

# Globality CoGenio<sup>®</sup> Business Travel

Allgemeine Versicherungsbedingungen



# Globality Health

## Premium health insurance worldwide

### **Ausführlich. Übersichtlich. Verständlich. Umfassend.**

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 diese im Glossar erläutert.

### **Wir sind weltweit für Sie da:**

Globality S.A.  
1A, rue Gabriel Lippmann  
L-5365 Munsbach  
Luxembourg

Telefon: +352 270 444 35 02  
Telefax: +352 270 444 35 99

E-Mail: [service-businessstravel@globality-health.com](mailto:service-businessstravel@globality-health.com)  
Internet: [www.globality-health.com](http://www.globality-health.com)

*Emergency Assistance Line:* +352 270 444 3102

Die Globality S.A. wird vom Commissariat aux Assurances, 7, boulevard Joseph II, L-1840 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

<b>1. Wichtiges vor Abschluss des Versicherungsschutzes</b>	<b>4</b>	<b>5. Einschränkung der Leistungspflicht</b>	<b>13</b>
1.1 Wer kann sich versichern?	4	<b>6. Verhalten und Bestimmungen im Leistungsfall</b>	<b>15</b>
1.2 Wie erfolgt die Anmeldung zum Gruppenversicherungsvertrag?	4	6.1 Was bedeutet die medizinische Notwendigkeit?	15
<b>2. Der Versicherungsschutz</b>	<b>5</b>	6.2 Was ist im Versicherungsfall zu tun?	15
2.1 Was umfasst der Versicherungsschutz?	5	6.3 Was müssen die Kostenbelege enthalten?	15
2.2 Was ist ein Versicherungsfall?	5	6.4 Wie beantragen Sie Erstattungsleistungen?	15
2.3 Wann beginnt der Versicherungsschutz?	5	6.5 Was ist im Fall eines <i>Unfalles/Notfalles</i> zu tun?	15
2.4 Wann endet der Versicherungsschutz?	5	6.6 Wie erfolgt die Bearbeitung der Leistungsansprüche?	16
<b>3. Leistungsumfang</b>	<b>6</b>	6.7 Wie erfolgt die Erstattung der Leistungsansprüche?	16
3.1 Unsere wesentlichen tariflichen Leistungen auf einen Blick:	6	6.8 Was ist die Vertragswahrung?	16
3.2 Leistungsübersicht: Stationäre Leistungen	6	<b>7. Obliegenheiten</b>	<b>17</b>
3.3 Leistungsübersicht: Ambulante Leistungen	6	<b>8. Beitragszahlung und Beitragsberechnung</b>	<b>17</b>
3.4 Leistungsübersicht: Zahnärztliche <i>Heilbehandlung</i>	7	<b>9. Allgemeine Informationen</b>	<b>18</b>
3.5 Leistungsübersicht: Medizinische Assistance	7	9.1 Wann können Änderungen in den AVB vorgenommen werden?	18
3.6 Leistungsbeschreibung	8	9.2 Unsere Kontaktdaten	18
<b>4. Hilfe und Unterstützung durch unsere Assistance-/Serviceleistungen Erläuterung – Medizinische Assistance</b>	<b>11</b>	9.3 Gerichtsstand	18
4.1 Erläuterung – Medizinische Assistance	11	9.4 Geltendes Recht	18
(siehe hierzu Nr. 3.5)	11	<b>10. Glossar</b>	<b>19</b>

# 1. Wichtiges vor Abschluss des Versicherungsschutzes

## 1.1 Wer kann sich versichern?

Versicherungsfähig sind alle Mitarbeiter des Versicherungsnehmers, sowie diejenigen seiner Tochter- und Beteiligungsunternehmen, die sich auf Veranlassung des Versicherungsnehmers vorübergehend zur Ausübung einer beruflichen Tätigkeit, jedoch höchstens für 90 Tage, im *Ausland* aufhalten. Hierzu zählen Personen, die aus dem Land, in welchem der Versicherungsnehmer seinen Sitz hat ins *Ausland* reisen, solche, die aus dem Land ihres *Wohnsitzes* in das Land reisen, in dem der Versicherungsnehmer seinen Sitz hat, sowie solche, die von dem Land ihres *Wohnsitzes* in ein *Drittland* reisen.

## 1.2 Wie erfolgt die Anmeldung zum Gruppenversicherungsvertrag?

Die Anmeldung zur Versicherung erfolgt durch den Versicherungsnehmer. Einzelheiten hierzu regelt der Gruppenversicherungsvertrag. Über die insoweit entstehenden Teilversicherungsverhältnisse werden keine Versicherungsscheine ausgestellt. Die versicherten Personen werden durch den Versicherungsnehmer über die wesentlichen Bestimmungen des Gruppenversicherungsvertrages informiert.

## 2. Der Versicherungsschutz

### 2.1 Was umfasst der Versicherungsschutz?

Wir bieten Versicherungsschutz für während des Auslandsaufenthaltes akut (siehe hierzu Nr. 5 – *Vorerkrankungen*) eintretende Krankheiten, Unfälle und andere in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannte Ereignisse (siehe hierzu Nr. 2.2). Im Versicherungsfall gewähren wir dabei Ersatz von Aufwendungen für medizinisch notwendige *Heilbehandlungen* und sonstige vereinbarte Leistungen.

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, dem Gruppenversicherungsvertrag sowie den gesetzlichen Vorschriften.

### 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.

Als Versicherungsfall gelten auch:

- eine ärztlich angeordnete Rückführung aus dem *Ausland*
- der Tod einer versicherten Person

### 2.3 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt mit der Einreise ins *Ausland*, jedoch nicht vor Beginn des mit dem Versicherungsnehmer geschlossenen Gruppenversicherungsvertrages. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht.

### 2.4 Wann endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz besteht für die Dauer eines Auslandsaufenthalts, der jeweils die Dauer von 90 Tagen nicht überschreiten darf.

Für den Fall, dass sich der Auslandsaufenthalt unvorhersehbar, d. h. aus Gründen, die erst nach Reiseantritt entstehen, über den maximalen Versicherungszeitraum von 90 Tagen um höchstens 90 weitere Tage verlängert, räumen wir gegen

Mehrbeitrag die Möglichkeit einer einmaligen Verlängerung ein, soweit uns der Versicherungsnehmer unverzüglich über die Verlängerungsnotwendigkeit informiert und die versicherte Person namentlich benennt.

Der Versicherungsschutz endet

- mit der Rückkehr aus dem *Ausland*
- mit dem Tod der versicherten Person
- mit der Kündigung des Gruppenversicherungsvertrages mit dem Versicherungsnehmer
- wenn die Voraussetzungen für eine Teilnahme am Gruppenversicherungsvertrag entfallen

Sonstige gesetzliche Gestaltungsrechte bleiben unberührt.

Im Versicherungsfall bleibt der Versicherungsschutz so lange bestehen, bis die Transportfähigkeit der versicherten Person wiederhergestellt ist.

## 3. Leistungsumfang

### 3.1 Unsere wesentlichen tariflichen Leistungen auf einen Blick:

- Ersatz von Aufwendungen für stationäre *Heilbehandlung*
- Ersatz von Aufwendungen für ambulante *Heilbehandlung*
- Ersatz von Aufwendungen für zahnärztliche *Heilbehandlung*
- Medizinische Assistance-Leistungen

### 3.2 Leistungsübersicht: Stationäre Leistungen

Leistungen	
Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer	✓
Ärztliche Leistungen (Untersuchung, Diagnostik und Behandlung inklusive u. a. Aufwendungen für Radiologie, Computertomographie, MRT)	✓
Krankenpflege durch Pflegefachkräfte nach Anweisung eines Arztes	✓
Sonstige Nebenkosten (für Spezialeinrichtungen wie z. B. Operationsaal, Intensivstation, Labor)	✓
Operationen (inklusive ambulanter Operationen, die eine stationäre <i>Heilbehandlung</i> ersetzen)	✓
Arznei- und Verbandmittel	✓
Heilmittel/Physiotherapie	✓
Hilfsmittel, sofern sie infolge eines <i>Unfalls</i> ärztlich verordnet werden wie z. B. Herzschrittmacher, Kunstglieder, Prothesen	✓
Transportkosten zum nächst erreichbaren geeigneten <i>Krankenhaus</i> zur Erstversorgung nach einem <i>Unfall</i> oder <i>Notfall</i> durch anerkannte Rettungsdienste in der Situation angemessenen Transportmitteln	✓
<i>Ersatz-Krankenhaustagegeld</i> für durchgeführte stationäre <i>Heilbehandlungen</i> , für die keine Kostenerstattung bei uns beansprucht wurde	✓ € 25/ \$ 32,50/ £ 21 pro Tag

### 3.3 Leistungsübersicht: Ambulante Leistungen

Leistungen	
Ärztliche Leistungen (Untersuchung, Diagnostik und Behandlung inklusive u. a. Aufwendungen für Radiologie, Computertomographie, MRT)	✓
Arznei- und Verbandmittel	✓
Heilmittel/Physiotherapie	✓
Hilfsmittel in einfacher Ausführung, sofern sie infolge eines <i>Unfalls</i> ärztlich verordnet und erstmals angeschafft werden	✓ 80 % der erstattungsfähigen Aufwendungen, Sehhilfen jedoch nur bis zu max. € 150/ \$ 195/ £ 126
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	✓

### 3.4 Leistungsübersicht: Zahnärztliche Heilbehandlung

Leistungen	
Schmerzstillende konservierende Zahnbehandlung sowie Zahnfüllungen in einfacher Ausführung	✓
Erstattung folgender Leistungen nur, soweit nach einem <i>Unfall</i> verordnet: Zahnersatz (z. B. Prothesen, Brücken, Zahnkronen), kieferorthopädische Leistungen, zahntechnische Laborarbeiten und Materialien sowie die Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen)	✓ 50 % der erstattungsfähigen Aufwendungen

### 3.5 Leistungsübersicht: Medizinische Assistance

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

### 3.6 Leistungsbeschreibung

---

#### Welche Grundsätze sind bei stationärer, ambulanter und zahnärztlicher *Heilbehandlung* zu beachten?

---

Der versicherten Person 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. Sonstige *Behandler*, müssen 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* (z. B. offizielle Gebührenordnung für *Ärzte*) berechnet und angemessen sind. Bei Leistungen von *Behandlern*, wie z. B. Hebammen, 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, die Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz, Zahnkronen und kieferorthopädische Maßnahmen einschließlich operativer Behandlungen 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* im *Aufenthaltsland* 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.

---

#### Welche Voraussetzungen sind im Rahmen einer medizinisch notwendigen stationären *Heilbehandlung* nach Nr. 3.2 zu beachten?

---

##### Allgemeine Krankenhausgrundleistungen (Unterkunft und Verpflegung)

Bei stationärer – auch vor-, nach- oder *teilstationärer* – *Heilbehandlung* ist ein geeignetes, im *Aufenthaltsland* allgemein anerkanntes *Krankenhaus* aufzusuchen, das unter ständiger ärztlicher Leitung steht, über ausreichend diagnostische sowie therapeutische Möglichkeiten verfügt und Krankengeschichten führt. Für medizinisch notwendige *Heilbehandlungen* 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 Behandlung schriftlich zugesagt haben. Bei TBC-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in TBC-Heilstätten und -Sanatorien geleistet. Bei erforderlich werdenden stationären Krankenhausaufenthalten muss die Einschaltung des Versicherers über die *Emergency Assistance Line* unverzüglich vor oder bei Aufnahme in das *Krankenhaus* erfolgen.

##### Ärztliche Leistungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die im Rahmen einer medizinisch notwendigen stationären *Heilbehandlung* erforderlichen Maßnahmen für Untersuchung, Diagnostik und Therapie für eingetretene Krankheiten oder Unfälle. 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 Operationssaal, Intensivstation und Labor.

##### Operationen (inkl. *stationsersetzender ambulanter Operationen*)

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

### **Arznei- und Verbandmittel im Rahmen einer stationären Heilbehandlung**

Diese müssen von einem *Arzt/Zahnarzt im Krankenhaus* anlässlich der stationären *Heilbehandlung* verordnet worden sein, *Arzneimittel* außerdem aus der Apotheke oder von einer anderen behördlich zugelassenen Abgabestelle bezogen werden. 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, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie oder Lichttherapie). Die physikalisch-medizinischen Leistungen müssen von einem *Arzt* bzw. dem Inhaber eines staatlich anerkannten Diploms für medizinische Assistenzberufe (Krankengymnasten oder Physiotherapeuten) 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 Massagen und 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 z. B. 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 Schwangerschaftskomplikationen**

Wir übernehmen die erstattungsfähigen Aufwendungen für unvorhergesehene, akut eintretende Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Frühgeburten vor der 34. Schwangerschaftswoche, notfallbedingte Schwangerschaftsabbrüche sowie für Fehlgeburten. Für die medizinisch notwendige *Heilbehandlung* des Frühgeborenen besteht im Rahmen der Frühgeburt ebenfalls Versicherungsschutz bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit von Mutter und Kind.

---

### **Welche Voraussetzungen sind im Rahmen einer ambulanten Heilbehandlung nach Nr. 3.3 zu beachten?**

---

#### **Ärztliche Leistungen**

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die im Rahmen einer ambulanten ärztlichen *Heilbehandlung* erforderlichen Maßnahmen für Untersuchung, Diagnostik und Therapie für eingetretene Krankheiten oder Unfälle. Erstattungsfähig sind unter anderem auch Aufwendungen für Pathologie, Radiologie, Computertomographie, Magnetresonanztomographie, Positronenemissionstomographie sowie für *Palliativmedizin*.

#### **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, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie oder Lichttherapie). Diese müssen von einem *Arzt* in eigener Praxis oder einem in eigener Praxis tätigen Inhaber eines staatlich anerkannten Diploms für medizinische Assistenzberufe (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 Massagen und Bäder.

Nicht erstattungsfähig sind Mehraufwendungen für eine Behandlung in der Wohnung der versicherten Personen.

#### **Hilfsmittel im Rahmen einer ambulanten Heilbehandlung**

Zu 80 % erstattungsfähig sind Aufwendungen für orthopädische und andere Hilfsmittel in einfacher Ausführung, die dazu dienen, körperlichen Behinderungen vorzubeugen, diese unmittelbar zu mildern oder auszugleichen. Hilfsmittel müssen von einem *Arzt* infolge eines *Unfalls* verordnet sein und

dürfen nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände angesehen werden. Als Nachweis muss ein Arztbericht eingereicht werden, in dem die Unfallfolgen beschrieben sind.

Für Sehhilfen (Brille oder Kontaktlinsen) in einfacher Ausfertigung, die infolge eines *Unfalls* ärztlich verordnet werden, sind die entstandenen Aufwendungen zu 80 %, jedoch maximal bis zu € 150/ \$ 195/ £ 126 erstattungsfähig.

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

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

---

**Welche Voraussetzungen sind im Rahmen einer ambulanten Heilbehandlung nach Nr. 3.4 zu beachten?**

---

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für schmerzstillende Zahnbehandlung und Zahnfüllung in einfacher Ausfertigung.

Zu 50 % werden die Kosten für Zahnersatz (Prothesen, Brücken), Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen), Zahnkronen und kieferorthopädische Maßnahmen einschließlich operativer Behandlungen, zahntechnische Laborarbeiten und Materialien erstattet, wenn diese aufgrund eines *Unfalls* erforderlich werden. Als Nachweis muss ein Arztbericht eingereicht werden, in dem die Unfallfolgen beschrieben sind.

## 4. Hilfe und Unterstützung durch unsere Assistance-/Serviceleistungen Erläuterung – Medizinische Assistance

Wir bieten zusätzlich zum Krankenversicherungsschutz Assistance- und Serviceleistungen an, die Teil des Versicherungsschutzes sind und mit denen wir die versicherten Personen während des Auslandsaufenthaltes aktiv unterstützen wollen.

Wir bieten Unterstützung bei medizinischen Fragestellungen sowie sinnvolle organisatorische Hilfe in krankheits- oder unfallbedingten Situationen während des Auslandsaufenthaltes an.

Diese Assistance-/Serviceleistungen bieten wir 24 Stunden am Tag, 7 Tage in der Woche, 365 Tage im Jahr. Unter unserer *Emergency Assistance Line* erhalten die versicherten Personen rund um die Uhr Unterstützung durch unsere mehrsprachigen Mitarbeiter, Assistance-Koordinatoren und Ärzte.

### 4.1 Erläuterung – Medizinische Assistance (siehe hierzu Nr. 3.5)

#### Medizinischer Kranken- bzw. Rücktransport

Unser Leistungsumfang im Hinblick auf einen Krankentransport ist in Nr. 3.2 und Nr. 3.3 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 medizinisch notwendig sein
- Eine vorherige Kostenzusage über die *Emergency Assistance Line* muss erfolgt sein

Ein Recht auf Krankenrücktransport besteht auch dann, wenn die voraussichtlichen Kosten der *Heilbehandlung* im *Ausland* die Kosten des Rücktransports übersteigen würden. Der Kranken(rück)transport erfolgt nach Abstimmung zwischen der *Emergency Assistance Line* und dem behandelnden *Arzt*

- an einen für die weiteren *Heilbehandlungen* geeigneteren Ort in einem *Drittland*
- an den letzten ständigen *Wohnsitz* der versicherten Person im *Ausreise-* oder *Heimatland*

Ein weltweites medizinisches Netz ermöglicht die Rückholung auch aus entlegenen Gebieten. Bei medizinischer Notwendigkeit wird auch die Transportbegleitung durch einen *Arzt* organisiert.

#### Transport von Arzneimitteln

Fehlen zur Behandlung lebensnotwendige *Arzneimittel* oder sind diese gestohlen worden, bzw. verdorben, sind die Kosten ihres den Umständen angemessenen Transportes von der nächstgelegenen Abgabestelle (z. B. Apotheke, *Krankenhaus* oder sonstige behördlich zugelassene Abgabestelle) bis zur versicherten Person zu 100 % erstattungsfähig.

#### Information über medizinische Infrastruktur

Über die *Emergency Assistance Line* erhält die versicherte Person im Versicherungsfall bzw. *Notfall* Auskünfte über die Möglichkeiten der ärztlichen Versorgung vor Ort. Ebenfalls erfolgt durch die *Emergency Assistance Line* 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

Es ist bereits bei einer notwendigen medizinischen Erstbetreuung vor Ort möglich, den ärztlichen Dienst über die *Emergency Assistance Line* telefonisch einzuschalten.

Die *Emergency Assistance Line* kann auf Wunsch der versicherten Person die Angehörigen über den Versicherungsfall bzw. *Notfall* informieren, soweit dies technisch möglich ist. Die versicherte Person kann sich durch die *Emergency Assistance Line* eine ärztliche Zweitmeinung (*Second Opinion*), das heißt, einen zweiten ärztlichen Befund, bei lebensbedrohlichen Erkrankungen und der Gefahr von schwerwiegenden, bleibenden gesundheitlichen Störungen einholen lassen. Unsere *Emergency Assistance Line* gewährt der versicherten Person im Rahmen einer stationären *Heilbehandlung* Unterstützung bei der Aufnahme- und Entlassungsplanung.

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

### **Kostenübernahmegarantie**

Bei einer medizinisch notwendigen stationären *Heilbehandlung* hat die Einschaltung des Versicherers über die *Emergency Assistance Line* unverzüglich bzw. spätestens bei Aufnahme in das *Krankenhaus* zu erfolgen. Bei einer geplanten stationären *Heilbehandlung* ist spätestens 7 Tage vor Aufnahme die Einschaltung des Versicherers über die *Emergency Assistance Line* 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 die *Emergency Assistance Line* erfolgen. Darüber hinaus stimmen wir auf den Wunsch der versicherten Person hin mit den Krankenhäusern den Rechnungsversand und die Zahlungsmodalitäten ab und bemühen uns um die Organisation einer Direktabrechnung. In diesem Fall wird die versicherte Person von der *Emergency Assistance Line* über die Vorgehensweise schriftlich oder per E-Mail informiert.

### **Organisatorische und finanzielle Unterstützung im Todesfall**

Der Todesfall im *Ausland* ist für die Angehörigen doppelt belastend. Auch hier hilft die *Emergency Assistance Line*.

Sie

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

Wir erstatten bis zu einer Höhe von € 10.000/ \$ 13.000/ £ 8.400

- 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.

## 5. Einschränkung der Leistungspflicht

---

### Wann erhalten Sie keine Leistungen?

---

#### Reisen zum Zweck einer Behandlung

Für Behandlungen im *Ausland*, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren, ist eine Leistungserstattung ausgeschlossen.

#### Vorerkrankungen

Wir leisten nicht für Behandlung solcher Krankheiten und deren Folgen, von denen die versicherte Person bei Reiseantritt wusste, dass sie bei planmäßiger Reisedurchführung behandelt werden müssen, bzw. wegen derer ein *Arzt* vor Reiseantritt von der Durchführung der Reise abgeraten hat.

#### Krieg, innere Unruhen, Terrorismus

Für Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von *Unfällen* und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse, innere Unruhen oder Terrorakte verursacht worden sind, leisten wir nicht, es sei denn, die *versicherte Person* erleidet ihre Verletzungen als 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. Für Krankheiten und deren Folgen, *Unfälle* und deren Folgen sowie für Todesfälle, die durch nukleare, chemische oder biologische Waffen bzw. Kontaminationen herbeigeführt wurden, besteht ausnahmslos kein Versicherungsschutz.

#### Militärdienstbeschädigungen

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

#### Schwangerschaft und Entbindung (mit Ausnahme von Frühgeburten und Komplikationen, s. Nr. 3.6)

Aufwendungen für eine der versicherten Person vor Reiseantritt bekannten Schwangerschaft sowie Aufwendungen für Schwangerschaftsabbruch, planmäßige Entbindung, Vorsorgeuntersuchungen, Wochenbetterkrankungen und deren Folgen sind von der Leistung ausgeschlossen.

#### Auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen

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

#### Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren

Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren bei Drogenkonsum und Alkoholismus stehen nicht unter Versicherungsschutz.

#### 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 der Versicherungsnehmer über diesen Leistungsausschluss informiert wurde. 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.

#### Psychische, psychogene und psychosomatische Krankheiten

Für psychische, psychogene und psychosomatische Krankheiten besteht grundsätzlich kein Versicherungsschutz.

#### Kosmetische/plastische Chirurgie

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

### **Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie Rehabilitationsmaßnahmen gesetzlicher Rehabilitationsträger**

Für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie für Rehabilitationsmaßnahmen gesetzlicher Rehabilitationsträger leisten wir nicht.

Für eine ambulante *Heilbehandlung* in einem Heilbad oder Kurort leisten wir nur dann, wenn diese während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltzweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen *Unfall* notwendig wird.

### **Heilbehandlung durch Ehe- bzw. Lebenspartner, Eltern oder Kinder**

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

### **Pflegebedürftigkeit und Verwahrung**

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

---

### **Welche weiteren Leistungseinschränkungen gibt es?**

---

Übersteigt eine *Heilbehandlung* oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung nicht angemessen, so können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus einer gesetzlichen Krankenversicherung, gesetzlichen oder privaten Unfallversicherung oder gesetzlichen Rentenversicherung, aus einer gesetzlichen Heilfürsorge oder gesetzlichen Unfallfürsorge oder auf Leistungen eines anderen Leistungserbringers bzw. Institution, so ist die versicherte Person zur Abtretung jeglicher solcher Ansprüche an uns verpflichtet.

## 6. Verhalten und Bestimmungen im Leistungsfall

### 6.1 Was bedeutet die medizinische Notwendigkeit?

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

### 6.2 Was ist im Versicherungsfall zu tun?

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

- a) Wir sind nur dann zur Leistung verpflichtet, wenn die zur Prüfung des Leistungsfalls erforderlichen Nachweise erbracht worden sind; diese werden unser Eigentum. Wir behalten uns das Recht vor, diese zu archivieren.
- b) Bei Kostenbelegen sollten Originalunterlagen eingereicht werden, die den jeweiligen landestypischen Rechtsvorschriften für die Rechnungserstellung entsprechen müssen (s. a. die dazu unter 6.3 aufgeführten Erfordernisse). Um den versicherten Personen die Abwicklung zu erleichtern und Kosten möglichst schnell erstatten zu können, akzeptieren wir jedoch auch die telekommunikative Übermittlung von Kostenbelegen (immer zusammen mit der Bestätigung des Arbeitgebers, s. Nr. 6.4) per E-Mail oder Telefax, soweit die Übertragungsqualität eine Bearbeitung zulässt. Bei berechtigtem Interesse können wir 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.

### 6.3 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
- Verordnungen sind zusammen mit der dazugehörigen Arztrechnung oder Rechnung über Heil- und Hilfsmittel einzureichen
- Beantragt die versicherte Person 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.

### 6.4 Wie beantragen Sie Erstattungsleistungen?

Zur Leistungserstattung ist es erforderlich, dass uns eine Versicherungsbestätigung des Versicherungsnehmers vorliegt, die Name und Reisezeitraum der versicherten Person enthält. Dazu sollte möglichst unser Formular „Bestätigung des Arbeitgebers/Leistungsantrag“ verwendet werden, das dem Versicherungsnehmer vorliegt und auch im Internet erhältlich ist. Die versicherten Personen können ihre Kostenbelege entweder in einem verschlossenen Umschlag beim Versicherungsnehmer einreichen, der die Kostenbelege samt der erforderlichen Bestätigung an uns weiterleitet oder die Kostenbelege zusammen mit der Versicherungsbestätigung direkt an uns schicken.

### 6.5 Was ist im Fall eines Unfalles/Notfalles zu tun?

Die versicherten Personen können rund um die Uhr mit uns Kontakt aufnehmen. Adressen, Rufnummern oder E-Mail-Adressen finden sich in allen unseren Dokumenten. Sollte eine versicherte Person nach Eintritt eines schwerwiegenden Versicherungsfalles, insbesondere nach einem *Unfall/Notfall* oder bei stationärer *Heilbehandlung*, die *Emergency Assistance Line* einschalten, so bieten wir ihr einen umgehenden Rückruf an.

## 6.6 Wie erfolgt die Bearbeitung der Leistungsansprüche?

### a) Stationäre Leistungsansprüche

Feststehende Kosten zahlen wir auf Wunsch auch direkt an den Rechnungsaussteller. Eine direkte Abrechnung ist jedoch – sofern die landestypischen Gegebenheiten dies erlauben – nur mit Einverständnis des *Krankenhauses* möglich.

### b) Ambulante und zahnärztliche Leistungsansprüche

Die versicherte Person ist 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. Die versicherten Personen können solche Rechnungen dann (zusammen mit der Bestätigung des Arbeitgebers, s. Nr. 6.4) bei uns einreichen, woraufhin wir die vertraglich vereinbarten Versicherungsleistungen an die versicherten Personen auszahlen.

versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.

Auf Wunsch der versicherten Personen zahlen wir Leistungen auch in einer anderen als der Vertragswährung aus. In diesem Fall wird der zu erstattende Betrag am Auszahlungsdatum zum aktuellen Tageskurs in die Fremdwährung umgerechnet. Für Höchstsätze und Selbstbehalte gelten immer die Werte in der jeweiligen Vertragswährung.

## 6.7 Wie erfolgt die Erstattung der Leistungsansprüche?

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 Wunsch unseren Erstattungsbetrag direkt an den Rechnungsaussteller zahlen (vgl. hierzu Nr. 6.6 a)), z. B. wenn es sich um besonders hohe Rechnungsbeträge (> € 2.000/ \$ 2.500/ £ 1.500) handelt.

## 6.8 Was ist die Vertragswährung?

Die Grundwährung unserer Tarife ist Euro (€). Als Vertragswährung können jedoch auch US Dollar (\$) oder Britisches Pfund (£) gewählt werden. Die Wechselkurse für diese Währungen werden im Januar und Juli eines jeden Jahres

## 6.9 Welche Wechselkurse werden zugrunde gelegt?

Die Erstattung erfolgt in der Vertragswährung (€/ \$/ £). Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in die Vertragswährung umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Wechselkurs der Federal Reserve (Fed)/US-Notenbank für die vereinbarte Vertragswährung. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt wurden, gilt ebenfalls der Kurs gemäß Federal Reserve (Fed)/US-Notenbank nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die

## 7. Obliegenheiten

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

Wenn eine der in 7 a) bis d) genannten *Obliegenheiten* nicht eingehalten wird, sind wir mit der in den rechtlichen Bestimmungen vorgeschriebenen Einschränkung von der Verpflichtung zur Leistung frei oder berechtigt, unseren Leistungsumfang einzuschränken. Dies gilt jedoch nicht, wenn weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gehandelt wurde.

### Was ist bei Ansprüchen gegen Dritte zu beachten?

Haben die versicherten Personen 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 die versicherten Personen einen solchen Anspruch oder ein zur Sicherung des Anspruches dienendes Recht ohne unsere Zustimmung auf, so werden wir insoweit von der Verpflichtung zur Leistung frei, als wir aus dem Anspruch oder dem Recht hätten Ersatz erlangen können.

### Wann sind Aufrechnungen möglich?

Die versicherten Personen können gegen Forderungen unsererseits nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung von uns unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

### Betrug

Ist eine Forderung unrichtig oder sind Belege und Nachweise gefälscht oder haben Dritte mit dem Einverständnis der versicherten Person 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. Die Beitragshöhe, die Fälligkeit sowie die Zahlungsmodalitäten richten sich nach den im Gruppenversicherungsvertrag getroffenen Vereinbarungen.

## 8. Beitragszahlung und Beitragsberechnung

Die Beitragshöhe, die Fälligkeit sowie die Zahlungsmodalitäten richten sich nach den im Gruppenversicherungsvertrag getroffenen Vereinbarungen.

## 9. Allgemeine Informationen

### 9.1 Wann können Änderungen in den AVB vorgenommen werden?

In folgenden Ausnahmefällen sind wir berechtigt, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen bei gleichzeitiger Wahrung der Belange der versicherten Personen zu ändern oder zu ergänzen, und zwar wenn

- a) sich die Verhältnisse des Gesundheitswesens nicht nur vorübergehend verändern, hierzu gehören insbesondere:
  - aa) Änderungen von Rechtsvorschriften, auf denen einzelne Bedingungen des Vertrages beruhen,
  - ab) Änderungen der höchstrichterlichen Rechtsprechung, auf der einzelne Bedingungen des Vertrages beruhen;
- b) in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen eine Bestimmung unwirksam ist und zur Fortführung des Vertrages deren Ergänzung notwendig ist. Solche Gründe können insbesondere vorliegen, wenn
  - ba) ein Gericht einzelne Bedingungen rechtskräftig für unwirksam erklärt,
  - bb) eine Kartellbehörde, eine Versicherungsaufsichtsbehörde oder eine vergleichbare Behörde eine Bedingung durch Verwaltungsakt als mit geltendem Recht nicht vereinbar beanstandet und die gesetzlichen Vorschriften keine Regelung enthalten, die anstelle solcher Bedingungen tritt. Die Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen dürfen die versicherten Personen als einzelne Regelung und im Zusammenwirken mit anderen Bedingungen des Vertrages nicht schlechter stellen, als die ursprünglichen Regelungen. Die geänderten Allgemeinen Versicherungsbedingungen werden dem Versicherungsnehmer schriftlich bekannt gegeben und erläutert. Sie werden zu Beginn des zweiten Monats, der auf die Benachrichtigung an den Versicherungsnehmer folgt, wirksam. Der Versicherungsnehmer informiert die versicherten Personen über die geänderten Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Die geänderten Allgemeinen Versicherungsbedingungen gelten als genehmigt, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung das Versicherungsverhältnis zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung den Gruppenversicherungsvertrag kündigt.

### 9.2 Unsere Kontaktdaten

Globality S.A.  
1A, rue Gabriel Lippmann  
L-5365 Munsbach  
Luxembourg

Telefon: +352 270 444 35 02  
Telefax: +352 270 444 35 99

E-Mail: [service-businesstravel@globality-health.com](mailto:service-businesstravel@globality-health.com)  
Internet: [www.globality-health.com](http://www.globality-health.com)

*Emergency Assistance Line:* +352 270 444 3102

Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen können 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, 7, boulevard Joseph II, L-1840 Luxembourg, wenden.

### 9.3 Gerichtsstand

Bei der Abwicklung von Versicherungsleistungen kann es Fälle geben, in denen wider Erwarten keine Einigung erzielt werden kann. In diesem Falle können Ansprüche gerichtlich gegen uns geltend gemacht werden.

Für alle aus dem Versicherungsvertrag entstandenen Streitigkeiten sind die Gerichte des Großherzogtums Luxemburg oder die Gerichte des Ortes zuständig, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherten Personen ihren Sitz bzw. *Wohnsitz* haben. Befindet sich der Sitz des Versicherungsnehmers oder der *Wohnsitz* der versicherten Person nicht in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, so sind ausschließlich die Gerichte des Großherzogtums Luxemburg zuständig.

### 9.4 Geltendes Recht

Soweit nicht nationale Vorschriften die Anwendung eines anderen Rechts bedingen oder vertraglich die Anwendung eines anderen Rechts vereinbart wurde, unterliegt das Versicherungsverhältnis dem Recht des Großherzogtums Luxemburg.

## 10. Glossar

### Erläuterung verwendeter Begriffe im Sinne des Tarifs Globality CoGenio® Business Travel

#### 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.

#### 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*). Sie können den *Arzt*, der diese Kriterien erfüllt, frei wählen.

#### Assisteur

Der *Assisteur* ist darauf spezialisiert, versicherten Personen in Notsituationen bzw. bei Krankenhausaufenthalten mit Rat und Tat zur Seite zu stehen. Zusätzliche Serviceleistungen, die den Aufenthalt in der Fremde erleichtern sollen sowie die Erstattung bestimmter Kosten, wie zum Beispiel Rücktransportkosten, werden über unseren *Assisteur* erbracht.

#### Aufenthaltsland

Das *Aufenthaltsland* ist das Land, in dem sich die versicherte Person nach Beginn des Auslandsaufenthaltes aufhalten wird.

#### Ausland

Als *Ausland* gilt jedes Land, in dem die versicherte Person nicht ihren gewöhnlichen Aufenthalts- oder Arbeitsort hat.

#### Ausreiseland

Das *Ausreiseland* ist das Land, in dem sich die versicherte Person vor dem Auslandsaufenthalt dauerhaft aufgehalten hat.

#### 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 zuge-

lassen bzw. berechtigt sind. Unter *Behandler* fassen wir z. B.: Logopäden/Sprachheiltherapeuten und Hebammen/Entbindungspfleger sowie die in eigener Praxis tätigen Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe (zum Beispiel Krankengymnast oder Physiotherapeut). Die versicherte Person kann 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.

#### Drittland

Ein *Drittland* ist jedes Land, in dem sich weder der gewöhnliche *Wohnsitz* der versicherten Person noch der Sitz des Versicherungsnehmers befindet.

#### Emergency Assistance Line

Unter unserer *Emergency Assistance Line* erhalten die versicherten Personen rund um die Uhr Rat und Unterstützung. Die *Emergency Assistance Line* wird durch mehrsprachige Mitarbeiter erbracht und sorgt für Koordination und Abwicklung von Versicherungsfällen.

#### Ersatz-Krankenhaustagegeld

Sollte die versicherte Person für eine unter Versicherungsschutz stehende, medizinisch notwendige stationäre Krankenhausbehandlung keine Kostenerstattung bei uns beanspruchen, zahlen wir je nach Tarifstufe ein Ersatzkrankenhaustagegeld pro Tag eines ärztlich verordneten und durchgeführten Krankenhausaufenthaltes.

#### 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.

#### Heimatland

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

### **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 *Heilbehandlungen* 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 Behandlung 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 *Krankenhaus*: Erholungs- und Pflegeheime, Kureinrichtungen, Kuroder 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.

### **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 solch eines "Markers" in einem Tumor lässt sich auch quantitativ bestimmen. Die Substanz wird intravenös injiziert und die

Strahlung wird mit externen Detektoren nachgewiesen. Mit Hilfe der *PET* können wichtige biologische Vorgänge in Tumoren visualisiert werden.

### **Schulmedizin**

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

### **Second Opinion**

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

### **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 ist.

### **Teilstationäre Heilbehandlung**

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

### **Unfall**

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

### **Verbandmittel**

*Verbandmittel* sind Mittel zur Durchführung von Verbänden.

### **Versicherungsnehmer/versicherte Personen**

Versicherungsnehmer ist die rechts- und geschäftsfähige Organisation, die mit uns einen Gruppenversicherungsvertrag abgeschlossen hat, z. B. ein Arbeitgeber, Verein, Verband, etc. Versicherte Personen sind Arbeitnehmer, Mitglieder oder Mitarbeiter des Versicherungsnehmers, die sich auf Veranlassung des Versicherungsnehmers zur Ausübung einer berufli-

chen Tätigkeit auf eine Auslandsreise begeben sowie sonstige Personen, für die im Gruppenversicherungsvertrag ebenfalls Versicherungsschutz vereinbart wurde.

#### **Vorerkrankungen**

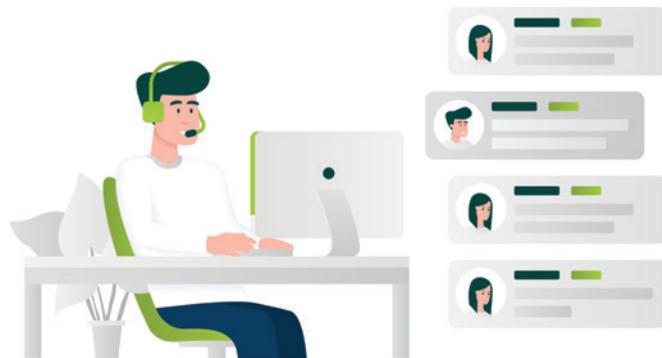
*Vorerkrankungen* sind bei Versicherungsbeginn bestehende Krankheiten und deren Folgen sowie Folgen von Unfällen, die der versicherten Person bekannt sind bzw. behandelt werden.

#### **Wohnsitz**

Der *Wohnsitz* einer versicherten Person ist der Ort, an dem die versicherte Person nach allgemeiner Verkehrsauffassung ihren Lebensmittelpunkt hat, d. h. sich überwiegend aufhält oder amtlich gemeldet ist.

#### **Zahnarzt**

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



## 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 35 02

**Telefax** +352 270 444 35 99

Sie erreichen uns jederzeit per **E-Mail** unter:  
[service-businesstravel@globality-health.com](mailto:service-businesstravel@globality-health.com)

Globality S.A.  
1A, rue Gabriel Lippmann  
L-5365 Munsbach  
Luxembourg

[www.globality-health.com](http://www.globality-health.com)  
R.C.S. Luxembourg B 134.471