



Allgemeine Versicherungsbedingungen für Gruppen

(gilt auch als Versicherungshandbuch für die Gruppenversicherung)

Internationale Krankenversicherungstarife für die Schweiz
Gültig ab 1. Januar 2022

Willkommen

Sie und Ihre Familie können sich auf uns verlassen, um Zugang zur bestmöglichen Versorgung im Krankheitsfall zu erhalten. In diesem Handbuch werden die Einzelheiten Ihrer Zusatzversicherung für den Zugang zu Behandlungen außerhalb der Schweiz erklärt. Es besteht aus zwei Teilen: Der Teil „So nutzen Sie Ihren Versicherungsschutz“ ist eine Zusammenfassung aller wichtigen Informationen, die Sie voraussichtlich regelmäßig nutzen. Der Teil „Allgemeine Versicherungsbedingungen Ihres Versicherungsschutzes“ erklärt Ihren Versicherungsschutz im Detail.

Um Ihren Versicherungsschutz optimal zu nutzen, lesen Sie bitte dieses Versicherungshandbuch zusammen mit Ihrem Versicherungsschein und der Tariflichen Leistungszusage.

So nutzen Sie Ihren Versicherungsschutz

Unterstützungsservices	5
Wie funktioniert mein Versicherungsschutz?	16
Behandlungen	20
Zusätzliche Informationen zu Erstattungsanträgen	25

Allgemeine Versicherungsbedingungen Ihres Versicherungsschutzes

Verwaltung Ihrer Police	29
Beitragszahlungen	34
Weitere Bestimmungen für Ihren Versicherungsschutz	36
Datenschutz	39
Beschwerdeverfahren	40
Definitionen	41
Ausschlüsse	54

Versicherer Ihrer VVG Versicherung ist AWP P&C S.A., Saint-Ouen (Paris), Niederlassung Wallisellen (Schweiz), die schweizerische Niederlassung von AWP P&C S.A., Saint-Ouen, Frankreich, eine Aktiengesellschaft nach französischem Recht.

Registriert in Frankreich unter der Nr.: 519 490 080 RCS Paris. Schweizerische Niederlassung ist eingetragen im Handelsregister in Zürich, Registernummer: CHE-115.393.016, Adresse: Richtiplatz 1, 8304 Wallisellen, Schweiz.

KPT Krankenkasse AG, Wankdorfallee 3, CH-3000 Bern 22, registrierte BAG Nr. 376. KPT stellt Verwaltungsdienste innerhalb der Schweiz bereit.

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

So nutzen Sie Ihren Versicherungsschutz




Unterstützungsservices

Auf den folgenden Seiten erklären wir Ihnen all unsere Leistungen und Services. Finden Sie heraus, welche Ihnen zur Verfügung stehen: von unseren MyHealth digitalen Services bis hin zum Mitarbeiter-Unterstützungs-Programm.


Sprechen Sie mit uns, wir helfen Ihnen gerne weiter!


Falls Sie Fragen haben, nehmen Sie bitte mit uns Kontakt auf:

KPT (für Informationen und Unterstützung bei Behandlungen innerhalb der Schweiz):


 Tel.: + 41 (0)58 310 98 25

 E-Mail: awc.member@kpt.ch

 Fax: + 41 (0)58 310 88 25

 Adresse: KPT, Team International Allianz, Postfach, CH-3001 Bern

Allianz Care (für Informationen und Unterstützung außerhalb der Schweiz):

 24/7 Helpline: + 353 1 630 1301

Unsere gebührenfreien Rufnummern finden Sie hier:

www.allianzcare.com/de/pages/toll-free-numbers.html

 E-Mail: client.services@allianzworldwidecare.com

 Fax: + 353 1 630 1306

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

Unsere mehrsprachige Helpline ist die ganze Woche rund um die Uhr erreichbar, um Fragen zu Ihrer Police zu beantworten oder Ihnen im Falle eines Notfalls weiterzuhelfen.

Wussten Sie schon?

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

MyHealth digitale Services

Wenn Ihr Unternehmen die MyHealth digitalen Services für Sie ausgewählt hat, haben Sie einfachen und bequemen Zugang zu Ihrem Versicherungsschutz, egal wo Sie gerade sind.

Funktionen der MyHealth App und des Online-Portals



Meine Police

Greifen Sie auf Versicherungsunterlagen und Versichertenkarten von unterwegs aus zu.



Meine Erstattungsanträge

Sie können bisherige Erstattungsanträge anzeigen und neue Anträge in drei einfachen Schritten einreichen



Meine Kontakte

Zugang zu unserer rund um die Uhr erreichbaren, mehrsprachigen Helpline und zum Live-Chat (verfügbar für Englisch und nur über das Online-Portal).



Symptome-Prüfer

Schnelle und einfache Bewertung Ihrer Symptome.



Krankenhaussuche

Finden Sie medizinische Dienstleister in Ihrer Nähe.



Apotheken-Hilfe

Suchen Sie nach lokalen Entsprechungen von Markenmedikamenten.



Übersetzer für medizinische Begriffe

Lassen Sie allgemein bekannte Erkrankungen in 17 Sprachen übersetzen.



Notrufnummern

Finden Sie Notfallnummern weltweit.

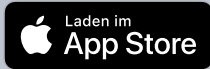
Zusätzliche nützliche Funktionen

- Aktualisieren Sie Ihre Daten online (E-Mail, Telefonnummer, Passwort, Adresse, Marketing-Präferenzen usw.).
- Lassen Sie sich die verbleibenden Erstattungsbeträge jeder Leistung Ihrer Tariflichen Leistungszusage anzeigen.

Alle persönlichen Daten, die in den MyHealth digitalen Services gespeichert werden, sind aus Datenschutzgründen durch Verschlüsselung gesichert.

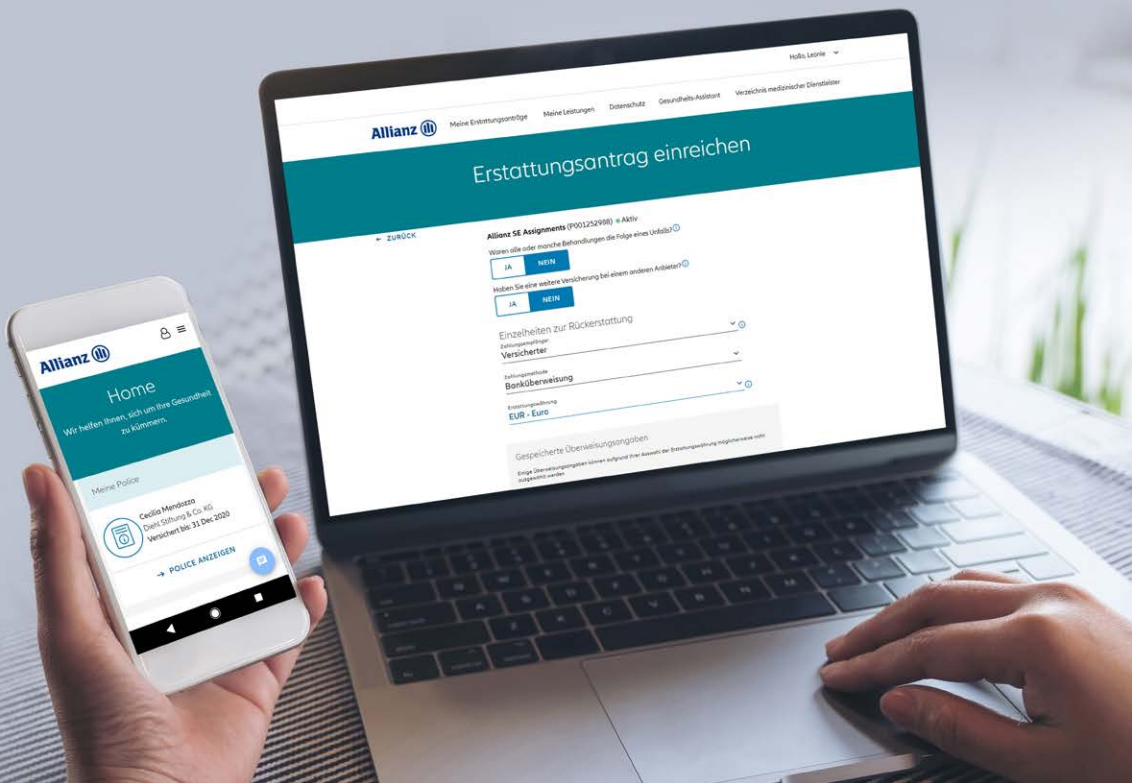
Erste Schritte:

1. Anmeldung im MyHealth Online Portal. Gehen Sie auf <https://my.allianzcare.com/myhealth>, klicken Sie auf „HIER REGISTRIEREN“ am Ende der Seite und folgen Sie den Anweisungen auf dem Bildschirm. Halten Sie Ihre Versicherungsnummer bereit – diese befindet sich auf Ihrem Versicherungsschein.
2. Alternativ können Sie sich über unsere MyHealth App anmelden. Um die MyHealth App herunterzuladen, suchen Sie nach „Allianz MyHealth“ im Apple App Store oder bei Androids Google Play.



3. Sobald Sie Ihren Zugang eingerichtet haben, können Sie sich mit der E-Mail-Adresse (Benutzername) und dem Passwort, die Sie bei der Registrierung angegeben haben, im MyHealth Online Portal oder der MyHealth App anmelden. Sie können für beide Services die gleichen Anmeldedaten verwenden. Wenn Sie die Anmeldedaten für einen Zugang ändern, gilt dies automatisch für den anderen Service. Es ist nicht nötig, die Daten für beide Dienste zu ändern. Wir bieten auch eine biometrische Anmeldeoption für die App, z. B. Touch ID oder Face ID, sofern Ihr Gerät diese unterstützt.

Weitere Informationen finden Sie auf unserer Website www.allianzcare.com/de/anmeldung.html



Webbasierte Services

Auf www.allianzcare.com/members können Sie:


- Nach medizinischen Dienstleistern suchen. Sie sind nicht auf die in unserem Verzeichnis aufgeführten Dienstleister beschränkt.
- Formulare herunterladen
- Auf unsere Gesundheitsleitfäden zugreifen
- Auf die Ressourcen „Leben im Ausland“ zugreifen: Von der Umzugsplanung bis zur Eingewöhnung im neuen Land – hier finden Sie alles, was Sie über einen Umzug ins Ausland wissen müssen

Zweiter ärztlicher Rat**

Als Ihr Gesundheitspartner möchten wir Ihnen Sicherheit bieten. Wurde bei Ihnen eine schwere Erkrankung diagnostiziert oder eine Operation empfohlen? Möchten Sie eine Beratung von Fachärzten zu den besten verfügbaren Behandlungen oder wo Sie diese erhalten können? Als Teil Ihres Versicherungsschutzes haben Sie Zugang zu unserem Service für einen zweiten ärztlichen Rat.

Wenn Sie diesen Service in Anspruch nehmen, weisen wir Ihnen für Ihren medizinischen Fall eine persönliche Ansprechperson aus unserem eigenen Ärzteteam zu, die Sie betreut und unterstützt. Ihr Fallmanager wird Sie um alle Informationen zu Ihrem medizinischen Fall bitten, Ihnen bei der Krankenhaussuche helfen sowie einen Arzt oder Facharzt für den zweiten ärztlichen Rat finden und Ihnen das ärztliche Gutachten zukommen lassen.

Rufen Sie für diesen Service einfach unsere rund um die Uhr erreichbare Helpline an:

 + 353 1 630 1302

und fragen Sie nach einem zweiten ärztlichen Rat. Geben Sie bei Ihrem Anruf zur Identifizierung bitte Ihre Versicherungsnummer an.



Olive - Das Gesundheits- und Wellness-Unterstützungsprogramm von Allianz Care

Ihr erster Schritt zu einem gesünderen Leben.

In der heutigen geschäftigen Welt, die sich ständig wandelt, erkennen wir, wie wichtig es ist, gesund zu bleiben und sind davon überzeugt, dass Vorsorge besser als Heilung ist. Olive*, unser proaktives Gesundheits-Tool, wurde entwickelt, um Sie zu motivieren, gesünder zu leben.

1. Gesundheits- und Wellness-Hub

Unser Gesundheits- und Wellness-Hub ist über unsere MyHealth digitalen Services (mobile App und Portal) verfügbar und bietet eine Reihe von Services bequem an einem Ort, um Sie auf dem Weg in ein langes, glückliches und gesundes Leben zu unterstützen.

Im Hub haben Sie Zugriff auf:

- Tipps und Artikel zu Themen wie Schlaf, Fitness, Ernährung und seelisches Wohlbefinden
- Online-Gesundheitsbeurteilungen**
- Unseren BMI Rechner
- Unsere regelmäßigen Gesundheits- und Wellness-Webinare mit Fragen und Antworten, live durchgeführt von Experten



2. HealthSteps App**

Wussten Sie, dass Sie mit einem gesunden Lebensstil das Risiko von einigen Erkrankungen verringern können? Die Allianz HealthSteps App*** wurde entwickelt, um Sie zu einem gesünderen Lebensstil zu führen und um Ihnen zu helfen, Ihre Gesundheits- und Fitnessziele zu erreichen. Durch die Verbindung mit Smartphones, tragbaren Fitness-Uhren und anderen Apps überwacht HealthSteps die Anzahl der Schritte, den Kalorienverbrauch, den Schlaf und vieles mehr. Ihre Tarifliche Leistungszusage zeigt an, ob dieser Service für Sie verfügbar ist.

HealthSteps Funktionen:



Planen:

Wählen Sie ein Gesundheitsziel und nutzen Sie die vorhandenen Pläne, um Ihre Gesundheitsgewohnheiten zu ändern oder aufrecht zu erhalten:

- Gewicht verlieren
- Haltung verbessern
- Besser schlafen
- Gesunde Ernährung
- Mehr Bewegung und Energie
- Gesund bleiben
- Stress reduzieren
- Blutdruck verbessern



Herausforderungen:

Nehmen Sie an monatlichen Herausforderungen teil und lassen Sie sich von anderen HealthSteps-Nutzern ermutigen, indem Sie Ihre Leistung teilen und bei Gruppenherausforderungen gegeneinander antreten. Diese monatlichen Herausforderungen basieren auf Schritten, Kalorien und Strecken.



Fortschritt:

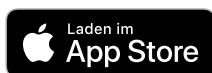
Stellen Sie eine Verbindung zu beliebten Gesundheits- und Aktivitäts-Trackern her und überwachen Sie Ihren Fortschritt anhand der von Ihnen selbst gesetzten Ziele.



Archiv:

Lesen Sie Artikel und erhalten Sie Tipps und Ratschläge, wie Sie ein gesundes Leben führen können.

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



Videoberatungsservices über den Telemedizin-Hub**

Wenn Ihr Versicherungsschutz einen Ambulanttarif umfasst, haben Sie direkt Zugang zu Online-Arztterminen (Videoberatungsservices), wenn in Ihrer Nähe ein Dienstleister erreichbar ist.

Über den Telemedizin-Hub können Sie Zeit sparen und per Video von zu Hause oder vom Büro aus mit einem Arzt sprechen. Unsere Telemedizin-Ärztzetzwerk ist ein sicherer und vertraulicher Service, über den Sie in nicht dringenden Fällen einen ärztlichen Rat, Behandlungsempfehlungen oder ein ärztliches Rezept erhalten können.

Um Zugang zu diesem Service zu erhalten, registrieren Sie sich über den Link für den Videoberatungsservice. Diesen finden Sie in Ihrer Tariflichen Leistungszusage. Es kann ein Termin vereinbart werden, um mit einem englischsprachigen Arzt zu sprechen, sofern verfügbar. Einige Drittanbieter bieten zusätzliche Sprachen an.

Der Teleberatungs-Service bietet ärztliche Rezepte je nach geografischem Standort, lokalen landesspezifischen Vorschriften und Versicherungsschutz. In Ländern, in denen der Teleberatungs-Service noch nicht verfügbar ist, können Sie unsere rund um die Uhr erreichbaren medizinischen Informationsdienst anrufen, der für Englisch, Deutsch, Französisch und Italienisch angeboten wird.



Mitarbeiter-Unterstützungs-Programm**

In herausfordernden Situationen im Privat- oder Arbeitsleben bietet unser Mitarbeiter-Unterstützungs-Programm Ihnen und Ihren Angehörigen sofortige und vertrauliche Unterstützung. Das Mitarbeiter-Unterstützungs-Programm wird, falls verfügbar, in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angezeigt.

Dieser Service bietet Zugang zu einem in verschiedenen Sprachen rund um die Uhr erreichbaren Service, der Folgendes einschließt:

- Ausgleich zwischen Arbeits- und Privatleben
- Kindererziehung und Familienleben
- Beziehungen
- Stress, Depressionen und Ängste
- Herausforderungen am Arbeitsplatz
- Kulturelle Veränderungen
- Kulturschock
- Isolation und Einsamkeit bewältigen
- Suchtprobleme

Unterstützungs-Services umfassen:



Professionelle, vertrauliche Beratung

Erhalten Sie rund um die Uhr Unterstützung von einem klinischen professionellen Berater per Online-Chat, persönlich, telefonisch, per Video oder per E-Mail.



Unterstützung bei kritischen Vorfällen

Erhalten Sie sofortige Unterstützung bei kritischen Ereignissen sowie einem Trauma oder einer Krise. Unser umfassender Ansatz beruhigt und reduziert Stress, der durch Trauma oder Gewalt verursacht wird.



Rechtliche und finanzielle Überweisung

Ob es um den Kauf eines Eigenheims, der Bewältigung eines Rechtsstreits oder der Erstellung eines umfassenden Finanzplans geht, wir überweisen Sie an einen externen Berater, der Sie bei der Beantwortung Ihrer Fragen und beim Erreichen Ihrer Ziele unterstützen kann.



Zugang zu unserer Wellness Website und unseren Apps

Lernen Sie unseren Online Support kennen und lesen Sie Artikel zu Gesundheit und Wohlbefinden.

Wir helfen Ihnen gerne weiter!



+1 905 886 3605

Dies ist keine kostenfreie Rufnummer. Besuchen Sie bitte die Wellness-Website um die vollständige Liste unserer „internationalen Nummern“ zu finden.

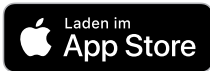
Ihre Anrufe werden von einem Englisch sprechenden Mitarbeiter angenommen. Sie können jedoch auch nach einem Mitarbeiter fragen, der eine andere Sprache spricht. Wenn kein Mitarbeiter verfügbar ist, der eine bestimmte Sprache spricht, organisieren wir gerne einen Übersetzungsservice.



<https://www.allianzcare.com/eap-login>



Laden Sie die Lifeworks App in Google Play oder dem Apple Store herunter (verfügbar auf Englisch, Französisch und Spanisch).



Melden Sie sich auf der Website oder in der App mit den folgenden Details an:

Benutzername: AllianzCare

Password: Expatriate

Reisesicherheitservices**

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

Der Service beinhaltet:



Notfall-Sicherheitsunterstützungs-Hotline

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



Länderanalysen und Sicherheitsberatung

Sicherheitsinformationen und Beratung für viele Länder




Tägliche Nachrichten und Updates zum Thema Sicherheit sowie Reisesicherheitswarnungen

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

Um die Reisesicherheitservices in Anspruch zu nehmen, wenden Sie sich bitte an:

 +44 207 741 2185

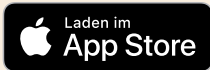
Dies ist eine kostenpflichtige Rufnummer.

 allianzcustomerenquiries@worldaware.com

 <https://my.worldaware.com/awc>

Registrieren Sie sich, indem Sie Ihre Versicherungsnummer angeben (diese ist im Versicherungsschein angegeben).

 Laden Sie die TravelKit App im App Store oder bei Google Play herunter.



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

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



Wie funktioniert mein Versicherungsschutz?

Für was bin ich versichert?

Sie und Ihre genannten Angehörige sind für medizinische Behandlungen, Kosten und Services, wie in der Tariflichen Leistungszusage aufgeführt, versichert. Diese unterliegen den folgenden Bedingungen:

- Den Definitionen und Ausschlüssen der Versicherung (diese sind auch in diesem Handbuch aufgelistet).
- **Für risikogepürfte Policen:** Allen besonderen Bestimmungen, die in Ihrem Versicherungsschein (und auf dem Sondervereinbarungsformular, das vor Versicherungsbeginn ausgestellt wurde) angegeben sind.
- **Angemessenen und üblichen Kosten:** Dies bezieht sich auf Behandlungskosten im Behandlungsland. Wir erstatten die Kosten für medizinische Leistungen nur, wenn sie angemessen sind und ihre Höhe den üblichen Gebühren für standardmäßige und allgemein anerkannte medizinische Verfahren entspricht. Wenn wir der Meinung sind, dass ein Erstattungsantrag unangemessen ist, behalten wir uns das Recht, den von uns gezahlten Betrag zu reduzieren oder abzulehnen.

Im Allgemeinen sind Vorerkrankungen (einschließlich chronischer Vorerkrankungen) mitversichert, außer in Ihren Versicherungsunterlagen anders angegeben. Sollten Sie sich unsicher sein, sehen Sie bitte in Ihrer Tariflichen Leistungszusage nach, ob Vorerkrankungen mitversichert sind. Sollten Sie sich unsicher sein, ob eine geplante medizinische Behandlung im Rahmen Ihres Tarifs versichert ist oder nicht, rufen Sie bitte unsere Helpline an.

Diese Versicherungspolice bietet keinen Versicherungsschutz oder Leistungen insofern der Versicherungsschutz oder die Leistungen geltende Sanktionsgesetze oder Regulierungen der Vereinten Nationen oder der Europäischen Union oder jegliche andere Wirtschafts- bzw. Handelsanktionsgesetze oder -regulierungen verletzen.

Wo kann ich Behandlungen erhalten?

Sie können sich in jedem Land Ihres geografischen Geltungsbereichs behandeln lassen. Dieser ist in Ihrem Versicherungsschein angegeben. Wenn die notwendige Behandlung vor Ort durchgeführt werden kann und Sie sich dennoch in einem anderen Land des versicherten geografischen Geltungsbereichs behandeln lassen möchten, werden alle Kosten der versicherten Leistungen zurückerstattet, abgesehen von den Reisekosten.

Wenn die Behandlung vor Ort nicht verfügbar ist und Ihr Versicherungsschutz die „medizinische Überführung“ umfasst, übernehmen wir auch die Reisekosten zur nächstgelegenen geeigneten medizinischen Einrichtung. Um unter diesen Umständen entstandene Krankheits- und Reisekosten geltend zu machen, müssen Sie ein Kostenzusageformular ausfüllen und vor Reiseantritt einreichen. Sie sind außerdem für erstattungsfähige Kosten für Behandlungen in Ihrem Heimatland versichert sind, vorausgesetzt Ihr Heimatland liegt im Geltungsbereich Ihrer Versicherung.

Welche Höchsterstattungsbeträge gelten?

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

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

- wenn der Begriff „Volle Erstattung“ neben der Leistung steht
- wenn ein bestimmter Erstattungsbetrag gilt – d.h. wenn die Leistung auf einen bestimmten Betrag begrenzt ist (z. B. CHF10.000).

Höchsterstattungsbeträge können „pro Versicherungsjahr“, „auf Lebenszeit“ oder „pro Ereignis“, wie z. B. „pro Reise“, „pro Sitzung“ oder auch „pro Schwangerschaft“, gelten. In manchen Fällen kann zusätzlich zu den Höchsterstattungsbeträgen für Versicherungsleistungen auch eine prozentuale Erstattungsleistung gelten, z. B. „80% Erstattung“.

2.3.1.1 Höchsterstattungsbeträge bei Schwangerschaft

Die Leistungen „Reguläre Schwangerschaft“ und „Komplikationen bei Schwangerschaft und Entbindung“ werden entweder „pro Schwangerschaft“ oder „pro Versicherungsjahr“ gezahlt. Ihre Tarifliche Leistungszusage bestätigt dies.

Wenn Ihre Mutterschaftsleistungen „pro Schwangerschaft“ gezahlt werden.

Wenn sich eine Schwangerschaft über zwei Versicherungsjahre erstreckt und sich der Höchsterstattungsbetrag bei der Vertragsverlängerung ändert, gilt folgendes:

- Im ersten Jahr gelten die Höchsterstattungsbeträge für alle erstattungsfähigen Ausgaben.
- Im zweiten Jahr gelten die aktualisierten Höchsterstattungsbeträge für alle erstattungsfähigen Ausgaben, die im zweiten Jahr anfallen, abzüglich des gesamten Leistungsbetrags, der bereits im ersten Jahr erstattet wurde.
- Wenn sich der Höchsterstattungsbetrag im zweiten Jahr verringert und wir bereits bis zu oder über diesen neuen Betrag für erstattungsfähige Ausgaben im ersten Jahr gezahlt haben, zahlen wir im zweiten Jahr keine zusätzliche Leistung.

Begrenzungen für Mehrlingsgeburten, Babys aus einer Leihmutterschaft, Adoptiv- oder Pflegekinder

In den folgenden Fällen gilt eine Höchsterstattungsgrenze für stationäre Behandlungen innerhalb der ersten drei Monate nach der Geburt:

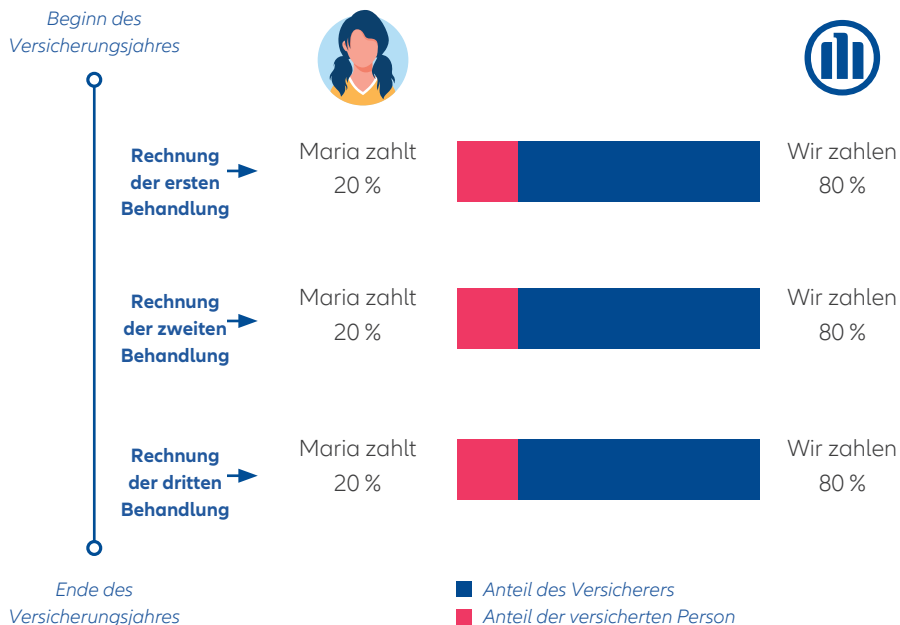
- im Falle einer Leihmutterschaft
- bei Adoption
- bei Pflegekindern
- im Falle einer Mehrlingsgeburt infolge einer medizinisch assistierten Fortpflanzung

Die Grenze liegt bei CHF39.000 pro Kind. Kosten für ambulante Behandlungen werden im Rahmen eines entsprechenden Ambulanttarifs erstattet.

Was sind Selbstbeteiligungen und Eigenanteile?

Für einige Tarife und Leistungen können Selbstbeteiligungen, Eigenanteile oder beides anfallen. Ihre Tarifliche Leistungszusage zeigt an, ob diese anfallen.

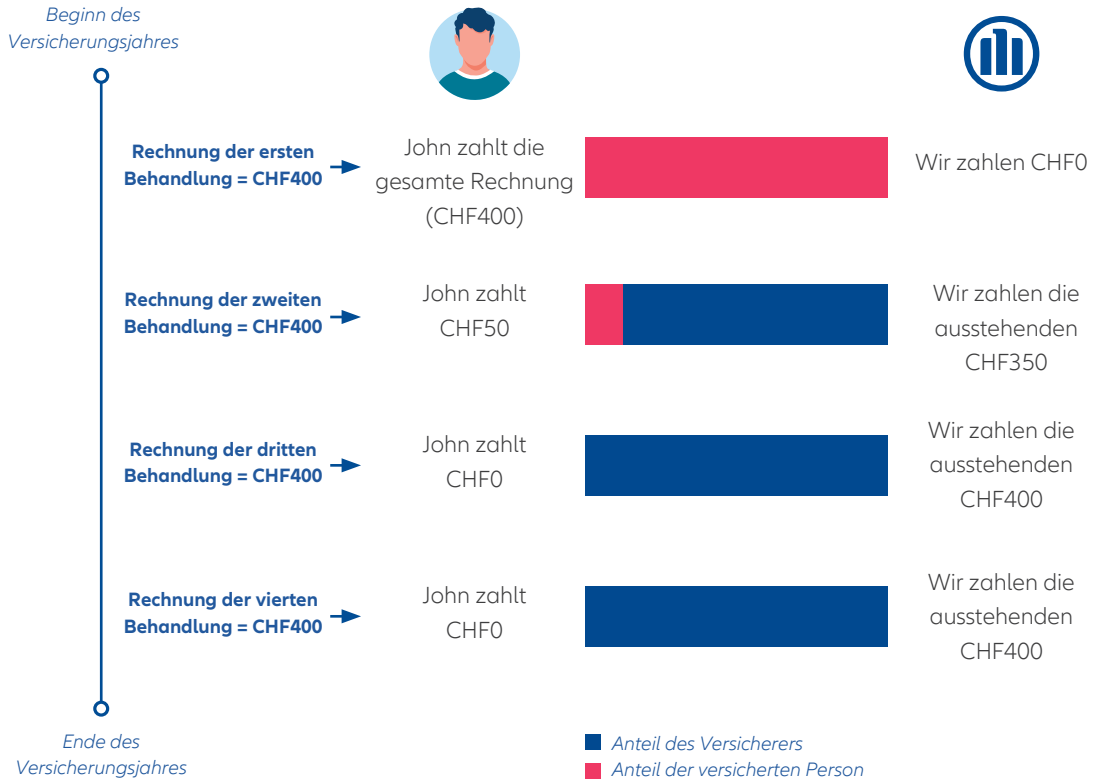
Ein Eigenanteil ist ein Prozentsatz der medizinischen Kosten, den Sie bezahlen müssen. Das folgende Beispiel erklärt dies genauer: Maria benötigt mehrere Zahnbehandlungen über das Jahr. Ihre Zahnleistungen haben einen Eigenanteil von 20%, was bedeutet, dass wir 80% der Kosten jeder anspruchsberechtigten Behandlung erstatten.



Der gesamte von uns zu erstattende Betrag kann außerdem einem Höchsterstattungsbetrag unterliegen.

Was ist eine Selbstbeteiligung?

Eine Selbstbeteiligung ist ein fester Betrag, den Sie pro Versicherungszeitraum zu Ihren Arztrechnungen hinzusteuern müssen, bevor wir einen Beitrag leisten können. Das folgende Beispiel erklärt dies genauer: John benötigt mehrere Behandlungen über das Jahr. Für seinen Tarif fällt eine Selbstbeteiligung an.



Behandlungen

Wir verstehen, dass die Suche nach einer Behandlung stressig sein kann. Folgen Sie den beschriebenen Schritten und wir kümmern uns um alle Einzelheiten, so dass Sie sich auf Ihre Genesung konzentrieren können.

Prüfen Sie Ihren Versicherungsschutz

Prüfen Sie zunächst, ob Ihr Tarif die von Ihnen gewünschte Behandlung vorsieht. Ihre Tarifliche Leistungszusage gibt an, welche Leistungen versichert sind. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an unsere Helpline.

Manche Behandlungen müssen im Voraus genehmigt werden

Ihre Tarifliche Leistungszusage zeigt an, welche Leistungen im Voraus genehmigt werden müssen (durch Einreichen eines Kostenzusageformulars). Dies sind meistens stationäre oder hochpreisige Behandlungen. Der Prozess der Vorabgenehmigung hilft uns, jeden Fall zu beurteilen, alle Einzelheiten mit dem Krankenhaus vor Ihrer Ankunft zu organisieren und die direkte Bezahlung der Kosten mit dem Krankenhaus zu vereinbaren, sofern möglich.

Sofern wir und Ihr Unternehmen nichts anderes vereinbaren, wenn Sie einen Erstattungsantrag einreichen, ohne dass Sie eine vorherige Kostenzusage einholen, gilt Folgendes:

- Wenn sich die erhaltene Behandlung als medizinisch unnötig erweist, **behalten wir uns das Recht vor, den Erstattungsantrag abzulehnen.**
- Bei später nachgewiesener medizinischer Notwendigkeit der Behandlungen werden lediglich 80% der stationären Kosten und 50% der anderen Kosten erstattet.

Behandlungen innerhalb der Schweiz: Zeigen Sie Ihre KVG-Versichertenkarte vor

Wenn Sie eine Vorabgenehmigung für eine stationäre Behandlung benötigen, Informationen zu Leistungsanträgen erhalten möchten oder Hilfe bei einer Behandlung innerhalb der Schweiz benötigen, wenden Sie sich bitte an Ihren lokalen Versicherer KPT.

Behandlungen außerhalb der Schweiz: Allianz Care ist Ihr Ansprechpartner

Ihre Allianz Care Versichertenkarte bietet Ihnen Zugang zu Behandlungen und einem umfassenden internationalen Netzwerk an medizinischen Dienstleistern außerhalb der Schweiz. Um sicherzustellen, dass Ihre Behandlungskosten übernommen werden, prüfen Sie bitte zuerst Ihre Tarifliche Leistungszusage. Sollten Sie sich immer noch nicht sicher sein, ob Sie für die von Ihnen gewünschte Behandlung versichert sind, rufen Sie uns bitte an.

Stationäre Behandlung außerhalb der Schweiz

Wenn Sie sich zu einer stationären Behandlung außerhalb der Schweiz entschieden haben, müssen Sie durch Einsendung eines Kostenzusageformulars eine Vorabgenehmigung einholen. Wir wenden uns dann an das Krankenhaus, um die Zahlung Ihrer Rechnung direkt abzuwickeln, sofern möglich.



Laden Sie das Formular zur vorherigen Kostenzusage unter folgendem Link von unserer Website herunter: https://www.allianz-partners.com/en_CH/business-areas/care/corporate-groups.html



Füllen Sie das Formular aus und senden sie es uns **mindestens fünf Werktage vor Behandlungsbeginn**. Sie können es per E-Mail, Fax oder Post an die Adresse auf dem Formular senden.



Wir wenden uns dann an das Krankenhaus, um die Zahlung Ihrer Rechnung direkt abzuwickeln, sofern möglich.

Bei einem Notfall:

Lassen Sie sich die erforderliche Notfallbehandlung zukommen und rufen Sie uns an, wenn Sie Rat oder Unterstützung benötigen.

Sie, Ihr Arzt, ein Familienangehöriger oder ein Kollege müssen/muss unsere Helpline innerhalb von 48 Stunden nach Eintritt des Notfalls über Ihre Krankenhausaufnahme informieren. Details für das Formular zur vorherigen Kostenzusage können telefonisch aufgenommen werden, wenn Sie uns anrufen.

Wir können alle Einzelheiten zu einer vorherigen Kostenzusage für Behandlungen, die innerhalb von 72 Stunden erfolgen sollen, auch telefonisch aufnehmen. Bitte beachten Sie, dass wir Ihren Erstattungsantrag ablehnen können, wenn keine vorherige Kostenzusage eingeholt wird.

Alle Einzelheiten zu unserem Prozess der vorherigen Kostenzusage finden Sie im Teil der Versicherungsbedingungen in diesem Handbuch.



Kosten für ambulante, zahnärztliche und andere Behandlungen

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



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



Lassen Sie sich von Ihrem medizinischen Dienstleister die die folgenden Daten enthält eine Rechnung ausstellen, die die folgenden Daten enthält: Ihren Namen, das Datum der Behandlung, die Diagnose/ die behandelte Erkrankung, das Datum der ersten Symptome, die Art der Behandlung und die berechnete Gebühr. Fordern Sie Ihre erstattungsfähigen Ausgaben per mobiler App oder im Online Portal zurück: (www.allianzcare.com/de/anmeldung.html)



Geben Sie einfach alle wichtigen Einzelheiten und Informationen an, fügen Sie Ihre Rechnungen hinzu und klicken Sie auf „Absenden“.



Schnelle Bearbeitung von Erstattungsanträgen

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

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

Überführungen und Rücktransporte

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

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

☎ +353 1 630 1302

@ medical.services@allianzworldwidecare.com



Behandlungen in den USA

Such nach Dienstleistern:

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

 <https://azc.globalexcel.com/>




Weitere Informationen oder einen Termin vereinbaren:

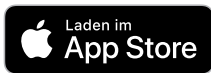
Wenn Sie eine Frage zu einem medizinischen Dienstleister haben oder einen Dienstleister ausgewählt haben und einen Termin vereinbaren möchten, wenden Sie sich bitte telefonisch an:

 (+1) 800 541 1983 (Gebührenfrei aus den USA)

Ein Rezept erhalten

Ihr Tarif dies umfasst möglicherweise eine Caremark-Apothekenkarte, mit der Sie bestimmte Medikamente und Apotheken-Produkte in den USA bargeldlos erhalten. Wenn Ihr Tarif dies umfasst, werden Sie die Karte separat erhalten. Diese Karte ist auch digital über die CVS Caremark App oder das Portal verfügbar. Laden Sie die CVS Caremark App aus dem App Store oder bei Google Play herunter oder greifen Sie einfach über Ihren Browser auf das Portal zu und erstellen Sie Ihr eigenes Konto. Das Portal finden Sie unter: www.caremark.com

 www.caremark.com



Zeigen Sie diese Karte in einer Caremark-Apotheke vor. Das Apothekenpersonal wird Ihnen sagen, ob Sie selbst etwas bezahlen müssen. Bitte stellen Sie sicher, dass das Rezept das Geburtsdatum der Person aufzeigt, auf die das Rezept ausgestellt ist.

Egal ob Sie eine Caremark-Karte haben oder nicht, Sie können außerdem eine Rabattkarte für Apotheken beantragen, die Sie immer dann verwenden können, wenn die Rezeptgebühr nicht von Ihrem Tarif umfasst wird. Um sich zu registrieren und die Rabattkarten für Apotheken zu erhalten, gehen Sie einfach auf die folgende Website und klicken Sie auf „Print Discount Card“:

 <https://azc.globalexcel.com/find-a-pharmacy/>

Zusätzliche Informationen zu Erstattungsanträgen

Medizinische Erstattungsanträge

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

- **Recht auf Erstattung:** Sie haben das unmittelbare Recht, eine Erstattung bei uns geltend zu machen, sobald ein erstattungsfähiger Versicherungsfall gemäß den Versicherungsbedingungen eingetreten ist (Art. 87 VVG).
- **Zeitraumen für Erstattungsanträge:** Reichen Sie bitte Ihre Erstattungsanträge spätestens zwei Jahre nach Ablauf des Versicherungsjahrs (durch unsere MyHealth App oder unser Online-Portal) ein. Wird die Versicherung innerhalb des Versicherungsjahrs gekündigt, so müssen Sie alle Erstattungsanträge spätestens zwei Jahre nach Ende des Versicherungsschutzes einreichen. Nach Ablauf dieses Zeitraums sind wir nicht zur Erstattung verpflichtet (Art. 46 VVG). Ein Erstattungsantrag wird gemäß Art. 41 VVG innerhalb von 4 Wochen nach Erhalt bearbeitet.
- **Einreichen von Erstattungsanträgen:** Sie müssen für jede Person, die Ansprüche geltend macht, und für jede Erkrankung einen separaten Erstattungsantrag einreichen.
- **Unterstützende Dokumente:** Bitte bewahren Sie die Originale auf, wenn Sie uns Kopien von Rechnungen (z. B. Arztrechnungen/Belege) zusenden. Wir sind berechtigt, bis zu 12 Monate nachdem Ihr Erstattungsantrag bezahlt wurde, originale Rechnungen zu Auditzwecken anzufordern. Möglicherweise verlangen wir von Ihnen auch einen Zahlungsnachweis (z. B. eine Bank- oder Kreditkartenabrechnung) für von Ihnen bezahlte Arztrechnungen. Zusätzlich empfehlen wir Ihnen, Kopien der gesamten Korrespondenz mit uns aufzubewahren. Wir übernehmen keine Haftung für Korrespondenz, die auf dem Postweg oder anderweitig außerhalb unseres Verantwortungsbereichs verloren geht.
- **Selbstbeteiligungen:** Wenn der von Ihnen geforderte Betrag geringer ist als die Selbstbeteiligung Ihres Tarifs, dann haben Sie folgende Möglichkeiten:
 - Sammeln Sie alle Rechnungen für ambulante Behandlungen, bis Sie einen Betrag erreicht haben, der diese Selbstbeteiligung übersteigt
 - Senden Sie uns nach jeder Behandlung Ihren Antrag auf Erstattung. Sobald Sie Betrag der Selbstbeteiligung erreicht haben, werden wir beginnen Ihnen Ihre Kosten zu erstatten.

Fügen Sie Ihrem Antrag alle Belege und Rechnungen bei.

- **Währung:** Geben Sie bitte die Währung an, in der Sie die Zahlung erhalten möchten. In seltenen Fällen kann es vorkommen, dass wir aufgrund internationaler Bankgesetze keine Zahlung in der gewünschten Währung vornehmen können. In diesem Fall suchen wir gerne eine geeignete Alternativwährung. Wenn wir von einer Währung in eine andere umrechnen müssen, verwenden wir den Wechselkurs, der am Ausstellungsdatum der Rechnungen gültig war oder denjenigen, der am Tag der Erstattung gültig ist.

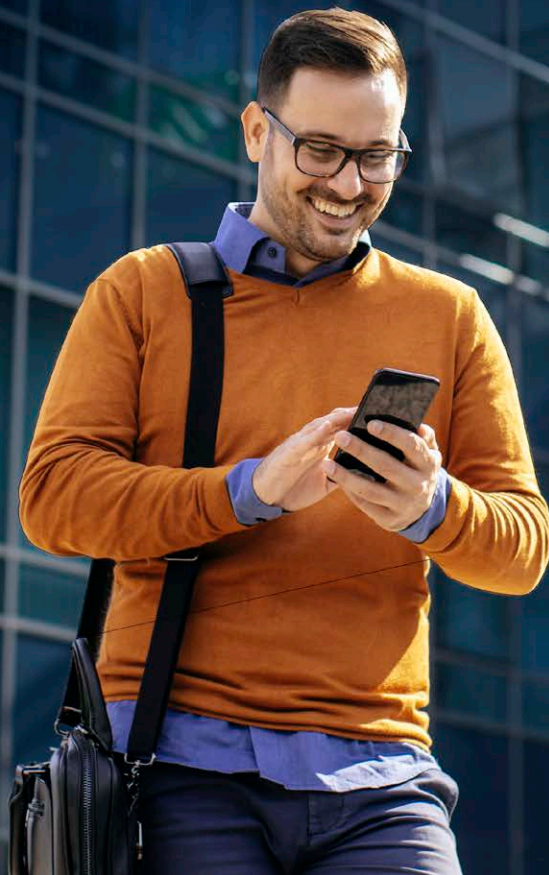
Bitte beachten Sie, dass wir uns das Recht vorbehalten, zu entscheiden, welchen Wechselkurs wir anwenden.

- **Rückerstattung:** Wir erstatten nur erstattungsfähige Kosten (im Rahmen der Höchsterstattungsbeträge Ihrer Police), nachdem wir eventuelle Bedingungen einer vorherigen Kostenzusage, Selbstbeteiligungen oder Eigenanteile, wie in der Tariflichen Leistungszusage angegeben, berücksichtigt haben.
- **Angemessene und übliche Kosten:** Wir erstatten die Kosten für medizinische Leistungen, wenn sie angemessen sind und ihre Höhe den üblichen Gebühren für standardmäßige und allgemein anerkannte medizinische Verfahren entspricht. Wenn wir der Meinung sind, dass ein Erstattungsantrag unangemessen ist, behalten wir uns das Recht vor, den von uns gezahlten Betrag zu reduzieren oder abzulehnen.
- **Anzahlung:** Müssen Sie vor einer medizinischen Behandlung eine Anzahlung leisten, so werden Ihre Kosten nach der Behandlung zurückerstattet.
- **Informationen bereitstellen:** Sie und Ihre Angehörigen erklären sich damit einverstanden, uns bei der Beschaffung aller Informationen zu unterstützen, die wir zur Bearbeitung eines Erstattungsantrags benötigen. Wir sind berechtigt, in direkten Kontakt mit medizinischen Dienstleistern oder behandelnden Ärzten zu treten und Einsicht in medizinische Unterlagen zu nehmen. Falls wir es für notwendig erachten, können wir auf unsere Kosten eine medizinische Untersuchung durch unsere Ärzte verlangen. Alle Informationen werden vertraulich behandelt. Wir behalten uns vor, die Leistungen zu verweigern, falls Sie oder Ihre Familienangehörigen uns nicht bei der Beschaffung dieser Informationen unterstützen.

Behandlung durch Verschulden eines Dritten

Wenn eine Behandlung durch Verschulden eines Dritten erforderlich geworden ist, müssen Sie uns dies so schnell wie möglich schriftlich mitteilen. Zum Beispiel, wenn Sie nach einem Verkehrsunfall behandelt werden müssen, bei dem Sie unschuldig sind. Bitte ergreifen Sie alle von uns angeforderten Maßnahmen, um die Versicherungsdaten der schuldigen Person zu erhalten. Wir können dann die Kosten der von uns bezahlten Behandlung vom anderen Versicherer des Schuldigen zurückfordern. Wenn Ihnen die Kosten für die von uns übernommene Behandlung erstattet werden, müssen Sie den entsprechenden Betrag (einschließlich Zinsen) an uns zurückzahlen.

Allgemeine Versicherungs- bedingungen Ihres Versicherungsschutzes



Allgemeine Geschäftsbedingungen

In diesem Teil werden die Standardleistungen und -regelungen Ihrer Gruppenversicherungspolice beschrieben. Bitte lesen Sie diesen Teil des Handbuches mit Ihrem Versicherungsschein und Ihrer Tariflichen Leistungszusage.

- Auf dem **Versicherungsschein** ist der Tarif und der geografische Geltungsbereich aufgeführt, den Ihr Unternehmen für Sie und Ihre Familienangehörigen (falls zutreffend) ausgewählt hat. Er zeigt außerdem Versicherungsbeginn- sowie das Verlängerungsdatum an. Für Policen, bei denen Ihre Krankengeschichte berücksichtigt wurde (risikogepürfte Policen), werden in diesem Dokument alle besonderen Bedingungen aufgeführt, die möglicherweise für Ihren Versicherungsschutz gelten. Wir werden Ihnen einen neuen Versicherungsschein senden, wenn Änderungen an Ihrer Police vorgenommen werden. Dies können entweder Änderungen sein, die Ihr Unternehmen beantragt und die wir vornehmen können, oder es können Änderungen sein, die Sie beantragen (z. B. das Hinzufügen eines Neugeborenen zum Vertrag). Voraussetzung ist, dass wir und Ihr Unternehmen diese Änderungen akzeptieren.
- In Ihrer **Tariflichen Leistungszusage** sind die Tarife aufgeführt, die von Ihrem Unternehmen ausgewählt wurden, und die Leistungen, die für Sie verfügbar sind. Sie zeigt außerdem Informationen zu den Leistungen und Behandlungen, für die Sie eine Kostenzusage einreichen müssen. Es werden die Leistungen bestätigt, für die bestimmte Höchsterstattungsbeträge, Wartezeiten, Selbstbehalte und / oder Zuzahlungen gelten. Ihre Tarifliche Leistungszusage wird in der mit Ihrem Unternehmen (oder mit Ihnen, falls Sie den Versicherungsbeitrag selbst bezahlen) vereinbarten Währung ausgestellt.

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

Verwaltung Ihrer Police

Stimmen Ihre Police oder jegliche Änderungen zu derselben mit den von uns und dem Unternehmen getroffenen Vereinbarungen nicht überein, so hat das Unternehmen binnen vier Wochen nach Erhalt der Dokumente die Berichtigung zu verlangen. Versäumt der Versicherungsnehmer die Berichtigung, so gilt der Inhalt als vom Unternehmen angenommen (Art. 12 VVG).

Änderung des hauptversicherten Mitarbeiters:

Wenn eine Änderung des hauptversicherten Mitarbeiters beantragt wird, muss der neue hauptversicherte Mitarbeiter ein entsprechendes Antragsformular ausfüllen (nur bei risikogeprüften Gruppen).

Doppelversicherung und Subsidiarität

- a. Wir leisten unsere Versicherungsverpflichtungen nachrangig zur Sozialversicherung, anderen privaten Versicherern oder anderen haftungspflichtigen Parteien. Wenn andere Privatversicherer nachrangig zu anderen Parteien ihre Leistungen rückerstatten, werden die Leistungen auf der Grundlage des Versicherungsbetrags im Verhältnis zum Betrag der Versicherungshöchstgrenze, bei allen haftenden Versicherern, geleistet (Art. 71, VVG). Wenn ein Sozialversicherer haftungspflichtig ist und wir in Vorleistung getreten sind, behalten wir uns das Recht vor, die Vorleistung von Ihnen oder dem Sozialversicherer zurückzutreten.
- b. Soweit haftungspflichtige Dritte eine Leistungspflicht für die Folgen einer Krankheit oder eines Unfall haben, garantieren wir nur in Vorleistung zu treten, wenn die versicherte Person ihre Forderungen, für die von uns erbrachten Leistungen, gegen den haftende Dritte an uns abtritt. Kommt die versicherte Person ohne unsere Zustimmung zu einer Vereinbarung mit der haftungspflichtigen Partei, in der sie teilweise oder ganz auf ihre Ansprüche auf Versicherungsleistung oder Schadensersatz verzichtet, wird der Anspruch auf Leistung von uns ungültig.

Beginn des Versicherungsschutzes für Sie und Ihre Familienangehörigen

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

Der Versicherungsschutz für Familienangehörige (falls relevant) beginnt zum Versicherungsbeginn, der auf dem neuesten Versicherungsschein aufgeführt ist, auf dem sie als Familienangehörige genannt sind. Die Mitversicherung kann bis zu Ihrem Ausscheiden aus der Unternehmensvereinbarung bestehen bleiben und so lange, wie Kinder innerhalb der definierten Altersbegrenzung für mitversicherte Angehörige bleiben. Familienangehörige Kinder können bis zum Tag vor ihrem 18. Geburtstag oder bis zum Tag vor ihrem 24. Geburtstag, wenn sie sich in einer Vollzeitausbildung befinden, in Ihrem Versicherungsvertrag mitversichert werden. Danach können sie einen eigenen Versicherungsschutz in einem unserer Krankenversicherungstarife für Einzelpersonen und Familien beantragen.

Mitversichern von Familienangehörigen

Sie können beantragen, dass ein Familienmitglied mitversichert wird, wenn Sie gemäß der Unternehmensvereinbarung dazu berechtigt sind. Der Prozess ist für risikogeprüfte Gruppen und nicht-risikogeprüfte Gruppen unterschiedlich. Wenn Sie einer risikogeprüfte Gruppe angehören (bei der Gesundheitsinformationen bewertet wurden), haben Sie bei Antragsstellung Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand gemacht.

Risikogeprüfte Gruppen

Wie kann ich ein Neugeborenes zu meiner Police hinzufügen?

Bitte senden Sie uns innerhalb von vier Wochen nach der Geburt Ihres Kindes eine E-Mail mit der Geburtsurkunde an underwriting@allianzworldwidedcare.com. Mit Ausnahme von Mehrlingsgeburten, akzeptieren wir Neugeborene ohne eine medizinische Risikoprüfung, wenn der leibliche oder der vorgesehene Elternteil (im Falle einer Leihmutterschaft) seit mindestens sechs Monaten ohne Unterbrechung bei uns versichert ist. Der Versicherungsschutz gilt ab der Geburt.

Was passiert, wenn ich mich nicht innerhalb von vier Wochen melde?

Das Neugeborene wird dann medizinisch risikogeprüft und falls akzeptiert, beginnt der Versicherungsschutz vier Wochen vor dem Datum, an dem wir die Benachrichtigung erhalten.

Was wenn ich Babys aus einer Mehrlingsgeburt mitversichern möchte?

Mehrlingsgeburten unterliegen einer medizinischen Risikoprüfung und werden, soweit der Antrag auf Versicherungsschutz angenommen wird, ab dem Datum der Annahme mitversichert.

In den folgenden Fällen gilt eine Höchsterstattungsgrenze für stationäre Behandlungen innerhalb der ersten drei Monate nach der Geburt:

- im Falle einer Leihmutterschaft
- bei Adoption
- bei Pflegekindern
- im Falle einer Mehrlingsgeburt infolge einer medizinisch assistierten Fortpflanzung

Die Grenze liegt bei CHF39.000 pro Kind. Kosten für ambulante Behandlungen werden im Rahmen eines entsprechenden Ambulanttarifs erstattet.

Nicht-risikogeprüfte Gruppen

Wie kann ich ein Neugeborenes in meiner Police mitversichern?

Für Neugeborene (einschließlich Mehrlingsgeburten, Babys aus einer Leihmutterschaft, Adoptiv- und Pflegekinder) beginnt der Versicherungsschutz mit dem Tag der Geburt. Voraussetzung ist jedoch, dass wir innerhalb von vier Wochen nach der Geburt benachrichtigt werden. Wenn Sie ein Neugeborenes in Ihren Versicherungsschutz aufnehmen möchten, müssen Sie Ihr Unternehmen bitten, einen schriftlichen Antrag mit einer Kopie der Geburtsurkunde zu stellen. Nach der Annahme stellen wir einen neuen Versicherungsschein aus, um darin die Änderung zu berücksichtigen. Dieser neue Versicherungsschein ersetzt Ihre älteren Versionen ab dem angegebenen Anfangsdatum.

Was passiert, wenn ich mich nicht innerhalb von vier Wochen bei meinem Unternehmen melde?

Werden wir vier Wochen nach dem Geburtsdatum oder später benachrichtigt, so werden Neugeborene vom Datum der Benachrichtigung an in den Versicherungsschutz aufgenommen.

Änderung des Aufenthaltslandes

Es ist wichtig, dass Sie uns über einen Wechsel Ihres Aufenthaltslandes informieren. Dieser kann Einfluss auf Ihren Versicherungsschutz oder Beitrag haben, selbst wenn Sie in ein Land ziehen, das innerhalb des Geltungsbereichs Ihrer Versicherung liegt. Versicherungsschutz in manchen Ländern unterliegt lokalen Gesetzgebungen für Krankenversicherungen, insbesondere für Personen, die dort Ihren Wohnsitz haben. Sie müssen auf eigene Verantwortung sicherstellen, dass Ihre Krankenversicherung den gesetzlichen Anforderungen entspricht. Wenn Sie sich nicht sicher sind, sollten Sie sich unabhängigen rechtlichen Rat einholen, da es uns eventuell nicht mehr möglich sein wird, Ihnen Versicherungsschutz zu bieten. Der von uns angebotene Versicherungsschutz ist kein Ersatz für eine nationale Pflichtkrankenversicherung, z. B. für Versicherte mit Wohnsitz in der Schweiz. Unser Versicherungsschutz ist kein rechtlich angemessener Ersatz für die schweizerische Pflichtkrankenversicherung (KVG).

Wen benachrichtige ich, wenn ich in ein anderes Land umziehe?

Wenn Sie Versicherter einer risikogeprüften Gruppe sind (das heißt, dass Ihre Gesundheitsinformationen und ihre Krankenakte bewertet wurde), wenden Sie sich einfach an unsere Helpline. Wenn Sie Versicherter einer nicht-risikogeprüften Gruppe sind, wenden Sie sich bitte an Ihr Unternehmen.

Änderungen Ihrer Adresse oder E-Mail-Adresse

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

Korrespondenz

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

wir es gerne. Wenn Sie uns per Post kontaktieren möchten, schreiben Sie bitte an folgende Adresse: AWP P&C S.A., Schweizer Niederlassung in Wallisellen, Hertistrasse 1, 8304 Wallisellen.

Verlängerung des Versicherungsschutzes

Wenn Ihr Unternehmen Ihre Beiträge zahlt, wird Ihr Unternehmen über die Verlängerung Ihrer Versicherung (und die Ihrer Familienangehörigen, sofern zutreffend) entscheiden.

Wenn Sie selbst Ihre Beiträge zahlen und Ihr Unternehmen Ihren Versicherungsschutz (und den Ihrer Familienangehörigen, sofern zutreffend) verlängert, verlängert sich Ihre Police automatisch für das nächste Versicherungsjahr, wenn:

- wir den Versicherungsschutz in Ihrem Land weiterhin anbieten können.
- alle fälligen Beiträge gezahlt wurden.
- die Zahlungsangaben zum Datum der Vertragsverlängerung weiterhin gültig sind. Bitte informieren Sie uns, falls Sie eine neue Kreditkarte erhalten oder falls sich Ihre Bankdaten ändern.

Ende Ihres Versicherungsschutzes

Ihr Unternehmen und wir können Ihre Versicherung oder die eines Familienmitglieds durch eine schriftliche Mitteilung an die andere Partei mit Wirkung zum nächsten Verlängerungsdatum unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten beenden.

Wir verzichten auf das uns gesetzlich zustehende Recht, im Schadenfall Ihren Versicherungsschutz nach Art. 42 VVG zu kündigen. Das Recht des Unternehmens, Ihren Versicherungsschutz zu kündigen, bleibt hiervon unberührt.

Ihr Unternehmen wird Sie sofort informieren, wenn Ihr Versicherungsschutz aus irgendeinem Grund nicht verlängert oder gekündigt wird, damit Sie darüber Bescheid wissen, dass keine Leistungen mehr erbracht werden. Ihr Unternehmen und wir werden uns über die Möglichkeiten der Weiterführung des Versicherungsschutzes beraten.

Wir können Ihren Versicherungsschutz mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalenderjahres kündigen. Die Kündigung ist gültig, wenn sie vor Ablauf der Kündigungsfrist, spätestens jedoch drei Monate vor dem Verlängerungsdatum, per Einschreiben eingegangen ist. Alle Änderungs- und Kündigungsanträge in Bezug auf Ihre Police müssen über den Gruppenversicherungsverantwortlichen eingereicht werden.

In den folgenden Fällen endet der Versicherungsschutz automatisch:

- am Ende des Versicherungsjahrs, wenn der Vertrag zwischen dem Unternehmen und uns gekündigt wird.
- wenn Ihr Unternehmen die Versicherung kündigt oder nicht verlängert.

- wenn Ihr Unternehmen die Beiträge nicht bezahlt oder andere nach der Unternehmensvereinbarung mit uns fällige Zahlungen nicht leistet.
- wenn Sie nicht mehr für das Unternehmen arbeiten.
- bei Ableben des versicherten Mitarbeiters.

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

- ob Sie (oder die anderen Personen) als Versicherter aufgenommen werden.
- welche Versicherungsbeiträge Ihr Unternehmen oder Sie zu zahlen hat/haben
- ob wir einen Erstattungsantrag bezahlen.

Bitte informieren Sie uns, falls Sie nicht oder nicht mehr über die verpflichtende Schweizer Kranken- und Unfallversicherung (KVG und UVG) versichert sind. Wir behalten uns in diesem Fall das Recht vor, Ihre Versicherung zu kündigen. Wir haften nur für die Kosten, die nicht durch die verpflichtende Schweizer Kranken- und Unfallversicherung versichert sind. Wenn Sie keinen solchen Versicherungsschutz abgeschlossen haben, nicht mehr darüber versichert oder nicht anspruchsberechtigt sind, haften wir nicht für die Kosten, die von der verpflichtenden Schweizer Kranken- und Unfallversicherung übernommen worden wären.

Ablauf der Versicherung

Bei Ablauf Ihres Versicherungsvertrags erlischt Ihr Recht auf Erstattung von Kosten versicherter Leistungen. Bis zu zwei Jahre nach Ablauf Ihrer Versicherung erstatten wir alle erstattungsfähigen Kosten, die während des Versicherungszeitraums angefallen sind. Wir werden jedoch keine Kosten erstatten (z. B. für laufende Behandlungen), die nach Ablauf der Versicherung angefallen sind.

Antrag auf Versicherungsschutz bei Ausscheiden aus dem Gruppenvertrag

Endet Ihr Versicherungsschutz nach Ausscheiden aus der Unternehmensvereinbarung, können Sie Versicherungsschutz im Rahmen unserer Suisse internationalen Krankenversicherungstarife für Einzelpersonen beantragen, indem Sie uns einfach eine E-Mail an die unten angegebene E-Mail-Adresse senden. Die Einzelversicherungen unterliegt keiner Risikoprüfung, wenn der Versicherungsschutz gleichwertig ist (d. h. Wenn Sie den Suisse Premier Tarif haben, können Sie „Suisse Premier Individual“ auswählen, oder wenn Sie den Suisse Club Tarif haben, können Sie den „Suisse Club Individual“ auswählen). Sie müssen den Antrag innerhalb eines Monats nach Ende des Versicherungsschutzes der Gruppenversicherung stellen. Wenn wir Ihren Antrag annehmen, beginnt der Versicherungsschutz am ersten Tag nachdem Sie die Gruppenversicherung verlassen.

Beitragszahlungen

In den meisten Fällen ist Ihr Unternehmen für die Zahlung der Versicherungsbeiträge für die gemäß der Unternehmensvereinbarung mitversicherten Personen verantwortlich, und zwar einschließlich etwaiger anderer im Zusammenhang mit Ihrer Versicherung oder der Versicherung Ihrer Familienangehörigen fälliger Beiträge.

Die Versicherungsbeiträge basieren auf mehreren Faktoren, zu denen der Geltungsbereich der Versicherung, Ihr Wohnsitzland und die geltenden Beitragssätze sowie andere Risikofaktoren gehören, die die Versicherung wesentlich beeinflussen können, sofern in der Unternehmensvereinbarung nichts anderes vereinbart wird.

Durch die Annahme des Versicherungsschutzes erklärt sich das Unternehmen einverstanden, den im Angebot angegebenen Beitrag durch die angegebene Zahlungsmethode zu entrichten. Die Zahlungen können je nach gewählter Zahlungsmethode monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich erfolgen. Wir sind nicht verantwortlich für Zahlungen, die über Dritte erfolgen.

Das Unternehmen zahlt möglicherweise auch andere Steuern und Abgaben, die mit Ihrem Versicherungsschutz verbunden sind (z. B. Versicherungssteuer). Unter bestimmten Umständen können auch Sie zur Zahlung der Steuer für die von Ihrem Unternehmen bezahlten Beiträge herangezogen werden. Detaillierte Informationen hierzu erteilt Ihnen Ihr Unternehmen.

Es gelten die folgenden Zahlungstermine, außer anderweitig in der Unternehmensvereinbarung angegeben:

Zahlungsfrequenz:	Fälligkeitsdatum:
Monatlich	Erster jedes Monats
Vierteljährlich	Erster jedes Quartals
Halbjährlich	1. Juli und 1. Januar
Jährlich	1. Januar

Wenn der Versicherungsschutz im laufenden Jahr startet, ist die erste Zahlung, der erste Beitrag oder Jahresbeitrag, je nach gewählter Zahlungsfrequenz, am ersten Tag des Versicherungsschutzes fällig, außer anderweitig in der Unternehmensvereinbarung angegeben.

Wird der Erst- oder Folgebeitrag nicht fristgerecht vollständig bezahlt, können wir Ihren Vertrag 14 Tage nach einer schriftlichen Ankündigung aussetzen (Art. 20–21 VVG). Wenn wir keine rechtlichen Schritte einleiten, um den Beitrag zurückzufordern, wird die Police zwei Monate nach Ablauf der 14-tägigen Kündigungsfrist automatisch gekündigt (Art. 20–21 VVG) und es wird kein weiteres Kündigungsschreiben ausgestellt.

Wir informieren Sie, wenn Ihr Versicherungsschutz ausgesetzt oder der Versicherungsvertrag aufgrund von Nichtzahlung gekündigt wird.

Wenn Sie Ihre Rechnung erhalten, überprüfen Sie bitte, ob der Versicherungsbeitrag mit dem Betrag auf dem Angebot, das Sie erhalten haben, übereinstimmt und kontaktieren Sie uns sofort, wenn dies nicht der Fall ist. Wir sind nicht verantwortlich für Zahlungen, die über Dritte erfolgen. Folgebeiträge sind jeweils am ersten Tag des gewählten Zahlungszeitraums fällig.

Einmal jährlich zum Verlängerungsdatum können wir die Methoden der Berechnung des Beitrags oder der anfallenden Steuern, die zu zahlenden Beträge und/oder die Zahlungsweise ändern. In diesem Fall informieren wir das Unternehmen über diese Änderungen, welche dann ab dem Verlängerungsdatum gelten. Sie können Ihre Zahlungsmethode am Verlängerungsdatum ändern. Beantragen Sie derartige Änderungen bitte schriftlich, mindestens 30 Tage vor dem Verlängerungsdatum bei uns.

Forderungen uns gegenüber können nicht mit der Prämie verrechnet werden.

Weitere Bestimmungen für Ihren Versicherungsschutz

Geltendes Recht: Ihre Police unterliegt den Gesetzen und Gerichten der Schweiz, insbesondere dem Versicherungsvertragsgesetz, VVG, sofern gesetzlich nicht anders vorgeschrieben. Sämtliche Streitfälle, die nicht auf andere Weise beigelegt werden können, sind vor das zuständige Gericht am schweizerischen Wohnsitz des Versicherten (oder der anspruchsberechtigten Person, die eine Erstattungsantrag einreicht), oder am Firmensitz des Versicherers zu bringen.

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

Rechtliche Schritte: Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in fünf Jahren von dem Zeitpunkt an, in dem die die Leistungspflicht begründende Tatsache eingetreten ist. Für Verträge, die bis einschliesslich 31.12.2021 abgeschlossen wurden, gilt die fünfjährige Verjährungsfrist nur für Ansprüche gegen den Versicherer.

Wer ist versichert: Nur Gruppenversicherte (und ihre Angehörigen), die in der Unternehmensvereinbarung genannt sind, haben Anspruch auf Versicherungsleistungen.

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

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

Wenn Versicherungsschutz durch jemand anderen bereitgestellt wird: Wir können einen Erstattungsantrag ablehnen, wenn Sie oder einer Ihrer Angehörigen Anspruch auf Leistungen von den folgenden haben:

- Einem öffentliches System
- Einer anderen Krankenversicherung
- Einem Dritten

Sollte dies der Fall sein, müssen Sie uns darüber informieren und uns alle notwendigen Informationen mitteilen. Sie und Dritte dürfen ohne unser vorheriges schriftliches Einverständnis weder eine Schlussabrechnung vereinbaren noch auf unser Recht auf Rückforderung von Auslagen verzichten. Anderenfalls steht uns das Recht zu, die an Sie ausbezahlten Beträge zurückzufordern und den Versicherungsvertrag zu kündigen.

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

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

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

Kündigung und Betrug:

- Für risikoprüfte Gruppen gilt: Die Angaben, die Sie und Ihre Angehörigen machen, z. B. auf dem Antragsformular oder weiteren Dokumenten, müssen genau und vollständig sein. Wenn diese nicht korrekt sind oder Sie uns Informationen verschweigen, die unsere Risikoprüfungsentscheidung beeinflussen könnten, wird Ihre Police möglicherweise ab Versicherungsbeginn ungültig. Sie müssen uns außerdem über alle Erkrankungen oder medizinischen Beschwerden informieren, die zwischen dem Ausfüllen des Antragsformulars und dem Beginn der Police auftreten. Erkrankungen, die Sie uns nicht mitteilen, werden höchstwahrscheinlich nicht mitversichert. Wenn Sie nicht sicher sind, ob bestimmte Informationen für die Risikoprüfung relevant sind, rufen Sie uns bitte an und besprechen Sie dies mit uns.

b) Wir werden keine Erstattungen leisten, wenn:

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

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

Wir können Ihren Versicherungsvertrag kündigen und werden Sie innerhalb von vier Wochen, nachdem wir festgestellt haben, dass die Angaben falsch oder unvollständig (Falschangaben oder Nichtoffenlegung) sind, schriftlich über die Kündigung informieren und Ihnen den Versicherungsbeitrag erstatten (Art. 6 VVG). Im Falle von betrügerischen Leistungsanträgen wird Ihr Versicherungsschutz schriftlich von uns vom Tag unserer Entdeckung des betrügerischen Ereignisses annulliert und der Betrag von eventuell zu Unrecht erstatteten Leistungen kann gemäß Artikel 40 VVG von uns zurückgefordert werden.

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

Nutzung von Medi24: Der medizinische Informationsdienst Medi24 und die bereitgestellten Informationen zum Thema Gesundheit können sehr hilfreich sein, sind aber kein Ersatz für professionelle medizinische Beratung oder ärztliche Behandlung. Er ist nicht zur medizinischen Diagnose oder Behandlung vorgesehen und die erteilten Informationen dienen nicht diesem Zweck. Holen Sie vor Beginn einer neuen Behandlung oder bei Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand immer ärztlichen Rat ein. Wir sind nicht für etwaige Forderungen, Verluste oder Schäden, die direkt oder indirekt auf die Inanspruchnahme von Medi24 oder die bereitgestellten Informationen zurückzuführen sind, verantwortlich und übernehmen keinerlei Haftung. Medi24-Anrufe werden aufgezeichnet und können zu Schulungs-, Qualitätssicherungs- und Regulierungszwecken überprüft werden.

Datenschutz

- a. Für Transaktionen innerhalb des Versicherungsbereichs ist die Verarbeitung persönlicher Informationen notwendig. Wir verarbeiten persönliche Daten gemäß dem Schweizer Datenschutzgesetz. Falls notwendig, bitten wir um die erforderliche Genehmigung der versicherten Person zur Verarbeitung persönlicher Daten. Die von uns verarbeiteten Daten umfassen persönliche Informationen zum Erstellen von Angeboten, zur Prüfung des Versicherungsrisikos von Verträgen, für den Einzug von Versicherungsbeiträgen, zur Erstattung von Leistungsansprüchen und für andere Zwecke, die direkt in Verbindung mit der Verwaltung von Versicherungspolice gemäß dem Versicherungsvertrag stehen. Zunächst beziehen wir persönliche Informationen zu Versicherten bei Antragsstellung. Wir bearbeiten persönliche Informationen ebenfalls in Verbindung mit Produktverbesserungen und für unsere eigenen Marketing-Zwecke.

- b. Um einen erschwinglichen und umfassenden Versicherungsschutz anzubieten, werden unsere Services möglicherweise durch juristisch unabhängige Unternehmen im In- und Ausland bereitgestellt. Diese können Unternehmen der Allianz Gruppe oder Partner sein. Zur Erfüllung vertraglicher Pflichten sind wir dazu verpflichtet, Informationen sowohl innerhalb als auch außerhalb der Gruppe auszutauschen. Wir speichern Daten elektronisch oder physisch in Übereinstimmung mit den entsprechenden gültigen gesetzlichen Bestimmungen. Versicherte Personen, deren Informationen wir verarbeiten, haben auf Grundlage des Datenschutzgesetzes das Recht darauf, zu erfahren, welche persönlichen Informationen wir verarbeiten und können die Korrektur dieser Informationen beantragen.

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


📧 AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

Beschwerdeverfahren

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

 +353 1 630 1301

 client.services@allianzworldwidecare.com

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

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

 www.allianzcare.com/de/beschwerdeverfahren.html

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

Wenn wir das Problem nicht Ihrem Wunsch entsprechend lösen konnten und Sie sich beschweren möchten, können Sie sich schriftlich an die Stiftung Ombudsman der Privatversicherung und an SUVA / Ombudsman de l'assurance privée et de la SUVA wenden.

 Adresse: Postfach 2646, 8022 Zürich

Bitte beachten Sie, dass dies Ihre Rechte nach dem Schweizer Recht oder Ihr Recht, die Angelegenheit vor ein Schweizer Gericht zu bringen, nicht berührt.

Definitionen

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

A

Akut bezeichnet den plötzlichen Beginn von Symptomen oder einer Erkrankung.

Allergietests bezieht sich auf einen Besuch bei einem zugelassenen Arzt, um zu testen und zu untersuchen, ob Ihre Symptome mit einer Allergie zusammenhängen. Der Versicherungsschutz ist als spezielle Leistung auf den in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegebenen Betrag begrenzt.

Allgemeinmedizinerkosten sind Kosten für einen praktischen Arzt umfassen alle außer chirurgische Behandlungen, die von einem praktischen Arzt durchgeführt oder überwacht werden.

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

Ambulante Notfallbehandlung ist die medizinisch notwendige Behandlung in einer ambulanten Einrichtung oder Notaufnahme eines Krankenhauses, innerhalb von 24 Stunden nach einem Unfall oder einer plötzlich auftretenden Krankheit, ohne dass aus medizinischer Sicht ein Krankenhausaufenthalt über Nacht notwendig ist. Wenn Sie einen Ambulanttarif gewählt haben, besteht Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen, die über den Höchstleistungsbetrag der Leistung „Ambulante Notfallbehandlung“ hinausgehen im Rahmen des Ambulanttarifs. In diesem Fall gelten die Bestimmungen des Ambulanttarifs.

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

Ambulante zahnärztliche Notfallbehandlung ist eine Behandlung, die in einer Zahnarztpraxis oder in der Notaufnahme eines Krankenhauses erfolgt und auf die unmittelbare Beseitigung von Zahnschmerzen an einem intakten natürlichen Zahn abzielt. Die Behandlung kann Pulpotomie oder Pulpektomie und den damit einhergehenden provisorischen Füllungen umfassen, begrenzt auf drei Füllungen pro Versicherungsjahr. Die Behandlung muss innerhalb von 24 Stunden nach Eintritt des Notfalls erfolgen. Sie umfasst weder Zahnprothesen noch dauerhaften Zahnersatz oder Wurzelbehandlungen. Wenn Sie einen Zahntarif gewählt haben, besteht Versicherungsschutz für zahnärztliche Behandlungen, die über den Höchstleistungsbetrag für zahnärztliche Notfallbehandlungen (im Haupttarif) hinausgehen. In diesem Fall gelten die Bestimmungen des Zahntarifs.

Angehörige(r) bezieht sich auf Ehepartner(in)/Partner(in) und unverheiratete Kinder, die als Angehörige in Ihrem Versicherungsschein angegeben sind. Kinder können bis zum Tag vor ihrem 18. Geburtstag oder bis zum Tag vor ihrem 24. Geburtstag, wenn sie sich in einer Vollzeitausbildung befinden, im Rahmen Ihres Versicherungsvertrags mitversichert sein.

Angemessen und üblich bezieht sich auf Behandlungskosten im Behandlungsland. Wir erstatten die Kosten für medizinische Leistungen nur, wenn sie angemessen sind und ihre Höhe den üblichen Gebühren für standardmäßige und allgemein anerkannte medizinische Verfahren entspricht.

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

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

B

Behandlung ist jedes medizinische Verfahren zur Heilung oder Linderung von Krankheiten oder Verletzungen.

Behandlungen bei Unfruchtbarkeit umfasst alle invasiven Untersuchungsverfahren zur Feststellung der Ursache der Unfruchtbarkeit, wie z. B. Hysterosalpingografie, Laparoskopie oder Hysteroskopie. Darin enthalten sind auch Behandlungen wie die InVitro-Fertilisation (IVF) bei diagnostizierten Fällen von Unfruchtbarkeit. Wir erstatten die Kosten für Behandlungen bei Unfruchtbarkeit für die versicherte Personen (die die Behandlung erhält) bis zum Höchstleistungsbetrag, wie in der Tariflichen Leistungszusage genannt. Für Kosten, die den Höchstleistungsbetrag überschreiten, können Sie keinen Anspruch auf Erstattung über einen versicherten Ehepartner/Partner geltend machen. Alle nicht-invasiven Untersuchungsverfahren, die durchgeführt werden, um die Ursache der Unfruchtbarkeit festzustellen, sind im Rahmen der entsprechenden Höchstleistungsbeträge des Ambulanttarifs versichert (sofern für Sie zutreffend). Beispiele für Leistungen, die nicht-invasive Untersuchungsverfahren versichern sind „Diagnoseuntersuchungen“, „Allgemeinmedizinerkosten“ und „Facharztkosten“.

Die stationäre Behandlung für Mehrlingsgeburten infolge medizinisch assistierter Fortpflanzung, alle Babys aus einer Leihmutterchaft sowie Adoptiv- und Pflegekinder, ist bis zu einem Höchstbetrag von CHF 39.000 pro Kind für die ersten drei Monate nach der Geburt versichert. Kosten für ambulante Behandlungen werden im Rahmen eines entsprechenden Ambulanttarifs erstattet.

Behandlung von Essstörungen bezieht sich auf eine Kombination von Psychotherapie, einschließlich kognitiver verhaltenstherapeutischer Therapien, medizinischer Überwachung, verschriebener Arzneimittel und Ernährungsberatung zur Behandlung von Anorexie (Magersucht), Bulimie und Essattacken (Binge Eating-Störung).

Jegliche stationäre oder teilstationäre Aufnahme muss die verschriebenen Arzneimittel für diese Erkrankung beinhalten.

Eine ambulante Therapie (falls versichert) muss von einem Arzt verschrieben werden und ist zunächst auf zehn Sitzungen pro erstellter Diagnose begrenzt. Nach jeweils 10 Sitzungen muss ein Psychiater den Erfolg der Behandlung überprüfen. Sollten Sie weitere Sitzungen brauchen, muss uns ein neuer Behandlungsbericht vorgelegt werden, in dem die Diagnose und die medizinische Notwendigkeit einer Weiterbehandlung dargelegt wird.

Behandlung von Krankheiten des autistischen

Formenkreises bezieht sich auf eine Reihe von Therapien, um die Fähigkeiten einer versicherten Person mit Autismus zu verbessern. Dies umfasst die medizinische Behandlung durch Fachärzte und zugelassene Programme zur Verhaltenswissenschaft. Die Behandlung wird im Rahmen der Leistung „Psychiatrie und Psychotherapie“ Ihres Ambulanttarifs versichert (falls Sie einen haben). Überprüfen Sie Ihre Tarifliche Leistungszusage, um weitere Informationen zu möglichen Höchstleistungsbeträgen zu erhalten. Wir versichern keine Aufnahme, Aufenthalte oder teilstationäre Behandlungen in spezialisierten pädagogischen Einrichtungen.

Beratung nach der Geburt bezieht sich auf die medizinische Standardversorgung der Mutter, die bis zu sechs Wochen nach der Entbindung erbracht wird.

Beschäftigungstherapie umfasst Behandlungen, die Ihnen helfen Fähigkeiten zu entwickeln, die Sie für das tägliche Leben und den Umgang mit anderen Menschen und der Umwelt benötigen. Diese beziehen sich auf:

- Fein- und Grobmotorik (wie Sie kleine, präzise Aufgaben und Ganzkörperbewegungen ausführen)
- Sensorische Integration (wie das Gehirn eine Reaktion auf Ihre Sinne organisiert)
- Koordination, Gleichgewicht und andere Fähigkeiten wie Anziehen, Essen und Pflegen.

Nach jeweils 20 Sitzungen muss ein Behandlungsbericht bei uns eingereicht werden.

Bestattungskosten betrifft die Kosten für eine Bestattung oder Einäscherung, die nicht im Heimatland oder Land des Hauptwohnsitzes stattfindet. Damit verbundene Kosten für die Trauerfeier wie Essen und Getränke, Reise, Unterkunft, Blumen und Beileidskarten sind darin nicht enthalten.

C

Chirurgisch zahnärztliche Eingriffe umfasst die operative Entfernung von Zähnen sowie andere chirurgische Eingriffe im Zusammenhang mit Zähnen, wie Wurzelspitzenresektionen und verschreibungspflichtige Arzneimittel zur Zahnbehandlung. Alle Untersuchungen, um festzustellen, ob ein zahnchirurgischer Eingriff erforderlich ist, wie Labortests, Röntgenaufnahmen, CT- und MRT-Untersuchungen, sind im Rahmen dieser Leistung versichert. Die Leistung umfasst keine chirurgischen Maßnahmen, die im Zusammenhang mit Zahnimplantaten stehen.

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

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

- ist von wiederkehrender Natur
- eine allgemein anerkannte Heilung ist nicht bekannt
- spricht in der Regel auf Behandlungen nur begrenzt an
- bedarf lindernder Behandlung.
- führt zu einer bleibenden Behinderung

Entnehmen Sie bitte den Anmerkungen Ihrer Tariflichen Leistungszusage, ob chronische Erkrankungen von Ihrem Versicherungsschutz umfasst werden.

D

Diagnostische Untersuchungen bezieht sich auf Untersuchungen wie Röntgenaufnahmen oder Bluttests, die zur Diagnose vorgenommen werden. Diese Untersuchungen sind versichert, wenn Sie bereits Symptome zeigen oder wenn Sie infolge anderer medizinischer Untersuchungsergebnisse erforderlich sind. Diese Leistung deckt keine jährlichen medizinischen Vorsorgeuntersuchungen oder Routineuntersuchungen ab.

Die Zähne betreffende verschreibungspflichtige

Arzneimittel sind Arzneimittel oder Medikamente, die von einem Zahnarzt zur Behandlung einer Entzündung oder Infektion im Zusammenhang mit Zähnen verschrieben werden. Die verschreibungspflichtigen Arzneimittel müssen auf ihre Wirksamkeit in Bezug auf die Erkrankung getestet und von der zuständigen Aufsichtsbehörde des jeweiligen Landes zugelassen sein. Mundspülungen, Fluoridprodukte, antiseptische Gele und Zahncremes sind nicht damit gemeint.

Direkte Familienvorbelastung liegt dann vor, wenn bei einem Elternteil, einem Großeltern, einem Bruder, einer Schwester oder einem Kind die betreffende Erkrankung bereits diagnostiziert wurde.

E

Eigenanteil ist der Prozentsatz der Kosten, den Sie zahlen müssen. Wenn beispielsweise eine Leistung zu 80 % erstattet wird, fällt dafür eine Zuzahlung von 20 % an. Daher übernehmen wir 80 % der Kosten für jede erstattungsfähige Behandlung pro Versicherten und pro Versicherungsjahr.

Ergänzende Medizin umfasst therapeutische und diagnostische Behandlungsweisen, die außerhalb der traditionellen westlichen Schulmedizin existieren. Bitte lesen Sie in Ihrer Tariflichen Leistungszusage nach, ob eine der folgenden Behandlungen von Ihrem Versicherungsschutz umfasst wird: Chiropraktische Behandlung, Osteopathie, traditionelle chinesische Medizin, Homöopathie, Akupunktur und medizinische Fußpflege, von einem anerkannten Therapeuten praktiziert.

Ernährungsberaterkosten beziehen sich auf Kosten für eine Ernährungsberatung durch einen medizinischen Experten, der eine entsprechende Qualifikation und Praxis in dem Land besitzt, in dem die Behandlung erfolgt. Falls versichert, erstreckt sich der Versicherungsschutz ausschließlich auf diagnostizierte, erstattungsfähige Erkrankungen.

F

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

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

Fachkräfte für psychische Gesundheit sind Fachkräfte, die im Gesundheits-, Beratungs- oder Sozialwesen tätig sind und Dienstleistungen zur Behandlung psychischer Erkrankungen anbieten.

Familienanamnese liegt dann vor, wenn bei einem Elternteil, einem Großelternanteil, einem Bruder, einer Schwester, einem Kind, einer Tante oder einem Onkel die betreffende Erkrankung bereits diagnostiziert wurde

Familienmitglied ist ein/e Verwandte/r ersten Grades: Als Verwandte ersten Grades gelten Ehepartner, Eltern, Geschwister und Kinder, einschließlich Adoptiv-, Pflege- und Stiefkinder.

G

Geburtsvorsorge sind die während einer Schwangerschaft erforderlichen allgemeinen Vor- und Nachsorgeuntersuchungen. Bei Frauen ab 35 Jahren gehören zur Geburtsvorsorge auch Triple-/Barts-, Quadruple- und Spina-Bifida-Tests, Amniozentesen, wenn diese im direkten Zusammenhang mit einer versicherten Fruchtwasseruntersuchung durchgeführt werden, und DNA-Analysen.

Geschlechtsdysphorie liegt vor, wenn das Geschlechtsidentitätserleben einer Person nicht mit den Geschlechtsmerkmalen des Körpers übereinstimmt.

Gruppenversicherungsverantwortlicher ist der ernannte Vertreter des Unternehmens, der als Hauptansprechpartner zwischen dem Unternehmen und uns bei allen Fragen im Zusammenhang mit der der Gruppentarifverwaltung fungiert, wie Anmeldung, Einzug von Beiträgen und Verlängerung des Vertrags.

H

Hauptversicherter Mitarbeiter ist der Mitarbeiter des Unternehmens, wie in der Versicherungspolice angegeben.

Häusliche Pflege oder Aufenthalt in einem Genesungsheim ist Krankenpflege, die sich unmittelbar an eine tarifgemäße stationäre oder teilstationäre Behandlung anschließt oder diese ersetzt. Wir erstatten die in der Tariflichen Leistungszusage aufgeführten Leistungen, wenn der behandelnde Arzt entscheidet, dass Ihr Aufenthalt in einem Genesungsheim oder die häusliche Pflege medizinisch notwendig ist. Diese Leistung muss außerdem von unserem medizinischen Direktor genehmigt werden. Diese Leistung deckt keine Kosten für Kurorte, Kurzentren, Kureinrichtungen.

Hebammenkosten beziehen sich auf die von Hebammen oder Geburtshelfern in Rechnung gestellten Kosten.

Die Hebammen und Geburtshelfer müssen gemäß den Gesetzen des Landes, in dem die Behandlung stattfindet, die erforderliche Ausbildung absolviert und die jeweiligen staatlichen Prüfungen bestanden haben.

Heimatland Das Herkunftsland der versicherten Person oder das Land, für das diese über einen gültigen Pass verfügt.

HIV oder AIDS-Behandlung ist eine Leistung, die Beratungen, Untersuchungen sowie stationäre und ambulante Behandlungen in Zusammenhang mit der Diagnose des Humanen Immundefizienz-Virus (HIV) oder Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) versichert. Der Versicherungsschutz ist als spezielle Leistung auf den in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegebenen Betrag begrenzt.

Hormonersatztherapie bezieht sich auf die Verwendung weiblicher Hormone zur Linderung von Symptomen, die sich durch die Einstellung der Funktion der Eierstöcke entwickeln, entweder zum Zeitpunkt der natürlichen Wechseljahre oder nach einem chirurgischen Eingriff zum Entfernen der Eierstöcke. Es sind Allgemeinmedizinerkosten, Facharztkosten und verschreibungspflichtige Arzneimittel versichert.

I

Impfungen beziehen sich auf:

Alle Grundimmunisierungen und Auffrischimpfungen, die gemäß den Vorschriften des Landes, in dem die Behandlung vorgenommen wird, oder Empfehlungen der Behörden (Gesundheitsministerium, Außenministerium) in der Schweiz oder dem Bestimmungsort der Reise erforderlich sind.

- Covid-19-Impfungen*, falls diese nicht kostenlos angeboten werden oder nur teilweise von der Regierung des Wohnsitzlandes übernommen werden
- Medizinisch notwendige Reiseimpfungen
- Malaria prophylaxe

Die Kosten des Arztbesuchs zur Verabreichung des Impfstoffes sowie die Kosten für den Impfstoff sind auch mitversichert.

*Covid-19-Impfungen sind in den folgenden Fällen versichert:

- Der Impfstoff hat den erforderlichen Entwicklungsprozess und klinischen Prüfungen

bestanden, die vor einer Zulassung notwendig sind (Phase I, Phase II und Phase III), um die entsprechende Wirksamkeit und Sicherheit zu bestätigen.

- Der Impfstoff hat den mehrstufigen Zulassungsprozess bei der zuständigen Aufsichtsbehörde durchlaufen und ist für die Verwendung in der Gerichtsbarkeit zugelassen, in der er benötigt wird.
- Die Impfung wird nicht kostenlos angeboten bzw. nur teilweise von der Regierung des Wohnsitzlandes übernommen.

Wir übernehmen die angemessenen und üblichen Kosten für die Covid-19-Impfung in Übereinstimmung mit den lokalen Richtlinien des öffentlichen Gesundheitswesens in Bezug auf die Bereitstellung von Impfstoffen. Sollten Sie sich dazu entscheiden, für die Impfung in ein anderes Land als Ihr Wohnsitzland zu reisen, übernehmen wir nicht die Reisekosten. Hinweis: Der Versicherungsschutz dient nicht dazu, Ihnen vorrangigen Zugang zu einer Impfung zu verschaffen.

K

Kieferorthopädie ist der Einsatz von Hilfsmitteln zur Korrektur von Fehlstellungen (Zahn- und Bissfehlstellungen). Wir versichern nur kieferorthopädische Behandlungen, die den unten beschriebenen medizinisch notwendigen Kriterien entsprechen. Da die Kriterien sehr fachspezifisch sind, setzen Sie sich bitte vor Beginn der Behandlung mit uns in Verbindung, damit wir prüfen können, ob Ihre Behandlung diese Kriterien erfüllt.

Medizinische Notwendigkeit – Kriterien:

- a) Erhöhter Überbiss > 6 mm, aber <= 9 mm
- b) Umgekehrter Überbiss > 3,5 mm ohne Kau- oder Sprachschwierigkeiten
- c) Frontaler oder hinterer Kreuzbiss mit > 2 mm Diskrepanz zwischen der zurückgezogenen Kontaktposition und der Interkuspidation
- d) Starke Zahnfehlstellungen > 4
- e) Extreme laterale oder frontale offene Bisse > 4 mm
- f) Erhöhter und vollständiger Überbiss mit gingivalen oder palatinalen Traumata
- g) Weniger ausgedehnte Hypodontie, die eine prärestaurative Kieferorthopädie oder einen kieferorthopädischen Schließung von Lücken erfordert, um die Notwendigkeit einer Prothese zu vermeiden
- h) Hinterer lingualer Kreuzbiss ohne funktionellen okklusalen Kontakt in einem oder mehreren bukkalen Segmenten

- i) Umgekehrter Überbiss > 1 mm, aber < 3,5 mm mit aufgezeichneten Kau- und Sprachschwierigkeiten
- j) Teilweise durchgebrochene Zähne, gekippt und gegen benachbarte Zähne geschlagen
- k) Vorhandene überzählige Zähne

Lassen Sie uns bitte einige unterstützende Informationen zukommen, um nachzuweisen, dass Ihre Behandlung medizinisch notwendig und daher durch Ihren Tarif abgedeckt ist. Zu den von uns angeforderten Informationen können gehören:

- Ein medizinischer Bericht des Facharztes mit Angabe der Diagnose (Art der Fehlstellungen/Malokklusion) und einer Beschreibung Ihrer Symptome des kieferorthopädischen Problems.
- Ein Behandlungsplan, der die geschätzte Behandlungsdauer, die geschätzten Kosten und die Art sowie das Material der verwendeten Vorrichtung angibt.
- Die Zahlungsvereinbarung, die mit dem medizinischen Anbieter vereinbart wurde.
- Ein Nachweis der Zahlung der kieferorthopädischen Behandlung.
- Fotografien beider Kieferseiten, die deutlich das Gebiss vor der Behandlung zeigen.
- Klinische Fotografien der Kiefer in zentraler Okklusion aus frontaler und lateraler Sichtweise.
- Orthopantomogramm (Panorama-Röntgenbild).
- Profil-Röntgenbild (kephalometrisches Röntgenbild).
- Sonstige Dokumente, die wir zur Bearbeitung der Erstattungsantrag benötigen.

Wir übernehmen nur die Kosten für Standard-Zahnsparangen aus Metall und/oder herausnehmbare Standard-Apparate. Wir übernehmen jedoch die Kosten für kosmetische Behandlungsgeräte wie Lingualsparangen und unsichtbare Aligners bis zu der Höhe der Kosten von Zahnsparangen aus Metall gemäß des maximalen Erstattungsbetrags für die Leistung „Kieferorthopädische Behandlungen“.

Komplikationen bei der Entbindung bezieht sich auf nachgeburtliche Blutungen und Plazentarückstände. Wenn Ihr Versicherungsschutz die Leistungen „Reguläre Schwangerschaft“ oder „Komplikationen bei der Entbindung“ einschließt, wird auch ein medizinisch notwendiger Kaiserschnitt als Komplikation betrachtet. Kosten, die im Zusammenhang mit Komplikationen während der Schwangerschaft oder bei der Entbindung entstehen, werden nicht im Rahmen der Leistung „Reguläre Schwangerschaft“ erstattet.

Komplikationen während der Schwangerschaft beziehen sich auf die Gesundheit der Mutter. Versicherungsschutz besteht lediglich für die folgenden Umstände, die in der vorgeburtlichen Phase auftreten können: Ektopische

Schwangerschaft, Schwangerschaftsdiabetes, Präeklampsie, Fehlgeburt, drohende Fehlgeburt, Totgeburt und Blasenmole.

Kosten der Unterbringung im Krankenhaus für einen Elternteil, der ein versichertes Kind begleitet sind Kosten für die Unterbringung eines Elternteils über die Dauer des Krankenhausaufenthalts eines versicherten Kindes im Rahmen einer versicherten Behandlung. Wenn kein angemessenes Bett im Krankenhaus zur Verfügung steht, werden wir die Kosten einer Nacht in einem Zimmer in einem Drei-Sterne-Hotel zu den anfallenden Hotelkosten beisteuern. Sonstige Ausgaben, wie z. B. für Mahlzeiten, Telefonate, Zeitungen usw., werden nicht erstattet. Bitte entnehmen Sie Ihrer Tariflichen Leistungszusage, ob eine Altersbegrenzung für Ihr Kind besteht.

Kosten für eine Begleitperson im Falle einer/s medizinischen Überführung/Rücktransports sind die Kosten, die für eine Person anfallen, die eine Überführung / einen Rücktransport begleitet. Wenn es nicht möglich ist, dass die Begleitperson dasselbe Transportmittel benutzt, bezahlen wir ein Ticket in der Economy-Klasse. Nach Abschluss der Behandlung übernehmen wir auch die Kosten für die Hin- und Rückreise der Begleitperson in das Land, in dem die Überführung oder der Rücktransport begonnen hat (in der Economy-Klasse). Der Versicherungsschutz umfasst keine Kosten für Hotelübernachtungen sowie andere zugehörige Kosten.

Krankenhaus ist eine Einrichtung, in der ein Patient unter ständiger Beobachtung eines Arztes steht, und die in dem Land, in dem sie betrieben wird, als medizinische oder chirurgische Klinik zugelassen ist. Folgende Einrichtungen werden nicht als Krankenhaus betrachtet: Erholungs- und Pflegeheime, Kureinrichtungen, Kurzentren und Sanatorien.

Krankenhaustagegeld wird bezahlt, wenn Sie stationär aufgrund einer Erkrankung behandelt werden, die im Rahmen des Versicherungstarifs abgedeckt ist, aber für Sie gebührenfrei erfolgt, d. h. wenn die gesamten Kosten von Ihrem nationalen Gesundheitssystem finanziert werden und keine Erstattung von uns unter einem Abschnitt dieser Police geltend gemacht oder gezahlt wird. Das Krankenhaustagegeld ist auf den in der Tariflichen Leistungszusage angegebenen Betrag beschränkt und wird nach Entlassung aus dem Krankenhaus bezahlt.

Krankheit ist eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Als Geburtsgebrechen gelten diejenigen Krankheiten, die bei vollendeter Geburt bestehen (Definition gemäß ATSG, Artikel 3 „Krankheit“).

L

Langzeitpflege ist Pflege, die nach vollständiger Beendigung der akuten Behandlung über einen längeren Zeitraum hinweg erteilt wird. Gewöhnlich handelt es sich dabei um eine chronische Krankheit oder Behinderung, die regelmäßige, sporadische oder kontinuierliche Pflege erfordert. Langzeitpflege kann zu Hause, in der Gemeinde, in einem Krankenhaus oder einem Pflegeheim erteilt werden. Bitte beachten Sie, dass Behandlungen in einem Spa oder Gesundheitszentrum nicht versichert sind.

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

Laseraugenkorrektur bezieht sich auf die chirurgische Verbesserung der refraktiven Eigenschaft der Hornhaut mittels Lasertechnologie, inklusive der notwendigen präoperativen Untersuchungen.

M

Medizinische Notwendigkeit bezieht sich auf medizinische Behandlungen, Services oder Versorgungen, die alle folgenden Anforderungen erfüllen:

- erforderlich, um den Zustand, die Erkrankung oder Verletzung zu diagnostizieren oder zu behandeln;
- stimmen mit Beschwerden, Diagnose und Behandlung der zugrunde liegenden Erkrankung überein;
- entsprechen der allgemein anerkannten medizinischen Praxis und den professionellen Standards der medizinischen Versorgungen, die aktuell in der Medizin gelten (dies gilt nicht für ergänzende Behandlungsmethoden, wenn sie Bestandteil Ihres Versicherungsschutzes sind).
- werden nicht aus Gründen der Bequemlichkeit oder des persönlichen Vorteils für Sie oder den behandelnden Arzt durchgeführt;
- haben nachgewiesenen medizinischen Wert (dies gilt nicht für ergänzende Behandlungsmethoden, wenn sie Bestandteil Ihres Versicherungsschutzes sind).
- sie die angemessenste Art und Stufe der medizinischen Versorgung darstellen;
- werden in einer geeigneten Einrichtung und auf

einem dem Krankheitszustand entsprechenden Versorgungsniveau erbracht;

- h) sie nur über einen angemessenen Behandlungszeitraum hinweg erbracht werden.

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

Medizinische Risikoprüfung ist die Beurteilung des Versicherungsrisikos auf der Grundlage der Informationen, die Sie uns bei Antrag auf Ihren Versicherungsschutz bereitgestellt haben. Unser Risikoprüfungsteam verwendet diese Informationen, um die Bedingungen für Ihren Versicherungsschutz festzulegen.

Medizinische Überführung betrifft die folgenden Fälle:

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

Wir werden Sie zur nächstgelegenen geeigneten medizinischen Einrichtung (die sich nicht unbedingt in Ihrem Heimatland befinden muss) per Krankenwagen, Hubschrauber oder Flugzeug überführen. Die medizinische Überführung muss von Ihrem Arzt angefordert und in ökonomisch sinnvoller Weise unter Berücksichtigung der medizinischen Umstände durchgeführt werden. Nach Beendigung der Behandlung übernehmen wir auch die Kosten der Rückreise (Economy-Klasse) in das Land Ihres Hauptwohnsitzes.

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

Wenn Sie zur nächstgelegenen geeigneten medizinischen Einrichtung überführt wurden und dort laufende Behandlungen erhalten, erklären wir uns gerne bereit, die angemessenen Kosten für ein Hotelzimmer mit privatem Badezimmer zu erstatten. Diese Kosten müssen geringer sein als die Kosten von einigen Fahrten zwischen dem nächstgelegenen geeigneten medizinischen Zentrum und Ihrem Hauptwohnsitzland. Hotelkosten für eine Begleitperson werden nicht erstattet.

Sofern ausreichend kontrollierte Blutkonserven vor Ort nicht erhältlich sind, werden wir uns bemühen, entsprechende Blutkonserven und steriles Transfusionsbesteck zu beschaffen, wenn dies vom behandelnden Arzt und unseren medizinischen Experten geraten wird. Wir und unsere Partner übernehmen keine Haftung, falls unsere Bemühungen erfolglos sind oder wenn von der behandelnden Stelle infiziertes Blut oder Transfusionsbesteck verwendet wird.

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

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

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

N

Neugeborenenpflege schließt die üblichen Untersuchungen ein, die notwendig sind, um die Grundfunktionen und Integrität der Organe bzw. der Knochenstruktur des Kindes festzustellen. Diese wesentlichen Untersuchungen erfolgen direkt nach der Geburt.

Es besteht kein Versicherungsschutz für weitere vorbeugende diagnostische Untersuchungen wie Abstriche, Feststellung der Blutgruppe oder Hörtests. Wenn Ihr Kind jedoch aus medizinischen Gründen Nachuntersuchungen oder Behandlungen benötigt, sind diese im Rahmen der Police des Neugeborenen versichert (sofern es als Angehörige/r mitversichert wurde). Die stationäre Behandlung für Mehrlingsgeburten infolge medizinisch assistierter

Fortpflanzung, alle Babys aus einer Leihmutterchaft sowie Adoptiv- und Pflegekinder, ist bis zu einem Höchstbetrag von CHF39.000 pro Kind für die ersten drei Monate nach der Geburt versichert. Kosten für ambulante Behandlungen werden innerhalb der Höchstleistungsbeträge eines entsprechenden Ambulanttarifs erstattet.

Nicht-risikogepüfte Gruppen sind Gruppen, bei denen die Versicherten sich keiner Risikoprüfung unterzogen haben, d. h. deren Gesundheitsinformationen nicht bewertet wurden.

Nicht verschriebene Physiotherapie bezieht sich auf eine Behandlung durch einen eingetragenen Physiotherapeuten, ohne Überweisung eines Arztes. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die in der Tariflichen Leistungszusage angegebene Anzahl von Sitzungen. Sollen zusätzliche Behandlungen notwendig sein, müssen diese von einem Arzt verschrieben werden. Diese sind dann im Rahmen der Leistung „verschriebene Physiotherapie“ versichert. Physiotherapie umfasst keine Therapien wie Rolfing, Massage, Pilates, Fango und Milta.

Notfallbehandlung ist der Ausbruch einer plötzlichen und unvorhergesehenen Erkrankung, bei der eine dringende medizinische Behandlung notwendig ist. Nur Behandlungen, die innerhalb von 24 Stunden nach Eintritt des Notfalleignisses beginnen, sind versichert.

Notfallbehandlung außerhalb des versicherten

Geltungsbereichs umfasst Behandlung medizinischer Notfälle auf Geschäfts- oder Urlaubsreisen außerhalb Ihres versicherten geografischen Geltungsbereichs. Versicherungsschutz besteht bis zu maximal sechs Wochen für Behandlungen bis zum Höchstleistungsbetrag, wie in der Tariflichen Leistungszusage angegeben. Dies schließt die Behandlung ein, die aufgrund eines Unfalls oder des plötzlichen Beginns oder der Verschlechterung einer schweren Krankheit erforderlich ist, die eine unmittelbare Gefahr für Ihre Gesundheit darstellt. Die Behandlung von einem Arzt muss innerhalb von 24 Stunden nach Eintritt des Notfalls erfolgen. Es besteht kein Versicherungsschutz für Heil- oder Folgebehandlungen, bei denen es sich nicht um Notfallmaßnahmen handelt, selbst dann nicht, wenn Sie nicht in der Lage sind, in ein Land zu reisen, das im geografischen Geltungsbereich der Versicherung liegt. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch nicht auf Kosten im Zusammenhang mit Mutterschaft, Schwangerschaft, Geburt oder Komplikationen bei Schwangerschaft oder Geburt. Bitte informieren Sie Ihren Verantwortlichen für die Gruppenversicherung in Ihrem Unternehmen, wenn Sie Ihren versicherten Geltungsbereich für mehr als sechs Wochen verlassen sollten.



Okulomotorthherapie ist eine spezifische Form der Beschäftigungstherapie, die darauf abzielt, die Augenbewegung bei mangelnder Koordination zwischen den Augenmuskeln zu synchronisieren.

Onkologie umfasst alle Facharztgebühren, Kosten für diagnostische Tests, Strahlentherapie, Chemotherapie und Krankenhausgebühren, die in Verbindung mit einer Krebsbehandlung entstehen, vom Zeitpunkt der Diagnose. Wir werden außerdem die Kosten für externe prothetische Vorrichtungen für kosmetische Zwecke übernehmen, wie z. B. eine Perücke bei Haarausfall oder einen prothetischen BH bei einer Krebsbehandlung.

Organtransplantation bezieht sich auf die folgenden Organ- oder Gewebetransplantationen: Herz, Herzklappen, Herz/Lunge, Leber, Bauchspeicheldrüse, Bauchspeicheldrüse/Niere, Niere, Knochenmark, Nebenschilddrüse, Muskel/Skelett und Augenhornhaut. Wir erstatten keine Kosten für den Erwerb der Organe.

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



Palliativmedizinische Betreuung bezeichnet eine laufende Behandlung, die auf die Linderung des körperlichen/ seelischen Leidens bei fortschreitenden, unheilbaren Erkrankungen und auf die Erhaltung der Lebensqualität abzielt. Sie umfasst stationäre, teilstationäre und ambulante Behandlungen nach der Diagnose einer unheilbaren Erkrankung. Wir erstatten die Kosten für körperliche Pflege, psychologische Behandlungen, den Aufenthalt in einem Krankenhaus oder einem Hospiz sowie verschreibungspflichtige Arzneimittel und Medikamente. Bitte beachten Sie, dass Behandlungen in einem Spa oder Gesundheitszentrum nicht versichert sind.

Partner bezieht sich auf eine Person, mit der Sie seit min. 12 Monaten in einer ehelichen Beziehung leben.

Podologie bezieht sich auf medizinisch notwendige Behandlungen durch einen staatlich anerkannten Podologen in Verbindung mit einem akademischen Grad.

Präventive Behandlungen

sind Behandlungen, die Sie erhalten, ohne dass zum Behandlungszeitpunkt klinische Symptome vorliegen (z. B. Entfernung eines Leberflecks im Krebsvorstadium). Diese Leistung ist versichert, wenn „Präventive Behandlungen“ in Ihrer Tariflichen Leistungszusage aufgeführt sind.

Präventive Operationen

beziehen sich auf vorbeugende Mastektomie oder vorbeugende Oophorektomie. Wir werden präventive Operationen bezahlen, wenn

- bei Ihnen eine Familienanamnese hinsichtlich einer Krankheit besteht, die Teil eines erblichen Krebskrankheitsbild (wie beispielsweise Brustkrebs oder Eierstockkrebs) ist, und
- Gentests das Vorhandensein eines erblichen Krebskrankheitsbildes feststellten.

Psychiatrie und Psychotherapie ist die Behandlung von psychischen Erkrankungen, Verhaltens- und Persönlichkeitsstörungen, einschließlich Krankheiten des autistischen Formenkreises und Essstörungen. Die Behandlung muss durch Psychiater, klinische Psychologen oder zugelassene Psychotherapeuten erfolgen. Die Erkrankung muss klinisch signifikant und die Behandlung medizinisch notwendig sein.

Jegliche stationäre oder teilstationäre Aufnahme muss die verschriebenen Arzneimittel für diese Erkrankung beinhalten. Eine ambulante psychotherapeutische Behandlung (falls versichert) muss von einem Arzt verschrieben werden und ist zunächst auf zehn Sitzungen pro erstellter Diagnose begrenzt. Nach jeweils 10 Sitzungen muss ein Psychiater den Erfolg der Behandlung überprüfen. Sollten Sie weitere Sitzungen brauchen, muss uns ein neuer Behandlungsbericht vorgelegt werden, in dem die Diagnose und die medizinische Notwendigkeit einer Weiterbehandlung dargelegt wird.

Eine Beratung ist über unser Mitarbeiter-Unterstützungs-Programm verfügbar, bezieht sich auf das kurzfristige, lösungsorientierte Eingreifen und befasst sich typischerweise mit aktuellen Problemen, die auf der Bewusstseinssebene leicht gelöst werden können. Sie ist nicht für längerfristige Situationen oder die Behandlung von klinischen Störungen gedacht. Über das Mitarbeiter-Unterstützungs-Programm können wir Sie und Ihre direkten Familienangehörigen dabei unterstützen, Stress, Trauer sowie Isolation und Einsamkeit zu bewältigen und Herausforderungen am Arbeitsplatz, Schwierigkeiten in Beziehungen und kulturelle Veränderungen zu meistern. Weitere Informationen finden Sie im Abschnitt zum Mitarbeiter-Unterstützungs-Programm in diesem Handbuch.

R

Reguläre Schwangerschaft bezieht sich auf medizinisch notwendige Kosten, die während der Schwangerschaft und Entbindung anfallen. Diese umfassen Krankenhauskosten, Facharztkosten, Geburtsvorsorge und Geburtsnachsorge der Mutter, Kosten für die Hebamme (nur während der Geburtswehen) sowie für die Neugeborenenpflege (siehe entsprechende Definition, für weitere Informationen zu was im Rahmen dieser Leistung mitversichert ist sowie zu stationären Höchstleistungsbeträgen für Mehrlingsgeburten, die infolge einer medizinisch assistierten Fortpflanzung geboren wurden). Kosten für Komplikationen bei Schwangerschaft und Entbindung werden von dieser Leistung nicht umfasst. Kaiserschnitte, die nicht medizinisch notwendig sind, werden bis zu den Kosten für eine reguläre Entbindung in selben Krankenhaus versichert, im Rahmen der Höchstleistungsbeträge. Medizinisch notwendige Kaiserschnittentbindungen sind im Rahmen der Leistung „Komplikationen bei der Entbindung“ mitversichert.

Bei einer Hausentbindung zahlen wir einen Pauschalbetrag bis zu dem Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegebenen Betrag, falls Ihr Tarif eine Hausentbindung umfasst.

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

Reisekosten für versicherte Familienmitglieder im Falle einer Überführung/eines Rücktransports

umfassen angemessene Reisekosten für alle versicherten Familienangehörigen der überführten oder rücktransportierten Person, einschließlich minderjähriger Angehöriger, die sonst unbeaufsichtigt wären. Sollte es nicht möglich sein, dass die Angehörigen dasselbe Transportmittel benutzen, zahlen wir für ein Hin- und Rückflugticket in der Economy-Klasse.

Die Reisekosten für versicherte Familienangehörige im Falle einer Überführung/eines Rücktransports sind mitversichert, wenn Sie einen Rücktransporttarif abgeschlossen haben. Der Versicherungsschutz umfasst keine Unterbringung im Hotel oder andere damit verbundene Kosten.

Reisekosten für versicherte Familienmitglieder im Falle einer Überführung der sterblichen Überreste umfassen angemessene Reisekosten in das Land der Bestattung des Verstorbenen für alle versicherten Familienmitglieder, die zusammen mit dem verstorbenen Versicherten im Ausland gewohnt haben. Als angemessene Transportkosten gelten Kosten für Hin- und Rücktransport in der Economy-Klasse. Der Versicherungsschutz umfasst keine Unterbringung im Hotel oder andere damit verbundene Kosten.

Reisekosten für Versicherte, die ein in Lebensgefahr schwebendes oder ein verstorbenes Familienmitglied begleiten umfassen angemessene Reisekosten für versicherte Familienmitglieder, um einen Verwandten ersten Grades, der in Lebensgefahr schwebt oder verstorben ist, zu begleiten (bis zu dem in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegebenen Betrag). Im Falle eines verstorbenen Familienmitglieds muss die Reise innerhalb von 6 Wochen nach dem Sterbedatum beginnen. Als angemessene Transportkosten gelten Kosten für Hin- und Rücktransport in der Economy-Klasse.

Ein Verwandter ersten Grades ist ein Ehepartner oder Partner, ein Elternteil, ein Bruder, eine Schwester oder ein Kind, einschließlich Adoptivkindern, Pflegekindern oder Stiefkindern. Bitte fügen Sie Ihrem Erstattungsantrag Kopien der Reisetickets, der Sterbeurkunde oder eine ärztliche Bescheinigung bei, die den Grund für die Reise belegen. Versichert im Rahmen dieser Police ist eine Erstattung dieser Leistung auf Lebenszeit. Der Versicherungsschutz umfasst keine Unterbringung im Hotel oder andere damit verbundene Kosten.

Risikogeprüfte Gruppen sind Gruppen, bei denen die Versicherten sich einer Risikoprüfung unterzogen haben, d. h. deren Gesundheitsinformationen bewertet wurden.

Rücktransport im Todesfall ist der Transport der sterblichen Überreste der versicherten Person vom Aufenthaltsland in das Bestattungsland. Wir erstatten die folgenden Kosten: Einbalsamierung, ein den gesetzlichen Anforderungen entsprechender Transportbehälter, die Überführungskosten und die Kosten für die erforderlichen behördlichen Bewilligungen. Kosten für eine Einäscherung werden nur erstattet, wenn diese aus gesetzlichen Gründen notwendig ist. Die durch Begleitpersonen entstehenden Kosten sind nur dann versichert, wenn sie in der Tariflichen Leistungszusage als spezielle Leistung aufgeführt sind.

S

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

Selbstbeteiligung Ist der Kostenanteil, der von Ihnen zu zahlen ist und der von der Summe, die von uns zu zahlen ist, abgezogen wird.

Sofern Selbstbeteiligungen bestehen, gelten sie pro Versicherten und pro Versicherungsjahr, sofern nicht anderweitig in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegeben.

Services bei Geschlechtsdysphorie umfassen die folgenden medizinisch notwendigen Behandlungen:

- Verhaltensspezifische medizinische Dienstleistungen wie Beratung bei Geschlechtsdysphorie und damit verbundenen psychiatrischen Erkrankungen (z. B. Angst, Depression). Die Behandlung muss von einem Psychiater oder einem klinischen Psychologen verschrieben werden.
- Hormontherapie
- Alters- und geschlechtsspezifische Vorsorgeuntersuchungen wie z. B. Gebärmutterhals-, Brust- und Prostatakrebsuntersuchungen, entsprechend der biologischen Anatomie der einzelnen Personen
- Geschlechtsangleichende Operationen im Falle einer Diagnose von Geschlechtsdysphorie und wenn die folgenden Kriterien erfüllt werden:
 - Sie sind mindestens 18 Jahre alt.
 - Sie haben ein Empfehlungsschreiben von einer Fachkraft für psychische Gesundheit für Brust-/Brustoperationen oder zwei Empfehlungsschreiben von zwei verschiedenen Fachkräften für psychische Gesundheit für Genitaloperationen, einschließlich eines ausführlichen Berichts. Wir akzeptieren auch ein Empfehlungsschreiben von einer Fachkraft mit einem Master-Abschluss (dies bezieht sich auf alle Personen, die im Bereich der psychischen Gesundheit tätig sind – Psychiater, Krankenpflegepersonal für psychische Gesundheit oder Psychologen mit einem relevanten Master-Abschluss in diesem medizinischen Bereich), wenn das zweite Schreiben von einem Psychiater oder promovierten klinischen Psychologen stammt.

Die Empfehlung muss auf Beurteilungen beruhen, die innerhalb der letzten 24 Monate durchgeführt wurden, und muss angeben, dass Ihre Entscheidung aktuell ist und nicht auf eine andere behandelbare Erkrankung oder Störung zurückzuführen ist. Aus jeder Empfehlung muss hervorgehen, dass die Operation gemäß evidenzbasierten klinischen Richtlinien medizinisch notwendig ist.

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

Sprachtherapie bezieht sich auf Maßnahmen durch einen qualifizierten Sprachtherapeuten zur Behandlung von physischen Beeinträchtigungen. Sie umfasst nasale Obstruktion, neurogene Defekte (z.B. Zungenlähmung, Gehirnschäden) und Artikulationsstörungen, welche die Mundstruktur beeinflussen (z.B. Gaumenmissbildung).

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

Stationäre zahnärztliche Notfallbehandlung beinhaltet eine zahnärztliche Notfallbehandlung zur Linderung von Schmerzen aufgrund eines schweren Unfalls, der einen Krankenhausaufenthalt erforderlich macht. Die Behandlung muss innerhalb von 24 Stunden nach Eintritt des Notfalls erfolgen. Der Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf anschließend erforderliche Zahnbehandlung, Zahnchirurgie, Zahnersatz, Kieferorthopädie oder zahnärztliche Parodontalbehandlung. Wenn diese Leistungen versichert sind, sind sie separat in der Tariflichen Leistungszusage aufgeführt.

T

Teilstationäre Behandlung/Tagesklinik ist eine geplante Behandlung, die tagsüber in einem Krankenhaus oder einer Tagesklinik stattfindet. Sie schließt die Bereitstellung eines Krankenbettes und der notwendigen Krankenpflege, bei der eine Übernachtung des Patienten aus medizinischen Gründen nicht notwendig ist und bei der ein Entlassungsschein ausgestellt wird, mit ein.

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

U

Übergewicht wird diagnostiziert, wenn der Körpermassenindex (KMI) einer Person über 30 liegt (ein KMI-Rechner steht auf unserer Website zur Verfügung: www.allianzcare.com).

Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äußeren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Definition gemäß ATSG, Artikel 4 „Unfall“).

Unterbringung im Krankenhaus ist die Standardunterbringung in einem Ein-, Zwei- oder Mehrbettzimmer, wie in der Tariflichen Leistungszusage beschrieben. Deluxe- und Executive-Zimmer sowie Suites sind nicht versichert. Diese Leistung kann nur erstattet werden, wenn der Krankenhausaufenthalt nicht im Rahmen einer anderen in der Tariflichen Leistungszusage aufgeführten stationären Leistung versichert ist. Wenn der Versicherte z. B. aufgrund einer Krebsbehandlung in ein Krankenhaus eingeliefert wird, ist die Unterbringung im Krankenhaus im Rahmen der Leistung Onkologie mitversichert. Beispiele für diese Leistungen sind (falls Teil Ihres Tarifs): Psychiatrie und Psychotherapie, Organtransplantation, Onkologie, Reguläre Schwangerschaft, Palliativmedizinische Betreuung und Langzeitpflege.

Unternehmen ist Ihr Arbeitgeber, wie in der Unternehmensvereinbarung genannt.

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

V

Verschriebene Arzneimittel sind rezeptfreie Arzneimittel und Medikamente, die aber von einem Arzt verschrieben werden:

- Um eine vorliegenden Diagnose oder Krankheit zu behandeln.
- Als Ersatz für lebenswichtige Körpersubstanzen.

Beispiele sind Aspirin, Vitamine und Injektionsnadeln. Verschriebene Arzneimittel müssen auf ihre klinische Wirkung für den diagnostizierten Zustand getestet sein. Sie müssen von der Arzneimittelbehörde des Landes, in dem Sie das Rezept einlösen, anerkannt sein. Auch wenn Sie die Arzneimittel und Medikamente auch ohne ärztliches Rezept im jeweiligen Land kaufen können, ist für die Erstattung der Kosten ein Rezept nötig.

Verschriebene Brillen und Kontaktlinsen einschließlich Augenuntersuchungen umfassen den Versicherungsschutz für eine Augenuntersuchung pro Versicherungsjahr durch einen Augenoptiker oder Augenarzt sowie den Versicherungsschutz für Kontaktlinsen oder Brillen zur Korrektur der Sehfähigkeit.

Verschriebene medizinische Hilfsmittel sind verschriebene, medizinisch notwendige Geräte, die beeinträchtigte Körperfunktionen ersetzen, erleichtern oder ergänzen und Versicherte in körperlichen Funktionen im Alltag so weit wie möglich unterstützen. Beispiele:

- Biochemische Hilfsmittel wie Insulinpumpen, Blutzuckermessgeräte und Geräte für die Peritonealdialyse
- Bewegungshilfen wie Krücken oder Rollstühle, orthopädische Geh- und Stützapparate, künstliche Gliedmaßen und Prothesen.
- Hör- und Sprechapparate wie ein elektronischer Kehlkopf.
- Kompressionsstrümpfe.
- Hilfsmittel zur langfristigen Wundversorgung wie Verbände und Stoma-Verbrauchsmaterial.

Kosten für medizinische Hilfsmittel, die bei der palliativmedizinischen Betreuung oder Langzeitpflege (siehe Definition palliativmedizinische Betreuung und Langzeitpflege) verwendet werden, werden nicht übernommen.

Verschriebene Physiotherapie umfasst Behandlungen durch einen zugelassenen Physiotherapeuten nach Überweisung durch einen Arzt. Physiotherapie (entweder verschrieben oder als Kombination aus nicht verschriebenen und verschriebenen Behandlungen) ist zunächst auf 24 Sitzungen pro erstellter Diagnose begrenzt. Danach muss der Arzt, der die Überweisung veranlasst hat, die Behandlung überprüfen. Sollten weitere Sitzungen notwendig sein, müssen Sie uns einen neuen Behandlungsbericht vorlegen, in dem die medizinische Notwendigkeit einer Weiterbehandlung dargelegt wird. Nach einem stationären Aufenthalt

verordnete Psychotherapie ist im Rahmen der Leistung „Rehabilitationsmaßnahmen“ mitversichert.

Verschreibungspflichtige Arzneimittel sind Arzneimittel, die Sie nicht ohne ärztliches Rezept kaufen können und die eine bestätigte Diagnose oder Krankheit behandeln oder einen Mangel an lebenswichtige Körpersubstanzen ausgleichen sollen. Beispiele sind Antibiotika und Beruhigungsmittel. Verschreibungspflichtige Arzneimittel müssen auf ihre klinische Wirkung für den diagnostizierten Zustand getestet sein. Sie müssen außerdem von international anerkannten medizinischen Richtlinien anerkannt werden. Sie können Erstattungen für verschreibungspflichtige Arzneimittel für eine Versorgung von bis zu 3 Monaten ab dem Datum des Rezepts geltend machen, je nach Restlaufzeit der Versicherung.

Versicherte Person sind Sie und Ihre Familienangehörigen, wie im Versicherungsschein aufgeführt.

Das **Versicherungsjahr** gilt ab dem Datum des Versicherungsbeginns, das auf der Versicherungspolice angegeben ist und endet immer am 31. Dezember.

Versicherer ist AWP P&C S.A., Saint-Ouen (Paris) über die Schweizer Niederlassung in Wallisellen.

Der **Versicherungsnehmer** ist der Arbeitgeber des hauptversicherten Arbeitnehmers, der mit dem Versicherer eine Unternehmensvereinbarung abgeschlossen hat. Der Versicherungsnehmer wird auch als Unternehmen bezeichnet.

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

Videoberatungsservices bieten einen direkten Zugang zu einem Arzt über eine Telekommunikations-Plattform. Diese Leistung versichert die Kosten für Videoberatungen, wie in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegeben, und bietet einen ärztlichen Rat, eine Diagnose und das Ausstellen eines Rezepts (sofern erforderlich) bei nicht dringenden medizinischen Anliegen. Der Zugang zu Teleberatungs-Services und Rezepten ist abhängig von Ihrem geografischen Standort und den lokalen landesspezifischen Regelungen. Sie können einen Termin vereinbaren, um mit einem englischsprachigen Arzt zu sprechen, sofern verfügbar. Einige Drittanbieter bieten zusätzliche Sprachen an. Die Kosten für Arzneimittel sind darin nicht enthalten. Die Lieferung von Medikamenten oder Überweisungen können in dieser Leistung enthalten sein, selbst wenn Sie während der Videoberatung verschrieben oder empfohlen wurden.

Vorerkrankungen sind Krankheiten oder Gesundheitszustände, für die im Laufe Ihres Lebens oder das Ihrer Angehörigen ein oder mehrere Symptome aufgetreten sind und die auf dem Antragsformular angegeben sind (Art. 4 und 5 VVG). Dies gilt unabhängig davon, ob Sie oder Ihre Angehörigen eine medizinische Behandlung oder einen ärztlichen Rat erhalten haben. Eine solche Vorerkrankung besteht, wenn wir davon ausgehen, dass Sie oder Ihre Angehörigen davon Kenntnis hatten. Ihre Versicherung umfasst Vorerkrankungen, es sei denn, wir teilen Ihnen schriftlich etwas anderes mit.

Wir werden Erkrankungen, die zwischen dem Datum, an dem Sie das Antragsformular ausgefüllt haben, und den folgenden Daten auftreten, als Vorerkrankungen betrachten:

- Datum, an dem wir den Versicherungsschein ausstellen oder
- Datum des Versicherungsbeginns

Vorerkrankungen unterliegen einer medizinischen Risikoprüfung. Sollten sie nicht angegeben worden sein, werden sie nicht mitversichert und Ihre Police kann gekündigt werden (Art. 6 und Art. 98 VVG). Entnehmen Sie bitte den Anmerkungen zu Ihrer Tariflichen Leistungszusage, ob Vorerkrankungen versichert sind.

Vorsorgeuntersuchungen, einschl. Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten sind Untersuchungen und Tests, die im angemessenen Alter und ohne das Vorhandensein von akuten Beschwerden durchgeführt werden. Bitte sehen in Ihrer Tariflichen Leistungszusage nach, welche Tests und Untersuchungen vom Versicherungsschutz umfasst werden.

VVG bezieht sich auf das Versicherungsvertragsgesetz in der Schweiz.

W

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

Wir/unser/uns ist AWP P&C S.A., Saint-Ouen (Paris), Wallisellen Branch (Schweiz).

Wohnsitz Der Wohnsitz einer Person befindet sich an dem Ort, an dem sie sich mit der Absicht eines dauerhaften Verbleibens aufhält und wird nach dem Schweizerischen Zivilgesetzbuch (Artikel 23–26, SR 210) bestimmt.

Z

Zahnärztliche Parodontalbehandlung bezieht sich auf Zahnbehandlungen im Zusammenhang mit Zahnfleischerkrankungen.

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

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

Zahn- und kieferchirurgische Maßnahmen beziehen sich auf chirurgische Maßnahmen, die in einem Krankenhaus von einem Zahn- oder Kieferchirurg zur Behandlung von Erkrankungen im Mundbereich, Kiefergelenkerkrankungen, Frakturen der Gesichtsknochen, angeborener Kieferfehlbildungen, Speicheldrüsenerkrankungen und Tumoren durchgeführt werden.

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

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

Ausschlüsse

Auch wenn wir die meisten medizinisch notwendigen Behandlungen versichern, übernehmen wir die folgenden Ausgaben nicht, außer in der Tariflichen Leistungszusage oder in einem schriftlichen Versicherungsschein anderes angegeben.

BESCHAFFUNG EINES ORGANS

Kosten für die Beschaffung eines Organs bei einer Transplantation, wie z. B. Kosten für die Spendersuche, die Typisierung, die Organentnahme, den Transport und die Verwaltung.

CHEMISCHE VERUNREINIGUNG UND RADIOAKTIVITÄT

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

ERGÄNZENDE MEDIZIN

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

KOMPLIKATIONEN AUFGRUND IM RAHMEN IHRES TARIFS NICHT VERSICHERTER BEHANDLUNGEN

Kosten für Komplikationen, die direkt durch eine Krankheit, Verletzung oder Behandlung entstanden sind, für die Ihr Versicherungsschutz begrenzt ist oder die Ihr Versicherungsschutz ganz ausschließt.

ÄRZTLICHE BERATUNG DURCH SIE SELBST ODER EIN FAMILIENMITGLIED

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

ZAHNVENEERS

Zahnveneers und die damit verbundenen Maßnahmen

ENTWICKLUNGSSTÖRUNGEN

Entwicklungsstörungen, es sei denn, ein Kind hat den seinem Alter entsprechenden Entwicklungsstand im Hinblick auf seine kognitive oder physische Entwicklung nicht erlangt. Behandlungskosten für ein leichtes oder vorübergehendes Zurückbleiben in der Entwicklung werden nicht erstattet. Die Entwicklungsstörung muss durch qualifiziertes Personal quantitativ gemessen und als 12-monatige Verzögerung der kognitiven und/oder physischen Entwicklung dokumentiert werden.

DROGENABHÄNGIGKEIT ODER ALKOHOLISMUS

Behandlungen infolge von Drogenabhängigkeit oder Alkoholismus (inklusive Entzugsprogrammen wie z. B. Behandlungen zur Raucherentwöhnung), sowie Todesfälle oder Behandlung von Erkrankungen, die nach unserer angemessenen Beurteilung eine Folge des Missbrauchs von Alkohol oder Drogen sind (z. B. Organversagen oder Demenz). Bei grob fahrlässiger oder absichtlicher Herbeiführung eines Unfalls, insbesondere bei missbräuchlichem Konsum von Alkohol und anderen Drogen, können Leistungen gekürzt oder in schwerwiegenden Fällen verweigert werden.

EXPERIMENTELLE ODER UNBEWIESENE BEHANDLUNGEN ODER ARZNEIMITTEL

Jede Art von Behandlung oder Arzneimitteltherapie, die sich aus unserer Sicht als experimentell oder unbewiesen darstellt, da sie nicht der allgemein akzeptierten medizinischen Praxis entspricht.

NICHTBEACHTUNG EINES ÄRZTLICHEN RATS ODER DER NICHTKONSULTATION EINES ARZTES

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

FAMILIENTHERAPEUTEN ODER BERATER

Kosten für einen Familientherapeuten oder -berater für ambulante psychotherapeutische Behandlung.

GEBÜHREN FÜR DAS AUSFÜLLEN DES ERSTATTUNGSFORMULARS

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

GENETISCHE TESTS

Genetische Tests, außer:

- a) spezifische genetische Tests, die in Ihrem Tarif versichert sind.
- b) DNA-Tests im direkten Zusammenhang mit einer versicherten Fruchtwasseruntersuchung, z. B. bei Frauen ab 35 Jahren.
- c) wenn genetische Tests zur Erkennung von Tumorrezeptoren mitversichert sind.

HAUSBESUCHE

Hausbesuche, es sei denn, diese sind nach einem plötzlichen Ausbruch einer akuten Krankheit notwendig, weil es für Sie unmöglich ist, einen Arzt oder Therapeuten aufzusuchen.

BEHANDLUNGEN BEI UNFRUCHTBARKEIT

Behandlungen bei Unfruchtbarkeit, einschließlich medizinisch assistierter Fortpflanzung oder negativer Folgen, es sei denn, Ihr Versicherungsschutz schließt die spezifisch aufgeführte Leistung „Behandlungen bei Unfruchtbarkeit“ ein oder Sie haben einen Ambulanttarif ausgewählt. Wenn Sie einen Ambulanttarif haben, sind nicht invasive Untersuchungen zur Feststellung der Ursache für die Unfruchtbarkeit bis zum Höchsterstattungsbetrag des Ambulanttarifs mitversichert.

VERLETZUNGEN BEI BERUFSSPORT

Diagnostik und Therapie von Verletzungen, die ihren Ursprung in der Ausübung von Berufssport haben.

ABSICHTLICH HERBEIGEFÜHRTE KRANKHEITEN UND SELBST VERURSACHTE VERLETZUNGEN

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

LASERAUGENKORREKTUR

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

HAARVERLUST UND HAARERSATZ

Untersuchungen und Behandlungen von Haarverlust sowie Haarerersatz, es sei denn, der Haarverlust ist auf eine Krebstherapie zurückzuführen.

KUNSTFEHLER

Behandlungen, die aufgrund eines Kunstfehlers erforderlich werden.

ÜBERGEWICHT

Untersuchungen und Behandlungen aufgrund von Übergewicht.

ORTHOMOLEKULARE BEHANDLUNG

Bitte lesen Sie die Definition zu „Orthomolekulare Behandlung“.

TEILNAHME AN EINEM KRIEG ODER ILLEGALEN AKTIVITÄTEN

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

- Krieg, kriegerische Handlungen und Vorfälle
- Aufruhr

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

PLASTISCHE CHIRURGIE

Behandlung durch einen plastischen Chirurgen, sei es aus medizinischen oder psychologischen Gründen. Dies umfasst jegliche kosmetische oder ästhetische Behandlung zur Verbesserung des Aussehens, selbst wenn medizinisch verschrieben. Die einzigen Ausnahme sind genehmigte Geschlechtsdysphorie und rekonstruktive Operationen zur Wiederherstellung der Funktion oder der äußeren Erscheinung nach einem entstellenden Unfall oder im Rahmen einer chirurgischen Behandlung im Zusammenhang mit einer Krebserkrankung dar, vorausgesetzt, der Unfall oder die chirurgische Behandlung erfolgen während Ihrer Versicherungszeit.

GEBURTSVOR- UND GEBURTSNACHBEREITUNG

Geburtsvor- und Geburtsnachbereitungskurse.

VORERKRANKUNGEN

Für risikogeprüfte Gruppen: Vorerkrankungen (einschließlich chronischer Vorerkrankungen), wenn:

- auf einem Sondervereinbarungsformular, das wir vor Versicherungsbeginn ausgestellt haben, angegeben.
- Erkrankungen im Antragsformular nicht angegeben wurden.
- Erkrankungen zwischen dem Ausfüllen des Antragsformulars und später als zu den folgenden Zeitpunkten auftreten:
 - Datum, an dem wir den Versicherungsschein ausstellen oder
 - Datum des Versicherungsbeginns

Solche Erkrankungen unterliegen einer medizinischen Risikoprüfung und werden nicht mitversichert, sollten sie nicht angegeben worden sein.

FREI VERKÄUFLICHE PRODUKTE

Frei verkäufliche Arzneimittel und Produkte, es sei denn, eine diesbezügliche Leistung ist Teil Ihrer Tariflichen Leistungszusage.

GESCHLECHTSUMWANDLUNG

Operationen und Behandlungen zur Geschlechtsumwandlung.

Blepharoplastik

Wangen-/Jochbein-Implantate

Kinn-/Nasen-Implantate

Kollageninjektion

Gesichts-/Stirn-Lifting

Gesichtsknochen-Operation (Osteoplastik)

Haarentfernung/Haartransplantation

Kieferverkleinerung

Kehlkopfplastik

Rhinoplastik

Skin Resurfacing (z. B. Dermabrasion, Säurepeeling)

Chondroplastik

Nackenstraffung

Lippenverstärkung

Botox- und Filler-Injektionen

SCHLAFSTÖRUNGEN

Behandlung von Schlafstörungen, einschließlich Insomnie, obstruktive Schlafapnoe, Narkolepsie, Schnarchen und Zähneknirschen.

SPRACHTHERAPIE

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

AUFENTHALTE IN KURZENTREN

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

STERILISIERUNG, SEXUELLE DYSFUNKTION UND VERHÜTUNG

Untersuchungen, Behandlungen und Folgeerscheinungen von:

- Sterilisierung
- Sexueller Dysfunktion (es sei denn, diese Störung resultiert aus einer vollständigen Entfernung der Prostata infolge einer Krebsbehandlung)
- Verhütung, einschließlich des Einsetzens und Entfernens jeglicher zur Verhütung gebräuchlicher Hilfsmittel, selbst wenn diese aus medizinischen Gründen verschrieben. Die einzige Ausnahme sind von einem Dermatologen verschriebene Verhütungsmittel zur Behandlung von Akne.

LEIHMUTTERSCHAFT

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

SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH

Schwangerschaftsabbruch, außer wenn das Leben der Mutter in Gefahr ist.

REISEKOSTEN

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

BEHANDLUNG IN DEN USA IN DEN FOLGENDEN FÄLLEN

Behandlungen in den USA, wenn wir vermuten, dass der Versicherungsschutz nur abgeschlossen wurde, um Behandlungen in den USA aufgrund einer Krankheit oder Symptomen zu erhalten, die:

- bereits vor Versicherungsabschluss aufgetreten sind
- oder bevor Sie die USA in Ihren versicherten Geltungsbereich aufgenommen haben.

Sollten wir Erstattungen aufgrund solcher Gegebenheiten bezahlt haben, behalten wir uns das Recht vor, eine Erstattung für bereits bezahlte Leistungen von Ihnen zu verlangen.

BEHANDLUNG AUSSERHALB DES VERSICHERTEN GEOGRAFISCHEN GELTUNGSBEREICHS

Behandlung außerhalb des versicherten geografischen Geltungsbereichs, außer in Notfällen oder nach entsprechender Genehmigung durch uns.

TRIPLE-/BART'S-, QUADRUPLE- UND SPINA-BIFIDA-TESTS

Triple-/Bart's-, Quadruple- oder Spina-Bifida-Tests, ausgenommen für Frauen ab 35 Jahren.

TESTS AUF TUMORMARKER

Tests auf Tumormarker, es sei denn bei Ihnen wurde der fragliche Krebs bereits früher diagnostiziert. In diesem Fall besteht Versicherungsschutz innerhalb der Leistung Onkologie.

SCHIFF AUF SEE

Medizinische(r) Überführung/Rücktransport von einem Schiff auf See zu einer medizinischen

VITAMINE ODER MINERALSTOFFE

Produkte, die wie folgt klassifiziert sind:

- Vitamine oder Mineralstoffe (außer während einer Schwangerschaft oder zur Behandlung eines diagnostizierten und klinisch relevanten Vitaminmangels)

- Nahrungsmittelergänzungsprodukte, inklusive Spezialbabynahrung und kosmetischer Produkte.

Diese Produkte sind von einer Erstattung ausgeschlossen, auch wenn diese medizinisch anerkannt, empfohlen oder verschrieben wurden und eine therapeutische Wirkung haben. Die Kosten für eine Ernährungsberatung sind nicht versichert, außer, wenn eine dies Leistung in Ihrer Tariflichen Leistungszusage enthalten ist.

LEISTUNGEN, DIE NICHT IN IHRER TARIFLICHEN LEISTUNGSZUSAGE AUFGEFÜHRT SIND.





Die folgende Leistungen oder damit verbundene nachteilige Folgen oder Komplikationen, es sei denn, sie sind in Ihrer Tariflichen Leistungszusage aufgeführt:

- Zahnbehandlungen, chirurgisch zahnärztliche Eingriffe, zahnärztliche Parodontalbehandlung, kieferorthopädische Behandlungen und Zahnersatz. Die einzige Ausnahme sind zahn- und kieferchirurgische Maßnahmen, welche im Rahmen Ihres Haupttarifs versichert sind.
- Ernährungsberaterkosten
- Zahnärztliche Notfallbehandlung
- Kosten für eine Begleitperson im Falle einer/s medizinischen Überführung/Rücktransports
- Vorsorgeuntersuchungen, einschließlich Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten.
- Hausentbindungen
- Behandlungen bei Unfruchtbarkeit
- Stationäre Psychiatrie und Psychotherapie
- Medizinischer Rücktransport
- Organtransplantation
- Ambulante Psychiatrie und Psychotherapie
- Ambulante Behandlungen
- Verschriebene Brillen und Kontaktlinsen, einschließlich Augenuntersuchungen
- Verschriebene medizinische Hilfsmittel
- Vorbeugende Behandlungen
- Rehabilitationsmaßnahmen
- Reguläre Schwangerschaft.
- Reisekosten für versicherte Familienmitglieder im Falle eines Rücktransports/ einer Überführung
- Reisekosten für versicherte Familienmitglieder im Falle einer Überführung der sterblichen Überreste.
- Reisekosten für Versicherte, die ein in Lebensgefahr schwebendes oder ein verstorbenes Familienmitglied begleiten
- Impfungen






Sprechen Sie mit uns! Wir helfen Ihnen gerne weiter!

Wenn Sie Fragen zu Ihrem Zusatzversicherungsschutz, zu Überführungen oder Rücktransporten haben, wenden Sie sich bitte an:

KPT (für Informationen und Unterstützung bei Behandlungen innerhalb der Schweiz):

-  Tel.: + 41 (0)58 310 98 25
-  E-Mail: awc.member@kpt.ch
-  Fax: + 41 (0)58 310 88 25
-  Adresse: KPT, Team International Allianz, Postfach, CH-3001 Bern

Allianz Care (für Informationen und Unterstützung außerhalb der Schweiz):

-  24/7 Helpline: + 353 1 630 1302
-  Email: client.services@allianzworldwidecare.com
-  Fax: + 353 1 630 1306
-  Adresse: Allianz Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irland
-  www.allianz-partners.com/de_CH/geschaeftsfelder/care/firmenkunden.html

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

Versicherer Ihrer VVG Versicherung ist AWP P&C S.A., Saint-Ouen (Paris), Niederlassung Wallisellen (Schweiz), die schweizerische Niederlassung von AWP P&C S.A., Saint-Ouen, Frankreich, eine Aktiengesellschaft nach französischem Recht. Registriert in Frankreich unter der Nr.: 519 490 080 RCS Paris. Schweizerische Niederlassung ist eingetragen im Handelsregister in Zürich, Registernummer: CHE-115.393.016, Adresse: Richtiplatz 1, 8304 Wallisellen, Schweiz.

KPT Krankenkasse AG, Wankdorfallee 3, CH-3000 Bern 22, registrierte BAG Nr. 376. KPT stellt Verwaltungsdienste innerhalb der Schweiz bereit.

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