a member of MUNICH HEALTH

GLOBALITY HEALTH
premium health insurance worldwide

Globality YouGenio®

Allgemeine Versicherungsbedingungen

Premium health insurance worldwide.

Übersichtlich. Verständlich. Umfassend.
Ein Partner, jede Menge Möglichkeiten. Wohin Sie auch gehen, Globality Health begleitet Sie, ebnet Ihnen Wege und kümmert sich zuverlässig um alle Belange Ihrer Gesundheit. Mit Leistungen, die ihresgleichen suchen.

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

Haben Sie Fragen zum Versicherungsschutz?
Sollte beim Lesen dennoch die eine oder andere Frage offen bleiben, beantworten wir Ihnen diese gerne persönlich.

Soweit Sie in den AVB kursiv gedruckte Passagen finden, gibt Ihnen das Glossar die Erläuterungen dazu.

Wir sind weltweit für Sie da:
Globality S.A.
13, rue Edward Steichen
L-2540 Luxembourg

Telefon: +352/ 270 444 3602
Telefax: +352/ 270 444 3699

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

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

Handelsregister: B134471

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

Inhalt

7 **1 Wichtiges vor Abschluss Ihres Versicherungsschutzes**
1.1 Wer kann sich versichern?
1.2 Was ist bei *Vorerkrankungen* zu berücksichtigen?
1.3 Was beinhaltet die Moratoriumsklausel?
1.4 Was ist bei der Beantragung Ihres Versicherungsschutzes zu beachten?
1.5 Wann können Sie von Ihrem Widerrufsrecht Gebrauch machen?

8 **2 Der Versicherungsschutz**
2.1 Was umfasst der Versicherungsschutz?
2.2 Was ist ein Versicherungsfall?
2.3 Wann beginnt der Versicherungsschutz?
2.4 Welche Wartezeiten gibt es?
2.5 Für welche Dauer wird der Versicherungsvertrag geschlossen?
2.6 Wann verlängert sich die Versicherung?
2.7 Wann ist eine Kündigung der Versicherung möglich?
2.8 Sonstige Beendigungsgründe
2.9 Wann endet Ihr Versicherungsschutz?

9 **3 Geltungsbereich**
3.1 Wo gilt der Versicherungsschutz?
3.2 Was passiert bei vorübergehender Ausreise aus der *Zielregion* II?

10 **4 Leistungsumfang**
4.1 Welche allgemeinen Informationen gehören zu Ihrem Leistungsumfang?
4.2 Welche *Selbstbeteiligungen* können vereinbart werden?
4.3 Leistungsübersicht: Stationäre *Heilbehandlung*
4.4 Leistungsübersicht: Ambulante *Heilbehandlung*
4.5 Leistungsübersicht: Zahnärztliche *Heilbehandlung*
4.6 Leistungsübersicht: Medizinische Assistance
4.7 Leistungsübersicht: Zusätzliche Assistance
4.8 Leistungsbeschreibung

21 **5 Hilfe und Unterstützung durch unsere Assistance-/ Serviceleistungen**
5.1 Erläuterung – Medizinische Assistance
5.2 Erläuterung – Zusätzliche Assistance

24 **6 Einschränkung der Leistungspflicht**

26 **7 Verhalten und Bestimmungen im Leistungsfall**
7.1 Was bedeutet die medizinische Notwendigkeit?
7.2 Welche Leistungsvoraussetzungen sind zu beachten?
7.3 Was ist im Schadenfall zu tun?
7.4 Was müssen die Kostenbelege enthalten?
7.5 Was ist im Fall eines *Unfalles/ Notfalles* zu tun?
7.6 Wie erfolgt die Bearbeitung Ihrer Leistungsansprüche?
7.7 Wie erfolgt die Erstattung Ihrer Leistungsansprüche?
7.8 Vertragswährung
7.9 Welche Wechselkurse werden zugrunde gelegt?

28 **8 Obliegenheiten**

29 **9 Beitragszahlung und Beitragsberechnung**

30 **10 Allgemeine Informationen**
10.1 Wann können Änderungen in den AVB vorgenommen werden?
10.2 Was ist bei der Versicherung von Neugeborenen zu beachten?
10.3 Ihre Vertragsdaten haben sich geändert?
10.4 Sagen Sie uns Ihre Meinung
10.5 Wo können Sie Ihre Ansprüche gerichtlich gegen uns geltend machen?
10.6 Welches Recht ist auf den Vertrag anwendbar?

32 **11 Glossar**

34 **12 Medizinisches Glossar**

1 Wichtiges vor Abschluss Ihres Versicherungsschutzes

1.1 Wer kann sich versichern?

Versicherungsfähig sind alle Personen, die sich vorübergehend für mindestens 3 Monate im Ausland aufhalten.

1.2 Was ist bei Vorerkrankungen zu berücksichtigen?

Vorerkrankungen sind grundsätzlich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen; es gilt die Moratoriumsklausel (siehe hierzu Nr. 1.3).
Bei Antragstellung kann jedoch der Einschluss von *Vorerkrankungen* gewählt werden. Zum Einschluss von *Vorerkrankungen* ab Beginn der Versicherung müssen die im *Antrag* gestellten Fragen zur Gesundheit vollständige, wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen beantwortet werden. In diesem Fall ist auch eine Gesundheitsprüfung erforderlich (siehe hierzu Nr. 1.4).

1.3 Was beinhaltet die Moratoriumsklausel?

Bei dem Moratorium handelt es sich um eine Wartezeit von 24 Monaten, während der die aufgrund einer *Vorerkrankung* sowie deren Folgen entstehenden Behandlungskosten vom Leistungsumfang ausgeschlossen sind. Nach einer ununterbrochenen Versicherungsdauer von 24 Monaten zahlen wir erstattungsfähige Aufwendungen für *Vorerkrankungen* sowie deren Folgen, vorausgesetzt, dass der Versicherte innerhalb dieser Wartezeit behandlungs- und beschwerdefrei war und wegen solcher *Vorerkrankungen* und deren Folgen keine ärztlichen Konsultationen erfolgten oder Medikamente verabreicht oder notwendig wurden. Eine Verlängerung der Moratoriumsklausel nach Ablauf der 24 Monate für die Krankheiten, die in den ersten 24 Monaten nicht beschwerdefrei waren bzw. behandelt wurden, ist möglich.

1.4 Was ist bei der Beantragung des Versicherungsschutzes zu beachten?

Den Versicherungsschutz beantragen Sie mittels eines Antragsformulars, das Sie bei Ihrem Versicherungsvermittler oder direkt bei uns oder über unsere Internetseite erhalten. Damit wir Ihren Versicherungsantrag prüfen können, müssen Sie bzw. die zu versichernde Person alle Fragen im Antragsformular wahrheitsgemäß beantworten.

Sofern der Einschluss von *Vorerkrankungen* gewünscht wird, betrifft dies insbesondere die Fragen über den gegenwärtigen Gesundheitszustand, über bestehende oder frühere Erkrankungen, gesundheitliche Störungen und Beschwerden sowie Behandlungen. Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich. Der *Antrag* kann per Post, E-Mail oder per Telefax bei uns eingereicht werden. Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass die zu versichernde Person alle vor Vertragsabschluss gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet hat (vorvertragliche Anzeigepflicht).

Für den Tarif Globality YouGenio® gelten als Vertragswährungen Euro, US-Dollar oder Pfund Sterling, je nach der im Antrag getroffenen Wahl. In dieser werden die Versicherungsverträge verwaltet sowie die Beiträge berechnet und gezahlt.

1.5 Wann können Sie von Ihrem Widerrufsrecht Gebrauch machen?

Sie können Ihre Vertragserklärung ohne Angabe von Gründen innerhalb von 14 Tagen schriftlich widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt mit dem Tag, an dem Ihnen der *Versicherungsschein* sowie die Allgemeinen Versicherungsbedingungen zugegangen sind. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs per Post, E-Mail oder per Telefax.

2 Der Versicherungsschutz

2.1 Was umfasst der Versicherungsschutz?
Wir bieten Versicherungsschutz für eintretende Krankheiten, Unfälle und andere in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannten Ereignisse (siehe hierzu Nr. 4.3). Im Versicherungsfall gewähren wir dabei Ersatz von Aufwendungen für medizinisch notwendige *Heilbehandlungen* und sonstige vereinbarte Leistungen.

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem *Versicherungsschein*, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften. Soweit nicht nationale Vorschriften die Anwendung eines anderen Rechts bedingen, unterliegt das Versicherungsverhältnis dem Recht des Großherzogtums Luxemburg.

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

Soweit die vereinbarte Tarifstufe Erstattungsleistungen hierfür vorsieht, gelten als Versicherungsfall auch:
- Ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten
- Untersuchungen und medizinisch notwendige Behandlungen wegen Schwangerschaft und Entbindung
- Aufwendungen für den Krankenhausaufenthalt des gesunden Säuglings nach der Entbindung
- Tod einer *versicherten Person*

2.3 Wann beginnt der Versicherungsschutz?
Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im *Versicherungsschein* bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Zahlung des ersten Beitrages und nicht vor Ablauf von Wartezeiten (siehe hierzu auch die Nrn. 1.3 und 2.4). Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn fällt. Bei Änderungen des Vertrages gelten die in diesem Absatz beschriebenen Regelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

2.4 Welche Wartezeiten sind zu beachten?
Wartezeiten bestehen nur für Schwangerschaft, Entbindung, Psychotherapie, Zahnersatz, Zahnkronen, funktionsanalytische, funktionstherapeutische und *implantologische Leistungen* sowie für Kieferorthopädie. Sie betragen 8 Monate ab Versicherungsbeginn. Bei Änderungen des Vertrages gelten je nach vereinbarter Tarifstufe die Wartezeiten für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

2.5 Für welche Dauer wird der Versicherungsvertrag geschlossen?
Der Versicherungsvertrag wird zunächst für ein Versicherungsjahr geschlossen. Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im *Versicherungsschein* bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) und dauert 12 Monate.

2.6 Wann verlängert sich die Versicherung?
Der Versicherungsvertrag verlängert sich nach Ablauf jeweils um weitere 12 Monate. Sie können zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten durch schriftliche Anzeige dieser stillschweigenden Vertragsverlängerung widersprechen. Eine Ausweitung des versicherten Leistungsumfangs ist auch während eines Versicherungsjahres möglich, eine Einschränkung des Leistungsumfangs jedoch nur zum Beginn des folgenden Versicherungsjahres.

2.7 Wann ist eine Kündigung der Versicherung möglich?
Unbeschadet weiterer gesetzlicher Kündigungsgründe oder anderer in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen vorgesehener Kündigungsgründe können die Vertragspartner in folgenden Fällen die Kündigung des Versicherungsvertrages erklären:
- Sie können den Versicherungsvertrag aufgrund einer Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (siehe hierzu Nr. 10.1) oder einer Erhöhung der Gebühren bzw. Beiträge (siehe hierzu Nr. 9) kündigen. Keine Kündigungsmöglichkeit besteht hingegen bei einer vertraglichen Beitragsumstellung aufgrund eines Eintritts in eine höhere Altersstufe. Sie können innerhalb eines Monats vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Die Kündigung wird um 0.00 Uhr der nächsten Jahresfälligkeit des Vertrages wirksam.

- Wir können den Versicherungsvertrag bei nicht vorsätzlicher Verletzung der Anzeigepflicht kündigen; in diesem Fall haben wir das Recht, die Kündigung des Versicherungsvertrags innerhalb eines Monats, nachdem wir von der Anzeigepflichtverletzung Kenntnis erhalten haben, auszusprechen, sofern wir beweisen, dass wir das Risiko unter keinen Umständen versichert hätten.

Die Vertragskündigung erfolgt entweder per Einschreiben oder durch Übergabe des Kündigungsschreibens an uns gegen Empfangsbescheinigung. Soweit nicht anders bestimmt, wird die Kündigung erst wirksam nach Ablauf einer Frist von mindestens einem Monat ab dem Tage nach der Zustellung bzw. dem Datum der Empfangsbescheinigung oder der Posteinlieferung im Fall eines Einschreibens.

2.8 Sonstige Beendigungsgründe

Unbeschadet weiterer und anderer in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführter Nichtigkeitsgründe ist der Vertrag nichtig, wenn durch vorsätzliche Verletzung der Anzeigepflicht die Beurteilung des Risikos derart verändert wird, dass wir den Versicherungsvertrag bei Kenntnis des verschwiegenen Umstandes gar nicht oder nicht zu denselben Bedingungen abgeschlossen hätten. In diesem Fall sind Sie bzw. die *versicherte Person* verpflichtet, empfangene Versicherungsleistungen zurückzuzahlen. Gezahlte Beiträge bleiben uns erhalten.

2.9 Wann endet der Versicherungsschutz?

Die für Sie und/ oder die *versicherten Personen* vereinbarten Versicherungen und der sich daraus ergebende Versicherungsschutz, auch für schwebende, d. h. noch andauernde Versicherungsfälle, enden

a) mit Ihrem und/ oder dem Tod der *versicherten Personen*. Die *versicherten Personen* haben jedoch bei Ihrem Tode das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen *Versicherungsnehmers* fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Todesdatum abzugeben.
b) wenn Sie und/ oder die *versicherten Personen* den Auslandsaufenthalt vor Ablauf der Vertragslaufzeit (siehe hierzu Nr. 2.5) dauerhaft beenden. Der Versicherungsvertrag endet erst mit Eingang einer entsprechenden Benachrichtigung bei uns.
c) mit Ihrem Widerspruch zu der Vertragsverlängerung nach Ablauf des Versicherungsjahres (siehe hierzu Nr. 2.6). Die Beendigung ist nur wirksam, wenn Sie als *Versicherungsnehmer* nachweisen, dass die betroffenen *versicherten Personen* hiervon Kenntnis erlangt haben.
d) wenn eine Kündigung oder eine Anfechtung des Versicherungsvertrages erklärt wird.
e) bei Nichtigkeit des Vertrages (siehe hierzu Nr. 2.8)

3 Geltungsbereich

3.1 Wo gilt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz gilt in folgenden *Zielregionen*:

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

3.2 Was passiert bei vorübergehender Ausreise aus der Zielregion II?

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

4 Leistungsumfang

4.1 Welche allgemeinen Informationen gehören zu dem Leistungsumfang?

Der Tarif Globality YouGenio® gliedert sich in die Tarifstufen Classic, Plus und Top. Die einzelnen Tarifstufen unterscheiden sich nach Art und Höhe der vereinbarten Leistungen.

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

4.2 Welche Selbstbeteiligungen können vereinbart werden?

Beim Tarif Globality YouGenio® gibt es folgende Varianten einer *Selbstbeteiligung*:

- Tarifstufe Globality YouGenio® Classic:
  Feste *Selbstbeteiligung* von € 250/ $ 325/ £ 210
- Tarifstufen Globality YouGenio® Plus und Top:
  Selbstbeteiligung wählbar von
  - € 250/ $ 325/ £ 210
  - € 500/ $ 650/ £ 420
  - € 1.000/ $ 1.300/ £ 840

  oder ohne Selbstbeteiligung.

Die *Selbstbeteiligung* gilt je Versicherungsjahr und je *versicherte Person* und nur bei Aufwendungen für ambulante *Heilbehandlungen*. Haben Sie mit uns eine *Selbstbeteiligung* vereinbart, ersetzen wir die erstattungsfähigen Aufwendungen zu 100 %, soweit diese die *Selbstbeteiligung* übersteigen.

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

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

Bitte beachten Sie:
Sofern Sie für sich oder die versicherten Personen Versicherungsschutz nach der *Zielregion* I (= weltweit mit USA) vereinbart haben, werden die in Nr. 4.3, 4.4 und 4.5 genannten Höchstbeträge und Pauschalen verdoppelt. Ist eine Leistung auf eine bestimmte Anzahl von Tagen begrenzt, so gilt diese Begrenzung unverändert weiter. Sofern eine *Selbstbeteiligung* vereinbart ist, bleibt diese unverändert bestehen.

4.3 Leistungsübersicht: Stationäre Heilbehandlung

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

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

Leistungen	Classic	Plus	Top
Chemotherapie, *Arzneimittel* und ärztliche Leistungen der *Onkologie*	✗	✓ bis zu € 5.000**/ $ 6.500**/ £ 4.200**	✓
Transportkosten zum nächsterreichbaren geeigneten *Krankenhaus* zur Erstversorgung nach einem *Unfall* oder *Notfall* durch anerkannte Rettungsdienste in der Situation angemessenen Transportmitteln	✓	✓	✓
Knochenmark- bzw. Organtransplantation	✗	✓ bis zu einem Höchstsatz von € 200.000/ $ 260.000/ £ 168.000 für die Dauer des Vertrages	✓
Psychiatrische Leistungen	✓ vorausgesetzt, vor Beginn der Behandlung wurde eine schriftliche Leistungszusage gegeben	✓ vorausgesetzt, vor Beginn der Behandlung wurde eine schriftliche Leistungszusage gegeben	✓ vorausgesetzt, vor Beginn der Behandlung wurde eine schriftliche Leistungszusage gegeben
Stationäre Psychotherapie	✗	✓ vorausgesetzt, vor Beginn der Behandlung wurde eine schriftliche Leistungszusage gegeben	✓ vorausgesetzt, vor Beginn der Behandlung wurde eine schriftliche Leistungszusage gegeben
Mitaufnahme eines Elternteils bei stationärer Behandlung von Kindern bis 18 Jahren	✗	✓	✓
Häusliche Krankenpflege und *hauswirtschaftliche Versorgung*	✗	✓ bis zu einer Dauer von 7 Tagen	✓ bis zu einer Dauer von 14 Tagen
Ersatz-Krankenhaustagegeld für durchgeführte stationäre Behandlungen, für die keine Kostenerstattung bei uns beansprucht wurde	✗	✓ € 50/ $ 65/ £ 42 pro Tag	✓ € 100/ $ 130/ £ 84 pro Tag
Stationäre *Anschlussrehabilitation*	✗	✓ bis zu 14 Tagen**, vorausgesetzt, vor Beginn der Behandlung wurde eine schriftliche Leistungszusage gegeben	✓ bis zu 21 Tagen**, vorausgesetzt, vor Beginn der Behandlung wurde eine schriftliche Leistungszusage gegeben
Hospiz	✗	✗	✓ bis zu 7 Wochen

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

4.4 Leistungsübersicht: Ambulante Heilbehandlung

Leistungen	Classic*	Plus	Top
Ärztliche Leistungen (inklusive Pathologie, Radiologie, Computertomographie, MRI, PET und Palliativmedizin)	✓	✓	✓
Chemotherapie, *Arzneimittel* und ärztliche Leistungen der *Onkologie*	✓	✓	✓
Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere • zur Früherkennung von Krebserkrankungen • zur Früherkennung von Herz- und Kreislauferkrankungen, Nierenerkrankungen und Zuckerkrankheit • zur Sicherung der normalen körperlichen und geistigen Entwicklung des Kindes	✗	✓ bis zu € 250**/ $ 325**/ £ 210**	✓ bis zu € 500**/ $ 650**/ £ 420**
Schutzimpfungen aller Art, inklusive der Impfstoffe sowie *Prophylaxemaßnahmen,* soweit diese für das jeweilige *Aufenthaltsland* empfohlen sind	✗	✓ bis zu € 250**/ $ 325**/ £ 210**	✓
Schwangerschaft, inklusive Vorsorgeuntersuchungen, Entbindung, Hebamme und Entbindungspflegers	✗	✓ bis zu € 2.000**/ $ 2.600**/ £ 1.680**	✓
Akupunktur (Nadeltechnik), *Homöopathie, Osteopathie und Chiropraktik*, inklusive Arznei- und *Verbandmitteln*	✗	✓ bis zu € 500**/ $ 650**/ £ 420**	✓ bis zu € 1.000**/ $ 1.300**/ £ 840**
Sprachtherapie	✗	✓ vorausgesetzt vor Beginn der Behandlung wurde eine schriftliche Leistungszusage gegeben	✓ vorausgesetzt vor Beginn der Behandlung wurde eine schriftliche Leistungszusage gegeben
Psychiatrische Leistungen	✓ vorausgesetzt, vor Beginn der Behandlung wurde eine schriftliche Leistungszusage gegeben	✓ vorausgesetzt, vor Beginn der Behandlung wurde eine schriftliche Leistungszusage gegeben	✓ vorausgesetzt, vor Beginn der Behandlung wurde eine schriftliche Leistungszusage gegeben

* Mit einer *Selbstbeteiligung* von € 250/ $ 325/ £ 210 pro *versicherte Person* und Versicherungsjahr.
** Die genannten Höchstbeträge, Höchstleistungsdauern und Pauschalen gelten pro *versicherte Person* und Versicherungsjahr.

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

* Mit einer *Selbstbeteiligung* von € 250/ $ 325/ £ 210 pro *versicherte Person* und Versicherungsjahr.
** Die genannten Höchstbeträge, Höchstleistungsdauern und Pauschalen gelten pro *versicherte Person* und Versicherungsjahr.

4.5 Leistungsübersicht: Zahnärztliche Heilbehandlung

Leistungen	Classic	Plus	Top
Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten	✗	✓	✓
Zahnbehandlung	✓ schmerzstillende Zahnbehandlung	✓ inklusive Einlagefüllungen	✓ inklusive Einlagefüllungen

Leistungen	Classic	Plus	Top
	Erstattungsfähig sind die unten aufgeführten Leistungen, wenn diese infolge eines *Unfalls* benötigt werden	Erstattungsfähig sind die unten aufgeführten Leistungen bis zu € 2.000**/ $ 2.600**/ £ 1.680**	Erstattungsfähig sind die unten aufgeführten Leistungen bis zu € 5.000**/ $ 6.500**/ £ 4.200**
Zahnersatz (z. B. Prothesen, Brücken, Zahnkronen)	✓	✓	✓
Implantologische Leistungen	✓ bis zu vier Implantate pro Kiefer und den darauf zu befestigenden Zahnersatz	✓ bis zu vier Implantate pro Kiefer und den darauf zu befestigenden Zahnersatz	✓ bis zu vier Implantate pro Kiefer und den darauf zu befestigenden Zahnersatz
Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen	✗	✓	✓
Kieferorthopädische Leistungen	✓	✓	✓
Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien	✓	✓	✓
Erstellen eines Heil- und Kostenplans	✓	✓	✓

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

4.6 Leistungsübersicht: Medizinische Assistance

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

4.7 Leistungsübersicht: Zusätzliche Assistance

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

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

4.8 Leistungsbeschreibung

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

Welche Voraussetzungen sind im Rahmen einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung nach Nr. 4.3 zu beachten?

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

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

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

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

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

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

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

Ärztliche Leistungen bei Schwangerschaft und Entbindung, Leistungen einer Hebamme bzw. eines Entbindungspflegers im Krankenhaus, mit Ausnahme von Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft
Wir übernehmen die erstattungsfähigen Aufwendungen für eine Entbindung (auch Früh- oder Fehlgeburt), wenn diese im *Krankenhaus*, in einem Entbindungsheim oder einer vergleichbaren Einrichtung erfolgt.

Ambulante Entbindung
Eine ambulante Entbindung liegt bei einer Hausgeburt vor oder wenn die Wöchnerin 2 bis 24 Stunden nach der Niederkunft aus dem *Krankenhaus*, dem Entbindungsheim oder einer vergleichbaren Einrichtung entlassen wird. Die Entbindungspauschale gewähren wir auf Vorlage der Geburtsurkunde je Neugeborenes.

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

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

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

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

Mitaufnahme eines Elternteils bei stationärer Behandlung von Kindern
Wir erstatten die Mehraufwendungen für die ärztlich verordnete Mitaufnahme eines Elternteils bei der stationären Behandlung von Kindern bis 18 Jahren.

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

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

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

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

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

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

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

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

Hospizleistungen werden unter anderem bei folgenden Krankheitsbildern gewährt:
- Fortgeschrittene Krebserkrankung
- Vollbild der Infektionskrankheit *AIDS*
- Erkrankung des Nervensystems mit unaufhaltsamen fortschreitenden Lähmungen
- Endzustand einer chronischen Nieren-, Leber-, Herz-, Verdauungstrakt- oder Lungenerkrankung.

Welche Voraussetzungen sind im Rahmen einer ambulanten Heilbehandlung nach Nr. 4.4 zu beachten?

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

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

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

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

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

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

Heilmittel/ Physiotherapie
Das sind physikalisch-medizinische Leistungen (Inhalationen, Krankengymnastik und Bewegungsübungen, Massagen, Packungen, *Hydrotherapie* und medizinische Bäder, Kälte und Wärmebehandlung, Elektrotherapie oder Lichttherapie). Diese müssen von einem *Arzt* in eigener Praxis oder einem in eigener Praxis tätigen Inhaber eines staatlich anerkannten Diploms für medizinische Assistenzberufe (z. B. Krankengymnast oder Physiotherapeut) ausgeführt werden und von einem *Arzt* verordnet worden sein. Die Verordnung muss vor Behandlungsbeginn ausgestellt worden sein und Diagnose, Art und Anzahl der Maßnahmen enthalten. Nicht als Heilmittel/ Physiotherapie gelten sonstige Leistungen, wie zum Beispiel Thermal-, Sauna- und ähnliche Bäder. Nicht erstattungsfähig sind Mehraufwendungen für die Behandlung in der Wohnung der *versicherten Personen*.

Hilfsmittel im Rahmen einer ambulanten Heilbehandlung
Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Körperersatzstücke sowie orthopädische und andere Hilfsmittel, die dazu dienen, körperlichen Behinderungen vorzubeugen, diese unmittelbar zu mildern oder auszugleichen. Hilfsmittel müssen von einem *Arzt* verordnet sein und dürfen nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände angesehen werden.

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

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

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

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

Unfruchtbarkeitsbehandlung
Nach vorheriger schriftlicher Leistungszusage übernehmen wir die Kosten im Rahmen des vereinbarten Leistungsumfanges für folgende anerkannte Behandlungen:
- In-Vitro-Fertilisation (IVF)
- Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)

IVF und ICSI können nur alternativ angewendet werden.

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

Welche Voraussetzungen sind im Rahmen einer zahnärztlichen Heilbehandlung nach Nr. 4.5 zu beachten?

Zahnbehandlung
Als Zahnbehandlung gelten
- allgemeine zahnärztliche Leistungen,
- *konservierende Leistungen*, wie z. B. Einlagefüllungen (Inlays), nicht jedoch Kronen,
- chirurgische Leistungen,
- Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Paradontiums.

Erstellen eines Heil- und Kostenplans
Legen die *versicherten Personen* uns bei geplanten umfangreicheren Zahnersatz oder Sanierungsmaßnahmen sowie bei Kieferorthopädie vor Beginn der Behandlung einen Heil- und Kostenplan des *Arztes* bzw. *Zahnarztes* vor, so erhalten sie von uns eine Mitteilung über die Höhe unserer Erstattungsleistungen.

Wegfall der Höchstbeträge bei Unfall
Werden Leistungen für zahnärztliche *Heilbehandlungen* infolge eines *Unfalles* erforderlich, so entfallen hierfür sämtliche Höchstbeträge. Der *Unfall* muss uns durch einen entsprechenden *Arzt*- oder Polizeibericht nachgewiesen werden.

5 Hilfe und Unterstützung durch unsere Assistance-/ Serviceleistungen

Wenn Sie oder die *versicherte Person* im Ausland erkranken oder einen *Unfall* erleiden, gibt es einiges zu bewältigen: eine fremde Sprache, eine fremde medizinische Infrastruktur, eventuell Schwierigkeiten bei der Kontaktaufnahme zu behandelnden Ärzten bzw. Krankenhäusern und der Familie im Ausreise- oder *Heimatland*. Deshalb bieten wir zusätzlich zu dem Krankenversicherungsschutz einen umfangreichen Katalog von Assistance-/ Serviceleistungen, die Teil des Versicherungsschutzes sind und mit denen wir Sie und die *versicherten Personen* während des Auslandsaufenthaltes aktiv unterstützen wollen.Wir bieten Unterstützung bei Problemfällen sowie sinnvolle organisatorische Hilfe während des Auslandsaufenthaltes an.

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

Alle *versicherten Personen* können je nach gewählter Tarifstufe diese Assistance-/ Serviceleistungen bei einem Versicherungsfall oder *Notfall* in Anspruch nehmen. Sobald die Versicherung nach Tarif Globality YouGenio® für eine *versicherte Person* endet, erlischt auch der Anspruch auf unsere Assistance-/ Serviceleistungen (siehe hierzu die Nrn. 2.7 und 2.8).

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

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

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

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

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

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

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

Bei medizinischer Notwendigkeit wird auch die Transportbegleitung durch einen *Arzt* organisiert. Ein Anspruch besteht lediglich für den Transport zum geeigneten Behandlungsort.

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

Betreuung und Information
Sie und die *versicherten Personen* können den ärztlichen Dienst des zuständigen Servicecenters einschalten sofern eine notwendige medizinische Erstbetreuung vor Ort notwendig ist. Das zuständige Servicecenter kann auf den Wunsch der *versicherten Personen* die Angehörigen über den Versicherungsfall bzw. *Notfall* informieren – soweit dies technisch möglich ist. Die *versicherten Personen* können sich bei lebensbedrohlichen Erkrankungen und schwerwiegenden, bleibenden gesundheitlichen Störungen durch das zuständige Servicecenter eine ärztliche Zweitmeinung (*Second Opinion*), das heißt einen zweiten ärztlichen Befund, einholen lassen. Unsere Servicecenter gewähren den versicherten Personen im Rahmen einer stationären *Heilbehandlung* Unterstützung bei der Aufnahme- und Entlassungsplanung.

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

Kostenübernahmegarantie und/ oder Zahlung eines Vorschusses
Bei einem *Notfall* mit stationärer *Heilbehandlung* ist die Einschaltung des zuständigen Servicecenters unverzüglich bzw. spätestens bei Aufnahme in das *Krankenhaus* erforderlich. Bei einer geplanten stationären *Heilbehandlung* ist spätestens 7 Tage vor Aufnahme die Einschaltung des zuständigen Service-

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

Organisatorische Unterstützung im Todesfall, Beteiligung an den Überführungskosten
Der Todesfall im Ausland ist für die Angehörigen doppelt belastend. Auch hier hilft das zuständige Servicecenter.

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

Wir erstatten bis zum jeweiligen Höchstbetrag:

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

Es erfolgt keine Übernahme der eigentlichen Bestattungskosten.

Zusätzliche medizinisch sinnvolle Unterstützung
Das zuständige Servicecenter informiert Sie und die *versicherten Personen* unabhängig vom Vorliegen eines Versicherungsfalles über allgemeine (Auskünfte über das Land, Zollformalitäten) und medizinische (Impfberatung, ärztliche telefonische Information) Reisevorbereitungen und gibt Tipps zum Inhalt und zur Beschaffung der Reiseapotheke/ des Verbandskastens.

Im Falle, dass eine *versicherte Person* erkrankt, kann sie durch das zuständige Servicecenter allgemeine Informationen über die Art der Erkrankung, mögliche Ursachen und Heilbehandlungsmöglichkeiten sowie Erklärung der medizinischen Fachbegriffe erlangen. Für Auskünfte zu Medikamenten bzw. identischen/ vergleichbaren Präparaten und deren Neben- und Wechselwirkungen steht Ihnen das für Sie zuständige Servicecenter ebenfalls zur Verfügung.

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

Länderinformationen
Exklusiv bieten wir auf unserer Internetseite besondere Länderinformationen an. Sie und die *versicherten Personen* finden hier hilfreiche Informationen wie z.B.: Ratschläge für Reisende, Informationen über Krankheiten und Empfehlungen für Schutzimpfungen, über politische Stabilität oder Sicherheitslage in verschiedenen Regionen und aktuellen Neuigkeiten.

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

Unser Online Service umfasst:

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

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

Zusätzliche Unterstützung
Ist eine *versicherte Person* auf die Einnahme lebensnotwendiger, im *Aufenthaltsland*/ -ort jedoch nicht erhältlicher Medikamente angewiesen, kann sie das zuständige Servicecenter bitten, sich um die Beschaffung und den Versand dieser – gesetzlich zugelassenen – Medikamente zu kümmern, soweit der Einfuhr und

Beschaffung keine gesetzlichen Bestimmungen entgegenstehen.

Bei einer Verzögerung der Rückreise der *versicherten Person* aus dem *Aufenthaltsland* wegen medizinischer Notfälle, die zu einer Reiseunfähigkeit führen, übernehmen wir bis zu € 2.000/ $ 2.600/ £ 1.680 der für die Umbuchung von Hotels und Flügen entstehenden Mehrkosten.

Erfolgt bei einer *versicherten Person* eine stationäre *Heilbehandlung* aufgrund eines medizinischen *Notfalls* (sowohl im *Aufenthaltsland* als auch bei einer Urlaubs- oder Geschäftsreise), wird für die Organisation eines Krankenbesuches durch einen Familienangehörigen gesorgt. Hierfür organisiert das zuständige Servicecenter die Reise eines Familienangehörigen zum Ort des *Krankenhauses* und von dort zurück zum Wohnort, wenn der Krankenhausaufenthalt länger als 7 Tage dauert. Wir übernehmen die Kosten für ein Beförderungsmittel (Bahnfahrt 1. Klasse, Flug Economy Class) und eine Hotelunterkunft (bis 7 Tage) bis zum genannten Höchstbetrag – allerdings nur bei vorheriger Einschaltung des zuständigen Servicecenters.

Organisation des Rücktransports oder der Betreuung von Kindern
Sollte aufgrund eines medizinischen *Notfalls* eine stationäre *Heilbehandlung* beider Eltern im *Aufenthaltsland* notwendig sein, übernehmen wir die Organisation einer Betreuung vor Ort durch einen Kinderdienst für die Dauer der stationären *Heilbehandlung*. Tritt während einer Urlaubsreise (maximal 6 Wochen) ein medizinischer *Notfall* beider Eltern mit notwendiger stationärer *Heilbehandlung* ein, so besteht ein Anspruch auf einen begleiteten Rücktransport des Kindes/ der Kinder (bis 18 Jahre) an den aktuellen Wohnsitz im *Aufenthaltsland*.

Hilfe bei eventuell durch den Auslandsaufenthalt entstehenden psychischen Problemen
Sollte aufgrund des Auslandsaufenthaltes den *versicherten Personen* eine psychische Konfliktsituation entstehen, bietet das zuständige Servicecenter psychologisch therapeutische Maßnahmen via Telefon und vermittelt bei Bedarf eine geeignete Hilfestellung vor Ort.

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

Vermittlung von Hilfe bei rechtlichen Schwierigkeiten
Das zuständige Servicecenter benennt deutsch-, englisch-, französisch- oder spanischsprachige Rechtsanwälte oder Gutachter weltweit. Bei Bedarf vermittelt das zuständige Servicecenter einen Vorschuss für Rechtsanwaltskosten, einen Gerichtskostenvorschuss oder einen Strafkautionsvorschuss. Es erfolgt kein Vorschuss durch das zuständige Servicecenter; dieses stellt den Kontakt zum Beispiel zur Hausbank oder zu Verwandten her und hilft gegebenenfalls beim Transfer des Betrages.

Vermittlung von interkulturellem Training
Das zuständige Servicecenter benennt Spezialanbieter, bei denen landes- und regionsspezifische Trainings zur Auslandsvorbereitung unter Berücksichtigung der Aspekte Leben und Arbeiten im Ausland absolvieren werden können.

6 Einschränkung der Leistungspflicht

Wann besteht kein Anspruch auf Leistungen?
Krieg, innere Unruhen, Terrorismus
Für Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse, innere Unruhen oder Terrorakte verursacht worden sind, leisten wir nicht, es sei denn, die *versicherte Person* erleidet ihre Verletzungen als unbeteiligte(r) Dritte(r), der/ die die Gefahr nicht vorsätzlich oder fahrlässig missachtet hat und, soweit er/sie sich bewusst in ein Konfliktgebiet begeben hat oder nach Kenntniserlangung dort verweilt, dies aus einem berechtigten beruflichen Interesse erfolgte. Soweit sich der/ die unbeteiligte Dritte in einen unmittelbar umkämpften Bereich begibt oder er/ sie Dienste für eine in die Kampfhandlungen involvierte Partei erbringt, besteht jedoch in keinem Fall Versicherungsschutz. Der Leistungsausschluss gilt unabhängig davon, ob ein Krieg erklärt wurde oder nicht. Erlangt die *versicherte Person* während ihres Aufenthalts Kenntnis von Krieg, inneren Unruhen oder

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

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

Vorerkrankungen
Vorerkrankungen sind zunächst vom Versicherungsschutz ausgeschlossen (siehe hierzu Moratoriumsklausel Nr. 1.3). Es besteht die Möglichkeit, die *Vorerkrankungen* durch die Beantwortung der Gesundheitsfragen und eine darauffolgende medizinische Gesundheitsprüfung einzuschließen.

Militärdienstbeschädigungen
Für Krankheiten und Unfälle einschließlich derer Folgen, die durch oder bei Ausübung eines Militärdienstes verursacht worden sind, leisten wir nicht.

Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren
Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren bei Drogenkonsum und Alkoholismus stehen nicht unter Versicherungsschutz. Unbeschadet dessen gewähren wir jedoch für eine erstmalige Entgiftungsmaßnahme, für die anderweitig kein Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung geltend gemacht werden kann, Leistungen, wenn wir diese vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt haben. Die Zusage kann von einer Begutachtung über die Erfolgsaussichten durch einen von uns beauftragten *Arzt* abhängig gemacht werden. Bei einer stationären Entgiftungsmaßnahme sind nur die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausgrundleistungen inklusive ärztlicher Leistungen und *Arzneimittel* erstattungsfähig.

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

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

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

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

Pflegebedürftigkeit
Wir übernehmen keine Kosten für eine durch Pflegebedürftigkeit bedingte Unterbringung.

Weitere Leistungseinschränkungen ?
Übersteigt eine *Heilbehandlung* oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung nicht angemessen, so können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus einer gesetzlichen Krankenversicherung, gesetzlichen oder privaten Unfallversicherung oder gesetzlichen Rentenversicherung, aus einer gesetzlichen Heilfürsorge oder gesetzlichen Unfallfürsorge oder auf Leistungen eines anderen Leistungserbringers bzw. einer anderen Institution, so sind wir nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz dieser Leistungen notwendig bleiben.

7 Verhalten und Bestimmungen im Leistungsfall

7.1 Was bedeutet die medizinische Notwendigkeit?

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

7.2 Welche Leistungsvoraussetzungen sind zu beachten?

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

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

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

7.3 Was ist im Schadenfall zu tun?

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

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

b) Bitte beachten Sie:
Falls wir mit Ihnen bzw. den versicherten Personen keine abweichende Vereinbarung treffen, senden Sie bzw. die *versicherten Personen* bitte im Schadenfall die Nachweise direkt an das zuständige Servicecenter. Bei Kostenbelegen sollten Sie bzw. die versicherten Personen Originalunterlagen einreichen, die den jeweiligen landestypischen Rechtsvorschriften für die Rechnungserstellung entsprechen müssen (bitte beachten Sie dazu auch die unter 7.4 aufgeführten Erfordernisse).
Um die Abwicklung zu erleichtern und Kosten möglichst schnell erstatten zu können, akzeptieren wir jedoch auch die telekommunikative Übermittlung von Kostenbelegen per E-Mail oder Telefax, soweit die Übertragungsqualität eine Bearbeitung zulässt. Bei berechtigtem Interesse kann der Versicherer die Originalbelege anfordern. Sofern sich ein anderer Krankenversicherer bzw. eine andere Institution an den Kosten beteiligt hat, genügen Zweitschriften der Kostenbelege mit dessen/ deren Original-Erstattungsvermerk. Wir können mit befreiender Wirkung auch an den Überbringer oder Übersender ordnungsgemäßer Nachweise leisten.

c) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

7.4 Was müssen die Kostenbelege enthalten?

a) Rechnungen müssen enthalten:
- Vor- und Zuname sowie das Geburtsdatum der *versicherten Person*,
- die genaue, vom *Arzt* vermerkte Krankheitsbezeichnung (Diagnose) bzw. andernfalls eine präzise Umschreibung des Beschwerdebildes,

- die einzelnen Leistungen mit Behandlungsdaten und Einzelpreisen,
- im Rahmen zahnärztlicher Behandlung sind auch die Bezeichnungen der behandelten oder ersetzten Zähne und die jeweils vorgenommenen Leistungen anzugeben.

b) Weiterhin ist zu beachten:

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

Bitte verwenden Sie bzw. die *versicherten Personen* zur Beantragung von Erstattungsleistungen nach Möglichkeit unser Behandlungsformular, welches Sie z. B. auf unserer Internetseite finden oder von dem zuständigen Servicecenter erhalten können. Durch Einreichen dieses vom *Arzt* unterzeichneten Formulars stellen Sie sicher, dass eine schnelle Bearbeitung des Leistungsantrages erfolgen kann. In der Regel werden dadurch Rückfragen vermieden, die zu einer Verzögerung der Leistungen führen könnten.

7.5 Was ist im Fall eines Unfalles/ Notfalles zu tun?

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

7.6 Wie erfolgt die Bearbeitung der Leistungsansprüche?

a) Stationäre Leistungsansprüche

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

b) Ambulante und zahnärztliche Leistungsansprüche

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

7.7 Wie erfolgt die Erstattung der Leistungsansprüche?

Sie bzw. die *versicherten Personen* erhalten in aller Regel Leistungen nach dem Kostenerstattungsprinzip, das heißt, wir ersetzen die im Rahmen einer *Heilbehandlung* entstandenen erstattungsfähigen Kosten. Als besonderen Service können wir auf Ihren Wunsch hin unseren Erstattungsbetrag direkt an den Rechnungsaussteller zahlen, zum Beispiel wenn es sich um besonders hohe Rechnungsbeträge (> € 2.000/ $ 2.600/ £ 1.680) handelt.

7.8 Vertragswährung

Basiswährung aller unserer Leistungspläne ist der Euro (€). Als Vertragswährung können jedoch auch der US-Dollar ($) oder das Pfund Sterling (£) gewählt werden. Die Wechselkurse dieser Währungen werden vom Versicherer jeweils im Dezember und Juni eines Jahres überprüft und gegebenenfalls aktualisiert. Dies kann zu höheren oder niedrigeren Beiträgen führen,

wenn eine Anpassung der Vertragswährung an den jeweiligen Euro-Kurs erforderlich wird.

7.9 Welche Wechselkurse werden zugrunde gelegt?

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

8 Obliegenheiten

a) Jede Krankenhausbehandlung ist uns unverzüglich anzuzeigen. Idealerweise innerhalb 10 Tagen seit Behandlungsbeginn. Hierzu reicht auch eine Mitteilung an das zuständige Servicecenter.
b) Sie und die *versicherten Personen* sind verpflichtet, auf unser Verlangen bzw. das unseres zuständigen Servicecenters jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder unserer Leistungspflicht und ihres Umfanges erforderlich ist, sowie uns bzw. unserem *Assisteur* die Einholung von hierfür erforderlichen Auskünften zu ermöglichen (insbesondere durch die Entbindung von der Schweigepflicht).
c) Die *versicherten Personen* sind verpflichtet, sich auf unser Verlangen hin durch einen von uns beauftragten *Arzt* untersuchen zu lassen. Die Aufwendungen für die Untersuchung sowie evtl. notwendige Fahrtkosten zum *Arzt* übernehmen wir nach Vorlage eines entsprechenden Nachweises.
d) Die *versicherten Personen* haben nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

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

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

Wann sind Aufrechnungen möglich?
Gegen Forderungen unsererseits kann nur aufgerechnet werden, soweit die Gegenforderung von uns unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

Betrug
Ist eine Forderung unrichtig, gefälscht oder haben Dritte mit Ihrem bzw. dem Einverständnis der *versicherten Personen* betrügerische Mittel angewandt, um Leistungen aus diesem Vertrag ohne rechtliche Grundlage entgegenzunehmen, besteht kein Leistungsanspruch. Es entfallen sämtliche Leistungsansprüche aus diesem Vertrag. Schadenzahlungen, die bereits vor Bekanntwerden der betrügerischen Handlungen geleistet wurden, sind uns in voller Höhe zurückzuerstatten.

9 Beitragszahlung und Beitragsberechnung

Zahlung des Beitrages
Der im *Versicherungsschein* ausgewiesene Beitrag ist ein Monatsbeitrag und stets im Voraus zu entrichten. Ein von uns geforderter versicherungsmedizinischer Zuschlag ist gesondert auszuweisen. Der Erstbeitrag bzw. die erste Beitragsrate ist sofort nach der Annahme Ihres Versicherungsantrags durch uns fällig.

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

Zahlung anderer Gebühren und Versicherungssteuern
Gesetzliche Gebühren, Abgaben oder Steuern, die im Zusammenhang mit Ihrem Versicherungsvertrag stehen, müssen wir Ihnen neben den Versicherungsbeiträgen berechnen. Eine entsprechende Dokumentation in Ihrem *Versicherungsschein* muss erfolgen. Vorbehaltlich anderer Bestimmungen sind die Versicherungssteuer bzw. die Abgaben oder Gebühren gleichzeitig mit dem Versicherungsbeitrag einzuziehen.

Beitragsberechnung
Der Versicherungsbeitrag für jedes Versicherungsjahr richtet sich nach dem individuellen Gesundheitszustand der *versicherten Personen*, dem individuellen Beitrag laut aktueller Beitragstabelle sowie dem Alter der *versicherten Personen* zum ersten Tag des Versicherungsjahres. Die Altersstufen sind nach folgender Einteilung gestaffelt: 0-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54, 55-59, 60-64, 65-69, 70-74, 75-79 Jahre. Sollte mit Eintritt in ein neues Lebensjahr ein Wechsel der Altersstufe notwendig sein, so werden wir Ihren Beitrag entsprechend der neuen Altersstufe umstellen, mit Wirkung von Beginn des folgenden Versicherungsjahres an.

Gebühren- und Beitragsänderungen
Sobald sich die gesetzlichen Gebühren, Abgaben oder Steuern erhöhen, sind wir berechtigt, diese Änderungen an Sie weiterzugeben. Darüberhinaus sind wir auch berechtigt unsere Beiträge zu überprüfen. Beitragserhöhungen werden Ihnen spätestens drei Monate vor Beginn des nächsten Versicherungsjahres schriftlich mitgeteilt und werden zu Beginn des nächsten Versicherungsjahres wirksam. Sind Sie mit der Beitragserhöhung nicht einverstanden, so können Sie die Versicherung vorab dem Zeitpunkt kündigen, an dem die Erhöhung sonst wirksam werden würde.

Nicht rechtzeitige Zahlung des Beitrages
Wird der vereinbarte Beitrag nicht innerhalb einer Frist von 10 Tagen nach dem Fälligkeitstage gezahlt, so können wir Sie nach Ablauf der Frist zur Zahlung auffordern. Diese Zahlungsaufforderung wird Ihnen auf angemessenem Wege an Ihren letzten Wohnsitz zugestellt.

Unterbleibt die Zahlung des Beitrags auch innerhalb von 30 Tagen nach Zahlungsaufforderung, so sind wir für die nach Ablauf der Frist eingetretenen Versicherungsfälle leistungsfrei. Sie bleiben trotz unserer Leistungsfreiheit zur Zahlung künftiger Beiträge verpflichtet. Soweit der Beitrag auch 10 Tage nach Ablauf der Zusatzfrist nicht beglichen wurde, so steht uns ein sofortiges Kündigungsrecht zu. Wird der Vertrag nicht gekündigt, so setzt unsere Leistungspflicht für alle neu eintretenden Versicherungsfälle wieder ein, falls Sie die bis zu diesem Zeitpunkt fälligen Beträge und die nachgewiesenen Verzugskosten gezahlt haben. Der Versicherungsschutz beginnt dann um 0.00 Uhr am Tage nach Eingang aller geschuldeten Beträge bei uns oder bei der entsprechend bevollmächtigten Person. Eine Leistungspflicht besteht jedoch nicht, wenn Sie erst zu dem Zeitpunkt zahlen, in dem der Eintritt des Versicherungsfalles nicht mehr ungewiss ist.

Erfolgt über einen Zeitraum von mehr als 2 Jahren keine Beitragszahlung, so gilt der Versicherungsvertrag als gekündigt.

10 Allgemeine Informationen

10.1 Wann können Änderungen in den AVB vorgenommen werden?

In folgenden Ausnahmefällen sind wir berechtigt, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen bei gleichzeitiger Wahrung Ihrer bzw. der Belange der *versicherten Person* zu ändern oder zu ergänzen, und zwar wenn

a) sich die Verhältnisse des Gesundheitswesens nicht nur vorübergehend verändern, hierzu gehören insbesondere:

aa) Änderungen von Rechtsvorschriften, auf denen einzelne Bedingungen des Vertrages beruhen,

ab) Änderungen der höchstrichterlichen Rechtsprechung, auf der einzelne Bedingungen des Vertrages beruhen;

b) in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen eine Bestimmung unwirksam ist und zur Fortführung des Vertrages deren Ergänzung notwendig ist. Solche Gründe können insbesondere vorliegen, wenn

ba) ein Gericht einzelne Bedingungen rechtskräftig für unwirksam erklärt,

bb) eine Kartellbehörde, eine Versicherungsaufsichtsbehörde oder eine vergleichbare Behörde eine Bedingung durch Verwaltungsakt als mit geltendem Recht nicht vereinbar beanstandet und die gesetzlichen Vorschriften keine Regelung enthalten, die an die Stelle solcher Bedingungen tritt.

Eine Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen ist nur zulässig, wenn das bei Vertragsschluss vereinbarte Verhältnis zwischen Leistung und Gegenleistung in nicht unbedeutendem Maße gestört ist. Die Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen dürfen die *versicherten Personen* als einzelne Regelungen und im Zusammenwirken mit anderen Bedingungen des Vertrages nicht schlechter stellen als die ursprünglichen Regelungen. Die geänderten Allgemeinen Versicherungsbedingungen werden Ihnen schriftlich bekannt gegeben und erläutert. Sie werden zu Beginn des Versicherungsjahres, das auf die Benachrichtigung folgt, wirksam. Die geänderten Allgemeinen Versicherungsbedingungen gelten als genehmigt, wenn Sie nicht innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung das Versicherungsverhältnis zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung hinsichtlich der betroffenen *versicherten Person* kündigen.

10.2 Was ist bei der Versicherung von Neugeborenen zu beachten?

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

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

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

10.3 Ihre Vertragsdaten haben sich geändert?

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

Sind Sie oder die versicherten Personen umgezogen? Haben Sie oder die versicherten Personen, zum Beispiel durch Heirat, einen neuen Namen angenommen?
Dann teilen Sie uns bitte die neue Anschrift bzw. den neuen Namen unverzüglich mit. Ansonsten kann es passieren, dass wichtige Mitteilungen von uns nicht oder erst verspätet erhalten werden.

Ihre Bankverbindung hat sich geändert?
Bitte teilen Sie uns Ihre neue Kontonummer umgehend mit, damit wir unsere Erstattungsleistungen richtig anweisen können.

Ihre Kreditkartendaten haben sich geändert?
Bitte aktualisieren Sie Ihre Kreditkartendaten (neues Gültigkeitsdatum, neue Sicherheitsnummer oder neues Bankinstitut) über unsere Website.

10.4 Sagen Sie uns Ihre Meinung

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

Globality S.A.
13, rue Edward Steichen
L-2540 Luxembourg
Telefon: +352/ 270 444 3602
Telefax: +352/ 270 444 3699
E-Mail: service-yougenio@globality-health.com
Internet: www.globality-health.com

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

10.5 Wo können Ansprüche gerichtlich gegen uns geltend gemacht werden?

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

Für alle aus dem Versicherungsvertrag entstandenen Streitigkeiten sind die Gerichte des Großherzogtums Luxemburg oder die Gerichte des Ortes zuständig, in dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz hat. Befindet sich der Wohnsitz des Versicherungsnehmers nicht in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, so sind ausschließlich die Gerichte des Großherzogtums Luxemburg zuständig.

10.6 Welches Recht ist auf den Vertrag anwendbar?

Für den Versicherungsvertrag gilt das Recht des Großherzogtums Luxemburg, soweit nicht andere Rechtsvorschriften eines geltenden nationalen Rechts mit dem Recht des Großherzogtums Luxemburg unvereinbar sind.

11 Glossar

Erläuterung verwendeter Begriffe im Sinne des Tarifs Globality YouGenio®

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

Antrag
Der *Antrag* auf Abschluss einer Versicherung erfolgt für den *Versicherungsnehmer* und/ oder die *versicherten Personen* mittels eines vom Versicherer zur Verfügung gestellten Antragsformulars.

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

Assisteur
Der *Assisteur* ist darauf spezialisiert, Versicherten in Notsituationen bzw. bei Krankenhausaufenthalten mit Rat und Tat zur Seite zu stehen. Zusätzliche Serviceleistungen, die den Versicherten den Aufenthalt in der Fremde erleichtern sollen, sowie die Erstattung bestimmter Kosten, wie zum Beispiel Rücktransportkosten, werden über unseren *Assisteur* erbracht. Das komplette Leistungsspektrum können Sie dem beiliegenden Leitfaden der Assistance entnehmen.

Aufenthaltsland
Das *Aufenthaltsland* ist das Land, in dem sich die *versicherten Personen* nach Beginn des Auslandsaufenthaltes aufhalten werden.

Ausreiseland
Das *Ausreiseland* ist das Land, in dem sich die *versicherten Personen* vor dem Auslandsaufenthalt dauerhaft aufgehalten haben.

Behandler
Behandler können neben Ärzten auch solche Personen sein, die über eine auf ihrem Behandlungsgebiet anerkannte und fundierte Ausbildung verfügen und in dem Land, in dem die Behandlung erfolgt, zur Behandlung auf ihrem Gebiet zugelassen bzw. berechtigt sind.

Unter *Behandler* fassen wir: Heilpraktiker, Logopäden/ Sprachheiltherapeuten und Hebammen/ Entbindungspfleger sowie die in eigener Praxis tätigen Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe (zum Beispiel Masseur, Masseur und medizinischer Bademeister, Krankengymnast oder Physiotherapeut). Die *versicherten Personen* können den *Behandler*, der diese Kriterien erfüllt, frei wählen.

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

Ersatz-Krankenhaustagegeld (siehe hierzu Nr. 4.3)
Sollten Sie für eine unter Versicherungsschutz stehende, medizinisch notwendige stationäre Krankenhausbehandlung einer *versicherten Person* keine Kostenerstattung bei uns beanspruchen, zahlen wir je nach Tarifstufe ein *Ersatz-Krankenhaustagegeld* pro Tag eines ärztlich verordneten und durchgeführten Krankenhausaufenthaltes.

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

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

Heimatland
Das *Heimatland* ist das Land, dessen Staatsangehörigkeit die *versicherte Person* besitzt oder in das sie im Todesfall überführt werden soll.

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

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

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

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

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

Selbstbeteiligung
Eine *Selbstbeteiligung* bewirkt, dass der Versicherte einen bestimmten Teil der Kosten selbst trägt. Eine *Selbstbeteiligung* ist eine Eigenbeteiligung des *Versicherungsnehmers* und/ oder der *versicherten Personen* an unseren Erstattungsleistungen. Wurde eine *Selbstbeteiligung* vereinbart, so dokumentieren wir diese im *Versicherungsschein* (siehe hierzu Nr. 4.2).

Teilstationäre Heilbehandlung
Als teilstationär bezeichnet man einen Aufenthalt in einer Tages- oder Nachtklinik oder in einem *Krankenhaus*, bei dem der Patient nur tagsüber oder nachts in der Klinik ist; eine ganztägige (24-stündige) stationäre Behandlung ist von vornherein nicht oder nicht mehr erforderlich.

Umwandlung
Eine *Umwandlung* ist die Änderung eines bei uns bestehenden Versicherungsschutzes, zum Beispiel durch die Vereinbarung einer geänderten *Selbstbeteiligung* bzw. eines geänderten Selbstbehaltes, unter Wahrung der Rechte, die Sie und die *versicherten Personen* aus den vorher ununterbrochen bei uns bestandenen Versicherungen erworben haben.

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

Versicherungsnehmer/ Versicherte Personen
Versicherungsnehmer sind Sie, da Sie mit uns einen Versicherungsvertrag abgeschlossen haben. *Versicherte Personen* sind Personen, für die Sie selbst, Versicherungsschutz mit uns vereinbart haben (z. B. Ehe- oder Lebenspartner und Kinder).

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

Vorerkrankungen
Vorerkrankungen sind bei Versicherungsbeginn bestehende Krankheiten und deren Folgen sowie Folgen von Unfällen, die Ihnen oder den *versicherten Personen* bekannt sind bzw. behandelt werden. Durch besondere Vereinbarung mit dem *Versicherungsnehmer* können diese in den Versicherungsvertrag grundsätzlich eingeschlossen werden. *Vorerkrankungen*, die bei Antragsstellung nicht genannt wurden, sind nicht versichert.

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

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

12 Medizinisches Glossar

Erläuterung verwendeter Begriffe

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Verbandmittel
Verbandmittel sind Mittel zur Durchführung von Verbänden.

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

Telefon: +352/ 270 444 3602
Telefax: +352/ 270 444 3699
E-Mail: service-yougenio@globality-health.com
Internet: www.globality-health.com

09.12