

Evolution Gesundheitsplan

Policentext

Inhalt

1. Einführung Ihrer Police

2. Bedenkzeit

3. Wie sie uns kontaktieren können

- Was tun im Notfall
- Was tun wenn Sie einen Besuch im Krankenhaus planen
- Was tun wenn Sie eine ambulante Behandlung benötigen
- Senden Sie Ihre Forderung
- Allgemeine Anspruch Hinweise
- Fragen zu Ihrer Police

4. Die Basis Ihres Versicherungsschutzes

- Die Erbringung des Versicherungsservice und der Leistungen
- Erklärung des Umfangs Ihrer Versicherungsschutzes
- Unsere Unternehmensphilosophy
- Unser Serviceversprechen

5. Wörter und Ausdrücke, die in dieser Police benutzt werden

6. Was versichert ist und was nicht versichert ist

- Maximalleistung
- Leistungen bei stationärer Behandlung
- Leistungen für Tagespatienten
- Leistungen bei Krebsbehandlung
- Leistungen bei Organ Implantation
- Leistungen bei ambulanter Behandlung
- Leistungen bei Behandlung chronischer Erkrankungen
- Leistungen bei angeborenen Missbildungen
- Leistungen bei Wellness
- Dentale Leistungen
- Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt
- Leistungen bei Unfruchtbarkeit
- Leistungen bei Geldzuwendungen
- Leistungen bei medizinischem Patiententransport und Evakuierung
- Notfallschutz außerhalb des Versicherungsschutzgebietes
- Evakuierung ins Herkunftsland

7. Allgemeine Ausschlüsse

8. Allgemeine Policenbedingungen

- Eignung zur Mitgliedschaft
- Akzeptabilitätsbedingungen
- Erklärungen und Kosten
- Familienangehörige hinzufügen oder entfernen
- Versicherungsschutz aufrechterhalten
- Änderungen der Police
- Änderungen bei der Art des Plans
- Laufzeit und Prämienzahlung
- Vorübergehende Rückkehr in das Herkunftsland
- Bedenkzeit
- Kündigung Ihrer Police
- Beendigung
- Tod eines Hauptversicherungsnehmers
- Andere Versicherungen
- Forderungsübergang (Subrogation)
- Hilfe und Intervention
- Compliance
- Anwendbares Recht

1 Einführung Ihrer Police

Willkommen und vielen Dank, dass Sie den Evolution Gesundheitsplan von Morgan Price International Healthcare gewählt haben für die Versicherung Ihrer Gesundheitsbedürfnisse.

Bitte überprüfen Sie Ihr Versicherungszertifikat und Mietgliedskarte(n), um sicherzustellen, dass alle Daten korrekt aufgezeigt sind. Wenn etwas geändert werden muss, dann teilen Sie uns das bitte unverzüglich mit.

Nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit und machen Sie sich mit der Police vertraut, damit Sie verstehen, was abgedeckt ist und was nicht. Ihre Police wurde, wo es möglich war, in einer klaren Sprache geschrieben und so entworfen, dass alle Bestandteile und Leistungen des Evolution Gesundheitsplans klar aufgeführt sind und sie werden in einem leicht verständlichen Format präsentiert. Sollte es irgendwelche Aspekte des Evolution Gesundheitsplans geben, wo sie sich nicht sicher sind, dann teilen Sie uns das bitte mit.

benötigen; dann müssen Sie uns zuerst um eine Vorabgenehmigung bitten, bevor irgendwelche Kosten anfallen, ansonsten, wenn Sie ohne unsere Vorabgenehmigung fortfahren, fällt eine Mitversicherung von 25% der anfallenden Kosten, auf Ihren Anspruch an.

Wenn Sie also im Voraus wissen, dass derartige Kosten anfallen werden, dann rufen Sie bitte die Schadenabteilung von Morgan Price unter: **+ 44 (0) 1444 44 28 65**

Sie werden folgende Informationen zur Verfügung stellen müssen:

- Ihren vollständigen Namen und Geburtsdatum, und
- Ihre Mitgliedsnummer, die auf der Vorderseite Ihrer Mitgliedskarte zu finden ist.

Diese Information wird uns helfen, Sie als Mitglied des Evolution Gesundheitsplanes zu identifizieren. Im Falle einer Zulassung ins Krankenhaus, werden wir mit dem Krankenhaus wegen eines Kostenvoranschlags Kontakt aufnehmen und erfragen welche medizinische Behandlung durchgeführt wird. Wenn möglich wird eine Vereinbarung mit dem Krankenhaus abgeschlossen, dass wir Ihre Rechnungen in Ihrem Namen zahlen.

2 Bedenkzeit

Wenn Sie diese Versicherung gekauft haben und nicht sicher sind, dass sie richtig für Ihre Bedürfnisse ist, schicken Sie bitte Ihre Police Dokumente an uns innerhalb von 14 Tagen nach Empfang an uns zurück zusammen mit schriftlichen Wiederrufanweisungen. Vorausgesetzt es wurden keine Ansprüche gezahlt und/oder keine Vorabgenehmigung wurde erteilt, werden wir Ihnen Ihre gezahlte Prämie wieder zurückerstatten.

Was tun wenn Sie eine ambulante Behandlung benötigen

Wenn Sie unglücklicherweise erkranken sollten und einen Arzt konsultieren, dann gehen Sie wie gewohnt zum Arzt aber nehmen Sie ein Erstattungsformular mit. Sie können eine Erstattungsformular erhalten, wenn Sie sich bei www.morgan-price.com einloggen.

Bitte beachten Sie, dass Sie für jegliche Gebühren, die Ihr Arzt für das Ausfüllen des Erstattungsformular verlangt, zuständig sind

Wenn Sie ambulante Behandlungen benötigen, wie eine Konsultation oder eine Untersuchung, z.B. ein EKG/Bluttest/ Urintest oder eine Röntgenaufnahme, dann sollten Sie die Rechnung selbst bezahlen und sich eine quitierte Rechnung geben lassen, die Sie zusammen mit der Erstattungsformular einschicken müssen.

Wenn Sie Ihre Erstattungsformular einschicken

Sobald Ihr Erstattungsformular ganz ausgefüllt ist, dann sollten Sie es uns mit allen unterstützenden Informationen und Rechnungen zusenden. Sie können entweder:

1. Diese Dokumente einscannen und sie uns per Email schicken an: **morganprice@intana-assist.com**

Wenn Sie diese Möglichkeit auswählen, dann sollten Sie bitte sicher sein, dass alle Dokumente gut lesbar eingescannt sind – bitte nicht vergessen, beide Seiten der Dokumente wenn notwendig, zu scannen.

2. Faxen uns die Dokumente unter: **+44 (0) 1444 45 73 56**

Wenn Sie Ihren Anspruch ans per Email oder Fax schicken, dann müssen Sie trotzdem noch alle Originaldokumente an uns an die unten angegebene Adresse schicken.

3. Schicken Sie die Originaldokumente per Post zu uns unter: **Morgan Price Claims Department, c/o Intana, PO Box 637, Haywards Heath, West Sussex, RH16 1WR, England, United Kingdom**

3 Wie sie uns kontaktieren können

Was tun im Notfall

Wir wissen, dass eine Krankheit oder ein Unfall zu jeder Zeit geschehen kann und aus diesem Grund schlagen wir vor, dass Sie Ihre Mitgliedskarte zu jeder Zeit bei sich tragen. Sollten Sie schnell in ein Krankenhaus müssen, stellen Sie bitte sicher, dass ein Mitglied des Krankenhauspersonals, Ihre Familie, ein Freund oder ein Arbeitskollege uns innerhalb von 2 Tagen ab Ihrer Zulassung zum Krankenhaus kontaktiert, sonst fällt eine Mitversicherung von 25% der anfallenden Kosten, auf Ihren Anspruch an.

Hilfe ist 24 Stunden am Tag verfügbar, 365 Tage im Jahr für medizinische Notfälle, inklusive Evakuierung und Transport. Damit Sie eine Vorabgenehmigung in Verbindung mit einer Notfallaufnahme ins Krankenhaus bekommen oder im Falle einer Evakuierung oder wenn ein Transport notwendig ist, dann rufen Sie uns bitte unter der folgenden Nummer an: **+ 44 (0) 1444 44 28 65**

Was tun wenn Sie einen Besuch im Krankenhaus planen

Wenn Sie im Voraus wissen, dass:

- es geplant ist, Sie in ein Krankenhaus einzuliefern, entweder ambulant oder als Tagespatient, oder
- wenn Sie Transport oder damit verbundene Leistungen

Welche Methode Sie auch wählen, wir empfehlen Ihnen, dass Sie Kopien von allen Dokumenten, die Sie uns zusenden, behalten.

Allgemeine Hinweise zu Ansprüchen

- Es ist nur ein Erstattungsformular nötig für jede einzelne Krankheit innerhalb einer Versicherungsperiode, egal wieviel Rechnungen Sie einschicken. Wenn Sie uns Ihr Formular zugeschickt haben und weitere Rechnungen erhalten für dieselbe Krankheit, dann schicken Sie sie alle zusammen zu uns mit einem Begleitschreiben, auf dem Sie Ihre Mitgliedsnummer vermerken sollten. Oder Sie machen eine Kopie von Ihrem ursprünglichen Anspruchsfomular und hängen alle weiteren erhaltenen Rechnungen daran.
- Bitte bedenken Sie, dass Sie Ihren Anspruch, zusammen mit allen Rechnungen innerhalb von **6 Monaten** des Dienstleistungsdatums oder der Behandlung geltend machen müssen, sonst werden Sie nicht für eine Erstattung in Betracht gezogen.
- Sie müssen uns innerhalb von 28 Tagen mit schriftlichen Angaben auf Anfragen nach Informationen in Bezug auf einen Anspruch antworten, oder so schnell wie zumutbar danach. Unter bestimmten Umständen, können wir Sie bitten, sich einer ärztlichen Untersuchung zu unterziehen, für die wir bezahlen werden. Sie müssen uns eine schriftliche Erklärung zur Verfügung stellen, die Ihren Anspruch unterstützt, zusammen mit den erforderlichen Dokumentation (auf eigene Kosten), Informationen, Zertifikaten, Rechnungen und Berichten, um die wir Sie zumutbarerweise bitten können. Zum Beispiel zusätzlich zum ausgefüllten Erstattungsformular, Rechnungen und/ oder Quittungen, können wir auch nach ärztlichen Berichten, Untersuchungsergebnissen, Rezepten, Krankheitsgeschichte und anderen Informationen, wie Polizeiberichte, Totenschein und Reiserouten fragen. Legen Sie diese Informationen nicht vor, um die wir vernünftigerweise gebeten haben, dann sind wir nicht in der Lage den Anspruch zu bewerten.
- Wenn Sie einen Selbstbehalt/Selbstbeteiligung gewählt haben, die für Ihre Police gilt, dann gilt Sie auf einer **pro Person pro Versicherungsperiode Basis**, was heißt, es wird einmal im Jahr auf jede versicherte Person angewandt. Am Anfang jeder Versicherungsperiode sind Sie verantwortlich dafür die gerechtfertigten Kosten zu tragen für alle Ausgaben bis zum Wert Ihres Selbstbehalt/Selbstbeteiligung – wir bezahlen dann die Kosten danach.
- Wie Sie sich Ihren Anspruch erstatten lassen bestimmen Sie. Wir können ihn per Banküberweisung bezahlen, Auslandswechsel, oder direkt auf Ihre Kreditkarte oder per Scheck, deshalb kreuzen Sie bitte Ihre bevorzugte Methode an. Wir können nicht für die Kosten, die von einigen Banken oder Kreditkartenfirmen für Währungsumrechnungen verlangt werden, aufkommen.
- Für Ansprüche, wo Ausgaben in einer anderen Währung als der Währung angefallen sind, die für Ihre Police ausgewählt ist, wird eine Begleichung berechnet mit dem angemessenen Umrechnungskurs, der zum Zeitpunkt ihrer Anspruchsforderung gilt.

Fragen zu Ihrer Police

Wenn Sie Fragen zu Ihrer Police haben, wenden Sie sich bitte an:

Morgan Price International Healthcare Ltd
 11a Forge Business Centre
 Upper Rose Lane,
 Palgrave
 Diss
 Norfolk
 IP22 1AP
 England
 United Kingdom

Tel: + 44 (0) 1379 64 67 30

Fax: + 44 (0) 1379 65 27 94

Email: info@morgan-price.com

4 Die Basis Ihres Versicherungsschutzes

Das Antragsformular, das Sie ausgefüllt haben, zusammen mit jeglicher bereitgestellter Zusatzinformation, diesem Policentext und dem Versicherungszertifikat, zusammen mit dem Leistungsprogramm und jeglichen Befürwortungsschreiben, sind alle Teil des Versicherungsvertrags zwischen Ihnen und den Versicherern und sollten als ein Dokument gelesen werden. Vorausgesetzt, die erforderliche Prämie wurde zum Fälligkeitsdatum bezahlt, dann werden wir Ihnen und die im Versicherungszertifikat aufgeführten Personen die Leistungen, die im Policentext und im Leistungsprogramm Ihres Versicherungszertifikates aufgezeigt sind, zur Verfügung stellen.

Die Versicherung tritt in Kraft, nachdem wir eine schriftliche Bestätigung ausgestellt haben, dass der Bewerber für den Versicherungsschutz akzeptiert ist und er dadurch versichert ist und bleibt in Übereinstimmung mit den allgemeinen Geschäftsbedingungen, die in dieser Police aufgeführt sind.

Die Erbringung des Versicherungsservice und der Leistungen

Damit Sie im Klaren sind, welche unterschiedlichen Parteien den Versicherungsservice und die Leistungen anbieten:

Dies ist eine Morgan Price International Healthcare Ltd (Morgan Price) Police. Morgan Price ist für den Entwurf des Planes, den Verkauf, die Verwaltung (inclusive der Police Dokumente und das Prämieninkasso und der allgemeinen Verwaltung dieser Police verantwortlich.

Astrenska Insurance Limited of PO Box 637, Sussex House, Perrymount Road, Haywards Heath, West Sussex, England, RH16 1WR ist der Versicherer und Versicherungssträger von allen Leistungen, die durch diese Police zur Verfügung gestellt werden.

Intana ist die Instanz, die von den Versicherern bestimmt wurde, um den Service in Bezug auf die Verwaltung von Ansprüche und Fallverwaltungssysteme, Evakuierung und Hilfeleistung im Zusammenhang mit dieser Police zur Verfügung zu stellen.

Erklärung des Umfangs Ihrer Versicherungsschutzes

Sie können in den relevanten Abschnitten in dieser Police nachlesen, was abgedeckt ist und was nicht abgedeckt ist. Bitte lesen Sie sie sorgfältig durch, damit Sie den Geltungsbereich Ihrer Versicherungsdeckung vollständig verstehen.

Unsere Unternehmensphilosophy

Als geschätzter Kunde haben sie wichtige Rechte und Ansprüche. Sie haben ein Recht darauf, folgendes zu erwarten:

- **Höflichkeit und Respect.** Wir werden auf Ihre Bedürfnissen rasch, höflich und mit beruflicher Entgegenkommen eingehen. Keine Anfrage ist zu banal oder macht zu viel Mühe.
- **Hilfreiche Beratung und Anleitung.** Wir sind dazu da, Ihnen zu helfen, wenn Sie Zweifel oder Anliegen wegen Ihres Versicherungsschutzes haben oder wenn Sie beim Inanspruchnehmen und angemessener Nutzung Ihres Schutzes beraten werden wollen.
- **Diskretion.** Alle medizinische Information, die wir über sie und Ihre Familie aufgewahren wird mit der größtmöglichen Diskretion behandelt und wird nicht mit anderen geteilt oder an andere weitergeleitet, außer an denjenige, denen wir sie rechtlich mitteilen müssen.
- **Professioneller und effizienter Service.** Wir möchten unseren Mitgliedern zu aller Zeit einen hohen Standard bieten. Alle Ansprüche werden prompt bearbeitet und fair geprüft und objektiv (ohne Voreingenommenheit oder Bevorzugung) bearbeitet im Rahmen der allgemeinen Geschäftsbedingungen dieses Vertrages.

Unser Serviceversprechen

Wir streben danach, jederzeit einen erstklassigen Servicestandard anzubieten. Sollten Sie dennoch nicht zufrieden sein oder eine Beschwerde haben, dann kontaktieren Sie uns, wie unten aufgeführt. Zu Beschwerden darüber, wie Ihnen diese Police verkauft wurde oder wie sie verwaltet wurde, nehmen Sie bitte Kontakt auf mit:

Morgan Price International Healthcare Limited
11a Forge Business Centre
Upper Rose Lane
Palgrave, Diss
Norfolk IP22 1AP
England
United Kingdom

Wegen aller weiteren Beschwerden nehmen Sie bitte Kontakt auf mit:

Quality Department
Astrenska Insurance Limited
PO Box 637
Haywards Heath
West Sussex
RH16 1WR
England
United Kingdom

Email: complaints@intana-assist.com

Wir möchten Ihnen eine vollständigen Antwort innerhalb von vier Wochen nach dem Eingang Ihrer Beschwerde schicken und unsere Antwort wird unsere endgültige Entscheidung sein, die auf den vorgelegten Nachweisen basiert. Wenn es aus irgendwelchen Gründen eine Verzögerung bei unserer Untersuchung gibt, dann werden wir Ihnen den Grund dafür erklären und Ihnen mitteilen, wann eine Lösung in Aussicht steht.

Falls Sie trotzdem nicht zufrieden sein sollten oder wenn Sie keine endgültige Entscheidung innerhalb von acht Wochen nachdem Eingang Ihrer Beschwerde erhalten, haben Sie auf jedem Fall das Recht, Ihre Beschwerde an einer unabhängigen Instanz zur Betrachtung, weiterzuleiten. Diese Instanz ist die Financial Ombudsman Service (FOS):

South Quay Plaza
Exchange Tower
London
E14 9SR
United Kingdom

Telephone: +44 (0) 800 0234 567 or +44 (0) 300 123 9 123

Bitte nehmen Sie zur Kenntnis, wenn Sie diese Angelegenheit an die FOS weiterleiten möchten, dann müssen Sie das innerhalb von 6 Monaten nach unserer endgültigen Entscheidung tun. Sie müssen das oben erwähnte Verfahren abgeschlossen haben bevor die FOS Ihren Fall prüfen wird.

Ihre gesetzlichen Rechte werden hierdurch nicht eingeschränkt.

5

Wörter und Ausdrücke, die in dieser Police benutzt werden

Bestimmte Wörter und Ausdrücke werden in diesem Policentext und anderen Dokumenten benutzt, die Teil Ihrer Police sind, die besonderen Bedeutungsgehalt haben und sie sind unten definiert. Wo Worte und Ausdrücke nicht aufgeführt sind, haben sie die gleiche Bedeutung, wie im allgemeinen deutschem Sprachgebrauch.

Unfall

Eine plötzliche und unerwartete Körperverletzung, die durch heftige oder äußere Einwirkung verursacht wird.

Akut

Eine rasch einsetzende Krankheit, die starke Schmerzen oder Symptome verursacht und die von kurzer Dauer ist und die wahrscheinlich schnell auf ärztliche Behandlung anspricht.

Nebendienstleistungen

Güter und Dienstleistungen, die direkt mit Gütern oder Transport in Verbindung bringt.

Jährliches Verlängerungsdatum

Der Tag nach dem Ablaufdatum, wie er im Versicherungszertifikat aufgeführt ist.

Leistungsprogramm

Der Zeitplan, der im Versicherungszertifikat vermerkt ist, wo die Leistungen vermerkt sind, für Ihnen und Ihren berechtigten Angehörigen im Rahmen dieser Police zur Verfügung stehen, in Verbindung mit dem von Ihnen ausgesuchten Versicherungsschutz.

Geburtsfehler

Eine Fehlbildung oder eine Erkrankung, die während der Schwangerschaft und/oder Geburt entstanden ist.

Körperverletzung

Eine identifizierbare Verletzung, die direkt von einem Unfall herrührt.

Krebs

Alle bösartigen Tumore, die positiv durch histologische Bestimmung diagnostiziert wurden und die durch unkontrolliertes Wachstum und Invasion ins Gewebe gekennzeichnet sind. Der Ausdruck bösartiger Tumor umfasst auch Leukämie, Lymphome und Sarkome.

Versicherungszertifikat

Das Dokument, das an diese Police angehängt ist und auf dem der Namen des Versicherungsnehmer geschrieben steht, zusammen mit den versicherten Personen, des ausgewählten geographischen Gebietes, der ausgewählten Währung (z.B. britische Pfund, Euros oder US Dollars), des Versicherungsgrad, dem Leistungsumfang für das gewählte Deckungsniveau, Versicherungsperiode, Inkrafttreten und Ablaufdaten, Name des Versicherers und Sonderbedingungen, Bedingungen und Ausschlüsse, die auf diese Police zutreffen.

Chronische Erkrankungen

Eine Erkrankung, die zwei oder mehr der folgenden Charakteristika besitzt:

- Es gibt kein anerkanntes Heilmittel/Heilmethode
- Die Krankheitsdauer ist unbegrenzt
- Die Krankheit tritt wiederholt auf
- Die Krankheit ist dauerhaft
- Palliative Behandlung ist notwendig
- Langfristige Beobachtung, Beratung, Nachuntersuchungen, Untersuchungen oder Tests sind notwendig
- Sie müssen rehabilitiert werden oder müssen spezielles Training erhalten, um damit umgehen zu können

Anspruch

Die gesamten Kosten, um eine einzige Erkrankung oder körperliche Verletzung zu behandeln.

Naher Verwandter

Ehefrau/Ehemann oder Partner (gleichgeschlechtlich oder gegengeschlechtlich), Mutter, Schwiegermutter, Vater, Schwiegervater, Stiefmutter, Stiefvater, Vormund, Tochter, Schwiegertochter, Sohn, Schwiegersohn, (inklusive rechtlich adoptierter Sohn oder Tochter), Stiefkind, Schwägerin, Bruder, Schwager, Großeltern, Enkel oder Verlobte(r) einer versicherten Person.

Mitversicherung

Der Anteil zulässiger Kosten, für die Sie zuständig sind.

Komplikationen während der Schwangerschaft oder bei der Geburt

Zum Zwecke dieser Police gehören nur die folgenden 'Komplikationen während der Schwangerschaft oder bei der Geburt' dazu: Toxämie, gestationaler Bluthochdruckzustand, Präeklampsie, ektopische Schwangerschaft, Blasenmole, vorgeburtliche und nachgeburtliche Blutungen, Plazentarückstände, Totgeburten, Fehlgeburten, medizinisch notwendiger Kaiserschnitt, medizinisch notwendiger Schwangerschaftsabbruch.

Ans Haus gebunden sein

Wenn eine Krankheit oder eine Verletzung die Fähigkeit des Versicherten einschränkt, das Haus ohne die Hilfe anderer zu verlassen und mit einem Hilfsgerät (wie Krücken, einem Stock, einem Rollstuhl oder einem Rollator). Jede medizinisch notwendige Abwesenheit vom Haus des Versicherten darf eine versicherte Person nicht vom Status „ans Haus gebunden“ disqualifizieren.

Angeborene Missbildungen

Entwicklung eines abnormalen Organes oder einer Struktur innerhalb des Fötus im Mutterleib.

Facharzt

Ein Chirurg, Anästhesist oder Arzt, der rechtlich als Mediziner oder Chirurg qualifiziert ist, nachdem er eine anerkannte medizinische Fakultät besucht hat und anerkannt ist, dass er eine spezialisierte Qualifikation auf einem Gebiet oder Fachwissen bei der Behandlung von Krankheiten, Erkrankungen oder Verletzungen hat.

Wohnsitzland

Das Land, wo die versicherte Person(en), die durch diese Police geschützt sind, ihren Hauptwohnsitz haben; und wo sie normalerweise leben; während der Versicherungsperiode.

Kritischer Gesundheitszustand

Eine Situation bei der eine versicherte Person an einem Krankheitszustand leidet, der nach der Meinung unseres Arztes und in Konsultation mit dem behandelnden Arzt vor Ort, eine sofortige Evakuierung an eine geeignete medizinische Einrichtung benötigt.

Anfangsdatum

Das Datum, an dem die Versicherungsschutz für diese Police für eine Person zum ersten Mal beginnt.

Tagespatient

Medizinische Behandlung, die in einem Krankenhaus durchgeführt wird, wo eine versicherte Person offiziell zugelassen wird, aber aus medizinischen Gründen nicht über Nacht anwesend sein muss.

Selbstbehalt/Selbstbeteiligung

Der Geldbetrag, der auf dem Versicherungszertifikat aufgeführt wurde, der von der versicherten Person zu zahlen ist. Bitte sehen Sie sich den Abschnitt 3 im Allgemeinen Leitfadens für Ansprüche an, wo Einzelheiten aufgeführt sind, wie der Selbstbehalt/Selbstbeteiligung angewandt werden.

Familienangehörige

Die Hauptmitglieder

- Ehepartner oder Partner, gleichgeschlechtlich oder gegengeschlechtlich;
- Kind, Stiefkind oder rechtlich adoptiertes Kind, vorausgesetzt, dass er/sie unter 19 Jahre alt ist (oder unter 25, unverheiratet und noch in weiterführender Vollzeitausbildung) zum Zeitpunkt des Datums an dem sie zum ersten Mal bei dieser Police aufgeführt wurden oder an jeglichem weiteren Erneuerungsdatum.

Förderfähige Kosten

Kosten, Gebühren, Ausgaben für alle Leistungskatalogpositionen die in Abschnitt 6 dieser Police aufgeführt sind.

Zahnärztliche Notbehandlung

Zahnärztliche Behandlung, die als Ergebnis eines Unfalls durch einen extraoralen Aufprall verursacht wurden und innerhalb von 48 Stunden nach dem Datum und der Zeit des Unfalls durchgeführt wurde, um sofortige Schmerzlinderung zu erzielen für Schmerzen, die durch den Verlust oder die Schädigung der Zähne verursacht wurden.

Notfallversorgung

Medizinische Versorgung in der Notfallabteilung eines Krankenhauses zur Bewertung und Behandlung von akuten Erkrankungen, die von einem Unfall herrühren oder dem plötzlichen Auftreten einer Krankheit, wo es begründet ist, für die versicherte Person anzunehmen, dass die Symptome Ihrer Krankheit von solcher Heftigkeit seien, dass das Versäumnis sich medizinischer Behandlung zu unterziehen, zu ernsthaften Konsequenzen für die Gesundheit oder Einschränkung der Körperfunktionen führen könne.

Medizinische Notversorgung nach Transport oder Evakuierung

Medizinisch notwendiger Transport und medizinische Versorgung, die von uns genehmigt wurde. Dies schließt auch die medizinische

Versorgung während des Transportprozesses einer verletzten Person mit ein, die an einer kritischen Erkrankung leidet zum nächstliegenden geeigneten Krankenhaus. Dieses Krankenhaus mag nicht unbedingt Wohnsitzland der verletzten Person liegen.

Medizinische Notfallbehandlung

Notfallbehandlung wegen eines Unfalls oder einer Erkrankung, die außerhalb des ausgewählten Geographischen Gebietes auftritt, die nicht verschoben werden konnte bis die Person wieder in Ihr Wohnsitzland zurückkehren kann.

Ablaufdatum

Das Datum an dem der Versicherungsschutz unter dieser Police ausläuft.

Außenprothese

Eine externe Vorrichtung (d. H. Künstliche Gliedmaßen), die einen fehlenden oder defekten Teil des Körpers ersetzt oder ergänzt.

Geographisches Gebiet

Eine der drei verschiedenen Gebiete, die auf Ihrem Versicherungszertifikat aufgeführt wird, wo folgende Länder dazugehören.

Gebiet 1 dazu gehören folgende Länder: Albanien, Andorra, Österreich, Balarus, Belgien, Bosnien-Herzegovina, Bulgarien, Kanalinseln, Kroatien, Tschechien, Estland, Finnland, Frankreich, Deutschland, Gibraltar, Griechenland, Grönland, Ungarn, Island, Irland, alle Mittelmeerinseln, Insel Man, Italien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Mazedonien, Madeira, Malta, Moldawien, Monaco, Montenegro, Holland, Norwegen, Polen, Portugal, Rumänien, Russland (westlich des Urals), Serbien, die Slowakei, Slowenien, Spanien, Schweden, Schweiz, Türkei, Ukraine, Vereinigtes Königreich, Vatikan.

Gebiet 2 dazu gehören alle Länder weltweit, mit der Ausnahme der Vereinigten Staaten von Amerika und Asien.

Gebiet 3 dazu gehören alle Länder weltweit.

Herkunftsland

Das Land von dem die versicherte Person einen gültigen Pass besitzt. Wenn eine Person doppelte Staatsangehörigkeit besitzt, dann wird das Herkunftsland von dieser Person auf dem Anmeldeformular bestimmt, das für die Mitgliedschaft zu dieser Police ausgefüllt wurde.

Hospiz

Eine Einrichtung, die sich auf die Versorgung von Menschen spezialisiert, die unheilbar krank sind mit speziellem Anliegen für würdevolles Sterben.

Krankenhaus

Eine Einrichtung unter der ständigen Aufsicht eines anwesenden Arztes, die eine gesetzliche Genehmigung besitzt als medizinisches oder chirurgisches Krankenhaus im dem Land, in dem es sich befindet.

Krankheit

Jede Krankheit, Erkrankung, Störung oder Veränderung des Gesundheitszustand, die durch einen Arzt diagnostiziert wurde.

Versicherungsbeginn

Das Datum an dem der Versicherungsschutz unter der Police beginnt, wie es im Versicherungszertifikat aufgeführt ist.

Stationärer Aufenthalt

Medizinische Behandlung durch ein Krankenhaus, wo eine verletzte Person eingeliefert wurde und wo er, aus medizinischer Notwendigkeit ein eignes Bett für eine oder mehrere Nächte belegt aber nicht länger als insgesamt 12 Monate lang für eine einzige Erkrankung.

Die versicherte Person/Sie/Sie selbst/Ihre

Die Person(e)n, die auf dem Versicherungszertifikat aufgeführt sind.

Versicherer

Astrenska Insurance Limited.

Versicherungsgrad

Eines von fünf unterschiedlichen Versicherungsgraden, die durch den Evolution Gesundheitsplan erhältlich sind, wie sie auf Ihrem Versicherungszertifikat sichtbar sind und die eine der folgenden ist.

- Standard
- Standard Plus
- Comprehensive
- Premium
- Elite

Lebenszeit Limit

Die maximale Geldmenge, die wir in Bezug auf jede der Leistungen zahlen, die im Leistungsumfang Ihres Versicherungszertifikats aufgeführt sind und die das Lebenszeit Limit aufzeigen, das während der Lebenszeit der Police gilt inklusive anderer Policen, die von uns erwirkt wurden.

Krankheit

Jegliche Erkrankung oder Krankheit (inklusive psychiatrische Erkrankungen), die nicht anderweitig in dieser Police ausgeschlossen wurden.

Medizinische Behandlung

Die Versorgung mit anerkannten medizinischen oder chirurgischen Verfahren und Gesundheitsdienstleistungen, die im Auftrag und unter Aufsicht eines Arztes, zum Zwecke der Heilung einer Erkrankung, Körperverletzung oder Krankheit, oder als Linderung einer chronischen Erkrankung.

Moratorium

Versicherte Personen mit einem Moratorium Plan werden daran erinnert, dass diese Police ein Moratorium von zwei Jahren hat. Dies bedeutet, dass bereits bestehende Krankheiten während der ersten zwei Jahre nicht abgedeckt sind. Danach kann eine medizinische Vorerkrankung abgedeckt sein, wenn ein Zeitraum von 2 aufeinanderfolgenden Jahren vergangen ist, indem Sie keinerlei Symptome, Behandlungen, Medikamente, Untersuchungen oder Beratung für diese Erkrankung hatten.

Eine Vorerkrankung ist eine medizinische Erkrankung, psychologische Erkrankung oder eine damit zusammengehörige Erkrankung, für die Sie medizinisch behandelt wurden, Symptome hatten (ob untersucht oder nicht untersucht) oder Rat eingeholt haben, 5 Jahre vor Ihrem Eintrittsdatum. Eine 'zusammengehörige Erkrankung' ist eine Erkrankung, von denen unsere Ärzte glauben, dass sie die Ursache von, oder direkt mit der medizinischen Erkrankung, für die Ansprüche erhoben wird, zusammenhängt.

Organimplantation

Medizinische Behandlung zur Implantation der folgenden natürlichen menschlichen Organe: Niere, Leber, Herz, Lunge und Haut (wenn notwendig und nicht aus kosmetischen Gründen).

Bitte beachten Sie – nicht abgedeckt ist die Implantation irgendwelcher anderer Organe, natürlicher oder künstlicher Art.

Ambulante Behandlung

Medizinische Versorgung für die versicherte Person von oder auf Empfehlung eines Arztes, wo keine Aufnahme in ein Krankenhaus stattfindet, weder stationär noch als Tagespatient.

Allgemeine Gesamtleistung

Der maximale Geldbetrag, der bezahlt wird an jede versicherte Person, oder eine Bezahlung im Namen jeder versicherten Person während jeder Versicherungsperiode.

Palliative Behandlung

Eine Behandlung, dessen Hauptziel nur eine vorläufige Erleichterung der Symptome ist, und nicht die Heilung der Krankheit, die die Symptome verursacht.

Versicherungsperiode

Die Zeitperiode, die auf dem Versicherungszertifikat vermerkt ist, während dessen die Police wirksam ist, unter der Voraussetzung, dass die erforderliche Prämie bezahlt wurde.

Arzt

Ein gesetzlich zugelassener Mediziner/Zahnarzt, der durch von den entsprechenden staatlichen Behörden eine Approbation zur Ausübung des Arztberufs erhalten hat.

Physiotherapie

Medizinische Behandlung, von einem Arzt als notwendig empfohlen, um eine Krankheit, Körperverletzung oder Erkrankung zu behandeln durch einen zugelassenen und qualifizierten Physiotherapeuten. Physiotherapie beinhaltet nicht pränatale und Schwangerschaftsgymnastik, manuelle Therapie, Sportmassage oder Beschäftigungstherapie.

Plan Typ

Der Name oder der geltende Leistungsgrad, wie er auf Ihrem Versicherungszertifikat angegeben ist.

Versicherte

Die Person, Firma oder Organisation, die die Police unterschrieben hat, im Namen jeder versicherten Person und der verantwortlich ist für die Bezahlung der Prämie und dass die allgemeinen Geschäftsbedingungen eingehalten werden.

Vorerkrankung

Medizinische Erkrankung, psychologische Erkrankung oder eine damit ´zusammengehörige Erkrankung´, für die Sie medizinisch behandelt wurden, Symptome hatten (ob untersucht oder nicht untersucht) oder vor Ihrem Eintrittsdatum Rat eingeholt haben. Eine ´zusammengehörige Erkrankung´ wird als eine Erkrankung angesehen, die die Ursache von, oder direkt mit der medizinischen Erkrankung, für die Ansprüche erhoben wird, zusammenhängt.

Frühgeborenes Baby

Ist ein Baby, das vor der 37. Woche der Schwangerschaft geboren ist.

Verschreibungspflichtige Medikamente

Medikamente oder Arzneimittel, deren Verkauf und Gebrauch rechtlich auf Verordnung eines Arztes beschränkt sind. Arzneimittel, Medikamente oder andere Arzneiwaren, die freiverkäuflich sind, ohne Rezept, sind durch diese Police nicht abgedeckt.

Hauptmitglied

Der Versicherte: oder im Falle eines von einer Firma geförderten Programmes, ein Angestellter des Versicherten.

Forderungsübertragung (Subrogation)

Unser Recht, als Vertreter für Sie zu handeln und jegliche Rechte weiter zu verfolgen, die sie gegenüber einer dritten Partei haben, die haftbar ist für Ansprüche, die von uns innerhalb der Policy bezahlt wurden.

Wir/uns/unser

Astrenska Insurance Ltd in Verbindung mit Morgan Price International Healthcare, die verantwortlich sind für die Administration dieser Police im Namen der Versicherer.

6

Was versichert ist und was nicht versichert ist

Dieser Abschnitt umreißt die Leistungen, die zur Verfügung stehen innerhalb des Evolution Gesundheitsplanes, abhängig vom ihnen ausgewählten Deckungsgrad.

Bitte beziehen Sie sich auf das Leistungsprogramm in Ihrem Versicherungszertifikat für die Bestätigung der Beträge, die wir für jede versicherte Person während jeder Versicherungsperiode zahlen werden, abhängig von Ihrem ausgewählter Deckungsniveau wie auch von Ihrer gewählten Währung. Bitte beachten Sie, dass die Leistungen, die innerhalb Ihres Leistungsprogramms als ´volle Rückerstattung´ bezeichnet sind, insgesamt noch weiteren Kosten unterliegen, die normal, üblich und angemessen sind für die erbrachten Leistungen.

Punkt 1 - Maximalleistung

Was ist abgedeckt

Dies ist der Maximalleistungsbetrag, den wir bezahlen werden hinsichtlich aller Leistungen unter dem ausgewählten Leistungsgrad an jede versicherte Person in jeder Versicherungsperiode. Alle Leistungen sind zahlbar an jede versicherte Person in jeder Versicherungsperiode, sofern dies nicht anderweitig angegeben ist.

Was ist nicht abgedeckt

Wier werden nicht für Kosten aufkommen, die den Maximalleistungsbetrag übersteigen und/oder individuelle Leistungslimits für jeden Punkt unter dem ausgewähltem Grad

Punkt 2 - Leistungen bei stationärer Behandlung

Was ist abgedeckt

Wo Leistungen als abgedeckt aufgeführt werden, werden wir für die folgenden Leistungen bis zu dem gezeigten Betrag in ihrem Leistungsprogramm zahlen:

- Die Kosten des Krankenhausaufenthalts in einem Standard Einzelbettzimmer, Pflegekosten, Operationssaalkosten, hohe Abhängigkeit-/Intensiv-/Koronarstationspflege und besondere Pflegekosten.
- Chirurgen-, Narkosearzt-, Facharzt – und Arztkosten.
- Chirurgische Geräte, wenn Sie Teil eines chirurgischen Eingriffes sind und im Körper angebracht werden.
- Verschriebene Medikamente und Arzneien.
- Diagnostische Verfahren (inklusive Röntgenaufnahmen, Pathology, Kernspintomograph/CT Untersuchungen und PET Scan).
- Krankenhausunterbringung, wo eine versicherte Person bei einem verletztem Kind bleibt, das unter 19 Jahre alt ist und das ins Krankenhaus stationär eingewiesen ist für eine medizinische

Behandlung, die unter dieser Police abgedeckt ist.

- g. Pflege zu Hause, wenn dies als medizinisch notwendig verschrieben wurde, sofort im Anschluß an einen Zeitraum einer stationären Behandlung, die von dieser Police abgedeckt ist. Alle derartige Pflege muss von einer qualifizierten Pflegeschwester vorgenommen werden unter der Aufsicht und unter Anweisung eines Arztes. Die Abdeckung ist auf die Gesamtzahl der Wochen begrenzt, die unter Punkt 2 im Leistungsprogramm aufgeführt sind für jede Versicherungsperiode aufgeführt sind.
- h. Die Kosten des Krankenhausaufenthaltes in einem Standard Einzelbettzimmer in einer angemeldeten Psychiatrie wegen einer psychiatrischen Krankheit, inklusive der Gebühren des psychiatrischen Facharzttes, diagnostische Verfahren; und verschriebene Medikamente und Arzneien. Abdeckung ist auf die Gesamtzahl der Wochen begrenzt, die unter Punkt 2 im Leistungsprogramm aufgeführt sind für jede Versicherungsperiode aufgeführt sind.
- i. Medizinische Behandlung für ein frühzeitig geborenes Baby, in den ersten 2 Monaten nach der Geburt. Bitte beachten Sie, dass keine Abdeckung gilt:
 - wenn das Baby nicht zu der Police innerhalb von 14 Tagen nach der Geburt hinzugefügt wurde
 - für weitere Behandlung nach dem Ablauf der ersten 2 Monatsperiode außer für neue und unverbundene Krankheiten
- j. Physiotherapie
- k. Rehabilitation, auf stationärer Basis erhalten in einem anerkannten Rehabilitationszentrum, unter der Aufsicht und Anweisung eines Arztes. Die Leistung ist auf ein Maximum von 13 Wochen begrenzt für jede Versicherungsperiode.
- l. Externe Prothesen, externe Vorrichtung (z .B. künstliche Gliedmaßen) die einen fehlenden Teil des Körpers ersetzt oder ergänzt.
- m. Nierendialyse bis zu £/\$/€ 20.000 pro Lebenszeit Limit, wenn es zeitbegrenzt notwendig ist bei plötzlichem Nierenversagen durch eine Krankheit oder eine Verletzung, die durch Ihren Plan abgedeckt ist, und die einen anderen Teil Ihres Körpers betrifft.

Bitte beachten Sie dass jeder Anspruch, der unter Punkt 5 geltend gemacht wird von uns vorgenehmigt werden muß, weil sonst eine Mitversicherung von 25% gilt.

Was ist nicht abgedeckt

- a. Rehabilitation, außer der, die in Punkt 2 (k) beschrieben ist.
- b. Medizinische Behandlung für eine Krankheit, die unter den folgenden Leistungspunkten qualifiziert ist:
 - Punkt 4 – Krebsbehandlungsleistung
 - Punkt 5 – Organ Implantationsleistung
 - Punkt 7 – Chronische Behandlungsleistungen
 - Punkt 8 – Leistungen für angeborene Erkrankungen
 - Punkt 11 – Schwangerschafts und Mutterschutzleistungen

Bitte sehen Sie sich die Einzelheiten der entsprechenden Punkte zu diesen besonderen Leistungen an.

Punkt 3 - Leistungen bei der Behandlung von Tagespatienten

Was ist abgedeckt

Wo Leistungen als abgedeckt aufgeführt werden, werden wir für die folgenden Leistungen bis zu dem gezeigten Betrag in ihrem Leistungsprogramm zahlen:

- a. Die Kosten des Krankenhausaufenthalts, Operationssaalkosten, Pflegekosten, Chirurgen-, Narkosearzt-, Facharzt – und Arztkosten, diagnostische Untersuchungen und verschriebene Medikamente und Arzneien.
- b. Die Kosten des Krankenhausaufenthaltes in einem Standard Einzelbettzimmer in einer angemeldeten Psychiatrie wegen einer psychiatrischen Krankheit, inklusive der Gebühren des psychiatrischen Facharzttes, diagnostische Verfahren; und verschriebene Medikamente und Arzneien. Abdeckung ist auf die Gesamtzahl von 4 verschiedenen Tagesbesuchen beschränkt in jeder einzelnen Versicherungsperiode.

Bitte beachten Sie dass jeder Anspruch, der unter Punkt 3 geltend gemacht wird von uns vorgenehmigt werden muß, weil sonst eine Mitversicherung von 25% gilt.

Was ist nicht abgedeckt

Medizinische Behandlung für eine Krankheit, die unter den folgenden Leistungspunkten qualifiziert ist:

- Punkt 4 – Krebsbehandlungsleistung
- Punkt 5 – Organ Implantationsleistung
- Punkt 7 – Chronische Behandlungsleistungen
- Punkt 8 – Leistungen für angeborene Erkrankungen
- Punkt 11 – Schwangerschafts und Mutterschutzleistungen

Bitte sehen Sie sich die Einzelheiten der entsprechenden Punkte zu diesen besonderen Leistungen an.

Punkt 4 - Leistungen bei der Behandlung von Krebs

Was ist abgedeckt

Wir werden die folgenden Leistungen zahlen, bis zu dem Betrag, der in Ihrem Leistungsprogramm aufgeführt ist:

Vom dem Zeitpunkt an dem eine versicherte Person als krebskrank diagnostiziert wird, ob es akut, chronisch oder im letzten Stadium ist, werden alle und jede Behandlungen auf stationäre oder ambulante Basis, die Fachärzte, diagnostische Untersuchungen, Scan, Untersuchungen, verschriebene Arzneimittel und Verbände, Chemotherapie, Radiotherapie, Stammzelltransplantation (entweder vom Knochenmark oder vom Blut), routine Behandlung und palliative Behandlung miteinbezieht, werden unter diesem Punkt eingeschätzt und bezahlt. Berechtigte Kosten, die bis zum Zeitpunkt der Diagnose

anfallen werden nicht unter diesem Punkt der Police eingeschätzt.

Bitte beachten Sie dass jeder Anspruch, der unter Punkt 4 geltend gemacht wird von uns vorgenehmigt werden muß, weil sonst eine Mitversicherung von 25% gilt.

Punkt 5 - Leistungen bei Organ Implantationen

Was ist abgedeckt

Wir werden die folgenden Leistungen zahlen, bis zu dem Betrag, der in Ihrem Leistungsprogramm aufgeführt ist:

Kosten, die direkt mit der Implantation der folgenden natürlichen menschlichen Organe: Niere, Leber, Herz, Lunge und Haut (wenn notwendig und nicht aus kosmetischen Gründen).

Bitte beachten Sie dass jeder Anspruch, der unter Punkt 5 geltend gemacht wird von uns vorgenehmigt werden muß, weil sonst eine Mitversicherung von 25% gilt.

Was ist nicht abgedeckt

- a. Die Kosten im Zusammenhang mit der Suche eines Ersatzorgans oder jegliche Kosten, die für die Entfernung des Organs vom Spender anfallen, die Transportkosten für das Organ und alle damit verbundenen Verwaltungskosten.
- b. Kosten mit der Beschaffung und/oder Implantation eines künstlichen und/oder nicht-menschlichen Organs.
- c. Medizinische Behandlung verbunden mit Kryokonservierung, Implantation oder Reimplantation von lebendigen Zellen oder lebendigem Gewebe, ob autolog oder von einem Spender zur Verfügung gestellt.

Punkt 6 - Leistungen bei ambulanter Behandlung

Was ist abgedeckt

Wo es als abgedeckt aufgezeigt ist, werden wir für die folgenden Leistungen zahlen, bis zu der Summe in Ihrem Leistungsprogramm:

- a. Ambulante Chirurgie für kleinere operative Eingriffe in einer Arztklinik/Praxisräumen oder einer ambulanten Einrichtung.
- b. Die Dienstleistungen eines Arztes und/oder eines Facharztes inklusive; verschriebene Medikamente, Arzneien, und Schlaufen und Verbände.
- c. Diagnostische Tests, Untersuchungen inklusive EKG, Röntgen, Pathologie, Histologie, Kernspintomograph/CT Untersuchungen und PET Scan.
- d. Physiotherapie
- e. Die Kosten für das Ausleihen von Gehilfen wie: Gehstöcke oder Rollator, Rollstühle; und Krücken.
- f. Chiropraktische, homeopathische, osteopathische, Akkupunktur, ayurvedische, Kräuter und chinesische Medikamente, die durch einen zugelassenen Arzt zur Verfügung gestellt werden, inklusive verschriebene Medikamente und Arzneien.

- g. Hormonersatztherapie zur Linderung der Symptome von Menopause, inklusive verschriebene Medikamente, Pflaster und Implantate.
- h. Behandlung einer Geisteskrankheit, psychiatrische und psychologische Störungen inklusive Beratung und verschriebene Arzneien und Medikamente, wenn eine Überweisung eines Primärarzt vorliegt. Abdeckung ist auf die Anzahl der Besuche beschränkt, die unter Punkt 6 Ihres Leistungsprogramms aufgeführt sind für jede Versicherungsperiode.

Was ist nicht abgedeckt

- a. Bezüglich des obigen Punkt 6 (h), werden wir keine Ansprüche für eine Behandlung bezahlen, die innerhalb von 12 Monaten nach Versicherungsantritt erfolgt.
- b. Medizinische Behandlung für eine Krankheit, die unter den folgenden Leistungspunkten qualifiziert ist:
 - Punkt 4 – Krebsbehandlungsleistung
 - Punkt 5 – Organ Implantationsleistung
 - Punkt 7 – Chronische Behandlungsleistungen
 - Punkt 8 – Leistungen für angeborene Erkrankungen
 - Punkt 11 – Schwangerschafts und Mutterschutzleistungen

Bitte sehen Sie sich die Einzelheiten der entsprechenden Punkte zu diesen besonderen Leistungen an.

Punkt 7 - Leistungen Behandlung chronischer Erkrankungen

Was ist abgedeckt

Soweit gezeigt, werden wir für die folgenden Leistungen zahlen, bis zu dem Betrag, der in Ihrem Leistungsplan angezeigt wird

- a. Stationäre Behandlung, als Tagespatient und ambulante Behandlung inklusive: diagnostische Tests, Untersuchungen und verschriebene Arzneien und Medikamente ; für die medizinische Behandlung und akute Verschlechterung und Diagnose einer chronischen Erkrankung.
- b. Es sind Leistungen für chronische Erkrankungen oder verbundene Erkrankungen zahlbar, in jeder Versicherungsperiode.
- c. Stationäre Behandlung, als Tagespatient und ambulante Behandlung inklusive: diagnostische Tests, Untersuchungen und verschriebene Arzneien und Medikamente ; für die medizinische Routine Behandlung und palliative Behandlung einer chronischen Erkrankung.
- d. Es sind Leistungen für jede chronische Erkrankung und/oder verbundene Erkrankungen zahlbar, in jeder Versicherungsperiode.
- e. Unterbringung in einem Hospiz für palliative Behandlung für eine versicherte Person, mit Terminal-Diagnose. Die Leistung wird unter Punkt 7 in Ihrem Leistungsprogramm aufgeführt auf ´ pro Nacht ´ Basis und ist auf eine maximale Anzahl von

14 Nächten innerhalb jeder Versicherungsperiode begrenzt.

- f. Medizinische Behandlung für HIV und AIDS inklusive verbundener Krankheiten, als Resultat einer Infektion bei einer Blutübertragung, die stattfand nach dem Eintrittsdatum des Versicherten in die Versicherung. Diese Leistung ist nur 2 aufeinander folgende Jahre lang verfügbar bei dieser Police. **Das Lebenszeit Limit ist gilt für diese Leistung.**

Bitte beachten Sie, dass jeder Anspruch, der unter Punkt 7 für geltend gemacht wird von uns vorgenehmigt werden muß, weil sonst eine Mitversicherung von 25% gilt.

Was ist nicht abgedeckt

- Die Behandlung einer chronische Erkrankung, die vor dem Eintrittsdatum der versicherten Person bereits diagnostiziert wurde und die davor existierte, es sei denn dies wurde schriftlich vom Versicherer bestätigt.
- Chronische terminale Niereninsuffizienz, für die regelmäßige oder langfristige Dialyse notwendig ist.
- Medizinische Behandlung für eine Erkrankung, die unter den folgenden Leistungspunkten qualifiziert ist:
 - Punkt 4 – Krebsbehandlungsleistung
 - Punkt 8 – Leistungen für angeborene Erkrankungen

Bitte beziehen Sie sich auf die relevanten Einzelheiten für die spezifischen Leistungen.

- Organ Implantation als medizinische Behandlung für eine chronische Erkrankung.

Bitte beziehen Sie sich auf Punkt 5 der Organ Implantationleistungen für die relevanten Einzelheiten für die spezifischen Einzelheiten dieser Leistungen.

Punkt 8 - Leistungen Angeborene Missbildungen

Was ist abgedeckt

Wo es als abgedeckt gezeigt ist, werden wir die folgenden Leistungen bis zur Summe, die in Ihrem Leistungsprogramm aufgeführt ist, zahlen: angeborene Erkrankungen, die bei der Geburt nicht entdeckt wurden und die nachfolgend mit Chirurgie korrigiert werden können. **Das Lebenszeit Limit trifft auf diese Leistungen zu.**

Bitte beachten Sie dass jeder Anspruch, der unter Punkt 8 geltend gemacht wird, von uns vorgenehmigt werden muß, weil sonst eine Mitversicherung von 25% gilt.

Punkt 9 - Leistungen bei Wellness

Was ist abgedeckt

Wo es als abgedeckt gezeigt ist, werden wir die folgenden Leistungen bis zur Summe, die in Ihrem Leistungsprogramm aufgeführt ist, zahlen:

- Wellness Vorsorgeuntersuchungen (Screening) inklusive: folgende Krebsvorsorgeuntersuchungen: Abstriche,

Mammogramme und Vorsorgeuntersuchungen für Prostata/Dickdarm/Hoden.

UND

Tests für: Körpertemperatur, Puls, Blutdruck, Atmung, volles Blutbild, Nüchtern-Blutzucker, Lipidprofil (Fett), Nierenfunktionswerte, Leberfunktionswerte und Schilddrüsenwerte.

- Impfungen und Immunisierungen, die direkt mit Reisen ins Ausland zusammenhängen.
- Routine und vorbeugende Impfungen für ein versichertes Kind, das unter 10 Jahre alt ist.
- Einen jährlicher Seh-/Augentest.
- Ein Beitrag zum Kauf von Brillen oder Kontaktlinsen, wenn diese von einem Augenarzt oder Optiker verschrieben wurden.
- Einen jährlichen Hörtest
- Beiträge für ein Hörgerät, wenn dieses von einem Audiologist/Ohren, Nasen, Hals Facharzt verschrieben wurde.
- Behandlung und Beratung im Zusammenhang mit korrekter Laserbehandlung, wenn Sie von einem Augenarzt durchgeführt wird.

Bitte beachten Sie dass ausgewählte Selbstbehalt/Selbstbeteiligung nicht auf Ansprüche unter Punkt 9 zutreffen.

Was ist nicht abgedeckt

- Kosten, die innerhalb der ersten 12 Monate vom Antrittsdatum der versicherten Person auftreten.
- In Bezug auf obigen Punkt 9 (e):
 - Kontaktlinsen für rein kosmetische Zwecke.
 - Sonnenbrillen jegliche Art, auch verschriebene Sonnenbrillen

Punkt 10 - Dentale Leistungen

Was ist abgedeckt

Wo es als abgedeckt gezeigt ist, werden wir die folgenden Leistungen bis zur Summe, die in Ihrem Leistungsprogramm aufgeführt ist, zahlen:

- Zahnärztliche Notbehandlung**
Zahnärztliche Behandlung für sofortige Schmerzlinderung mit direkter Ursache eines Unfalls. Nur Behandlungen, die innerhalb der ersten 48 Stunden nach dem Datum des Unfalls durchgeführt wurden sind abgedeckt.
- Routinemäßige zahnärztliche Untersuchungen**
Die folgenden zahnärztlichen untergeordneten Leistungen sind dem allgemeinen Maximum für zahnärztlichen Routinebehandlungen unterworfen, dessen Limit in ihrem Leistungsprogramm in Ihrem Versicherungszertifikat aufgeführt ist.
 - Routine Untersuchung. Maximal 2 Besuche sind während der Versicherungsperiode erlaubt.

- ii. Reinigen und Polieren. Maximal 2 Besuche sind während der Versicherungsperiode erlaubt.
 - iii. Füllungen mit Amalgam oder Verbundmaterialien. Diese untergeordnete Leistung wird auf einer ´pro Zahn´ Basis gezahlt.
 - iv. Zähne ziehen (mit Ausnahme von Weisheitszähnen). Diese untergeordnete Leistung wird auf einer ´pro Zahn´ Basis gezahlt.
 - v. Röntgenaufnahmen, Abdrücke und Infektionsbehandlung inklusive: verschriebene Antibiotika und provisorische Füllungen.
- c. Das Ziehen von Zähnen unterhalb des Zahnfleisch, impaktierte Zähne und verlagerte Weisheitszähne als ambulanter, Tages- oder stationärer Patient.
- d. Größere Zahnbehandlungen
Die folgenden zahnärztlichen untergeordneten Leistungen sind dem allgemeinen Maximum für zahnärztlichen Routinebehandlungen unterworfen, dessen Limit in ihrem Leistungsprogramm in Ihrem Versicherungszertifikat aufgeführt ist.
- i. Wurzelbehandlung, neue Porzellankrone, neues Inlay, neue Brücke. Diese untergeordnete Leistung wird auf einer ´pro Zahn´ Basis gezahlt.
 - ii. Reparaturen für Kronen oder Inlays . Diese untergeordnete Leistung wird auf einer ´pro Zahn´ Basis gezahlt.
 - iii. Reparaturen an Brücken. . Diese untergeordnete Leistung wird auf einer ´pro Zahn´ Basis gezahlt.
- e. Kieferorthopädische Arbeit für versicherte Kinder unter 19 Jahren.

Bitte beachten Sie den ´Was ist nicht abgedeckt´ Punkt (f) für Details zu Wartezeiten, die für Leistungen unter diesem Punkt gelten.

Bitte beachten Sie dass:

- jegliche Selbstbehalt/Selbstbeteiligung nicht auf Ansprüche unter diesen Punkten zutreffen.
- Eine Mitversicherung von 10% für alle Leistungen unter den Punkten 10 (b), (c), (d) und (e) gilt.
- jegliche Ansprüche unter Punkt 10 (c) für eine Krankenhausaufnahme muss von uns vorgenehmigt werden, ansonsten wird eine Mitversicherung von 25% fällig.

Was ist nicht abgedeckt

- a. Zahnärztliche Nofallbehandlung wo:
- die Verletzung durch jegliches Essen und Trinken verursacht wurde, auch nicht, wenn ein Object darin vorhanden war;
 - Beschädigung durch normale Abnutzung;
 - Beschädigung durch Zahnputzen oder andere Hygieneprodukte;
 - Die Verletzung, die anders zustande kam als durch extra-orale Aufprall.

- b. Zahnärztliche Nofallbehandlung soll nicht beinhalten: restaurative und sanierende Behandlung, der Gebrauch von Edelmetallen; keinerlei Kieferorthopädie; oder chirurgische Zahnbehandlung im Krankenhaus, es sei denn Zahnchirurgie ist die einzige Möglichkeit der Schmerzlinderung.
- c. Die Kosten für Edelmetalle bei allen zahnärztlichen Behandlungen.
- d. Gingivitis, Parodontose, Zahnfleischerkrankungen aller Art.
- e. Zahnärztliche Behandlung anders als im Leistungsbericht.
- f. In Bezug auf die Deckung für:
- ´Routine Zahnärztliche Behandlung´ und ´größere Zahnbehandlungen´ werden wir keine Ansprüche bezahlen, die innerhalb der ersten 6 Monate nach dem Versicherungsantritt des Versicherten gestellt werden.
 - Kieferorthopädie Behandlung´, werden wir keine Ansprüche bezahlen:
 - i. die innerhalb der ersten 6 Monate nach dem Versicherungsantritt des Versicherten g gestellt werden.
 - ii. an keine versicherte Person zahlen, die 19 Jahre oder älter ist zum Zeitpunkt der Behandlung.
- g. Die Kosten jeder Mitversicherung ist anwendbar unter Punkt 10 (b), (c), (d), oder (e) für diese Leistungen.

Punkt 11 - Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt

Was ist abgedeckt

Wo Leistungen als abgedeckt aufgezeigt sind, werden wir für die folgenden Leistungen bezahlen, bis zum Wert, der im Leistungsprogramm aufgezeigt ist:

- a. Die Kosten für ´Komplikationen während der Schwangerschaft und Geburt´ inklusive: aller Schwangerschaftsvorsorge, Entbindungskosten, Krankenhausaufenthalt für das Neugeborene sofort nach der Geburt; und Schwangerschaftsnachsorge für die Mutter.
- b. Die Kosten der normalen Schwangerschaft und der Geburt inklusive: aller Schwangerschaftsvorsorge, Entbindungskosten, Krankenhausaufenthalt für das Neugeborene und Schwangerschaftsnachsorge für die Mutter.
- c. Beiträge zu den anfänglichen Kindervorsorgeuntersuchungen für das Neugeborene.

Bitte beachten Sie dass alle Leistungen unter diesem Punkt zu bezahlen sind:

- **Nachdem die werdende Mutter durch die Police für 10 aufeinander folgende Monate abgedeckt war.**
- **Auf einer ´pro Schwangerschaft´ Basis.**

Leistungen unter den Punkten 11(b) und (c) sind auch anwendbar im Falle einer Entbindung durch Kaiserschnitt oder einer geplanten Entbindung zu Hause.

Für den Zweck dieser Police: als ´Komplikationen während der

Schwangerschaft werden nur folgende anerkannt: Toxämie, gestationaler Bluthochdruckzustand, Präeklampsie, ektopische Schwangerschaft, Blasenmole, vorgeburtliche und nachgeburtliche Blutungen, Plazentarückstände, Totgeburten, Fehlgeburten, medizinisch notwendiger Kaiserschnitt, medizinisch notwendiger Schwangerschaftsabbruch.

Bitte beachten Sie:

- Jegliche Ansprüche unter Punkt 11 für eine Krankenhausaufnahme muss von uns vorgehenigt werden, ansonsten wird eine Mitversicherung von 25% fällig.
- Eine Mitversicherung von 10% gilt für Leistung 11 (b).

Was ist nicht abgedeckt

- a. Jegliche Kosten die innerhalb der ersten 10 Monate vom Antrittsdatum der versicherten Person anfallen. Aus Gründen der Genauigkeit: die Empfängnis kann während dieses ersten Zeitraumes stattfinden, aber unsere Haftung für zulässige Kosten wird erst anfangen, wenn der 10-monatige Zeitraum vorbei ist.
- b. Schwangerschaftsabbruch aus nicht medizinischen Gründen.
- c. Schwangerschaftsvorsorgekurse und Hebammenkosten, wenn sie nicht direkt mit der Kindesentbindung im Zusammenhang stehen.
- d. Komplikationen, die wegen einer geplanten Geburt zu Hause entstehen.
- e. Behandlung, die aus der Kindervorsorge zustande kommen, es sei denn das Neugeborene wird der Versicherungspolice als versicherte Person hinzugefügt.
- f. Die Kosten einer Mitversicherung, die auf Punkt 11 (b) anwendbar ist.

Punkt 12 - Leistungen bei Behandlung bei Unfruchtbarkeit

Was ist abgedeckt

Wo es als abgedeckt gezeigt ist, werden wir die folgenden Leistungen bis zur Summe, die in Ihrem Leistungsprogramm aufgeführt ist, zahlen:

Untersuchung zur Ursache von Unfruchtbarkeit, wo beide Mitglieder versichert sind unter der Police und wenn der Arzt des Paares glaubt, dass es Symptome und/oder Hinweise auf eine medizinische Ursache gibt.

Was ist nicht abgedeckt

- a. Kosten, die innerhalb der ersten 12 Monate vom Antrittsdatum der versicherten Person auftreten.
- b. Medizinische Behandlung für Unfruchtbarkeit, oder andere verbundene Zustände, wenn ein medizinischer Grund gefunden ist.

Punkt 13- Leistungen bei Geldzuwendungen

Was ist abgedeckt

Wo es als abgedeckt gezeigt ist, werden wir die folgenden Leistungen bis zur Summe, die in Ihrem Leistungsprogramm aufgeführt ist, zahlen:

- a. Krankenhaus Barleistung zahlbar bei stationären Behandlungen wenn der Patient eine kostenlose Behandlung durch die Bereitstellung eines staatlich organisierten staatlichen Gesundheitsdienst, für den keine Ansprüche unter keiner der Leistungen dieser Police geltend gemacht wurden. Diese Leistung ist zahlbar auf einer 'pro Nacht' Basis bis zu einem Maximum von 30 Nächten während jeder Versicherungsperiode.
- b. Mutterschafts Barleistung zahlbar bei der Geburt von jedem Kind. Zahlung dieser Leistung unterliegt der Bedingung, dass das Kind mindestens 10 Monate nach dem Antrittsdatum der Mutter geboren wird. Diese Leistung ist nur zahlbar, wenn keine Ansprüche für die Schwangerschaft und/oder Geburt gemacht wurden oder für andere Punkte dieser Police.

Bitte beachten Sie, dass das offizielle Hinzufügen des Neugeborenen keinen formalen Anspruchsantrag für diese Leistung darstellt.

- c. Genesungsbargeld für jede vollständige Woche Bettruhe zu Hause (mit Ausnahme der ersten Woche), auf die Anweisungen des behandelnden Facharzt, sofort nach dem stationären Krankenhausaufenthalt für eine Erkrankung, die von dieser Police abgedeckt wird. Die Leistung wird für einen maximalen Zeitraum von 4 Wochen innerhalb jeder Versicherungsperiode gezahlt.

Bitte beachten Sie dass ausgewählte Selbstbehalt/Selbstbeteiligung nicht auf jegliche Ansprüche unter Punkt 13 zutreffen.

Punkt 14 - Leistungen bei medizinischem Patiententransport und Evakuierung

Was ist abgedeckt

Wo es als abgedeckt gezeigt ist, werden wir die folgenden Leistungen bis zur Summe, die in Ihrem Leistungsprogramm aufgeführt ist, zahlen:

- a. Die Kosten zum Transport einer verletzten Person zum nächsten geeigneten Krankenhaus entweder in das Wohnsitzland oder ein naheliegendes Land und zurückbringen der verletzten Person an ihr Wohnsitzland nach der Behandlung.
- b. Die Kosten einer medizinischen Begleitperson, wenn notwendig, um die verletzte Person während des Transports zu begleiten.
- c. Angemessene Reisekosten für einen Freund oder einen nahen Verwandten, um die verletzte Person während des Transports zu begleiten. Der Freund oder nahe Verwandte muss am gleichen Ort wie die verletzte Person gewesen sein zum Zeitpunkt des Ereignisses, das den Transport notwendig macht.

- d. Übernachtungskosten für den begleitenden Freund oder nahen Verwandten, um in der Nähe der verletzten Person zu bleiben, während die im Krankenhaus ist. Die Beträge, die unter Punkt 14 Ihres Leistungsprogramms basieren auf einer ´pro Nacht´ Basis bis zu einem Maximum von 10 Nächten für jedes neue und einzelne Ereignis.
- e. Medizinische Assistenzdienstleistungen inklusive der Bereitstellung von grundlegendem ärztlichen Rat per Telefon und Hilfe beim Ersetzen von grundlegenden verschriebenen Medikamenten.
- f. Nach einem Notfalltransport oder einer Evakuierung, werden wir Transport zu einem festgelegten Bestimmungsort arrangieren und bezahlen für jede(s) Kind(er), die unter 19 Jahre und unbeaufsichtigt zu Hause gelassen wurden oder bezahlen die Reisekosten (ein Hin- und Rückticket, Economy Class) für eine Person, die auf die Kind(er) zu Hause aufpassen kann.
- g. Transport sterblicher Überreste nach dem Tode. Im Todesfall einer versicherten Person während diese sich außerhalb des Herkunftsland aufhält, werden wir eine der folgenden Leistungen anbieten, je nach den Wünschen der verstorbenen Person oder den nächsten Angehörigen.
 - i. Transport der sterblichen Überreste zum Herkunftsland des Verstorbenen
ODER
 - ii. Ein Beitrag zum Sarg
ODER
 - iii. Kostenbeitrag zur Feuerbestattung im Lande, wo der Tod eintrat und Transport der Urne entweder zum Herkunftsland des Verstorbenen oder zum Wohnsitzland.
ODER
 - iv. Örtliches Begräbnis im Lande, wo der Tod eintrat (wenn es nicht das Herkunftsland des Toten ist.)

Bitte beachten Sie, dass:

- jeder Anspruch unter diesem Punkt gemacht wird, von uns vorgenehmigt werden muß, weil sonst eine Mitversicherung von 25% gilt.
- Bitte beachten Sie dass ausgewählte Selbstbehalt/Selbstbeteiligung nicht auf Ansprüche unter diesem Punkt zutreffen.

Was ist nicht abgedeckt

- a. Jegliche weitere Transportkosten, die als Resultat derselben Erkrankung entstehen, nachdem wir die versicherte Person in das Wohnsitzland zurückgebracht haben.
- b. Reise und Übernachtungskosten, es sei denn sie wurden durch uns genehmigt und schriftlich vor dem Reisedatum bestätigt.
- c. Evakuierungskosten, wenn die versicherte Person nicht ins Krankenhaus eingeliefert wird zur medizinischen Behandlung, oder wo die Kosten nicht mit von uns vor der Reise genehmigt wurden.
- d. Die Verlegung einer schwangeren Frau in ein Krankenhaus

für eine routinemäßige Geburt, es sei denn es treten medizinische Komplikationen auf.

- e. Jede zusätzlichen Reisekosten, die dem ernannten Freund oder nahen Verwandten entstehen, wenn es notwendig wird, dass wir einen weiteren Transport für die verletzte Person zu einem zweiten Krankenhaus im selben Land arrangieren müssen.
- f. Beerdigungs- und Feuerbestattungskosten beinhalten keine Kosten für religiös Praktizierend, Blumengaben, Musikbeiträge, Mieten von Beerdigungsautos und Essen und Getränke.
- g. Jegliche Kosten, die anfallen, wenn die versicherte Person in seinem Herkunftsland gestorben ist.
- h. Jede Kosten, die unter Punkt 14 (g) entstehen, für Transport, Feuerbestattung und örtliche Beerdigung der sterblichen Überreste, wo der Tod direkt oder indirekt durch eine Erkrankung, Behandlung und Unfall eintrat, die nicht in dieser Police abgedeckt ist.

Punkt 15 - Notfallschutz außerhalb des Versicherungsschutzgebietes

Was ist abgedeckt

Wo es als abgedeckt gezeigt ist, werden wir die folgenden Leistungen bis zur Summe, die in Ihrem Leistungsprogramm aufgeführt ist, zahlen:

Wenn Sie außerhalb der Länder Ihres geographischen Gebietes reisen, zahlen wir nur für Notfallbehandlungen. Dies trifft nur dann zu, wenn Sie nicht mehr als insgesamt 30 Tage in jeder Versicherungsperiode reisen.

Was ist nicht abgedeckt

- a. Nicht-Notfallbehandlungen außerhalb ihres geographischen Gebietes.
- b. Notfallbehandlungen wenn die gesamte Anzahl der Reisetage in jeder Versicherungsperiode mehr als 30 beträgt.

Punkt 16 - Leistungen bei Evakuierung ins Herkunftsland

Was ist abgedeckt

Wo es als abgedeckt gezeigt ist, werden wir die folgenden Leistungen bis zur Summe, die in Ihrem Leistungsprogramm aufgeführt ist, zahlen: Die Kosten des Transports der verletzten Person in Ihr Herkunftsland und nach der Behandlung wird die verletzte Person wieder in ihr Wohnsitzland zurückgebracht.

Die Kosten einer medizinischer Begleitperson, wenn notwendig, um die versicherte Person während des Transport zu begleiten.

Bitte beachten Sie, dass:

- jeder Anspruch, der unter diesem Punkt geltend gemacht wird von uns vorgenehmigt werden muß, weil sonst eine Mitversicherung von 25% gilt.
- Bitte beachten Sie dass ausgewählte Selbstbehalt/Selbstbeteiligung nicht auf Ansprüche unter diesem Punkt zutreffen.

Was ist nicht abgedeckt

- Weitere Transportkosten als Ergebnis derselben Erkrankung, wenn wir die versicherte Person in ihr Wohnsitzland zurückgebracht haben.
- Reisekosten, es sei denn sie wurden spezifisch mit uns abgesprochen und schriftlich vor dem Antritt der Reise bestätigt.
- Reisekosten, wo das Herkunftsland außerhalb des in dieser Police ausgewählten und wirksamen geographischen Gebietes fällt.
- Evakuierungskosten, wenn die versicherte Person nicht in ein Krankenhaus eingeliefert wird für medizinischer Behandlung oder wo die Kosten nicht von uns vor Beginn der Reise genehmigt wurden.
- Der Transfer einer schwangeren Frau ins Krankenhaus für eine Routinegeburt, es sei denn es gibt medizinische Komplikationen.

Folgen, inklusive der daraus resultierenden Schwangerschaft und Geburt oder die Komplikationen der assistierten Fortpflanzungsbehandlung oder die Komplikationen aus der dadurch entstandenen Schwangerschaft und Geburt.

9. Jede Art von betrügerischer, illegaler, krimineller, absichtlich fahrloser oder leichtsinniger Handlung durch die versicherte Person und die Konsequenzen, die aus dieser Handlung direkt oder indirekt entstehen.
10. Jeder Anspruch, der durch eine unternommene Reise entsteht, die gegen den ärztlichen Rat unternommen wurde.
11. Eine Flugreise, wenn die versicherte Person mehr als 28 Tage schwanger ist.
12. Kosten in Verbindung mit medizinischer Behandlung eines frühgeborenen Kindes nach den ersten 2 Monaten nach dem Geburtsdatum.
13. Irgendwelche Ansprüche, die sich aus Geburtsschäden und Geburtsfehler, angeborener Erkrankungen, angeborener Missbildungen, außer wenn Sie unter Absatz 6, Punkt 8 abgedeckt sind.
14. Jegliche Kosten nach dem Ablauf jeglicher Versicherungsperiode, es sei denn die Versicherung wurde für die nächsten 12 Monate verlängert und die Prämie wurde bezahlt.
15. Medizinische Behandlung für den Humanen Immundefekt Virus (HIV) oder mit HIV verbundene Krankheiten, inklusive des erworbenen Immunschwächesyndrom (AIDS) und der beginnenden Immunschwäche (AIDS related Complex ARC) und alle ähnlichen Infektionen, Krankheiten, Verletzungen oder medizinischen Krankheiten, die durch diese Erkrankungen entstehen, außer wenn Sie unter Absatz 6, Punkt 7 (d) und in Verbindung mit dem Leistungslimit innerhalb des Leistungsprogramms Ihres Versicherungszertifikat aufgeführt ist.
16. Jegliche Behandlungen, die experimentell und/oder unerprobt sind und jegliche Konsequenzen die sich direkt oder indirekt daraus ergeben. Für den Zweck dieser Police sind experimentelle oder unerprobte Behandlungen jede Behandlungen, die nicht wissenschaftlich durch die offizielle Regierungskontrollagentur des Landes, indem die Behandlung durchgeführt wird, anerkannt ist.
17. Jegliche Behandlung und/oder Gebrauch von Arzneien/ Medikamenten, die keine Lizenz von der offiziellen Regierungskontrollagentur haben, von dem Land, in dem die Behandlung durchgeführt wird, oder wo die Arzneien/ Medikamente verschrieben wurden, oder Arzneien/ Medikamente, die nicht in Übereinstimmung mit den zugelassenen Indikation benutzt wird.
18. Drogentherapie und/oder Behandlung, die durch einen nicht-zugelassenen Arzt verabreicht wird oder wo der Arzt in dem Land nicht zugelassen ist wo die Drogentherapie und/oder Behandlung vorgenommen wird.
19. Routine und Vorsorgemedizin, Impfungen jeder Art und Vorsorgeuntersuchungen jeder Art, allgemeine Vorsorgeuntersuchung, es sei denn dies ist ausdrücklich durch Ihren ausgewählten Plan abgedeckt.

7 Allgemeine Ausschlüsse

Die folgenden Ausschlüsse gelten für alle Punkte in dieser Police.

Wir werden keinerlei Ansprüche für folgendes bezahlen:

1. Medizinische Erkrankungen, psychologische Erkrankungen oder ´verbundene Erkrankungen´ für die versicherte Person behandelt wurde, Symptome hatte (untersucht oder nicht) oder Rat geholt hat vor dem Eintrittsdatum es sei denn solch eine Erkrankung wurde uns gemeldet und von uns schriftlich als Teil des Versicherungsschutz akzeptiert. Eine ´verbundene Erkrankung´ wird als medizinische Erkrankung angesehen, die entweder der zugrundeliegende Grund oder mit der Krankheit, für die Ansprüche geltend gemacht wird, direkt zusammenhängt.
2. Medizinische Behandlung für Alkoholismus, Drogen und Drogenmissbrauch und jede direkte oder indirekt zuschreibbare Erkrankung und/oder körperliche Verletzung.
3. Medizinische Behandlung für Abhängigkeitserkrankungen und/oder Zwangsstörungen.
4. Medizinische Behandlung weil die verletzte Person alkoholisiert/betäubt ist und/oder unter der Wirkung des Alkohols, Rauschmittel, Drogen oder Betäubungsmittel leidet.
5. Absichtlich selbst zugefügte Verletzungen, unnötiges Aussetzen von Gefahren (mit Ausnahme bei dem Versuch ein anderes Menschenleben zu retten), Selbstmord, versuchter Selbstmord oder Sonnenbrand.
6. Nahrungsergänzungsmittel, Nährstoffergänzungsmittel, Bodybuilding Ergänzungsmittel und Substanzen, Ballaststoffe, Fettsäuren, Aminosäuren, Vitamine, Mineralien und organische Stoffe, auch wenn es von einem Arzt verschrieben wurde.
7. Verhütung, Sterilisierung oder dessen Umkehrung, auch wenn es von einem Arzt verschrieben wurde.
8. Medizinische Behandlung in jeglicher Form der assistierten Fortpflanzung (inklusive in Vitro Fertilisation) und dessen

20. Schönheitschirurgie, kosmetische Behandlungen und nachbessernde Chirurgie, Fettentfernung oder andere überschüssiges Gewebe oder die Konsequenzen derartiger Behandlungen, ob aus psychologischen Gründen oder nicht. Schönheitschirurgie oder Behandlung wird nur in Betracht gezogen als direkte Folge:

- einer Krankheit;
- einer Verletzung oder eines Unfalls; oder
- Chirurgie für Krebs, der während der Versicherungsperiode auftritt und die durch die Police abgedeckt ist.

21. Jegliche Ansprüche, die durch Gewichtsverlust entstehen, Gewichtsproblemen oder Essstörungen.

22. Jegliche Ansprüche, die sich aus Schnarchen oder Schlafstörungen ergeben.

23. Chirurgie (außer Laserbehandlung durch einen Augenchirurg), um Kurz- und Weitsichtigkeit oder andere Augendefekte zu korrigieren, oder andere Augendefekte, die von einem Unfall verursacht oder einer Erkrankung, die während der Versicherungsperiode auftritt.

24. Stammzellentransplantationen für medizinische Erkrankungen, außer wenn sie unter Absatz 6, Punkt 4 abgedeckt sind.

25. Medizinische Behandlung durch einen Arzt, der ein enger Verwandter der versicherte Person ist, es sei denn dies wurde von uns vorher genehmigt.

26. Ansprüche, die sich als Resultat daraus ergeben, dass die versicherte Person (durch Teilnahme oder Ausüben) bei besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten, inklusive, aber nicht nur beschränkt auf:

- Gerätetauchen, tiefer als 100m; Haifische füttern/ Käfigtauchen; Wildwasserfahren (Stärke 5 und 6); Schwarzwasser- und Wildwasserrafting, Segeln außerhalb der Hoheitsgewässer, Segeln (Rennen), Sporttauchen tiefer als 30m oder wo es kein gültiges PADI Zertifikat gibt, Tombstoning;
- Boxen, Gewichtheben, Ringkampf, Hurlingspiel, professioneller Sport, Rennen oder Stunting Motorsport, Rennen jeder Art, außer zu Fuß;
- Allein Höhlenklettern, Höhlentauchen und Pot Holing, Bergsteigen und Bergsport (mit Seilen und Bergführern); Klettern oder Klippenklettern oder Scrambleklettern;
- Fliegen oder das Teilnehmen in anderen Flugsportaktivitäten, außer beim Verreisen als bezahlender Passagier in einem zugelassenen Flugzeug; Solo Drachenfliegen/Gleitschirmfliegen; Base Jumping; Turm Springen; Microlight fliegen; Solo Fallschirmspringen; Bungee-Jumping;
- Heli-skiing; Bobfahren/Rennrodel fahren; Eissegeln; Eiswindsurfen; Skeleton Bob fahren; abseits der Piste Skifahren; Skispringen, Skirennen, Skistunting; abseits der Piste Snowboarden; Schlitten fahren;
- Jagen/Schießen; Jagen auf dem Pferd; Pferdespringen;

Polo; Point to Point; Safari mit Gewehren; Hindernis- oder jede Art von Pferderennen;

Die folgenden Aktivitäten sind abgedeckt, sofern sie auf Amateurniveau ausgeübt werden.

- Abseilen, Amerikanischer Football; Bogenschießen; Athletik
- Badminton, Baseball, Basketball; BMX Fahrradfahren; Bowlen;
- Kanufahren (auf Seen, Flüssen oder dem Meer auf Hoheitsgewässern); Tontaubenschießen; Kanalschwimmen; Cricket; Langstreckenlauf; Curling; Radfahren;
- Trockenski fahren;
- Berglauf; Fechten, Feldhockey; Fußball;
- Gaelischer Fußball (nicht als Wettbewerb); Go-Kart fahren (zur Erholung); Golf, Segelfliegen; Gymnastik;
- Drachenfliegen (in Tandem mit einem Experten und Lehrer); Handball; Heptathlon; Wandern (unterhalb 6.000m Höhe); Pferdereiten (nur einfache Dinge wie Schritt, Trab, Kanter, Galopp); Heißluftballon fahren;
- Eishockey; Schlittschuhlaufen (auf anerkannten und in zugelassenen Bereichen); Joggen, Kajak fahren (auf Hoheitsgewässern); Lacrosse;
- Marathon; Motorradfahren (unter 1000cc – keine Rennen); Mountainbike fahren; (auf oder abseits der Straße); Bergsteigen (bis zu 4.000m Höhe und ohne Seile und/oder Bergführer); Netzball; Orientierungslauf; Paintball; Wandern; Rollerblade fahren (Inline Skating); Rollhockey/Straßenhockey; Rounders; Rudern (im Inland/ an der Küste); Rugby; Rennen (Sprint/Langstrecke);
- Tauchen bis zu einer Tiefe von weniger als 30m (mit einem gültigen PADI Zertifikat); Surfen; Schnorcheln; Wasserski fahren; Windsurfen; Jetski fahren;
- Skateboard fahren; Skifahren auf der Piste; Fallschirmspringen (in Tandem mit einem Experten und Lehrer); Snowboarding auf der Piste; Squash;
- Tennis; Trekking (unter einer Höhe von 6.000m), Triathlon;
- Volleyball; Wasserpolo; Segeln (als Crew auf Hoheitsgewässern).

Die folgenden Aktivitäten werden abgedeckt, wenn sie auf nicht professionellem und Amateurniveau unternommen werden, unter der Kontrolle und Unterweisung von Experten, die durch ortsansässigen Organisatoren angestellt sind, oder Teil einer Urlaubsinteresses sind und die korrekte Ausrüstung für die bestimmte Aktivität benutzt wird.

- Wildwasser Kanufahren (Stärke 1 bis 4); Weiß- oder Schwarzwasserrafting (Stärke 1 bis 4); Parasailing; Parasailing; Wakeboarden; Zorbing/Hydrozorbing; Sailboarding;
- Tandem Paragleiten (Mit Experten und Lehrer); Fallschirmspringen; Potholing (nicht allein);
- Höhlenklettern (nicht Solo); Jetboot fahren; Drachensurfen/Landboarden/Buggy; Motorboot/ Powerboot fahren; Mountain Boarding; Segelboarding;

- Safari (organisiert – keine Gewehre); Tierschutzgebiete/ Wildreservate (wenn mit einem Reiseführer auf einer organisierten Tour);
- Quadbike fahren; Skidoo; Schneemobil fahren;
- Karate und alle Arten von Kampfsport oder unbewaffnetem Kampf (abgedeckt bis zu und nur bis inklusive 18-Jährige).

Jegliche Freizeitbeschäftigungen und Aktivitäten, die nicht oben aufgeführt sind müssen uns gemeldet werden, wegen Beratung über Versicherungsdeckung, bevor die Freizeitbeschäftigungen und Aktivitäten ausgeübt werden

- Jegliche Ansprüche, die sich ergeben, wenn die Person unter militärischer Autorität steht oder mit Aktivitäten beschäftigt ist, die den Gebrauch von Waffen oder körperlichen Kampf einschließt oder in einem Gebiet mit militärischer Auseinandersetzung, außer in Verbindung mit Touristenreisen, die auf einer privaten Basis und im Urlaub stattfinden.
- Alle Ausgaben in Verbindung mit Such- und/oder Rettungseinsätzen, um eine verletzte Person in den Bergen, auf See, in der Wüste, im Urwald oder ähnlicher abgelegener Lage.
- Alle Ausgaben, die mit einer Luftrettung und/oder einem Seenotrettungseinsatz oder einer Evakuierung/Transport an Land von jeglichem Bauwerk im Meer oder einem Schiff auf See.
- Alle Ausgaben, die nicht ausdrücklich in dieser Police als versichert erwähnt werden und alle Ausgaben, die über das individuelle Leistungslimit oder über die gesamten maximale Leistung hinausgehen.
- Alle Ausgaben, wo keine Begleitdokumente vorhanden sind.
- Alle Verbindlichkeiten, Rechnungen, die von uns nach mehr als 6 Monate nach dem Behandlungstermin oder dem Datum, an dem die Leistung gebracht wurde, erhalten wurden.
- Unterbringung und medizinische Behandlungskosten in einem Krankenhaus, wo die Einrichtung im Endeffekt zum Heim der versicherten Person geworden ist oder ständiger Wohnsitz und wo die Aufnahme ganz oder teilweise aus häuslichen Gründen arrangiert wurde.
- Unterbringung und medizinische Behandlungskosten in einem Pflegeheim, einem Wasserheilbad, einer Naturklinik, Gesundheitsfarm, Heilbad, Erholungs/Altersheim/Kuranstalt oder ähnliche Einrichtungen.
- Medizinische Behandlung für Lernprobleme, Hyperaktivität, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, Sprachtherapie, Verhaltensstörungen und Entwicklungsprobleme.
- Jegliche Kosten, die unnötig sind, medizinisch unangemessen und um einiges über dem liegen, was sonst normal, üblich und angemessen ist, für die erbrachten Dienstleistungen
- Alle Ansprüche, die auf irgendeine Weise verursacht wurde oder wo der Gebrauch oder der Abwurf oder die Bedrohung von Nuklearwaffen oder -bomben; oder ein chemischer oder biologischer Kampfstoff zum Anspruch beigetragen hat.
- Alle Ansprüche, wo Verletzungen zugezogen wurden von unschuldigen Zuschauern, die von Krieg herrühren, Invasion, Kriegshandlungen ausländischer Feinde (ob Krieg erklärt

wurde oder nicht), Bürgerkrieg, Rebellion, Revolution, Aufstände, Militärmächte oder Machtergreifung oder die Teilnahme in Aufruhr oder Aufständen.

- Körperverletzungen oder Erkrankungen, die durch einen Terrorakt verursacht wurde, außer wenn solche Verletzungen/Erkrankungen von unschuldiger Zuschauer erlitten wurden, mit der Ausnahme von Terrorakten durch den Gebrauch von Nuklearwaffen und -bomben, chemischen oder biologischen Kampfstoffen. Die Leistungen richten sich nach den Limits des Einzelnen für jeden Teil der Leistungen. Zum Zwecke dieser Police bedeutet ein Terrorakt ein Akt, der mit, aber nicht nur darauf beschränkt ist, auf den Gebrauch von Gewalt oder Gewalttaten und/oder der Bedrohung durch jegliche Person oder Personengruppen, ob sie allein handeln oder in Verbindung mit jeglichen Organisationen oder Regierungen, die dazu entschlossen sind, die Bevölkerung in Schrecken zu versetzen, egal ob aus politischen, religiösen, ideologischen oder ähnlichen Zwecken und Gründen.
- Alle Ansprüche, die zum Zeitpunkt des Geschehens, durch ein anderes Versicherungszertifikat, Police oder gesetzliche Plan abgedeckt sein würden, wenn unsere Police nicht existieren würde. Wenn ein anderer Versicherungsschutz gilt, der für ein Ereignis zahlen würde, für das die versicherte Person Ansprüche geltend macht, dann muss die versicherte Person uns das zum Zeitpunkt des ersten Kontaktes mit uns, mitteilen.
- Kosten, die Sie auch andererseits hätten zahlen müssen, selbst wenn das Ereignis, für das sie Ansprüche geltend machen möchten, nicht geschehen wäre.
- Jeglicher Verlust, direkt oder indirekt, der sich aus der Bereitstellung von, Unvermögen oder jeglicher Verzögerung der Bereitstellung, der Dienstleistungen, die zu dieser Police gehören, ergibt, es sei denn, dass Nachlässigkeit unsererseits aufgezeigt werden kann.
- Alle Ansprüche, die sich direkt oder indirekt aus dem Versagen, Ausfall und der Störung jeglicher elektronischer oder mechanischer Elemente oder medizinischer/ chirurgischer Ausrüstung aller Art ergeben.
- Medizinische Behandlung für Podologie und Fußpflege.

8 Allgemeine Policenbedingungen

Eignung zur Mitgliedschaft

- Dies ist eine internationale Police, die für versicherten Personen und ihre zulässigen Angehörigen entworfen wurde. Sowohl ständig im Ausland lebende Personen (d.h. Personen, die außerhalb ihres Herkunftslandes leben und/oder arbeiten) und ortsansässige Einheimische (d.h. Personen, die in ihrem Herkunftsland leben und/oder arbeiten) können Versicherungsschutz erhalten, mit der Ausnahme von Staatsbürgern der Vereinigten Staaten von Amerika, abhängig von der Genehmigung durch lokaler Gesetzgebung, die gelten könnte.
- Neu versicherte Anmelder können für Versicherungsschutz

mit dieser Police berechtigt sein, vorausgesetzt sie sind jünger als 75 Jahre zum Zeitpunkt des Eintretens, und das Antragsformular ist komplett ausgefüllt, und vorbehaltlich der Erlaubnis durch lokaler Gesetzgebung, die gelten könnte. Wenn es Kinder gibt, so müssen sie jünger als 19 und unverheiratet sein (oder jünger als 25, unverheiratet und in Vollzeitausbildung sein) zum Zeitpunkt des Versicherungsantritt.

Kinder können auch vom Versicherungsschutz abgedeckt bleiben bis zum jährlichen Erneuerungsdatum nach ihrem 19. Geburtstag (oder 25. Geburtstag, wenn sie sich in Vollzeitausbildung befinden) oder Hochzeit wenn ihr Versicherungsschutz unter dieser Police enden wird und sie ihre eigene Police eröffnen können. Sie und, wo abgedeckt, Ihr angehöriger Ehepartner können geschützt bleiben, unabhängig vom Alter und vorausgesetzt:

- Sie bleiben ein Angestellter des Versicherten (dies gilt nur für Firmen gesponserte Pläne)
- Wir versichern diese Police weiter.

Akzeptabilitätsbedingungen

Wir haben das Recht die Annahme eines Antragsformulars von jeglicher Person zu verweigern, ohne dafür Gründe nennen zu müssen. Wir behalten uns das Recht vor nach Nachweisen für Alter, Gesundheitszustand, Beschäftigungsstatus oder Ausbildungstatus zu fragen. Wir möchten möglicherweise besondere Bedingungen geltend machen, Ausschlüsse oder Prämiumserhöhungen, um jegliche besondere Umstände in ihrem Antrag widerzuspiegeln.

Um aus dieser Police Nutzen ziehen zu können, müssen Sie:

- Alle Fragen zu dieser Police zu jeder Zeit ehrlich und vollständig beantworten;
- Uns nicht absichtlich durch falsche Behauptungen irreführen;
- Uns sofort mitteilen, wenn sich etwas, das Sie uns bereits mitgeteilt haben, ändert;
- Die allgemeinen Geschäftsbedingungen dieser Police beachten und ihnen nachkommen;

ansonsten kann ihre Police gekündigt werden und es ist möglich, dass jegliche Ansprüche, die Sie machen, nicht bezahlt werden.

Erklärungen und Kosten

Sie und die sich für diese Police bewerbenden Personen müssen uns alle und jede bekannte und bereits bestehende Vorerkrankungen melden. Wenn Sie uns das nicht mitteilen, kann Ihre Police gekündigt werden und es ist möglich, dass jegliche Ansprüche, die Sie machen, nicht bezahlt werden. Sie müssen uns jegliche Änderung der Information mitteilen, die Sie in Ihrem Antragsformular angegeben haben, besonders in Bezug auf Adresse, Wohnsitzland, der Geburt oder Adoption eines Kindes oder alle anderen Änderungen, die Ihre versicherten Angehörigen betreffen.

Versicherungsschutz aufrechterhalten

- a. Einen Antrag, um zulässige Angehörige hinzuzufügen, kann

jederzeit während der Versicherungsperiode gestellt werden, vorbehaltlich der Bezahlung der entsprechenden Prämie.

- b. Ein neugeborenes Kind kann von Geburt an zu dieser Police hinzugefügt werden, vorausgesetzt wir erhalten eine schriftliche Benachrichtigung innerhalb von 14 Tage nach dem Geburtsdatum. Wenn Sie uns nach diesem Zeitraum informieren, dann wird das Neugeborene ab dem Datum, an dem wir Ihre Benachrichtigung erhalten, hinzugefügt.

Bitte beachten Sie: Wenn Sie einen Anspruch unter dem Punkt 11 – Schwangerschaft und Mutterschaftsgeld geltend gemacht haben, dann bedeutet das nicht, dass eine offizielle Benachrichtigung für das Neugeborene stattgefunden hat. Eine konkrete schriftliche Anweisung ist nötig.

- c. Wenn versicherte Angehörige von ihrer Police entfernen möchten müssen Sie das schriftlich anfordern. Sie werden dann vom Datum des Erhalts ihrer schriftlichen Anweisung entfernt.

Versicherungsschutz aufrechterhalten

Sofern Sie alle besonderen Anspruchsvoraussetzungen erfüllen und das erforderliche Prämium bezahlt haben, bleibt diese Police während der Versicherungsperiode in Kraft und kann in aufeinanderfolgenden jährlichen Zeiträumen erneuert werden zu den bestehenden Konditionen, Prämienätzen und Leistungen.

Wir werden diese Police nicht kündigen, weil entweder die Gesundheit jeglicher versicherter Personen sich verschlechtert oder die Anzahl/der Wert der Ansprüche, die der Versicherte meldet in die Höhe geht, es sei denn wenn wir daran gehindert werden oder uns entschließen nicht mit einer derartigen Versicherung in dem Land zu garantieren, wo der Versicherte sich aufhält.

Wenn wir uns entschließen, die Versicherung nicht mehr fortzuführen, dann werden wir dem Versicherten nicht weniger als 120 Tage schriftliche Vorankündigung vor dem Erneuerungsdatum dieser Police geben.

Änderungen zur Police

Wir können den Prämienatz, die allgemeinen Geschäftsbedingungen Ihrer Police von Zeit zu Zeit ändern aber derartige Änderungen werden nicht auf Ihre Police zutreffen, bis zum ersten und nächsten Erneuerungsdatum nach der Einführung derartiger Änderungen.

Es werden keinerlei Änderung oder Verzicht auf Geschäftsbedingen, Bedingungen und Leistung Ihrer Police akzeptiert, wenn Sie nicht von Ihnen, oder einer ermächtigten Person Ihrer Firma, schriftlich eingereicht werden.

Änderungen bei der Art des Plans

Sie können Ihren Plan Typ nur zum jährlichen Erneuerungsdatum der Police ändern. Wenn wir Ihren Antrag akzeptieren, dann behalten wir uns das Recht darauf vor, eine Variation des Schutzes anzuwenden in Bezug auf medizinische Erkrankungen, die vor dem Datum der Änderung existierten.

Sie können das geographische Gebiet jederzeit während der Versicherungsperiode ändern. Wenn Sie in ein Land ziehen, das außerhalb des von Ihnen am Antrittsdatum gewählten geographischen Gebietes liegt.

Policendauer und Bezahlung der Prämie

- a. Dies ist ein jährlicher Vertrag, der jedes Jahr wieder erneuert wird und den allgemeinen Geschäftsbedingungen unterliegt, die zum Erneuerungsdatum gelten, vorbehaltlich der Bezahlung des zutreffenden Erneuerungsprämiums.
- b. Alle Prämien sind im Voraus zu bezahlen, bevor der Versicherungsschutz durch diese Police angeboten werden.
- c. Prämien werden monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich bezahlt aber dies ist ein jährlicher Versicherungsvertrag; deshalb sind Sie trotzdem verantwortlich für das Zahlen des gesamten jährlichen Prämiums, auch wenn wir zugestimmt haben, dass Sie in Raten zahlen dürfen. Wenn Sie in Raten zahlen dürfen, dann müssen Sie sichergehen, dass die Kreditkarte, die Sie uns angeben für die gesamte Versicherungsperiode gültig ist.
- d. Wir behalten uns das Recht vor, die Möglichkeiten der häufigen Zahlung zurückzuziehen und/oder eine Verwaltungsgebühr für Zahlungsrückstand zu verlangen.
- e. Die Policy wird gekündigt, wenn ein Zahlungstermin versäumt wird, wenngleich wir nachfolgend die Abdeckung wieder einsetzen werden, wenn die offene Zahlung innerhalb von 30 nach Zahlungstermin eintrifft.
- f. Wenn wir die Abdeckung wiederherstellen, dann behalten wir uns das Recht vor, Ausschuß 1 anzuwenden.
- g. Noch wichtiger – wenn ein Prämium unbezahlt ist, werden die Ansprüche unterbrochen und werden nicht bezahlt, bis das Prämium bis zum aktuellen Stand bezahlt ist.
- h. Wenn ein Prämium bis zum Ende des Zeitraumes von 30 Tagen nicht bezahlt ist, wird die Police gekündigt, und zwar vom Datum an dem die Prämie fällig war. Weitere, noch offenstehende Prämien werden von der genannten Kreditkarte oder Debitkarte abgezogen.
- i. Prämien sind zahlbar in der Währung der Police zahlbar, die Sie zum Wirksamwerden der Police gewählt haben.
- j. Wir behalten uns das Recht vor, die Prämien zu jeder Zeit zu ändern, aber wenn wir das tun, sind die neuen Prämien nicht vor Ihrem Erneuerungsdatum wirksam.
- k. Wir behalten uns das Recht vor, den Betrag des IPT, staatliche Abgaben oder andere Steuern wenn sie geändert werden, zu ändern und sie zum nächsten Prämienzahlungstermin anzuwenden.

Vorübergehende Rückkehr in das Herkunftsland

Für Staatsbürger der Vereinigten Staaten von Amerika wird der Versicherungsschutz weitergehen, bei einer vorübergehenden Rückkehr und Besuche im Herkunftsland für bis zu 90 Tage insgesamt während der Versicherungsperiode, vorausgesetzt, Ihr Herkunftsland wurde bei den ausgewählten geographischen Gebieten ausgewählt.

Für Staatsbürger aller anderer Länder der Welt, gibt es keine Einschränkungen für vorübergehende Besuche und Besuche im Herkunftsland, vorausgesetzt das Herkunftsland wurde bei den ausgewählten geographischen Gebieten ausgewählt.

Bedenkzeit

- a. Der Versicherte kann die Police innerhalb von 14 Tagen des Wirksamkeitsdatums kündigen. Wenn Sie keinen Anspruch geltend gemacht haben, dann werden Sie Ihr Prämie ganz zurückgezahlt werden.
- b. Wenn Sie Ansprüche gestellt haben, dann werden wir Ihr Prämium zurückzahlen, nachdem wir Kosten für die Versicherungsperiode vom Beginn des Vertrags bis zur Kündigung abziehen.

Kündigung Ihrer Police

- a. Wenn der Versicherte die Versicherung zu jeder anderen Zeit kündigt, müssen Sie uns schriftlich 14 Tage Vorankündigung an die Adresse, die auf den Policendokumenten angegeben ist. Wir werden den Plan ab Erhalten derartiger Anweisungen kündigen oder von einem Datum in der Zukunft – unter keinen Umständen werden wir eine Kündigung zurückdatieren wenn dies durch den Versicherten gewünscht wird.
- b. Wenn wir eine Kündigungsanweisung erhalten haben und vorausgesetzt es wurden keinerlei Vorabgenehmigungen eingeholt während der aktuellen 12 monatigen Policenperiode, dann könnte eine anteilige Rückerstattung fällig sein. Wurde ein Anspruch geltend gemacht, dann gibt es keine Rückerstattung und noch ausstehende Prämien sind noch fällig.
- c. Wenn Sie Ihren Plan kündigen, behalten wir uns das Recht vor, eine Verwaltungsgebühr von £ 30 zu verlangen.
- d. Wir werden diese Police nicht wegen noch ausstehenden berechtigten Ansprüchen durch den Versicherten kündigen. Wir behalten uns jedoch das Recht vor, die Police zu jeder Zeit zu kündigen, wenn eine versicherte Person:
 - i. Irreführt, oder eine falsche Erklärung abgegeben hat oder versäumt hat irgendwelche Fragen zu dieser Police ehrlich und vollständig zu beantworten.
 - ii. Einen Versuch macht oder versucht falsche oder betrügerischen Ansprüches geltend zu machen oder wenn eine Person betrügerische Methoden anwendet, um einen betrügerischen Anspruch geltend zu machen; oder
 - iii. nicht die geeignete Prämie bezahlt

Beendigung

Die Police wird automatisch bei jeder der folgenden Situationen enden:

- a. Wenn das Prämium zum Fälligkeitsdatum nicht gezahlt wird. Nach unserem absoluten Ermessen können wir die Versicherung wieder einsetzen, wenn die noch ausstehende Prämie vollständig bezahlt wird, obwohl wir uns das Recht vorbehalten Änderungen der zur angebotenen Abdeckung zu machen.
- b. Wo sie auf betrügerische Art und Weise gehandelt haben und absichtlich direkt oder indirekt Ansprüche geltend gemacht haben, um unangemessene finanzielle Vorteile zu erhalten zu unseren Lasten.

- c. Zum Datum, an dem Ihr Arbeitgeber uns sagt, dass Sie vom Plan gestrichen wurden (dies gilt nur für Pläne, wo die Firma das Programm unterstützt).
- d. Nur für Staatsangehörige der Vereinigten Staaten von Amerika: 90 Tage nachdem Sie in Ihr Herkunftsland endgültig zurückkehren, vorausgesetzt Ihr Herkunftsland ist nicht beim ausgewählten geographischen Gebiet dabei. Dieser Zeitraum von 90 Tagen verringert sich weiter durch die Anzahl von Tagen, an denen Sie bereits innerhalb der Versicherungsperiode vorübergehend zurückgekommen sind oder Besuche im Lande gemacht haben. Wenn die Versicherung weniger als 90 Tage bis zum Ablauf hat, dann hört die Abdeckung mit dem Ablaufdatum auf.

Sobald diese Police beendet ist, aus welchem Grund auch immer, hören unsere Verpflichtungen sofort auf.

Tod eines Hauptversicherungsnehmers

Sollte der Hauptversicherungsnehmer sterben, dann wird der Ehepartner (vorausgesetzt, er/sie ist in dieser Versicherung enthalten) automatisch zum Hauptversicherungsnehmer für die restliche Versicherungsperiode. Sollte ein Verwandter auf der Police übrig bleiben, der unter 18 Jahre alt ist, dann wird ein Vormund zum Versicherungsnehmer. Dieser Versicherungsnehmer muss nicht durch den Plan versichert sein.

Andere Versicherungen

Wenn es andere Versicherungen gibt, die Leistungen abdecken, die unter dieser Police für die ein Anspruch angemeldet wird, abgedeckt sind, dann müssen Sie uns dass zum Zeitpunkt, an dem Sie Ihren Anspruch anmelden offen legen. Unter diesen Umständen, sind wir nicht verpflichtet mehr zu zahlen oder beizutragen als unseren ordentlichen bewertbaren Anteil.

Wenn herauskommt, dass Sie für die gesamten oder einen Anteil der Ansprüche aus einer anderen Quelle bezahlt wurden, dann haben wir das Recht auf eine Rückerstattung von Ihnen. Wir behalten uns das Recht vor, solch eine Rückerstattung von jeglichen zukünftigen Anspruchszahlungen abzuziehen oder Ihre Police vom Versicherungsdatum ohne Rückerstattung der Prämie zu kündigen.

Forderungsübertragung (Subrogation)

Wenn jemand anderes verantwortlich ist, dann können wir in ihrem Namen vor Gericht gehen und Ansprüche, die wir bezahlt haben, zurückfordern. Wir werden die Kosten für diese Maßnahme tragen und sie ist nur zu unseren Gunsten. Weder der Versicherte oder eine versicherte Person hat das Recht Schuld zuzugeben oder ein Versprechen zu machen, das die Versicherten, eine versicherte Person oder uns verpflichtet.

Hilfe und Intervention

Unsere Hilfe und Intervention hängt davon ab und kommt auf die Verfügbarkeit vor Ort an und muss innerhalb des Spielraums der nationalen und internationalen Rechte und Bestimmungen bleiben. Unsere Intervention hängt davon ab, ob wir die notwendige Genehmigung, die von den verschiedenen zuständigen Behörden vergeben wird, bekommen.

Compliance

Ihre vollständige Einhaltung (Compliance) der allgemeinen Geschäftsbedingungen dieser Police ist notwendig bevor ein Anspruch bezahlt werden kann.

Anwendbares Recht

Dieser Vertrag wird unter englischem Recht verwaltet und gedeutet, es sei denn es wird anderweitig vereinbart. Nur die Gerichte von England und Wales haben Gerichtbarkeit bei Streitigkeiten.

Haftungsausschluss

Es wird keine Gewährleistung und/oder Zusicherung über die Richtigkeit der deutschen Übersetzung gegeben, ob im Einzelnen oder insgesamt. Es wird hier klargestellt, dass die deutsche Version eine Übersetzung des englischen Originals ist, die zur Information dient und Morgan Price International Healthcare schließen jegliche Haftung für Fehler und/oder Ungenauigkeiten in der Übersetzung aus. Es wird hier klargestellt, dass die Version in englischer Sprache Vorrang haben wird über alle Fragen zu Unrichtigkeiten und Auslegung der Inhalte des Planes/Produktes inklusive, aber nicht nur beschränkt auf die allgemeinen Geschäftsbedingungen.

Phone: +44 (0) 1379 646730

Fax: +44 (0) 1379 652794

Email: info@morgan-price.com

11a Forge Business Centre

Upper Rose Lane

Palgrave, Diss

Norfolk IP22 1AP

United Kingdom