



Handbuch zum erweiterten Kranken- versicherungstarif

Herzlich Willkommen bei Allianz Care

Apple hat sich mit Allianz Care zusammengeschlossen, damit Sie und Ihre anspruchsberechtigten Familienangehörigen einfach Zugang zu einer erweiterten Krankenversicherung in Ihrem Beschäftigungsland erhalten.


Allianz Care spezialisiert sich auf internationaler Krankenversicherungen und stützt sich dabei auf das Know-How und die Erfahrungen von Allianz SE, einem der führenden Versicherungsunternehmen der Welt.

Anspruchsberechtigung

Wenn Sie unter Ihrem lokalen Apple Versicherungstarif in den teilnehmenden Ländern versichert und anspruchsberechtigt sind, können Sie und Ihre Angehörigen auch den erweiterten Krankenversicherungstarif in Anspruch nehmen. Der erweiterte Krankenversicherungstarif ergänzt Ihren lokalen Tarif und deckt höhere Erstattungsbeträge sowie zusätzliche Behandlungen und Services ab.

Sprechen Sie mit uns, wir helfen Ihnen gerne weiter!

Unsere mehrsprachige Helpline ist rund um die Uhr erreichbar, um Fragen zu Ihrer Police zu beantworten oder bei Erstattungen weiterzuhelfen.

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

 E-Mail: apple.helpline@e.allianz.com

Wenn Sie Unterstützung in einer anderen Sprache möchten, informieren Sie bitte unsere Helpline, wenn Sie anrufen. Wir werden dann einen Übersetzungsdienst organisieren.

So nutzen Sie Ihren erweiterten Krankenversicherungstarif

Prüfen Sie Ihren Versicherungsschutz

Prüfen Sie zunächst, ob Ihr Tarif die von Ihnen gewünschte Behandlung vorsieht. In der Tariflichen Leistungszusage finden Sie einen Überblick über Ihren Versicherungsschutz. Bitte beachten Sie, dass der Versicherungsschutz unseren Versicherungsbedingungen, Beschränkungen und Ausschlüssen unterliegt, wie in diesem Handbuch beschrieben.

Tarifliche Leistungszusage

Alle Versicherungsbeträge sind in US-Dollar.

Erweiterter Krankenversicherungstarif – Versicherungsschutz	Erstattungsgrenzen pro versicherter Person
Höchsterstattungsbetrag	2.000.000 US\$
Krebs und andere schwere Erkrankungen	500.000 US\$ pro Erkrankung
Angeborene Erkrankungen und Geburtsfehler	500.000 US\$ pro Erkrankung
Autismus oder Entwicklungsstörungen	Ohne ABA: 10.000 US\$ pro Jahr / ABA: 25.000 US\$ auf Lebenszeit
Fruchtbarkeitsdiagnostik	10.000 US\$ auf Lebenszeit
Medizinische Gebrauchsgüter, Orthesen, Prothesen	10.000 US\$ pro Jahr (Medizinische Gebrauchsgüter & Orthesen)* 25.000 US\$ pro Jahr (Prothesen) *500 US\$ Selbstbeteiligung pro Gebrauchsgut

Sind Sie bei einem lokalen Versicherer oder Sozialversicherungsträger versichert?

Bevor Sie einen Antrag bei uns einreichen, müssen Sie sich mit Ihrem lokalen Versicherer oder Sozialversicherungsträger in Verbindung setzen und eine Bescheinigung anfordern. Aus dieser muss hervorgehen, dass der Versicherungsschutz aktiv ist (Datum für Versicherungsbeginn/Versicherungsende) und welche Leistungen versichert sind, einschließlich etwaiger Erstattungsgrenzen.

Um Ihren Antrag angemessen zu prüfen, müssen wir sicherstellen, ob Ihre lokale Versicherung oder Sozialversicherung die Kosten für die Behandlung vollständig oder teilweise übernimmt oder ablehnt. In solchen Fällen legen Sie uns für die Prüfung bitte die entsprechenden unterstützenden Dokumente vor, z. B. den Ablehnungsbescheid, eine Erläuterung der Leistung, einen Kontoauszug.

Die erste Behandlung

Um eine erste Erstattung für sich selbst oder anspruchsberechtigte Angehörige geltend zu machen, müssen Sie uns anrufen oder eine E-Mail schicken, um Ihren Versicherungsschutz zu aktivieren.

1. Kontaktieren Sie unsere rund um die Uhr erreichbare Helpline (siehe Seite 2).
2. Machen Sie persönliche Angaben:
 - Name des Arbeitgebers
 - Vor- und Nachname
 - Mitarbeiter-ID
 - Geburtsdatum (aus Datenschutzgründen ist im System ein provisorisches Datum angegeben. Wir aktualisieren die Informationen, wenn Sie sich mit uns in Verbindung setzen, um Ihren Versicherungsschutz zu aktivieren.)
 - E-Mail-Adresse (für die weitere Kommunikation)
3. Melden Sie Ihre angehörige Person an, wenn sie eine Behandlung benötigt (siehe Abschnitt „Anmeldung von Angehörigen“ unten)
4. Wir senden Ihnen eine individuelle Versicherungsnummer per E-Mail zu.

Anmeldung von Angehörigen

Wenn eine der anspruchsberechtigten angehörigen Personen eine Behandlung benötigt, die im Rahmen dieses Tarifs versichert ist, füllen Sie bitte das Anmeldeformular für Angehörige des erweiterten Krankenversicherungstarifs aus und senden Sie es uns so bald wie möglich zu. Sobald Ihr Angehöriger für die Versicherung angemeldet ist, können Sie einen Antrag stellen oder eine Vorabgenehmigung für die Behandlung einholen. Bitte beachten Sie, dass die individuelle Versicherungsnummer für alle berechtigten Familienangehörigen gilt, die mitversichert wurden.

Manche Behandlungen müssen im Voraus genehmigt werden

Wenn Sie (oder einer Ihrer Angehörigen) eine stationäre oder hochpreisige Behandlung planen, müssen Sie bei uns eine vorherige Kostenzusage beantragen. Bei der vorherigen Kostenzusage handelt es sich um einen Prozess, bei dem wir die Versicherung bestimmter erforderlicher Behandlungen und deren Kosten (sofern gedeckt) wie folgt garantieren:

- Stationäre Leistungen (Behandlungen in einem Krankenhaus, die aus medizinischer Sicht eine Übernachtung erfordern)
- Teilstationäre Behandlung/Tagesklinik inklusive Chemotherapie und Strahlentherapie
- Ambulante Operationen
- Positronenemissions- (PET) und Computer-Positronenemissionstomografie (CT-PET)

Prozess der vorherigen Kostenzusage für Behandlungen

Falls Sie oder eine Ihrer angehörigen Personen in ein Krankenhaus eingewiesen werden müssen oder eine hochpreisige Behandlung benötigen, **gehen Sie mindestens 5 Werktage vor der geplanten Behandlung wie unten beschrieben vor**. Unser medizinisches Team wird Ihren Versicherungsschutz dann bestätigen und eine reibungslose Einweisung ermöglichen.



Wenden Sie sich an Ihre lokale Versicherung und fordern Sie eine Versicherungsbescheinigung an, aus der das Verlängerungsdatum und die Leistungen hervorgehen, für die Sie versichert sind, einschließlich der geltenden Höchstbeträge. Um Ihren Antrag angemessen zu prüfen, müssen wir sicherstellen, ob Ihre lokale Versicherung oder Sozialversicherung die Kosten für die Behandlung vollständig oder teilweise übernimmt oder ablehnt. Bitte vergewissern Sie sich, dass dies in der Versicherungsbescheinigung oder dem entsprechenden vorgelegten Dokument deutlich angegeben ist.



Laden Sie ein Formular zur vorherigen Kostenzusage für Ihren erweiterten Krankenversicherungstarif im Mitgliederbereich für Versicherte herunter: www.allianzcare.com/apple



Bitte senden Sie uns das vollständig ausgefüllte Kostenzusage zusammen mit allen Unterlagen mindestens fünf* Werktage vor der Behandlung an: apple.helpline@e.allianz.com



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

Sobald wir alle erforderlichen Informationen erhalten haben, überprüft unser medizinisches Team den Fall und die bereitgestellten Informationen und stellt dem medizinischen Dienstleister eine Zahlungsgarantie aus, mit der die Behandlung genehmigt wird (vorausgesetzt, Sie haben Anspruch auf die Erstattung). Falls wir weitere Informationen benötigen, werden wir Sie, Ihren Arzt oder den medizinischen Dienstleister gegebenenfalls kontaktieren, was zu Verzögerungen des Prozesses führen kann.

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 Familienmitglied oder 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.

Zahlung und Erstattung

Wenn Sie Ihre Behandlung bereits erhalten und die Rechnung bezahlt haben

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



Wenden Sie sich an Ihre lokale Versicherung und fordern Sie eine Versicherungsbescheinigung an, aus der das Verlängerungsdatum und die Leistungen hervorgehen, für die Sie versichert sind, einschließlich der geltenden Höchstbeträge. Um Ihren Antrag angemessen zu prüfen, müssen wir sicherstellen, ob Ihre lokale Versicherung oder Sozialversicherung die Kosten für die Behandlung vollständig oder teilweise übernimmt oder ablehnt. Bitte vergewissern Sie sich, dass dies in der Versicherungsbescheinigung oder dem entsprechenden vorgelegten Dokument deutlich angegeben ist.



Lassen Sie sich von Ihrem medizinischen Dienstleister eine Rechnung ausstellen. Auf der Rechnung muss Folgendes deutlich angegeben sein:

- a. Ihr Name
- b. Behandlungsdatum bzw. -daten
- c. Der Gesundheitszustand und die Art der Behandlung
- d. Das Datum, an dem die Symptome das erste Mal aufgetreten sind
- e. Behandlungskosten



Fordern Sie Ihre erstattungsfähigen Ausgaben über unserer MyHealth App oder im Online-Portal zurück (www.allianzcare.com/de/anmeldung.html).

Fügen Sie einfach Ihre Rechnung(en) bei und geben Sie Einzelheiten an: Patient, Land der Behandlung, medizinischer Dienstleister, Art der Behandlung, medizinische Gründe, Rechnungsdatum, Währung und Betrag. Senden Sie alles per Klick und fertig!

Bitte senden Sie uns Ihren Erstattungsantrag mit allen erforderlichen Dokumenten, Rechnungen und Belegen.

Bitte bewahren Sie für weitere Erstattungsanträge Kopien aller Unterlagen auf. Sie müssen bei jedem erneuten Erstattungsantrag die oben genannten Unterlagen berücksichtigen und einsenden.



Schnelle Bearbeitung von Erstattungsanträgen

Sobald wir alle erforderlichen Informationen erhalten haben, werden wir Ihren Erstattungsantrag innerhalb von 48 Stunden bearbeiten. Wenn nicht alle erforderlichen Informationen für den Erstattungsantrag vorliegen, fordern wir diese Informationen von Ihnen an. Bevor Sie Ihre Erstattungsanträge absenden, können Sie uns anrufen oder eine E-Mail senden, um sich zu vergewissern, dass alle erforderlichen Informationen gesendet wurden.

- * Bitte beachten Sie, dass die Bearbeitungszeit für Ihren ersten Antrag bzw. Ihre erste Vorabgenehmigung länger dauern kann als üblich, da wir Ihre Daten in unserem System aktualisieren müssen (bzw. wenn die Behandlung für einen Familienangehörigen erfolgt, müssen wir diesen zunächst in unserem System einrichten).

Zusätzliche Informationen zu Erstattungsanträgen

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

- **Zeitraumen für Erstattungsanträge:** Reichen Sie bitte Ihre Erstattungsanträge spätestens sechs Monate nach Ablauf des Versicherungsjahrs ein. Wird die Versicherung innerhalb des Versicherungsjahrs gekündigt, so müssen Sie alle Erstattungsanträge spätestens sechs Monate nach Ende des Versicherungsschutzes einreichen. Danach sind wir nicht mehr zur Erstattung verpflichtet.
- **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.
- **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.

- **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, haben wir das Recht, den von uns gezahlten Betrag zu reduzieren oder abzulehnen.

Kategorien für den Versicherungsschutz

Lebenslange Höchstbetrag: 2.000.000 US\$

Krebs und andere schwere Erkrankungen

Versicherungsschutz und Höchstleistungsgrenze 500.000 US\$ pro Erkrankung

Vorbehaltlich der vor Ort geltenden Gesetze und Vorschriften bietet die Police den Versicherten Versicherungsschutz für Behandlungen von Krebs und anderen schweren oder lebensbedrohlichen Erkrankungen (aufgrund von Krankheit oder Verletzung), die über die örtlichen Versicherungsgrenzen hinausgehen, bis zu einem in der Leistungstabelle angegebenen jährlichen Höchstbetrag.

Krebs:

Der Versicherungsschutz 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.

Andere schwere lebensbedrohliche Erkrankungen (die nachstehende Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit):

- Kopfverletzung, die einen stationären Aufenthalt erfordert
- Rückenmarksverletzungen
- Schwere Verbrennungen auf 20 % oder mehr des Körpers
- Mehrfachverletzungen aufgrund eines Unfalls
- Frühgeburt und damit verbundene Komplikationen
- Schlaganfall
- Hirnschäden aufgrund eines Unfalls, eines Herzstillstands oder infolge eines chirurgischen Eingriffs oder einer Komplikation eines chirurgischen Eingriffs
- Unheilbare Krankheit mit einer weiteren Lebenserwartung von bis zu sechs (6) Monaten
- Erworbenes Immunschwächesyndrom (AIDS)
- Schwere Covid-Fälle, definiert als: Patienten mit COVID-19, gelten als schwer krank, wenn sie eines der folgenden Symptome aufweisen:

- SpO2 <94% bei Raumluft auf Meereshöhe
- PaO2/FiO2 <300 mm Hg
- Atemfrequenz >30 Atemzüge/min
- Lungeninfiltrate >50 %

Lebensbedrohlicher Zustand:

Der Gesundheitszustand des Versicherten unter folgenden Umständen:

- ist zum Zeitpunkt des Ereignisses lebensbedrohlich
- weist alle folgenden Merkmale auf:
 - ausgeprägt instabile Vitalparameter,
 - akute Beeinträchtigung eines oder mehrerer lebenswichtiger Organe,
 - hochkomplexe kritische Versorgung in einer Intensivstation/Notaufnahme.

Angeborene Erkrankungen und Geburtsfehler

Versicherungsschutz und Höchstleistungsgrenze 500.000 US\$ pro Erkrankung

Vorbehaltlich der vor Ort geltenden Gesetze und Bestimmungen wird Versicherungsschutz für die Behandlung von angeborenen Erkrankungen und Geburtsfehlern gewährt, einschließlich der Kosten im Zusammenhang mit:

- Kosten des Arztes für chirurgische Eingriffe
- Kosten für Routineuntersuchungen beim Arzt und medizinisch notwendige diagnostische Tests
- Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus
- Verschreibungspflichtige Arzneimittel

Autismus oder Entwicklungsstörungen

Autismus oder Entwicklungsstörungen (ohne ABA)

Versicherungsschutz und Erstattungsgrenzen: 10.000 US\$ (pro Jahr)

Unter Vorbehalt der lokalen geltenden Gesetze und Vorschriften werden medizinisch notwendige Therapien übernommen, die im Rahmen eines Behandlungsplans verordnet werden, einschließlich, aber nicht beschränkt auf:

- Kosten im Zusammenhang mit der Untersuchung und Diagnose von Autismus und anderen Entwicklungsstörungen
- Rehabilitationsleistungen, d. h. Leistungen, die der Entwicklung und nicht der Wiederherstellung einer Funktion dienen

- Therapieleistungen (restorativ oder nicht), z. B.:
 - Beschäftigungstherapie, um die Fähigkeit des Versicherten zu entwickeln, die gewöhnlichen Aufgaben des täglichen Lebens auszuführen
 - physiotherapeutische Behandlung zur Entwicklung der körperlichen Funktion eines Versicherten
 - Sprachtherapie zur Behandlung der Sprachbehinderung eines Versicherten

Hinweis: Entwicklungsstörungen des Nervensystems einschließlich, aber nicht beschränkt auf Entwicklungsstörungen unbekannter Klassifizierung mit einer deutlichen kognitiven Verzögerung, eine Autismus-Spektrum-Störung (ASS), eine geistige Behinderung (z. B. Down-Syndrom, Apert-Syndrom (AS)), eine motorische Behinderung (z. B. Zerebralparese), Lernbehinderungen und Kommunikationsstörungen (z. B. Dyslexie, Sprachstörungen), eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADD, ADHS). Fetale Alkoholspektrum-Störungen (FASD), einschließlich Fetales Alkoholsyndrom (FAS) und damit verbundene Störungen wie die alkoholbedingte entwicklungsneurologische Störung (ARND) werden über diese Definition versichert.

Autismus oder Entwicklungsstörungen (ABA)

Versicherungsschutz und Erstattungsgrenzen: 25.000 US\$ (auf Lebenszeit)

Angewandte Verhaltensanalyse (ABA) ist eine Therapie, die auf der Wissenschaft des Lernens und Verhaltens basiert. Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte diesem Link:

Applied Behavior Analysis (ABA) | Autism Speaks

Für die Zwecke dieser Leistung wird die Definition des Begriffs „behandelnder Arzt“ so erweitert, dass er entweder einen Arzt oder eine Person umfasst, die für die Durchführung von ABA-Therapien akkreditiert ist (akkreditiert von BCBA, CAS oder einer für das Behandlungsland zuständigen Stelle).

Unter Vorbehalt der lokalen geltenden Gesetze und Vorschriften werden medizinisch notwendige Therapien übernommen, die im Rahmen eines Behandlungsplans verordnet werden, einschließlich, aber nicht beschränkt auf:

- Notwendige Verhaltensinterventionen, die auf den Grundsätzen der angewandten Verhaltensanalyse (ABA) und verwandten strukturierten Verhaltensprogrammen beruhen und für die Behandlung eines Versicherten mit Autismus anwendbar sind. Für eine solche Behandlung gilt:
 - Die Behandlung wurde vom behandelnden Arzt über einen unterzeichneten Behandlungsplan verordnet. Der Behandlungsplan umfasst eine Diagnose, die vorgeschlagene Art der Behandlung, Häufigkeit und Dauer der Behandlung, die erwarteten Ergebnisse als Ziele angegeben, und enthält die Häufigkeit der Aktualisierung des Behandlungsplans.
 - Wenn die Behandlung zusätzlich zu einer der oben genannten Therapien erforderlich ist.
 - Unter ABA fallende Behandlungen und Therapien müssen von einem Arzt oder einer qualifizierten Fachkraft durchgeführt oder beaufsichtigt werden, der/die über eine entsprechende Zulassung verfügt (z. B. BCBA, CAS, IBCCES).

Fruchtbarkeitsbehandlung

Versicherungsschutz und Höchstleistungsgrenze 10.000 US\$ auf Lebenszeit

Je nach den vor Ort geltenden Gesetzen, Vorschriften und der Verfügbarkeit von Behandlungen im Behandlungsland wenden Sie sich bitte an Allianz Care, um eine vollständige Liste der in Ihrem Land abgedeckten Leistungen zu erhalten. Erstattet werden Leistungen und Verfahren die im Zusammenhang mit medizinisch üblichen ART-Verfahren (Assisted Reproductive Technology) zur Verbesserung der Fruchtbarkeit erbracht werden. Der Versicherungsschutz umfasst Rezepte, chirurgische Eingriffe und die künstliche Befruchtung, zu der auch die Entnahme und Lagerung gehören kann, sofern dies zulässig ist*.

Beispiele von Verfahren, jedoch nicht beschränkt darauf:

- In-vitro-Fertilisation
- Intratubarer Gametentransfer (GIFT)
- Intratubarer Zygotentransfer (ZIFT)
- Schwangerschafts-Bluttest (Beta-hCG)
- Befruchtung/Insemination von Eizellen

Der Versicherungsschutz umfasst alle verschreibungspflichtigen Arzneimittel, die nicht durch die örtliche Versicherung, entweder die gesetzliche oder die örtliche Zusatzversicherung, abgedeckt sind.

Der Versicherungsschutz wird im Rahmen dieser Bestimmung über die örtliche Zusatzversicherung und/oder die gesetzlichen Pläne hinaus gewährt und darf die in der Tariflichen Leistungszusage angegebene lebenslange Höchstleistungssumme nicht überschreiten.

- * Die mit der Lagerung verbundenen Kosten werden bis zur Nutzung oder bis zur Beendigung des Anspruchs des Versicherten oder bis zu 5 Jahren, je nachdem, was zuerst eintritt, bezahlt.
- ** Wenden Sie sich an Allianz Care, um eine vollständige Liste der in Ihrem Land abgedeckten Leistungen zu erhalten.

Medizinische Gebrauchsgüter

Versicherungsschutz und Höchstleistungsgrenze

- 10.000 US\$ für medizinische Gebrauchsgüter und Orthesen (pro Jahr)
- 25.000 US\$ für Prothesen (pro Jahr)

Vorbehaltlich der vor Ort geltenden Gesetze und Vorschriften übernimmt der Versicherungsschutz die Kosten für die abgedeckten Artikel (siehe unten) und die damit verbundenen Gebühren, die bei der Beschaffung eines orthopädischen Hilfsmittels, eines permanenten medizinischen Gerätes oder einer prothetischen Vorrichtung anfallen, die medizinisch notwendig und als Teil der Standardbehandlung/-therapie anerkannt sind, einschließlich Lungen-/Atemwegsproblemen, Hörproblemen, orthopädischen und neurologischen Störungen und Sehstörungen. Der Versicherungsschutz unterliegt den Höchsterstattungsbeiträgen, Selbstbeteiligungen und angemessenen und üblichen Kosten.

Selbstbeteiligung:

Die Selbstbeteiligung beträgt 500 US\$ je Gerät/Artikel für orthopädische Hilfsmittel oder permanente medizinische Gebrauchsgüter. Für Prothesen entfällt der Selbstbeteiligung.

Medizinische Gebrauchsgüter

Medizinische Gebrauchsgüter von einem Arzt verschrieben: Wenn mehr als ein medizinisches Gebrauchsgut/Hilfsmittel die Anforderungen erfüllt, umfasst der Versicherungsschutz nur das kostengünstigste Hilfsmittel, es sei denn Sie oder Ihr Dienstleister haben nachgewiesen, dass das Hilfsmittel die Lebensqualität erheblich verbessert.

Ersatz für das gleiche oder ein ähnliches medizinisches Gebrauchsgut/Hilfsmittel, das die angemessene Nutzungsdauer überschritten hat und durch eine normale Abnutzung nicht mehr reparierbar ist, wird vom Versicherungsschutz abgedeckt, jedoch nur einmal alle drei Jahre, es sei denn, es ist eine andere Nutzungsdauer für das Hilfsmittel angegeben.

Medizinische Gebrauchsgüter:

- sind für den wiederholten Gebrauch entwickelt und geeignet.
- sind nicht wegwerfbar.
- dienen einem medizinischen Zweck.
- sind aufgrund einer Verletzung, Krankheit oder eines medizinischen Zustands erforderlich, um alltägliche körperliche Funktionen auszuüben.
- sind geeignet für den Gebrauch zuhause.

Der Versicherungsschutz umfasst, ist aber nicht beschränkt auf:

- Rollstühle und Roller
- Hörgeräte
- CPAP
- Krankenhausbett
- Mobilitätshilfe für Sehbehinderte

Ausschlüsse:

- Blutzuckermessgeräte und -streifen
- Blutdruckmessgeräte
- Oximeter
- Gehhilfe, Krücken
- Infusionspumpen und Zubehör
- Sauerstoff, Vernebler
- Kompressionskleidung und -socken
- Sämtliche Reparatur- und Wartungskosten

Zur Klarstellung: Zu den medizinischen Gebrauchsgütern gehören unter anderem nicht: Anpassungen an Fahrzeugen, Klimaanlage, Luftreiniger, Luftbefeuchter, Luftentfeuchter, Aufzüge, Rampen, Treppengleiter, Notrufgeräte, Handläufe, Heizgeräte, Verbesserungen an der Wohnung oder am Geschäftssitz, Wasserbetten, Whirlpools sowie Übungs- und Massagegeräte.

Orthesen

Orthesen, die einen verletzten Körperteil stabilisieren, und Orthesen zur Behandlung von Wirbelsäulenverkrümmungen gelten als medizinische Gebrauchsgüter.

Beispielen für Orthesen sind, aber nicht beschränkt auf:

- Knöchel-Fuß-Orthese
- Knieorthesen
- Lumbal-Sakral-Orthese
- Notwendige Anpassungen der Schuhe an die Orthesen
- Thorakal-lumbal-sakrale Orthese

Prothetische Hilfsmittel

Prothesen sind künstliche Vorrichtungen, die dazu dienen, ein fehlendes Glied oder ein anderes fehlendes äußeres menschliches Körperteil zu ersetzen, wie künstliche Gliedmaßen, Hände, Finger, Füße und Zehen, jedoch mit Ausnahme von zahnmedizinischen Vorrichtungen und weitgehend kosmetischen Vorrichtungen wie künstlichen Brüsten, Wimpern und Perücken.

Ausschlüsse: Was ist nicht versichert?

Die folgenden Punkte beziehen sich auf Medizinische Gebrauchsgüter, Orthesen und Prothesen:

- Geräte, die nicht von einem zugelassenen medizinischen Anbieter verschrieben oder die nicht von einem Arzt angewiesen wurden.
- Experimentelle Geräte und Zubehör.
- Geräte und Computer zur Unterstützung von Kommunikation und Sprache, es sei denn, sie wurden von Ihrem Arzt genehmigt und entsprechen den klinischen Richtlinien, die vom Sachbearbeiter festgelegt wurden.
- Die Reparatur und der Ersatz von Geräten bei Verlust, Diebstahl oder Beschädigung aufgrund von Missbrauch, böswilliger Beschädigung oder grober Fahrlässigkeit.
- Geräte, die speziell als Sicherheitsartikel oder zur Beeinflussung der Leistung bei sportlichen Aktivitäten verwendet werden (z. B., aber nicht beschränkt auf Blutdruckmanschette/Monitor, Enuresis-Alarm, nicht tragbarer externer Defibrillator, Traversen und Ultraschallvernebler).
- Verschreibungspflichtige oder nicht verschreibungspflichtige medizinische Hilfsmittel und Einwegartikel, mit Ausnahme von Einwegspritzen, Nadeln und Teststreifen für Diabetes.

Ausschlüsse

Leistungen, die nicht in der Tariflichen Leistungszusage angegeben sind, sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

ABSICHTLICH HERBEIGEFÜHRTE KRANKHEITEN UND SELBST VERURSACHTE VERLETZUNGEN

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

BEHANDLUNGEN AUSSERHALB DES BESCHÄFTIGUNGSLANDES DES ANGESTELLTEN (GEOGRAFISCHER GELTUNGSBEREICH)

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

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 stehen.

ENTWICKLUNGSSTÖRUNGEN

Behandlungen bei leichten oder vorübergehenden Entwicklungsstörungen eines Kindes sind nicht versichert. Die Entwicklungsstörung muss durch qualifizierte medizinische Fachkräfte quantitativ gemessen worden sein.

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.

GENETISCHE TESTS

Genetische Tests sind vom Tarif ausgeschlossen, mit Ausnahme von:

- spezifischen genetischen Tests, die in Ihrem Tarif versichert sind;
- DNA-Tests im direkten Zusammenhang mit einer versicherten Fruchtwasseruntersuchung, z. B. bei Frauen ab 35 Jahren;
- genetischen Tests zur Erkennung von Tumorrezeptoren.

KUNSTFEHLER

Behandlungen, die aufgrund eines Kunstfehlers erforderlich werden.

NICHTBEACHTUNG EINES ÄRZTLICHEN RATS ODER DER NICHTKONSULTATION EINES ARZTES

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

ORTHOMOLEKULARE BEHANDLUNG

Eine orthomolekulare Behandlung ist im erweiterten Krankenversicherungstarif nicht versichert.

PLASTISCHE CHIRURGIE

Behandlung durch plastische 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 Ausnahmen sind angeborene Erkrankungen (Behandlung muss medizinisch notwendig sein), Operationen zur Wiederherstellung der Funktion oder der äußeren Erscheinung nach einem entstellenden Unfall oder im Rahmen einer chirurgischen Behandlung im Zusammenhang mit einer Krebserkrankung, vorausgesetzt, der Unfall oder die chirurgische Behandlung erfolgen während der Versicherungszeit.

REISEKOSTEN

Reisekosten von und zu medizinischen Einrichtungen für die Behandlung (einschließlich Parkgebühren).

TEILNAHME AN EINEM KRIEG ODER ILLEGALEN AKTIVITÄTEN

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

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

Weitere Bestimmungen für Ihren Versicherungsschutz

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

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.

Umstände außerhalb von 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.

Rechtsnachfolge: In Leistungsfällen, die aufgrund eines Verschuldens einer dritten Person erforderlich werden, haben wir das Recht, Schadenersatzansprüche für die Kosten der Behandlung bei der dritten Person zu stellen. Das Unternehmen und die versicherten Personen stimmen zu, mit uns zu kooperieren und alle relevanten Informationen offenzulegen oder jegliche von uns geforderten zumutbaren Schritte zu unternehmen.

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.

Datenschutz

Unser Datenschutzhinweis erklärt, wie wir Ihre Privatsphäre schützen und wie Ihre persönlichen Daten verwendet werden.

Sie sollten diese Information lesen, bevor Sie Ihre persönlichen Daten an uns übermitteln. Um unseren Datenschutzhinweis zu lesen, gehen Sie bitte auf:

 www.allianzcare.com/de/datenschutz.html

Alternativ können Sie uns auch anrufen und eine Kopie anfragen.

 +353 1 630 1302

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, oder senden Sie uns eine E-Mail an:

@ apple.helpline@e.allianz.com

Getreu unserer Philosophie sind wir stets bestrebt, eine starke Kundenbindung durch erstklassigen Kundenservice aufzubauen und aufrecht zu erhalten. Es kann jedoch vorkommen, dass wir trotz unseren Bemühungen nicht immer die Erwartungen unserer Kunden erfüllen. Aus diesem Grund wurde ein internationales Beschwerdeverfahren eingerichtet, um so Ihre Beschwerde schnell und effektiv zu bearbeiten, sollten Sie unzufrieden mit einem unserer Services sein. Gehen Sie im Falle einer Beschwerde bitte wie folgt vor:

@ Senden Sie uns eine E-Mail an: customer.advocacy@e.allianz.com oder

🏠 schicken Sie Ihre Beschwerde per Post an: **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.

Erweiterter Krankenversicherungstarif – Häufig gestellte Fragen

Was ist ein erweiterter Krankenversicherungstarif?

Der erweiterte Krankenversicherungstarif ist ein zusätzlicher Krankenversicherungstarif für Sie und Ihre anspruchsberechtigten, mitversicherten Angehörigen. Dieser Tarif versichert bestimmte Erkrankungen zusätzlich zu den Leistungen, die Sie aus sozialen oder staatlichen Programmen und Ihrem Apple Krankenversicherungstarif erhalten. Lesen Sie die Tarifliche Leistungszusage oben, um zu sehen, welche Erkrankungen versichert sind und welche Erstattungsbeträge gelten.

Muss ich für den Versicherungsschutz des erweiterten Krankenversicherungstarifs bezahlen?

Nein, die Kosten für den Tarif werden vollständig von Apple übernommen. In einigen Ländern kann der Versicherungsbeitrag jedoch besteuert werden.

Wer ist anspruchsberechtigt?

Alle Angestellten und deren anspruchsberechtigte Angehörige, die in einem Krankenversicherungstarif von Apple mitversichert sind. Um den Anspruch auf Versicherungsschutz zu bestätigen, wenden Sie sich bitte an den Apple People Support.

Wie melde ich mich für den erweiterten Krankenversicherungstarif an?

Sie sind automatisch im Rahmen Ihres Apple-Krankenversicherungstarif für den erweiterten Krankenversicherungstarif angemeldet. Wenn anspruchsberechtigte Angehörige in einem lokalen Apple Krankenversicherungstarif mitversichert sind, haben sie ebenfalls Anspruch auf den erweiterten Krankenversicherungstarif.

Was ist versichert?

Einzelheiten zum Versicherungsschutz im Rahmen des erweiterten Krankenversicherungstarifs, einschließlich Erstattungsgrenzen und Ausschlüsse, entnehmen Sie bitte der Tariflichen Leistungszusage zu Beginn dieses Handbuchs.

Warum sind andere Erkrankungen nicht versichert?

Die staatliche Krankenkasse und Ihr Apple-Krankenversicherungstarif sind nach wie vor für Sie der wichtigste Krankenversicherungsschutz. Apple hat festgestellt, dass bestimmte Leistungen sehr komplex und für die Versicherungspartner manchmal sehr schwierig zu verwalten sind. Außerdem sind in Extremfällen Behandlungen erforderlich, die über die Erstattungsgrenzen der Apple-Krankenversicherung hinausgehen. Der Zusatzversicherungsschutz bietet eine zweite Ebene der Absicherung. Aus diesem Grund ist Apple eine Partnerschaft mit Allianz Care eingegangen, um im Rahmen des erweiterten Krankenversicherungstarifs einen Versicherungsschutz für diese sehr speziellen Anforderungen zu bieten, und um das Fachwissen bündeln zu können. Auch wenn in Zukunft weitere Erkrankungen hinzukommen könnten, wird dies immer ein Tarif für sehr spezifische, einzigartige Anforderungen sein, die mit lokalen Krankenversicherungstarifen nicht ausreichend abgedeckt werden können.

Erhalte ich eine individuelle Versicherungsnummer?

Ja. Bevor Sie Ihren ersten Erstattungsantrag einsenden, setzen Sie sich mit unserer rund um die Uhr erreichbaren Helpline in Verbindung. Unser Team überprüft Ihre Angaben und vergewissert sich, dass diese mit den vom Arbeitgeber erhaltenen Informationen übereinstimmen. Danach erhalten Sie von uns eine individuelle Versicherungsnummer. Alle anspruchsberechtigten Angehörigen sind unter der gleichen Versicherungsnummer mitversichert, sobald Sie das Anmeldeformular für Angehörige eingeseendet haben. Bitte beachten Sie dazu die Anmerkungen zur Anmeldung von Angehörigen oben.

Für alle weiteren Erstattungen, eine vorherige Kostenzusage oder jede andere Kommunikation mit uns geben Sie bitte Ihre individuelle Versicherungsnummer an, wenn Sie sich mit uns in Verbindung setzen.

Wann endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz im Rahmen des erweiterten Krankenversicherungstarifs endet, wenn Sie sich bei Ihrer lokalen Apple Krankenversicherung abmelden, nicht mehr anspruchsberechtigt sind oder wenn Ihr Arbeitsverhältnis endet (je nachdem, welches Ereignis früher eintritt). Nach Beendigung des Versicherungsschutzes haben Sie bis zu sechs Monate Zeit, Erstattungsansprüche für Behandlungen geltend zu machen, die durchgeführt wurden, als Sie über den Tarif noch anspruchsberechtigt waren. Wenn Sie sich vom lokalen Apple Krankenversicherungstarif abmelden, müssen Sie uns über das Enddatum informieren. Andernfalls kann es zu unbezahlten Erstattungsansprüchen kommen, für die Sie dann die Verantwortung tragen.

Wie weiß mein Arzt, dass ich diesen Krankenversicherungsschutz habe?

Sie haben erst dann Anspruch auf den erweiterte Krankenversicherungstarif, wenn Sie Ihren lokalen Krankenversicherungsschutz oder den Apple-Versicherungsschutz für versicherte Erkrankungen ausgeschöpft haben (oder wenn die Behandlung nicht durch den lokalen oder den Apple-Versicherungsschutz abgedeckt ist).

Für Behandlungen, die Sie selbst bezahlen und abrechnen, benötigt Ihr Arzt keinen Zugang zu den Informationen des erweiterten Gesundheitsplans. Für Behandlungen, die eine vorherige Kostenzusage (Direktabrechnung) erfordern: Sobald wir alle erforderlichen Informationen erhalten haben, überprüft unser medizinisches Team den Fall und die bereitgestellten Informationen und stellt dem medizinischen Dienstleister eine Zahlungsgarantie aus, mit der die Behandlung genehmigt wird.

In dem unwahrscheinlichen Fall, dass Ihr medizinischer Dienstleister unsere Zahlungsgarantie nicht akzeptiert, können Sie immer noch Ihren erweiterten Krankenversicherungstarif in Anspruch nehmen, müssen aber für Ihre Behandlung selbst aufkommen und einen Erstattungsantrag stellen.

Was passiert, wenn ich schon eine laufende Behandlung habe?

Dienstleistungen und Behandlungen sind in den folgenden Fällen versichert:

1. Erstattungsfähige Behandlungen und Leistungen finden in Ihrem Arbeitsland an dem Datum statt, an dem Sie Anspruch auf den erweiterten Krankenversicherungstarif haben. Weitere Informationen zur Ihren Ansprüchen finden Sie auf der People-Website. Sie (und gegebenenfalls Ihre anspruchsberechtigten Angehörigen) sind im lokalen Apple-Krankenversicherungstarif eingeschrieben.
2. Sie sind bei Apple angestellt und daher für die Dienstleistung/Behandlung anspruchsberechtigt.

Wie sende ich Erstattungsanträge für meine Angehörigen?

Beim ersten Einreichen von Erstattungsanträgen, wenn der Patient eine angehörige Person ist, müssen Sie Ihren Angehörigen erst für den Tarif anmelden.

1. Füllen Sie das Anmeldeformular für Angehörige aus und senden Sie es an apple.helpline@e.allianz.com. Wir bearbeiten das Anmeldeformular und die angehörige Person wird im Tarif mitversichert.
2. Sobald versicherte Angehörige im System angemeldet wurden, können sie über eines der unten aufgeführten Verfahren eine Behandlung in Anspruch nehmen:

- Für Behandlungen, die keine vorherige Kostenzusage durch uns erfordern, können sie (bzw. Sie als versicherte Person, wenn es sich um eine minderjährige versicherte Person handelt) über die MyHealth digitalen Services (über die mobile App oder das Online-Portal) bezahlen und einen Erstattungsantrag stellen. Wählen Sie den Namen des Familienangehörigen im Dropdown-Menü zu Patienten aus, machen Sie einige Angaben, fügen Sie die Rechnung zusammen mit den erforderlichen Unterlagen bei und reichen Sie den Antrag ein.
- Für eine vorherige Kostenzusage muss mindestens fünf Werktage vor der Behandlung ein Formular zur vorherigen Kostenzusage zusammen mit allen erforderlichen Unterlagen bei uns eingereicht werden.

Weitere Informationen dazu, wie Sie Zugang zu Behandlungen erhalten, finden Sie unter „So nutzen Sie Ihren erweiterten Krankenversicherungstarif“.

Was, wenn die von mir benötigte Behandlung oder das benötigte Medikament nicht über meinen lokalen Krankenversicherungstarif abgedeckt ist? Kann ich dann den erweiterten Krankenversicherungstarif nutzen?

Ja, wenn die Behandlung oder das Medikament im Rahmen Ihres erweiterten Krankenversicherungstarif versichert ist und von unserem medizinischen Team als medizinisch notwendig erachtet wird. Sie müssen eine Bescheinigung Ihrer lokalen Versicherung einholen. Daraus muss hervorgehen, dass die Behandlung oder das Arzneimittel nicht verfügbar ist oder dass die Kosten nicht übernommen werden.

Wie kann ich nachweisen, dass ich meine lokalen Krankenversicherungsleistungen ausgeschöpft habe oder dass mein lokaler Tarif eine Leistung nicht versichert?

Ihr lokaler Versicherer stellt Ihnen eine Versicherungsbescheinigung aus, die angibt, dass Sie Ihre lokalen Leistungen ausgeschöpft haben oder dass die von Ihnen gewünschte Behandlung nicht über den Tarif versichert ist. Bitte vergewissern Sie sich, dass die Versicherungsbescheinigung auch das Datum des Versicherungsbeginns/das Verlängerungsdatum des Versicherungsschutzes enthält. Versicherungsbescheinigungen werden in jeder Sprache akzeptiert.

Diese Versicherungsbescheinigung muss vorgelegt werden, wenn Sie einen Erstattungsantrag oder Antrag auf eine vorherige Kostenzusage einreichen. Wir wissen, in welchen Regionen eine Behandlung für diese Leistungen vor Ort nicht verfügbar ist.

Wenn ich mir nicht sicher bin, welche Leistungen über meinen lokalen Versicherungstarif versichert sind, kann ich Allianz Care um Rat fragen?

Nein. Der erweiterte Krankenversicherungstarif gilt als Zusatzversicherung zu Ihrem bestehenden Tarif. Sie müssen sich bei Ihrem lokalen Versicherer informieren, um die Voraussetzungen für den Anspruch auf Ihre Behandlung zu bestätigen, bevor Sie sich mit allen relevanten Informationen zur Bearbeitung Ihres Erstattungsantrags an uns wenden.

Erstattet der erweiterte Krankenversicherungstarif die Fehlbeträge meiner lokalen Krankenversicherung, die aus Eigenanteil und Selbstbeteiligung entstehen?

Nein, der Tarif versichert nur die in der Tariflichen Leistungszusage aufgeführten Leistungen in den folgenden Fällen:

- wenn die Leistungen Ihrer lokalen Krankenversicherung ausgeschöpft sind.
- wenn ein Teil der Leistung lokal nicht versichert ist.
- wenn Ihr lokaler Tarif keinen Versicherungsschutz vorsieht.

Jeder Erstattungsantrag für die lokalen Eigenanteile oder Selbstbeteiligungen wird abgelehnt.

Kann ich Kosten erstattet bekommen, die vor Gültigkeit des Tarifs angefallen sind?

Nein, der erweiterte Krankenversicherungstarif deckt nur erstattungsberechtigte Behandlungen und Leistungen ab, die in Ihrem Arbeitsland an dem Datum stattfinden, an dem Sie Anspruch auf den erweiterten Krankenversicherungstarif haben. Weitere Informationen zur Ihren Ansprüchen finden Sie auf der People-Website.

Wenn mir mein lokaler Tarif die Behandlungskosten erstattet, kann ich denselben Erstattungsanspruch auch im Rahmen des erweiterten Krankenversicherungstarifs geltend machen?

Nein. Der Versicherungsschutz im Rahmen des erweiterten Krankenversicherungstarifs beginnt, sobald Ihr lokaler Krankenversicherungstarif für eine versicherte Erkrankung ausgeschöpft ist. Alle Kosten, die im Rahmen des örtlichen Krankenversicherungstarifs gezahlt wurden, werden nicht im Rahmen des erweiterten Krankenversicherungstarifs übernommen.

Wenn private Krankenhäuser über meinem lokalen Krankenversicherungstarif nicht versichert sind, deckt der Erweiterte Krankenversicherungstarif die Kosten für Behandlungen/Medikamente in privaten Krankenhäusern?

Nein, der erweiterte Krankenversicherungstarif deckt keine Erweiterungen ab. Wenn eine bestimmte Behandlung im Rahmen des erweiterten Krankenversicherungstarifs nur in einem Privatkrankenhaus möglich ist, können Sie sich mit uns in Verbindung setzen, um zu prüfen, welche Möglichkeiten es für Sie gibt (legen Sie immer eine Kopie der lokalen Versicherungsbedingungen vor).

Wenn eine bestimmte Behandlung in meiner Region gesetzlich nicht erlaubt ist, aber ansonsten über den erweiterten Krankenversicherungstarif versichert ist, kann ich die Behandlung in Anspruch nehmen?

Nein. Wir halten uns an die vor Ort geltenden Vorschriften. Behandlungen außerhalb des Landes, in dem Sie beschäftigt sind, werden von der erweiterten Krankenversicherung nicht umfasst.

Wenn ich Angehörige habe, die außerhalb des Landes leben, sind deren medizinische Kosten im Rahmen des erweiterten Krankenversicherungstarifs versichert?

Nein, der erweiterte Krankenversicherungstarif versichert nur Behandlungen in dem Land ab, in dem Sie beschäftigt sind. Ihre mitversicherten Familienangehörigen sind also nicht für Leistungen außerhalb des Landes versichert, in dem Sie beschäftigt sind.

Ich ziehe in ein Land, in dem der erweiterte Krankenversicherungstarif angeboten wird. Habe ich dann noch Zugang zum erweiterten Krankenversicherungstarif?

Ja, wenn Sie über einen lokalen Apple-Krankenversicherungstarif in einem teilnahmeberechtigten Land versichert sind, haben Sie weiterhin Zugang zum erweiterten Krankenversicherungstarif. Der Rest der Ihnen zur Verfügung stehenden Leistungen wird mit Ihnen übertragen.

Wenn Sie Fragen zu den teilnahmeberechtigten Ländern oder allgemeine Fragen zur Anspruchsberechtigung haben, wenden Sie sich bitte an den Apple People Support.

Was geschieht mit meinem Versicherungsschutz, wenn ich in ein Land ziehe, in dem der erweiterte Krankenversicherungstarif nicht angeboten wird?

Ihr Versicherungsschutz im Rahmen des erweiterten Krankenversicherungstarifs endet dann an dem Tag, an dem Sie offiziell in ein Land umziehen, in dem der erweiterte Krankenversicherungstarif nicht verfügbar ist.

Für eingehende Auslandszahlungen verlangt meine Bank einen Nachweis, dass die Gelder für die Erstattung rechtmäßig sind und sich auf den erweiterten Krankenversicherungstarif beziehen. Welches Dokument kann ich vorlegen?

Sobald Ihr Erstattungsantrag bearbeitet wurde, erhalten Sie von uns einen Kontoauszug mit allen Einzelheiten über die Abwicklung Ihres Antrags. Dieses Dokument ist ein formeller Nachweis, den die Bank akzeptieren sollte.

In welchen Sprachen ist die Helpline verfügbar?

Unsere Helpline ist rund um die Uhr für die Sprachen Englisch, Deutsch, Französisch, Spanisch, Italienisch und Portugiesisch verfügbar.

Wenn Sie Unterstützung in einer anderen Sprache möchten, informieren Sie bitte unsere Helpline, wenn Sie anrufen. Wir werden dann einen Übersetzungsdienst organisieren.

Sie können auch den Apple People Website zur Selbsthilfe nutzen oder Ihren Mitgliederbereich für Versicherte aufrufen. www.allianzcare.com/apple

Wir akzeptieren medizinische Informationen und Versicherungsunterlagen in allen Sprachen.

Wie werden meine persönlichen Daten geschützt?

Unser Datenschutzhinweis erklärt, wie wir Ihre Privatsphäre schützen und wie Ihre persönlichen Daten verwendet werden.

Den Datenschutzhinweis können Sie hier lesen: www.allianzcare.com/de/datenschutz.html

Alternativ können Sie uns auch anrufen und eine Kopie anfragen. +353 1 630 1302.

Falls Sie Fragen dazu haben, wie Ihre persönlichen Daten verwendet werden, schreiben Sie uns eine E-Mail: AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

Wen kann ich kontaktieren, um mehr zu diesem Tarif zu erfahren?

Bei Fragen zum Versicherungsschutz und zu Erstattungen, setzen Sie sich mit unserer rund um die Uhr erreichbaren Helpline in Verbindung.

Bei Fragen zur Anspruchsberechtigung, nehmen Sie Kontakt mit Apple People Support auf.

Wussten Sie, dass Sie Zugriff auf einen eigenen Bereich für Versicherte haben?

Wir haben einen Mitgliederbereich, über den Sie auf Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz zugreifen können. Dort finden Sie unter anderem Folgendes:

- Handbuch zum erweiterten Krankenversicherungstarif
- Anmeldeformular für Angehörige
- Häufig gestellte Fragen
- Kontaktinformationen



www.allianzcare.com/apple







Sprechen Sie mit uns, wir helfen Ihnen gerne weiter!

Bei Fragen können Sie sich jederzeit mit uns in Verbindung setzen

@ E-Mail:	apple.helpline@e.allianz.com
☎ Telefon:	Deutsch: + 353 1 630 1302
	Englisch: + 353 1 630 1301
	Französisch: + 353 1 630 1303
	Spanisch: + 353 1 630 1304
	Italienisch: + 353 1 630 1305
	Portugiesisch: + 353 1 645 4040

Wenn Sie Unterstützung in einer anderen Sprache möchten, informieren Sie bitte unsere Helpline, wenn Sie anrufen. Wir werden dann einen Übersetzungsdienst organisieren.

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

-  www.facebook.com/AllianzCare
-  www.linkedin.com/company/allianz-care
-  www.youtube.com/c/allianzcare
-  www.instagram.com/allianzcare/
-  x.com/AllianzCare
-  www.tiktok.com/@allianzcare