zuständige Servicecenter kann auf Ihren und den Wunsch der mitversicherten Personen die Angehörigen über den Versicherungsfall bzw. *Notfall* informieren, soweit dies technisch möglich ist. Sie und die mitversicherten Personen können sich durch das für Sie zuständige Servicecenter eine ärztliche Zweitmeinung (*Second Opinion*), d. h. einen zweiten ärztlichen Befund, bei lebensbedrohlichen Erkrankungen und schwerwiegenden, bleibenden gesundheitlichen Störungen einholen lassen. Unsere Servicecenter gewähren den versicherten und mitversicherten Personen im Rahmen einer stationären *Heilbehandlung* Unterstützung bei der Aufnahme- und Entlassungsplanung.

Eine Beobachtung des Krankheitsverlaufs durch *Ärzte* des für Sie zuständigen Servicecenters und durch Assistance-Koordinatoren ist bei stationärer *Heilbehandlung* und bei *Heilbehandlungen*, die zur Vermeidung stationärer Aufnahme ambulant durchgeführt werden, möglich. Außerdem kann eine Abstimmung der *Heilbehandlung* und des Krankheitsverlaufs durch Arzt-zu-Arzt-Gespräche bei stationärer *Heilbehandlung* und bei *Heilbehandlungen*, die zur Vermeidung einer stationären Aufnahme ambulant durchgeführt werden, erfolgen.

Kostenübernahmegarantie und/ oder Zahlung eines Vorschusses

Bei einem *Notfall* mit stationärer *Heilbehandlung* ist die Einschaltung des für Sie zuständigen Servicecenters unverzüglich erforderlich. Bei einer geplanten stationären *Heilbehandlung* ist spätestens 7 Tage vor Aufnahme die Einschaltung des für Sie zuständigen Servicecenters erforderlich; dies gilt auch bei ambulanten Operationen, die eine stationäre Behandlung ersetzen.

Nur hierdurch kann bei geplanten stationären *Heilbehandlungen* oder bei stationären Notfallbehandlungen die Regelung einer Kostenübernahmegarantie und/ oder Zahlung eines Vorschusses gegenüber den *Ärzten* bzw. dem *Krankenhaus* inklusive der ärztlichen Prüfung der Angemessenheit der medizinischen Rechnungen durch das für Sie zuständige Servicecenter erfolgen. Darüber hinaus stimmen wir auf Ihren Wunsch hin mit den Krankenhäusern den Rechnungsversand und die Zahlungsmodalitäten ab und bemühen uns um die Organisation einer zentralisierten Bezahlung. In diesem Fall werden Sie von dem für Sie zuständigen Servicecenter über die Vorgehensweise schriftlich oder per E-Mail informiert.

Organisatorische Unterstützung im Todesfall, Beteiligung an den Überführungskosten

Auch bei einem Todesfall im Ausland hilft Ihnen das für Sie zuständige Servicecenter.

Es

- besorgt die Sterbeurkunde oder den Unfallbericht, soweit die gesetzlichen Bestimmungen dies zulassen
- stellt Kontakte zu den Behörden und Konsulaten im Ausland her
- stellt fest, welche Hinterbliebenen zu einer Überführungs- oder Einäscherungsverfügung berechtigt sind
- leitet gemäß den Bestimmungen des jeweiligen Landes alle Formalitäten für eine Überführung bzw. Einäscherung oder eine Bestattung vor Ort ein

Wir erstatten

- die unmittelbaren Kosten einer Überführung des Verstorbenen in das *Ausreise-* oder *Heimatland* (inklusive der Formalitäten)
- bei Einäscherung im *Aufenthaltsland* die Überführung der Urne in das *Ausreise-* oder *Heimatland*.

Es erfolgt keine Übernahme der eigentlichen Bestattungskosten.

Zusätzliche medizinisch sinnvolle Unterstützung

Das für Sie zuständige Servicecenter informiert Sie und die mitversicherten Personen unabhängig vom Vorliegen eines Versicherungsfalles über allgemeine (Auskünfte über das Land, Zollformalitäten) und medizinische (Impfberatung, ärztliche telefonische Information) Reisevorbereitungen und gibt Tipps bezüglich des Inhalts und der Beschaffung der Reiseapotheke/ des Verbandskastens.

Im Falle, dass Sie oder mitversicherte Personen erkranken, erhalten Sie durch das zuständige Servicecenter allgemeine Informationen über die Art, mögliche Ursachen und Heilbehandlungsmöglichkeiten der Erkrankung sowie Erklärungen der medizinischen Fachbegriffe. Für Auskünfte zu Medikamenten bzw. identischen/ vergleichbaren Präparaten und deren Neben- und Wechselwirkungen steht Ihnen das für Sie zuständige Servicecenter ebenfalls zur Verfügung.

Bei ambulanten *Heilbehandlungen* klärt das für Sie zuständige Servicecenter die *Heilbehandlung* und den Krankheitsverlauf gegebenenfalls durch Arzt-zu-Arzt-Gespräche ab und beobachtet den Verlauf und die weitere Betreuung dieser.

Online-Services

Auf unserer Internetseite www.globality-health.com finden Sie einen geschützten Bereich, in dem Sie Zugriff auf eine Reihe von nützlichen Online Serviceleistungen haben. Informationen zum Anmeldeverfahren erhalten Sie zusammen mit Ihrer Globalites® Service Card.

Unser Online Service umfasst:

- alle wesentlichen Kontaktdaten des für Sie zuständigen Globalite,
- einen bereits mit Ihren persönlichen Angaben versehenen Vordruck zur Beantragung von Leistungen;
- eine Funktion zur Suche (Suchmaschine) nach medizinischen Leistungserbringern (Ärzte und Krankenhäuser im Aufenthaltsland) sowie
- länderbezogene Auskünfte, darunter Reisehinweise, Informationen über bestimmte Krankheiten und Impfpfehlungen, Hinweise zur politischen Stabilität bzw. Sicherheit in verschiedenen Regionen sowie die neusten Nachrichten.

5.2 Erläuterung – Zusätzliche Assistance (siehe hierzu Nr. 4.7)

Beschaffung von Medikamenten

Sind Sie oder eine mitversicherte Person auf die Einnahme lebensnotwendiger, am Aufenthaltsort jedoch nicht erhältlich Medikamente angewiesen, wird sich das für Sie zuständige Servicecenter bei Einschaltung um die Beschaffung und den Versand dieser – gesetzlich zugelassenen – Medikamente kümmern, soweit der Einfuhr und Beschaffung keine gesetzlichen Bestimmungen entgegen stehen.

Reiseorganisation

Bei einer Verzögerung der Rückreise aus dem *Aufenthaltsland* wegen medizinischer Notfälle, die zu einer Reiseunfähigkeit führen, sorgt das für Sie zuständige Servicecenter für die Umbuchung von Hotels und Flügen. Wir übernehmen die dabei entstehenden Mehrkosten bis zu einem Betrag von € 2.000/ \$ 2.600/ £ 1.680.

Besuche von Angehörigen

Erfolgt bei Ihnen oder einer mitversicherten Person eine stationäre *Heilbehandlung* aufgrund eines medizinischen *Notfalls* (sowohl im *Aufenthaltsland* als auch bei einer Urlaubs- oder Geschäftsreise), wird für die Organisation eines Krankenbesuches durch einen Familienangehörigen gesorgt. Hierfür organisiert das für Sie zuständige Servicecenter die Reise eines

Familienangehörigen zum Ort des *Krankenhauses* und von dort zurück zum Wohnort, wenn der Krankenhausaufenthalt länger als 7 Tage dauert. Wir übernehmen die Kosten für ein Beförderungsmittel (Bahnfahrt 1. Klasse, Flug Economy Class) und eine Hotelunterkunft (bis 7 Tage) bis zum genannten Höchstbetrag – allerdings nur bei vorheriger Einschaltung des für Sie zuständigen Servicecenters.

Organisation des Rücktransports oder der Betreuung Ihrer Kinder

Sollte aufgrund eines medizinischen *Notfalls* eine stationäre *Heilbehandlung* beider Eltern im Aufenthaltsland notwendig sein, übernehmen wir die Organisation einer Betreuung vor Ort durch einen Kinderdienst für die Dauer der stationären *Heilbehandlung*.

Tritt während einer Urlaubsreise (maximal 6 Wochen) ein medizinischer *Notfall* beider Eltern mit notwendiger stationärer *Heilbehandlung* ein, so besteht ein Anspruch auf einen begleiteten Rücktransport *minderjähriger Kinder* an den aktuellen Wohnsitz im *Aufenthaltsland*.

Hilfe bei eventuell durch den Auslandsaufenthalt entstehenden psychischen Problemen

Sollte aufgrund des Auslandsaufenthaltes bei Ihnen oder den mitversicherten Personen eine psychische Konfliktsituation entstehen, bietet das für Sie zuständige Servicecenter psychologisch therapeutische Maßnahmen via Telefon und vermittelt bei Bedarf eine geeignete Hilfestellung vor Ort.

Dokumentendepot (Hinterlegung, Hilfe bei Ersatzbeschaffung)

Kopien von Reisedokumenten (zum Beispiel Pass, Personalausweis, Visum, Kreditkarte, Führerschein, Fahrzeugschein, Fahrzeugbrief, Impfausweis, Allergiepass, Geschäftsunterlagen bis zu 20 Seiten DIN A4) können bei dem für Sie zuständigen Servicecenter in einem verschlossenen Umschlag mit persönlichem Kennwort hinterlegt werden. Im Falle des Verlustes der Originale erfolgt – unabhängig vom Vorliegen eines Versicherungsfalles – Hilfe bei der Ersatzbeschaffung durch den Versand der Kopien per Post, per Kurierdienst oder per Telefax. Die Laufzeit des Dokumentendepots beträgt fünf Jahre, sofern keine Aktualisierungen durch Sie oder die mitversicherten Personen stattfinden.

Vermittlung von Hilfe bei rechtlichen Schwierigkeiten

Das für Sie zuständige Servicecenter benennt deutsch-, englisch-, französisch- oder spanischsprachige Rechtsanwälte oder Gutachter weltweit. Bei Bedarf

vermittelt das für Sie zuständige Servicecenter einen Vorschuss für Rechtsanwaltskosten, einen Gerichtskostenvorschuss oder einen Strafkautionsvorschuss. Es erfolgt kein Vorschuss durch das für Sie zuständige Servicecenter selbst; dieses stellt den Kontakt zum Beispiel zur Hausbank oder zu Verwandten her und hilft gegebenenfalls beim Transfer des Betrages.

Vermittlung eines interkulturellen Trainings

Das für Sie zuständige Servicecenter benennt Ihnen Spezialanbieter, bei denen Sie landes- und regionspezifische Trainings zur Auslandsvorbereitung unter Berücksichtigung der Aspekte Leben und Arbeiten im Ausland absolvieren können.

6 Einschränkung der Leistungspflicht

Wann erhalten Sie keine Leistungen?

Krieg, innere Unruhen, Terrorismus

Für Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsergebnisse, innere Unruhen oder Terrorakte verursacht worden sind, leisten wir nicht, es sei denn, die versicherte Person erleidet ihre Verletzungen als unbeteiligter Dritter, der die Gefahr nicht vorsätzlich oder fahrlässig missachtet hat und, soweit er sich bewusst in ein Konfliktgebiet begeben hat oder nach Kenntniserlangung dort verweilt, dies aus einem berechtigten beruflichen Interesse erfolgte.

Soweit sich der unbeteiligte Dritte in einen unmittelbar umkämpften Bereich begibt oder er Dienste für eine in die Kampfhandlungen involvierte Partei erbringt, besteht jedoch in keinem Fall Versicherungsschutz. Der Leistungsausschluss gilt unabhängig davon, ob ein Krieg erklärt wurde oder nicht.

Erlangt die versicherte Person während ihres Aufenthalts Kenntnis von Krieg, inneren Unruhen oder terroristischen Akten, ohne dass ein Verweilen aus berechtigtem beruflichen Interesse erforderlich wäre, besteht Versicherungsschutz nur im Rahmen von Notfallbehandlungen (wie lebensrettende Maßnahmen) und nur so lange, wie es der versicherten Person unverschuldet nicht möglich war, das Land bzw. die Region zu verlassen, längstens jedoch für 28 Tage. Für Krankheiten und deren Folgen, Unfälle und deren Folgen sowie für Todesfälle, die durch nukleare, chemische oder biologische Waffen herbeigeführt wurden, besteht ausnahmslos kein Versicherungsschutz.

Auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen

Für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen besteht kein Versicherungsschutz. Eine Krankheit oder ein *Unfall* gelten als vorsätzlich herbeigeführt, wenn der Handelnde von den Folgen seiner Handlung zumindest eine Vorstellung hatte und den herbeigeführten Schaden billigend in Kauf nahm.

Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren

Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren bei Drogenkonsum und Alkoholismus stehen nicht unter Versicherungsschutz. Unbeschadet dessen gewähren wir jedoch für eine erstmalige Entgiftungsmaßnahme, für die anderweitig kein Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung geltend gemacht werden kann, Leistungen, wenn wir diese vor Beginn

der Maßnahme schriftlich zugesagt haben. Die Zusage kann von einer Begutachtung über die Erfolgsaussichten durch einen von uns beauftragten *Arzt* abhängig gemacht werden. Bei einer stationären Entgiftungsmaßnahme sind nur die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausgrundleistungen inklusive ärztlicher Leistungen und *Arzneimittel* erstattungsfähig.

Behandlung durch bestimmte Ärzte, Zahnärzte und andere Behandler sowie in bestimmten Krankenhäusern

Hierunter fallen Behandlungen durch *Ärzte, Zahnärzte, andere Behandler* und in Krankenhäusern, deren Rechnungen wir aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen haben. Wir sind jedoch nur für die Versicherungsfälle leistungsfrei, die eintreten, nachdem Sie oder die mitversicherten Personen über diesen Leistungsausschluss informiert wurden. Sofern zum Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall bereits besteht, entfällt unsere Leistungspflicht erst für die nach Ablauf von 3 Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen.

Kosmetische/ plastische Chirurgie

Für kosmetische/ plastische Operationen leisten wir nur im Rahmen einer medizinisch notwendigen *Heilbehandlung*.

Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie Rehabilitationsmaßnahmen gesetzlicher Rehabilitationsträger

Für *Kur- und Sanatoriumsbehandlungen* sowie für Rehabilitationsmaßnahmen gesetzlicher Rehabilitationsträger leisten wir nicht. Allerdings beteiligen wir uns, je nachdem, welche Tarifstufe Sie gewählt haben, an den erstattungsfähigen Aufwendungen einer Anschlussrehabilitation.

Heilbehandlung durch Ehe- bzw. Lebenspartner, Eltern oder Kinder

Für Aufwendungen von *Heilbehandlungen* durch Ehe- bzw. Lebenspartner, Eltern oder *Kinder* sind wir leistungsfrei. Allerdings erstatten wir die für die Behandlung erforderlichen und uns nachgewiesenen Sachkosten tarifgemäß.

Unterbringung bei Pflegebedürftigkeit

Wir übernehmen keine Kosten für eine durch Pflegebedürftigkeit bedingte Unterbringung.

Sonstige Leistungseinschränkungen

Übersteigt eine *Heilbehandlung* oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder ist die geforderte

Vergütung nicht angemessen, so können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus einer gesetzlichen Krankenversicherung, gesetzlichen oder privaten Unfallversicherung, gesetzlichen Rentenversicherung oder auf Leistungen eines anderen Leistungserbringers bzw. Institution, so ist die versicherte Person zur Abtretung jeglicher solcher Ansprüche an uns verpflichtet.

7 Verhalten und Bestimmungen im Leistungsfall

7.1 Medizinische Notwendigkeit

Medizinisch notwendig sind alle Maßnahmen, die dazu geeignet sind, eine Krankheit gezielt zu heilen oder zu lindern.

7.2 Zu beachtende Leistungsvoraussetzungen

Ihnen und den mitversicherten Personen steht die Wahl unter allen *Ärzten* bzw. *Zahnärzten* frei, die in dem Land, in dem die Behandlung erfolgt, zur ärztlichen bzw. zahnärztlichen *Heilbehandlung* zugelassen sind, und unter anderen *Behandlern*, die über eine auf ihrem Behandlungsgebiet anerkannte und fundierte Ausbildung verfügen. Aufwendungen sind nur für die ärztlichen bzw. zahnärztlichen Leistungen erstattungsfähig, die nach den Regeln der ärztlichen bzw. zahnärztlichen Kunst für eine medizinisch notwendige *Heilbehandlung* erforderlich sind.

Erstattungsfähig sind ärztliche und zahnärztliche Leistungen sowie die Leistungen anderer *Behandler*, soweit die Gebühren im Rahmen der landestypischen *Bemessungsgrundlagen* berechnet und angemessen sind. Erstattungsfähig sind auch über den Höchstsätzen dieser *Bemessungsgrundlagen* liegende Aufwendungen, sofern sie durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwerisse begründet und angemessen berechnet sind. Bei Leistungen von *Behandlern*, wie zum Beispiel Masseuren, Hebammen oder Heilpraktikern, für die im *Aufenthaltsland* möglicherweise keine eigene *Bemessungsgrundlage* existiert, werden wir uns an den vergleichbaren Vergütungen für *Ärzte* bzw. an den üblichen Preisen im *Aufenthaltsland* orientieren.

Bei der Erstattung zahntechnischer Laborarbeiten und Materialien legen wir die durchschnittlichen Preise im jeweiligen *Aufenthaltsland* zugrunde. Zahnersatz, *implantologische Leistungen* und Kieferorthopädie gelten auch dann als Leistung des *Zahnarztes*, wenn sie von einem *Arzt* ausgeführt werden. Sie sind nicht Gegenstand der ambulanten oder stationären *Heilbehandlung*. Wir leisten im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und *Arzneimittel*, die von der *Schulmedizin* überwiegend anerkannt sind. Wir leisten darüber hinaus für Methoden und *Arzneimittel*, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder *Arzneimittel* zur Verfügung stehen; wir können unsere Leistungen jedoch auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden und *Arzneimittel* angefallen wäre.

7.3 Verhalten im Leistungsfall

Wir wollen einen Leistungsfall auch in Ihrem Sinne möglichst schnell abwickeln. Dazu ist es erforderlich, dass der Anspruch auf Versicherungsleistungen unverzüglich nach der Beendigung der *Heilbehandlung* durch Vorlage von Kostenbelegen geltend gemacht wird.

a) Wir sind nur dann zur Leistung verpflichtet, wenn die von uns geforderten Nachweise erbracht worden sind; diese werden unser Eigentum. Wir behalten uns das Recht vor, diese zu archivieren.

b) Bitte beachten Sie:

Falls wir mit Ihnen keine abweichende Vereinbarung treffen, senden Sie bitte im Leistungsfall die Nachweise direkt an das für Sie zuständige Servicecenter.

Bei Kostenbelegen sollten Sie Originalunterlagen einreichen, die den jeweiligen landestypischen Rechtsvorschriften für die Rechnungserstellung entsprechen müssen (bitte beachten Sie dazu auch die unter Nr. 7.4 aufgeführten Erfordernisse). Um Ihnen die Abwicklung zu erleichtern und Ihre Kosten möglichst schnell erstatten zu können, akzeptieren wir jedoch auch die telekommunikative Übermittlung von Kostenbelegen per E-Mail oder Telefax, soweit die Übertragungsqualität eine Bearbeitung zulässt. Bei berechtigtem Interesse kann der Versicherer die Originalbelege anfordern. Sofern sich ein anderer Krankenversicherer bzw. eine andere Institution an den Kosten beteiligt hat,

genügen Zweitschriften der Kostenbelege mit dessen/ deren Original-Erstattungsvermerk. Wir können mit befreiender Wirkung auch an den Überbringer oder Übersender ordnungsgemäßer Original-Nachweise leisten

- c) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können grundsätzlich weder abgetreten noch verpfändet werden (zur Ausnahme bei Leistungserbringern siehe Nr. 7.6 a)).

7.4 Inhalt von Kostenbelegen

- a) Rechnungen müssen enthalten:

- Vor- und Zuname sowie das Geburtsdatum der versicherten und mitversicherten Person
- die genaue, vom *Arzt* vermerkte Krankheitsbezeichnung (Diagnose) bzw. andernfalls eine präzise Umschreibung des Beschwerdebildes
- die einzelnen Leistungen mit Behandlungsdaten und Einzelpreisen
- im Rahmen zahnärztlicher Behandlung sind auch die Bezeichnungen der behandelten oder ersetzten Zähne und die jeweils vorgenommenen Leistungen anzugeben

- b) Weiterhin ist zu beachten:

- Alle Belege sind möglichst in englischer, deutscher, französischer, niederländischer oder spanischer Sprache und unter Verwendung arabischer Ziffern und lateinischer Schriftzeichen (1, 2, 3 ... a, b, c ...) sowie des *ICD-Codes* 9 bzw. 10 (International Classification of Disease) einzureichen
- Aus den Verordnungen müssen der Vor- und Zuname sowie das Geburtsdatum der versicherten und mitversicherten Person, das verordnete *Arzneimittel*, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen
- Reichen Sie Verordnungen zusammen mit der dazugehörigen Arztrechnung oder Rechnung über Heil- und Hilfsmittel ein
- Beantragen Sie anstelle von Kostenersatz ein *Ersatz-Krankenhaustagegeld*, so ist eine Bescheinigung über die stationäre Behandlung einzureichen, aus der Vor- und Zuname sowie das Geburtsdatum der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung sowie Aufnahme- und Entlassungstag und eventuelle Beurlaubungstage ersichtlich sind

Bitte verwenden Sie zur Beantragung von Erstattungsleistungen nach Möglichkeit unser Behandlungsformular, welches Sie z. B. auf unserer Internetseite finden oder von dem für Sie zuständigen Servicecenter erhalten können.

Durch Einreichen dieses vom *Arzt* unterzeichneten Formulars stellen Sie sicher, dass eine schnelle Bearbeitung Ihres Leistungsantrages erfolgen kann. In der Regel werden dadurch Rückfragen vermieden, die zu einer Verzögerung der Leistungen führen könnten.

7.5 Vorgehen im Fall eines Unfalls/ Notfalls

Sie können rund um die Uhr mit uns Kontakt aufnehmen. Adressen, Rufnummern oder E-Mail-Adressen finden Sie in allen unseren Dokumenten. Sollte eine versicherte oder mitversicherte Person nach Eintritt eines schwerwiegenden Versicherungsfalles, insbesondere nach einem *Unfall*, *Notfall* oder bei stationärer *Heilbehandlung*, das für sie zuständige Servicecenter einschalten, so bieten wir ihr einen umgehenden Rückruf an.

7.6 Bearbeitung von Leistungsansprüchen

- a) Stationäre Leistungsansprüche:

Feststehende Kosten, zum Beispiel der Pfllegesatz oder Unterkunftszuschlag im *Krankenhaus* oder das Entgelt für einen Rettungstransport, zahlen wir auf Ihren Wunsch auch direkt an den Rechnungsaussteller. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, dass Sie oder die mitversicherten Personen Ihre jeweiligen Erstattungsansprüche, die Sie gegen uns haben, an den Leistungserbringer abtreten, zum Beispiel durch eine so genannte Abtretungserklärung gegenüber dem *Krankenhaus*. Eine direkte Abrechnung ist jedoch – sofern die landestypischen Gegebenheiten dies erlauben – nur mit Einverständnis des *Krankenhauses* möglich.

- b) Ambulante und zahnärztliche Leistungsansprüche:

Sie oder die mitversicherten Personen sind Vertragspartner des behandelnden *Arztes* bzw. sonstigen *Behandlers*. Bei Behandlungsbeginn schließt dieser mit der versicherten oder mitversicherten Person einen Behandlungsvertrag ab, auf dessen Basis er später seine Rechnung ausstellt. Sie können diese Rechnung dann bei unserem für Sie zuständigen Servicecenter einreichen, woraufhin von dort die vertraglich vereinbarten Versicherungsleistungen an Sie ausgezahlt werden.

7.7 Erstattung von Leistungsansprüchen

Sie oder die mitversicherten Personen erhalten in aller Regel Leistungen nach dem Kostenerstattungsprinzip, das heißt, wir ersetzen die im

Rahmen einer *Heilbehandlung* entstandenen erstattungsfähigen Kosten. Als besonderen Service können wir auf Ihren Wunsch hin unseren Erstattungsbetrag direkt an den Rechnungsaussteller zahlen, soweit dieser einer Direktabrechnung zustimmt und dem keine rechtlichen Bedenken entgegenstehen (vgl. hierzu Nr. 7.6 a)), zum Beispiel wenn es sich um besonders hohe Einzelrechnungsbeträge (> € 2.000/ \$ 2.600/ £ 1.680) handelt.

7.8 Vertragswährung

Die Grundwährung unserer Tarife ist Euro (€). Als Vertragswährung können jedoch auch US Dollar (\$) oder Britisches Pfund (£) gewählt werden. Die Wechselkurse für diese Währungen im Verhältnis zum Euro werden im Januar und Juli eines jeden Jahres von uns überprüft und bei Bedarf angepasst. Dies kann zu einer Erhöhung oder Senkung der Beiträge führen, wenn der Vertrag in einer Währung geführt wird, für die eine Anpassung an den Euro-Kurs erforderlich wird.

7.9 Wechselkurse

Die Erstattung erfolgt in der Vertragswährung (€/ \$/ £). Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in die Vertragswährung umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Wechselkurs der Federal Reserve (Fed)/ US-Notenbank für die vereinbarte Vertragswährung. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt wurden, gilt ebenfalls der Kurs gemäß Federal Reserve (Fed)/ US-Notenbank nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, Sie weisen durch Bankbeleg nach, dass Sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben haben.

die Einholung von hierfür erforderlichen Auskünften zu ermöglichen (insbesondere durch die Entbindung von der Schweigepflicht).

- c) Sie und die mitversicherten Personen sind verpflichtet, sich auf unser Verlangen hin durch einen von uns beauftragten *Arzt* untersuchen zu lassen. Die Aufwendungen für die Untersuchung sowie evtl. notwendige Fahrtkosten zum *Arzt* übernehmen wir nach Vorlage eines entsprechenden Nachweises.
- d) Sie und die mitversicherten Personen haben nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

Wenn eine der in 8 a) bis d) genannten *Obliegenheiten* nicht eingehalten wird, sind wir mit der in den rechtlichen Bestimmungen vorgeschriebenen Einschränkung von der Verpflichtung zur Leistung frei oder berechtigt, unseren Leistungsumfang einzuschränken. Dies gilt jedoch nicht, wenn weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gehandelt wurde. Die Kenntnis und das Verschulden der mitversicherten Personen stehen Ihrer Kenntnis und Ihrem Verschulden gleich.

Abtretung von Ansprüchen gegen Dritte

Haben Sie oder eine mitversicherte Person Schadenersatzansprüche nicht versicherungsrechtlicher Art gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges die Verpflichtung, diese Ansprüche – bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz von Aufwendungen geleistet wird – schriftlich an uns abzutreten. Geben Sie oder eine mitversicherte Person einen solchen Anspruch oder ein zur Sicherung des Anspruches dienendes Recht ohne unsere Zustimmung auf, so werden wir insoweit von der Verpflichtung zur Leistung frei, als wir aus dem Anspruch oder dem Recht hätten Ersatz erlangen können.

Aufrechnungen

Sie oder die mitversicherten Personen können gegen Forderungen unsererseits nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung von uns unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

Betrug

Ist eine Forderung unrichtig oder sind Belege und Nachweise gefälscht oder haben Dritte mit Ihrem Einverständnis betrügerische Mittel angewandt, um Leistungen aus diesem Vertrag ohne rechtliche Grundlage entgegenzunehmen, besteht kein Leistungsanspruch. Es entfallen sämtliche Leistungsansprüche

8 Obliegenheiten

- a) Jede Krankenhausbehandlung ist uns unverzüglich anzuzeigen. Hierzu reicht auch eine Mitteilung an das für Sie zuständige Servicecenter.
- b) Sie und die mitversicherten Personen sind verpflichtet, auf unser Verlangen bzw. das unseres zuständigen Servicecenters jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder unserer Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist sowie uns bzw. unserem *Assistenten*

aus diesem Vertrag. Versicherungsleistungen, die bereits vor Bekanntwerden der betrügerischen Handlungen erbracht wurden, sind uns in voller Höhe zurückzuerstatten.

9 Beitragszahlung und Beitragsberechnung

Zahlung des Beitrages

Die Beitragshöhe, die Fälligkeit sowie die Zahlungsmodalitäten richten sich nach den im Gruppenvertrag getroffenen Vereinbarungen.

Soweit im *Versicherungsausweis* ein Beitrag ausgewiesen ist, werden von uns geforderte versicherungsmedizinische Zuschläge gesondert ausgewiesen.

Beginnt die Versicherung nicht am 1. eines Kalendermonats bzw. endet die Versicherung nicht am letzten Tag eines Kalendermonats, ist für den ersten bzw. letzten Versicherungsmonat nur der anteilige Betrag des monatlichen Beitrags zu zahlen.

Nicht rechtzeitige Zahlung des Beitrages

Sofern Sie als Versicherter Beitragsschuldner sind gilt folgendes:

Wird der vereinbarte Beitrag nicht innerhalb einer Frist von 10 Tagen nach dem Fälligkeitstage gezahlt, so können wir Sie nach Ablauf der Frist zur Zahlung auffordern. Diese Zahlungsaufforderung wird Ihnen auf angemessem Wege an Ihren letzten Wohnsitz zugestellt. Unterbleibt die Zahlung des Beitrags auch innerhalb von 30 Tagen nach Zahlungsaufforderung, so sind wir für die nach Ablauf der Frist eingetretenen Versicherungsfälle gemäß Art. 21 des luxemburgischen Versicherungsvertragsgesetzes von 1997 leistungsfrei. Sie bleiben trotz unserer Leistungsfreiheit zur Zahlung künftiger Beiträge verpflichtet.

Soweit der Beitrag auch 10 Tage nach Ablauf der Zusatzfrist nicht beglichen wurde, steht uns ein sofortiges Kündigungsrecht zu. Wird der Vertrag nicht gekündigt, so setzt unsere Leistungspflicht für alle neu eintretenden Versicherungsfälle wieder ein, falls Sie die bis zu diesem Zeitpunkt fälligen Beträge und die nachgewiesenen Verzugskosten gezahlt haben. Der Versicherungsschutz beginnt dann um 0.00 Uhr am Tage nach Eingang aller geschuldeten Beträge bei uns oder bei der entsprechend bevollmächtigten Person. Eine Leistungspflicht besteht jedoch nicht,

wenn Sie erst zu dem Zeitpunkt zahlen, in dem der Eintritt des Versicherungsfalles nicht mehr ungewiss ist. Erfolgt über einen Zeitraum von mehr als 2 Jahren keine Beitragszahlung, so gilt der Versicherungsvertrag als gekündigt.

10 Allgemeine Informationen

10.1 Änderungen der AVB

In folgenden Ausnahmefällen sind wir berechtigt, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen bei gleichzeitiger Wahrung Ihrer Belange zu ändern oder zu ergänzen, und zwar wenn

- a) sich die Verhältnisse des Gesundheitswesens nicht nur vorübergehend verändern, hierzu gehören insbesondere:
 - aa) Änderungen von Rechtsvorschriften, auf denen einzelne Bedingungen des Gruppenvertrages bzw. des Versicherungsverhältnisses beruhen,
 - ab) Änderungen der höchstrichterlichen Rechtsprechung, auf der einzelne Bedingungen des Gruppenvertrages bzw. des Versicherungsverhältnisses beruhen;
- b) in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen eine Bestimmung unwirksam ist und zur Fortführung des Versicherungsverhältnisses deren Ergänzung notwendig ist. Solche Gründe können insbesondere vorliegen, wenn
 - ba) ein Gericht einzelne Bedingungen rechtskräftig für unwirksam erklärt,
 - bb) eine Kartellbehörde, eine Versicherungsaufsichtsbehörde oder eine vergleichbare Behörde eine Bedingung durch Verwaltungsakt als mit geltendem Recht nicht vereinbar beanstandet, und die gesetzlichen Vorschriften keine Regelung enthalten, die anstelle solcher Bedingungen tritt. Eine Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen ist außerdem zulässig, wenn das im Gruppenvertrag vereinbarte Verhältnis zwischen Leistung und Gegenleistung in nicht unbedeutendem Maße gestört ist. Die Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen dürfen die versicherten oder mitversicherten Personen als einzelne Regelung und im Zusammenwirken mit anderen Bedingungen des Gruppenvertrages nicht schlechter stel-

len, als die ursprünglichen Regelungen. Die geänderten Allgemeinen Versicherungsbedingungen werden Ihnen schriftlich bekannt gegeben und erläutert. Sie werden zu Beginn des zweiten Monats, der auf die Benachrichtigung folgt, wirksam. Die geänderten Allgemeinen Versicherungsbedingungen gelten als genehmigt, wenn Sie nicht innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung das Versicherungsverhältnis zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung hinsichtlich der betroffenen versicherten Person kündigen.

10.2 Versicherung von Neugeborenen

Der Versicherungsschutz für Neugeborene beginnt ohne Wartezeiten unmittelbar zum Tage der Geburt, vorausgesetzt ein Elternteil ist am Tage der Geburt nach diesem Tarif versichert und wir erhalten innerhalb von 2 Monaten nach der Geburt die Anmeldung des Neugeborenen zur Versicherung. Erfolgt die Benachrichtigung später als 2 Monate nach der Geburt, tritt der Versicherungsschutz für das Neugeborene frühestens ab dem Tag ein, an dem die Benachrichtigung bei uns eingeht. Bei Anzeige der Geburt nach der 2 Monats-Frist kann aufgrund einer Risikoprüfung ein versicherungsmedizinischer Zuschlag von max. 100 % auf den Tarifbeitrag verfügt werden.

Der Versicherungsschutz für das Neugeborene darf nicht höher oder umfassender sein als der eines bei uns mitversicherten Elternteils.

Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind zum Zeitpunkt der Adoption noch *minderjährig* ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Prämienzuschlags höchstens bis zu 100 % zulässig.

10.3 Änderung Ihrer Vertragsdaten

Willenserklärungen, *Umwandlungen* und Anzeigen, die das Versicherungsverhältnis betreffen, müssen stets schriftlich an uns erfolgen.

Neue Anschrift oder Namensänderung, zum Beispiel durch Heirat

Teilen Sie uns in einem solchen Fall bitte Ihre neue Anschrift bzw. Ihren neuen Namen unverzüglich mit. Ansonsten kann es passieren, dass Sie wichtige Mitteilungen von uns nicht oder erst verspätet erhalten.

Änderung Ihrer Bankverbindung

Bitte teilen Sie uns Ihre neue Kontonummer umgehend mit, damit wir unsere Erstattungsleistungen richtig anweisen können.

Änderung Ihrer Kreditkartendaten

Bitte teilen Sie uns Ihre neuen Kreditkartendaten (neues Gültigkeitsdatum, neue Sicherheitsnummer oder neues Kreditinstitut) umgehend mit.

10.4 Sagen Sie uns Ihre Meinung

Wenn Sie Anregungen haben oder einmal nicht mit uns zufrieden sind, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Sie können uns wie folgt per Post, Telefon, Telefax oder E-Mail erreichen:

Globality S.A.
13, rue Edward Steichen
L-2540 Luxembourg
Telefon: +352/ 270 444 3502
Telefax: +352/ 270 444 3599
E-Mail: service-cogenio@globality-health.com
Internet: www.globality-health.com

Natürlich können Sie sich auch an den Ombudsmann der Versicherungen (A.C.A. – Association des Compagnies d'Assurance, 3, rue Guido Oppenheim, L-2263 Luxembourg – in Zusammenarbeit mit der U.L.C. – Union Luxembourgeoise des Consommateurs, 55, rue des Bruyères, L-1274 Howald) oder die allen luxemburgischen privaten Krankenversicherern übergeordnete Aufsichtsbehörde, das Commissariat aux Assurances, 7, boulevard Royal, L-2449 Luxembourg, wenden.

10.5 Gerichtsstand

Bei der Abwicklung von Versicherungsleistungen kann es Fälle geben, in denen wider Erwarten keine Einigung erzielt werden kann. Sie haben dann die Möglichkeit, Ihre Ansprüche gerichtlich gegen uns geltend zu machen.

Für alle aus dem Gruppenvertrag entstandenen Streitigkeiten sind die Gerichte des Großherzogtums Luxemburg oder die Gerichte des Ortes zuständig, in dem der Versicherungsnehmer

oder die versicherten Personen ihren Sitz bzw. Wohnsitz haben. Befindet sich der Sitz des Versicherungsnehmers oder der Wohnsitz der versicherten Person nicht in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, so sind ausschließlich die Gerichte des Großherzogtums Luxemburg zuständig.

10.6 Geltendes Recht

Soweit nicht nationale Vorschriften die Anwendung eines anderen Rechts bedingen oder vertraglich die Anwendung eines anderen Rechts vereinbart wurde, unterliegt der Gruppenvertrag und das jeweilige Versicherungsverhältnis dem Recht des Großherzogtums Luxemburg.

11 Glossar

Erläuterung verwendeter Begriffe

AIDS

AIDS ist die Abkürzung für Acquired Immune Deficiency Syndrome, das heißt „Erworbenes Immundefektsyndrom“. Schwere Immunschwächekrankheit.

Akupunktur

Die *Akupunktur* ist eine alte Methode der traditionellen chinesischen Medizin, bei der mit Hilfe von in den Körper eingestochenen dünnen Nadeln Krankheiten geheilt oder Schmerzen gelindert werden sollen; schulmedizinisch bisher in erster Linie zur Behandlung von Schmerzen anerkannt.

Ambulante Operationen

Operationen, die ambulant sowohl beim *Arzt* als auch im *Krankenhaus* durchgeführt werden können, bei denen aber keine anschließende Übernachtung und kein anschließender stationärer Aufenthalt im *Krankenhaus* erforderlich ist.

Anschlussrehabilitation

Eine Anschlussrehabilitation ist eine medizinische Maßnahme zur Wiederherstellung des früheren körperlichen Zustandes nach einer schweren Krankheit/ Operation, zum Beispiel nach Bypass-OP, Herzinfarkt, Transplantation von Organen sowie Operation an großen Knochen oder Gelenken, oder eines schweren *Unfalles*.

Arzneimittel

Arzneimittel sind Wirkstoffe, die allein oder im Gemisch mit anderen Substanzen in der Diagnostik oder der Therapie von Krankheiten, Leiden, Körperschäden oder krankhaften Beschwerden angewandt werden. Als *Arzneimittel* gelten nicht Lebensmittel, kosmetische Mittel, Körperpflegemittel. *Arzneimittel* müssen vom *Arzt* verordnet und aus der Apotheke bezogen werden. Synonyme Begriffe: Medikamente, Pharmaka.

Arzt

Ein *Arzt* ist ein Mediziner (Allgemeinmediziner oder Spezialist) oder Inhaber eines medizinischen Diploms, der gesetzlich anerkannt ist und in dem Land, in dem die Behandlung erfolgt, zur ärztlichen *Heilbehandlung* zugelassen ist (siehe *Heilbehandlung*). Sie und die mitversicherten Personen können den *Arzt*, der diese Kriterien erfüllt, frei wählen.

Assisteur

Der *Assisteur* ist darauf spezialisiert, Versicherten oder Mitversicherten in Notsituationen bzw. bei Krankenhausaufenthalten mit Rat und Tat zur Seite zu

stehen. Zusätzliche Serviceleistungen, die Ihnen und den Mitversicherten den Aufenthalt in der Fremde erleichtern sollen sowie die Erstattung bestimmter Kosten, wie zum Beispiel Rücktransportkosten, werden über unseren *Assisteur* erbracht.

Aufenthaltsland

Das *Aufenthaltsland* ist das Land, in dem sich der Versicherte und die mitversicherten Personen nach Beginn des Auslandsaufenthaltes aufhalten werden.

Ausreiseland

Das *Ausreiseland* ist das Land, in dem sich der Versicherte und die mitversicherten Personen vor dem Auslandsaufenthalt dauerhaft aufgehalten haben.

Behandler

Behandler können neben *Ärzten* auch solche Personen sein, die über eine auf ihrem Behandlungsgebiet anerkannte und fundierte Ausbildung verfügen und in dem Land, in dem die Behandlung erfolgt, zur Behandlung auf ihrem Gebiet zugelassen bzw. berechtigt sind. Unter *Behandler* fassen wir: Heilpraktiker, Logopäden/ Sprachheiltherapeuten und Hebammen/ Entbindungspfleger sowie die in eigener Praxis tätigen Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe (zum Beispiel Krankengymnast oder Physiotherapeut). Die versicherten Personen können den *Behandler*, der diese Kriterien erfüllt, frei wählen.

Beitrittserklärung

Der Beitritt zum Gruppenvertrag erfolgt für Sie mittels einer so genannten *Beitrittserklärung*, mit der Sie auch die Mitversicherung Ihres Ehe- oder Lebenspartners und Ihrer *Kinder* beantragen können.

Bemessungsgrundlagen

Die *Bemessungsgrundlagen* sind die Grundlagen, auf denen die Berechnungen der ärztlichen bzw. zahnärztlichen Leistungen beruhen. Sie können sich von Land zu Land unterscheiden.

Chiropraktik

Die *Chiropraktik* wird auch als manuelle Therapie bezeichnet. Durch bestimmte Handgriffe werden gegeneinander verschobene oder verrenkte Wirbelkörper oder andere Gelenke wieder „eingrichtet“.

Ersatz-Krankenhaustagegeld

Sollten Sie oder ein Mitversicherter für eine unter Versicherungsschutz stehende, medizinisch notwendige stationäre Krankenhausbehandlung keine Kostenersatzung bei uns beanspruchen, zahlen wir je nach Tarifstufe ein *Ersatz-Krankenhaustagegeld* pro Tag

eines ärztlich verordneten und durchgeführten Krankenhausaufenthaltes.

Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

Der zahnärztlichen *Heilbehandlung* zuzuordnende Untersuchungs- und Behandlungsmethode zur Diagnose von Störungen und Erkrankungen des gesamten Kauapparates.

Globalites® Service Card

Sie und die mitversicherten Personen erhalten eine personalisierte *Globalites® Service Card* mit der Anschrift und den wichtigen Telefonnummern des jeweils zuständigen Servicecenters. Die *Globalites® Service Card* dient als persönlicher Versicherungsnachweis gegenüber allen Leistungserbringern.

Hauswirtschaftliche Versorgung

Hauswirtschaftliche Versorgung ist ein Teil der häuslichen Pflegehilfe. Sie umfasst Hilfeleistungen bei Versorgung den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung, wie das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

Heilbehandlung

Unter *Heilbehandlung* verstehen wir diagnostische und therapeutische Maßnahmen, die dem Bereich des ärztlichen Handelns zuzurechnen sind und dazu dienen, Gesundheitsstörungen, Krankheiten oder Verletzungen zu erkennen, zu lindern oder zu heilen. Eine Behandlungsmaßnahme ist medizinisch notwendig, wenn es nach den objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Behandlung vertretbar war, sie als medizinisch notwendig anzusehen.

Heimatland

Das *Heimatland* ist das Land, dessen Staatsangehörigkeit Sie bzw. die mitversicherten Personen besitzen, oder in das Sie bzw. die mitversicherten Personen im Todesfall überführt werden sollen.

Homöopathie

Homöopathie beruht auf drei Grundpfeilern: der Ähnlichkeitsregel, dem Arzneimittelbild und der Potenzierung der Substanzen. Ein Homöopath geht davon aus, dass eine Krankheit, die sich in bestimmten Symptomen äußert, durch ein Mittel geheilt werden kann, das beim Gesunden ähnliche Symptome hervorruft.

Hospiz

Institution, die ausschließlich dem Zweck dient, Patienten mit einer Lebenserwartung von wenigen Monaten zu pflegen und Symptome der zum Tode führenden Krankheit durch *Palliativmedizin* zu lindern.

Hydrotherapie

Hydrotherapie ist die gezielte *Heilbehandlung* durch äußere Anwendung von Wasser.

ICD-Codes

ICD steht für International Classification of Diseases. Es ist ein internationales System zur Verschlüsselung und Klassifikation aller bekannten Diagnosen.

Implantologische Leistungen

Unter implantologischen Leistungen versteht man das Einsetzen zahnärztlicher Implantate (Metall- oder Keramikkörper) als Zahnwurzelersatz oder in un-bezahnte Kiefer.

Kinder

Als *Kinder* gelten alle leiblichen *Kinder* sowie Adoptiv-, Stief- und Pflegekinder der versicherten Person bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres.

Konservierende Leistungen

Konservierende Leistungen sind Maßnahmen, die der Erhaltung der Zähne (z. B. Füllungstherapie, Wurzelkanalbehandlungen) dienen.

Krankenhaus

Einrichtung zur stationären und teilweise ambulanten *Heilbehandlung*, die in dem Land, in dem sie betrieben wird, anerkannt und zugelassen ist. Für unsere Kostenübernahme ist erforderlich, dass das *Krankenhaus* unter ständiger ärztlicher Leitung steht, über ausreichende diagnostische sowie therapeutische Möglichkeiten verfügt und Krankengeschichten führt. Für medizinisch notwendige *Heilbehandlung* in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die obigen Voraussetzungen erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn wir diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt haben. Bei TBC-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in TBC-Heilstätten und -Sanatorien geleistet. Folgende Einrichtungen gelten nicht als *Krankenhaus*: Erholungs- und Pflegeheime, Kureinrichtungen, Kur- oder Badezentren sowie Sanatorien.

Krebs

Krebs ist die allgemeine Bezeichnung für alle bösartigen (malignen) Erkrankungen, die durch eine unkontrollierte Vermehrung von veränderten Zellen gekennzeichnet sind (Geschwulst, Tumor, Karzinom). Diese Zellen können das umliegende Gewebe zerstören und Tochtergeschwülste (Metastasen) ausbilden.

Kur- und Sanatoriumsbehandlung

Eine Kur- bzw. Sanatoriumsbehandlung dient der Festigung des Gesundheitszustandes.

Magnetresonanztomographie (MRT)

Hierunter versteht man eine diagnostische Technik zur Darstellung der inneren Organe und Gewebe mit Hilfe von Magnetfeldern und Radiowellen.

Minderjährige

Als *Minderjährige* gelten Personen unter 18 Jahren.

Notfall

Unter *Notfall* verstehen wir den plötzlichen, akuten Eintritt einer Krankheit oder die akute Verschlechterung des Gesundheitszustandes, welche eine unmittelbare Bedrohung der Gesundheit der betroffenen versicherten Person darstellt.

Obliegenheiten

Obliegenheiten sind Verhaltensnormen, deren Einhaltung die Voraussetzung für den Erhalt der Leistungsansprüche aus dem Versicherungsvertrag sind.

Onkologie

Die *Onkologie* ist ein Teilgebiet der inneren Medizin, das sich mit der Entstehung, Diagnostik und Behandlung von Tumoren und tumorbedingten Krankheiten befasst.

Osteopathie

Die osteopathische Medizin beinhaltet eine umfassende manuelle Diagnostik und Therapie von Fehlfunktionen am Bewegungssystem, den inneren Organen und am Nervensystem. Sie findet in erster Linie Anwendung bei chronischen Schmerzen an der Wirbelsäule und den peripheren Gelenken.

Palliativmedizin

Umfassende und aktive Behandlung von Patienten mit einer begrenzten Lebenserwartung, deren Erkrankung einer kurativen Therapie nicht mehr zugänglich ist und für die das Behandlungsziel eine bestmögliche Lebensqualität für sie selbst und ihre Angehörigen ist.

Positronenemissionstomographie (PET)

Die *Positronenemissionstomographie (PET)* ist ein Schnittbildverfahren, das es ermöglicht, nicht-invasiv die Verteilung einer mit einem Positronenstrahler markierten Substanz im Körper des Patienten darzustellen. Die Konzentration solch eines "Markers" in einem Tumor lässt sich auch quantitativ bestimmen. Die Substanz wird intravenös injiziert und die Strahlung wird mit externen Detektoren nachgewiesen. Mit Hilfe der PET können wichtige biologische Vorgänge in Tumoren visualisiert werden.

Prophylaxemaßnahmen

Prophylaxemaßnahmen sind ein Teil der Präventivmedizin; individuelle und generelle Maßnahmen zur Verhütung drohender Krankheiten (z. B. Impfungen, passive Immunisierung, vorsorgliche Medikation bei Einreise in Gefahrengebiete, Unfallverhütung etc.).

Schulmedizin

Schulmedizin ist die an Universitäten gelehrt, wissenschaftlich fundierte und daher allgemein anerkannte und angewandte Form der Medizin (Heilkunde).

Second Opinion

Second Opinion oder ärztliche Zweitmeinung ist eine medizinische Beratung durch einen anderen, bisher nicht beteiligten *Arzt* bei lebensbedrohlichen Erkrankungen oder der Gefahr von schwerwiegenden, bleibenden gesundheitlichen Störungen.

Selbstbeteiligung

Eine *Selbstbeteiligung* bewirkt, dass die versicherte oder mitversicherte Person einen bestimmten Teil der Kosten selbst trägt. Eine *Selbstbeteiligung* ist eine Eigenbeteiligung der versicherten bzw. mitversicherten Personen an unseren Erstattungsleistungen. Wurde eine *Selbstbeteiligung* vereinbart, so dokumentieren wir diese im *Versicherungsausweis* (siehe hierzu Nr. 4.2).

Teilstationäre Heilbehandlung

Als teilstationär bezeichnet man einen Aufenthalt in einem *Krankenhaus* oder einer Klinik, bei dem der Patient nur für einen Zeitraum zwischen 8 und 24 Stunden in der Klinik ist und eine ganztägige (24-stündige) stationäre Behandlung nicht erforderlich ist.

Umwandlung

Eine *Umwandlung* ist die Änderung eines bei uns bestehenden Versicherungsschutzes, zum Beispiel durch die Vereinbarung einer geänderten *Selbstbeteiligung* bzw. eines geänderten Selbstbehaltes, unter Wahrung der Rechte, die die versicherten und

mitversicherten Personen aus den vorher ununterbrochen bei uns bestandenen Versicherungen erworben haben.

Unfall

Unter *Unfall* versteht man ein plötzlich von außen unerwartet auf den Körper einwirkendes und gesundheitsschädigendes Ereignis.

Verbandmittel

Verbandmittel sind Mittel zur Durchführung von Verbänden.

Versicherungsausweis

Den für die versicherten oder mitversicherten Personen vereinbarten Versicherungsschutz sowie den jeweils zu zahlenden Beitrag dokumentieren wir in einem *Versicherungsausweis*.

Versicherungsnehmer/ versicherte und mitversicherte Personen

Versicherungsnehmer ist die rechts- und geschäftsfähige Organisation, die mit uns einen Gruppenvertrag abgeschlossen hat, z. B. Ihr Arbeitgeber, Ihr Verein, Ihr Verband, etc. Versicherte Personen sind Arbeitnehmer, Mitglieder oder Mitarbeiter des Versicherungsnehmers, die dem Gruppenvertrag freiwillig beigetreten sind oder vom Versicherungsnehmer zur Gruppenversicherung angemeldet wurden. Mitversicherte Personen sind z. B. Ehe- oder Lebenspartner und *Kinder*, für die ebenfalls ein Versicherungsschutz vereinbart wurde.

Vorerkrankungen

Vorerkrankungen sind bei Versicherungsbeginn bestehende Krankheiten und deren Folgen sowie Folgen von Unfällen, die Ihnen oder den versicherten Personen bekannt sind bzw. behandelt werden.

Zahnarzt

Behandler, der sich vorrangig mit den Erkrankungen der Zähne und des Mundraums beschäftigt.

Zielregion

Der Versicherungsschutz gilt in folgenden *Zielregionen*:
Zielregion I: Weltweit mit USA
Zielregion II: Weltweit ohne USA



Globality S.A.
13, rue Edward Steichen
L-2540 Luxembourg

Telefon: +352/ 270 444 3502
Telefax: +352/ 270 444 3599
E-Mail: service-cogenio@globality-health.com
Internet: www.globality-health.com