

SPEZIELLE BEDINGUNGEN EU HEALTH

SPEZIELLE BEDINGUNGENEU HEALTH

Inhalt

Vertragliche Grundlage

I. Spezielle Bedingungen Foyer Global Health EU HEALTH	2 - 13
1. Gegenstand der Versicherung	2
2. Geografischer Geltungsbereich	2
3. Versicherbarkeit.....	2 - 3
3.1 Vorerkrankungen	3
4. Leistungen	3 - 13
4.1. Allgemeine Informationen	3
4.2. Leistungen	3 - 13
4.2.1. Allgemeines	
4.2.2. Stationäre Heilbehandlung	
4.2.3. Ambulante Heilbehandlung	
4.2.4. Zahnärztliche Heilbehandlung	
4.3. Leistungsbeschränkung	12 - 13
5. Tarif	13
I. Gegenstand der medizinischen Assistance Leistungen und zusätzlichen Services	14 - 19
2. Geografischer Geltungsbereich	14
3. Leistungen.....	14 - 19
3.1. Allgemeine Informationen	14
3.2. Medizinische Assistance Leistungen	14 - 19
3.3. Zusätzliche Services	19
4. Tarif	19
III. Glossar	20 - 22



I. Spezielle Bedingungen Foyer Global Health EU HEALTH

1. Gegenstand der Versicherung

Die Versicherungsleistung des *Versicherers* wird für die vertraglich vorgesehenen *Krankheiten*, Unfälle und sonstigen Ereignisse gewährt.

Im *Versicherungsfall* gewährleistet der *Versicherer* die Erstattung der Behandlungskosten und die sonstigen vereinbarten Leistungen.

Im Rahmen der vertraglichen Höchstgrenzen des vorliegenden Vertrages gewährleistet der *Versicherer* die Heilkosten für jeden in den Speziellen Bedingungen angegebenen *Versicherten*, der eine dem vorliegenden Vertrag entsprechende Versicherungsleistung abgeschlossen hat.

2. Geografischer Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz gilt für folgende *Zielregionen*:

- ▶ *Zielregion 1*: Weltweit
- ▶ *Zielregion 2*: Weltweit ohne USA

Als *Zielregion* gilt die *Region* in der das *Aufenthaltsland* der *versicherten Person(en)* liegt.

Besteht Versicherungsschutz in der *Zielregion 2* so gilt bei vorübergehender Reise (d.h. für maximal sechs Wochen) in die *Zielregion 1* Versicherungsschutz nur für medizinische Notfälle, Unfallfolgen sowie bei Tod.

Reisen zum Zwecke einer *Heilbehandlung* in eine nicht vereinbarte *Zielregion* sind nicht versichert.

Ein Wechsel des *Aufenthaltslandes* einer *versicherten Person* ist unverzüglich anzuzeigen, da sich dieser Wechsel auf den Beitrag auswirkt.

3. Versicherbarkeit

Versicherbar sind alle Personen, die dem GEMEINSAMEN KRANKHEITSFÜRSORGESYSTEM DER EUROPÄISCHEN ORGANE (GKFS) angeschlossen sind.

Auf Dauer in den USA wohnhafte Personen sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Verlegt der *Versicherte* bzw. Mitversicherte seinen Wohnsitz dauerhaft in die USA, wird der *Versicherer* das Versicherungsverhältnis beenden. Bei Wohnsitzverlegung in allen sonstigen Ländern kann der *Versicherer* im Einzelfall, auch während des laufenden Versicherungsverhältnisses, prüfen, ob das Versicherungsverhältnis mit nationalem Recht übereinstimmt und entsprechend dem Prüfungsergebnis entscheiden, ob der Versicherungsschutz weiterhin gewährt werden kann, geändert oder beendet werden muss.

Der *Versicherer* kann diese Versicherung kündigen, wenn sich rechtliche Rahmenbedingungen bezüglich Versicherungsschutz für Staatsangehörige, Ansässige oder Entsandte in einem Land so verändern, dass der vom *Versicherer* erbrachte Versicherungsschutz zu einem Verstoß gegen nationales Recht führen würde.



3.1. Vorerkrankungen

Um über den Einschluss von *Vorerkrankungen* ab Beginn der Versicherung entscheiden zu können, müssen die im *Antrag* gestellten Gesundheitsfragen wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen beantwortet werden. In bestimmten Fällen kann der Versicherer vom Antragsteller verlangen, sich einer Gesundheitsprüfung zu unterziehen. Je nach Ergebnis der Gesundheitsprüfung kann der *Versicherer* den Versicherungsvertrag um weitere Bedingungen ergänzen, einen Extra-Beitrag erheben oder den *Antrag* / eine zu versichernde Person ablehnen. Erkrankungen, die in dem Zeitraum zwischen der Antragstellung und der Antragsannahme durch den *Versicherer* auftreten, wird der *Versicherer* als *Vorerkrankungen* betrachten.

4. Leistungen

4.1. Allgemeine Informationen

Der *Versicherer* ersetzt die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich aus den folgenden Leistungsübersichten ergeben, zu 20%, sofern sich aus diesen Leistungsübersichten, den generellen Ausführungen in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen oder dem Glossar nicht etwas anderes ergibt.

Gesundheitskosten, die auf Grund von schweren Krankheiten (Tuberkulose, Kinderlähmung, Krebs, psychische Erkrankungen, und andere von der GKFS als ähnlich schwere Krankheiten anerkannt) werden nicht erstattet.

4.2. Leistungen

4.2.1. Allgemeines

Der *Versicherte* kann zwischen den niedergelassenen und approbierten Ärzten und Zahnärzten, die in dem Land, in dem die Behandlung erfolgt, frei wählen. Sofern im Tarif vorgesehen, können die *Leistungen* anderer Personen, die die Heilkunst ausüben, in Anspruch genommen werden.

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, wird sich der *Versicherer* an den vergleichbaren Vergütungen für Ärzte bzw. an den üblichen Preisen im *Aufenthaltsland* orientieren.

Bei der Erstattung zahntechnischer Laborarbeiten und Materialien legt der *Versicherer* 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*. Der *Versicherer* leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und *Arzneimittel*, die von der *Schulmedizin* anerkannt sind. Der *Versicherer* leistet 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; der *Versicherer* kann seine Leistungen jedoch auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener *schulmedizinischer* Methoden und *Arzneimittel* angefallen wäre.

4.2.2. Stationäre Heilbehandlung



Übersicht stationäre Heilbehandlung

Allgemein Krankenhausleistung sowie Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer

Ärztliche Leistungen (inklusive Pathologie, Radiologie, Computertomographie, Magnetresonanztomographie, Positronenemissionstomographie)

Krankenhauskosten, inklusive Operationssaal, Intensivstation und Labor

Operationen und Anästhesie

Stationersetzende ambulante Operationen

Arznei- und Verbandmittel

Physiotherapie, inklusive Massagen

Therapien, inklusive Ergotherapie, Lichttherapie, Hydrotherapie, Inhalationen, Packungen, medizinische Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie

Hilfsmittel

Leistungen für Schwangerschaft und Entbindung, Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspfleger im Krankenhaus

Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen

Neugeborenenpflege

Angeborene Leiden

Psychiatrische Leistungen

Stationäre Psychotherapie

Mitaufnahme eines Elternteils bei stationärer Behandlung von Kindern bis 18 Jahren

Häusliche Krankenpflege und hauswirtschaftliche Versorgung anstelle eines Krankenhausaufenthalts

Ersatz-Krankhaustagegeld für durchgeführte stationäre Behandlungen, für die keine Kostenerstattung beim Versicherer beansprucht wurde

Stationäre Anschlussrehabilitation

Tagesklinische (teilstationäre) Heilbehandlung

Transport zum nächsterreichbaren geeigneten Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Unfall oder Notfall

Detaillierte Leistungsbeschreibungen stationäre Heilbehandlung

Allgemein Krankenhausleistung sowie Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer

Bei einer medizinisch erforderlichen Behandlung in einem Krankenhaus kann der *Versicherte* zwischen den Krankenanstalten im Behandlungsland frei wählen. Behandlung in einer Krankenanstalt bedeutet jede Behandlung, bei der die zu behandelnde Person für mindestens 24 Stunden in einem Krankenhaus aufgenommen wird und dort ärztlich behandelt und gepflegt wird.

Bei einer medizinisch erforderlichen Behandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen bzw. Rekonvaleszenten aufnehmen, besteht nur dann eine Leistungspflicht für die in der Heilkostenversicherung vorgesehenen tariflichen Leistungen, wenn der *Versicherer* diese vor Behandlungsbeginn schriftlich genehmigt hat.

Für die Dauer der stationären *Heilbehandlung* gewährt der *Versicherer* die Leistungen ohne zeitliche Begrenzung.



Ärztliche Leistungen (inklusive Pathologie, Radiologie, Computertomographie, Magnetresonanztomographie, Positronenemissionstomographie)

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die im Rahmen einer *medizinisch notwendigen* stationären *Heilbehandlung* erforderlichen Maßnahmen für Untersuchung, Diagnostik und Therapie.

Krankenhauskosten, inklusive Operationssaal, Intensivstation und Labor

Hierunter versteht der *Versicherer* sonstige Kosten für die Nutzung von Spezialeinrichtungen, wie Operationssäle, Intensivstation und Labor.

Operationen und Anästhesie

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die hierbei erforderlichen Leistungen, wie zum Beispiel ärztliche Leistungen, Anästhesie und die Nutzung von Spezialeinrichtungen. Aufwendungen für ambulante Operationen sind ebenfalls erstattungsfähig soweit diese einen stationären Aufenthalt ersetzen.

Stationersetzende ambulante Operationen

Ambulante Eingriffe, die in einer Arztpraxis oder in einem Krankenhaus durchgeführt werden können, bei denen aber keine anschließende Übernachtung und im Anschluss kein stationärer Aufenthalt im Krankenhaus erforderlich ist.

Arznei- und Verbandmittel

Die *Arzneimittel*, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von einer zuständigen ärztlichen Autorität im Krankenhaus anlässlich der stationären *Heilbehandlung* verordnet worden sein. Darüber hinaus müssen die *Arzneimittel* in einer Apotheke oder von einer anderen behördlich zugelassenen Abgabestelle bezogen werden.

Arzneimittel der klassischen *Homöopathie* gelten ebenfalls als vollwertige *Arzneimittel*.

Nährmittel, Stärkungsmittel, Mineralwässer, kosmetische Mittel, Mittel zur Hygiene und Körperpflege sowie Badezusätze gelten nicht als *Arzneimittel*.

Physiotherapie, inklusive Massagen

Physiotherapie und Massagen müssen von einem Krankenhausarzt im Rahmen einer stationären *Heilbehandlung* verordnet werden. Außerdem müssen sie von einem *Arzt* oder anerkanntem Therapeuten durchgeführt werden. Die Verordnung muss vor Beginn der *Heilbehandlung* ausgestellt worden sein und Diagnose, Art und Anzahl der Maßnahmen enthalten.

Therapien, inklusive Ergotherapie, Lichttherapie, Hydrotherapie, Inhalationen, Packungen, medizinische Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie

Diese physikalisch-medizinischen Leistungen müssen von einem Krankenhausarzt im Rahmen einer stationären *Heilbehandlung* verordnet und außerdem von einem *Arzt* oder anerkanntem Therapeuten durchgeführt werden. Die Verordnung muss vor Beginn der *Heilbehandlung* ausgestellt worden sein und Diagnose, Art und Anzahl der Maßnahmen enthalten.

Hilfsmittel

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für diejenigen Hilfsmittel, die als lebenserhaltende Maßnahmen dienen oder körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen, wie Herzschrittmacher und 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.



Leistungen für Schwangerschaft und Entbindung, Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers im Krankenhaus

Der *Versicherer* übernimmt die erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu 4.000 EUR* für die Entbindung in einem Krankenhaus, einem Entbindungsheim oder einer vergleichbaren Einrichtung sowie die Aufwendungen für häusliche Pflege oder *hauswirtschaftliche Versorgung*, die sich aus der Schwangerschaft oder einer schwangerschaftsbedingten Erkrankung ergeben, sowie für die Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers.

Es besteht eine Wartezeit von 10 Monaten.

Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen

Der *Versicherer* übernimmt die erstattungsfähigen Aufwendungen im Zusammenhang mit Frühgeburt, Fehlgeburt, medizinisch indiziertem Schwangerschaftsabbruch, Totgeburt, Eileiterschwangerschaft, Blasenmole, Kaiserschnittentbindung, postpartalen Blutungen, Plazentaretention und Komplikationen, die sich aus diesen Krankheitsbildern ergeben.

Es besteht eine Wartezeit von 10 Monaten.

Neugeborenen-Pflege

Routinemäßige Behandlung oder Behandlung einer akuten medizinischen Bedingung eines Neugeborenen. Die unter dem vorliegenden Versicherungsplan abgedeckte Neugeborenen-Pflege wird in den Allgemeine Versicherungsbedingungen beschrieben.

Angeborene Leiden

Der *Versicherer* übernimmt die erstattungsfähigen Aufwendungen bis zum Höchstbetrag von 50.000 EUR über die gesamte Lebensdauer für alle bei der Geburt vorhandenen Störungen oder Erkrankungen, Anomalien, Geburtsfehler, für Frühgeburtlichkeit und Fehlbildungen einschließlich damit in Zusammenhang stehender Erkrankungen.

Psychiatrische Leistungen

Der *Versicherer* erstattet die Aufwendungen für psychiatrische Leistungen im Rahmen einer stationären Behandlung, vorausgesetzt dass der *Versicherer* vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Zusage gegeben hat.

Es besteht eine Wartezeit von 10 Monaten.

Stationäre Psychotherapie

Voraussetzung für die Erstattung durch den *Versicherer* 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 leistet der *Versicherer* nur dann, wenn und soweit der *Versicherer* vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Zusage gegeben hat.

Es besteht eine Wartezeit von 10 Monaten.

Mitaufnahme eines Elternteils bei stationärer Behandlung von Kindern bis 18 Jahren

Der *Versicherer* erstattet die Mehraufwendungen für die ärztlich verordnete Mitaufnahme eines Elternteils bei der stationären Behandlung von Kindern bis 18 Jahren.

* Die genannten Beträge gelten – soweit nicht anders festgelegt – pro Person und Versicherungsjahr.



Häusliche Krankenpflege und hauswirtschaftliche Versorgung

Der *Versicherer* übernimmt 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. Der *Versicherer* erstattet diese Leistung für maximal 90 Tage pro Krankenhausaufenthalt nach schriftlicher Leistungszusage.

Ersatz-Krankhaustagegeld für durchgeführte stationäre Behandlungen, für die keine Kostenerstattung beim Versicherer beansprucht wurde

Für durchgeführte stationäre Behandlungen, für die keine Kostenerstattung beim *Versicherer* beansprucht wurde, bezahlt der *Versicherer* ein Krankhaustagegeld von 40 EUR* pro Tag.

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 der *Versicherer* dies vorher schriftlich zugesagt hat. Die *Anschlussrehabilitation* muss grundsätzlich innerhalb von 2 Wochen nach der Entlassung aus der Krankenanstalt angetreten werden. Kurmaßnahmen und Aufenthalte in Kurzentren, Badezentren, Sanatorien und Erholungsheimen sowie in Pflegeheimen sind nicht versichert. Der *Versicherer* erstattet die *Anschlussrehabilitation* bis zu 35 Tagen pro Krankenhausaufenthalt nach schriftlicher Leistungszusage.

Tagesklinische (teilstationäre) Heilbehandlung

Als *teilstationär* bezeichnet man die *Heilbehandlung* in einem Krankenhaus ohne Übernachtung. Die Länge des Aufenthalts im Krankenhaus beträgt hierbei zwischen acht und 24 Stunden.

Transport zum nächsterreichbaren geeigneten Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Unfall oder Notfall

Der *Versicherer* erstattet die vertretbaren Kosten des Transports zum nächsterreichbaren geeigneten Krankenhaus bzw. zur nächsterreichbaren geeigneten medizinischen Einrichtung.

4.2.3. Ambulante Heilbehandlung

Übersicht ambulante Heilbehandlung

Ärztliche Leistungen (inklusive Pathologie, Radiologie, Computertomographie, Magnetresonanztomographie, Positronenemissionstomographie)

Gesundheitschecks

Leistungen für Schwangerschaft und Entbindung, Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers

Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen

* Die genannten Beträge gelten – soweit nicht anders festgelegt – pro Person und Versicherungsjahr.



Angeborene Leiden

Akupunktur (Nadeltechnik), Homöopathie, Osteopathie und Chiropraktik, inklusive Arznei- und Verbandmitteln

Sprachtherapie

Psychiatrische Leistungen

Ambulante Psychotherapie

Arznei- und Verbandmittel

Physiotherapie, inklusive Massagen

Therapien, inklusive Ergotherapie, Lichttherapie, *Hydrotherapie*, Inhalation, Packungen, medizinische Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie

Hilfsmittel

Schutzimpfungen und Immunisierungen

Sehhilfen, inklusive Sehtest

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

Unfruchtbarkeitsbehandlung

Detaillierte Leistungsbeschreibungen ambulante Heilbehandlung

Ärztliche Leistungen (inklusive Pathologie, Radiologie, Computertomographie, Magnetresonanztomographie, Positronenemissionstomographie)

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*, sowie für Schutzimpfungen und *Prophylaxemaßnahmen*.

Gesundheitschecks

Routinemäßige Gesundheitschecks sind Untersuchungen oder Screeningtests, die durchgeführt werden, ohne dass klinische Symptome vorliegen.

Diese Tests, die dem Alter gemäß zur Erkennung von Störungen oder Krankheiten durchgeführt werden, umfassen folgende Untersuchungen:

- ▶ Vitalzeichen (Blutdruck, Cholesterin, Puls, Atmung, Temperatur usw.)
- ▶ kardiovaskuläre Untersuchung
- ▶ neurologische Untersuchung
- ▶ Krebsvorsorgeuntersuchungen
- ▶ pädiatrische Vorsorgeuntersuchungen
- ▶ Diabetes-Test
- ▶ HIV- und AIDS-Test
- ▶ gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen



Der *Versicherer* erstattet diese Leistungen bis zu einem Betrag von 100 EUR* pro Versicherungsjahr.

Leistungen bei Schwangerschaft und Entbindung, Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers

Der *Versicherer* übernimmt die erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu 1.000 EUR*, die sich aus einer Schwangerschaft oder einer schwangerschaftsbedingten Erkrankung ergeben, inklusive (routinemäßiger) Vorsorgeuntersuchungen, Entbindung und Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers. Dies schließt bei Frauen über 35 Jahren auch eine Amniozentese und eine Nackentransparenzmessung ein.

Es besteht eine Wartezeit von 10 Monaten.

Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen

Der *Versicherer* übernimmt die erstattungsfähigen Aufwendungen im Zusammenhang mit Frühgeburt, Fehlgeburt, medizinisch indiziertem Schwangerschaftsabbruch, Totgeburt, Eileiterschwangerschaft, Blasenmole, Kaiserschnittentbindung, postpartalen Blutungen, Plazentaretention und Komplikationen, die sich aus diesen Krankheitsbildern ergeben.

Es besteht eine Wartezeit von 10 Monaten.

Angeborene Leiden

Der *Versicherer* übernimmt die erstattungsfähigen Aufwendungen bis zum Höchstbetrag von 50.000 EUR über die gesamte Lebensdauer für alle bei der Geburt vorhandenen Störungen oder Erkrankungen, Anomalien, Geburtsfehler, für Frühgeburtlichkeit und Fehlbildungen einschließlich damit in Zusammenhang stehender Erkrankungen.

Akupunktur (Nadeltechnik), Homöopathie, Osteopathie und Chiropraktik, inklusive Arznei- und Verbandmitteln

An den erstattungsfähigen Aufwendungen beteiligt sich der *Versicherer* 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 *Behandlern* anlässlich der Behandlung verordnete Arznei- und *Verbandmittel* sind ebenfalls erstattungsfähig.

Der *Versicherer* erstattet diese Leistungen bis zu einem Betrag von 1.000 EUR* pro Versicherungsjahr.

Sprachtherapie

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

* Die genannten Beträge gelten – soweit nicht anders festgelegt – pro Person und Versicherungsjahr.



Psychiatrische Leistungen

Der Versicherer erstattet die Aufwendungen für psychiatrische Leistungen, sofern der Versicherer der Erstattung dieser Kosten vor Beginn der *Heilbehandlung* schriftlich zugestimmt hat.

Es besteht eine Wartezeit von 10 Monaten.

Ambulante Psychotherapie

Voraussetzung für die 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. Der *Versicherer* erstattet die Aufwendungen für ambulante Psychotherapien, sofern der *Versicherer* der Erstattung dieser Kosten vor Beginn der *Heilbehandlung* schriftlich zugestimmt hat.

Es besteht eine Wartezeit von 10 Monaten.

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. Nahrungsmittel, Stärkungsmittel, Mineralwässer, kosmetische Mittel, Mittel zur Hygiene und Körperpflege sowie Badezusätze gelten nicht als *Arzneimittel*.

Physiotherapie, inklusive Massagen

Hierbei handelt es sich um physikalisch-medizinische Leistungen (Physiotherapie und Bewegungstherapie, Massagen), die verordnet werden müssen. Außerdem müssen sie von einem *Arzt* bzw. anerkannten Therapeuten durchgeführt werden. Die Verordnung muss vor Beginn der *Heilbehandlung* ausgestellt worden sein und Diagnose, Art und Anzahl der erforderlichen Maßnahmen enthalten.

Therapien, inklusive Ergotherapie, Lichttherapie, Hydrotherapie, Inhalationen, Packungen, medizinische Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie

Hierbei handelt es sich um physikalisch-medizinische Leistungen (Ergotherapie, Lichttherapie, *Hydrotherapie*, Inhalationen, Packungen, medizinische Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie und Bewegungstherapie). Sie muss von einem *Arzt* bzw. anerkannten Therapeuten durchgeführt und vom *Arzt* im Rahmen der ambulanten *Heilbehandlung* verordnet werden. Die Verordnung muss vor Beginn der *Heilbehandlung* ausgestellt worden sein und Diagnose, Art und Anzahl der erforderlichen Maßnahmen enthalten.

Hilfsmittel

Erstattungsfähig sind Aufwendungen im Rahmen der ambulanten *Heilbehandlung* 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 der vorherigen schriftlichen 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 wie zum Beispiel Heizkissen und Massagegeräte, sowie für Gebrauch und Pflege von Hilfsmitteln.

Schutzimpfungen und Immunisierungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Schutzimpfungen und *Prophylaxemaßnahmen*, soweit sie für das jeweilige *Aufenthaltsland* empfohlen werden; darunter fallen auch die Arztkosten für die Verabreichung des Impfstoffs sowie die Kosten für den Impfstoff selbst.

Der Versicherer erstattet bis zu 100 EUR* der Kosten pro Versicherungsjahr.

Sehhilfen, inklusive Sehtest

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Brillenfassungen und Brillengläser sowie Kontaktlinsen und eine Refraktionsbestimmung bis zu 250 EUR* pro Versicherungsjahr.

Transport zum nächsterreichbaren geeigneten Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Unfall oder Notfall

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für einen Notfalltransport zum nächsterreichbaren geeigneten Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem *Unfall* oder *Notfall*.

Unfruchtbarkeitsbehandlung

Nach vorheriger schriftlicher Leistungszusage übernimmt der *Versicherer* die erstattungsfähigen Kosten im Rahmen des vereinbarten Leistungsumfanges die nach der Vorschusszahlung durch das Joint Sickness Insurance Scheme (JSIS) gemäß den Vorschriften über die Krankenversicherung für Beamte der Europäischen Union verbleiben.

Der *Versicherer* erstattet die Kosten im Zusammenhang mit der Unfruchtbarkeitsbehandlung, Diagnose und Behandlung inbegriffen, bis zu einem Höchstbetrag von 3.000 EUR für die ganze Dauer des Vertrages.

Es besteht eine Wartezeit von 24 Monaten für beide Ehe- oder Lebenspartner.

* Die genannten Beträge gelten – soweit nicht anders festgelegt – pro Person und Versicherungsjahr.



4.2.4. Zahnärztliche Heilbehandlung

Übersicht zahnärztliche Heilbehandlung

Allgemeine zahnärztliche Leistungen

Zwei zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen pro Versicherungsjahr

Röntgenuntersuchung

Zahnsteinentfernung und Polieren

Leistungen bei Mundschleimhaut und Zahnfleischerkrankungen

Einfache Füllungen

Chirurgische Leistungen, Extraktionen, Wurzelkanalbehandlungen

Nachtschiene

Zahnärztliche Leistungen nach einem *Unfall*

Umfassende zahnärztliche Leistungen

Zahnersatz (z.B. Prothesen, Brücken und Kronen, Inlays)

Implantologische Leistungen

Kieferorthopädische Leistungen

Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien

Heil- und Kostenplan

Zahnärztliche Leistungen nach einem *Unfall*

Detaillierte Leistungsbeschreibungen zahnärztliche Heilbehandlung

Allgemeine zahnärztliche Leistungen

- › zwei zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen pro Versicherungsjahr
- › Röntgenuntersuchung
- › Zahnsteinentfernung und Polieren
- › Behandlung von Mundschleimhaut- und Zahnfleischerkrankungen
- › alle einfachen Füllungen – entweder Amalgam (Silber) oder Kunststoff (weiß)
- › Wurzelkanalbehandlungen
- › Anästhesiekosten
- › chirurgische Eingriffe
- › Extraktionen
- › Nachtschiene
- › zahnärztliche Leistungen nach einem *Unfall*



Umfassende zahnärztliche Leistungen

Umfassende zahnärztliche Leistungen schließen folgende Arten von komplexeren Maßnahmen und *Heilbehandlungen* ein. Der *Versicherer* erstattet die nachfolgenden Leistungen bis zu 1.000 EUR* pro Versicherungsjahr.

- ✦ Zahnersatz (Prothesen, Brücken und Kronen)
- ✦ Inlays (Gold, Porzellan), inklusive zahntechnische Laborarbeiten und Materialien
- ✦ Aufлагefüllungen (Onlays)
- ✦ Bis zu vier Implantate pro Kiefer und den darauf zu befestigenden Zahnersatz
- ✦ kieferorthopädische Behandlung bei Kindern unter 18 Jahren, inklusive Metallbrackets und Retainer sowie Heil- und Kostenplan
- ✦ zahntechnische Laborarbeiten und Materialien
- ✦ Heil- und Kostenplan
- ✦ zahnärztliche Leistungen nach einem *Unfall*

Es besteht eine Wartezeit von 10 Monaten.

Zahnärztliche Leistungen nach einem Unfall

Werden Leistungen für zahnärztliche *Heilbehandlungen* infolge eines *Unfalls* erforderlich, so entfallen hierfür sämtliche Wartezeiten. Der *Unfall* muss dem *Versicherer* durch einen *Arzt* oder *Polizeibericht* nachgewiesen werden.

4.3. Leistungsbeschränkung

Für *Krankheiten*, einschließlich deren Folgen, sowie für die Unfallfolgen und Todesfälle aufgrund von Kriegsereignissen, Wehrdienst, Aufruhr und gemeinschaftlich begangenen Gewalttaten, die nicht ausdrücklich in die Versicherungsleistung einbezogen sind, besteht keine Leistungspflicht.

Für vorsätzlich verursachte *Krankheiten*, Handlungen und Unfälle und deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren besteht keine Leistungspflicht.

Für *Kuren* und *Behandlungen im Sanatorium* sowie für Rehabilitationsmaßnahmen besteht keine Leistungspflicht, falls im Tarif nichts anderes bestimmt ist.

Für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder besteht keine Leistungspflicht. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.

Für kosmetische Maßnahmen aller Art und deren Folgen besteht keine Leistungspflicht.

Bei Selbstmordversuch besteht keine Leistungspflicht.

Für Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in *Krankenanstalten*, für die der *Versicherer* die Erstattung der Kostenrechnung aus schwerwiegendem Grund ausgeschlossen hat, wird keine Leistung erbracht, wenn der *Versicherungsfall* eintrat, nachdem dem *Versicherungsnehmer* der Leistungsausschluss mitgeteilt wurde. Ist zum Zeitpunkt der Mitteilung der *Versicherungsfall* noch nicht abgeschlossen, besteht keine Pflicht zur Erstattung der mehr als drei Monate nach der betreffenden Mitteilung eingetretenen Kosten.

* Die genannten Beträge gelten – soweit nicht anders festgelegt – pro Person und Versicherungsjahr.



Für eine Unterbringung infolge Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung besteht keine Leistungspflicht.

Für Gutachten, Atteste, Heil- und Kostenpläne, soweit sie vom *Versicherungsnehmer* oder vom *Versicherten* vorzulegen sind, besteht keine Leistungspflicht.

Bei einem Verlust der Autonomie des *Versicherten* oder bei erforderlicher Verwahrung des *Versicherten* besteht keine Leistungspflicht. Der Aufenthalt und/oder die nicht-medizinische Pflege, die zu Hause oder in einem Erholungs- und Pflegeheim, in einer psychiatrischen Pflegeeinrichtung oder einer gleichartigen Anstalt geleistet werden, werden nicht erstattet.

Übersteigen die *Heilbehandlung* oder andere Maßnahmen, für die *Leistungen* erbracht werden, das medizinisch erforderliche Maß, kann der *Versicherer* seine *Leistungen* auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Ferner ist der *Versicherer* zu einer derartigen Herabsetzung seiner *Leistungen* berechtigt, wenn für eine medizinisch erforderliche Behandlung oder für jede sonstige Maßnahme eine überhöhte Vergütung in Rechnung gestellt wurde.

Vor Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene *Versicherungsfälle* sind von der Versicherungsleistung nur für den Teil ausgeschlossen, der in den Zeitraum vor dem Inkrafttreten der Versicherung oder in die Wartezeiten fällt.

Der *Versicherer* leistet nicht für die operative und hormonelle Angleichung der biologischen Geschlechtsmerkmale an das jeweils andere Geschlecht.

Der *Versicherer* leistet nicht für Behandlung oder operative Eingriffe zur Korrektur des Sehvermögens, beispielsweise durch Laserbehandlung, refraktive Keratotomie (RK) und fotorefraktive Keratotomie (PRK). Erstattungsfähig ist die Korrektur des Sehvermögens, wenn diese Behandlung aufgrund einer Störung, Krankheit oder Verletzung (beispielsweise Katarakt oder Netzhautablösung) notwendig wird.

5. Tarif

Sollte mit Eintritt in ein neues Lebensjahr ein Wechsel der Altersstufe notwendig sein, so wird der *Versicherer* den Beitrag entsprechend der neuen Altersstufe umstellen.



I. Medizinische Assistance Leistungen und Zusätzliche Services

In Verbindung mit einem Foyer Global Health S.A. Krankenversicherungsprodukt

1. Gegenstand der medizinischen Assistance Leistungen und zusätzlichen Services

Die medizinischen Assistance Leistungen und zusätzlichen Services erbringt der Versicherer im Rahmen *medizinisch notwendiger Heilbehandlungen* von Krankheiten, Unfällen, insbesondere Notfällen, und sonstigen Ereignissen.

2. Geografischer Geltungsbereich

Die medizinischen Assistance Leistungen und zusätzlichen Services gelten weltweit.

3. Leistungen

3.1. Allgemeine Informationen

Der Versicherer erbringt die medizinischen Assistance Leistungen sowie die ergänzenden Services in Art und Umfang, entsprechend den folgenden Leistungsübersichten, sofern sich aus diesen Leistungsübersichten, den generellen Ausführungen in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen oder dem Glossar nicht etwas anderes ergibt.

3.2. Medizinische Assistance Leistungen

Die medizinischen Assistance Leistungen und zusätzlichen Services müssen in Verbindung mit einem Krankenversicherungsprodukt von Foyer Global Health S.A. abgeschlossen werden.

Übersicht medizinische Assistance

24-stündiger Telefon – und Email-Service mit erfahrenen Beratern, Ärzten und Fachärzten

Medizinisch notwendiger Kranken- bzw. Rücktransport

Informationen über die medizinische Infrastruktur/ ärztliche Versorgung unter Berücksichtigung der gewünschten Sprache

Betreuung und Information (*Second Opinion*, Beobachtung des Krankheitsverlaufs)

Kostenübernahmegarantie, insbesondere in Vorbereitung des Krankenhausaufenthaltes

Zahlung eines Vorschuss

Unterstützung und Informationen über Art, mögliche Ursachen und Heilbehandlungsmöglichkeiten/ Therapieformen der Erkrankung sowie zu medizinischen Fachbegriffen

Unterstützung bei der Organisation eines „Arzt zu Arzt“ Gespräches

Hilfe bei der Auswahl des verschriebenen Medikamentes, vergleichbarer Präparate und deren Nebenwirkungen



Medizinische Unterstützung und Beratung vor Reisebeginn (Impfungen, Zusammenstellung der Reiseapotheke)

Detaillierte Medizinische Assistance Leistungen

24-stündiger Telefon - und Email-Service mit erfahrenen Beratern, Ärzten und Fachärzten

Die medizinische Assistance ist 24 Stunden am Tag, 7 Tage in der Woche und 365 Tage im Jahr über die Emergency Hotline erreichbar.

Medizinisch notwendiger Kranken- bzw. Rücktransport

Der Leistungsumfang gilt für einen medizinisch begründeten und notwendigen Kranken- bzw. Rücktransport innerhalb des *Aufenthaltslandes* sowie auch grenzüberschreitend. Die Kosten für eine medizinisch begründete und notwendige Transportbegleitung gehören ebenfalls zum Leistungsumfang.

- › Der Kranken- bzw. Rücktransport kann auch aufgrund unzureichender medizinischer Versorgung und unzureichender hygienischer Umstände im behandelnden Krankenhaus erfolgen.
- › Der Kranken- bzw. Rücktransport muss vom zuständigen behandelnden Arzt angeordnet sein und eine Kostenübernahmezusage muss vom Versicherer vorliegen.
- › Der Kranken- bzw. Rücktransport erfolgt nach Abstimmung zwischen dem behandelnden Arzt und dem Versicherer an ein für die weitere *Heilbehandlung* geeignetes Krankenhaus.
- › Nach Abstimmung mit dem Versicherer kann der Rücktransport auch an den aktuellen Wohnsitz oder an den letzten ständigen Wohnsitz des Versicherten im Heimat oder *Ausreiseland* erfolgen, wenn der Versicherungsfall außerhalb des *Aufenthaltslandes* eingetreten ist.

Informationen über die medizinische Infrastruktur/ ärztliche Versorgung unter Berücksichtigung der gewünschten Sprache

- › Benennung von Ärzten, Fachärzten, Krankenhäusern und Spezialkliniken im Umfeld des Versicherten insbesondere im Hinblick auf die gewünschte Sprache
- › Beratung und Unterstützung bei der Auswahl eines Behandlungsortes im Falle einer *medizinisch notwendigen Verlegung/ Wechsel des Behandlers*

Betreuung und Information (Second Opinion, Beobachtung des Krankheitsverlaufs)

- › Unterstützung und Organisation einer ärztlichen Zweitmeinung (ärztlichen Befund) durch einen Spezialisten auf dem jeweiligen Fachgebiet bei lebensbedrohlichen und schwerwiegenden Erkrankungen und Störungen der Gesundheit
- › Unterstützung bei der Auswahl des Spezialisten, des Krankenhauses sowie bei der Organisation der Aufnahme und Entlassung
- › Organisation und Unterstützung bei der Beobachtung des Krankheitsverlaufes/ der Genesung durch Ärzte und Ansprechpartner des Versicherers

Kostenübernahmegarantie, insbesondere in Vorbereitung des Krankenhausaufenthaltes

- › Übermittlung einer Kostenübernahmegarantie z.B. bei einer geplanten stationären Behandlung
- › Direktabrechnung mit den behandelnden Ärzten/ Krankenhaus möglich



Zahlung eines Vorschuss

Zahlung eines Vorschusses an die versicherte Person wenn der *Behandler* und/oder das Krankenhaus nur Barzahlung akzeptiert.

Unterstützung und Informationen über Art, mögliche Ursachen und Heilbehandlungsmöglichkeiten/ Therapieformen der Erkrankung sowie zu medizinischen Fachbegriffen

Beratung, Erläuterung und Erklärung von medizinischen Sachverhalten im Falle einer Erkrankung einer versicherten Person, insbesondere zu Ursachen und Heilbehandlungsmöglichkeiten/ Therapieformen einer Erkrankung sowie Erklärung medizinischer Fachbegriffe

Unterstützung bei der Organisation eines „Arzt zu Arzt“ Gespräches

Bei Erkrankung und Verschlechterung des Gesundheitszustandes z.B. bei chronischen Erkrankungen hilft der Versicherer bei der Organisation eines „Arzt zu Arzt“ Gesprächs z.B. zwischen dem behandelnden Arzt im Ausreise/ Heimatland sowie Im Aufenthaltsland

Hilfe bei der Auswahl des verschriebenen Medikamentes, vergleichbarer Präparate und deren Nebenwirkungen

- ▶ Informationen zu Medikamenten und deren Neben- sowie Wechselwirkungen mit anderen Präparaten und bestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen.
- ▶ Information zu vergleichbaren und identischen Präparaten

Medizinische Unterstützung und Beratung vor Reisebeginn (Impfungen, Zusammenstellung der Reiseapotheke)

- ▶ Medizinische Informationen zu hygienischen Bedingungen im Aufenthaltsland
- ▶ Auskünfte und Informationen zu empfohlenen Impfungen für das Aufenthaltsland, insbesondere bei bestehenden gesundheitlichen Beschwerden
- ▶ Unterstützung bei der Zusammenstellung einer Reiseapotheke unter Berücksichtigung der hygienischen und klimatischen Gegebenheiten im Aufenthaltsland.
- ▶ Die Informationen und Auskünfte werden durch den Versicherer telefonisch und per Email zur Verfügung gestellt

3.3. Zusätzliche Services

Es besteht Anspruch auf die Leistungen „zusätzliche Services“, wenn diese in den Besonderen Bedingungen (*Versicherungsschein / Police*) für den Versicherten vereinbart sind.

Übersicht ergänzende Services

Rücktransport in das Aufenthaltsland

Organisation von Krankenbesuchen für Angehörige

Verzögerung der Rückreise

Beschaffung und Versand lebensnotwendiger Medikamente

Organisation Rücktransport oder Betreuung von Kindern

Überführung der sterblichen Überreste und organisatorische Unterstützung im Todesfall

Hilfe bei eventuell durch den Auslandsaufenthalt entstandenen psychischen Problemen



Dokumentendepot (Hinterlegung und Ersatzbeschaffung bei Verlust)

Vermittlung eines juristischen Beistandes bei rechtlichen Schwierigkeiten

Vermittlung eines Relocation Services

Vermittlung eines interkulturellen Trainings (Informationen über die Kultur vor Ort)

Rücktransport in das Aufenthaltsland

Ist nach Abstimmung mit dem Versicherer eine *medizinisch notwendige* Evakuierung zur Behandlung des Versicherten erfolgt, erstattet der Versicherer nach vorheriger Zusage die Kosten für die Rückreise des Versicherten in das *Aufenthaltsland* für ein Beförderungsmittel (Bahnfahrt 1. Klasse, Flug Economy Class) bis zu 3.000 EUR*.

Organisation von Krankenbesuche für Angehörige

Bei einem stationären Aufenthalt aufgrund eines *Notfalls* organisiert der Versicherer den Besuch eines Familienangehörigen zum Behandlungsort und zurück zum Wohnort und übernimmt die Reisekosten bis zu einer Höhe von 3.000 EUR*, wenn der stationäre Aufenthalt mindestens 7 Tage dauert und die Kostenübernahme durch den Versicherer vorliegt. (Kosten für Bahnfahrt 1. Klasse und Flug in der Economy Klasse werden übernommen)

Verzögerung der Rückreise

Verzögert sich die Rückreise aus dem *Aufenthaltsland* in das *Ausreise/ Heimatland* oder in ein neues *Aufenthaltsland* aufgrund eines medizinischen *Notfalls* einer versicherten Person, welcher zur Reiseunfähigkeit führt, erstattet der die Kosten für Umbuchung/ Stornierung von Hotels und Flügen bis zu 3.000 EUR*

Beschaffung und Versand lebensnotwendiger Medikamente

Nimmt eine versicherte Person lebensnotwendige Medikamente, die im *Aufenthaltsland* nicht zu erhalten sind, wird der Versicherer sich darum bemühen, diese Medikamente so schnell als möglich zu besorgen. Voraussetzung ist, dass das Medikament in dem *Aufenthaltsland* der versicherten Person gesetzlich zugelassen ist und der Einfuhr keine gesetzlichen Bestimmungen entgegenstehen

Organisation Rücktransport oder Betreuung von Kindern

- ▶ Bei einem stationären Aufenthalt beider Elternteile aufgrund eines medizinischen *Notfalls* übernimmt der Versicherer die Organisation der Betreuung der Kinder durch einen geeigneten Dienst sowie die Kosten dafür, längstens für die Dauer der stationären *Heilbehandlung*
- ▶ Werden beide Elternteile während einer Urlaubsreise aufgrund eines medizinischen *Notfalls* stationär behandelt, erstattet der Versicherer die Kosten für die Reise der Kinder (bis 18 Jahre) an den aktuellen Wohnsitz im *Aufenthaltsland*

Überführung der sterblichen Überreste und organisatorische Unterstützung im Todesfall

- ▶ Erledigung der notwendigen Formalitäten zur Überführung oder Einäscherung der sterblichen Überreste, insbesondere Besorgung der Sterbeurkunde, des Unfallberichts, Herstellung Kontaktes zu Behörden/ Konsulaten sowie Feststellung, welche Angehörige berechtigt sind einer Überführung oder Einäscherung zuzustimmen

* Die genannten Beträge gelten – soweit nicht anders festgelegt – pro Person und Versicherungsjahr.



- ▶ Erstattung der Kosten für die Überführung der sterblichen Überreste in das Ausreise- oder *Heimatland* sowie der Kosten für die mit der Überführung verbundenen Formalitäten bis zu einer Höhe von 10.000 EUR*
- ▶ Überführung der Urne in das Ausreise- oder *Heimatland* im Falle einer Einäscherung
- ▶ Kosten für die Bestattung sind nicht versichert

Hilfe bei eventuell durch den Auslandsaufenthalt entstandenen psychischen Problemen

- ▶ Der Versicherer bietet eine Beratung im Falle einer psychologischen Stresssituation an
- ▶ Die versicherte Person erhält eine psychologisch therapeutische Begleitung mittels Telefon durch erfahrene Ärzte und eine Empfehlung zur weiteren Vorgehensweise bis zu maximal 5 Gesprächen*

Dokumentendepot (Hinterlegung und Ersatzbeschaffung bei Verlust)

- ▶ Der Versicherte bietet für wichtige Dokumente (z.B. Reisepass, Visum, Führerschein, Impfausweis, weitere wichtige Dokumente) ein Dokumentendepot an.
- ▶ Bei Verlust des Originaldokuments erfolgt der Versand der Kopie per Email, Fax oder Kurier sowie die Unterstützung bei der Ersatzbeschaffung.

Vermittlung eines juristischen Beistandes bei rechtlichen Schwierigkeiten

Bei Bedarf vermittelt der Versicherer englisch-, deutsch-, französisch und spanisch sprechende Anwälte/Gutachter bevorzugt im *Aufenthaltsland* der versicherten Person.

Vermittlung eines Relocation Services

Bei Bedarf vermittelt der Versicherer Spezialanbieter für die Organisation des Umzugs und ggf. Unterstützung bei der Wohnungssuche.

Vermittlung eines interkulturellen Trainings (Informationen über die Kultur vor Ort)

Der Versicherer vermittelt bei Bedarf Spezialanbieter, die unter dem Leitmotiv Leben und Arbeiten im Ausland länderspezifische und interkulturelle Trainings zur Vorbereitung des Auslandsaufenthaltes, durchführen.

4. Tarif

Der Versicherungsbeitrag wird in den Besonderen Bedingungen (*Versicherungsschein / Police*) ausgewiesen.

* Die genannten Beträge gelten – soweit nicht anders festgelegt – pro Person 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 Krankheiten und Körperverletzungen geheilt werden oder Schmerzen gelindert werden, indem dünne Nadeln in den Körper gestochen werden. Die Schulmedizin erkennt dies vor allem als eine Methode zur Schmerzlinderung an.
Assistenzgesellschaft	Die Assistenzgesellschaft ist eine Gesellschaft, die sich darauf spezialisiert hat, den Versicherten in Notsituationen oder bei Krankenhausbehandlungen mit Rat und Tat zur Seite zu stehen. Durch die Assistenzgesellschaft werden zusätzliche Leistungen, die dem Versicherten den Auslandsaufenthalt erleichtern sollen, so wie die Übernahme bestimmter Kosten, zum Beispiel Rückführungskosten, erbracht.
Krebs	Krebs 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 konservatorische Behandlung ist eine Behandlung zur Erhaltung von Zähnen (z.B. Füllungen, Wurzelkanalbehandlung).
Schulmedizin	Schulmedizin ist die an der Universität gelehrt, wissenschaftliche Art der Medizin, die daher allgemein akzeptiert und angewandt wird.
Herkunftsland	Das Herkunftsland ist das Land, dessen Nationalität der Versicherte besitzt oder in dem der Versicherte seinen gewöhnlichen Aufenthaltsort vor dem Wechsel in das derzeitige Aufenthaltsland hatte.
Aufenthaltsland	Das Land, in dem der Versicherte seinen derzeitigen gewöhnlichen Aufenthaltsort oder seinen derzeitigen vorübergehenden Aufenthaltsort hat.
Selbstbeteiligung	Anteil der Kosten, der dem Versicherten für eine medizinische Behandlung, die unter der Versicherungspolice abgedeckt ist, entstanden ist, den der Versicherungsnehmer und der Versicherte vereinbarungsgemäß selbst tragen und der durch den Versicherer unter der Versicherungspolice nicht erstattungsfähig ist. Falls eine Selbstbeteiligung vereinbart worden ist, wird eine solche Selbstbeteiligung in den Besonderen Bedingungen festgehalten.
Zahnarzt	Ein Arzt oder eine Gesundheitsfachkraft, der bzw. die sich auf Erkrankungen der Zähne und der Mundhöhle spezialisiert hat.
Arzt	Ein Arzt (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 Krankheit oder Körperverletzung, die den Gesundheitszustand des Versicherten 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 Krankheit, 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 Palliativpflege zu lindern.
Hydrotherapie	Hydrotherapie ist die zielgerichtete Behandlung durch die externe Anwendung von Wasser.
Zahnimplantate	Leistungen, die darin bestehen, Zahnimplantate (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 Krankheit oder Körperverletzung wiederherzustellen, beispielsweise nach einer Bypass-Operation, einem Herzinfarkt, einer Organtransplantation sowie einer Operation an großen Knochen oder Gelenken.
Versicherungsjahr	Zeitraum von 12 Monaten, der je nachdem entweder am Datum des Inkrafttretens oder am Datum der Verlängerung der Versicherungspolice beginnt.
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 der damit verbundenen Krankheiten beschäftigt.
Operationen, die ambulant statt stationär durchgeführt werden	Operationen, die ambulant in einer Arztpraxis oder einem Krankenhaus durchgeführt werden können, die jedoch keine Übernachtung oder keinen längeren Krankenhausaufenthalt erfordern.
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. Osteopathie wird meistens bei chronischen Schmerzen der Wirbelsäule und der peripheren Gelenke eingesetzt.
Palliativpflege	Palliative Behandlung 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	Person, die neben Ärzten 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 <i>Unfallfolgen</i> , 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 <i>Versicherten</i> können <i>Vorerkrankungen</i> 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 drohende <i>Krankheiten</i> abwenden sollen (z.B. passive Immunisierung, vorbeugende Medikamente zum Zeitpunkt der Ankunft in einem Risikogebiet, Unfallverhütung usw.).
Region	Geografische Region, für die der Versicherungsschutz unter der Versicherungspolice gilt, d.h.: <ul style="list-style-type: none"> • Region 1: Weltweit. • Region 2: 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, die keine <i>medizinische Behandlung</i> ist und die dazu dient, den Gesundheitszustand oder die körperliche Leistungsfähigkeit eines Menschen wiederherzustellen.

