

Tarifliche Leistungszusage Individualkunden

Gültig ab
1. November
2013

Eine vorherige Kostenzusage ist für alle Leistungen erforderlich, die in den nachstehenden Tabellen mit einer 1 oder 2 gekennzeichnet sind, und kann auch für weitere Leistungen notwendig sein. Bitte beachten Sie dazu Punkt 2 der „Anmerkungen“.

Haupttarife

Leistungen in den Haupttarifen	Premier Individual	Club Individual	Classic Individual	Essential Individual
Höchsterstattungsbetrag GBP (£)	£ 1.867.500	£ 1.245.000	£ 934.000	£ 415.000
Höchsterstattungsbetrag EUR (€)	€ 2.250.000	€ 1.500.000	€ 1.125.000	€ 500.000
Höchsterstattungsbetrag USD (\$)	\$ 3.037.500	\$ 2.025.000	\$ 1.518.750	\$ 675.000
Höchsterstattungsbetrag CHF	CHF 2.925.000	CHF 1.950.000	CHF 1.462.500	CHF 650.000
Stationäre Leistungen ¹ - Bitte beachten Sie dazu Punkt 2 zur vorherigen Kostenzusage				
Unterbringung im Krankenhaus ¹	Einbettzimmer	Einbettzimmer	Einbettzimmer	Zweibettzimmer
Intensivpflege ¹	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
Verschreibungspflichtige Arzneimittel und Materialien ¹ <small>(nur bei stationärer und teilstationärer Behandlung)</small>	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
Operationskosten einschl. Kosten für Anästhesie und OP-Saal ¹	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
Kosten für Ärzte und Therapeuten ¹ <small>(nur bei stationärer und teilstationärer Behandlung)</small>	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
Chirurgische Hilfsmittel und Prothesen ¹	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
Diagnostische Untersuchungen ¹ <small>(nur bei stationärer und teilstationärer Behandlung)</small>	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
Organtransplantation ¹	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	£ 8.300/€ 10.000/ \$ 13.500/ CHF 13.000
Psychiatrie und Psychotherapie ¹ <small>(nur bei stationärer und teilstationärer Behandlung) (nach einer Wartezeit von 10 Monaten)</small>	Volle Erstattung	£ 4.980/€ 6.000/ \$ 8.100/CHF 7.800	£ 4.150/€ 5.000/ \$ 6.750/CHF 6.500	£ 4.150/€ 5.000/ \$ 6.750/CHF 6.500
Kosten der Unterbringung im Krankenhaus für einen Elternteil, der ein versichertes Kind unter 18 Jahren begleitet ¹	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
Stationäre zahnärztliche Notfallbehandlung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
Weitere Leistungen - Bitte beachten Sie dazu Punkt 2 zur vorherigen Kostenzusage				
Teilstationäre Behandlung/Tagesklinik ²	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
Nierendialyse ²	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
				Fortsetzung auf der nächsten Seite

Leistungen in den Haupttarifen (Fortsetzung)	Premier Individual	Club Individual	Classic Individual	Essential Individual
Ambulante Operationen ²	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
Häusliche Pflege oder Aufenthalt in einem Genesungsheim ² (unmittelbar nach oder anstelle einer stationären Behandlung)	£ 3.525/€ 4.250/ \$ 5.740/CHF 5.525	£ 2.350/€ 2.830/ \$ 3.820/CHF 3.680	£ 2.075/€ 2.500/ \$ 3.375/CHF 3.250	£ 2.075/€ 2.500/ \$ 3.375/CHF 3.250
Rehabilitationsmaßnahmen ² (stationär, teilstationär und ambulant; müssen innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung aus der medizinischen Einrichtung aufgrund einer akuten medizinischen und/oder chirurgischen Behandlung beginnen)	£ 3.670/€ 4.420/ \$ 5.970/CHF 5.750	£ 2.490/€ 3.000/ \$ 4.050/CHF 3.900	£ 2.075/€ 2.500/ \$ 3.375/CHF 3.250	£ 1.660/€ 2.000/ \$ 2.700/CHF 2.600
Lokaler Krankentransport	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	£ 415/€ 500/ \$ 675/CHF 650
Notfallbehandlung außerhalb des Geltungsbereichs (für Reisen von maximal sechs Wochen)	Volle Erstattung, max. 42 Tage	Volle Erstattung, max. 42 Tage	Volle Erstattung, max. 42 Tage	Bis zu £ 8.300/ € 10.000/\$ 13.500/ CHF 13.000, max. 42 Tage
Medizinische Überführung ²	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
<ul style="list-style-type: none"> falls die notwendige Behandlung nicht vor Ort erbracht werden kann, wird die versicherte Person in die nächstgelegene geeignete medizinische Einrichtung überführt² 	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
<ul style="list-style-type: none"> falls laufende Behandlungen erforderlich sind, erstatten wir die Kosten für eine Unterbringung in einem Hotel² 	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
<ul style="list-style-type: none"> Überführung falls keine ausreichend kontrollierten Blutkonserven vorhanden sind² 	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
<ul style="list-style-type: none"> wenn aus medizinischen Gründen nach Beendigung einer stationären Behandlung und der Entlassung aus dem Krankenhaus die versicherte Person nicht überführt werden kann, übernehmen wir die Kosten für eine Unterbringung in einem Hotel² 	Volle Erstattung, max. 7 Tage	Volle Erstattung, max. 7 Tage	Volle Erstattung, max. 7 Tage	Volle Erstattung, max. 7 Tage
Kosten für eine Begleitperson im Falle einer medizinischen Überführung ²	£ 2.490/€ 3.000/ \$ 4.050/CHF 3.900	£ 2.490/€ 3.000/ \$ 4.050/CHF 3.900	£ 2.490/€ 3.000/ \$ 4.050/CHF 3.900	£ 2.490/€ 3.000/ \$ 4.050/CHF 3.900
Reisekosten für versicherte Familienmitglieder im Falle einer Überführung ²	£ 1.660/€ 2.000/ \$ 2.700/CHF 2.600 pro Überführung	£ 1.660/€ 2.000/ \$ 2.700/CHF 2.600 pro Überführung	£ 1.660/€ 2.000/ \$ 2.700/CHF 2.600 pro Überführung	£ 1.660/€ 2.000/ \$ 2.700/CHF 2.600 pro Überführung
Rücktransport im Todesfall ²	£ 8.300/€ 10.000/ \$ 13.500/ CHF 13.000	£ 8.300/€ 10.000/ \$ 13.500/ CHF 13.000	£ 8.300/€ 10.000/ \$ 13.500/ CHF 13.000	£ 8.300/€ 10.000/ \$ 13.500/ CHF 13.000
Reisekosten für versicherte Familienmitglieder im Falle einer Überführung der sterblichen Überreste ²	£ 1.660/€ 2.000/ \$ 2.700/CHF 2.600 pro Überführung	£ 1.660/€ 2.000/ \$ 2.700/CHF 2.600 pro Überführung	£ 1.660/€ 2.000/ \$ 2.700/CHF 2.600 pro Überführung	£ 1.660/€ 2.000/ \$ 2.700/CHF 2.600 pro Überführung
Computer- und Kernspintomografie (stationär und ambulant)	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
Positronenemissions ² - und Computer-Positronenemissionstomografie ² (stationär und ambulant)	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
Onkologie ² (stationär, teilstationär und ambulant)	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
Komplikationen während der Schwangerschaft ² (stationär und ambulant) (nach einer Wartezeit von 10 Monaten)	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Nicht versichert
Laseraugenkorrektur (maximal eine Behandlung auf Lebenszeit)	£ 830/€ 1.000/ \$ 1.350/CHF 1.300 auf Lebenszeit	£ 415/€ 500/ \$ 675/CHF 650 auf Lebenszeit	Nicht versichert	Nicht versichert
Krankenhaustagegeld (pro Nacht) (wenn die Behandlung kostenlos erfolgte)	£ 125/€ 150/ \$ 205/CHF 195, max. 25 Nächte	£ 125/€ 150/ \$ 205/CHF 195, max. 25 Nächte	£ 125/€ 150/ \$ 205/CHF 195, max. 25 Nächte	£ 125/€ 150/ \$ 205/CHF 195, max. 25 Nächte
Ambulante Notfallbehandlung (wenn die aufgeführten Erstattungsbeträge erreicht sind, werden die Restkosten gemäß den Bedingungen eines evtl. separat gewählten Ambulanttarifs erstattet)	£ 625/€ 750/ \$ 1.015/CHF 975	£ 625/€ 750/ \$ 1.015/CHF 975	£ 625/€ 750/ \$ 1.015/CHF 975	Nicht versichert
Ambulante zahnärztliche Notfallbehandlung (wenn die aufgeführten Erstattungsbeträge erreicht sind, werden die Restkosten gemäß den Bedingungen eines evtl. separat gewählten Zahntarifs erstattet)	£ 625/€ 750/ \$ 1.015/CHF 975	£ 415/€ 500/ \$ 675/CHF 650	Nicht versichert	Nicht versichert
Palliativmedizinische Betreuung ²	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
Langzeitpflege ²	Volle Erstattung, max. 90 Tage auf Lebenszeit	Volle Erstattung, max. 90 Tage auf Lebenszeit	Volle Erstattung, max. 90 Tage auf Lebenszeit	Volle Erstattung, max. 90 Tage auf Lebenszeit
Todesfallleistung bei Unfällen (für versicherte Personen im Alter von 18 bis 70 Jahren)	£ 8.300/€ 10.000/ \$ 13.500/ CHF 13.000	Nicht versichert	Nicht versichert	Nicht versichert

Selbstbeteiligungen am Haupttarif

Um den Beitrag für Ihren Haupttarif zu reduzieren, wählen Sie einfach eine optionale Selbstbeteiligung aus der folgenden Tabelle aus. Den entsprechenden Beitragsnachlass finden Sie in den Spalten rechts daneben. Die Höhe des Beitragsnachlasses richtet sich danach, ob Sie einen Mutterschaftstarif gewählt haben. Beachten Sie bitte, dass entweder eine Selbstbeteiligung am Haupttarif ODER eine Selbstbeteiligung am Ambulanttarif gewählt werden kann. Eine Selbstbeteiligung gilt pro Person und Versicherungsjahr. Unsere Beiträge werden in ganzen Beträgen dargestellt (d. h. ohne Cent- oder Pence-Beträge etc.). Beachten Sie daher bitte, dass die unten genannten Prozentwerte etwas höher oder niedriger ausfallen können als hier angegeben.

Optionale Selbstbeteiligungen am Haupttarif	Beitragsnachlass wenn kein Mutterschaftstarif in der Police enthalten ist	Beitragsnachlass wenn ein Mutterschaftstarif Teil der Police ist
Keine Selbstbeteiligung	0% Beitragsnachlass	0% Beitragsnachlass
£ 374/€ 450/\$ 610/CHF 585 Selbstbeteiligung	5% Beitragsnachlass	2,5% Beitragsnachlass
£ 625/€ 750/\$ 1.015/CHF 975 Selbstbeteiligung	10% Beitragsnachlass	5% Beitragsnachlass
£ 1.245/€ 1.500/\$ 2.025/CHF 1.950 Selbstbeteiligung	20% Beitragsnachlass	10% Beitragsnachlass
£ 2.490/€ 3.000/\$ 4.050/CHF 3.900 Selbstbeteiligung	35% Beitragsnachlass	17,5% Beitragsnachlass
£ 4.980/€ 6.000/\$ 8.100/CHF 7.800 Selbstbeteiligung	50% Beitragsnachlass	25% Beitragsnachlass
£ 8.300/€ 10.000/\$ 13.500/CHF 13.000 Selbstbeteiligung	60% Beitragsnachlass	30% Beitragsnachlass

Ambulanttarife

Die folgenden Ambulanttarife können nur zusammen mit einem unserer Haupttarife abgeschlossen werden. Sie stehen nicht einzeln zur Verfügung.

Leistungen in den Ambulanttarifen	Gold Individual	Silver Individual	Bronze Individual	Crystal Individual
Höchstleistungsbetrag	Kein Limit	£ 7.450/€ 9.000/ \$ 12.150/ CHF 11.700	£ 4.570/€ 5.500/ \$ 7.425/ CHF 7.150	£ 2.075/€ 2.500/ \$ 3.375/ CHF 3.250
Ambulante Leistungen				
Allgemeinmedizinerkosten und verschreibungspflichtige Arzneimittel	Volle Erstattung	Volle Erstattung	£ 830/€ 1.000/ \$ 1.350/CHF 1.300	£ 830/€ 1.000/ \$ 1.350/CHF 1.300
Facharztkosten	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
Diagnostische Untersuchungen	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
Impfungen	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Nicht versichert
Chiropraktik, Osteopathie, Homöopathie, Traditionelle Chinesische Medizin und Akupunktur (max. 12 Sitzungen pro erstellter Diagnose jeweils für chiropraktische und für osteopathische Untersuchungen im Rahmen des maximalen Erstattungsbetrags)	Volle Erstattung	Volle Erstattung	£ 934/€ 1.125/ \$ 1.520/CHF 1.463	£ 415/€ 500/ \$ 675/CHF 650
Verordnete Physiotherapie (anfänglich auf 12 Sitzungen pro erstellte Diagnose beschränkt; Beschränkung gilt auch bei einer Kombination von verordneter und nicht verordneter Physiotherapie)	Volle Erstattung	Volle Erstattung	£ 934/€ 1.125/ \$ 1.520/CHF 1.463	£ 415/€ 500/ \$ 675/CHF 650
- Nicht verordnete Physiotherapie	5 Sitzungen	5 Sitzungen	5 Sitzungen	5 Sitzungen
Verordnete Sprachtherapie, Okulomotortherapie und Beschäftigungstherapie ²	Volle Erstattung	Volle Erstattung	£ 934/€ 1.125/ \$ 1.520/CHF 1.463	£ 415/€ 500/ \$ 675/CHF 650
Vorsorgeuntersuchungen, inkl. Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten Untersuchungen sind beschränkt auf:	£ 665/€ 800 \$ 1.080/CHF 1.040	£ 498/€ 600/ \$ 810/CHF 780	Nicht versichert	Nicht versichert
<ul style="list-style-type: none"> • ärztliche Untersuchung • Blutuntersuchungen (vollständiges Blutbild, Biochemie, Fettspiegel, Schilddrüsenfunktionstest, Leberfunktionstest, Nierenfunktionstest) • Herz-Kreislauf-Untersuchungen (ärztliche Untersuchung, EKG, Blutdruck) • Neurologische Untersuchungen (ärztliche Untersuchung) • Krebsvorsorgeuntersuchungen <ul style="list-style-type: none"> - jährlicher Pap-Abstrich - Mammografie (alle zwei Jahre für Frauen ab 45 Jahren, oder jünger bei familiärer Vorbelastung) - Prostata-Untersuchungen (jährlich für Männer ab 50 Jahren, oder jünger bei familiärer Vorbelastung) - Darmspiegelung (alle fünf Jahre für Versicherte ab 50 Jahren, oder ab 40 Jahren bei familiärer Vorbelastung) - jährlicher Test auf verstecktes Blut im Stuhl • Knochendichtemessung (alle fünf Jahre für Frauen ab 50 Jahren) • Kindervorsorgeuntersuchungen (für Kinder bis zum Alter von 6 Jahren, maximal 15 Untersuchungen pro Kind auf Lebenszeit) • BRCA1 und BRCA2-Genests (bei direkter familiärer Vorbelastung, ausschließlich im Gold Individualtarif) 		Nicht versichert	Nicht versichert	Nicht versichert

Fortsetzung auf der nächsten Seite

Leistungen in den Ambulanttarifen (Fortsetzung)	Gold Individual	Silver Individual	Bronze Individual	Crystal Individual
Behandlungen bei Unfruchtbarkeit (nach einer Wartezeit von 18 Monaten)	£ 9.960/€ 12.000/ \$ 16.200/ CHF 15.600 auf Lebenszeit	£ 9.960/€ 12.000/ \$ 16.200/ CHF 15.600 auf Lebenszeit	Nicht versichert	Nicht versichert
Psychiatrie und Psychotherapie (nach einer Wartezeit von 18 Monaten)	30 Sitzungen	20 Sitzungen	Nicht versichert	Nicht versichert
Verschriebene medizinische Hilfsmittel	Volle Erstattung	£ 2.075/€ 2.500/ \$ 3.375/CHF 3.250	Nicht versichert	Nicht versichert
Verschriebene Brillen und Kontaktlinsen inklusive Augenuntersuchung	£ 165/€ 200/ \$ 270/CHF 260	£ 149/€ 180/ \$ 245/CHF 234	Nicht versichert	Nicht versichert
Ernährungsberaterkosten	4 Sitzungen	Nicht versichert	Nicht versichert	Nicht versichert
Verschriebene Arzneimittel (müssen von einem Arzt verschrieben werden, auch wenn ein Rezept für den Kauf nicht erforderlich ist)	£ 42/€ 50/ \$ 70/CHF 65	Nicht versichert	Nicht versichert	Nicht versichert

Selbstbeteiligungen am Ambulanttarif

Um den Beitrag für Ihren Ambulanttarif zu reduzieren, wählen Sie einfach eine optionale Selbstbeteiligung aus der folgenden Tabelle aus. Den entsprechenden Beitragsnachlass finden Sie in der rechten Spalte der Tabelle. Beachten Sie bitte, dass entweder eine Selbstbeteiligung am Ambulanttarif ODER eine Selbstbeteiligung am Haupttarif gewählt werden kann. Eine Selbstbeteiligung gilt pro Person und Versicherungsjahr. Unsere Beiträge werden in ganzen Beträgen dargestellt (d. h. ohne Cent- oder Pence-Beträge etc.). Beachten Sie daher bitte, dass die unten genannten Prozentwerte etwas höher oder niedriger ausfallen können als hier angegeben.

Optionale Selbstbeteiligungen am Ambulanttarif	Beitragsnachlass
Keine Selbstbeteiligung	0% Beitragsnachlass
£ 83/€ 100/\$ 135/CHF 130 Selbstbeteiligung	10% Beitragsnachlass
£ 165/€ 200/\$ 270/CHF 260 Selbstbeteiligung	20% Beitragsnachlass

Mutterschaftstarife

Der Mutterschaftstarif „Premier Maternity“ kann nur in Kombination mit dem Haupttarif „Premier Individual“ abgeschlossen werden. Der Mutterschaftstarif „Club Maternity“ kann nur in Kombination mit dem Haupttarif „Club Individual“ abgeschlossen werden. Bitte beachten Sie, dass falls ein Mutterschaftstarif gewünscht wird, auch ein Ambulanttarif hinzugefügt werden muss. Die Mutterschaftstarife können von Paaren und Familien gewählt werden, d. h. ein Ehepartner/Partner muss im Rahmen des Versicherungsvertrags mitversichert sein.

Leistungen in den Mutterschaftstarifen	Premier Maternity	Club Maternity
Reguläre Schwangerschaft ¹ (stationär und ambulant) (nach einer Wartezeit von 10 Monaten)	£ 6.225/€ 7.500/\$ 10.125/CHF 9.750 pro Schwangerschaft	£ 4.150/€ 5.000/\$ 6.750/CHF 6.500 pro Schwangerschaft
Komplikationen bei der Entbindung ² (stationär) (nach einer Wartezeit von 10 Monaten)	£ 12.450/€ 15.000/\$ 20.250/CHF 19.500 pro Schwangerschaft	£ 8.300/€ 10.000/\$ 13.500/CHF 13.000 pro Schwangerschaft

¹ Wenn für die mit einer 1 gekennzeichneten Leistungen keine vorherige Kostenzusage eingeholt wird, behalten wir uns das Recht vor, den Erstattungsantrag abzulehnen. Bei später nachgewiesener medizinischer Notwendigkeit der Behandlung werden lediglich 80% der erstattungsfähigen Kosten erstattet.

² Wenn für die mit einer 2 gekennzeichneten Leistungen keine vorherige Kostenzusage eingeholt wird, behalten wir uns das Recht vor, den Erstattungsantrag abzulehnen. Bei später nachgewiesener medizinischer Notwendigkeit der Behandlung werden lediglich 50% der erstattungsfähigen Kosten erstattet.

Zahntarife

Der **Zahntarif Dental 1** kann nur zusammen mit dem **Premier Individual Haupttarif** und dem **Gold Individual Ambulanttarif** abgeschlossen werden. Der **Zahntarif Dental 2** kann in Verbindung mit **allen Haupttarifen** abgeschlossen werden. **Beide Zahntarife stehen nicht einzeln zur Verfügung.**

LeistungenC in den Zahntarifen	Dental 1	Dental 2
Höchsterstattungsbetrag	Kein Limit	£ 1.700/€ 2.050/\$ 2.770/CHF 2.665
Erstattungsleistungen		
Zahnbehandlung	100% Erstattung	80% Erstattung
Chirurgisch zahnärztliche Eingriffe	100% Erstattung	80% Erstattung
Zahnärztliche Parodontalbehandlung	80% Erstattung	80% Erstattung
Kieferorthopädie und Zahnersatz (nach einer Wartezeit von 10 Monaten)	65% Erstattung, bis zu £ 4.150/€ 5.000/\$ 6.750/CHF 6.500	50% Erstattung

Rücktransporttarif

Der folgende Tarif kann nur zusammen mit einem der Haupttarife abgeschlossen werden. Er steht nicht einzeln zur Verfügung.

Leistungen im Rücktransporttarif	
Medizinischer Rücktransport ²	Volle Erstattung
<ul style="list-style-type: none"> falls die notwendige Behandlung nicht vor Ort erbracht werden kann, können Sie sich dafür entscheiden, in Ihr Heimatland rücktransportiert zu werden anstatt in die nächstgelegene geeignete medizinische Einrichtung² 	Volle Erstattung
<ul style="list-style-type: none"> falls laufende Behandlungen erforderlich sind, erstatten wir die Kosten für eine Unterbringung in einem Hotel² 	Volle Erstattung
<ul style="list-style-type: none"> Rücktransport falls keine ausreichend kontrollierten Blutkonserven vorhanden sind² 	Volle Erstattung
<ul style="list-style-type: none"> wenn aus medizinischen Gründen nach Beendigung einer stationären Behandlung und der Entlassung aus dem Krankenhaus die versicherte Person nicht überführt werden kann, übernehmen wir die Kosten für eine Unterbringung in einem Hotel² 	Volle Erstattung, max. 7 Tage
Kosten für eine Begleitperson im Falle eines medizinischen Rücktransports ²	£ 2.490/€ 3.000/\$ 4.050/CHF 3.900
Reisekosten für versicherte Familienmitglieder im Falle eines Rücktransports ²	£ 1.660/€ 2.000/\$ 2.700/CHF 2.600 pro Rücktransport
Reisekosten für Versicherte, die ein in Lebensgefahr schwebendes oder ein verstorbene Familienmitglied begleiten	£ 1.245/€ 1.500/\$ 2.025/CHF 1.950 auf Lebenszeit

Anmerkungen

1. Geltungsbereich

Allianz Worldwide Care bietet für die folgenden drei geografischen Geltungsbereiche Versicherungsschutz:

- Weltweit, so dass Sie versichert sind, wo immer Sie sich aufhalten
- Weltweit außer USA
- Nur Afrika

Der ausgewählte Geltungsbereich wird im Versicherungsschein angegeben.

2. Vorherige Kostenzusage

Für bestimmte Behandlungen und Kosten muss im Voraus ein Formular zur vorherigen Kostenzusage eingereicht werden. Nach der Zustimmung

durch Allianz Worldwide Care kann dann die Erstattung dieser notwendigen Behandlungen oder Kosten garantiert werden. Die Versicherungsleistungen, die eine vorherige Kostenzusage erfordern, sind in der Tariflichen Leistungszusage mit einer 1 oder einer 2 gekennzeichnet sowie im Folgenden aufgelistet:

- Alle stationären Leistungen¹
- Teilstationäre Behandlungen/Tagesklinik²
- Nierendialyse²
- Ambulante Operationen²
- Kernspintomografie (MRT) (vorherige Kostenzusage nur erforderlich, wenn Sie möchten, dass wir die Kosten direkt mit dem medizinischen Anbieter abrechnen)
- Positronenemissions-² (PET) und Computer-Positronenemissionstomografie² (CT-PET)
- Häusliche Pflege oder Aufenthalt in einem Genesungsheim²
- Komplikationen während der Schwangerschaft²
- Reguläre Schwangerschaft² sowie Komplikationen bei der Entbindung² (nur bei stationärem Aufenthalt)

- Onkologie² (nur bei stationärer oder teilstationärer Behandlung)
- Beschäftigungstherapie² (nur bei ambulanter Behandlung)
- Rehabilitationsmaßnahmen²
- Medizinische Überführung² (oder Rücktransport bei entsprechender Versicherung)
- Reisekosten für versicherte Familienmitglieder im Falle einer Überführung/eines Rücktransports²
- Rücktransport im Todesfall²
- Reisekosten für versicherte Familienmitglieder im Falle einer Überführung der sterblichen Überreste²
- Kosten für eine Begleitperson im Falle einer/s medizinischen Überführung/Rücktransports²
- Palliativmedizinische Betreuung²
- Langzeitpflege²

¹ Wenn für die mit einer 1 gekennzeichneten Leistungen keine vorherige Kostenzusage eingeholt wird, behalten wir uns das Recht vor, den Erstattungsantrag abzulehnen. Bei später nachgewiesener medizinischer Notwendigkeit der Behandlung werden lediglich **80%** der erstattungsfähigen Kosten erstattet.

² Wenn für die mit einer 2 gekennzeichneten Leistungen keine vorherige Kostenzusage eingeholt wird, behalten wir uns das Recht vor, den Erstattungsantrag abzulehnen. Bei später nachgewiesener medizinischer Notwendigkeit der Behandlung werden lediglich **50%** der erstattungsfähigen Kosten erstattet.

Wir sollten mindestens fünf Werktage vor Aufnahme einer Behandlung informiert werden, so dass bei Behandlungsbeginn evtl. auftretende Verzögerungen vermieden werden können. Dadurch wird sichergestellt, dass Versicherte bargeldlosen Zugang zu stationären Behandlungen haben (wenn grundsätzlich möglich) und dass die Behandlung von einem unserer Ärzte begleitet wird.

In einem Notfall sollten wir innerhalb von 48 Stunden nach Eintritt des Notfallsereignisses benachrichtigt werden, um sicherstellen zu können, dass keine Leistungseinschränkungen wegen fehlender vorheriger Kostenzusage erfolgen.

3. Geltendmachung und Bearbeitung von Leistungsansprüchen

Allianz Worldwide Care bietet ein unkompliziertes Verfahren zur Geltendmachung von Leistungsansprüchen, mit dem sich Versicherte ihre medizinischen Auslagen erstatten lassen können.

Die Bearbeitung vollständig ausgefüllter Erstattungsformulare und die Ausstellung der Zahlungsanweisung an die Bank des Versicherten erfolgen **innerhalb von 48 Stunden**. Wenn weitere Informationen zur Ausführung des

Leistungsanspruchs benötigt werden, erhält der Versicherte und/oder dessen behandelnder Arzt automatisch innerhalb von 48 Stunden nach Eingang des Erstattungsformulars bei uns eine Benachrichtigung per E-Mail oder Post. Wenn uns eine E-Mail-Adresse mitgeteilt wurde, wird der Versicherte bei der Abwicklung mit einer automatisierten E-Mail nach erfolgreicher Bearbeitung des Erstattungsformulars bei Allianz Worldwide Care informiert.

Mit dieser Vorgehensweise stellen wir sicher, dass unsere Versicherten ihre Leistungserstattungen so schnell und effizient wie möglich erhalten.

4. Erstattungsbeträge

In der Tariflichen Leistungszusage können zwei Arten von Erstattungs-beträgen genannt werden. Der Höchsterstattungsbetrag, der in einigen Tarifen angegeben wird, ist der maximale Gesamtbetrag, der für sämtliche Leistungen des Tarifs zusammen, pro versicherte Person und pro Versicherungsjahr, erstattet wird. Daneben gibt es spezifische Erstattungsbeträge für einzelne Versicherungsleistungen innerhalb eines Tarifs, z. B. für die Leistung „Häusliche Pflege oder Aufenthalt in einem Genesungsheim“. Spezifische Erstattungsbeträge können „pro Versicherungsjahr“, „auf Lebenszeit“ oder „pro Ereignis“, wie z. B. „pro Reise“, „pro Sitzung“ oder auch „pro Schwangerschaft“ gelten. In einigen Fällen kann für Versicherungsleistungen auch eine prozentuale Erstattungsleistung bis zu einem definierten spezifischen Erstattungs-betrag angezeigt werden, z. B. „65% Erstattung, bis zu £ 4.150/€ 5.000/\$ 6.750/CHF 6.500“. Wenn für Versicherungsleistungen ein spezifischer Erstattungs-betrag gilt oder der Begriff „Volle Erstattung“ neben einer Leistung angegeben wird, so erfolgt die Erstattung immer innerhalb des angegebenen maximalen Höchsterstattungsbetrags, soweit dieser auf den Tarif zutrifft. Alle Beträge gelten pro Versicherten und pro Versicherungsjahr, sofern nicht anderweitig in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegeben.

5. Allgemeine Versicherungsbedingungen

Bitte beachten Sie, dass Versicherungsschutz einer medizinischen Risikoprüfung unterliegt, d. h. Vorerkrankungen könnten vom Versicherungsschutz ausgeschlossen werden oder ein höherer Beitrag könnte festgelegt werden, um ein erhöhtes Risiko durch Vorerkrankungen oder andere Risikofaktoren zu reflektieren. Der Versicherungsschutz besteht erst, wenn wir Ihren Antrag angenommen haben. Die Annahme erfolgt durch die Ausgabe des Versicherungsscheins. In dieser Tariflichen Leistungszusage finden Sie einen Überblick über den Versicherungsschutz, den die einzelnen Tarife beinhalten. Der Versicherungsschutz unterliegt den Allgemeinen Geschäftsbedingungen, wie in unserem Versicherungshandbuch für die Einzelversicherung aufgeführt, welches den Versicherten bei Versicherungsbeginn ausgehändigt wird. Unser Versicherungshandbuch für die Einzelversicherung kann auch von unserer Website www.allianzworldwidecare.com heruntergeladen werden.

Wenn Sie weitere Fragen haben, wenden Sie sich bitte an uns:

Allianz Worldwide Care
 18B Beckett Way
 Park West Business Campus
 Nangor Road
 Dublin 12
 Irland

sales@allianzworldwidecare.com
www.allianzworldwidecare.com

Helpline-Nummern
 Englisch: + 353 1 630 1301
 Deutsch: + 353 1 630 1302
 Französisch: + 353 1 630 1303
 Spanisch: + 353 1 630 1304
 Italienisch: + 353 1 630 1305
 Portugiesisch: + 353 1 645 4040
 Fax: + 353 1 630 1306