



Journey

Spezielle Versicherungsbedingungen

Tarif Short

Inhalt

1. Versicherungsschutz	3
1.1 Umfang des Versicherungsschutzes	3
1.2 Versicherbarkeit	3
1.3 Vorerkrankungen	3
1.4 Wartezeit	3
2. Geografischer Geltungsbereich	4
2.1 Zielregion	4
2.2 Vorübergehender Versicherungsschutz für Zielregion I	4
2.3 Doppelte Leistungen für Zielregion I	4
2.4 Vertragslaufzeit	4
2.5 Verlängerung der Vertragslaufzeit	4
2.7 Vorübergehender Versicherungsschutz im Heimatland	5
2.8 Dauerhafte Rückkehr in das Heimatland	5
3. Leistungen	6
3.1 Allgemeine Informationen	6
3.2 Versicherungsfall	6
3.3 Selbstbeteiligung und Zuzahlungen	6
3.4 Leistungsvoraussetzungen	6
3.5 Höchstbetrag pro Vertragslaufzeit	7
3.6 Leistungsübersicht: Stationäre Heilbehandlung	8
3.7 Leistungsübersicht: Ambulante Heilbehandlung	9
3.8 Leistungsübersicht: Medizinische Assistance	9
3.9 Leistungsübersicht: Zusätzliche Assistance	10
4. Leistungsbeschreibung	11
4.1 Stationäre Heilbehandlung	11
4.2 Ambulante Heilbehandlung	13
4.3 Medizinische Assistance	13
4.4 Zusätzliche Assistance	16
5. Leistungsausschlüsse	17
6. Glossar	23

1. Versicherungsschutz

Spezielle Versicherungsbedingungen – Vertragliche Grundlage

1.1 Umfang des Versicherungsschutzes

Die in diesem Dokument großgeschriebenen Begriffe haben die in den Glossaren der Besonderen und Allgemeinen Versicherungsbedingungen angegebenen Bedeutungen, sofern nicht ausdrücklich etwas anderes angegeben ist.

Im Falle von Abweichungen zwischen den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, den Speziellen Versicherungsbedingungen und den Besonderen Versicherungsbedingungen besitzen die Besonderen Versicherungsbedingungen Vorrang vor den Speziellen Versicherungsbedingungen und den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, und die Speziellen Versicherungsbedingungen haben Vorrang vor den Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Grundsätzlich hat die englische Fassung aller relevanten Unterlagen und Dokumente stets Vorrang vor allen anderen Sprachfassungen oder Übersetzungen.

Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, körperliche Verletzungen und andere Ereignisse, die zu Versicherungsfällen führen, wie sie im Versicherungsvertrag beschrieben sind.

Bei Eintritt eines Versicherungsfalles erstattet der Versicherer die Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlungen und andere vereinbarte Leistungen gemäß den Bedingungen des Versicherungsvertrags und den gesetzlichen Bestimmungen.

Gemäß den vorliegenden Speziellen Versicherungsbedingungen übernimmt der Versicherer die medizinischen Aufwendungen für jede im Versicherungsvertrag genannte versicherte Person unter Berücksichtigung der festgelegten tariflichen Höchstbeträge.

Heilbehandlungen im Ausland sind von der Leistungserstattung ausgeschlossen, sofern die Auslandsreise einzig oder hauptsächlich zur Durchführung der Behandlung angetreten wurde.

1.2 Versicherbarkeit

Der Versicherungsvertrag ist für Personen konzipiert, die vorübergehend außerhalb ihres Heimatlandes leben, reisen oder arbeiten. Jede Person, die sich mindestens 3 (drei) Monate im Ausland aufhält, ist versicherbar, sofern der Versicherer nicht einer anderen Vereinbarung zustimmt. Der Versicherungsschutz wird entweder für bis zu 3 (drei), 6 (sechs) oder 9 (neun) Monate mit einer maximalen Gesamtlaufzeit von 9 (neun) Monaten gewährt. Alle Höchstbeträge gelten pro versicherte Person und Versicherungsdauer. Die Höchstbeträge werden pro Versicherungsdauer angegeben.

Im Falle eines Wohnortwechsels prüft der Versicherer jeden Einzelfall, ob der Versicherungsschutz weiterhin gewährt werden kann oder ob er angepasst bzw. beendet werden muss.

Der Versicherungsnehmer ist dafür verantwortlich, dass alle versicherten Personen die lokalen Sozialversicherungsgesetze und -vorschriften einhalten. Der Versicherer behält sich das Recht vor, den gesamten Versicherungsvertrag oder den Versicherungsschutz für bestimmte versicherte Personen zu kündigen, sofern Gesetzesänderungen in einem Land zu einem Verstoß gegen Gesetze oder Vorschriften führen würden.

1.3 Vorerkrankungen

Der Versicherer gewährt keinen Versicherungsschutz für Vorerkrankungen, einschließlich angeborener Leiden.

Vorerkrankungen sind alle Erkrankungen,

- (a) für die die versicherte Person innerhalb von 2 (zwei) Jahren vor Inkrafttreten des Versicherungsvertrags ärztlichen Rat, Behandlungen, eine Diagnose, Beratung oder verschreibungspflichtige Medikamente erhalten hat; oder
- (b) für die innerhalb von 2 (zwei) Jahren vor Inkrafttreten des Vertrags von einem Arzt oder einer medizinischen Fachkraft eine ärztliche Beratung oder medizinische Behandlung angeraten wurde.

1.4 Wartezeit

Es bestehen keine Wartezeiten.

2. Geografischer Geltungsbereich

2.1 Zielregion

Der Versicherungsschutz gilt für Versicherungsfälle in den folgenden Zielregionen:

Zielregion I: Weltweit einschließlich USA

Zielregion II: Weltweit ohne USA

2.2 Vorübergehender Versicherungsschutz für Zielregion I

Wurde Versicherungsschutz für „Zielregion II – Weltweit ohne USA“ vereinbart und hält sich die versicherte Person vorübergehend in den USA auf, gewährt der Versicherer dennoch Versicherungsschutz für medizinische Notfälle, Unfälle sowie für Todesfälle, die sich innerhalb der „Zielregion I: Weltweit einschließlich USA“ ereignen, für Reisen mit einer Dauer von bis zu 3 (drei) Wochen.

Tritt innerhalb des Zeitraums von 3 (drei) Wochen ein Versicherungsfall ein, der eine Notfallbehandlung der versicherten Person in den USA erforderlich macht, besteht für die Behandlung keine zeitliche Begrenzung. Im Falle eines medizinischen Notfalls kann der Versicherer jedoch die versicherte Person zur Behandlung in ein anderes Land verlegen, wenn dies medizinisch sinnvoll und durchführbar ist.

Der Versicherungsschutz im Rahmen des Versicherungsvertrags erstreckt sich nicht auf Reisen, die zum Zweck einer Heilbehandlung in der Zielregion I unternommen werden.

Zieht eine versicherte Person für einen beliebigen Zeitraum in eine andere Zielregion, die nicht im Versicherungsvertrag vereinbart ist, muss dieser Umzug dem Versicherer unverzüglich gemeldet werden. Die entsprechende Änderung kann Auswirkungen auf den fälligen Beitrag sowie auf Leistungsansprüche gemäß des Versicherungsvertrags haben.

2.3 Doppelte Leistungen für Zielregion I

Sofern die versicherte Person für die Zielregion I (weltweit einschließlich USA) versichert ist, verdoppelt der Versicherer die in 3.5, 3.6 und 3.7 angegebenen Höchstbeträge und Pauschalbeträge (unabhängig davon, ob die Behandlung in den USA stattfindet oder nicht). Ist eine Leistung auf eine bestimmte Anzahl

von Tagen oder Sitzungen begrenzt, bleibt diese Begrenzung unverändert. Wurde mit dem Versicherer eine Selbstbeteiligung und/oder eine Zuzahlung bzw. ein Selbstbehalt vereinbart, bleiben diese unverändert.

2.4 Vertragslaufzeit

Die Vertragslaufzeit beginnt mit dem Datum des Inkrafttretens und endet mit dem im Versicherungsschein angegebenen Enddatum.

Die Vertragslaufzeit für versicherte Personen, die später in den Versicherungsvertrag aufgenommen werden, beginnt mit dem im Versicherungsschein angegebenen Datum und endet mit dem angegebenen Enddatum der Versicherung (siehe auch 2.6).

2.5 Verlängerung der Vertragslaufzeit

Eine Verlängerung des Versicherungsvertrags ist möglich, sofern der Versicherer vor Ablauf der Vertragslaufzeit zustimmt. Es ist nur 1 (eine) Verlängerung der Vertragslaufzeit möglich. Der Versicherungsschutz wird entweder für bis zu 3 (drei), 6 (sechs) oder 9 (neun) Monate mit einer maximalen Gesamtlaufzeit von 9 (neun) Monaten gewährt. Der Versicherer behält sich das Recht vor, die Versicherungsbedingungen des Versicherungsvertrags für die neue Vertragslaufzeit, die auf das im Versicherungsschein angegebene Ablaufdatum folgt, anzupassen.

Der Versicherer muss mindestens 4 (vier) Wochen vor Ablauf der ursprünglichen Vertragslaufzeit über alle Anträge auf Verlängerung der Vertragslaufzeit sowie über jede Änderungen der Lebensumstände der versicherten Person informiert werden.

Werden Änderungen des Versicherungsschutzes vereinbart, gelten diese ab Beginn der nächsten Vertragslaufzeit.

2.6 Beendigung des Versicherungsschutzes

Zusätzlich zu den in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführten Kündigungsgründen endet der Versicherungsschutz und der Versicherungsvertrag bei Erreichen der maximalen Vertragslaufzeit von 9 (neun) Monaten. Der im Rahmen dieses Versicherungsvertrags angebotene

Versicherungsschutz ist zeitlich begrenzt und verlängert sich nicht automatisch.

2.7 Vorübergehender Versicherungsschutz im Heimatland

Befindet sich eine versicherte Person vorübergehend außerhalb des Wohnsitzlandes, gewährt der Versicherer Versicherungsschutz für medizinische Notfälle sowie für die Folgen eines Unfalls. Dies gilt auch für Reisen in das Heimatland bis zu einer maximalen Gesamtdauer von 30 (dreißig) Tagen, sofern sich die versicherte Person vor und nach diesem Aufenthalt in ihrem Wohnsitzland aufhält.

Aufwendungen für eine im Heimatland geplante Behandlung sind nicht erstattungsfähig.

2.8 Dauerhafte Rückkehr in das Heimatland

Kehrt die versicherte Person in ihr Heimatland zurück und beendet damit den Auslandsaufenthalt, muss sie dem Versicherer den genauen Umzugstermin in ihr Heimatland, sobald sie davon Kenntnis erlangt, anzeigen, spätestens jedoch am Tag des Umzugs. Informiert die versicherte Person den Versicherer nicht über den Umzug, kann der Versicherer den vereinbarten Versicherungsschutz nicht gewährleisten und hat das Recht den Versicherungsvertrag gemäß den Versicherungsbedingungen zu kündigen. Versicherungsbeiträge, die bereits für die abgelaufene Vertragslaufzeit gezahlt wurden, können nicht zurückerstattet werden.

3. Leistungen

3.1 Allgemeine Informationen

Der vom Versicherungsnehmer gewählte Tarif umfasst nach Art und Umfang die in den Speziellen Versicherungsbedingungen festgelegten Leistungen. Auf der Grundlage des gewählten Tarifs erstattet der Versicherer die Aufwendungen bis zu 100% des in der Leistungsübersicht genannten Höchstbetrages pro Vertragslaufzeit, sofern in den Versicherungsbedingungen nicht ausdrücklich etwas anderes angegeben ist.

3.2 Versicherungsfall

Ein Versicherungsfall bezeichnet die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer Krankheit, eines Unfalls einschließlich der Unfallfolgen oder andere in den Speziellen Versicherungsbedingungen (siehe 3.5 bis 3.9 – Leistungsübersicht) genannte Ereignisse.

Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung und endet, wenn medizinische Befunde keine weiteren medizinisch notwendige Heilbehandlungen mehr erfordern. Benötigt die versicherte Person eine Heilbehandlung aufgrund einer Krankheit, eines Unfalls oder anderer in den Speziellen Versicherungsbedingungen (siehe 3.5 bis 3.9 – Leistungsumfang) genannter Ereignisse, die nicht im Zusammenhang mit dem ursprünglichen Versicherungsfall stehen, so wird dies als neuer Versicherungsfall behandelt.

3.3 Selbstbeteiligung und Zuzahlungen

Selbstbeteiligung

Es besteht keine Selbstbeteiligung.

Zuzahlung

Die Zuzahlung ist der Prozentsatz der Behandlungskosten, den die versicherte Person selbst trägt. Für ambulante Behandlungen gilt eine feste Zuzahlung von 20%.

Zuzahlungen gelten für jeden Versicherten unter Berücksichtigung der Vertragslaufzeit. Die Aufwendungen werden der Vertragslaufzeit zugeordnet, in der der Arzt oder Heilbehandler konsultiert und Medikamente oder Verbandmaterialien bezogen wurden.

3.4 Leistungsvoraussetzungen

Versicherte Personen haben die freie Wahl unter allen Ärzten, Therapeuten sowie anderen Behandlern im Gesundheitssektor, die in dem Land, in dem eine Heilbehandlung erfolgt, zugelassen sind.

Der Versicherer erstattet ausschließlich Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlungen im Rahmen der schulmedizinischen Praxis. Die Erstattung von Heilbehandlungen und Leistungen anderer Behandler erfolgt auf der Grundlage angemessener Gebühren, die den Landesüblichen, Allgemeingültigen und Angemessenen Sätzen entsprechen. Diese Gebührensätze beziehen sich auf Ausgaben im Zusammenhang mit genehmigten und versicherten medizinischen Leistungen oder Verbrauchsmaterialien, die nicht über die Standardgebühren hinausgehen und von anderer Leistungsanbietern mit ähnlichem Status, im selben geografischen Gebiet anlässlich vergleichbarer Behandlungen für ähnliche Krankheiten und/oder körperliche Verletzungen erbracht werden.

Darüber hinaus kann der Versicherer Aufwendungen berücksichtigen, die die Höchstbeträge der Landesüblichen, Allgemeingültigen und Angemessenen Gebührensätze überschreiten, sofern diese aufgrund von erschwerenden Umständen im Zusammenhang mit einer Erkrankung oder den medizinischen Befunden entstanden sind und die Aufwendungen angemessen berechnet wurden.

Für Leistungen von anderen Behandlern, wie z. B. Masseur (für die es im Behandlungsland möglicherweise keine gesonderten und anerkannten Gebührensätze gibt), erfolgt die Erstattung auf der Grundlage vergleichbarer Honorare für Ärzte und der üblichen Preise im Behandlungsland.

Zahnärztliche Heilbehandlungen wie Zahnersatz, Implantate, Zahnoperationen und kieferorthopädische Behandlungen gelten auch dann nicht als Teil einer stationären oder ambulanten Behandlung, wenn diese von einem Arzt in einem Krankenhaus durchgeführt werden und sind somit nicht erstattungsfähig.

Im Rahmen des Versicherungsvertrags erstattet der Versicherer Aufwendungen für Untersuchungen, Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin allgemein anerkannt sind. Darüber

hinaus sind Aufwendungen für Methoden und Arzneimittel erstattungsfähig, die sich in der Praxis bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Alternativen zur Verfügung stehen. Die Leistungen können jedoch auf Beträge begrenzt werden, die denen entsprechen, die bei Inanspruchnahme schulmedizinischer Leistungen gezahlt worden wären.

3.5 Höchstbetrag pro Vertragslaufzeit

Short	
Leistungen	
Höchstbetrag pro Vertragslaufzeit	EUR 500.000 / USD 650.000 / GBP 420.000 / CHF 465.000

3.6 Leistungsübersicht: Stationäre Heilbehandlung

	Short
Stationäre Leistungen	
Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer	✓
Ärztliche Beratung und Diagnoseleistungen, inklusive Pathologie, Radiologie, Computertomographie (CT), Magnetresonanztomographie (MRT), Positronenemissionstomographie (PET) und Palliativmedizin	✓
Krankenhauskosten, inklusive Operationssaal, Anästhesie, Intensivstation und Labor	✓
Operationen und Anästhesie	✓
Ambulante Chirurgische Eingriffe anstelle einer stationären Behandlung	✓
Arznei- und Verbandmittel	✓
Physiotherapie, inklusive Massagen	✓
Therapien, inklusive Ergotherapie, Lichttherapie, Hydrotherapie, Inhalationen, Packungen, medizinische Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie	✓
Hilfsmittel im Rahmen einer stationären Heilbehandlung	✓ nur für lebensrettende Maßnahme wie z. B. Herzschrittmacher
Krebstherapie, onkologische Arzneimittel und Heilbehandlung, inklusive wiederherstellender Chirurgie nach Brustkrebs	✓
Mitaufnahme eines Elternteils bei stationärer Heilbehandlung eines minderjährigen Kindes	✓
Stationäre Anschlussrehabilitation	✓ bis zu 14 Tage im Falle einer schriftlichen Kostenzusage
Tagesklinische (teilstationäre) Heilbehandlungen	✓
Transport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Unfall oder Notfall	✓

Die genannten Höchstbeträge gelten pro Person und Vertragslaufzeit.

3.7 Leistungsübersicht: Ambulante Heilbehandlung

	Short
Ambulante Leistungen	
Höchstbetrag für ambulante Leistungen	EUR 2.000 / USD 2.600 / GBP 1.680 / CHF 1.860
Ärztliche Beratung und Diagnoseleistungen, inklusive Pathologie, Radiologie, Computertomographie (CT), Magnetresonanztomographie (MRT), Positronenemissionstomographie (PET) und Palliativmedizin	✓ 80%*
Krebsbehandlung, onkologische Arzneimittel und Heilbehandlungen	✓ bis zu EUR 10.000 / USD 13.000 / GBP 8.400 / CHF 9.300
Arznei- und Verbandmittel	✓ 80%*
Transport zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt oder Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Unfall oder Notfall	✓

Die genannten Höchstbeträge gelten pro Person und Vertragslaufzeit.

*Es gilt der Höchstbetrag für ambulante Leistungen.

3.8 Leistungsübersicht: Medizinische Assistance

	Short
Leistungen der Medizinischen Assistance	
24-stündiger Telefon- und E-Mail- Service mit erfahrenen Beratern, Ärzten und Fachärzten	✓
Medizinischer Kranken- und Rücktransport	✓
Informationen über die medizinische Infrastruktur (ärztliche Versorgung vor Ort und Benennung mehrsprachiger Ärzte)	✓
Betreuung und Information (durch unseren ärztlichen Dienst, Second Opinion, Beobachtung des Krankheitsverlaufs)	✓
Kostenübernahmegarantie	✓
Überführung der sterblichen Überreste	✓ bis zu EUR 2.500 / USD 3.250 / GBP 2.100 / CHF 2.325
Zusätzliche, medizinisch sinnvolle Unterstützung (Informationen über Art, mögliche Ursachen und Heilbehandlungsmöglichkeiten der Erkrankung)	✓
Online-Services	✓

Die genannten Höchstbeträge gelten pro Person und Vertragslaufzeit.

3.9 Leistungsübersicht: Zusätzliche Assistance

Short	
Leistungen der zusätzlichen Assistance	
Telemedizin	✓

4. Leistungsbeschreibung

4.1 Stationäre Heilbehandlung

Der Versicherungsvertrag sieht folgende Leistungen im Zusammenhang mit stationären Heilbehandlungen vor:

Unterbringung und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer

Die versicherte Person kann das Krankenhaus, in dem sie medizinische Heilbehandlungen erhält, frei wählen. Eine stationäre Heilbehandlung im Krankenhaus umfasst jede Behandlung, bei der die versicherte Person für mindestens 24 (vierundzwanzig) Stunden in ein Krankenhaus in dem Land, in dem sie behandelt wird, aufgenommen wird.

Heilbehandlungen in Krankenhäusern, die ebenfalls Sanatoriumsbehandlungen anbieten, sind nur dann versichert, wenn sie die Voraussetzungen der Schulmedizin erfüllen, es sei denn, alternative Heilbehandlungen wurden vor Behandlungsbeginn ausdrücklich schriftlich vom Versicherer zugesagt. Die Unterbringung ist auf Standard-Ein- oder Zweibettzimmer beschränkt. Ein Standard-Einbettzimmer ist ein einfaches Einzelzimmer mit angrenzendem Bad oder Duschaum in einem Krankenhaus. **Ausdrücklich ausgeschlossen sind Zimmer mit gehobener Ausstattung. Hierzu zählen unter anderem Deluxe-Zimmer, Executive-Zimmer oder Suiten, die über zusätzliche Einrichtungen wie Küchen, Essbereiche oder Wohnzimmer verfügen.**

Der Versicherungsvertrag übernimmt die Aufwendungen für die gesamte stationäre Behandlung ohne zeitliche Begrenzung. Es ist jedoch unabdingbar den Versicherer oder das zuständige Service Center vor oder innerhalb von 3 (drei) Kalendertagen nach der Aufnahme in das Krankenhaus über den Krankenhausaufenthalt und die Behandlung zu informieren. Andernfalls ist es möglich, dass der Versicherer die entsprechenden Aufwendungen nicht vollständig übernehmen kann.

Ärztliche Beratung und Diagnoseleistungen inklusive Pathologie, Radiologie, CT, MRT, PET und Palliativmedizin

Der Versicherungsvertrag berücksichtigt alle Aufwendungen einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung, inklusive Untersuchungen, Diagnostik und Therapie sowie

alle Kosten im Zusammenhang mit Pathologie, Radiologie, Computertomographie (CT), Magnetresonanztomographie (MRT), Positronen-Emissions-Tomographie (PET) und Palliativmedizin.

Krankenhauskosten, inklusive Operationssaal, Anästhesie, Intensivstation und Labor

Dies betrifft die zusätzlichen Aufwendungen im Zusammenhang mit der Nutzung von speziellen Einrichtungen, einschließlich Operationssälen, Intensivstationen und Labors.

Operationen und Anästhesie

Der Versicherer erstattet die Aufwendungen im Zusammenhang mit medizinisch notwendigen Leistungen, wie z. B. ärztliche Behandlungen, Anästhesie und die Nutzung von Spezialeinrichtungen, sofern diese von einem Facharzt verordnet wurden.

Ambulante Chirurgische Eingriffe anstelle einer stationären Behandlung

Operationen, die nicht als Akutfall betrachtet werden, können in der Regel in einer Arztpraxis oder einem Krankenhaus durchgeführt werden und erfordern keinen stationären Aufenthalt. **Ausgenommen hiervon sind jedoch kleinere Operationen (invasive Eingriffe, die nur die Entfernung von Haut, Schleimhäuten und Bindegewebe umfassen) sowie invasive operative Eingriffe zur Entnahme von Gewebeproben oder Körperflüssigkeiten, wie Biopsien und Koloskopien.**

Arznei- und Verbandmittel

Arznei- und Verbandmittel müssen von einem Krankenhausarzt oder Zahnarzt im Zusammenhang mit einer stationären Heilbehandlung verordnet werden, um erstattungsfähig zu sein. Darüber hinaus müssen die Arzneimittel in einer Apotheke, einer Krankenhausapotheke oder einer anderen behördlich zugelassenen Ausgabestelle bezogen werden.

Nahrungsmittel, Stärkungsmittel, Mineralwasser, Kosmetika, Körperpflegemittel sowie Badesalze gelten nicht als Arzneimittel und sind somit nicht im Rahmen des Versicherungsvertrags versichert.

Physiotherapie, inklusive Massagen

Physiotherapie und Massagen müssen von einem Krankenhausarzt als maßgeblicher Bestandteil der stationären Heilbehandlung verordnet werden, um erstattungsfähig zu sein. Darüber hinaus müssen diese Behandlungen von einem Arzt oder einem zugelassenen, anerkannten Therapeuten durchgeführt werden. Die Verordnung sollte vor Behandlungsbeginn vorliegen und die Diagnose sowie Angaben zur Art und Anzahl der erforderlichen Behandlungseinheiten enthalten.

Therapien, inklusive Ergotherapie, Lichttherapie, Hydrotherapie, Inhalationen, Packungen, medizinische Bäder, Kälte- und Wärmebehandlungen, Elektrotherapie

Diese physikalisch-medizinischen Leistungen müssen von einem Krankenhausarzt im Rahmen der stationären Heilbehandlung verordnet werden, um erstattungsfähig zu sein. Darüber hinaus müssen diese Therapien von einem Arzt oder einem anerkannten Therapeuten durchgeführt werden. Die Verordnung sollte vor Behandlungsbeginn vorliegen und die Diagnose sowie Angaben zur Art und Anzahl der erforderlichen Behandlungseinheiten enthalten.

Hilfsmittel im Rahmen einer stationären Heilbehandlung

Der Versicherungsvertrag sieht Leistungen für diejenigen Hilfsmittel vor, die als lebensrettende Maßnahmen dienen, wie z. B. Herzschrittmacher. Diese Hilfsmittel müssen während des stationären Aufenthalts angepasst oder eingestellt werden und im Körper der versicherten Person verbleiben.

Darüber hinaus erstattet der Versicherer die Aufwendungen für die Reparatur von Hilfsmitteln unter den festgelegten Bedingungen während der Vertragslaufzeit.

Krebsbehandlung, onkologische Arzneimittel und Heilbehandlungen, inklusive rekonstruktiver Chirurgie bei Brustkrebs

Im Rahmen einer stationären Krankenhausversorgung sind Erstattungsfähige Aufwendungen für die medizinische Heilbehandlung von Krebs und deren unmittelbaren Folgen, inklusive diagnostischer

Untersuchungen, Strahlentherapie, Chemotherapie, Arzneimittel und Krankenhauskosten im Rahmen einer stationären Behandlung versichert. Darüber hinaus sind rekonstruktive Operationen bei Brustkrebs ebenfalls versichert.

Mitaufnahme eines Elternteils bei stationärer Heilbehandlung eines minderjährigen Kindes

Der Versicherungsvertrag erstattet die zusätzlichen Unterbringungskosten für den Elternteil, der ein minderjähriges Kind unter 18 (achtzehn) Jahren anlässlich einer stationären Krankenhausbehandlung begleitet.

Stationäre Anschlussrehabilitation

Der Versicherer erstattet die Aufwendungen für stationäre Anschlussrehabilitationen, die für die Fortsetzung einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung unerlässlich sind. Dies gilt insbesondere für Fälle wie Bypass-Operationen, Herzinfarkte, Organtransplantationen sowie Operationen an großen Knochen oder Gelenken, sofern eine vorherige schriftliche Kostenzusage durch den Versicherer vor Behandlungsbeginn erteilt wurde. Die stationäre Anschlussrehabilitation muss innerhalb von 2 (zwei) Wochen nach Entlassung aus dem Krankenhaus beginnen. **Aufwendungen für Aufenthalte in Sanatorien, Kureinrichtungen, Kurorten, Spas, Erholungs- oder Pflegeheimen sind jedoch nicht versichert.**

Tagesklinische (teilstationäre) Heilbehandlungen

Der Versicherungsvertrag berücksichtigt ambulante Krankenhausbehandlungen, die keinen Übernachtungsaufenthalt erfordern. Dies beinhaltet ebenfalls teilstationäre Behandlungen in einer Tages- oder Nachtklinik oder einem Krankenhaus, in dem der Patient am Tag oder in der Nacht anwesend ist, eine ganztägige (24-stündige) stationäre Aufnahme jedoch medizinisch nicht erforderlich ist.

In beiden Fällen beträgt die Dauer des Krankenhausaufenthalts zwischen 8 (acht) und 24 (vierundzwanzig) Stunden und darf die 24-Stunden-Grenze nicht überschreiten.

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

Der Versicherer erstattet die Landesüblichen, Allgemeingültigen und Angemessenen Transportkosten zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus oder zur nächstgelegenen geeigneten medizinischen Einrichtung. Sofern nichts anderes vereinbart wurde, muss die Beförderung durch einen ordnungsgemäß zugelassenen Dienstleister erfolgen.

4.2 Ambulante Heilbehandlung

Der Versicherungsvertrag sieht folgende Leistungen im Zusammenhang mit ambulanten Heilbehandlungen vor:

Höchstbetrag für ambulante Leistungen

Die Leistungen dürfen den Höchstbetrag für ambulante Heilbehandlungen nicht überschreiten, sofern in der Leistungsübersicht nichts anderes angegeben ist.

Konsultationen und diagnostische Leistungen, inklusive Pathologie, Radiologie, CT, MRT, PET und Palliativmedizin

Der Versicherungsvertrag bietet Versicherungsschutz für die entstandenen Aufwendungen im Zusammenhang mit ambulanten Behandlungen, einschließlich Untersuchungen, diagnostischen Leistungen und Therapien.

Die versicherten Leistungen beinhalten die Erstattung von verschiedenen Behandlungsmethoden, darunter unter anderem Pathologie, Radiologie, Computertomographie (CT), Magnetresonanztomographie (MRT), Positronen-Emissions-Tomographie (PET) und Palliativmedizin.

Krebsbehandlung, onkologische Arzneimittel und Heilbehandlungen

Der Versicherungsvertrag berücksichtigt medizinisch notwendige Maßnahmen zur Untersuchung, Diagnose und Therapie im Rahmen einer ambulanten Behandlung von Krebs und direkten Folgen, inklusive Chemotherapie und anderer onkologischer Verfahren.

Arznei- und Verbandmittel

Um Anspruch auf Versicherungsschutz im Rahmen des Versicherungsvertrags zu haben, müssen Rezepte für Arznei- und Verbandmittel von einem Arzt, Heilbehandler, Zahnarzt oder einer unter deren Aufsicht dazu befugten Person ausgestellt sein. Die Arznei- und Verbandmittel müssen in einer Apotheke oder bei einem behördlich zugelassenen Lieferanten bezogen werden.

Produkte wie Nahrungsmittel, Stärkungsmittel, Mineralwasser, Kosmetika, Körperpflegemittel sowie Badesalze gelten nicht als Arzneimittel. Sie erfüllen daher nicht die Voraussetzungen einer medizinischen Heilbehandlung im Rahmen des Versicherungsvertrags.

Transport zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt oder Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Unfall oder Notfall

Der Versicherer erstattet die Landesüblichen, Allgemeingültigen und Angemessenen Aufwendungen für den Notfalltransport zum nächsterreichbaren, geeigneten Arzt, Krankenhaus oder einer anderen Einrichtung nach einem Unfall oder Notfall. Sofern nichts anderes vereinbart wurde, müssen die Transportleistungen von einem ordnungsgemäß zugelassenen Dienstleister durchgeführt werden.

4.3 Medizinische Assistance

Tritt ein Versicherungsfall oder Notfall ein, kann die versicherte Person die Leistungen des Service Centers des Versicherers, je nach Art und Umfang des gewählten Tarifs, in Anspruch nehmen. Mit dem Service- und Assistance-Netzwerk des Versicherers mit erfahrenen Partnern vor Ort bietet der Versicherer den versicherten Personen weltweit individuelle Unterstützung sowie umfassende und kompetente Beratung in jeder Situation.

Dieses Netzwerk ist in mehr als 180 Ländern verfügbar und bietet hervorragende Unterstützung, Zuverlässigkeit und Service. Der Versicherer bietet neben der Krankenversicherung eine Vielzahl von Serviceleistungen, die der Unterstützung während des Auslandsaufenthalts (dies gilt nur sofern ein Versicherungsfall vorliegt) dienen.

Diese Leistungen sind 24 Stunden am Tag, 7 Tage die Woche und an 365 Tagen im Jahr verfügbar. Benötigt eine versicherte Person Hilfe, erreicht sie den Versicherer jederzeit, Tag und Nacht, unter der in den Versicherungsunterlagen angegebenen Nummer.

Sobald der Versicherungsschutz gemäß Versicherungsvertrag endet, erlischt auch der Anspruch auf diese Serviceleistungen.

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

Medizinische Assistance ist an jedem Tag des Jahres rund um die Uhr per E-Mail oder über die Hotline der medizinische Serviceleistungen erreichbar.

Medizinischer Kranken- und Rücktransport

Dieser Service umfasst einen medizinisch begründeten und notwendigen Krankentransport innerhalb des Aufenthaltslandes oder an einen grenzüberschreitenden Ort, wenn die stationäre medizinische Versorgung oder die hygienischen Standards im örtlichen Krankenhaus als unzureichend erachtet werden. Der Service umfasst ebenfalls die Kostenerstattung einer medizinisch notwendigen Begleitung während des Transports.

Der Versicherer übernimmt die Transportkosten eines Patienten unter den folgenden Bedingungen:

- Der Kranken- bzw. Rücktransport muss vom behandelnden Arzt verordnet und als medizinisch notwendig erachtet werden.
- Der Versicherer oder das zuständige Service Center muss der Kostenerstattung vorher zugestimmt haben.

Nach Rücksprache mit dem Versicherer oder dem zuständigen Service Center und dem behandelnden Arzt erfolgt der Transport der versicherten Person (innerhalb der gewählten Zielregion):

- an einen für die Heilbehandlung geeigneteren Ort in einem Drittland;
- in das Aufenthaltsland der versicherten Person, wenn der Versicherungsfall außerhalb dieses Landes eingetreten ist;
- in das Ausreise- oder Heimatland der versicherten Person.

Sofern es medizinisch erforderlich ist, organisiert der Versicherer auch die ärztliche Begleitung der versicherten Person während der Reise. Der Versicherer übernimmt lediglich die Aufwendungen für den Transport an einen geeigneten Behandlungsort.

Informationen über die medizinische Infrastruktur

Bei Eintritt eines Versicherungsfalls oder eines Notfalls informiert der Versicherer oder das zuständige Service Center die versicherte Person über die vor Ort verfügbare medizinische Versorgung. Informationen zu Ärzten, Krankenhausärzten, Krankenhäusern und spezialisierten medizinischen Facheinrichtungen in der Nähe der versicherten Person können in Englisch, Deutsch, Französisch und Spanisch zur Verfügung gestellt werden. Darüber hinaus kann bei einer medizinisch notwendigen Verlegung oder einem Behandlerwechsel Unterstützung und Hilfe bei der Auswahl eines geeigneten Behandlungsortes angeboten werden.

Betreuung und Information, inklusive Zweitmeinung (Second Opinion)

Die versicherte Person kann sich jederzeit telefonisch an den Versicherer oder das zuständige Service Center wenden, wenn sie vor Ort medizinische Betreuung benötigt. Auf Wunsch der versicherten Person kann der Versicherer oder das zuständige Service Center, sofern dies möglich ist, die Angehörigen der versicherten Person über den Eintritt eines Versicherungsfalls oder Notfalls informieren.

Bei lebensbedrohlichen Erkrankungen oder schweren dauerhaften Beeinträchtigungen der Gesundheit hat die versicherte Person die Möglichkeit, direkt eine Zweitmeinung von einem anderen Arzt einzuholen oder, falls erforderlich, diese über den Versicherer oder das zuständige Service Center einholen zu lassen. Bei der Planung einer Krankenhausaufnahme oder -entlassung im Zusammenhang mit einer stationären Behandlung unterstützt der Versicherer oder das zuständige Service Center die versicherte Person.

Bei Fällen, die eine stationäre Heilbehandlung erfordern, kann der Krankheitsverlauf durch Ärzte beobachtet werden, die mit dem Versicherer oder dem zuständigen Service Center zusammenarbeiten. Diese Beobachtung erstreckt sich auch auf ambulante

Heilbehandlungen, die einen Krankenhausaufenthalt ersetzen sollen.

Kostenübernahmegarantie

Im Falle eines Notfalls, der eine stationäre Behandlung erforderlich macht, muss die versicherte Person unverzüglich den Versicherer oder das zuständige Service Center benachrichtigen. Bei einer geplanten stationären Heilbehandlung oder Operation, die als ambulante Behandlung anstelle eines Krankenhausaufenthaltes möglich ist, muss die versicherte Person den Versicherer oder das zuständige Service Center mindestens 7 (sieben) Tage vor der geplanten Krankenaufnahme benachrichtigen. Nur so kann der Versicherer oder das zuständige Service Center bei einer geplanten stationären Heilbehandlung oder bei einer stationären Notfallbehandlung die Erstellung einer Kostenübernahmegarantie an die Ärzte bzw. das Krankenhaus sowie die Erledigung aller Formalitäten gewährleisten.

Zu diesen Formalitäten gehört die medizinische Prüfung der Rechnungen, um deren Übereinstimmung mit den Landesüblichen, Allgemeingültigen und Angemessenen Standards sicherzustellen. Darüber hinaus stimmt der Versicherer mit dem Krankenhaus den Rechnungsversand und die Zahlungsmodalitäten ab und bemüht sich um die Organisation einer Direktabrechnung. In solchen Fällen wird die versicherte Person schriftlich oder per E-Mail vom Versicherer oder dem zuständigen Service Center über die Vorgehensweise informiert.

Wenn der Versicherer oder das zuständige Service Center nicht im Voraus oder im Falle eines Notfalls unverzüglich informiert wird, kann dies dazu führen, dass der Versicherer die Leistungsansprüche nicht in voller Höhe berücksichtigen kann.

Überführung der sterblichen Überreste

Ereignet sich ein Todesfall im Ausland, kann der Versicherer oder das zuständige Service Center folgende Unterstützungsleistungen erbringen:

- Beschaffung der Sterbeurkunde oder des Unfallberichts, soweit dies gesetzlich zulässig ist.
- Kontaktaufnahme mit ausländischen Behörden und Konsulaten.

- Ermittlung der Hinterbliebenen, die zur Entscheidung über die Überführung oder Einäscherung des Verstorbenen berechtigt sind.
- Erledigung aller Formalitäten für die Überführung, Einäscherung oder eine Bestattung vor Ort gemäß den Bestimmungen des jeweiligen Landes.

Der Versicherer erstattet:

- Die unmittelbaren Kosten einer Überführung der sterblichen Überreste in das Ausreise- oder Heimatland, einschließlich aller damit verbundenen Formalitäten. Dies umfasst auch die Kosten eines Familienangehörigen, der mit den sterblichen Überresten reist, wenn er den Verstorbenen zum Zeitpunkt des Todes begleitet hat.
- Die Kosten für die Überführung der Urne in das Ausreise- oder Heimatland, wenn der Verstorbene im Aufenthaltsland eingäschert wurde. Dies schließt ein Familienmitglied ein, das mit den sterblichen Überresten reist, wenn es den Verstorbenen zum Zeitpunkt seines Todes begleitet hat.

Die Bestattungskosten als solche sind jedoch nicht erstattungsfähig.

Zusätzliche medizinisch sinnvolle Unterstützung

Unabhängig davon, ob ein Versicherungsfall eingetreten ist oder nicht, erteilt der Versicherer oder das zuständige Service Center auf Wunsch der versicherten Person allgemeine Informationen über das Reiseziel, die örtlichen Gepflogenheiten und die erforderlichen Formalitäten. Außerdem werden medizinische Informationen, einschließlich Impf- sowie ärztliche Beratungen per Telefon, zur Vorbereitung der Reise, angeboten. Darüber hinaus werden Hinweise zum Inhalt einer persönlichen Reiseapotheke gegeben.

Tritt ein Versicherungsfall ein, erteilt der Versicherer oder das zuständige Service Center allgemeine Auskünfte über die Art, die möglichen Ursachen und die verfügbaren Behandlungsmöglichkeiten der Erkrankung. Des Weiteren werden die verwendeten medizinischen Fachbegriffe erläutert und Auskünfte über Medikamente sowie deren mögliche Neben- und Wechselwirkungen erteilt.

Bei ambulanten Heilbehandlungen koordiniert und überwacht der Versicherer oder das zuständige

Service Center die Behandlung und den Behandlungsfortschritt, organisiert gegebenenfalls Arzt-zu-Arzt Gespräche und zusätzliche Unterstützung.

Online-Services

Die versicherte Person ist dazu berechtigt, die speziellen Online-Services im entsprechenden Online-Mitgliederbereich zu nutzen.

4.4 Zusätzliche Assistance

Telemedizin

Der Versicherer stellt allen versicherten Personen den Zugang zu telemedizinischen Leistungen zur Verfügung. In Zusammenarbeit mit einem Drittanbieter stellt der Versicherer eine kostenlose App, die sowohl auf iOS- als auch auf Android-Geräten nutzbar ist, zur Verfügung. Zugang erhalten alle versicherten Personen ab 18 (achtzehn) Jahren, die aktiv über den Versicherungsvertrag versichert sind. Es werden strenge Sicherheitsmaßnahmen zum Schutz des Zugangs und der Daten eingesetzt, um potenzielle Sicherheitsverletzungen zu verhindern.

Die verfügbaren Dienstleistungen umfassen telefonische Beratung sowie Video- und Chatberatung in Englisch, Deutsch und Spanisch. Diese Dienste sind rund um die Uhr an 7 (sieben) Tagen in der Woche verfügbar.

5. Leistungsausschlüsse

Der Versicherer übernimmt keine Aufwendungen für die folgenden Behandlungen oder Erkrankungen im Rahmen des Versicherungsvertrags, sofern diese nicht ausdrücklich in der Leistungsübersicht oder in einem anderen schriftlichen Nachtrag zum Versicherungsvertrag aufgeführt sind.

Handlungen entgegen ärztlichem Rat

Der Versicherer übernimmt keine Aufwendungen für Behandlungen, die darauf zurückzuführen sind, dass die versicherte Person keinen ärztlichen Rat eingeholt bzw. diesen nicht befolgt hat oder entgegen ärztlichem Rat gereist ist.

Knochenmark- und Organtransplantationen

Der Versicherer erstattet keine Aufwendungen für Knochenmark- oder Organtransplantationen (z. B. Herz, Niere, Leber, Bauchspeicheldrüse).

Komplikationen aufgrund von ausgeschlossenen Leistungen

Der Versicherer übernimmt keine Aufwendungen für Komplikationen, die in direktem Zusammenhang mit einer Krankheit, einer Verletzung oder einer Behandlung stehen, die ausgeschlossen oder nur eingeschränkt versichert sind.

Kosmetische und plastische Chirurgie

Aufwendungen für kosmetische oder plastische Operationen und Heilbehandlungen werden nicht erstattet.

Zahnärztliche Behandlung

Der Versicherer erstattet keine Aufwendungen im Zusammenhang mit zahnärztlichen Maßnahmen und Heilbehandlungen, einschließlich, aber nicht beschränkt auf routinemäßige zahnärztliche Untersuchungen, Zahnreinigungen, Füllungen, Extraktionen, Wurzelbehandlungen, kieferorthopädische Eingriffe (z. B. Zahnspangen), Zahnersatz (z. B. Prothesen, Kronen, Brücken), kosmetische Zahnmedizin oder chirurgische Eingriffe an Zähnen oder Zahnfleisch.

Entziehungsmaßnahmen inklusive Entziehungskuren

Entgiftungs-/Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren bei Drogen- und Alkoholabhängigkeit, sind nicht im Versicherungsschutz enthalten. Leistungen für eine erstmalige Entgiftungsmaßnahme werden jedoch übernommen, sofern die versicherte Person anderweitig keinen Anspruch auf Kostenerstattung geltend machen kann. Bei einer stationären Entgiftungsmaßnahme erstattet der Versicherer nur die Aufwendungen der allgemeinen Krankenhausleistungen, inklusive ärztliche Leistungen und Arzneimittel.

Jegliche Folgebehandlungen, die aus dem schädlichen, gefährlichen oder suchterzeugenden Konsum von Substanzen, einschließlich Alkohol und Drogen, resultieren oder in direktem Zusammenhang damit stehen, sind nicht versichert.

Entwicklungsstörungen

Der Versicherer übernimmt keine Aufwendungen für Dienstleistungen, Therapien, pädagogische Tests oder Unterstützungsmaßnahmen im Zusammenhang mit Lernschwierigkeiten oder psychischen Entwicklungsstörungen. Dazu gehören beispielsweise Entwicklungsverzögerungen, schulische Fähigkeiten, tiefgreifende Entwicklungsstörungen, geistige Behinderung, Wahrnehmungsstörungen, Hirnschäden, die nicht durch Unfälle oder Erkrankungen verursacht wurden, minimale Gehirnfehlfunktionen, Dyslexie oder Apraxie.

Dialyse

Der Versicherer erstattet keine Aufwendungen für Dialyse, einschließlich der notwendigen Medikamente und aller damit verbundenen Kosten.

Epidemien, Pandemien und Ausbrüche von Krankheiten

Aufwendungen für Behandlungen, medizinische Evakuierungen und/oder Rückführungen, die direkt oder indirekt auf Epidemien, Pandemien oder Krankheitsausbrüche vergleichbaren Ausmaßes zurückzuführen sind und die unter Kontrolle lokaler, öffentlicher Organe des Gesundheitswesens

gestellt wurden, werden nicht erstattet, sofern nicht anderweitig schriftlich vom Versicherer genehmigt.

Experimentelle und investigative Therapien oder Behandlungsverfahren

Kein Versicherungsschutz besteht für jede Art von Behandlung oder medikamentöser Therapie, die der Versicherer als experimentell oder investigativ betrachtet. Eine Dienstleistung, eine Technologie, eine Lieferung, ein Verfahren, eine Behandlung, ein Medikament, ein Gerät, eine Einrichtung, eine Ausrüstung oder ein biologisches Produkt gelten als experimentell oder investigativ, wenn sie nicht alle der folgenden Anforderungen erfüllen:

- Sie müssen eine endgültige Lizenz und eine klar formulierte Genehmigung von mindestens einer der folgenden Instanzen haben: EMA (Europäische Arzneimittelagentur), FDA (Food and Drug Administration – Phase III abgeschlossen), Europäisches Netzwerk für Health Technology Assessment (EUnetHTA). Eine vorläufige Zulassung ist nicht ausreichend. Die Zulassung ist nur für die entsprechenden medizinischen Indikationen und Erkrankungen gültig. Im Falle von Verfahren und genehmigten Leitlinien für den klinischen Verlauf muss sie in einer der folgenden Richtlinien klar als solche gekennzeichnet sein: NICE (National Institute for Health and Care Excellence), AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften), AHRQ National Guideline (Agency for Healthcare Research and Quality – National Guideline Clearinghouse).
- Alle Genehmigungen und Leitlinien müssen schlüssig sein und können nicht die Notwendigkeit weiterer Forschung oder eines Forschungsumfeldes, begrenzte Evidenz, unzureichende Evidenz oder mangelnden klinischen Nutzen angeben.

Extremsport und Hochrisikoaktivitäten

Für Extremsportarten und risikoreiche Aktivitäten besteht kein Versicherungsschutz.

Extremsportarten und risikoreiche sportliche Aktivitäten umfassen jede Form des Sports oder der sportlichen Betätigung, die mit einem hohen Risiko verbunden ist.

Dazu gehören Aktivitäten, die ein hohes Maß an Kenntnissen und Erfahrungen, außergewöhnliche körperliche Anstrengungen, spezielle Ausrüstung und waghalsige Stunts erfordern und bei denen die versicherte Person eine Haftungsverzichtserklärung unterzeichnet hat. Dies sind unter anderem:

- Abseilen, Bergsteigen (mit Ausnahme von Hallenklettern und für das Sportklettern ausgestatteten Klettergärten in Mittelgebirgsregionen) und Wettkämpfen jeglicher Art,
- Bobfahren, Rodeln, Skeleton, Skifahren abseits der Pisten sowie Snowboarden abseits der Pisten,
- Bungee- und Klippenspringen,
- Kampfsportarten,
- Downhill-Mountainbiking und Cross-Country-Radfahren,
- Extremsporttourismus (z. B. Reisen in die Antarktis),
- Jagd zu Pferd, Springreiten, Polo, Hindernislauf zu Pferd sowie jede Form von Pferderennen,
- Motorsport, einschließlich Motorradfahren und Quadfahren,
- Ultraleichtfliegen, Wingsuit-Fliegen, Ballonfahren, Drachenfliegen, Gleitschirmfliegen und Fallschirmspringen,
- Solo-Höhlenforschung (Höhlenforschung) oder Höhlentauchen, Tauchen in Tiefen von mehr als 10 Metern, Turmspringen, Wildwasser-Rafting und Canyoning,
- Ultramarathons oder Aktivitäten ähnlicher Art,
- alle anderen gefährlichen Aktivitäten, die ein ähnliches Risiko wie die oben genannten darstellen, z. B. Zugsurfen.

Such- und Rettungsdienste im Zusammenhang mit Extremsportarten und risikoreichen Aktivitäten, einschließlich, aber nicht beschränkt auf Höhlen-, See- und Bergrettung, sind ebenfalls vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Korrektur des Sehvermögens

Der Versicherer übernimmt keine Aufwendungen für Behandlungen oder Operationen zur Korrektur des Sehvermögens einer versicherten Person, einschließlich Verfahren wie Laserbehandlung, refraktive Keratotomie (RK) und fotorefraktive Keratektomie (PRK). Versicherungsschutz besteht für die Korrektur der Sehkraft einer versicherten Person,

wenn diese medizinisch notwendig ist (z. B. bei Katarakt oder Netzhautablösung).

Geschlechtsumwandlung

Der Versicherer übernimmt keine Aufwendungen für die operative und hormonelle Angleichung der biologischen Geschlechtsmerkmale an das jeweils andere Geschlecht.

Genetische Tests

Der Versicherungsvertrag übernimmt keine Aufwendungen für Gentests, es sei denn, bestimmte Gentests sind ausdrücklich im Versicherungsschutz der versicherten Person aufgeführt oder der Versicherer hat zuvor ausdrücklich eine schriftliche Kostenzusage erteilt.

Krankheiten, Unfälle und deren Folgen, die durch Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit verursacht wurden

Der Versicherer erstattet keine Aufwendungen für Krankheiten, Unfälle und deren Folgen, wenn diese vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt wurden.

Der Versicherer betrachtet eine Krankheit oder einen Unfall, als vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt, wenn die betroffene Person die Folgen ihrer Handlungen vernünftigerweise vorhersehen konnte und den daraus resultierenden Schaden bewusst in Kauf genommen hat. Dies umfasst unter anderem:

- selbst zugefügte Verletzungen,
- Selbstmordversuche,
- Aufenthalte in einer Einrichtung zur Drogenentziehung und
- Verletzungen im Rahmen krimineller Handlungen.

Unfruchtbarkeitsbehandlung

Der Versicherer erstattet keine Aufwendungen im Zusammenhang mit diagnostischen Leistungen und Behandlungen im Rahmen einer Unfruchtbarkeitsbehandlung. Dazu gehören Maßnahmen zur Vorbeugung künftiger Fehlgeburten, Untersuchungen zu Fehlgeburten und künstlicher Befruchtung sowie damit verbundene Komplikationen.

Militärdienstbeschädigungen

Der Versicherer übernimmt keine Aufwendungen für Krankheiten, Unfälle und deren Folgen, die sich aufgrund der Beteiligung der versicherten Person an militärischen Operationen, am Militärdienst, Aufständen und Unruhen ereignen.

Schwangerschaft und Entbindung

Der Versicherer erstattet keine Aufwendungen im Zusammenhang mit Entbindung, Schwangerschaft oder schwangerschaftsbedingten Erkrankungen, einschließlich Komplikationen bei Entbindung, Schwangerschaft oder schwangerschaftsbedingten Erkrankungen.

Langzeitpflege und Betreuungsbedarf

Der Versicherer erstattet keine Aufwendungen für Unterkünfte, die aufgrund einer Langzeitpflege und Betreuung erforderlich sind.

Nichtmedizinische Krankenhauskosten

Der Versicherungsvertrag übernimmt keine Aufwendungen, die durch Begleitpersonen der versicherten Person entstehen, und sieht auch keine Erstattungen für nichtmedizinische Verbrauchsmaterialien, Verpflegung und medienbezogene Aufwendungen (wie Fernsehen und Radio) vor.

Radioaktive, chemische und biologische Kontamination

Der Versicherer bietet keinen Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und deren Folgen, die durch Radioaktivität (einschließlich Kernreaktionen, Kernstrahlung und radioaktive Kontamination) sowie durch chemische oder biologische Waffen verursacht werden.

Pflegeheim

Der Versicherungsvertrag übernimmt keine Aufwendungen für den Aufenthalt zu Hause oder für eine nicht-medizinische Pflege zu Hause, in einem Erholungsheim, einer psychiatrischen Anstalt oder ähnlichen Einrichtungen.

Rückbildungsgymnastik

Der Versicherer gewährt keinen Versicherungsschutz für Rückbildungskurse, die darauf abzielen, die körperlichen Auswirkungen von Schwangerschaft und Geburt zu behandeln.

Berufssport

Der Versicherer gewährt keinen Versicherungsschutz für Behandlungen oder diagnostische Maßnahmen im Zusammenhang mit Verletzungen oder Krankheiten, die durch die berufliche Ausübung einer Sportart hervorgerufen werden.

Psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung

Der Versicherer erstattet keine Aufwendungen für psychiatrische und psychotherapeutische Heilbehandlungen oder andere Behandlungen im Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit, unabhängig davon, ob diese stationär oder ambulant erfolgen. Dazu gehören unter anderem Konsultationen bei Psychiatern, Psychologen, Psychotherapeuten oder Beratern sowie alle verschriebenen Medikamente oder Therapien im Zusammenhang mit psychischen, emotionalen oder Verhaltensstörungen.

Routinemäßige Gesundheits- oder Vorsorgeuntersuchungen

Der Versicherer erstattet keine Aufwendungen für routinemäßige Gesundheits- bzw. Vorsorgeuntersuchungen, die ohne klinische Symptome durchgeführt werden.

Schlafstörungen

Der Versicherer übernimmt keine Aufwendungen für Untersuchungen oder Behandlungen im Zusammenhang mit Schlafstörungen, inklusive Schlaflosigkeit (Insomnie). Dies umfasst die CPAP-Therapie (kontinuierliche positive Überdruckbeatmung) sowie die BIPAP Therapie (Erzeugung eines positiven Atemwegsdrucks mit zwei verschiedenen Druckniveaus).

Spa- und Wellnessmassagen

Der Versicherer übernimmt keine Aufwendungen für Aufenthalte oder Behandlungen in Kur- oder Badezentren, Sanatorien, Spas, Gesundheits- oder Erholungszentren, auch wenn diese ärztlich verordnet sind. Diese Einschränkung gilt auch für Thermalbäder, Saunaanwendungen und jede Form von Wellnessmassagen.

Sterilisation, sexuelle Funktionsstörungen und Kontrazeption

Der Versicherer übernimmt keine Aufwendungen für Maßnahmen, die die Unfruchtbarkeit einer Person fördern oder herbeiführen sowie für Eingriffe, Behandlungen oder Medikamente zur Verhütung einer Schwangerschaft oder für Behandlungen von sexuellen Funktionsstörungen.

Leihmutterschaft

Der Versicherer erstattet keine Aufwendungen für Heilbehandlungen, die in unmittelbarem Zusammenhang mit einer Leihmutterschaft stehen, unabhängig davon, ob die versicherte Person als Leihmutter fungiert oder die beabsichtigten Eltern sind. Kinder, die von einer Leihmutter ausgetragen wurden, sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Transportkosten

Transportkosten, mit Ausnahme von Rettungstransportleistungen, werden nur erstattet, wenn der Versicherer dies zuvor ausdrücklich schriftlich zugesagt hat.

Heilbehandlung in Sanatorien, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen

Der Versicherer übernimmt keine Aufwendungen für Therapien und Heilbehandlungen in Sanatorien, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen. Je nach gewähltem Tarif kann der Versicherer jedoch die Aufwendungen für eine Anschlussrehabilitation teilweise erstatten.

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

Der Versicherungsvertrag übernimmt keine Aufwendungen für Heilbehandlungen durch Ärzte, Zahnärzte und andere Behandler sowie für Krankenhausleistungen, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigen Gründen von der Erstattung ausgeschlossen hat.

Diese Befreiung von der Leistungspflicht gilt jedoch nur für Versicherungsfälle, die eintreten, nachdem die versicherte Person über den Leistungsausschluss informiert wurde. Ist ein Versicherungsfall zum Zeitpunkt der Mitteilung bereits eingetreten, erstreckt sich die Befreiung des Versicherers von der Leistungspflicht nur auf Aufwendungen, die mehr als 1 (einen) Monat nach Erhalt der Mitteilung entstehen.

Heilbehandlung durch Ehe- bzw. Lebenspartner, Eltern oder Kinder

Der Versicherer erstattet keine Aufwendungen, wenn die versicherte Person von ihrem/ihren Ehe- bzw. Lebenspartner, Eltern oder Kindern behandelt wird. Die nachgewiesenen Sachkosten, die für die Behandlung erforderlich sind, werden jedoch tarifgemäß erstattet.

Rechtswidrige Handlungen und gefährliches Verhalten

Der Versicherer übernimmt keine Aufwendungen für Krankheiten, Unfälle oder daraus resultierende Folgen, die auf rechtswidrige Handlungen oder gefährliches Verhalten zurückzuführen sind. Dies umfasst unter anderem:

- Aktivitäten, die unter Missachtung ausdrücklicher Warnungen oder Verbote von medizinischem Fachpersonal, Gesundheitsbehörden oder Strafverfolgungsbehörden durchgeführt werden;
- Folgen von Trunkenheit und/oder Rauschzuständen;
- Unruhen und Maßnahmen zu deren Bekämpfung, es sei denn, der Versicherungsnehmer und/oder die versicherte Person kann nachweisen, dass die versicherte Person nicht aktiv daran beteiligt war;
- Streitigkeiten und/oder heftige Auseinandersetzungen, außer im Falle der

rechtmäßigen Selbstverteidigung (ein Bericht einer amtlichen Behörde als Nachweis ist erforderlich) und

- Wetten und/oder Herausforderungen.

Impfungen und Immunisierung

Der Versicherer erstattet keine Aufwendungen für Impfungen und prophylaktische Maßnahmen, unabhängig davon, ob solche Maßnahmen für das Wohnsitzland der versicherten Person empfohlen werden.

Sehhilfen

Der Versicherer erstattet keine Kosten für Brillen, Brillenfassungen und Brillengläser, einschließlich Kontaktlinsen.

Vitamine und Mineralstoffe

Der Versicherer erstattet keine Aufwendungen für Produkte, die als Vitamine oder Mineralstoffe eingestuft sind; ausgenommen hiervon sind medizinisch notwendige Fälle während der Schwangerschaft oder zur Behandlung von diagnostizierten, klinisch signifikanten Vitaminmangelsyndromen.

Dieser Ausschluss gilt ebenfalls für Nahrungsergänzungsmittel, inklusive spezieller Säuglingsnahrung und kosmetischer Produkte, selbst wenn diese medizinisch empfohlen, verschrieben oder für therapeutische Zwecke anerkannt sind.

Produkte wie Nahrungsmittel, Stärkungsmittel, Mineralwässer, Kosmetika, Hygiene- und Körperpflegeprodukte sowie Badezusätze gelten nicht als medizinisch notwendig und werden nicht erstattet.

Krieg, innere Unruhen, Terrorismus

Für Krankheiten oder Unfälle und deren Folgen sowie für Todesfälle, die auf Kriegsereignisse, innere Unruhen oder terroristische Handlungen zurückzuführen sind, besteht kein Versicherungsschutz, es sei denn, die versicherte Person erleidet ihre Verletzungen als unbeteiligter Dritter, der die Gefahren nicht vorsätzlich oder fahrlässig missachtet hat und sofern sich die

versicherte Person nicht vorsätzlich in das
Konfliktgebiet begeben hat.

Begibt sich die versicherte Person in ein Gebiet,
in dem direkte Kriegshandlungen stattfinden
oder erbringt sie für eine der Kriegsparteien
Dienstleistungen, besteht in keinem Fall
Versicherungsschutz. Der Leistungsausschluss gilt
unabhängig davon, ob Krieg erklärt wurde oder
nicht. Erlangt die versicherte Person während
ihres Aufenthalts Kenntnis von Krieg, inneren
Unruhen oder terroristischen Handlungen,
besteht Versicherungsschutz nur im Rahmen
von Notfallbehandlungen (wie lebensrettenden
Maßnahmen) und nur so lange, wie es der
versicherten Person nicht möglich war, das Land
oder die Region zu verlassen, längstens jedoch für
28 (achtundzwanzig) Tage.

Weitere Leistungseinschränkungen

Wenn eine Heilbehandlung oder sonstige
Maßnahmen, für die Leistungen vereinbart sind,
die das medizinisch notwendige Maß übersteigen
oder wenn sich die geforderte Vergütung nicht im
Rahmen des Landesüblichen, Allgemeingültigen
und Angemessenen befindet, behält sich der
Versicherer das Recht vor, die Zahlung/Erstattung
zu kürzen. Die versicherte Person trägt alle Kosten,
die nicht den Landesüblichen, Allgemeingültigen
und Angemessenen Standards entsprechen,
da der Versicherer keine Beträge über diesen
Schwellenwert hinaus übernimmt. Der Versicherer
behält sich das Recht vor, alle Aufwendungen
oder Kostenvoranschläge unter Einbeziehung
von medizinischen Fachpersonen zu prüfen, um
deren Übereinstimmung mit den Landesüblichen,
Allgemeingültigen und Angemessenen Standards
festzustellen.

Kann die versicherte Person Leistungen aus
einer gesetzlichen Krankenversicherung oder
von einem anderen Kostenträger beanspruchen,
erstattet der Versicherer nur die Aufwendungen,
die trotz dieser Leistungen medizinisch notwendig
sind. **Komplikationen, die sich aufgrund von
ausgeschlossenen Leistungen ergeben, sind nicht
versichert.**

6. Glossar

Dieses Glossar ist zusammen mit dem Glossar der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu lesen.

Ambulante Heilbehandlung

Jede Heilbehandlung durch einen qualifizierten und zugelassenen Arzt, die keinen stationären Aufenthalt erfordert (dazu zählen auch Krankenhausaufenthalte von weniger als 8 (acht) Stunden).

Angeborene Leiden

Alle bei der Geburt vorhandenen Störungen oder Krankheiten, Anomalien, Geburtsfehler, Frühgeburtlichkeit, Fehlbildungen einschließlich damit in Zusammenhang stehender Erkrankungen, unabhängig vom Vorliegen einer Diagnose.

Anschlussrehabilitation

Eine medizinische Maßnahme zur Wiederherstellung des früheren körperlichen Zustands nach einer Krankheit oder einer schweren Operation, zum Beispiel nach Bypass-OP, Herzinfarkt, Organtransplantation sowie chirurgischen Eingriffen an großen Knochen oder Gelenken, oder nach einem schweren Unfall.

Ausreiseland

Das letzte Land, in dem die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt hatte.

Beginn der Behandlung

Das Datum, an dem eine Heilbehandlung beginnt, die von einem medizinischen Leistungserbringer aufgrund einer Krankheit oder einer körperlichen Verletzung verordnet und durchgeführt wird.

Behandler

Ein Arzt, aber auch alle Personen, die über eine auf ihrem Behandlungsgebiet anerkannte und fundierte Ausbildung verfügen und in dem Land, in dem die Heilbehandlung erfolgt, zur Behandlung auf ihrem Gebiet zugelassen bzw. zu deren Ausübung berechtigt sind. Dazu zählen Heilpraktiker, Logopäden/Sprachheiltherapeuten und Hebammen/Entbindungspfleger sowie die in eigener Praxis tätigen Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe wie beispielsweise Masseure und Physiotherapeuten. Die versicherte Person kann jeden Behandler frei wählen, der diese Kriterien erfüllt.

Berufssport

Jede Sportart, für deren Ausübung die versicherte Person bezahlt wird.

Computertomographie (CT)

Eine diagnostische Technik, die mithilfe eines speziellen Röntgenverfahrens Querschnittsbilder des Körpers anfertigt. Der CT-Computer zeigt diese Bilder als detailgenaue dreidimensionale Darstellung von Organen, Knochen und anderen Geweben an. Synonyme Bezeichnungen für dieses Verfahren sind CT-Scan, computerisierte Tomographie oder computerisierte Axialtomographie (CAT).

Erstattungsfähige Aufwendungen

Die Aufwendungen für medizinisch notwendige Gesundheitsleistungen, Heilbehandlungen und Maßnahmen, die gemäß den Versicherungsbedingungen dieses Versicherungsvertrags versichert sind. Diese Aufwendungen beinhalten in der Regel Krankenhausaufenthalte, ärztliche Heilbehandlungen, diagnostische Tests, chirurgische Eingriffe, verordnete Arzneimittel und andere genehmigte medizinische Leistungen. Um erstattungsfähig zu sein, müssen die Maßnahmen von zugelassenen Gesundheitsfachkräften oder akkreditierten medizinischen Einrichtungen erbracht werden und im Einklang mit den Leistungsbeschreibungen, Leistungsausschlüssen und etwaigen Wartezeiten oder Kostenübernahmeanforderungen des Versicherungsvertrags stehen.

Glossar

Das vorliegende Glossar mit definierten Begriffen ist integraler Bestandteil der Speziellen Versicherungsbedingungen.

Heilbehandler

Eine Person die, neben Ärzten, über eine anerkannte und fundierte Ausbildung in ihrem Behandlungsbereich verfügt und in dem Land, in dem die Behandlung durchgeführt werden soll, zur Behandlung in diesem Fachgebiet zugelassen ist. Als Heilbehandler gelten: Heilpraktiker, Logopäden und Hebammen sowie selbständige Behandler, die in staatlich anerkannten, medizinischen Hilfsberufen tätig sind (z. B. Masseure, Osteopathen und Physiotherapeuten). Die versicherten Personen können einen Behandler, der diese Kriterien erfüllt, frei wählen.

Heimatland

Das Land, dessen Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt.

Höchstbetrag für ambulante Leistungen

Der Höchstbetrag, den der Versicherer insgesamt für alle ambulanten Leistungen pro versicherte Person und Vertragslaufzeit im Rahmen des jeweiligen Tarifs erstattet.

Höchstbetrag pro Vertragslaufzeit

Der Höchstbetrag, der für alle Aufwendungen insgesamt pro versicherte Person und pro Vertragslaufzeit maximal erstattet wird.

Hydrotherapie

Hydrotherapie ist die gezielte Heilbehandlung durch äußerliche Anwendung von Wasser.

Implantologische Leistungen

Einsetzen von zahnärztlichen Implantaten (Metall- oder Keramikkörper) als Zahnwurzelersatz oder in unbezahnte Kiefer.

Krebs

Allgemeine Bezeichnung für alle bösartigen (malignen) Erkrankungen, die durch eine unkontrollierte Vermehrung von veränderten Zellen (Neoplasien oder Tumoren) gekennzeichnet sind. Diese Zellen können das umliegende Gewebe zerstören und Tochtergeschwülste (Metastasen) ausbilden.

Kur- und Sanatoriumsbehandlung

Eine Kur- oder Behandlungsmaßnahme, die sich von einer medizinischen Heilbehandlung unterscheidet und der Wiederherstellung des Fitness- oder Gesundheitszustands einer Person dient.

Landesüblich, Allgemeingültig und Angemessen

Landesübliche, Allgemeingültige und Angemessene Kosten beziehen sich auf die durchschnittlichen Aufwendungen, die von zugelassenen Ärzten innerhalb eines bestimmten geografischen Gebiets (z. B. Stadt oder Land) für eine bestimmte medizinische Leistung in Rechnung gestellt werden. Diese basieren auf öffentlich zugänglichen Gebührenordnungen oder Datenbanken, die von anerkannten Gesundheitsbehörden oder Versicherungsverbänden geführt werden.

Magnetresonanztomographie (MRT)

Ein diagnostisches Verfahren, mit dem man die inneren Organe und Gewebe des Körpers durch Einsatz starker Magnetfelder und Radiowellen bildlich darstellen kann.

Medizinisch-klinischer Zustand

Alle Störungen, Krankheiten, Verletzungen bzw. körperlichen, geistigen oder psychischen Auffälligkeiten sowie Schwangerschaft.

Nahrungsergänzungsmittel und/oder Diätmittel

Produkte zur Erhöhung des Nährstoffgehalts der aufgenommenen Nahrungsmittel, inklusive Vitamine, Mineralstoffe, Kräuter, Mahlzeitenersatzprodukte, Sporternährungsprodukte, natürliche Nahrungsergänzungsmittel.

Palliativmedizin

Palliativmedizin ist die umfassende und aktive Behandlung von Patienten mit begrenzter Lebenserwartung, bei denen eine Heilung nicht mehr möglich ist. Diese Art der Behandlung bietet dem Patienten und seiner Familie die bestmögliche Lebensqualität.

Positronen-Emissions-Tomographie (PET)

Ein nicht-invasives bildgebendes Verfahren, das auf den Nachweis und die Darstellung einer Substanz mit Positronen emittierenden Strahlern basiert, die im Körper des Patienten verteilt sind. Die Konzentration dieser „Marker“ in einem Tumor kann daraufhin quantifiziert werden, wobei die Substanz intravenös injiziert und die Strahlung mit externen Detektoren erfasst wird. Mit Hilfe der PET können wichtige biologische Prozesse in Tumoren sichtbar gemacht werden.

Rücktransport

Sollte eine im Rahmen des Versicherungsvertrags erstattungsfähige medizinisch notwendige Heilbehandlung vor Ort nicht durchführbar sein, übernimmt der Versicherer die Aufwendungen des Rücktransports der versicherten Person in ihr Heimatland zur dortigen Heilbehandlung, anstatt in das nächstgelegene geeignete Krankenhaus. Dies gilt allerdings nur, sofern das Heimatland in der versicherten Zielregion liegt.

Schulmedizin

Die an Universitäten gelehrt, wissenschaftlich fundierte und daher allgemein anerkannte und angewandte Form der Medizin.

Second Opinion

Second Opinion (ärztliche Zweitmeinung) ist die medizinische Beratung durch einen anderen, bisher

nicht an der Heilbehandlung beteiligten Arzt.
Auch bei lebensbedrohlichen Erkrankungen und schwerwiegenden, bleibenden, gesundheitlichen Schädigungen kann sich die versicherte Person über das zuständige Service Center eine ärztliche Zweitmeinung einholen.

Selbstbeteiligung

Die Selbstbeteiligung bezeichnet den von den versicherten Personen, bis zu dem vereinbarten Höchstbetrag, selbst zu tragenden Anteil an den Aufwendungen. Wurde eine Selbstbeteiligung vereinbart, so wird diese im Versicherungsvertrag dokumentiert.

Tagesklinische (teilstationäre) Heilbehandlung

Als tagesklinisch (teilstationär) bezeichnet man eine Heilbehandlung in einem Krankenhaus ohne Übernachtung. Die Länge des Krankenhausaufenthalts beträgt hierbei zwischen 8 (acht) und 24 (vierundzwanzig) Stunden.

Vertragslaufzeit

Die Vertragslaufzeit ist der Zeitraum, den der Versicherungsnehmer für die versicherten Personen im Antragsformular ausgewählt hat und in dem der Versicherungsschutz gemäß Versicherungsvertrag gewährt wird.

Versicherungsdauer

Zeitraum von 3 (drei), 6 (sechs) oder 9 (neun) Monaten, der mit dem Datum des Inkrafttretens des Versicherungsvertrags beginnt.

Vorerkrankungen

Vorerkrankungen beziehen sich auf alle Erkrankungen, Verletzungen und deren Folgen, die dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person vor Unterzeichnung des Antragsformulars bekannt waren oder für die sie medizinische Beratungen, diagnostische Leistungen oder Heilbehandlungen erhalten haben.

Dies umfasst

- i. jede Erkrankung, für die sich die versicherte Person einer diagnostischen Untersuchung (einschließlich Vorsorge- oder routinemäßige Gesundheitsuntersuchung) unterzogen und die zu auffälligen Befunden geführt hat, unabhängig

davon, ob eine formelle Diagnose gestellt wurde.

- ii. alle Anzeichen oder Symptome, unabhängig davon, ob sie diagnostiziert wurden oder nicht, sowie alle körperlichen oder organischen Anomalien, angeborenen Anomalien, Behinderungen oder Deformitäten.
- iii. alle vorhandenen, medizinischen Hilfsmittel wie Implantate, Stents, Prothesen oder andere Geräte, die dauerhaft oder vorübergehend am Körper angebracht sind.

Darüber hinaus gelten alle Krankheiten, Verletzungen oder Gesundheitszustände, die zwischen dem Datum der Unterzeichnung des Antragsformulars und dem Datum der Unterzeichnung der Besonderen Versicherungsbedingungen auftreten, ebenfalls als Vorerkrankungen.

Vorerkrankungen sind kein Bestandteil des Versicherungsschutzes.

Zahnarzt

Ein Arzt oder Heilbehandler, der sich auf Erkrankungen der Zähne und des Mundraums spezialisiert hat.

Zielregion

Die folgenden Zielregionen, in denen der Versicherungsschutz gemäß Versicherungsvertrag gilt:

Zielregion I: Weltweit einschließlich USA

Zielregion II: Weltweit ohne USA

Zuzahlung

Eine Zuzahlung ist der Teil an einer versicherten medizinischen Leistung, den die versicherte Person prozentual an den gesamten erstattungsfähigen Kosten je Leistungsanspruch zu zahlen hat. Der Restbetrag wird vom Versicherer gemäß den Bedingungen des Versicherungsvertrags erstattet.

Foyer Global Health S.A.**Sitz**

L-3372 Leudelange
12, rue Léon Laval
Luxembourg

Telefon: +352 270 444 3500

E-Mail: policy@globalhealth.insurance

Internet: <https://www.globalhealth.insurance>

Commercial Register (R.C.S. Luxembourg): B 134.471

USt.-ID: LU22284578