

Globality YouGenio[®] for Germany

Allgemeine Versicherungsbedingungen



Globality Health

Premium health insurance worldwide

Ausführlich. Übersichtlich. Verständlich. Umfassend.

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

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

Haben Sie Fragen zum Versicherungsschutz?

Sollte beim Lesen der Lektüre dennoch die eine oder andere Frage offen bleiben, beantworten wir sie Ihnen gerne persönlich.

Soweit Sie in den AVB Passagen finden, die *kursiv* gedruckt sind, finden Sie in den Definitionen die Erläuterungen dazu.

Wir sind weltweit für Sie da:

Foyer Global Health S.A.
12, rue Léon Laval
L-3372 Leudelange
Luxembourg

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

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

Die Foyer Global Health S.A. wird vom Commissariat aux Assurances, 11, rue Robert Stumper, L-2557 Luxembourg, aufsichtsrechtlich überwacht.

Handelsregister (RCS Luxembourg): B 134.471

Erläuterung der Symbole:

- Das ist versichert, das heißt, die erstattungsfähigen Aufwendungen übernehmen wir zu 100 Prozent, sofern sich aus unseren Ausführungen/Leistungsbeschreibungen nicht etwas anderes ergibt.
- Hierfür ist im Leistungsumfang keine Erstattung vorgesehen.

Inhalt

1. Wichtiges vor Abschluss Ihres Versicherungsschutzes	4	5. Hilfe und Unterstützung durch unsere Assistance-/Serviceleistungen	25
1.1 Wer kann sich versichern?	4	5.1 Erläuterung – Medizinische Assistance	25
1.2 Was ist bei <i>Vorerkrankungen</i> zu berücksichtigen?	4	5.2 Erläuterung – Zusätzliche Assistance	27
1.3 Was beinhaltet die Moratoriumsklausel?	4	6. Leistungsausschlüsse	29
1.4 Was ist bei der Beantragung des Versicherungsschutzes zu beachten?	4	7. Verhalten und Bestimmungen im Leistungsfall	33
1.5 Wann können Sie von Ihrem Widerrufsrecht Gebrauch machen?	5	7.1 Was bedeutet die medizinische Notwendigkeit?	33
2. Der Versicherungsschutz	6	7.2 Welche Leistungsvoraussetzungen sind zu beachten?	33
2.1 Was umfasst der Versicherungsschutz?	6	7.3 Was ist im Schadenfall zu tun?	33
2.2 Was ist ein Versicherungsfall?	6	7.4 Was müssen die Kostenbelege enthalten?	34
2.3 Wann beginnt der Versicherungsschutz?	6	7.5 Was ist im Fall eines <i>Unfalles/Notfalles</i> zu tun?	34
2.4 Welche Wartezeiten sind zu beachten?	6	7.6 Wie erfolgt die Bearbeitung der Leistungsansprüche?	34
2.5 Für welche Dauer wird der Versicherungsvertrag geschlossen?	6	7.7 Wie erfolgt die Erstattung der Leistungsansprüche?	35
2.6 Wann verlängert sich die Versicherung?	6	7.8 Vertragswährung	35
2.7 Wann ist eine Kündigung der Versicherung möglich?	7	7.9 Welche Wechselkurse werden zugrunde gelegt?	35
2.8 Sonstige Beendigungsgründe	7	8. Obliegenheiten	36
2.9 Wann endet der Versicherungsschutz?	7	9. Beitragszahlung und Beitragsberechnung	37
3. Geltungsbereich	9	10. Allgemeine Informationen	39
3.1 Wo gilt der Versicherungsschutz?	9	10.1 Wann können Änderungen in den AVB vorgenommen werden?	39
3.2 Was passiert bei vorübergehender Ausreise aus der <i>Zielregion II</i> ?	9	10.2 Kommunikation zwischen Ihnen und uns	39
4. Leistungsumfang	10	10.3 Was ist bei der Versicherung von Neugeborenen zu beachten?	39
4.1 Welche allgemeinen Informationen gehören zu dem Leistungsumfang?	10	10.4.a Haben sich Ihr <i>Aufenthaltsland</i> , Ihre Staatsangehörigkeit oder Staatsbürgerschaft geändert?	39
4.2 Welche <i>Selbstbeteiligungen</i> können vereinbart werden?	10	10.4.b Sind Sie zurück in Ihr <i>Heimatland</i> gezogen?	40
4.3 Leistungsübersicht: Stationäre <i>Heilbehandlung</i>	11	10.4.c Ihre Vertragsdaten haben sich geändert?	40
4.4 Leistungsübersicht: Ambulante <i>Heilbehandlung</i>	13	10.5 Sagen Sie uns Ihre Meinung	40
4.5 Leistungsübersicht: Zahnärztliche <i>Heilbehandlung</i>	15	10.7 Welches Recht ist auf den Vertrag anwendbar?	40
4.6 Leistungsübersicht: Medizinische Assistance	16	11. Definitionen	41
4.7 Leistungsübersicht: Zusätzliche Assistance	17	12. Medizinische Definitionen	44
4.8 Leistungsbeschreibung	18		

1. Wichtiges vor Abschluss Ihres Versicherungsschutzes

1.1 Wer kann sich versichern?

Der Versicherungsvertrag wurde für Expatriates konzipiert. Versicherungsfähig ist jeder, der sich für mindestens drei Monate im Ausland aufhält, sofern wir nichts anderes vereinbaren.

Der Versicherungsschutz wird bis zu einer maximalen Versicherungsdauer von sieben Versicherungsjahren für *versicherte Personen* mit Aufenthalt außerhalb Deutschlands und einer maximalen Versicherungsdauer von fünf Jahren für *versicherte Personen*, die sich befristet in Deutschland aufhalten, gewährt.

Kehrt eine *versicherte Person* in ihr *Heimatland* zurück (mit Ausnahme der USA), um es zu ihrem Hauptwohnsitz zu machen, kann sie ihren Versicherungsschutz für die maximal verbleibende Versicherungsdauer beibehalten, sofern wir zustimmen.

Bitte beachten Sie, dass wir keinen Versicherungsschutz für Personen gewähren, die sich in den USA aufhalten oder aufhalten werden. Bei Wechsel des *Aufenthaltslands*, mit Ausnahme der USA, entscheiden wir von Fall zu Fall, ob wir den Versicherungsschutz weiterhin gewähren können bzw. den Versicherungsschutz ändern oder aufheben müssen.

Es ist die Pflicht des *Versicherungsnehmers*, die Einhaltung der örtlichen Sozialversicherungsgesetze und -vorschriften für alle im Rahmen des Versicherungsvertrags *versicherten Personen* sicherzustellen. Wir können den Versicherungsvertrag oder die Versicherung für einzelne *versicherte Personen* aufgrund von Gesetzesänderungen in einem Land kündigen, die zu einem Verstoß gegen Gesetze oder Vorschriften führen würden.

1.2 Was ist bei *Vorerkrankungen* zu berücksichtigen?

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

1.3 Was beinhaltet die Moratoriumsklausel?

Wenn die *versicherte Person* 55 oder jünger ist, unser Einverständnis vorausgesetzt, können Sie statt eines Antrages mit vollständiger medizinischer Gesundheitsprüfung ein „Moratorium“ wählen. In diesem Fall wird für eine in den fünf Jahren vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetretene bekannte *Vorerkrankung* der zu *versichernden Person* nach einer ununterbrochenen Wartezeit von zwei Jahren ohne ärztliche *Heilbehandlung*, Symptome, Beratung oder Medikation im Zusammenhang mit der bekannten *Vorerkrankung* Versicherungsschutz geleistet. Nimmt eine *versicherte Person* während der ersten zwei Jahre der Versicherung eine *Heilbehandlung*, Symptome, Beratung oder Medikamente in Bezug auf die *Vorerkrankung* in Anspruch, kann die Wartezeit von zwei Jahren (ohne *Heilbehandlung*, Beratung oder Medikation) für diese *Vorerkrankung* erneut beginnen. Leistungen für neue, nicht im Zusammenhang damit stehende Erkrankungen werden umgehend erstattet.

1.4 Was ist bei der Beantragung des Versicherungsschutzes zu beachten?

Den Versicherungsschutz beantragen Sie mittels eines Antragsformulars, das Sie bei Ihrem Versicherungsvermittler oder direkt bei uns oder über unsere Internetseite erhalten. Damit wir Ihren Versicherungsantrag prüfen können, müssen Sie bzw. die zu *versichernde Person* alle Fragen im Antragsformular wahrheitsgemäß beantworten. Sofern der Einschluss von *Vorerkrankungen* gewünscht wird, betrifft dies insbesondere die Fragen über den gegenwärtigen Gesundheitszustand, über bestehende oder frühere Erkrankungen, gesundheitliche Störungen und Beschwerden sowie Behandlungen. Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich. Der *Antrag* kann per Post, E-Mail oder per Telefax bei uns eingereicht werden. Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass die zu *versichernde Person* alle vor Vertragsabschluss gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet hat (vorvertragliche Anzeigepflicht).

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

1.5 Wann können Sie von Ihrem Widerrufsrecht Gebrauch machen?

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

2. Der Versicherungsschutz

2.1 Was umfasst der Versicherungsschutz?

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

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

2.2 Was ist ein Versicherungsfall?

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

Soweit die vereinbarte Tarifstufe Erstattungsleistungen hierfür vorsieht, gelten als Versicherungsfall auch:

- Ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten
- Untersuchungen und medizinisch notwendige *Heilbehandlungen* wegen Schwangerschaft und Entbindung
- Aufwendungen für den Krankenhausaufenthalt des gesunden Säuglings nach der Entbindung
- Tod einer *versicherten Person*

2.3 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im *Versicherungsschein* bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Zahlung des ersten Beitrages und nicht vor Ablauf von Wartezeiten (siehe hierzu auch die Nrn. 1.3 und 2.4). Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur

für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn fällt. Bei Änderungen des Vertrages gelten die in diesem Absatz beschriebenen Regelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

2.4 Welche Wartezeiten sind zu beachten?

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

2.5 Für welche Dauer wird der Versicherungsvertrag geschlossen?

Der Versicherungsvertrag wird zunächst für eine Dauer von 12 Monaten geschlossen. Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im *Versicherungsschein* bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) und dauert 12 Monate. Das Versicherungsjahr für *versicherte Personen*, die später der Versicherung beitreten, beginnt mit dem auf ihrem *Versicherungsschein* angegebenen Datum (Datum des Versicherungsbeginns) und läuft bis zum Ablaufdatum der Versicherung der ersten *versicherten Person* (siehe auch 2.6). Der Versicherungsschutz wird für *versicherte Personen* mit Wohnsitz außerhalb Deutschlands bis zu einer maximalen Versicherungsdauer von sieben Versicherungsjahren gewährt und für *versicherte Personen*, die sich befristet in Deutschland aufhalten, bis zu einer maximalen Versicherungsdauer von fünf Jahren, einschließlich aller Vertragsverlängerungen (die maximale Versicherungsdauer schließt auch bereits frühere ähnliche Krankenversicherungsverträge mit ein, die bei anderen Versicherungsgesellschaften abgeschlossen wurden).

2.6 Wann verlängert sich die Versicherung?

Der Versicherungsvertrag verlängert sich nach Ablauf eines jeden Versicherungsjahres jeweils um weitere 12 Monate, bis die letzte *versicherte Person* ihre maximale Versicherungsdauer erreicht hat (siehe 2.5). Sie können den Versicherungsvertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen, indem Sie der Vertragsverlängerung spätestens drei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres widersprechen.

2.7 Wann ist eine Kündigung der Versicherung möglich?

Unbeschadet weiterer gesetzlicher Kündigungsgründe oder anderer in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen vorgesehener Kündigungsgründe können die Vertragspartner in folgenden Fällen die Kündigung des Versicherungsvertrages erklären:

- Sie können den Versicherungsvertrag kündigen, wenn wir die Allgemeinen Versicherungsbedingungen ändern (siehe hierzu 10.1) oder die Gebühren und Beiträge ändern (siehe hierzu 9). Sie können innerhalb von drei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung kündigen. Die Kündigung wird zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung wirksam. Keine Kündigungsmöglichkeit besteht hingegen bei einer Beitragsumstellung, weil Sie oder die zu *versichernde Person* in die nächst höhere Altersstufe eintreten. Der Vertrag endet um 00:00 Uhr der nächsten Jahresfrist.
- Wir können den Versicherungsvertrag im Falle Ihres Versäumnisses kündigen, uns erbetene Informationen zukommen zu lassen. In diesem Fall können wir die Kündigung des Versicherungsvertrags innerhalb eines Monats aussprechen, nachdem wir von Ihrem Versäumnis Kenntnis erhalten. Soweit nicht anders bestimmt, wird die Kündigung erst zu dem im Kündigungsschreiben angegebenen Zeitpunkt wirksam.
- Wenn eine Sanktion, ein Verbot oder eine Beschränkung unter Resolutionen der Vereinten Nationen, unter Handels- oder Wirtschaftssanktionen, unter Gesetzen oder Vorschriften der Europäischen Union oder des Vereinigten Königreichs oder unter Sanktionen der Vereinigten Staaten von Amerika verhängt wird, die uns direkt oder indirekt daran hindert, Versicherungsleistungen im Rahmen dieses Versicherungsvertrags zu erbringen, haben wir ein außerordentliches Kündigungsrecht für diesen Versicherungsvertrag oder können betroffene Personen vom Versicherungsschutz ausschließen.
- Um die Einhaltung geltender Gesetze sicherzustellen, behalten wir uns das Recht vor, den Versicherungsvertrag zu kündigen, oder einzelne Personen vom Versicherungsschutz auszunehmen, wenn der Versicherungsvertrag den nationalen Gesetzen oder Vorschriften im *Heimat-* oder *Aufenthaltsland* des *Versicherungsnehmers* oder der *versicherten Personen* nicht entspricht oder diese Entsprechung verliert.

- Der Versicherungsvertrag endet immer dann, wenn die letzte *versicherte Person* ihre maximale Versicherungsdauer erreicht hat.

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

2.8 Sonstige Beendigungsgründe

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

2.9 Wann endet der Versicherungsschutz?

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

- a) nach Erreichen der maximalen Versicherungsdauer (siehe auch 2.5); erreichen Sie hingegen Ihre maximale Versicherungsdauer vor einer anderen *versicherten Person*, so bleiben Sie *Versicherungsnehmer*. Eine andere *versicherte Person* kann als neuer *Versicherungsnehmer* fortbestehen, wenn wir dem zustimmen.
- b) mit Ihrem und/oder dem Tod der *versicherten Personen*. Die *versicherten Personen* haben jedoch bei Ihrem Tode das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen *Versicherungsnehmers* fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Todesdatum abzugeben.
- c) wenn Sie und/oder die *versicherten Personen* den Auslandsaufenthalt vor Ablauf der Vertragslaufzeit (siehe hierzu Nr. 2.5) dauerhaft beenden. Der Versicherungsvertrag endet erst mit Eingang einer entsprechenden Benachrichtigung bei uns.

- d) mit Ihrem Widerspruch zu der Vertragsverlängerung nach Ablauf des Versicherungsjahres (siehe hierzu Nr. 2.6). Die Beendigung ist nur wirksam, wenn Sie als *Versicherungsnehmer* nachweisen, dass die betroffenen *versicherten Personen* hiervon Kenntnis erlangt haben.
- e) wenn eine Kündigung oder eine Anfechtung des Versicherungsvertrages erklärt wird. (siehe hierzu Nr. 2.7 und Nr. 2.8).
- f) bei Nichtigkeit des Vertrages (siehe hierzu Nr. 2.8). Sie müssen uns den Nachweis erbringen, dass alle *Versicherten* über die Kündigung informiert wurden.

3. Geltungsbereich

3.1 Wo gilt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz gilt in folgenden *Zielregionen*:

Zielregion I: Weltweit mit USA

Zielregion II: Weltweit ohne USA

3.2 Was passiert bei vorübergehender Ausreise aus der *Zielregion II*?

Ist Versicherungsschutz für die *Zielregion II* (Weltweit ohne USA) vereinbart, so gelten folgende Besonderheiten: Bei vorübergehender Ausreise (d. h. für maximal 6 Wochen) aus dem *Aufenthaltsland* besteht Versicherungsschutz auch in der *Zielregion I* für medizinische *Notfälle*, Unfallfolgen sowie bei Tod. Reisen zum Zwecke einer *Heilbehandlung* in die *Zielregion I* sind nicht versichert. Wenn Sie einen dauerhaften Wechsel der *Zielregion* wünschen setzen Sie sich bitte mit uns in Verbindung da dies Auswirkungen auf Ihren Versicherungsschutz und Ihren Beitrag hat.

4. Leistungsumfang

4.1 Welche allgemeinen Informationen gehören zu dem Leistungsumfang?

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

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

4.2 Welche Selbstbeteiligungen können vereinbart werden?

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

- Tarifstufen Globality YouGenio® Plus und Top:
 - € 250/ \$ 325/ £ 210
 - € 500/ \$ 650/ £ 420
 - € 1.000/ \$ 1.300/ £ 840oder ohne *Selbstbeteiligung*.

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

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

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

Bitte beachten Sie:

Sofern für Sie oder die *versicherten Personen* Versicherungsschutz nach der *Zielregion I (Weltweit mit USA)* vereinbart wurde, werden die in den Nrn. 4.3, 4.4 und 4.5 genannten Höchstbeträge und Pauschalen verdoppelt. Ist eine Leistung auf eine bestimmte Anzahl von Tagen oder Maßnahmen begrenzt, so gilt diese Begrenzung unverändert weiter. Sofern eine *Selbstbeteiligung* vereinbart ist, bleibt diese unverändert bestehen.

4.3 Leistungsübersicht: Stationäre Heilbehandlung

Leistungen	Plus	Top
Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer	✓	✓
Ärztliche Leistungen (inklusive Pathologie, Radiologie, Computertomographie, MRI, PET und Palliativmedizin)	✓	✓
Krankenpflege durch Pflegefachkräfte nach Anweisung eines Arztes	✓	✓
Sonstige Nebenkosten für Operationssaal, Intensivstation, Labor	✓	✓
Operationen (inklusive ambulanter Operationen, die eine stationäre Behandlung ersetzen)	✓	✓
Arznei- und Verbandmittel	✓	✓
Heilmittel/Physiotherapie, wie Krankengymnastik und Massagen	✓	✓
Hilfsmittel	✓ wie z. B. Herzschrittmacher, wenn als lebenserhaltende Maßnahme notwendig; darüber hinaus Erstattung für Hilfsmittel, wie Kunstglieder/Prothesen bis zu € 2.000* / \$ 2.600* / £ 1.680*	✓
Ärztliche Leistungen für Schwangerschaft und Entbindung; Leistungen einer Hebamme bzw. eines Entbindungspflegers im Krankenhaus, mit Ausnahme von Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft	✓ bis zu € 5.000* / \$ 6.500* / £ 4.200*	✓
Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen	✓	✓
Ambulante Entbindung	✓ Pauschale von € 250/\$ 325/£ 210 je Neugeborenem ohne Kostennachweis bei Vorlage der Geburtsurkunde	✓ Pauschale von € 500/\$ 650/£ 420 je Neugeborenem ohne Kostennachweis bei Vorlage der Geburtsurkunde
Chemotherapie, Arzneimittel und ärztliche Leistungen der Onkologie	✓ bis zu € 5.000* / \$ 6.500* / £ 4.200*	✓
Transportkosten zum nächst erreichbaren geeigneten Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Unfall oder Notfall durch anerkannte Rettungsdienste in der Situation angemessenen Transportmitteln	✓	✓

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

Leistungen	Plus	Top
Knochenmark- bzw. Organtransplantation	 bis zu einem Höchstsatz von € 200.000/ \$ 260.000/ £ 168.000 für die Dauer des Vertrages	
Psychiatrische Leistungen	 vorausgesetzt, vor Beginn der <i>Heilbehandlung</i> wurde eine schriftliche Leistungs- zusage gegeben	 vorausgesetzt, vor Beginn der <i>Heilbehandlung</i> wurde eine schriftliche Leistungs- zusage gegeben
Stationäre Psychotherapie	 vorausgesetzt, vor Beginn der <i>Heilbehandlung</i> wurde eine schriftliche Leistungs- zusage gegeben	 vorausgesetzt, vor Beginn der <i>Heilbehandlung</i> wurde eine schriftliche Leistungs- zusage gegeben
Mitaufnahme eines Elternteils bei stationärer Behandlung von Kindern bis 18 Jahren		
Häusliche Krankenpflege und hauswirtschaftliche Versorgung	 bis zu einer Dauer von 7 Tagen	 bis zu einer Dauer von 14 Tagen
Häusliche Krankenpflege nach der Entbindung anstelle eines Krankenhausaufenthaltes	 bis zu einer Dauer von 5 Tagen im Falle der Leistungszusage	 bis zu einer Dauer von 5 Tagen im Falle der Leistungszusage
<i>Ersatz-Krankhaustagegeld</i> für durchgeführte stationäre Behandlungen, für die keine Kostenerstattung bei uns beansprucht wurde	 € 50/\$ 65/£ 42 pro Tag	 € 100/\$ 130/£ 84 pro Tag
Stationäre Anschlussrehabilitation	 bis zu 14 Tagen* vorausgesetzt, vor Beginn der <i>Heilbehandlung</i> wurde eine schriftliche Leistungs- zusage gegeben	 bis zu 21 Tagen* vorausgesetzt, vor Beginn der <i>Heilbehandlung</i> wurde eine schriftliche Leistungs- zusage gegeben
<i>Hospiz</i>		 bis zu 7 Wochen
Stationäre Zahnbehandlung		
Zahnärztliche Notfallbehandlung		

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

4.4 Leistungsübersicht: Ambulante Heilbehandlung

Leistungen	Plus	Top
Ärztliche Leistungen (inklusive Pathologie, Radiologie, <i>Computertomographie</i> , <i>MRI</i> , <i>PET</i> und <i>Palliativmedizin</i>)	✓	✓
Chemotherapie, <i>Arzneimittel</i> und ärztliche Leistungen der <i>Onkologie</i>	✓	✓
Gesundheitschecks	✓ bis zu € 250*/ \$ 325*/ £ 210*	✓ bis zu € 500*/ \$ 650*/ £ 420*
Schutzimpfungen aller Art inklusive der Impfstoffe sowie <i>Prophylaxemaßnahmen</i> , soweit diese für das jeweilige <i>Aufenthaltsland</i> empfohlen sind	✓ bis zu € 250*/ \$ 325*/ £ 210*	✓
Schwangerschaft inklusive Vorsorgeuntersuchungen, Entbindung, Hebamme und Entbindungspfleger	✓ bis zu € 2.000*/ \$ 2.600*/ £ 1.680*	✓
Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen	✓ bis zu € 4.000*/ \$ 5.200*/ £ 3.360*	✓
<i>Akupunktur</i> (Nadeltechnik), <i>Homöopathie</i> , <i>Osteopathie</i> und <i>Chiropraktik</i> , inklusive <i>Arznei-</i> und <i>Verbandmittel</i>	✓ bis zu € 500*/ \$ 650*/ £ 420*	✓ bis zu € 1.000*/ \$ 1.300*/ £ 840*
Sprachtherapie	✓ vorausgesetzt, vor Beginn der Behandlung wurde eine schriftliche Leistungszusage gegeben	✓ vorausgesetzt, vor Beginn der Behandlung wurde eine schriftliche Leistungszusage gegeben
Psychiatrische Leistungen	✓ vorausgesetzt, vor Beginn der Behandlung wurde eine schriftliche Leistungszusage gegeben	✓ vorausgesetzt, vor Beginn der Behandlung wurde eine schriftliche Leistungszusage gegeben
Ambulante Psychotherapie	✓ bis zu 20 Sitzungen*, vorausgesetzt, vor Beginn der Behandlung wurde eine schriftliche Leistungszusage gegeben	✓ bis zu 20 Sitzungen*, vorausgesetzt, vor Beginn der Behandlung wurde eine schriftliche Leistungszusage gegeben

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

Leistungen	Plus	Top
Arznei- und Verbandmittel	✓	✓
Heilmittel/Physiotherapie inklusive Massagen	✓	✓
Hilfsmittel	✓ bis zu € 2.000*/ \$ 2.600*/ £ 1.680*	✓
Perücken und Prothesen-BHs im Rahmen einer Krebsbehandlung	✓ bis zu € 300*/ \$ 390*/ £ 252*	✓ bis zu € 300*/ \$ 390*/ £ 252*
Ernährungsberatung	✓ bis zu € 125*/ \$ 162.50*/ £ 105*	✓ bis zu € 250*/ \$ 325*/ £ 210*
Podologie	✓ bis zu € 100*/ \$ 130*/ £ 84*	✓ bis zu € 200*/ \$ 260*/ £ 168*
Sehhilfen	✓ bis zu € 100*/ \$ 130*/ £ 84*	✓ bis zu € 200*/ \$ 260*/ £ 168*
Transportkosten zum nächst erreichbaren geeigneten <i>Arzt</i> oder <i>Krankenhaus</i> zur Erstversorgung nach einem <i>Unfall</i> oder <i>Notfall</i> durch anerkannte Rettungsdienste in der Situation angemessenen Transportmitteln	✓	✓
Unfruchtbarkeitsbehandlung	✓ 50 % bis zu einem Höchstsatz von € 7.500/ \$ 9.750/ £ 6.300 pro versichertem Paar für die Dauer des Vertrages	✓ 50 % bis zu einem Höchstsatz von € 15.000/ \$ 19.500/ £ 12.600 pro versichertem Paar für die Dauer des Vertrages

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

4.5 Leistungsübersicht: Zahnärztliche Heilbehandlung

Leistungen	Plus	Top
Allgemeine zahnärztliche Leistungen		
Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen	✓	✓
Zahnbehandlung	✓ inklusive Einlagefüllungen	✓ inklusive Einlagefüllungen
Röntgenuntersuchung	✓	✓
Zahnsteinentfernung und Polieren	✓	✓
Leistungen bei Mundschleimhaut und Zahnfleischerkrankungen	✓	✓
Präparieren einer kariösen Kavität und einfache Restauration	✓	✓
Chirurgische Leistungen, Extraktionen, Wurzelkanalbehandlungen	✓	✓
Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen	✓	✓
<i>Zahnärztliche Leistungen nach einem Unfall</i>	✓	✓
Umfassende zahnärztliche Leistungen	✓ Erstattungsfähig sind die unten aufgeführten Leistungen bis zu € 2.000* / \$ 2.600* / £ 1.680* Wartezeit von 8 Monaten	✓ Erstattungsfähig sind die unten aufgeführten Leistungen bis zu € 5.000* / \$ 6.500* / £ 4.200* Wartezeit von 8 Monaten
Zahnersatz (z. B. Prothesen, Brücken, Zahnkronen, Onlays)	✓	✓
<i>Implantologische Leistungen</i>	✓ bis zu vier Implantate pro Kiefer und der darauf zu befestigende Zahnersatz	✓ bis zu vier Implantate pro Kiefer und der darauf zu befestigende Zahnersatz
Kieferorthopädische Behandlung	✓	✓
Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien	✓	✓
Erstellen eines Heil- und Kostenplans	✓	✓

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

4.6 Leistungsübersicht: Medizinische Assistance

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

4.7 Leistungsübersicht: Zusätzliche Assistance

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

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

4.8 Leistungsbeschreibung

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

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

Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer

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

Ärztliche Leistungen

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

Sonstige Nebenkosten

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

Operationen (inkl. stationersetzender ambulanter Operationen)

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die hierbei erforderlichen Leistungen, wie zum Beispiel ärztliche Leistungen, Anästhesie und die Nutzung von Spezialeinrichtungen. Aufwendungen für *stationersetzende ambulante Operationen* sind ebenfalls erstattungsfähig.

Arznei- und Verbandmittel im Rahmen einer stationären *Heilbehandlung*

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

Heilmittel/Physiotherapie im Rahmen einer stationären *Heilbehandlung*

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

Hilfsmittel im Rahmen einer stationären *Heilbehandlung*

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

Ärztliche Leistungen bei Schwangerschaft und Entbindung, Leistungen einer Hebamme bzw. eines Entbindungspflegers im Krankenhaus, mit Ausnahme von Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft

Wir übernehmen die erstattungsfähigen Aufwendungen für eine Entbindung, wenn diese im *Krankenhaus*, in einem Entbindungsheim oder einer vergleichbaren Einrichtung erfolgt.

Hebammenleistungen während der Entbindung werden nur bei einer von einer Hebamme geleiteten Geburt übernommen. Separate Arztkosten werden in diesen Fällen nicht übernommen, es sei denn, diese wurden während der Geburt durch das Eintreten von Komplikationen erforderlich. Ärztlich verordnete häusliche Krankenpflege wird auch nach einer stationären Entbindung erstattet, sofern die Entlassung aus dem *Krankenhaus* innerhalb von 24 Stunden erfolgt. Globality Health erstattet solche Kosten für bis zu 5 aufeinanderfolgende Tage nach der Entbindung. Alle nicht medizinisch notwendigen Kaiserschnitte werden bis zu den Kosten einer vaginalen Entbindung im selben *Krankenhaus* bis zum anwendbaren Limit gemäß des gewählten Tarifes übernommen.

Es gilt eine Wartezeit von 8 Monaten.

Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen

Wir übernehmen 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 gilt eine Wartezeit von 8 Monaten.

Ambulante Entbindung

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

Chemotherapie, Arzneimittel und ärztliche Leistungen der Onkologie

Wir übernehmen im Rahmen einer stationären *Heilbehandlung* die erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztliche

Leistungen, diagnostische Tests, Strahlentherapie, Chemotherapie, *Arzneimittel* und Krankenhauskosten.

Knochenmark- und Organtransplantation im Rahmen einer stationären Heilbehandlung

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

Psychiatrische Leistungen

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

Stationäre Psychotherapie

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

Mitaufnahme eines Elternteils bei stationärer Behandlung von Kindern

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

Häusliche Krankenpflege und hauswirtschaftliche Versorgung

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

Stationäre Anschlussrehabilitation

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

Hospiz

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

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

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

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

- die progredient (d. h. fortschreitend, sich verschlimmernd) verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat und
- bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine stationäre palliativmedizinische Betreuung notwendig ist und
- die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt

Hospizleistungen werden unter anderem bei folgenden Krankheitsbildern gewährt:

- Fortgeschrittene Krebserkrankung
- Vollbild der Infektionskrankheit *AIDS*
- Erkrankung des Nervensystems mit unaufhaltsamen fortschreitenden Lähmungen

- Endzustand einer chronischen Nieren-, Leber-, Herz-, Verdauungstrakt- oder Lungenerkrankung

Stationäre Zahnbehandlung

Wir erstatten die Kosten für umfangreiche oralchirurgische Eingriffe in Zusammenhang mit lebensbedrohlichen Komplikationen, wie angeborene Kieferdeformitäten (z.B. Kieferspalten), Kieferbrüche und Tumore.

Zahnärztliche Notfallbehandlung

Eine stationäre zahnärztliche Notfallbehandlung bezieht sich auf einen schweren *Unfall*, der einen Krankenhausaufenthalt erfordert (z.B. Rekonstruktion des Kiefers nach einer Unfallverletzung). Die Behandlung muss innerhalb von 24 Stunden nach dem Unfallereignis erfolgen. Bitte beachten Sie, dass sich der Versicherungsschutz dieser Leistung nicht auf zahnärztliche Nachbehandlung, Zahnchirurgie, Zahnersatz oder Implantate, Kieferorthopädie oder Parodontologie erstreckt. Der behandelnde *Arzt* muss ausdrücklich bestätigen, dass die stationäre Zahnbehandlung die Folge eines schweren Unfalls ist, und das Eintreten des Unfalls muss durch einen entsprechenden ärztlichen und/oder polizeilichen Bericht nachgewiesen werden.

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

Ärztliche Leistungen

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

Gesundheitschecks (Vorsorgeuntersuchungen)

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 z.B.:

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

Schwangerschaft inklusive Vorsorgeuntersuchungen, Entbindung, Hebamme und Entbindungspfleger

Wir übernehmen die erstattungsfähigen Aufwendungen, die sich aus einer Schwangerschaft oder einer schwangerschaftsbedingten Erkrankung ergeben, inklusive routinemäßiger Standard Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen und -tests. Erstattet werden auch alle medizinisch notwendigen diagnostischen Tests, einschließlich Amniozentese und Chori-onzottenbiopsie (CVS). NIPT sowie alle anderen Formen von genetischen Tests sind ausgeschlossen.

Die Betreuung während der Schwangerschaft durch eine zugelassene Hebamme ist in Ländern erstattungsfähig, in denen es üblich ist, dass die routinemäßige pränatale Betreuung von einer Hebamme durchgeführt wird. Die Erstattung entsprechender Untersuchungs- und Behandlungskosten durch Hebammen ist nur dann möglich, wenn die Kosten für die gleichen Leistungen nicht auch von einem *Arzt* in Rechnung gestellt werden.

Zusätzlich werden pro Schwangerschaft 12 Hausbesuche durch eine qualifizierte Hebamme nach der Geburt übernommen. Doula Leistungen, Geburtsvorbereitungskurse sowie Rückbildungsgymnastik sind nicht erstattungsfähig.

Es gilt eine Wartezeit von 8 Monaten.

Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen

Wir übernehmen 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 gilt eine Wartezeit von 8 Monaten.

Akupunktur (Nadeltechnik), Homöopathie, Osteopathie und Chiropraktik

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

Sprachtherapie

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

Psychiatrische Leistungen

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

Ambulante Psychotherapie

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

Arznei- und Verbandmittel

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

Heilmittel/Physiotherapie

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

Hilfsmittel im Rahmen einer ambulanten Heilbehandlung

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

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

Perücken und Prothesen-BHs für Frauen im Rahmen einer Krebsbehandlung werden bis zu einem Höchstbetrag von € 300 erstattet. Alle anderen therapeutischen Hilfsmittel sind nur dann erstattungsfähig, wenn die Leistungen zuvor schriftlich genehmigt wurden. Kosten für eine angemessene Instandhaltung (wie z.B. eine jährliche Wartung oder den

Austausch von Batterien) und Reparatur von therapeutischen Hilfsmitteln werden im Rahmen dieser Bestimmungen erstattet.

Ernährungsberatung

Wir erstatten die Kosten für ambulante Konsultationen mit einem Ernährungsberater für eine durch einen *Arzt* diagnostizierte Erkrankung, die von einer Ernährungsberatung profitieren würde, um die Erkrankung besser therapieren zu können. Zu diesen Erkrankungen gehören z.B. *Krebs*, Essstörungen, Magen-Darm-Erkrankungen, Herzkrankheiten sowie Nahrungsmittelunverträglichkeiten und -allergien.

Die Leistungen müssen durch einen *Arzt* verordnet werden. Die Verordnung muss vor Beginn der Behandlung ausgestellt worden sein und die Diagnose, Art und Anzahl der erforderlichen Sitzungen ausweisen.

Podologie

Wir erstatten Kosten für medizinisch notwendige podiatrische Behandlungen. Diese Leistungen müssen von einem *Arzt* verordnet worden sein. Die Verordnung muss vor Beginn der Behandlung ausgestellt worden sein und die Diagnose, Art und Anzahl der erforderlichen Sitzungen ausweisen.

Sehhilfen

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

Unfruchtbarkeitsbehandlung

Im Rahmen der vereinbarten Leistungen und vorausgesetzt, dass diese von uns vor Behandlungsbeginn schriftlich zugesagt wurden, tragen wir die Kosten für folgende Diagnostik und Behandlungen zur Erhöhung der Fruchtbarkeit sowie zur Vermeidung künftiger Fehlgeburten, Untersuchungen von Fehlgeburten und künstlicher Befruchtung und von damit verbundenen Komplikationen:

- Diagnostische Untersuchungen, Beratungen und Tests, einschließlich Eingriffe, wie Hysterosalpingogramm, Bauchspiegelung und Hysteroskopie
- Laborarbeiten
- Behandlung mit verschriebenen Medikamenten darunter u. a. Ovulationsstimulation
- In vitro-Befruchtung (IVF)
- Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)
- Gamete Intrafallopian Transfer (GIFT)
- Zygote Intrafallopian Transfer (ZIFT)
- Künstliche Befruchtung (AI)

Die Übernahme der Kosten erfolgt zudem nur unter der Voraussetzung, dass

- zum Zeitpunkt der Behandlung (erster Stimulationstag pro Behandlungszyklus bzw. im Falle der Befruchtung ohne Hormonstimulation erster Zyklustag) die Frau unter 40 und der Mann unter 50 Jahre alt ist;
- die Sterilität der versicherten Person organisch bedingt ist und nur durch Maßnahmen der assistierten Reproduktion überwunden werden kann, und dass
- sowohl der Mann als auch die Frau, die von der Behandlung profitieren, bei uns versichert sind, und die Leistung unter dem jeweiligen Tarif versichert ist.

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

Zahnärztliche Leistungen

Allgemeine zahnärztliche Leistungen:

- Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen
- Röntgen-Untersuchung
- Intraorale Infiltrationsanästhesie oder Leitungsanästhesie in Verbindung mit zahnärztlichen Leistungen

Prophylaktische Leistungen:

- Entfernung harter und weicher Zahnbeläge einschließlich Polieren
- Professionelle Zahnreinigung
- Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung
- Lokale Fluoridierung für ein Kind vor dem 18. Geburtstag
- Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren für ein Kind vor dem 18. Geburtstag

Konservierende Leistungen:

- Präparieren einer kariösen Kavität und einfache Restauration
- Wurzelkanalaufbereitung in Verbindung mit einer anschließenden einfachen konservativen Restauration

Chirurgische Leistungen:

- Entfernung eines Zahnes
- Entfernung eines tief frakturierten oder tief zerstörten Zahnes

- Hemisektion oder Teilextraktion
- Entfernung eines retinierten, impaktierten oder verlagerten Zahnes durch Osteotomie
- Reimplantation eines Zahnes einschließlich einfacher Fixation
- Exzision von Schleimhaut oder Granulationsgewebe
- Resektion einer Wurzelspitze und Zystektomie

Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums:

- Erstellen und Dokumentieren eines Parodontalstatus
- Lokalbehandlung von Mundschleimhauterkrankungen
- Parodontalchirurgische Therapie (insbesondere Entfernung subgingivaler Konkrementen und Wurzelglättung) geschlossenes Vorgehen; erst ab einer Taschentiefe von mehr als 3 mm
- Lappenoperation, offene Kürettage einschließlich Osteoplastik; erst ab einer Taschentiefe von mehr als 5 mm und vorheriges durchgeführtes geschlossenes Vorgehen

Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen:

- Eingliederung eines Aufbissbehelfs ohne adjustierte Oberfläche
- Eingliederung eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche
- Kontrolle oder Wiederherstellung eines Aufbissbehelfs durch subtractive oder additive Maßnahmen

Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen:

- Klinische Funktionsanalyse einschließlich Dokumentation
- Registrieren der gelenkbezüglichen Zentrallage des Unterkiefers, auch Stützstiftregistrierung (Anlegen eines Übertragungsbogens, das Koordinieren eines Übertragungsbogens mit einem Artikulator)

Umfassende zahnärztliche Leistungen

Prothetische Leistungen:

- Abformung oder Teilabformung eines Kiefers für ein Situationsmodell einschließlich Auswertung zur Diagnose oder Planung
- Aufstellung eines schriftlichen Heil- und Kostenplans bei prothetischer Behandlung

- Vorbereitung eines zerstörten Zahnes mit plastischem Aufbaumaterial auch mit Stiftverankerung zur Aufnahme einer Krone
- Overlay/Onlay
- Adhäsive Befestigung (plastischer Aufbau, Stift, Krone, Teilkrone)
- Versorgung eines Zahnes durch eine Voll- oder Teilkrone
- Eingliederung einer konfektionierten Krone in der pädiatrischen Zahnheilkunde
- Provisorische Kronen/Brücken
- Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese
- Teleskopkrone und Teleskopprothese
- Versorgung eines zahnlosen Kiefers durch eine totale Prothese

Implantologische Leistungen:

- Implantatbezogene Analyse
- Verwenden einer Orientierungsschablone/Positionierungsschablone zur Implantation
- Implantatinsertion: bis zu vier Implantate pro Kiefer und der darauf zu befestigende Zahnersatz
- Freilegen eines Implantats
- Einbringung von Aufbaumaterial (Knochen und/oder Knochenersatzmaterial)
- Sinusbodenelevation

Vor- und Nachbehandlungen z.B. Zahnbehandlungen im Zusammenhang mit Zahnersatz werden wie die Aufwendungen erstattet, in deren Zusammenhang sie verordnet bzw. erbracht werden.

Kieferorthopädische Behandlung

Kieferorthopädische Behandlungen für Kinder, die vor dem 18. Lebensjahr begonnen wurden, einschließlich Metallspangen und Retainern, prüfen *wir* gerne auf Basis eines Behandlungsplans und Kostenvoranschlags. Die medizinische Notwendigkeit einer kieferorthopädischen Behandlung wird von uns auf der Grundlage des Index of Orthodontic Treatment Needs (IOTN) der Britischen Gesellschaft für Kieferorthopädie (British Orthodontic Society) bewertet.

Nicht erstattungsfähig sind Mehrleistungen, wie z.B. besondere Behandlungsformen (innenliegende Zahnspangen, sog. Lingualtechnik) und Kunststoffschienen nach dem Alignerverfahren (Invisalign).

Erstellen eines Heil- und Kostenplans

Legen Sie uns bei geplanten, umfangreicheren Zahnersatz oder Sanierungsmaßnahmen sowie bei Kieferorthopädie vor Beginn der *Heilbehandlung* einen Heil- und Kostenplan des *Arztes* bzw. *Zahnarztes* vor. Sie erhalten dann eine Mitteilung über die Höhe unserer Erstattungsleistungen.

Wegfall der Höchstbeträge bei Unfall

Sämtliche Höchstbeträge, die unter der entsprechenden gewählten Tarifstufe anwendbar sind, entfallen, wenn Sie eine Zahnbehandlung infolge einer unfallbedingten Zahnverletzung benötigen, die durch direkte äußere Einwirkung auf den Kopf, z. B. Sturz, oder durch andere Unfälle mit Verletzungen durch äußere Einwirkung verursacht wurde. Verletzungen, die durch Essen/Trinken verursacht werden, sowie solche durch Beißen, Kauen, Zusammenbeißen oder Knirschen der Zähne, sind unter dieser Leistungsart nicht berücksichtigt. Ferner muss die Arztrechnung ausweisen, dass die Behandlung im Rahmen eines Unfalls notwendig wurde und erfolgte. Der Unfall muss uns durch einen Arzt- und/oder Polizeibericht nachgewiesen werden.

Es fallen keine *Wartezeiten* an.

Zahnärztliche Ausschlüsse

- Fluoridierung der Zahnoberfläche und Fissurenversiegelung bei Erwachsenen
- Veneers, einschließlich partieller Frontzahnkronen
- Bleaching und andere verwandte kosmetische und ästhetische Leistungen
- Sedierung/Anästhesie
- Schmerz- und angstlindernde Maßnahmen, wie z.B. *Akupunktur*, Hypnose, Vollnarkose, Lachgassedierung, Dämmerschlaf-Narkose

Ausnahmen:

- Sollte eine Angststörung durch einen qualifizierten Facharzt diagnostiziert worden sein, werden die Kosten von Globality Health bei Kindern bis zum 12. Lebensjahr erstattet
- (Lokal-) Anästhesieversagen
- Eine Lokalanästhesie erscheint unmöglich, aufgrund von erheblicher psychischer oder physischer Beeinträchtigung des Patienten

5. Hilfe und Unterstützung durch unsere Assistance-/Serviceleistungen

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

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

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

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

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

Medizinischer Kranken- bzw. Rücktransport

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

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

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

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

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

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

Information über medizinische Infrastruktur

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

Betreuung und Information

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

cherten Personen im Rahmen einer stationären *Heilbehandlung* Unterstützung bei der Aufnahme- und Entlassungsplanung.

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

Kostenübernahmegarantie

Bei einem *Notfall* mit stationärer *Heilbehandlung* ist die Einschaltung des für Sie zuständigen *Globality Health Servicecenters* unverzüglich bzw. spätestens bei Aufnahme in das *Krankenhaus* erforderlich.

Bei einer geplanten stationären *Heilbehandlung* ist spätestens 7 Tage vor Aufnahme die Einschaltung des zuständigen *Globality Health Servicecenters* erforderlich; dies gilt auch bei stationärsersetzenden ambulanten Operationen. Nur hierdurch kann bei geplanten stationären *Heilbehandlungen* oder bei stationären Notfallbehandlungen die Regelung einer Kostenübernahmegarantie gegenüber den Ärzten bzw. dem *Krankenhaus* inklusive der ärztlichen Prüfung der Angemessenheit der medizinischen Rechnungen durch das zuständige *Globality Health Servicecenter* erfolgen.

Darüber hinaus stimmen wir auf Wunsch mit den *Krankenhäusern* den Rechnungsversand und die Zahlungsmodalitäten ab und bemühen uns um die Organisation einer zentralisierten Bezahlung. In diesem Fall werden Sie bzw. die *versicherte Person* von dem zuständigen *Globality Health Servicecenter* über die Vorgehensweise schriftlich oder per E-Mail informiert.

Organisatorische Unterstützung im Todesfall, Beteiligung an den Überführungskosten

Der Todesfall im Ausland ist für die Angehörigen doppelt belastend. Auch hier hilft das zuständige *Globality Health Servicecenter*.

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

Wir erstatten bis zum jeweiligen Höchstbetrag:

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

Es erfolgt keine Übernahme der eigentlichen Bestattungskosten.

Zusätzliche medizinisch sinnvolle Unterstützung

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

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

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

Online-Services

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

Unser Online Service umfasst:

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

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

Zusätzliche Unterstützung

Erfolgt aufgrund eines medizinischen *Notfalls* (sowohl im *Aufenthaltsland* als auch bei einer Urlaubs- oder Geschäftsreise) bei *Ihnen* oder einer *versicherten Person* eine *stationäre Heilbehandlung*, kümmert sich das zuständige *Globality Health Servicecenter* um die Organisation eines Krankenbesuchs durch einen Familienangehörigen, wenn der Krankenhausaufenthalt länger als sieben Tage andauert. Das *Servicecenter* organisiert die Beförderung des Familienangehörigen zum Standort des *Krankenhauses* und von dort zurück zum Wohnort.

Wenn eine *versicherte Person* aufgrund einer schweren Krankheit/eines schweren *Unfalls* oder des Todes eines Familienmitglieds gezwungen ist, in ihr *Heimatland* zurückzukehren, erstattet *Globality Health* bis zu den in Absatz 4.7 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Organisation von Familienbesuchen genannten Höchstbeträge die Beförderungskosten (Hin- und Rückfahrkarte in der ersten Klasse und Flugticket in der Touristenklasse) zum Wohnort bzw. zum Ort des Krankenhausaufenthaltes des Familienangehörigen

im Herkunftsland im Falle einer schweren Krankheit oder eines *Unfalls* bzw. zum Ort der Beerdigung im Herkunftsland im Falle des Todes des Familienangehörigen. Als schwere Krankheit und schwerer *Unfall* gelten solche, die das Leben des Familienangehörigen gefährden. Als Verwandte im Sinne dieser Deckung gelten der Ehegatte oder der unverheiratete Lebenspartner sowie die Eltern und Kinder des *Versicherten*. Rücktransportkosten bei schwerer Krankheit und schwerem *Unfall* sind nur unter der Bedingung erstattungsfähig, dass das entsprechende *Servicecenter* im Voraus kontaktiert wurde. Transportkosten aufgrund von Tod sind nur unter der Voraussetzung erstattungsfähig, dass die Sterbeurkunde vorgelegt wird.

Organisation des Rücktransports oder der Betreuung von Kindern

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

Hilfe bei eventuell durch den Auslandsaufenthalt entstehenden psychischen Problemen

Sollte aufgrund des Auslandsaufenthaltes den *versicherten Personen* eine psychische Konfliktsituation entstehen, bietet das zuständige *Globality Health Servicecenter* psychologisch therapeutische Maßnahmen via Telefon und vermittelt bei Bedarf eine geeignete Hilfestellung vor Ort.

Dokumentendepot (Hinterlegung, Hilfe bei Ersatzbeschaffung)

Kopien von Reisedokumenten (zum Beispiel Pass, Personalausweis, Visum, Kreditkarte, Führerschein, Fahrzeugschein, Fahrzeugbrief, Impfausweis, Allergiepass, Geschäftsunterlagen bis zu 20 Seiten DIN A4) können bei dem für Sie zuständigen *Globality Health Servicecenter* in einem verschlossenen Umschlag mit persönlichem Kennwort hinterlegt werden. Im Falle des Verlustes der Originale erfolgt – unabhängig vom Vorliegen eines Versicherungsfalls – Hilfe bei der Ersatzbeschaffung durch den Versand der Kopien per Post, per Kurier-

dienst oder per Telefax. Die Laufzeit des Dokumentendepots beträgt fünf Jahre, sofern keine Aktualisierungen durch die *versicherten Personen* stattfinden.

Vermittlung von Hilfe bei rechtlichen Schwierigkeiten

Das zuständige *Globality Health Servicecenter* benennt deutsch-, englisch-, französisch- oder spanischsprachige Rechtsanwälte oder

Gutachter weltweit. Bei Bedarf vermittelt das zuständige *Globality Health Servicecenter* einen Vorschuss für Rechtsanwaltskosten, einen Gerichtskostenvorschuss oder einen Strafkautionsvorschuss. Es erfolgt kein Vorschuss durch das zuständige *Globality Health Servicecenter*; dieses stellt den Kontakt zum Beispiel zur Hausbank oder zu Verwandten her und hilft gegebenenfalls beim Transfer des Betrages.

Vermittlung von interkulturellem Training

Das zuständige *Globality Health Servicecenter* benennt Spezialanbieter, bei denen landes- und regionsspezifische Trainings zur Auslandsvorbereitung unter Berücksichtigung der Aspekte Leben und Arbeiten im Ausland absolvieren werden können.

6. Leistungsausschlüsse

Wann besteht kein Anspruch auf Leistungen?

Bade- und Wellnessmassagen

Wir leisten nicht für Aufenthalte oder Behandlungen in einem Kur- oder Badezentrum, einem Sanatorium oder Erholungszentrum, auch wenn sie ärztlich verordnet werden. Dies schließt Thermalbäder, Saunaanwendungen und jede Form von Wellnessmassage ein.

Behandlung durch bestimmte Ärzte, Zahnärzte und andere Behandler sowie in bestimmten Krankenhäusern

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

Berufssport

Wir leisten nicht für therapeutische oder diagnostische Maßnahmen im Zusammenhang mit Verletzungen oder Erkrankungen, die durch die berufliche Ausübung einer Sportart hervorgerufen wurden.

Entwicklungsstörungen

Wir leisten nicht für Dienstleistungen, Therapien, schulische Tests oder Unterstützungsmaßnahmen im Falle von Lernschwierigkeiten oder Störungen der psychischen Entwicklung, wie z. B. retardierte Entwicklung, schulische Schwierigkeiten, tiefgreifende Entwicklungsstörungen, geistige Retardierung, Wahrnehmungsstörungen, Gehirnschäden, die nicht durch Unfälle oder Erkrankungen entstanden sind, minimale Gehirnefffunktionen, Dyslexie oder Apraxie.

Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren

Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren bei Drogenkonsum und Alkoholismus stehen nicht unter Versicherungsschutz. Unbeschadet dessen gewähren wir jedoch für eine erstmalige Entgiftungsmaßnahme, für die anderweitig kein Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung geltend gemacht werden kann. Bei einer stationären Entgiftungsmaßnahme sind nur die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausgrundleistungen inklusive ärztlicher Leistungen

und Arzneimittel erstattungsfähig. Wir leisten nicht für weitere Behandlungen, die durch schädlichen, gefährlichen oder missbräuchlichen Genuss jeglicher Substanzen wie Alkohol oder Drogen direkt oder indirekt notwendig werden.

Epidemien, Pandemien und Ausbrüche von Krankheiten

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Behandlungen und/oder medizinischen Kranken- und Rücktransport, die in direktem oder indirektem Zusammenhang zu Epidemien, Pandemien oder Ausbrüchen von Krankheiten vergleichbaren Ausmaßes stehen, welche unter die Kontrolle lokaler, öffentlicher Organe des Gesundheitswesens gestellt wurden, sofern nicht anderweitig schriftlich vereinbart.

Experimentelle und investigative Therapien oder Behandlungsverfahren

Kein Versicherungsschutz besteht für jede Art von Behandlung oder medikamentöser Therapie, die wir als experimentell oder investigativ betrachten. Eine Dienstleistung, eine Technologie, eine Lieferung, ein Verfahren, eine Behandlung, ein Medikament, ein Gerät, eine Einrichtung, eine Ausrüstung oder ein biologisches Produkt gelten als experimentell oder investigativ, wenn sie nicht alle der folgenden Anforderungen erfüllen:

- Sie müssen eine endgültige Lizenz und eine klar formulierte Genehmigung von mindestens einer der folgenden Instanzen haben: EMA (Europäische Arzneimittelagentur), FDA (Food and Drug Administration – Phase III abgeschlossen), Europäisches Netzwerk für Health Technology Assessment (EUnetHTA). Eine vorläufige Zulassung ist nicht ausreichend. Die Zulassung ist nur für die entsprechenden medizinischen Indikationen und Erkrankungen gültig. Im Falle von Verfahren und genehmigten Leitlinien für den klinischen Verlauf muss sie in einer der folgenden Richtlinien klar als solche gekennzeichnet sein: NICE (National Institute for Health and Care Excellence), AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften), AHRQ National Guideline (Agency for Healthcare Research and Quality – National Guideline Clearinghouse).
- Alle Genehmigungen und Leitlinien müssen schlüssig sein und können nicht die Notwendigkeit weiterer Forschung oder eines Forschungsumfeldes, begrenzte Evidenz, unzureichende Evidenz oder mangelnden klinischen Nutzen angeben.

Genetische Tests

Die Kosten für genetische Tests werden nicht erstattet, ausgenommen sofern spezifisch benannte genetische Tests, die Teil Ihres Versicherungsschutzes sind oder sofern anderweitig schriftlich vereinbart.

Geschlechtsumwandlung

Wir leisten nicht für die operative und hormonelle Angleichung der biologischen Geschlechtsmerkmale an das jeweils andere Geschlecht.

Handlungen oder Reisetätigkeiten entgegen ärztlichem Rat

Die Versicherung deckt keine Behandlungen ab, die notwendig werden, weil ärztlicher Rat nicht eingeholt oder befolgt wurde oder infolge von Reisetätigkeit, die gegen den ärztlichen Rat erfolgt ist.

Heilbehandlung durch bestimmte Ärzte, Zahnärzte und andere Behandler sowie in bestimmten Krankenhäusern

Hierunter fallen *Heilbehandlungen* durch *Ärzte, Zahnärzte*, andere *Behandler* und *Krankenhäuser*, deren Rechnungen wir aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen haben. Wir sind jedoch nur für die Versicherungsfälle leistungsfrei, die eintreten, nachdem Sie über diesen Leistungsausschluss informiert wurden. Sofern ein Versicherungsfall zum Zeitpunkt der Benachrichtigung bereits vorliegt, entfällt unsere Leistungspflicht nur für Aufwendungen, die nach Ablauf von einem Monat seit der Benachrichtigung entstanden sind.

Heilbehandlung durch Ehe- bzw. Lebenspartner, Eltern oder Kinder

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

Höhere Gewalt

Nicht erstattungsfähig sind, sofern nicht anderweitig schriftlich vereinbart, Aufwendungen für Behandlungen und/oder medizinischen Kranken- und Rücktransport, die direkt oder indirekt auf höhere Gewalt zurückzuführen sind und wo es uns unmöglich gemacht wird, Assistance-Leistungen zu erbringen, oder uns die Kontrolle der Situation durch lokale Behörden entzogen wird.

Als höhere Gewalt gelten unter anderem alle unvorhersehbaren und unvermeidlichen Ereignisse, wie Erdbeben, extreme witterungsbedingte Ereignisse, Brände, Überflutungen, Erdbeben, Landabsenkungen oder sonstige Ereignisse und Handlungen, die außerhalb unseres Einflussbereichs liegen.

Kosmetische/plastische Chirurgie

Für kosmetische/plastische Operationen und *Heilbehandlungen* leisten wir nicht.

Korrektur des Sehvermögens

Wir leisten nicht für Behandlung oder operative Eingriffe zur Korrektur Ihres Sehvermögens, beispielsweise durch Laserbehandlung, refraktive Keratotomie (RK) und fotorefraktive Keratotomie (PRK).

Komplikationen durch von der Leistung ausgeschlossene Ereignisse

Wir leisten nicht für Aufwendungen aufgrund von Komplikationen, die unmittelbar durch eine Krankheit, eine Verletzung oder eine *Heilbehandlung* bedingt sind, die wir aus unserem Leistungskatalog ausgeschlossen haben oder die gemäß dem von Ihnen gewählten Tarif einer Leistungseinschränkung unterliegen.

Krieg, innere Unruhen, Terrorismus

Für Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von *Unfällen* und für Todesfälle, die durch Kriegereignisse, innere Unruhen oder Terrorakte verursacht worden sind, leisten wir nicht, es sei denn, die *versicherte Person* erleidet ihre Verletzungen als unbeteiligter Dritter, der die Gefahr nicht vorsätzlich oder fahrlässig missachtet hat und, soweit er sich nicht bewusst in ein Konfliktgebiet begeben hat.

Soweit sich der unbeteiligte Dritte in einen unmittelbar umkämpften Bereich begibt oder er Dienste für eine in die Kampfhandlungen involvierte Partei erbringt, besteht jedoch in keinem Fall Versicherungsschutz. Der Leistungsausschluss gilt unabhängig davon, ob ein Krieg erklärt wurde oder nicht.

Erlangt die *versicherte Person* während ihres Aufenthalts Kenntnis von Krieg, inneren Unruhen oder terroristischen Akten, besteht Versicherungsschutz nur im Rahmen von Notfallbehandlungen (wie lebensrettende Maßnahmen) und nur so lange, wie es der *versicherten Person* unverschuldet nicht

möglich war, das Land bzw. die Region zu verlassen, längstens jedoch für 28 Tage.

Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie Rehabilitationsmaßnahmen gesetzlicher Rehabilitationsträger

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

Leihmutterschaft

Wir leisten nicht für unmittelbar mit Leihmutterschaft in Zusammenhang stehende *Heilbehandlung*, unabhängig davon, ob Sie die Leihmutter oder die zukünftigen Eltern sind. Kinder, die von einer Leihmutter ausgetragen wurden, sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Militärdienstbeschädigungen

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

Nichtmedizinische Krankenhauskosten

Begleitender Ehe-/Lebenspartner, sämtliche nichtmedizinischen Verbrauchsgüter und Verpflegung sowie alle medienbezogenen Aufwendungen (beispielsweise Radio und Fernsehen).

Pflegebedürftigkeit

Wir übernehmen keine Kosten für eine durch Pflegebedürftigkeit bedingte Unterbringung.

Radioaktive, chemische und biologische Kontamination

Für Krankheiten und *Unfälle* sowie deren Folgen, die durch Radioaktivität (Kernreaktionen, Kernstrahlung und radioaktive Kontamination) verursacht wurden, sowie für Krankheiten, *Unfälle* und deren Folgen, die durch chemische oder biologische Waffen herbeigeführt wurden, besteht kein Versicherungsschutz.

Rückbildungsgymnastik

Der Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf Rückbildungsgymnastik-Kurse, in denen im Anschluss an eine Geburt die körperlichen Auswirkungen von Schwangerschaft und Geburt auf den Körper behandelt werden.

Schlafstörungen

Für Untersuchungen oder die Behandlung von Schlafstörungen, inklusive Schlaflosigkeit (Insomnie), besteht kein Versicherungsschutz. Darunter fallen die CPAP-Therapie (kontinuierliche positive Überdruckbeatmung) sowie die BIPAP-Therapie (Erzeugung eines positiven Atemwegsdrucks mit zwei verschiedenen Druckniveaus).

Schwangerschaftsabbruch

Wir übernehmen den Schwangerschaftsabbruch, sofern Lebensgefahr für die schwangere Frau besteht oder der Fötus nicht mehr lebensfähig ist, und nur, wenn wir vor der Behandlung dem schriftlich zugestimmt haben. Die oben genannten Bedingungen müssen durch notwendige medizinische Untersuchungsberichte und einen medizinischen Bericht des Arztes nachgewiesen werden, in dem die Gründe für den Schwangerschaftsabbruch angegeben sind.

Sterilisation, sexuelle Funktionsstörungen und Kontrazeption

Wir leisten nicht für Maßnahmen zur Herbeiführung von Unfruchtbarkeit einer Person sowie für Maßnahmen, Behandlung oder *Arzneimittel*, die der Empfängnisverhütung dienen. Ebenfalls nicht erstattungsfähig ist die Behandlung sexueller Funktionsstörungen (es sei denn, sie erfolgt im Rahmen einer IVF-Therapie).

Therapien und Heilbehandlungen in Sanatorien, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen sowie spezielle Rehabilitationsmaßnahmen

Kein Versicherungsschutz besteht für Therapien und *Heilbehandlungen* in Sanatorien, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen. Allerdings beteiligen wir uns, je nach der von Ihnen gewählten Tarifstufe, an den erstattungsfähigen Aufwendungen für eine *Anschlussrehabilitation*.

Transportkosten

Sofern wir Ihnen vorab keine schriftliche Genehmigung erteilt haben, sind nur Rettungstransportleistungen erstattungsfähig.

Vitamine und Mineralstoffe

Nicht erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Produkte, die als Vitamine oder Mineralstoffe eingestuft werden (Ausnahmen: wenn als medizinisch notwendig erachtet während der Schwangerschaft oder zur *Heilbehandlung* von diagnosti-

zierten, klinisch relevanten Vitaminmangel-Syndromen) und für Nahrungsergänzungsmittel, unter anderem auch spezielle Säuglingsmilchnahrung und kosmetische Produkte. Dies gilt selbst dann, wenn sie ärztlich empfohlen oder verordnet werden oder anerkannte therapeutische Wirkungen aufweisen. Wir erkennen Nahrungsmittel, Stärkungsmittel, Mineralwasser, Kosmetika, Hygiene- und Körperpflegeprodukte sowie Badezusätze nicht als medizinisch notwendig an. Aus diesem Grund werden auch die entsprechenden Aufwendungen nicht erstattet.

Vorerkrankungen

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

Vorsätzlich herbeigeführte Krankheiten, Unfälle und deren Folgen (selbstverschuldete Verletzungen inklusive Selbstmordversuch)

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

Weitere Leistungseinschränkungen

Wenn eine *Heilbehandlung* oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß übersteigt oder wenn die geforderte Vergütung sich nicht im Rahmen des landesüblichen, allgemeingültigen und angemessenen befindet, dann haben wir das Recht Ihre Zahlung/Rückerstattung zu verringern.

Da wir folglich keinerlei Beträge übernehmen, die sich nicht im Rahmen des landesüblichen, allgemeingültigen und angemessenen befindet, ist die *versicherte Person* selbst für solche Kosten verantwortlich.

Wir behalten uns das Recht vor alle Kosten oder Kostenvoranschläge von Ärzten beurteilen zu lassen um festzustellen, ob Kosten als landesüblich, allgemeingültig und angemessen erachtet werden können.

Haben Sie oder die *versicherte Person* auch Anspruch auf Leistungen aus einer gesetzlichen Krankenversicherung oder auf Leistungen eines anderen Leistungserbringers bzw. einer anderen Institution, so sind wir nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, die trotz dieser Leistungen notwendig bleiben.

Im Interesse aller Beteiligten befolgen wir geltende internationale Sanktionsvorschriften. Wir sind nicht angehalten, Versicherungsschutz zu leisten oder Schäden abzudecken oder sonstige Leistungen im Rahmen dieses Versicherungsvertrages zu erbringen, wenn die Leistung eines derartigen Versicherungsschutzes, die Bezahlung derartiger Schäden oder die Erbringung einer derartigen Leistung uns einer Sanktion, einem Verbot oder einer Beschränkung unter Resolutionen der Vereinten Nationen, unter Handels- oder Wirtschaftssanktionen, unter Gesetzen oder Vorschriften der Europäischen Union oder des Vereinigten Königreichs oder unter Sanktionen der Vereinigten Staaten von Amerika aussetzen würde.

7. Verhalten und Bestimmungen im Leistungsfall

7.1 Was bedeutet die medizinische Notwendigkeit?

Medizinisch notwendig sind alle angemessenen medizinischen Maßnahmen, die nach international anerkannten medizinischen Standards zum jeweiligen Zeitpunkt und Ort zur Diagnostizierung, Behandlung, Heilung oder Linderung eines Leidens, einer Krankheit oder Verletzung eingesetzt und vom Versicherer als angemessen anerkannt werden.

Diese Maßnahmen müssen:

- a) in einer von den Behörden des Behandlungslandes zugelassenen und lizenzierten Gesundheitseinrichtung durchgeführt werden.
- b) unter Berücksichtigung der Patientensicherheit und des Kosten-Nutzen-Verhältnisses die am besten geeignete Maßnahme sein.
- c) im Einklang mit der Diagnose, den Symptomen oder der Behandlung der Grunderkrankung stehen.
- d) Klinisch angemessen in Bezug auf Art, Häufigkeit, Ausmaß, Ort sowie Dauer und als wirksam für die Krankheit, Verletzung oder den Zustand des Patienten angesehen sein.
- e) nicht nur aus Gründen der Bequemlichkeit oder des Komforts für den Patienten, die medizinischen Dienstleister, *Therapeuten* oder *Ärzte* erforderlich sein.
- f) Nicht für klinische Versuche, Experimente, Untersuchungen oder kosmetische Zwecke vorgesehen sein.
- g) Nicht für Screening- und Präventionszwecke vorgesehen sein.

7.2 Welche Leistungsvoraussetzungen sind zu beachten?

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

Erstattungsfähig sind ärztliche und zahnärztliche Leistungen sowie die Leistungen anderer *Behandler*, soweit die Gebühren im Rahmen der landestypischen *Bemessungsgrundlagen* berechnet wurden und angemessen sind. Erstattungsfähig sind auch über den Höchstsätzen dieser *Bemessungsgrundlagen* liegende Aufwendungen, sofern sie durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwernisse begründet und ange-

messen berechnet sind. Bei Leistungen von *Behandlern*, wie zum Beispiel Masseuren, Hebammen oder Heilpraktikern, für die im *Aufenthaltsland* möglicherweise keine eigene *Bemessungsgrundlage* existiert, werden wir uns an den vergleichbaren Vergütungen für *Ärzte* bzw. an den üblichen Preisen im *Aufenthaltsland* orientieren.

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

7.3 Was ist im Schadenfall zu tun?

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

- a) Wir sind nur dann zur Leistung verpflichtet, wenn die von uns geforderten Nachweise erbracht worden sind; diese werden unser Eigentum. Wir behalten uns das Recht vor, diese zu archivieren.
- b) Bitte beachten Sie:
Falls wir mit Ihnen bzw. den *versicherten Personen* keine abweichende Vereinbarung treffen, senden Sie bzw. die *versicherten Personen* bitte im Schadenfall die Nachweise direkt an das zuständige *Globality Health Servicecenter*. Bei Kostenbelegen sollten Sie bzw. die *versicherten Personen* Originalunterlagen einreichen, die den jeweiligen landestypischen Rechtsvorschriften für die Rechnungserstellung entsprechen müssen (bitte beachten Sie dazu die unter 7.4 aufgeführten Erfordernisse). Um die Abwicklung zu erleichtern und Kosten möglichst schnell erstatten

zu können, akzeptieren wir jedoch auch die telekommunikative Übermittlung von Kostenbelegen per E-Mail oder Telefax, soweit die Übertragungsqualität eine Bearbeitung zulässt. Bei berechtigtem Interesse kann der Versicherte die Originalbelege anfordern. Sofern sich ein anderer Krankenversicherer bzw. eine andere Institution an den Kosten beteiligt hat, genügen Zweitschriften der Kostenbelege mit dessen/deren Original-Erstattungsvermerk. Wir können mit befreiender Wirkung auch an den Überbringer oder Übersender ordnungsgemäßer Nachweise leisten.

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

7.4 Was müssen die Kostenbelege enthalten?

a) Rechnungen müssen enthalten:

- Vor- und Zuname sowie das Geburtsdatum der *versicherten Person*,
- die genaue, vom Arzt vermerkte Krankheitsbezeichnung (Diagnose) bzw. andernfalls eine präzise Umschreibung des Beschwerdebildes,
- die einzelnen Leistungen mit Behandlungsdaten und Einzelpreisen,
- im Rahmen zahnärztlicher Behandlung sind auch die Bezeichnungen der behandelten oder ersetzten Zähne und die jeweils vorgenommenen Leistungen anzugeben.

b) Weiterhin ist zu beachten:

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

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

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

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

7.6 Wie erfolgt die Bearbeitung der Leistungsansprüche?

a) Stationäre Leistungsansprüche

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

b) Ambulante und zahnärztliche Leistungsansprüche

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

7.7 Wie erfolgt die Erstattung der Leistungsansprüche?

Sie bzw. die *versicherten Personen* erhalten in aller Regel Leistungen nach dem Kostenerstattungsprinzip, das heißt, wir ersetzen die im Rahmen einer *Heilbehandlung* entstandenen erstattungsfähigen Kosten. Als besonderen Service können wir auf Ihren Wunsch hin unseren Erstattungsbetrag direkt an den Rechnungsaussteller zahlen, soweit er dieser Direktabrechnung zustimmt und dem keine rechtlichen Bedenken entgegenstehen.

7.8 Vertragswährung

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

7.9 Welche Wechselkurse werden zugrunde gelegt?

Die Erstattung erfolgt in der mit Ihnen vereinbarten Währung. Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Rechnung erstellt wurde, umgerechnet, es sei denn, Sie weisen durch Bankbeleg nach, dass Sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben haben.

8. Obliegenheiten

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

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

Was ist zu beachten, wenn Sie oder eine *versicherte Person* Ansprüche gegen Dritte haben?

Haben Sie oder eine *versicherte Person* Schadenersatzansprüche nicht versicherungsrechtlicher Art gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges die Verpflichtung, diese Ansprüche – bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz von Aufwendungen geleistet wird – schriftlich an uns abzutreten. Geben Sie oder eine *versicherte Person* einen solchen Anspruch oder ein zur Sicherung des Anspruches dienendes Recht ohne unsere Zu-

stimmung auf, so werden wir insoweit von der Verpflichtung zur Leistung frei, als wir aus dem Anspruch oder dem Recht hätten Ersatz erlangen können.

Wann sind Aufrechnungen möglich?

Gegen Forderungen unsererseits kann nur aufgerechnet werden, soweit die Gegenforderung von uns unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

Betrug

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

9. Beitragszahlung und Beitragsberechnung

Zahlung des Beitrages

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

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

Zahlung sonstiger Gebühren und der Versicherungssteuer

Wenn Sie Ihren Wohnsitz innerhalb der EU/des EWR haben, müssen wir Ihnen die gesetzlichen Gebühren, Abgaben oder Steuern im Zusammenhang mit Ihrem Versicherungsvertrag in Rechnung stellen. Eventuell geltende lokale Steuersätze sind in Ihrem Versicherungsvertrag aufgeführt. Wir ziehen die Versicherungssteuer und die Abgaben oder Gebühren zusammen mit der Versicherungsprämie ein.

Befindet sich Ihr Wohnsitz außerhalb der EU/des EWR, ist der *Versicherungsnehmer* für die Anmeldung und Zahlung der örtlichen Steuern und sonstigen Abgaben, die für die Versicherung anfallen können, verantwortlich.

Beitragsberechnung

Der Versicherungsbeitrag für jedes Versicherungsjahr richtet sich nach dem individuellen Gesundheitszustand der *versicherten Personen*, dem individuellen Beitrag laut aktueller Beitragstabelle sowie dem Alter der *versicherten Personen* zum ersten Tag des Versicherungsjahres. Die Altersstufen sind nach folgender Einteilung gestaffelt: 0-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54, 55-59, 60-64, 65-69, 70-74, 75-79 Jahre. Die Beitragstabellen finden Sie auf unserer Website <http://www.globality-health.com>

Gebühren- und Beitragsänderungen

Der vereinbarte Versicherungsbeitrag kann sich in folgenden Fällen ändern:

- wenn die tatsächlichen Schadenaufwendungen nicht mehr der technischen Berechnungsgrundlage des Versicherungstarifs entsprechen oder wenn die beobachtete Kostenentwicklung im Gesundheitswesen Anlass zu der Annahme gibt, dass die tatsächlichen Kosten im folgenden

Versicherungsjahr überproportional zu den kalkulierten Kosten ausfallen werden. Die tatsächlichen Schadenaufwendungen entsprechen den globalen/gesamten tatsächlichen Schadenkosten des Einzelgeschäfts von Globality der letzten Jahre.

- Wechsel der Altersgruppe. Wenn der Beginn eines neuen Versicherungsjahres mit der Änderung der oben genannten und in der Beitragstabelle angegebenen Altersgruppe einhergeht, werden wir auch die Beiträge entsprechend der neuen Altersgruppe anpassen;
- Änderungen der geltenden Gesetzgebung.

Wir sind ferner berechtigt, alle Erhöhungen der gesetzlichen Abgaben, Gebühren oder Steuern oder ähnliche Zahlungen an Sie weiterzugeben.

Einmal pro Jahr werden diese Änderungen bewertet, so dass die Beiträge bei Bedarf angepasst werden können. Wir informieren Sie mindestens drei Monate vor Beginn des nächsten Versicherungsjahres schriftlich über jede Beitragsänderung. Die Änderung gilt dann ab Beginn des nächsten Versicherungsjahres.

Wenn Sie mit der Beitragsänderung nicht einverstanden sind, können Sie die Versicherung innerhalb von drei Monaten nach Erhalt unserer Mitteilung kündigen. Die Police endet an dem Tag, an dem die Änderung ansonsten in Kraft treten würde.

Es ist zu beachten, dass nach Ziffer 2.7. ein Wechsel der Altersgruppe kein Kündigungsrecht vorsieht.

Nicht rechtzeitige Zahlung des Beitrages

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

Unterbleibt die Zahlung des Beitrags auch innerhalb von 30 Tagen nach Zahlungsaufforderung, so sind wir für die nach Ablauf der Frist eingetretenen Versicherungsfälle leistungsfrei. Sie bleiben trotz unserer Leistungsfreiheit zur Zahlung künftiger Beiträge verpflichtet. Soweit der Beitrag auch 10 Tage nach Ablauf der Zusatzfrist nicht beglichen wurde, so steht uns ein sofortiges Kündigungsrecht zu. Wird der Vertrag

nicht gekündigt, so setzt unsere Leistungspflicht für alle neu eintretenden Versicherungsfälle wieder ein, falls Sie die bis zu diesem Zeitpunkt fälligen Beträge und die nachgewiesenen Verzugskosten gezahlt haben. Der Versicherungsschutz beginnt dann um 0.00 Uhr am Tage nach Eingang aller geschuldeten Beträge bei uns oder bei der entsprechend bevollmächtigten Person. Eine Leistungspflicht besteht jedoch nicht, wenn Sie erst zu dem Zeitpunkt zahlen, in dem der Eintritt des Versicherungsfalles nicht mehr ungewiss ist.

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

10. Allgemeine Informationen

10.1 Wann können Änderungen in den AVB vorgenommen werden?

Wir behalten uns das Recht vor die Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu verändern. Wir informieren Sie schriftlich über jede Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen mindestens drei Monate vor Beginn des nächsten Versicherungsjahres.

Die Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gilt zum nächsten Versicherungsjahr.

Sollten Sie der Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen nicht zustimmen können Sie den Versicherungsvertrag innerhalb von drei Monaten nach Erhalt unserer Mitteilung kündigen. Der Versicherungsvertrag endet zu dem Datum an welchen die Änderungen wirksam wird.

10.2 Kommunikation zwischen Ihnen und uns

Unabhängig von Artikel 10.1 erklären Sie sich damit einverstanden, dass alle von uns bereitzustellenden Informationen in Bezug auf die Versicherungspolice oder nach geltendem Recht, auf Papier oder elektronisch, über die Website der Foyer Global Health S.A., per E-Mail oder durch andere Kommunikationsmittel übermittelt werden, die zwischen Ihnen und uns vereinbart wurden.

Wenn Sie nicht innerhalb von sechzig Tagen ab dem Datum der Information reagieren, gehen wir davon aus, dass Sie sie akzeptiert haben und sich damit einverstanden erklären, diese für sich selbst und auch für die anderen *versicherten Personen* und jede andere Person, die Sie gesetzlich vertreten, verpflichtend anzunehmen.

In diesem Zusammenhang verpflichten Sie sich, gegebenenfalls die anderen *versicherten Personen* und jede andere Person, die Sie gesetzlich vertreten, darüber zu informieren. Sie erklären sich damit einverstanden, dass wir in keiner Weise für Verluste, Schäden oder Kosten haftbar gemacht werden, die im Zusammenhang mit der vorgenannten Verpflichtung zur Unterrichtung der *versicherten Personen* und anderen Personen, die Sie gesetzlich vertreten, verursacht wurden oder entstanden sind.

10.3 Was ist bei der Versicherung von Neugeborenen zu beachten?

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

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

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

10.4.a Haben sich Ihr Aufenthaltsland, Ihre Staatsangehörigkeit oder Staatsbürgerschaft geändert?

Sie müssen uns unverzüglich, d.h. unmittelbar nach Bekanntwerden, spätestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung, über jede neue Anschrift, insbesondere über jede Änderung im Wohnsitzland und über jeden Wechsel der Staatsangehörigkeit informieren. Eine Änderung kann sich auf Ihre Beiträge, Ihren Versicherungsschutz und die Einhaltung der lokalen Versicherungsvorschriften auswirken, selbst wenn Sie in eine Provinz oder ein Land innerhalb Ihres geografischen Geltungsbereichs umziehen. Wir können Sie bitten, einen Wohnsitznachweis zu erbringen.

Wenn Sie uns nicht informieren, können wir den Versicherungsschutz nicht garantieren und müssen unter Umständen den Versicherungsvertrag gemäß Ziffer 2.8 unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen kündigen.

10.4.b Sind Sie zurück in Ihr Heimatland gezogen?

Wenn Sie in Ihr *Heimatland* zurückkehren und damit den Auslandsaufenthalt beenden, müssen Sie uns das genaue Datum des Umzugs in das *Heimatland* mitteilen, sobald Sie davon Kenntnis erhalten, spätestens jedoch am tatsächlichen Tag des Umzugs. Wenn Sie uns nicht informieren, können wir den Versicherungsschutz nicht garantieren und müssen unter Umständen den Versicherungsvertrag gemäß Ziffer 2.8 unserer Allgemeinen Geschäftsbedingungen kündigen.

10.4.c Ihre Vertragsdaten haben sich geändert?

Sie müssen uns unverzüglich über die Änderung der Kontaktperson oder den neuen Namen für Sie und die *versicherte Person* informieren. Wir können Sie bitten, die Änderung nachzuweisen. Wenn Sie uns nicht informieren, können wir den Versicherungsschutz nicht garantieren und müssen unter Umständen den Versicherungsvertrag gemäß Ziffer 2.8 unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen kündigen.

Ihre Bankverbindung hat sich geändert?

Bitte teilen Sie uns Ihre neue Kontonummer umgehend mit, damit wir unsere Erstattungsleistungen richtig anweisen können.

Ihre Kreditkartendaten haben sich geändert?

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

10.5 Sagen Sie uns Ihre Meinung

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

Foyer Global Health S.A.

12, rue Léon Laval

L-3372 Leudelange

Luxembourg

Telefon: +352 270 444 3602

Telefax: +352 270 444 3699

E-Mail: feedback@globality-health.com

Internet: www.globality-health.com

Natürlich können Sie sich auch an den Ombudsmann der Versicherungen (A.C.A. – Association des Compagnies d'Assurance, 12, rue Erasme, L-1468 Luxembourg – in Zusammenarbeit mit der U.L.C. – Union Luxembourgeoise des Consommateurs, 55, rue des Bruyères, L-1274 Howald) oder die allen luxemburgischen privaten Krankenversicherern übergeordnete Aufsichtsbehörde, das Commissariat aux Assurances, 11, rue Robert Stumper, L-2557 Luxembourg, wenden.

10.6 Wo können Ansprüche gerichtlich gegen uns geltend gemacht werden?

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

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

10.7 Welches Recht ist auf den Vertrag anwendbar?

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

11. Definitionen

Erläuterung verwendeter Begriffe im Sinne des Tarifs Globality YouGenio®

Anschlussrehabilitation

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

Antrag

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

Arzt

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

Assisteur

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

Aufenthaltsland

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

Ausreiseland

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

Behandler

Behandler können neben *Ärzten* auch solche Personen sein, die über eine auf ihrem Behandlungsgebiet anerkannte und fundierte Ausbildung verfügen und in dem Land, in dem die Behandlung erfolgt, zur Behandlung auf ihrem Gebiet zugelassen bzw. berechtigt sind. Unter *Behandler* fassen wir: Heilpraktiker, Logopäden/Sprachheiltherapeuten und Hebammen/Entbindungspfleger sowie die in eigener Praxis tätigen Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe (zum Beispiel Masseur, Masseur und medizinischer Bademeister, Krankengymnast oder Physiotherapeut). Die *versicherten Personen* können den *Behandler*, der diese Kriterien erfüllt, frei wählen.

Bemessungsgrundlagen

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

Ersatz-Krankenhaustagegeld (siehe hierzu Nr. 4.3)

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

Globality Health Servicecenter

Unsere *Globality Health Servicecenter* vor Ort bieten direkten Zugang zu lokaler Fachkompetenz, nahtlosem Service und erstklassiger Betreuung. Bei Eintritt eines Versicherungsfalls oder eines *Notfalls* können Sie Service-Leistungen je nach gewählter Tarifstufe jederzeit in Anspruch nehmen. Unter der Telefonnummer auf der Rückseite Ihrer *Globality Service Card* erreichen Sie Ihr persönliches *Globality Health Servicecenter* – 24 Stunden am Tag, 7 Tage die Woche. Bitte halten Sie stets

die 9-stellige „Versicherungsnummer“, die Sie auf der Vorderseite Ihrer *Globality Service Card* finden, bereit.

Globality Health Servicecenter kennen das Gesundheitssystem Ihres *Aufenthaltslandes*. Sie werden Ihnen *Ärzte* und *Krankenhäuser* empfehlen, für Sie Arzttermine vereinbaren oder Sie mit Medikamenten versorgen. Ihr *Servicecenter* wird

für Ihre Heilbehandlungen Zahlungsgarantien ausstellen oder für eine schnelle und direkte Erstattung der Kosten sorgen.

Globality Service Card

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

Heilbehandlung

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

Heimatland

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

Hospiz

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

Krankenhaus

Einrichtung zur stationären und teilweise ambulanten *Heilbehandlung*, die in dem Land, in dem sie betrieben wird, anerkannt und zugelassen ist. Für unsere Kostenübernahme ist erforderlich, dass das *Krankenhaus* unter ständiger ärztlicher Leitung steht, über ausreichende diagnostische sowie therapeutische Möglichkeiten verfügt und Krankengeschichten führt. Für medizinisch notwendige *Heilbehandlung* in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die obigen Voraussetzungen erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn wir diese vor Beginn der *Heilbehandlung* schriftlich zugesagt haben. Bei

TBC-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in TBC-Heilstätten und -Sanatorien geleistet. Folgende Einrichtungen gelten nicht als *Krankenhäuser*: Erholungs- und Pflegeheime, Kureinrichtungen, Kur- oder Badezentren sowie Sanatorien.

Notfall

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

Obliegenheiten

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

Second Opinion

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

Selbstbeteiligung

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

Teilstationäre Heilbehandlung

Als *teilstationär* bezeichnet man einen Aufenthalt in einem *Krankenhaus* oder einer Klinik, bei dem der Patient nur für einen Zeitraum zwischen 8 und 24 Stunden in der Klinik ist und eine ganztägige (24- stündige) stationäre *Heilbehandlung* nicht erforderlich ist.

Umwandlung

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

Unfall

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

Versicherungsnehmer/Versicherte Personen

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

Versicherungsschein

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

Vorerkrankungen

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

Zahnarzt

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

Zielregion

Der Versicherungsschutz gilt in folgenden *Zielregionen*:

Zielregion I: Weltweit mit USA

Zielregion II: Weltweit ohne USA

12. Medizinische Definitionen

Erläuterung verwendeter Begriffe

AIDS

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

Akupunktur

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

Arzneimittel

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

Chiropraktik

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

Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

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

Hauswirtschaftliche Versorgung

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

Homöopathie

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

Hydrotherapie

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

ICD-Codes

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

Implantologische Leistungen

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

Konservierende Leistungen

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

Krebs

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

Kur- und Sanatoriumsbehandlung

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

Magnetresonanztomographie (MRT)

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

Onkologie

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

Osteopathie

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

Palliativmedizin

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

Positronenemissionstomographie (PET)

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

Prophylaxemaßnahmen

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

Schulmedizin

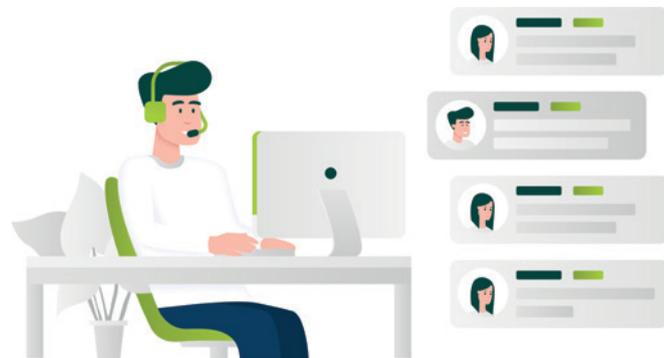
Schulmedizin ist die an Universitäten gelehrt, wissenschaftlich fundierte und daher allgemein anerkannte und angewandte Form der Medizin (Heilkunde).

Stationersetzende ambulante Operationen

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

Verbandmittel

Verbandmittel sind Mittel zur Durchführung von Verbänden.



Sprechen Sie mit uns

Im Fall von Fragen zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen oder unseren Produkten kontaktieren Sie uns bitte direkt:

Wir sind montags bis freitags von
8.00 Uhr bis 17.00 Uhr (MEZ) erreichbar.

Telefon +352 270 444 36 02

Telefax +352 270 444 36 99

Sie erreichen uns jederzeit per **E-Mail** unter:
service-yougenio@globality-health.com

Foyer Global Health S.A.
12, rue Léon Laval
L-3372 Leudelange
Luxembourg

www.globality-health.com
R.C.S. Luxembourg B 134.471