

SPEZIELLE BEDINGUNGEN

ESSENTIAL

SPEZIELLE BEDINGUNGEN FGH ESSENTIAL

Inhaltsübersicht

Vertragliche Grundlage

I. Spezielle Bedingungen Foyer Global Health Essential	2 - 12
1. Deckungsumfang	2
2. Geografischer Geltungsbereich	2
3. Versicherbarkeit	2 - 3
3.1. Einbezug von Vorerkrankungen oder Moratorium	2 - 3
3.1.1. <i>Vorerkrankungen</i>	
3.1.2. <i>Moratoriumsklausel</i>	
4. Versicherungsleistungen	3 - 12
4.1. <i>Allgemeine Hinweise</i>	3
4.2. <i>Selbstbeteiligungen</i>	3 - 4
4.2.1 <i>Selbstbeteiligungen</i>	
4.2.2 <i>Doppelte Versicherungsleistungen für Region 1</i>	
4.3. <i>Versicherungsleistungen</i>	4 - 12
4.3.1. <i>Allgemein</i>	
4.3.2. <i>Stationäre Behandlung</i>	
4.3.3. <i>Ambulante Behandlung</i>	
4.3.4. <i>Zahnbehandlung</i>	
4.4. <i>Leistungsbeschränkungen</i>	12 - 13
5. Tarif	13 - 14
 II. Allgemeine Versicherungsbedingungen für medizinische Assistenzleistungen und Zusatzleistungen	15 - 19
1. Gegenstand der medizinischen Assistenzleistungen und Zusatzleistungen	15
2. Geografischer Geltungsbereich	15
3. Serviceleistungen	15
3.1. <i>Allgemeine Hinweise</i>	15
3.2. <i>Medizinische Assistenzleistungen</i>	16 - 17
3.3. <i>Zusatzleistungen</i>	18 - 19
4. Tarif	19
 III. Glossar	20 - 22



I. Spezielle Bedingungen Foyer Global Health Essential

1. Deckungsumfang

Kursiv gesetzte Begriffe, die hier verwendet und nicht weiter definiert werden, haben die Bedeutung, die ihnen im Glossar am Ende der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zugewiesen wird.

Der *Versicherer* bietet *Versicherungsleistungen* für *Krankheiten*, *Körperverletzungen* und andere Ereignisse, die einen *Leistungsfall* gemäß der *Versicherungspolice* begründen.

Im *Leistungsfall* übernimmt der *Versicherer* die Behandlungskosten und erbringt weitere vereinbarte *Versicherungsleistungen* in Abhängigkeit der *Versicherungspolice*.

Innerhalb der Höchstbeträge der vorliegenden *Speziellen Bedingungen* zahlt der *Versicherer* für die medizinischen Kosten aller *Versicherten*, die in der *Versicherungspolice* genannt werden.

2. Geografischer Geltungsbereich

Die *Versicherungspolice* deckt Leistungsfälle in folgenden *Regionen* ab:

- ▶ *Region 1*: weltweit
- ▶ *Region 2*: weltweit ohne USA

Ein *Leistungsfall* gilt als in einer bestimmten *Region* entstanden, falls die den Leistungsfall begründende *Krankheit* oder *Körperverletzung* in dem Zeitraum auftritt, in dem der *Versicherte* in der entsprechenden *Region* physisch anwesend ist, unabhängig davon, ob die damit verbundene *medizinische Behandlung* in dieser *Region* durchgeführt wird oder nicht.

Falls sich die *Versicherungspolice* auf *Region 2* bezieht und der *Versicherte* vorübergehend *Region 2* verlässt (z. B. insbesondere bei einem vorübergehenden Aufenthalt von höchstens sechs Wochen außerhalb von *Region 2*), gelten die *Versicherungsdeckung* und die damit verbundenen *Versicherungsleistungen*, die unter der *Versicherungspolice* gewährt werden, nur für *Notfälle*, *Unfälle* und im Todesfall.

Leistungsfälle, die während eines Aufenthalts zu Behandlungszwecken in einer nicht vereinbarten *Region* entstehen, sind unter der *Versicherungspolice* nicht versichert.

Alle Änderungen in Bezug auf das gewöhnliche *Aufenthaltsland* sowie alle Änderungen in Bezug auf die dem *Versicherer* zuvor gemachten Angaben sind unverzüglich dem *Versicherer* anzuzeigen.

3. Versicherbarkeit

Versicherbar sind Personen, die sich vorübergehend für mindestens 3 aufeinanderfolgende Monate im Ausland aufhalten.

Personen, die sich dauerhaft in den Vereinigten Staaten aufhalten, sind von der *Versicherungsdeckung* und den *Versicherungsleistungen* unter der *Versicherungspolice* ausgeschlossen und dürfen weder *Versicherter* noch *Versicherungsnehmer* werden.

Falls sich ein *Versicherter* oder der *Versicherungsnehmer* während der Dauer der *Versicherungspolice* dauerhaft in den Vereinigten Staaten aufhält, beendet der *Versicherer* die *Versicherungspolice*. Falls der *Versicherte* oder der *Versicherungsnehmer* seinen gewöhnlichen Aufenthaltsort während der Dauer der *Versicherungspolice* wechselt, kann der *Versicherer* im Einzelfall entscheiden, ob die *Versicherungspolice* gemäß dem geltenden



Recht aufrechterhalten werden kann oder geändert bzw. beendet werden muss.

Der *Versicherer* kann die *Versicherungspolice* beenden, wenn die *Versicherungspolice* unvereinbar mit den für den *Versicherungsnehmer* bzw. den *Versicherten* geltenden örtlichen Gesetzen, Regeln oder Regelungen ist oder dagegen verstößt.

3.1. Einbezug von Vorerkrankungen oder Moratorium

Im *Antragsformular* kann der *Versicherungsnehmer* für den Einbezug von *Vorerkrankungen* auf Grundlage einer Beurteilung der Gesundheitsrisiken und gegebenenfalls vorbehaltlich einer *Wartezeit* optieren.

3.1.1. Vorerkrankungen

Damit der *Versicherer* über den Einbezug von *Vorerkrankungen* unter der *Versicherungspolice* entscheiden kann, müssen die Fragen im *Antragsformular* wahrheitsgemäß und umfassend beantwortet werden. Der *Versicherte* muss einen medizinischen Fragebogen ausfüllen und dem *Versicherer* die Ergebnisse davon zur Verfügung stellen. In Abhängigkeit der Angaben im medizinischen *Fragebogen* und der damit verbundenen umfassenden Risikobeurteilung durch den *Versicherer* hat der *Versicherer* die Möglichkeit, die *Versicherungspolice* anzupassen, indem er die Bedingungen ändert oder weitere Bedingungen hinzufügt, eine zusätzliche oder höhere Prämie festzusetzen oder den Abschluss der *Versicherungspolice* für den betroffenen *Versicherten* abzulehnen. Erkrankungen, die im Zeitraum zwischen der Unterzeichnung des *Antragsformulars* und der Unterzeichnung *Besonderen Bedingungen* auftreten, gelten als *Vorerkrankungen*.

3.1.2. Moratoriumsklausel

Versicherte bis zu einem Alter von 55 Jahren, die sich der in Abschnitt 3.1.1 der vorliegenden *Speziellen Bedingungen* genannten medizinischen Untersuchung und umfassenden Risikobeurteilung nicht unterziehen wollen, damit die *Versicherungspolice* *Vorerkrankungen* abdeckt, können für ein „Moratorium“ optieren.

Falls der *Versicherte*, der gemäß dem vorstehenden Absatz moratoriumsberechtigt ist, für das Moratorium optiert, damit *Vorerkrankungen* unter der *Versicherungspolice* einbezogen sind, hat die *Versicherungspolice* nach einer ununterbrochenen *Wartezeit* von 2 Jahren ab dem *Datum des Inkrafttretens* Gültigkeit und bietet Deckung für alle Erkrankungen, die der *Versicherte* in den 5 Jahren vor Abschluss der *Versicherungspolice* erlitten hat, unter der Voraussetzung, dass der *Versicherte* keinerlei *medizinische Behandlung* oder Symptome für die entsprechende *Vorerkrankung* während dieser *Wartezeit* gezeigt, erhalten bzw. bekommen hat. Falls der *Versicherte* *medizinische Behandlung* oder Symptome im Zusammenhang mit der entsprechenden *Vorerkrankung* während der oben genannten 2-jährigen *Wartezeit* bekommt, zeigt oder erhält, so beginnt eine neue zusätzliche *Wartezeit* von 2 Jahren, in der der *Versicherte* keinerlei *medizinische Behandlung* oder Symptome im Zusammenhang mit der entsprechenden *Vorerkrankung* erleiden, bekommen oder erhalten darf, und zwar an dem Tag, an dem er die entsprechende *medizinische Behandlung* oder Symptome gezeigt, erhalten oder bekommen hat.

4. Versicherungsleistungen

4.1. Allgemeine Hinweise

Der *Versicherer* gewährt eine 100-prozentige Übernahme der leistungsberechtigten medizinischen Kosten in dem in den vorliegenden *Speziellen Bedingungen* beschriebenen Umfang und bis zu der dort festgesetzten Höhe, sofern in der *Versicherungspolice* nichts anderes vereinbart ist.

4.2. Selbstbeteiligungen

Je nach dem abgeschlossenen Versicherungsplan und den Bedingungen der *Versicherungspolice* leistet der *Versicherer* eine 100-prozentige Übernahme der leistungsberechtigten medizinischen Kosten bis zu dem in den vorliegenden *Speziellen Bedingungen* festgelegten jährlichen Höchstbetrag, sofern in der *Versicherungspolice*



nichts anderes vereinbart ist.

4.2.1. Selbstbeteiligungen

Der Versicherungsplan Global Health Essential bietet die folgenden Möglichkeiten zur *Selbstbeteiligung*:

- ▶ 0 Euro
- ▶ 250 Euro
- ▶ 500 Euro
- ▶ 1.000 Euro

Die *Selbstbeteiligung* gilt je *Versicherungsjahr* und je *Versicherten* und nur für die in Abschnitt 4.3.3 genannten ambulanten Behandlungen. Falls der *Versicherte* eine *Selbstbeteiligung* mit dem *Versicherer* vereinbart hat, erstattet der *Versicherer* für ambulante Behandlungen 100 % der erstattungsfähigen medizinischen Kosten abzüglich der vereinbarten *Selbstbeteiligung*.

Behandlungskosten werden dem *Versicherungsjahr* zugeordnet, in dem der Arztbesuch oder die *medizinische Behandlung* stattgefunden hat.

4.2.2. Doppelte Versicherungsleistungen für Region 1

Falls die *Versicherungspolice* Region 1 abdeckt (d.h. weltweit gültig ist), verdoppeln sich die in Abschnitt 4.3.2, 4.3.3 und 4.3.4 der vorliegenden *Versicherungspolice* festgelegten Obergrenzen und Höchstbeträge.

Falls eine *Versicherungsleistung* auf eine bestimmte Anzahl von Tagen oder Sitzungen begrenzt ist oder falls eine *Selbstbeteiligung* unter der *Versicherungspolice* vereinbart worden ist, bleiben diese Obergrenze und diese *Selbstbeteiligung* von den Bestimmungen des vorherigen Absatzes unberührt.

4.3. Versicherungsleistungen

4.3.1. Allgemein

Bei Erkrankungen und Körperverletzungen kann der *Versicherte* *Arzt* oder *Gesundheitsfachkraft* frei wählen.

Die unter der *Versicherungspolice* gewährten *Versicherungsleistungen* umfassen die Übernahme von medizinischen Kosten und von Kosten für *medizinische Behandlungen* gemäß den Bestimmungen der *Versicherungspolice* und insbesondere der vorliegenden *Speziellen Bedingungen*.

Medizinische Kosten für *medizinische Behandlungen* durch *Ärzte* und *Gesundheitsfachkräfte* (zur Vermeidung von Missverständnissen einschließlich *Zahnärzten*) sind unter der *Versicherungspolice* abgedeckt, insofern derartige Kosten den Sätzen für medizinische Kosten entsprechen, die in dem Land, in dem sie anfallen, üblich sind. Die *Versicherungspolice* kann auch medizinische Kosten abdecken, die über diese Sätze hinausgehen, wenn die entsprechenden Kosten unter Berücksichtigung der erlittenen *Krankheit* oder *Körperverletzung* gerechtfertigt und angemessen sind. Im Fall von *Gesundheitsfachkräften*, für die es in dem Land, in dem die Kosten anfallen, keine allgemeinen Kostensätze gibt, ist der *Versicherer* auf die vergleichbare Vergütung für *Ärzte*, soweit vorhanden, oder auf das allgemeine Preisniveau des betreffenden Landes angewiesen.

Die mit diesem Versicherungsplan abgedeckte Zahnbehandlung ist in Abschnitt 4.3.4 Zahnbehandlung beschrieben.

Die *Versicherungspolice* deckt **medizinische Behandlungen** ab, die von der *Schulmedizin* anerkannt sind.



4.3.2. Stationäre Behandlung

Übersicht

Vorbehaltlich der nachstehenden detaillierten Beschreibung der entsprechenden gewährten *Versicherungsleistungen* sind unter der *Versicherungspolice* die folgenden *medizinischen Behandlungen* als stationäre Behandlungen abgedeckt:

Allgemeine Krankenhausbehandlung und -unterbringung sowie Pflege im Einzel- oder Doppelzimmer
Medizinische Leistungen (einschließlich Pathologie, Radiologie, Computertomografie, Magnetresonanztomografie, Positronen-Emissions-Tomografie und Palliativpflege).

Krankenhauskosten einschließlich Operationsraum, Intensivpflege und Labor

Operationen und Narkose

Operationen, die ambulant statt stationär durchgeführt werden

Medikamente und Verbände

Physiotherapie

Therapien einschließlich Ergotherapie, Lichttherapie, Hydrotherapie, Inhalationen, Packungen, medizinische Bäder, Kälte- und/oder Wärmebehandlung, Elektrotherapie

Therapeutische Hilfsmittel und Geräte

Angeborene Leiden

Krebsbehandlung und -medikamente einschließlich rekonstruktive Operation nach Brustkrebs

Knochenmarks- oder Organtransplantation (Kosten sowohl für Spender als auch Empfänger)

Psychiatrische Behandlung

Unterbringung der Eltern während einer stationären Behandlung eines Kindes unter 18 Jahren

Häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe anstelle eines Krankenhausaufenthalts

Ersatzweise Cash-Back-Zahlung für Behandlungen, die nicht gegenüber dem *Versicherer* geltend gemacht wurden

Stationäre Rehabilitation

Hospiz

Tagesklinik

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

Detaillierte Beschreibung der Versicherungsleistungen

Allgemeine Krankenhausbehandlung und -unterbringung sowie Pflege im Einzel- oder Doppelzimmer

Der *Versicherte* kann das Krankenhaus, in dem er sich behandeln lassen möchte, frei wählen. *Medizinische Behandlung* in einem Krankenhaus ist jede *medizinische Behandlung*, bei der der *Versicherte* für mindestens 24 Stunden in ein Krankenhaus aufgenommen wird, um die entsprechende *medizinische Behandlung* zu bekommen.

Wenn *medizinische Behandlungen* in einem Krankenhaus durchgeführt werden, in dem auch *Sanatoriumsbehandlungen* angeboten werden, deckt die *Versicherungspolice* nur die Behandlungen ab, die als



medizinische Behandlungen gelten, sofern der *Versicherer* vor *Beginn der Behandlung* anderen Behandlungen nicht schriftlich zugestimmt hat.

Die *Versicherungspolice* deckt die gesamte *medizinische Behandlung*, die als stationäre Behandlung durchgeführt wird, ohne zeitliche Begrenzung ab, sofern das Servicezentrum des *Versicherers* vor Aufnahme in das Krankenhaus oder innerhalb von drei Kalendertagen danach kontaktiert und über den Krankenhausaufenthalt und die *medizinische Behandlung* informiert worden ist.

Medizinische Leistungen (einschließlich Pathologie, Radiologie, Computertomografie, Magnetresonanztomografie, Positronen-Emissions-Tomografie und Palliativpflege)

Die *Versicherungspolice* deckt alle Ausgaben für Untersuchungen, Diagnosen und Therapien bei einer stationär durchgeführten *medizinischen Behandlung* ab.

Krankenhauskosten einschließlich Operationsraum, Intensivpflege und Labor

Dies bezieht sich auf sonstige Kosten für die Nutzung von Spezialeinrichtungen wie Operationssäle, Intensivstationen und Labore.

Operationen und Narkose

Dies bezieht sich auf Kosten im Zusammenhang mit Operationen wie zum Beispiel *medizinische Leistungen*, Narkose und die Nutzung von Spezialeinrichtungen.

Ausgaben für ambulante Operationen sind unter der vorliegenden *Versicherungspolice* auch leistungsberechtigt, sofern eine solche ambulante Operation eine stationäre Behandlung ersetzt.

Operationen, die ambulant statt stationär durchgeführt werden

Dies bezieht sich auf ambulante *medizinische Behandlungen*, die in einer Arztpraxis oder einem Krankenhaus durchgeführt werden können, bei denen jedoch eine Übernachtung nicht erforderlich ist.

Medikamente und Verbände

Damit *medizinische Produkte*, Verbände, Behandlungen und *medizinische Hilfen* von der *Versicherungspolice* abgedeckt sind, müssen sie im Krankenhaus von einer kompetenten *medizinischen Autorität* während des stationären Aufenthalts verschrieben werden. Außerdem müssen die *Medikamente* in einer Apotheke erworben werden, die von einer Stelle beliefert wird, die von den zuständigen Behörden zugelassen ist.

Klassische homöopathische *Medikamente* werden ebenfalls als vollwertige *Medikamente* angesehen und gelten als *medizinische Behandlung*.

Nährstoffreiche Nahrungsmittel, Stärkungsmittel, Mineralwasser, Kosmetika, Produkte für die persönliche Hygiene sowie Badesalze werden nicht als *Medikamente* angesehen, die als *medizinische Behandlung* unter der *Versicherungspolice* gelten.

Physiotherapie

Damit *Physiotherapie* und Massagen von der *Versicherungspolice* abgedeckt sind, müssen sie von einem Krankenhausarzt als Teil der stationären Behandlung verschrieben worden sein. Außerdem müssen sie von einem Arzt oder einem qualifizierten und zugelassenen Therapeuten durchgeführt werden. Das Rezept muss vor *Beginn der Behandlung* ausgestellt werden und die Diagnose sowie Art und Anzahl der Sitzungen enthalten.

Therapien einschließlich Ergotherapie, Lichttherapie, Hydrotherapie, Inhalationen, Packungen, medizinische Bäder, Kälte- und/oder Wärmebehandlung, Elektrotherapie

Damit physikalisch-medizinische Therapien von der *Versicherungspolice* abgedeckt sind, müssen sie von einem Krankenhausarzt als Teil der stationären Behandlung verschrieben worden sein. Außerdem müssen sie von



einem Arzt oder einem qualifizierten und zugelassenen Therapeuten durchgeführt werden. Das Rezept muss vor *Beginn der Behandlung* ausgestellt werden und die Diagnose sowie Art und Anzahl der Sitzungen enthalten.

Therapeutische Hilfsmittel und Geräte

Die *Versicherungspolice* deckt die Kosten für medizinische Hilfen ab, die als lebenserhaltende Maßnahmen dienen oder die körperliche Beeinträchtigung direkt lindern oder ausgleichen, wie beispielsweise Herzschrittmacher. Diese müssen während des Krankenhausaufenthalts angepasst werden und im oder am Körper verbleiben.

Kosten für die Reparatur dieser medizinischen Hilfen sind unter den vorstehenden Bedingungen ebenfalls leistungsberechtigt.

Angeborene Leiden

Die *Versicherungspolice* deckt Ausgaben für die medizinische Behandlung im Zusammenhang mit angeborenen Leiden bis zu einer Höhe von maximal 100.000 Euro bezogen auf die gesamte Lebenszeit ab; dies gilt für alle Beschwerden oder Krankheiten, die bei der Geburt festgestellt werden, Anomalien, Geburtsschäden und -missbildungen, Fehler während der Geburt, Frühgeburt und Missbildungen einschließlich damit verbundener Erkrankungen.

Krebsbehandlung und -medikamente einschließlich rekonstruktive Operation nach Brustkrebs

Als Teil der stationären Krankenhausversorgung deckt die *Versicherungspolice* medizinische Kosten für *medizinische Behandlungen* im Zusammenhang mit *Krebs* ab, wie medizinische Leistungen, Diagnostiktests, Strahlentherapie, Krebstherapie, Medikamente und Krankenhauskosten.

Knochenmarks- oder Organtransplantation (Kosten sowohl für Spender als auch Empfänger)

Bei einer Knochenmarks- oder Organtransplantation (zum Beispiel Herz, Niere, Leber, Bauchspeicheldrüse) deckt die *Versicherungspolice* die Kosten für den *Versicherten* sowohl als Empfänger als auch als Spender bis zu einem Betrag von maximal 150.000 Euro* über die gesamte Lebenszeit des Versicherten ab.

Leistungsberechtigte Ausgaben sind Ausgaben im Zusammenhang mit der Organbeschaffung von einem Organspender, Ausgaben für den Organtransport an den Ort, an dem sich der Empfänger befindet, sowie Ausgaben für einen eventuellen Krankenhausaufenthalt für den Spender, nicht jedoch die Kosten für die Suche nach einem Organ oder einem passenden Spender.

Psychiatrische Behandlung

Die *Versicherungspolice* deckt die Ausgaben für psychiatrische *Behandlung* als Teil einer stationären *medizinischen Behandlung* ab, sofern der *Versicherer* vor Beginn der Behandlung seine schriftliche Zustimmung gegeben hat.

Diesbezüglich gilt eine *Wartezeit* von 10 Monaten.

Unterbringung der Eltern während einer stationären Behandlung eines Kindes unter 18 Jahren

Die *Versicherungspolice* deckt die zusätzlichen Kosten für die verschriebene Anwesenheit eines Elternteils am Krankenbett eines Versicherten unter 18 Jahren ab, der stationär behandelt wird.

Häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe anstelle eines Krankenhausaufenthalts

Die *Versicherungspolice* deckt die Ausgaben für verschriebene häusliche Krankenpflege durch geeignete qualifizierte Kräfte als Ersatz für einen medizinisch empfohlenen Krankenhausaufenthalt oder zur Verkürzung eines derartigen Aufenthalts ab. Häusliche Krankenpflege umfasst Haushaltshilfe in Form einer Unterstützung bei den normalen regelmäßig anfallenden Arbeiten des täglichen häuslichen Lebens wie Lebensmitteleinkauf, Kochen, Saubermachen, Abwaschen, Kleiderwechsel und -waschen und auch die Aufrechterhaltung des Wohnkomforts.



Häusliche Krankenpflege gilt nicht als *medizinische Behandlung*, ist aber dennoch unter der *Versicherungspolice* zusätzlich zur *medizinischen Behandlung* abgedeckt, insoweit die entsprechenden Versicherungsleistungen in einer Erstattung der entstandenen Kosten für maximal 30 Tage je Krankenhausaufenthalt und je *Versicherungsjahr* bestehen und sofern die vorherige schriftliche Zustimmung des Versicherers zu einer solchen Ausweitung des Versicherungsschutzes und der Versicherungsleistungen eingeholt wurde.

Ersatzweise Cash-Back-Zahlung für Behandlungen, die nicht gegenüber dem Versicherer geltend gemacht wurden

Falls der *Versicherungsnehmer* die Kostenübernahme durch den Versicherer im Hinblick auf eine stationäre *medizinische Behandlung* eines *Versicherten* nicht in Anspruch nimmt, gewährt die *Versicherungspolice* die Zahlung eines Krankenhaustagegeldes je verschriebenem Tag im Krankenhaus. Ein solches Tagegeld liegt bei 75 Euro pro Tag.

Stationäre Rehabilitation

Die *Versicherungspolice* deckt die Kosten für eine *stationäre Rehabilitation* im Anschluss an die stationäre *medizinische Behandlung* im Krankenhaus ab, wie zum Beispiel nach einer Bypass-Operation, einem Herzinfarkt, einer Organtransplantation sowie nach Operationen an großen Knochen und Gelenken, sofern und insoweit der *Versicherer* zuvor seine schriftliche Zustimmung gegeben hat.

Sanatoriumsbehandlungen sowie Kuren und Aufenthalte in Kureinrichtungen, Heilbädern und Genesungsheimen sowie in Pflegeheimen sind unter der *Versicherungspolice* nicht abgedeckt.

Die entsprechenden *Versicherungsleistungen* bestehen in einer Erstattung der Kosten für die entsprechende *stationäre Rehabilitation* für maximal 21 Tage je Krankenhausaufenthalt.

Damit die *stationäre Rehabilitation* leistungsberechtigt ist, muss sie innerhalb von 2 Wochen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus beginnen, sofern durch den *Versicherer* nichts anderes schriftlich vereinbart ist.

Hospiz

Falls die Pflege außerhalb des Krankenhauses für den *Versicherten* zuhause oder bei einem Familienmitglied nicht gewährleistet werden kann und falls das Hospiz mit in der Palliativpflege erfahrenem Pflegepersonal und Ärzten arbeitet und unter der fachlichen Leitung eines Pflegers oder einer anderen qualifizierten Person steht, der bzw. die mehrjährige Erfahrung in der Palliativpflege oder eine geeignete Ausbildung hat und der bzw. die eine Ausbildung für eine Leitungsposition in der Palliativpflege nachweisen kann, deckt die *Versicherungspolice* unter den unten aufgeführten Bedingungen die Kosten für die Unterbringung, Ernährung, Pflege und Unterstützung in einem Hospiz ab.

Voraussetzung für die Gewährung von *Versicherungsleistungen* für einen stationären oder teilstationären Hospizaufenthalt ist, dass der *Versicherte* unter einer Erkrankung leidet:

- ▶ die fortschreitet, d.h. sich immer weiter verschlimmert, und die bereits ein fortgeschrittenes Stadium erreicht hat; und
- ▶ bei der eine Erholung nicht möglich ist, so dass stationäre *Palliativpflege* erforderlich ist, und bei der nur mit einer begrenzten Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monate zu rechnen ist.

Hospizleistungen werden insbesondere für Folgendes gewährt:

- ▶ Krebs in fortgeschrittenem Stadium;
- ▶ voll ausgebildete Infektionskrankheit Aids;
- ▶ Krankheit des Nervensystems mit unaufhaltsam fortschreitender Lähmung;
- ▶ Endstadium chronischer Erkrankungen von Nieren, Leber, Herz, Verdauungstrakt oder Lunge.



Versicherungsleistungen für Hospizkosten sind auf einen Aufenthalt von maximal 5 Wochen je Versicherungsjahr.

Tagesklinik

Unter Tagesklinik ist eine *medizinische Behandlung* in einem Krankenhaus ohne Übernachtung zu verstehen.

Eine teilstationäre Behandlung ist ein Aufenthalt in einer Tages- oder Nachtklinik oder in einem Krankenhaus, bei dem der Patient tagsüber oder nachts im Krankenhaus ist, jedoch keine ganztägige stationäre Betreuung (24 Stunden) mehr erforderlich ist.

In beiden Fällen liegt die Länge des Krankenhausaufenthaltes zwischen 8 und 24 Stunden und darf 24 Stunden nicht überschreiten.

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

Die *Versicherungspolice* deckt die angemessenen Kosten für den Transport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus oder zur nächstgelegenen geeigneten medizinischen Einrichtung ab.

4.3.3. Ambulante Behandlung

Übersicht

Vorbehaltlich der nachstehenden detaillierten Beschreibung der entsprechenden gewährten *Versicherungsleistungen* sind unter der *Versicherungspolice* die folgenden *medizinischen Behandlungen* als ambulante Behandlungen abgedeckt:

Medizinische Leistungen (einschließlich Pathologie, Radiologie, Computertomografie, Magnetresonanztomografie,

Krebsbehandlung und Medikamente

Angeborene Leiden

Akkupunktur, Homöopathie, Osteopathie und Chiropraktik, einschließlich *Medikamente und Verbände*

Psychiatrische Behandlung

Medikamente und Verbände

Rezeptfreie *Medikamente*

Physiotherapie

Therapeutische Hilfsmittel und Geräte

Transport zum nächsten geeigneten Arzt oder Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem *Unfall* oder in einem *Notfall*

Detaillierte Beschreibung der Versicherungsleistungen

Medizinische Leistungen (einschließlich Pathologie, Radiologie, Computertomografie, Magnetresonanztomografie, Positronen-Emissions-Tomografie und Palliativpflege)

Die *Versicherungspolice* deckt alle Ausgaben für Untersuchungen, Diagnosen und Therapien bei ambulant durchgeführten *medizinisch erforderlichen Behandlungen* ab.

*Die genannten Beträge gelten – soweit nichts anderes bestimmt ist – je *Versicherten* und *Versicherungsjahr*.



Versicherungsleistungen umfassen unter anderem die Kostenübernahme für Pathologie, Radiologie, Computertomografie, Magnetresonanztomografie, Positronen-Emissions-Tomografie.

Krebsbehandlung und Medikamente

Die *Versicherungspolice* deckt ambulante Leistungen in Verbindung mit Chemotherapie und *onkologischen* medizinischen Leistungen ab.

Angeborene Leiden

Die *Versicherungspolice* deckt Ausgaben für die *medizinische Behandlung* im Zusammen mit angeborenen Leiden bis zu einer Höhe von maximal 100.000 Euro bezogen auf die gesamte Lebenszeit ab; dies gilt für alle Beschwerden oder *Krankheiten*, die bei der Geburt festgestellt werden, Anomalien, Geburtsschäden und -missbildungen, Fehler während der Geburt, Frühgeburt und Missbildungen einschließlich damit verbundener Erkrankungen.

Akkupunktur, Homöopathie, Osteopathie und Chiropraktik, einschließlich Medikamente und Verbände

Die *Versicherungspolice* deckt Ausgaben in Zusammenhang mit den entsprechenden *medizinisch erforderlichen Behandlungen* nur dann ab, wenn diese von *Ärzten* oder *Gesundheitsfachkräften* durchgeführt werden, die nachweisen, dass sie eine qualifizierte geeignete Ausbildung in dem Land erhalten haben, in dem die *medizinische Behandlung* durchgeführt wird, und dass sie die Zulassung bzw. Genehmigung haben, eine solche Behandlung durchzuführen.

Die *Medikamente und Verbände*, die von diesen *Ärzten* oder *Gesundheitsfachkräften* im Lauf einer entsprechenden *medizinischen Behandlung* verschrieben werden, sind ebenfalls unter der *Versicherungspolice* abgedeckt.

Die Versicherungsleistungen, die unter der Versicherungspolice diesbezüglich gewährt werden, bestehen in der Übernahme der entsprechenden Kosten bis zu einer Höhe von maximal 1.000 Euro pro Versicherungsjahr.*

Psychiatrische Behandlung

Die *Versicherungspolice* deckt die Ausgaben für psychiatrische Leistungen bis zu einem Betrag von maximal 1.000 Euro* ab, sofern der Versicherer zu einer Übernahme dieser Kosten vor *Beginn der Behandlung* seine schriftliche Zustimmung gegeben hat.

Es gilt eine *Wartezeit* von 10 Monaten.

Medikamente und Verbände

Damit *Medikamente und Verbände* von der *Versicherungspolice* abgedeckt sind, müssen sie von einem *Arzt*, einer *Gesundheitsfachkraft* bzw. einem *Zahnarzt* oder einer Person verschrieben werden, die unter ihrer Leitung arbeitet. Diese *Medikamente und Verbände* müssen in einer Apotheke oder bei einem offiziell zugelassenen Lieferanten erworben werden.

Nährstoffreiche Nahrungsmittel, Stärkungsmittel, Mineralwasser, Kosmetika, Produkte für die persönliche Hygiene sowie Badesalze werden nicht als *Medikamente* angesehen und sind daher unter der *Versicherungspolice* nicht abgedeckt.

Rezeptfreie Medikamente

Rezeptfreie *Medikamente* können ohne Rezept gekauft werden; üblicherweise sind sie zur Behandlung von Symptomen gewöhnlicher Krankheiten bestimmt, für die ein Arztbesuch nicht unbedingt erforderlich ist.

Die *Versicherungspolice* deckt Ausgaben für solche rezeptfreien *Medikamente* bis zu einer Höhe von maximal 50 Euro* je *Versicherungsjahr* ab.



Physiotherapie

Dies sind physikalisch-medizinische Leistungen (Physiotherapie und Bewegungstherapie, Massagen), die auf Rezept verfügbar sind. Außerdem müssen sie von einem Arzt oder einem qualifizierten und zugelassenen Therapeuten durchgeführt werden. Das Rezept muss vor *Beginn der Behandlung* ausgestellt werden und die Diagnose sowie Art und Anzahl der Sitzungen enthalten.

Die unter der *Versicherungspolice* gewährten *Versicherungsleistungen* bestehen in der Übernahme der Kosten für maximal 15 Sitzungen je *Versicherten* und *Versicherungsjahr*.

Therapeutische Hilfsmittel und Geräte

Die *Versicherungspolice* deckt Kosten bei der ambulanten *medizinischen Behandlung bis zu 750 Euro** für orthopädische Gerätschaften und Prothesen sowie für andere Materialien ab, die genutzt werden, um körperlichen Beeinträchtigungen vorzubeugen oder diese direkt zu lindern oder auszugleichen. Medizinische Hilfen müssen von einem Arzt verschrieben werden und gelten nicht als allgemeine Verbrauchsgüter.

Medizinische Hilfen zur ambulanten *medizinischen Behandlung* sind: Bandagen, Binden oder Schuheinlagen, Krücken, Hörhilfen, Kompressionsstrümpfe, künstliche Glieder/Prothesen (mit Ausnahme von Zahnprothesen), Sitzschalen, orthopädische Körper-, Arm- und Beinstützen sowie Sprechhilfen (Elektrolarynx).

Die folgenden medizinischen Hilfen sind nur nach vorheriger schriftlicher Zustimmung des *Versicherers* unter der *Versicherungspolice* abgedeckt: Rollstühle, Herz- und Atemüberwachungsgeräte, Infusionspumpen, Inhaliergeräte, Sauerstoffanlagen und Überwachungsmonitore für Babys.

Andere Hilfen werden nicht als medizinische Hilfen angesehen und gelten nicht als *medizinische Behandlung* unter der *Versicherungspolice*.

Ausgaben für die Reparatur medizinischer Hilfen sind unter der *Versicherungspolice* abgedeckt und werden vorbehaltlich der vorstehenden Bedingungen übernommen. Ausgaben für Hygieneartikel wie beispielsweise Einlagen und Massagegeräte sowie für Nutzung und Wartung solcher Artikel sind nicht unter der *Versicherungspolice* abgedeckt.

Transport zum nächsten geeigneten Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem *Unfall* oder in einem *Notfall*.

Die *Versicherungspolice* deckt die Ausgaben für den Transport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus für die Erstversorgung nach einem, Unfall oder in einem Notfall ab.



4.3.4. Zahnbehandlung

Übersicht

Vorbehaltlich der nachstehenden detaillierten Beschreibung der entsprechenden gewährten *Versicherungsleistungen* sind unter der *Versicherungspolice* die folgenden zahnmedizinischen Behandlungen abgedeckt:

Übersicht über die *Versicherungsleistungen*: Zahnbehandlung

Zahnärztliche *Notfall*behandlung

- Pulpotomie/Pulpektomie
- einfache Füllungen

* Die genannten Beträge gelten – soweit nichts anderes bestimmt ist – je *Versicherten* und *Versicherungsjahr*.

Detaillierte Beschreibung der *Versicherungsleistungen*

Zahnärztliche *Notfall*behandlung

Eine zahnärztliche *Notfall*behandlung ist eine Behandlung, die in einer Zahnarztpraxis oder in der Notaufnahme eines Krankenhauses durchgeführt wird, um die durch einen Unfall oder eine Verletzung eines gesunden natürlichen Zahns hervorgerufenen Zahnschmerzen sofort zu stoppen, einschließlich Pulpotomie bzw. Pulpektomie und die anschließende Füllung. Nicht eingeschlossen sind Zahnprothesen jeglicher Art, dauerhafte Sanierungen oder die Fortsetzung einer Wurzelkanalbehandlung. Die Behandlung muss innerhalb von 24 Stunden nach Eintritt des *Notfalls* erfolgen.

Der *Versicherer* übernimmt die Kosten für diese Leistungen bis zu einer Höhe von 500 Euro* je *Versicherungsjahr*.

4.4. Leistungsbeschränkungen

Der Versicherungsschutz unter der *Versicherungspolice* erstreckt sich weder auf *Krankheiten* und *Körperverletzungen*, einschließlich ihrer Folgen, noch auf den Tod infolge von Krieg, Militäroperationen, Militärdienst, Aufstand und Unruhen, sofern *Krankheiten*, *Körperverletzungen*, Verwundungen und Tod aufgrund dieser Ursachen nicht ausdrücklich in der *Versicherungspolice* eingeschlossen und abgedeckt sind.

Die *Versicherungspolice* deckt weder *medizinische Behandlungen* für *Krankheiten* oder *Körperverletzungen* ab, die vorsätzlich herbeigeführt wurden, noch *medizinische Behandlungen* im Zusammenhang mit Drogenkonsum.

Sofern mit dem *Versicherer* nichts anderes ausdrücklich schriftlich vereinbart worden ist, deckt die *Versicherungspolice* weder Kosten für *Sanatoriumsbehandlungen* oder Kuren noch Kosten für Behandlungen oder Rehabilitationen in einem Heilbad ab. -

Die *Versicherungspolice* deckt nicht die Kosten für die *medizinische Behandlung* durch Ehegatten, Eltern oder Kinder des *Versicherungsnehmers* oder des *Versicherten* ab.

Die *Versicherungspolice* deckt weder kosmetische Behandlungen gleich welcher Art noch deren Folgen ab.

Die *Versicherungspolice* deckt keinen Selbstmordversuch ab.



Für alle Behandlungen, die von *Ärzten, Gesundheitsfachkräften, Zahnärzten, Naturheilkundigen* und in Krankenhäusern durchgeführt werden, für die der *Versicherer* die Gewährung von *Versicherungsleistungen* wirksam abgelehnt hat, besteht keinerlei Anspruch auf eine *Versicherungsleistung*. Falls zum Zeitpunkt der Anzeige des Leistungsfalls die Behandlung noch nicht beendet ist, besteht keine Verpflichtung, Kosten zu erstatten, die mehr als drei Monate nach Anspruchsanzeige entstanden sind.

Die *Versicherungspolice* deckt nicht die Unterbringung aufgrund von Pflegebedürftigkeit (Langzeit-Pflege) oder für Betreuung ab.

Die *Versicherungspolice* deckt keinerlei Kosten ab, die in Verbindung mit Arztberichten, Behandlungs- und Kostenplänen entstanden sind, die der *Versicherungsnehmer* oder der *Versicherte* bereitstellen müssen.

Die *Versicherungspolice* deckt weder den Autonomieverlust des Versicherten ab noch Kosten, die durch die dauerhafte Betreuung des *Versicherten* entstehen. Die *Versicherungspolice* deckt keinerlei Kosten ab, die im Zusammenhang damit entstehen, dass der *Versicherte* zuhause bleibt und/oder zuhause oder in einem Genesungsheim, einer psychiatrischen Anstalt oder Ähnlichem nicht-medizinische Pflege erhält.

Falls die medizinische Versorgung oder andere Behandlungen des *Versicherten* über das *medizinisch Erforderliche* hinausgehen, werden die *Versicherungsleistungen* auf den Teil der Versorgung oder Behandlung gekürzt, der *medizinisch erforderlich* ist und somit als *medizinische Behandlung* gilt, die unter der *Versicherungspolice* abgedeckt ist. Eine Kürzung der *Versicherungsleistungen* unter der *Versicherungspolice* erfolgt auch, wenn übermäßig hohe Beträge (gemäß dem in dem jeweiligen Land herrschenden allgemeinen Preisniveau) für eine *medizinische Behandlung* berechnet werden.

Leistungsfälle bzw. der Teil des *Leistungsfalls*, die bzw. der vor dem *Datum des Inkrafttretens* oder während der *Wartezeit* entstehen bzw. entsteht, sind bzw. ist vom Versicherungsschutz und den unter der *Versicherungspolice* gewährten *Versicherungsleistungen* ausgeschlossen.

Die *Versicherungspolice* deckt weder die chirurgische noch die hormonelle Angleichung an die biologischen sexuellen Merkmale des anderen Geschlechts ab.

Die *Versicherungspolice* deckt weder eine Behandlung noch eine Operation zur Korrektur der Sehfähigkeit ab, zum Beispiel durch Laser, refraktive Keratektomie (RK) oder photorefraktive Keratektomie (PRK). Die *Versicherungspolice* deckt jedoch die Korrektur des Sehvermögens ab, wenn das Sehvermögen durch eine Erkrankung oder eine *Körperverletzung* beeinträchtigt wird (z.B. Grauer Star oder Netzhautablösung).

5. Tarif

Die Prämie wird nach Unterzeichnung des *Antragsformulars* unter Berücksichtigung des Landes festgelegt, in dem die *Versicherten* ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort haben.

Falls sich eine Änderung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes des *Versicherten* während der Dauer der die *Region 2* abdeckenden *Versicherungspolice* ergibt, werden die Prämien sofort angepasst.

Falls sich eine Änderung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes des *Versicherten* während der Dauer der die *Region 1* abdeckenden *Versicherungspolice* ergibt, werden die Prämien sofort angepasst.

Falls der *Versicherte* nach seinem Geburtstag einer anderen Altersklasse zugeordnet wird, wird die Prämie an das neue Alter angepasst.

Die vorstehend genannten Anpassungen werden gemäß den Bestimmungen der *Allgemeinen Versicherungsbedingungen* und der geltenden gesetzlichen Bestimmungen vorgenommen.

Der Betrag der für die *Versicherungspolice* geltenden Prämie wird in den *Besonderen Bedingungen* angegeben.



II. Allgemeine Versicherungsbedingungen für medizinische Assistenzleistungen und Zusatzleistungen

In Verbindung mit einem Krankenversicherungsprodukt von Foyer Global Health

1. Gegenstand der medizinischen Assistenzleistungen und Zusatzleistungen

Kursiv gesetzte Begriffe, die hier verwendet und nicht weiter definiert werden, haben die Bedeutung, die ihnen im Glossar am Ende der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zugewiesen wird.

Der *Versicherer* erbringt die hier beschriebenen *medizinische Assistenzleistungen und Zusatzleistungen* in Verbindung mit und im Rahmen der medizinischen Behandlungen für Erkrankungen und Körperverletzungen, die unter der *Versicherungspolice* abgedeckt sind.

2. Geografischer Geltungsbereich

Die *medizinischen Assistenzleistungen und Zusatzleistungen* werden weltweit bereitgestellt.

3. Serviceleistungen

3.1. Allgemeine Hinweise

Art und Umfang der vom *Versicherer* erbrachten *medizinischen Assistenzleistungen und Zusatzleistungen* werden im Folgenden festgelegt, sofern mit dem *Versicherer* nichts anderes schriftlich vereinbart worden ist.

Die *medizinischen Assistenzleistungen und Zusatzleistungen* können nur zusammen mit einem Krankenversicherungsprodukt von Foyer Global Health abgeschlossen werden.

Die *medizinischen Assistenzleistungen und Zusatzleistungen* können vom *Versicherer* über eine *Assistenzgesellschaft* bereitgestellt werden. Diesbezüglich erhält der *Versicherte* eine personalisierte Service-Karte mit den wichtigsten Telefonnummern der *Assistenzgesellschaft*. Die personalisierte Service-Karte dient als Nachweis für den Anspruch auf die *medizinische Assistenzleistungen und die Zusatzleistungen*.

Damit erteilt der *Versicherungsnehmer* dem *Versicherer* ausdrücklich die Anweisung und die Genehmigung, jegliche von der *Assistenzgesellschaft* benötigten Informationen und Daten in Bezug auf den *Versicherungsnehmer* und den *Versicherten* der *Assistenzgesellschaft* offenzulegen, zur Verfügung zu stellen und zu übermitteln, damit diese die *medizinische Assistenzleistungen und Zusatzleistungen* angemessen gewährleisten kann, einschließlich insbesondere persönlicher Identifikationsangaben (wie Titel, Nachname, Vorname, Wohnanschrift, E-Mail-Adresse, Telefonnummer und Geburtsdatum), Verbindungsdaten (wie Berichte zur Kommunikation über Telefon, E-Mail, soziale Netzwerke oder ein Portal) und Daten zum Deckungsschutz unter der *Versicherungspolice* (wie Angaben zu versicherten Risiken, bisherigen und aktuellen Ansprüchen oder zur Prämie). Der *Versicherungsnehmer* und der *Versicherte* bestätigen und genehmigen ausdrücklich, dass die entsprechende Offenlegung und Übermittlung von Daten und Angaben in ihrem Interesse liegt und für die angemessene Durchführung der *Versicherungspolice* erforderlich ist. Die vorliegende Anweisung und Genehmigung bleiben wirksam, solange die *Versicherungspolice* in Kraft bleibt.



3.2. Medizinische Assistenzleistungen

Folgende *medizinische Assistenzleistungen* werden vom Versicherer zur Verfügung gestellt.

Übersicht

24-Stunden-Telefon- und E-Mail-Service mit erfahrenden Beratern, Ärzten und Fachärzten

Medizinisch erforderlicher Krankentransport und Rücktransport

Informationen über die medizinische Infrastruktur/Versorgung unter gebührender Berücksichtigung der erforderlichen Sprache

Unterstützung und Informationen (zweite Meinung, Überwachung des Verlaufs der Krankheit oder Körperverletzung)

Zahlungsgarantie, insbesondere bei der Vorbereitung eines Krankenhausaufenthalts

Zahlung eines Vorschusses

Unterstützung und Informationen in Bezug auf Art, mögliche Gründe und Behandlungsoptionen/Therapieformen für die Erkrankung sowie Auskünfte zu medizinischen Fachbegriffen

Unterstützung bei der Organisation eines Arzt-Arzt-Gesprächs

Hilfe bei der Auswahl der verschriebenen *Medikamente*, vergleichbarer Präparate und ihrer Nebenwirkungen

Medizinische Unterstützung und Beratung vor der Reise (Impfungen, Zusammenstellung eines Erste-Hilfe-Sets)

Detaillierte Beschreibung der Versicherungsleistungen

24-Stunden-Telefon- und E-Mail-Service mit erfahrenden Beratern, Ärzten und Fachärzten

Medizinische Assistenz steht 24 Stunden am Tag, sieben Tage die Woche und 365 Tage im Jahr über die telefonische Hotline für medizinische Assistenz zur Verfügung.

Krankentransport und Rücktransport

Diese Leistung deckt einen medizinisch erforderlichen Krankentransport und Rücktransport ab, sowohl im Aufenthaltsland als auch ins Ausland. Die Kosten für eine medizinisch erforderliche Begleitung während des Transports sind ebenfalls in der erbrachten Leistung eingeschlossen.

- ▶ Krankentransport und Rücktransport können auch aufgrund einer unangemessenen medizinischen Versorgung und unangemessener Hygienestandards in dem die Behandlung durchführenden Krankenhaus übernommen werden.
- ▶ Krankentransport und Rücktransport müssen von dem verantwortlichen Arzt angeordnet werden, und es muss die vorherige schriftliche Zustimmung des *Versicherers* zur Übernahme der Kosten eingeholt werden.
- ▶ Krankentransport und Rücktransport zu einem Krankenhaus, das geeignet ist, die weitere Behandlung zu leisten, erfolgt, wenn dies zwischen dem verantwortlichen Arzt und dem *Versicherer* vereinbart worden ist.
- ▶ Vorbehaltlich einer vorherigen schriftlichen Vereinbarung mit dem *Versicherer* kann die *medizinische Assistenzleistung* auch den Rücktransport zum derzeitigen Aufenthaltsort des *Versicherten* oder zu seinem letzten festen Wohnsitz in seinem *Herkunftsland* erfolgen, wenn der *Leistungsfall* außerhalb eines solchen Landes eintritt.



Informationen über die medizinische Infrastruktur/medizinische Versorgung unter gebührender Berücksichtigung der erforderlichen Sprache

- › Benennung von *Ärzten*, Krankenhausärzten, Krankenhäusern und spezialisierten Krankenhäusern in der Nähe des Aufenthaltsortes des *Versicherten* zum Zeitpunkt des Auftretens des *Leistungsfalls*, insbesondere unter Berücksichtigung der erforderlichen Sprache.
- › Beratung und Unterstützung bei der Auswahl eines Behandlungsortes im Falle einer medizinisch erforderlichen Verlegung/eines *medizinisch erforderlichen* Wechsels des Arztes oder der Gesundheitsfachkraft.

Unterstützung und Informationen (zweite Meinung, Überwachung des Verlaufs der Krankheit oder Körperverletzung)

- › Unterstützung und Organisation einer *zweiten ärztlichen Meinung* (medizinischer Befund) von einem in dem entsprechenden medizinischen Gebiet spezialisierten Facharzt im Fall von lebensbedrohenden und schweren *Krankheiten* oder *Körperverletzungen*.
- › Unterstützung bei der Auswahl eines Facharztes und Krankenhauses und bei der Organisation von Einweisung und Entlassung.
- › Organisation und Unterstützung bei der Überwachung des Verlaufs der *Krankheit* oder der *Körperverletzung*/des Genesungsverlaufs durch *Ärzte* und durch die Kontakte des Versicherers.

Zahlungsgarantie, insbesondere bei der Vorbereitung eines Krankenhausaufenthalts

- › Vorlage einer Zahlungsgarantie, beispielsweise bei einer geplanten stationären Behandlung.
- › Eine direkte Abrechnung der Kosten mit dem verantwortlichen *Arzt/Krankenhaus*.

Zahlung eines Vorschusses

Die Zahlung eines Vorschusses an den bzw. die *Versicherten*, falls der *Arzt* oder die Gesundheitsfachkraft und/oder das Krankenhaus nur Barzahlungen akzeptiert.

Unterstützung und Informationen in Bezug auf Art, mögliche Gründe und Behandlungsoptionen/Therapieformen für die Erkrankung sowie Auskünfte zu medizinischen Fachbegriffen

Beratung, Klarstellung und Erklärung medizinischer Fragen im Fall einer *Krankheit* oder *Körperverletzung* des *Versicherten*, insbesondere im Hinblick auf die Gründe und die Behandlungsoptionen/Therapieformen sowie Erklärung medizinischer Fachbegriffe.

Unterstützung bei der Organisation eines Arzt-Arzt-Gesprächs

Im Fall einer *Krankheit* oder *Körperverletzung*, beispielsweise bei chronischen Erkrankungen, hilft der Versicherer, ein *Arzt-Arzt-Gespräch* zu organisieren, beispielsweise zwischen dem *Arzt* des *Versicherten* in dem Land, in dem die Leistungsfälle auftraten, und seinem *Arzt* im *Herkunftsland* oder im *Aufenthaltsland*.

Hilfe bei der Auswahl der verschriebenen *Medikamente*, vergleichbarer *Präparate* und ihrer *Nebenwirkungen*

- › Informationen über *Medikamente* und ihre Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit anderen *Präparaten* und *Vorerkrankungen*.
- › Informationen über vergleichbare und identische *Präparate*.

Medizinische Unterstützung und Beratung vor der Reise (Impfungen, Zusammenstellung eines Erste-Hilfe-Sets)

- › Medizinische Informationen über die Hygienestandards in allen relevanten Ländern.
- › Beratung und Informationen über empfohlene Impfungen für alle relevanten Länder, insbesondere bei *Vorerkrankungen*.
- › Unterstützung bei der Zusammenstellung eines *Erste-Hilfe-Sets* unter gebührender Berücksichtigung der Hygienestandards und Wetterbedingungen in allen relevanten Ländern.
- › Beratung und Informationen sind beim *Versicherer* über Telefon und E-Mail erhältlich.



3.3. Zusatzleistungen

Folgende *Zusatzleistungen* werden vom *Versicherer* zur Verfügung gestellt:

Übersicht

Rücktransport ins Aufenthaltsland

Organisation von Patientenbesuchen durch Familienangehörige

Aufschub der Rückreise

Beschaffung und Versand wichtiger *Medikamente*

Organisation des Rücktransports oder Kinderbetreuung

Transport der sterblichen Überreste und organisatorische Unterstützung im Todesfall

Hilfe bei psychologischen Problemen aufgrund des Auslandsaufenthalts

Dokumentenverwahrung (Verwahrung und Beschaffung von Ersatzdokumenten bei Verlust)

Vermittlung eines Rechtsbeistands bei rechtlichen Schwierigkeiten

Vermittlung eines Umzugsunternehmens

Vermittlung von interkulturellem Training (Informationen über die Landeskultur)

Detaillierte Beschreibung der Versicherungsleistungen

Rücktransport ins Aufenthaltsland

Wenn es mit dem *Versicherer* speziell zuvor schriftlich vereinbart worden ist und wenn es *medizinisch erforderlich* ist, den *Versicherten* zu Behandlungszwecken zu transportieren, übernimmt der *Versicherer* die Transportkosten (Bahnticket erster Klasse, Flug in der Economy Class) für die Rückreise des *Versicherten* in das Land seines gewöhnlichen Aufenthalts bis zu einer Höhe von maximal 3.000 Euro je *Versicherten* und je *Versicherungsjahr*.

Organisation von Patientenbesuchen durch Familienangehörige

Bei einer stationären Behandlung aufgrund eines *Notfalls* organisiert der *Versicherer* die Fahrt eines Familienmitglieds an den Ort der *medizinischen Behandlung* und zurück nach Hause (Bahnticket erster Klasse, Flug in der Economy Class) und übernimmt Reisekosten bis zu einem Gesamtbetrag von maximal 3.000 Euro*, falls die stationäre Behandlung mindestens 7 aufeinanderfolgende Kalendertage dauert und der *Versicherer* die Kostenübernahme garantiert hat.

Aufschub der Rückreise

Falls die Rückreise aus dem Land, in dem der *Versicherte* sich bei Auftreten des *Leistungsfalls* aufhält, aufgrund eines *medizinischen Notfalls* bei einem *Versicherten*, der dadurch nicht reisefähig ist (Rückreise in das *Herkunftsland* oder in ein neues Land) hinausgeschoben werden muss, so übernimmt der *Versicherer* die Kosten für die Änderung/Stornierung der Hotel- und Flugbuchungen bis zu einer Höhe von maximal 3.000 Euro*.

Beschaffung und Versand wichtiger Medikamente

Falls ein *Versicherter* wichtige *Medikamente* nimmt, die in dem Land, in dem sich der *Versicherte* aufhält, nicht verfügbar sind, bemüht sich der *Versicherer*, diese *Medikamente* schnellstmöglich zu besorgen, sofern das *Medikament* in dem Land, in dem sich der *Versicherte* aufhält, gesetzlich zugelassen ist und seine Einfuhr nicht gegen gesetzliche Bestimmungen verstößt.



Organisation des Rücktransports oder Kinderbetreuung

- ▶ Wenn aufgrund eines medizinischen *Notfalls* für beide Eltern ein Krankenhausaufenthalt erforderlich ist, organisiert der *Versicherer* eine Kinderbetreuung durch einen geeigneten Dienstleister und zahlt die Kosten dafür für die Dauer der stationären Behandlung.
- ▶ Wenn beide Eltern während des Urlaubs aufgrund eines *Notfalls* stationär im Krankenhaus behandelt werden, übernimmt der *Versicherer* die Kosten für die Rückreise der Kinder (bis zu 18 Jahren) an ihren derzeitigen gewöhnlichen Aufenthaltsort in dem Land ihres gewöhnlichen Aufenthalts.

Transport der sterblichen Überreste und organisatorische Unterstützung im Todesfall

- ▶ Erledigung der notwendigen Formalitäten zur Überführung oder Einäscherung der sterblichen Überreste des Versicherten, insbesondere die Beschaffung der Todesurkunde, des Unfallberichts, Herstellung des Kontakts mit den Behörden/dem Konsulat und Ermittlung, welche Angehörigen berechtigt sind, die Überführung oder Einäscherung zu genehmigen.
- ▶ Übernahme der Kosten für die Überführung der sterblichen Überreste des *Versicherten* in das *Herkunftsland* und der Kosten für die Formalitäten in Verbindung mit der Überführung bis zu einer Höhe von maximal 30.000 Euro*.
- ▶ Transport der Urne in das *Herkunftsland* im Fall einer Einäscherung.
- ▶ Begräbniskosten sind nicht in den *Zusatzleistungen* enthalten und werden somit vom *Versicherer* unter der Versicherungspolice weder übernommen noch vorgestreckt.

Hilfe bei psychologischen Problemen aufgrund des Auslandsaufenthalts

- ▶ Der *Versicherer* bietet eine Beratung in psychischen Stresssituationen an.
- ▶ Der *Versicherte* erhält bzw. die *Versicherten* erhalten per Telefon in maximal 5 Gesprächen psychologische Unterstützung von erfahrenen Ärzten und wird bzw. werden über die weitere Vorgehensweise beraten; dies gilt je *Versicherten* und je *Versicherungsjahr*.

Dokumentenverwahrung (Verwahrung und Beschaffung von Ersatzdokumenten bei Verlust)

- ▶ Der *Versicherer* bietet eine Verwahrungsmöglichkeit für wichtige Dokumente (z.B. Reisepass, Visa, Fahrerlaubnis, Impfausweis und andere wichtige Dokumente) an.
- ▶ Falls das Originaldokument verloren geht, wird eine Kopie per E-Mail, Fax oder Kurier an den *Versicherten* geschickt, und es wird Unterstützung bei der Beschaffung eines Ersatzes für das Original gewährt.

Vermittlung eines Rechtsbeistands bei rechtlichen Schwierigkeiten

Falls erforderlich, stellt der *Versicherer* ausgewählte englisch-, deutsch- oder französischsprachige Anwälte/Fachleute im Land des gewöhnlichen Aufenthalts des Versicherten zur Verfügung.

Vermittlung eines Umzugsunternehmens

Gegebenenfalls vermittelt der *Versicherer* einen spezialisierten Dienstleister zur Organisation des Umzugs und leistet Unterstützung bei der Suche nach einer Unterbringung, falls notwendig.

Vermittlung von interkulturellem Training (Informationen über die Landeskultur)

Falls erforderlich vermittelt der *Versicherer* ein landesspezifisches und interkulturelles Training über das Leben und Arbeiten im Ausland als Vorbereitung für den Auslandsaufenthalt.

4. Tarif

Die Versicherungsprämie einschließlich der Prämie für die *medizinische Assistenzleistungen und Zusatzleistungen* wird in den Besonderen Bedingungen angegeben.

*Die genannten Beträge gelten – soweit nichts anderes bestimmt ist – je *Versicherten* und *Versicherungsjahr*.



III. Glossar

Unfall	Ein plötzliches unerwartetes externes Ereignis, das eine Krankheit oder eine Körperverletzung verursacht.
Akkupunktur	Akkupunktur ist eine Behandlungsmethode in der alten traditionellen chinesischen Medizin, mit der <i>Krankheiten</i> und <i>Körperverletzungen</i> geheilt werden oder Schmerzen gelindert werden, indem dünne Nadeln in den Körper gestochen werden. Die <i>Schulmedizin</i> erkennt dies vor allem als eine Methode zur Schmerzlinderung an.
Assistenzgesellschaft	Die Assistenzgesellschaft ist eine Gesellschaft, die sich darauf spezialisiert hat, den <i>Versicherten</i> in Notsituationen oder bei Krankenhausbehandlungen mit Rat und Tat zur Seite zu stehen. Durch die Assistenzgesellschaft werden zusätzliche Leistungen, die dem <i>Versicherten</i> den Auslandsaufenthalt erleichtern sollen, so wie die Übernahme bestimmter Kosten, zum Beispiel Rückführungskosten, erbracht.
Krebs	<i>Krebs</i> ist der allgemeine Begriff für alle bösartigen Erkrankungen, die durch die Wucherung veränderter Zellen verursacht werden (Tumor, Karzinom). Diese Zellen können das Umgebungsgewebe zerstören und Sekundärtumore (Metastasen) bilden.
Chiropraktik	Ein Chiropraktiker ist auch als Manualtherapeut bekannt. Blockierte oder verschobene Wirbel werden durch spezielle Techniken wieder „zurückgeschoben“ oder andere Gelenke wieder „eingerenkt“.
Konservatorische Behandlung	Eine <i>konservatorische Behandlung</i> ist eine Behandlung zur Erhaltung von Zähnen (z.B. Füllungen, Wurzelkanalbehandlung).
Schulmedizin	<i>Schulmedizin</i> ist die an der Universität gelehrt, wissenschaftliche Art der Medizin, die daher allgemein akzeptiert und angewandt wird.
Herkunftsland	Das <i>Herkunftsland</i> ist das Land, dessen Nationalität der <i>Versicherte</i> besitzt oder in dem der <i>Versicherte</i> seinen gewöhnlichen Aufenthaltsort vor dem Wechsel in das derzeitige <i>Aufenthaltsland</i> hatte.
Aufenthaltsland	Das Land, in dem der <i>Versicherte</i> seinen derzeitigen gewöhnlichen Aufenthaltsort oder seinen derzeitigen vorübergehenden Aufenthaltsort hat.
Selbstbeteiligung	Anteil der Kosten, der dem <i>Versicherten</i> für eine <i>medizinische Behandlung</i> , die unter der <i>Versicherungspolice</i> abgedeckt ist, entstanden ist, den der <i>Versicherungsnehmer</i> und der <i>Versicherte</i> vereinbarungsgemäß selbst tragen und der durch den Versicherer unter der <i>Versicherungspolice</i> nicht leistungsberechtigt ist. Falls eine <i>Selbstbeteiligung</i> vereinbart worden ist, wird eine solche <i>Selbstbeteiligung</i> in den <i>Besonderen Bedingungen</i> festgehalten.
Zahnarzt	Ein <i>Arzt</i> oder eine <i>Gesundheitsfachkraft</i> , der bzw. die sich auf Erkrankungen der Zähne und der Mundhöhle spezialisiert hat.
Arzt	Ein <i>Arzt</i> (Allgemeinmediziner oder Facharzt), der Inhaber eines medizinischen Diploms ist, das in dem Land, in dem die Behandlung durchgeführt wird, gesetzlich anerkannt ist, und der befugt ist, medizinische Versorgungsleistungen zu erbringen.
Notfall	Das plötzliche und unvorhergesehene Auftreten einer akuten <i>Krankheit</i> oder <i>Körperverletzung</i> , die den Gesundheitszustand des <i>Versicherten</i> unmittelbar gefährdet.
Homöopathie	Die Homöopathie beruht auf drei Säulen: dem Ähnlichkeitsprinzip, der Prüfung am Gesunden und der Potenzierung der Substanzen. Ein Spezialist für Homöopathie geht davon aus, dass eine <i>Krankheit</i> , die sich in spezifischen Symptomen zeigt, durch eine Substanz geheilt werden kann, die ähnliche Symptome bei gesunden Menschen erzeugt.



Hospiz	Eine Einrichtung, die ausschließlich dazu dient, Patienten mit einer Lebenserwartung von nur noch wenigen Monaten oder weniger zu pflegen und deren lebensbedrohende Symptome durch <i>Palliativpflege</i> zu lindern.
Hydrotherapie	<i>Hydrotherapie</i> ist die zielgerichtete Behandlung durch die externe Anwendung von Wasser.
Zahnimplantate	Leistungen, die darin bestehen, <i>Zahnimplantate</i> (Metall oder Keramik) als Wurzelersatz oder in zahnlose Kiefer einzusetzen.
Stationäre Rehabilitation	Ein medizinisches Verfahren, um den vorherigen physischen Zustand eines Menschen nach einer schweren <i>Krankheit</i> oder <i>Körperverletzung</i> wiederherzustellen, beispielsweise nach einer Bypass-Operation, einem Herzinfarkt, einer Organtransplantation sowie Operation an großen Knochen oder Gelenken.
Versicherungsjahr	Zeitraum von 12 Monaten, der je nachdem entweder am <i>Datum des Inkrafttretens</i> oder am Datum der Verlängerung der <i>Versicherungspolice</i> beginnt.
Konservatorische Behandlung	Eine <i>konservatorische Behandlung</i> ist eine Behandlung zur Erhaltung von Zähnen (z.B. Füllungen, Wurzelkanalbehandlung).
Magnetresonanztomografie (MRT)	Dies ist eine Diagnosetechnik zur Visualisierung der inneren Organe und Gewebe mit Hilfe magnetischer Felder und Radiowellen.
Onkologie	Ein Bereich der inneren Medizin, der sich mit der Entwicklung, Diagnose und Behandlung von Tumoren und damit verbundenen Krankheiten beschäftigt.
Osteopathie	Der osteopathische Ansatz in der Medizin besteht in einer umfassenden manuellen Diagnose und Therapie der Fehlfunktionen des Bewegungsapparats, der inneren Organe und des Nervensystems. <i>Osteopathie</i> wird meistens bei chronischen Schmerzen der Wirbelsäule und der peripheren Gelenke eingesetzt.
Palliativpflege	Palliativbehandlung ist die umfassende und aktive Behandlung von Patienten mit einer begrenzten Lebenserwartung, für die eine Heilbehandlung in ihrem Zustand nicht länger möglich ist. Diese Art der Behandlung bietet die bestmögliche Lebensqualität für den Patienten und seine Familie.
Positronen-Emissions-Tomografie (PET)	Ein nicht-invasives Visualisierungsverfahren auf der Grundlage des Nachweises und der Visualisierung einer Substanz mit Positronenstrahlern, die sich im Körper des Patienten verteilt hat. Die Konzentration dieser „Tracer“ in einem Tumor kann dann quantifiziert werden, die Substanz wird intravenös injiziert, und die Strahlung wird von außen nachgewiesen. Mit Hilfe von PET lassen sich wichtige biologische Prozesse in Tumoren visualisieren.
Gesundheitsfachkraft	Eine Person, die neben <i>Ärzten</i> ebenfalls eine anerkannte und fundierte Ausbildung in ihrem Behandlungsgebiet hat und für die Behandlung in diesem Fachgebiet in dem Land zugelassen ist, in dem die Behandlung durchgeführt wird. Als <i>Gesundheitsfachkräfte</i> gelten folgende Berufe: Naturheilkundige, Logopäden und Hebammen sowie selbständige <i>Gesundheitsfachkräfte</i> , die in staatlich zugelassenen Heilhilfsberufen tätig sind (beispielsweise Massagetherapeuten und medizinische Betreuer, Physiotherapeuten). Der <i>Versicherte</i> kann die <i>Gesundheitsfachkraft</i> frei wählen, sofern sie diese Kriterien erfüllt.



Vorerkrankungen	Beschwerden, <i>Krankheiten</i> , <i>Körperverletzungen</i> und deren Folgen oder Unfallfolgen, die dem <i>Versicherungsnehmer</i> oder dem <i>Versicherten</i> bekannt sind oder die vor der Unterzeichnung des <i>Antragsformulars</i> behandelt worden sind. Durch eine spezielle schriftliche Vereinbarung mit dem Versicherten können Vorerkrankungen grundsätzlich unter der <i>Versicherungspolice</i> abgedeckt werden, sofern sie zuvor entsprechend angegeben worden sind. <i>Vorerkrankungen</i> , die im <i>Antragsformular</i> nicht angegeben worden sind, sind unter der <i>Versicherungspolice</i> nicht versichert.
Vorsorge- maßnahmen	Individuelle und allgemeine Maßnahmen, die Teil der vorbeugenden Medizin sind und die drohenden Krankheiten abwenden sollen (z.B. passive Immunisierung, vorbeugende Medikamente zum Zeitpunkt der Ankunft in einem Risikogebiet, Unfallverhütung usw.).
Region	Geografische <i>Region</i> , für die der Versicherungsschutz unter der <i>Versicherungspolice</i> gilt, d.h.: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Region 1</i>: weltweit. • <i>Region 2</i>: weltweit mit Ausnahme der USA.
Zweite Meinung	Medizinische Beratung bei einer lebensbedrohenden und schweren Erkrankung oder einem dauerhaften Gesundheitsproblem durch einen weiteren Arzt, der bisher noch nicht hinzugezogen worden ist.
Sanatoriums- behandlung	Eine Kur oder Behandlung anders als die <i>medizinische Behandlung</i> , die dazu dient, den Gesundheitszustand oder die körperliche Leistungsfähigkeit eines Menschen wiederherzustellen.

