

## Willkommen zu **Ihren** Global Prima Medical Insurance **Bedingungen**.

Als Gegenleistung für die Zahlung der in Ihrer **Versicherungsurkunde** angegebenen **Prämie** erklären wir uns bereit, **Ihnen** gemäß den in diesen **Bedingungen**, der **Versicherungsurkunde** und etwaigen **Zusätzen** enthaltenen Bedingungen den in dieser **Bedingungen** beschriebenen Versicherungsschutz und die Leistungen für **medizinisch notwendige** berechnete **Behandlungen** zur Verfügung zu stellen.

Diese **Bedingungen** sind ein rechtsgültiger Vertrag zwischen **uns** und **Ihnen**, der **versicherten Person**. Die **Versicherungsurkunde**, das **Antragsformular** und etwaige **Zusätze** stellen einen Überblick und einen Nachweis der durch diese **Bedingungen** gewährten Versicherung dar. Die durch die **Versicherungsurkunde** nachgewiesene Versicherung unterliegt allen Bedingungen und Bestimmungen dieser **Bedingungen**, einschließlich des **Antrags** und etwaiger **Zusätze**. Bitte lesen Sie die gesamten **Bedingungen** sorgfältig durch und bewahren Sie sie an einem sicheren Ort auf.

Bestimmte Wörter in diesen **Bedingungen** haben eine spezifische Bedeutung. Wo immer Wörter in fett gedruckter Schrift erscheinen, haben sie die Bedeutungen, die in der Definitionen-Sektion angegeben sind.

Alle Unterlagen und Korrespondenz *im Zusammenhang mit dieser Police werden in Englisch verfasst*.

Diese **Bedingungen** werden von der SiriusPoint International Insurance Corporation ("SiriusPoint") übernommen. SiriusPoint ist von der Prudential Regulation Authority (PRA) autorisiert und wird sowohl von der PRA als auch von der Financial Conduct Authority (FCA) reguliert (FRN: 202912) mit der Unternehmensnummer BR002760 und seinen Geschäftsräumen in der 4. Etage, 20 Fenchurch Street, London EC3M 3BY, Großbritannien. SiriusPoint ist eine Niederlassung von SiriusPoint International Insurance Corporation (Publ) in Großbritannien, die von der Swedish Financial Supervisory Authority mit der Unternehmensnummer FC018332 autorisiert und reguliert wird und ihren eingetragenen Sitz in Birger Jarlsgatan 57b, 113 96 Stockholm, Schweden, hat.

### **Inhaltsverzeichnis**

Versicherungsumfang

Deckung

Stationäre & teilstationäre Behandlung

Ambulante Behandlung

Evakuierung und Rückführungen

Weitere Leistungen

Routine Schwangerschaft und Geburt

Zahnbehandlung

Begriffsbestimmung

Ausschlüsse spezifisch für stationäre und teilstationäre Behandlung

Ausschlüsse spezifisch für ambulante Behandlung

Ausschlüsse spezifisch für Evakuierung oder Rückführung

Ausschlüsse spezifisch für Routine-Schwangerschaft und Geburt

Ausschlüsse spezifisch für Zahnbehandlung

Allgemeine Ausschlüsse

Allgemeine Bedingungen

Risikoeinschätzung

Unterstützung und Schadensabwicklung

Beschwerden

Regulatorische Informationen

Versicherungsgarantiesystem

Haftungshinweis

Geltungsbereich

Wie werden meine persönlichen Daten geschützt?

Hinweis zur Verarbeitung



## GLOBAL PRIMA MEDICAL INSURANCE Allgemeine Versicherungsbedingungen

Policeklauseln gültig ab dem 01. April 2023

Für versicherte Personen, deren Wohnsitzland im Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) liegt.

Diese Übersetzung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen wird zur Verfügung gestellt von der FinanzSchneiderei Versicherungsmakler.

Trotz großer Sorgfalt kann für die Richtigkeit der übersetzten Inhalte, Tarif- und Leistungsmerkmale keine Haftung übernommen werden. Grundsätzlich gilt für geschlossene Verträge immer das Englische Original.



Es berät Sie:  
FinanzSchneiderei Versicherungsmakler  
Tel. 0821 907 86 440  
Fax 0821 907 86 444  
[www.finanzschneiderei-versicherungsmakler.de](http://www.finanzschneiderei-versicherungsmakler.de)  
[service@finanzschneiderei.de](mailto:service@finanzschneiderei.de)

## Versicherungsumfang

Diese **Bedingungen** bieten Deckung für die folgenden Leistungen in Bezug auf die **Behandlung** einer **versicherten Person** während des **Deckungszeitraums** für eine versicherte **medizinische Erkrankung**. Alle Leistungen, einschließlich vollständiger Rückerstattungen, sind abhängig davon, dass die Kosten **angemessen und üblich** sind.

### Gesamtunterbegrenzung der Bedingungen

Die Gesamtbegrenzung der Bedingungen ist der Höchstbetrag, den wir für jede versicherte Person in einem Versicherungszeitraum zahlen werden. Die Gesamtbegrenzung der Bedingungen und eventuelle monetäre Begrenzungen der Leistungen werden durch die Währung bestimmt.

### USA – Erhaltene Behandlung

Vorausgesetzt, der entsprechende **Geltungsbereich** ist gegeben, muss jede berechnete medizinische **Behandlung**, die in den USA erhalten wird, innerhalb des **PPO-Netzwerks** erfolgen. Wenn die **Behandlung** außerhalb des **PPO-Netzwerks** erfolgt, wird eine **Selbstbeteiligung** von 50% erhoben.

## Deckung

### Stationäre und teilstationäre Behandlung

(Erhaltene **Behandlung** einer **versicherten Person**, wenn sie eine (1) oder mehrere Nächte oder **teilstationär** einem **Krankenhaus** Bett untergebracht wird)

#### Unterbringung

Unterbringung im **Krankenhaus** in einem Gemeinschaftsraum, **halbprivaten** oder **privaten Zimmers**

#### Unterkunft für Eltern

Unterkunftskosten für ein Elternteil oder rechtlichen Vormund, um bei einer **versicherten Person** unter 18 Jahren zu bleiben, die wegen einer versicherten **medizinischen Erkrankung** in ein **Krankenhausbett** aufgenommen wurde.

#### Berufsgebühren

Honorare für **Spezialisten, Ärzte** und **qualifizierte Krankenschwestern** (einschließlich Honorare von Chirurgen und Anästhesisten), die mit der Durchführung von Konsultationen oder der Verabreichung von **Behandlungen** in Verbindung stehen.

#### Medikamente

Medikamente, Arzneimittel und Verbandsmittel, wenn sie von einem **Arzt** oder **Facharzt** verschrieben werden.

#### Diagnostik

Diagnostische Tests und Verfahren, einschließlich Röntgenaufnahmen, **Pathologie**, Computertomographie und Magnetresonanztomographie.

#### Theatergebühren

Gebühren für den Operationssaal.

#### Rekonstruktive Chirurgie

**Rekonstruktive Chirurgie**, die nach einem **Unfall** oder nach einer Operation für eine versicherte **medizinische Erkrankung** erforderlich ist, die nach Ihrem **Eintrittsdatum** auftrat und innerhalb von zwölf Monaten nach dem **Unfall** oder der Operation durchgeführt wird. **Wir** decken nur die initiale Rekonstruktion ab.

#### Chronische Erkrankung – Akute Behandlung

**Behandlung**, die erforderlich ist, um eine **akute** Episode einer **chronischen** Erkrankung zu stabilisieren, einschließlich Honorare von **Ärzten** und **Spezialisten**, diagnostische Untersuchungen und **Medikamente**.

#### Chronische Erkrankung – Routine Management palliative Behandlung

Routine-Management und Betreuung einer chronischen Erkrankung oder palliative Behandlung einer chronischen Erkrankung, einschließlich Honorare von **Ärzten**, **Spezialisten**, diagnostischen Untersuchungen und **Medikamenten**.

#### Nierenersatztherapie (Nierendialyse)

Akute Episode einer berechtigten **medizinischen Erkrankung**, die zu einer Notwendigkeit von **Nierenersatztherapie** führt.

Routine-Management, Wartung und **palliative Behandlung** einer **chronischen** Erkrankung, die eine fortlaufende **Nierenersatztherapie** erfordert.

#### Onkologie

Alle **Behandlungen**, die darauf abzielen, Krebs zu heilen, irreversiblen Krebs zu verwalten und aufrechtzuerhalten sowie **palliative Behandlungen** in den Endstadien von Krebs. Die Leitung umfasst Onkologen- und **Spezialisten**honorare, diagnostische Untersuchungen, **Medikamente**, Strahlentherapie, Chemotherapie und Immuntherapie.

#### HIV/AIDS

**Behandlungen**, die aufgrund oder im Zusammenhang mit dem Humanen Immundefizienzvirus (HIV) und/oder HIV-bezogenen Erkrankungen, einschließlich des Erworbenen Immundefektsyndroms (AIDS) oder AIDS- bezogenem Komplex (ARC) erforderlich ist.

Deckung unter diesem Leistungsbereich ist nur verfügbar, wenn die Infektion auf einen Arbeitsunfall (z. B. Nadelstichverletzung) oder eine Bluttransfusion zurückzuführen ist und nach Ihrem Eintrittsdatum aufgetreten ist.

	BRONZE	BRONZE PLUS	SILVER	GOLD	PLATINUM
	£1,000,000 €1,000,000 US\$1.000.000	£2,000,000 €2,000,000 US\$2.000.000	£3,000,000 €3,000,000 US\$3.000.000	£4,000,000 €4,000,000 US\$4.000.000	£5,000,000 €5,000,000 US\$5.000.000
	50% <b>Eigenbeteiligung</b> nach <b>Anwendung des Selbstbehalts</b> der Bedingungen für berechnete Behandlungen außerhalb des <b>PPO-</b>	50% <b>Eigenbeteiligung</b> nach <b>Anwendung des Selbstbehalts</b> der Bedingungen für berechnete Behandlungen außerhalb des <b>PPO-</b>	50% <b>Eigenbeteiligung</b> nach <b>Anwendung des Selbstbehalts</b> der Bedingungen für berechnete Behandlungen außerhalb des <b>PPO-</b>	50% <b>Eigenbeteiligung</b> nach <b>Anwendung des Selbstbehalts</b> der Bedingungen für berechnete Behandlungen außerhalb des <b>PPO-</b>	50% <b>Eigenbeteiligung</b> nach <b>Anwendung des Selbstbehalts</b> der Bedingungen für berechnete Behandlungen außerhalb des <b>PPO-</b>
	100%	100%	100%	100%	100%
	100%	100%	100%	100%	100%
	100%	100%	100%	100%	100%
	100%	100%	100%	100%	100%
	100%	100%	100%	100%	100%
	100%	100%	100%	100%	100%
	Keine Deckung	Keine Deckung	Begrenzt auf £10,000: €10,000: US\$10,000	Begrenzt auf: £50,000: €50,000: US\$50,000	100%
	100%	100%	100%	100% Begrenzt auf:	100% Begrenzt auf:
	Keine	Keine	Keine	£20,000: €20,000: US\$20,000	£50,000: €50,000: US\$50,000
	100%	100%	100%	100%	100%
	Keine Deckung	Keine Deckung	Keine Deckung	Begrenzt auf: £10,000: €10,000: US\$10,000	Begrenzt auf: £20,000: €20,000: US\$20,000

	BRONZE	BRONZE PLUS	SILVER	GOLD	PLATINUM
<p><b>IVF Behandlung (mit Ausnahme der Kosten, die innerhalb der ersten zehn Monate nach Eintrittsdatum entstehen)</b> Bis zu drei Zyklen der In-vitro-Fertilisation (IVF), wenn aus medizinischen Gründen eine natürliche Empfängnis nicht möglich ist und dies nach Ihrem <b>Eintrittsdatum</b> diagnostiziert wurde, einschließlich Honorare für <b>Fachärzte</b> und <b>Medikamente</b>. Alle Leistungen unter diesem Bereich unterliegen <b>unserer vorherigen Genehmigung</b>. Wenn dies nicht von <b>uns vorab genehmigt</b> wird, behalten <b>wir</b> uns das Recht vor, den Anspruch vollständig abzulehnen.</p>	Keine Deckung	Keine Deckung	Keine Deckung	Keine Deckung	Begrenzt auf £2.000: €2.000: US\$2.000 pro Zyklus und maximal 3 Zyklen pro <b>Lebenszeit</b> . Dieser Leistung ist eine <b>Selbstbeteiligung</b> von 50% unterworfen.
<p><b>Organtransplantationen</b> Transplantation eines menschlichen Organs in Bezug auf Kosten, die von einer <b>versicherten Person</b> für den Erhalt eines Spenderorgans entstehen. Kosten für die Suche und Entnahme eines Spenderorgans sind nicht abgedeckt.</p>	£100,000: €100,000: US\$100,000 <b>Lebenszeitlimit</b>	£100,000: €100,000: US\$100,000 <b>Lebenszeitlimit</b>	£250,000: €250,000: US\$250,000 <b>Lebenszeitlimit</b>	£250,000: €250,000: US\$250,000 <b>Lebenszeitlimit</b>	£500,000: €500,000: US\$500,000 <b>Lebenszeitlimit</b>
<p><b>Komplikationen während der Schwangerschaft (mit Ausnahme der Kosten, die innerhalb der ersten zehn (10) Monate nach Ihrem Eintrittsdatum entstehen)</b> <b>Behandlung</b> neuer, versicherter <b>medizinischer Zustände</b>, die während der Schwangerschaft im pränatalen Stadium auftreten oder während der Geburt. <b>Wir</b> übernehmen eine Nachuntersuchung als <b>ambulante Behandlung</b> nach einem <b>stationären</b> oder <b>tagesklinischen</b> Aufenthalt.</p>	100%	100%	100%	100%	100%
<p><b>Neugeborenenversicherung – Frühgeborene</b> Deckung für ein Frühgeborenes (d.h. wenn die Geburt vor siebenunddreißig (37) Wochen Schwangerschaft erfolgt) in Bezug auf einen <b>akuten</b> oder <b>chronischen medizinischen Zustand</b>, der eine <b>stationäre Behandlung</b> erfordert. Die auf der Geburtsurkunde genannte Mutter muss mindestens zehn (10) Monate vor der Geburt bei uns versichert gewesen sein. Alle Leistungen unterliegen der Bedingung, dass das <b>Neugeborene</b> ab der Geburt in die <b>Police</b> aufgenommen wird und nicht länger als dreißig (30) Tage nach der Geburt liegt.</p>	Keine Deckung	Keine Deckung	Die Deckung für die ersten 30 Tage ab der Geburt ist auf eine maximale Versicherungssumme von £10.000, €10.000 oder US\$10.000 pro Baby begrenzt. Danach umfasst die Deckung keine <b>medizinischen Zustände</b> , die am Ende des ersten 30-Tage-Zeitraums bestehen.	Die Deckung für die ersten 30 Tage ab der Geburt ist auf eine maximale Versicherungssumme von £15.000, €15.000 oder US\$15.000 pro Baby begrenzt. Danach umfasst die Deckung keine <b>medizinischen Zustände</b> , die am Ende des ersten 30-Tage-Zeitraums bestehen.	Die Deckung für die ersten 30 Tage ab der Geburt ist auf eine maximale Versicherungssumme von £20.000, €20.000 oder US\$20.000 pro Baby begrenzt. Danach umfasst die Deckung keine <b>medizinischen Zustände</b> , die am Ende des ersten 30-Tage-Zeitraums bestehen.
<p><b>Neugeborenenversicherung - angeborene Erkrankungen</b> Deckung für ein <b>neugeborenes</b> Baby, das eine <b>Behandlung</b> oder <b>palliative Behandlung</b> einer <b>angeborenen Anomalie</b> benötigt, die innerhalb von zwölf (12) Monaten nach der Geburt diagnostiziert wird. Alle Leistungen unterliegen der Bedingung, dass das <b>Neugeborene</b> ab der Geburt in die <b>Police</b> aufgenommen wird und nicht länger als dreißig (30) Tage nach der Geburt liegt.</p>	Keine Deckung	Keine Deckung	£50,000: €50,000: US\$50,000 <b>Lebenszeitlimit</b>	£75,000: €75,000: US\$75,000 <b>Lebenszeitlimit</b>	£100,000: €100,000: US\$100,000 <b>Lebenszeitlimit</b>
<p><b>Physiotherapie</b> Physiotherapie, wenn eine solche <b>Behandlung</b> von einem <b>Spezialisten</b> empfohlen wird und die <b>Behandlung</b> von einem <b>Physiotherapeuten</b> durchgeführt wird und während des <b>Krankenhausaufenthalts</b> erfolgt.</p>	100%	100%	100%	100%	100%
<p><b>Rehabilitation</b> <b>Rehabilitation</b>, wenn sie als wesentlicher Bestandteil der <b>Behandlung</b> betrachtet wird, von einem <b>Spezialisten</b> überwacht wird und in einer anerkannten <b>Rehabilitationseinheit</b> durchgeführt wird.</p>	Keine Deckung	Keine Deckung	Keine Deckung	100%	100%
<p><b>Psychische Erkrankungen</b> <b>Behandlung</b> durch einen klinischen Psychiater oder Psychologen, einschließlich <b>Fachkonsultationen</b>, Bewertungen, Diagnostik und <b>Medikamente</b>, die in einer anerkannten psychiatrischen Abteilung eines <b>Krankenhauses</b> erfolgt. Alle <b>Behandlungen</b> im Rahmen dieses Leistungsumfangs unterliegen einer <b>vorherigen Genehmigung</b> durch uns. Wenn die <b>Behandlung</b> nicht von uns <b>vorab genehmigt</b> wurde, behalten <b>wir</b> uns das Recht vor, den Anspruch vollständig abzulehnen.</p>	Keine Deckung	Begrenzt auf 15 days <b>Jedes Jahr</b>	Begrenzt auf 30 days <b>Jedes Jahr</b>	Begrenzt auf 30 days <b>Jedes Jahr</b>	Begrenzt auf 45 days <b>Jedes Jahr</b>
<p><b>Nebenkosten</b> Der Kauf oder die Miete von Krücken oder Rollstühlen nach einer <b>stationären</b> oder <b>tagesklinischen Behandlung</b>. Bereitstellung von <b>externen Prothesen</b> nach der <b>Behandlung</b> einer versicherten <b>medizinisch Erkrankung</b>.</p>	Begrenzt auf£200: €200: US\$200	Begrenzt auf£200: €200: US\$200	Begrenzt auf£300: €300: US\$300	Begrenzt auf£300: €300: US\$300	Begrenzt auf£500: €500: US\$500  Begrenzt auf £2,000: €2,000: US\$2,000
<p><b>Häusliche Krankenpflege</b> Häusliche Krankenpflege, die von einer <b>qualifizierten Krankenschwester</b> erbracht wird, wenn sie <b>medizinisch notwendig</b> ist, von einem <b>Facharzt</b> empfohlen wird und als wesentlicher Bestandteil der <b>Behandlung</b> erforderlich ist, um die Genesung von einer versicherten <b>medizinisch Erkrankung</b> unmittelbar nach der Entlassung aus einem <b>stationären</b> oder <b>tagesklinischen Krankenhausaufenthalt</b> zu unterstützen.</p>	Maximum 30 tage <b>Jedes Jahr</b> , Begrenzt auf£100: €100: US\$100 pro Besuch	Maximum 30 tage <b>Jedes Jahr</b> , Begrenzt auf£100: €100: US\$100 pro Besuch	Maximum 60 tage <b>Jedes Jahr</b> , Begrenzt auf£100: €100: US\$100 pro Besuch	Maximum 60 tage <b>Jedes Jahr</b> , Begrenzt auf£100: €100: US\$100 pro Besuch	Maximum 90 tage <b>Jedes Jahr</b> , Begrenzt auf£100: €100: US\$100 pro Besuch
<p><b>Transport</b> Kosten für einen Krankenwagen oder Kosten im Zusammenhang mit einem anderen Transportmittel, wenn ein Krankenwagen nicht angemessen ist, für den Transport zum nächstgelegenen geeigneten <b>Krankenhaus</b>, wenn der <b>medizinische Fachmann</b> dies als <b>medizinisch notwendig</b> ansieht.</p>	100%	100%	100%	100%	100%
<p><b>Geldleistung</b> Wenn <b>Krankenhausunterbringung</b> und alle <b>Behandlungskosten</b> in einem staatlichen oder gemeinnützigen <b>Krankenhaus</b> erbracht werden und kein Anspruch auf <b>Erstattung</b> von Kosten für stationäre Behandlung im Rahmen dieser <b>Police</b> geltend gemacht wird, vorausgesetzt, dass der erlittene <b>medizinische Zustand</b> für Leistungen berechtigt ist.</p>	£100: €100: US\$100 pro Nacht, bis zu maximal 30 Nächten.	£100: €100: US\$100 pro Nacht, bis zu maximal 30 Nächten.	£200: €200: US\$200 pro Nacht, bis zu maximal 45 Nächten.	£200: €200: US\$200 pro Nacht, bis zu maximal 45 Nächten.	£300: €300: US\$300 pro Nacht, bis zu maximal 60 Nächten.

	BRONZE	BRONZE PLUS	SILVER	GOLD	PLATINUM
<p><b>Notfallbehandlung außerhalb des Geltungsbereichs</b>  <b>Behandlung</b> (durch einen <b>medizinischen Fachmann</b> oder <b>Spezialisten</b>, beginnend innerhalb von vierundzwanzig (24) Stunden nach dem <b>Notfallereignis</b>), wenn der Versicherte als <b>stationärer</b> oder <b>tagesklinischer</b> Patient in ein Krankenhausbett aufgenommen wird, die aufgrund eines <b>Unfalls</b> oder des plötzlichen Beginns oder der Verschlechterung eines versicherten <b>medizinischen Zustands</b> erforderlich ist, bei dem das Unterlassen einer sofortigen ärztlichen Behandlung zum Tod oder zu schweren Schädigungen der Körperfunktionen führen würde.</p>	<p>Maximal 30 Nächte  <b>Pro Jahr</b>                      Maximaler Versicherungsbetrag von £20.000: €20.000: US\$20.000                      Beschränkt auf Reisen von unter 30 Tagen.</p>	<p>Maximal 30 Nächte  <b>Pro Jahr</b>                      Maximaler Versicherungsbetrag von £20.000: €20.000: US\$20.000                      Beschränkt auf Reisen von unter 30 Tagen.</p>	<p>Maximal 30 Nächte  <b>Pro Jahr</b>                      Maximaler Versicherungsbetrag von £30.000: €30.000: US\$30.000                      Beschränkt auf Reisen von unter 30 Tagen.</p>	<p>Maximal 30 Nächte  <b>Pro Jahr</b>                      Maximaler Versicherungsbetrag von £40.000: €40.000: US\$40.000                      Beschränkt auf Reisen von unter 30 Tagen.</p>	<p>Maximal 30 Nächte  <b>Pro Jahr</b>                      Maximaler Versicherungsbetrag von £50.000: €50.000: US\$50.000                      Beschränkt auf Reisen von unter 30 Tagen.</p>
<p><b>Ambulante Behandlungen</b>                      (Behandlung ohne Aufnahme in ein Krankenhausbett erhalten)</p>					
<p><b>Gesamtes Limit für ambulante Behandlungen</b></p>	<p>Grenze für <b>ambulante Behandlungen</b>                      £2.500: €2.500: US\$2.500 innerhalb der Gesamtdeckungsgrenze von £1.000.000: €1.000.000: US\$1.000.000</p>	<p>Grenze für <b>ambulante Behandlungen</b>                      £5.000: €5.000: US\$5.000 innerhalb der Gesamtdeckungsgrenze von £2.000.000: €2.000.000: US\$2.000.000</p>	<p>Grenze für <b>ambulante Behandlungen</b>                      £10.000: €10.000: US\$10.000 innerhalb der Gesamtdeckungsgrenze von £3.000.000: €3.000.000: US\$3.000.000</p>	<p>Begrenzt auf die Gesamtdeckungsgrenze von £4.000.000: €4.000.000: US\$4.000.000</p>	<p>Begrenzt auf die Gesamtdeckungsgrenze von £5.000.000: €5.000.000: US\$5.000.000</p>
<p><b>Honorare für medizinische Fachkräfte</b>                      Honorare für <b>medizinische Praktiker</b>, <b>Spezialisten</b> und <b>qualifizierte Krankenschwestern</b> für Beratungen und Untersuchungen. Wenn <b>Sie</b> aus gesundheitlichen Gründen nicht persönlich die Praxis <b>Ihres medizinischen Praktikers</b> aufsuchen können, kann die Beratung telefonisch oder per Videokonferenz mit <b>Ihrem medizinischen Praktiker</b> durchgeführt werden.</p>	<p>Gebühren für <b>Ärzte</b> und <b>qualifizierte Krankenschwestern</b> - Nicht abgedeckt</p> <p>Vor- und nachoperative <b>Facharztkosten</b> vor oder nach einer berechtigten <b>stationären/tagesstationären</b> oder <b>ambulanten</b> Operation, die innerhalb von 30 Tagen nach der Operation erhalten werden.                      Begrenzt auf £250: €250: US\$250 <b>pro Jahr</b> innerhalb der Gesamtgrenze für <b>ambulante</b> Leistungen.</p>	<p>100% innerhalb der Gesamtgrenze für ambulante Leistungen</p>	<p>100% innerhalb der Gesamtgrenze für ambulante Leistungen</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>
<p><b>Diagnostik</b>                      Diagnostische Verfahren, einschließlich Röntgenaufnahmen, <b>Pathologie</b>, Computertomographie und Magnetresonanztomographie (Hirn- und Körperuntersuchungen).</p>	<p>Begrenzt auf £250: €250: US\$250 pro diagnostischem Verfahren innerhalb der Gesamtgrenze für <b>ambulante</b> Leistungen.</p>	<p>Begrenzt auf £500: €500: US\$500 pro diagnostischem Verfahren innerhalb der Gesamtgrenze für <b>ambulante</b> Leistungen.</p>	<p>100% innerhalb der Gesamtgrenze für <b>ambulante</b> Leistungen.</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>
<p><b>Chirurgische Behandlung</b>                      Kleinere chirurgische Eingriffe, die von einem <b>medizinischen Facharzt</b> oder <b>Spezialisten</b> durchgeführt werden.</p>	<p>100% innerhalb der Gesamtdeckungsgrenze der <b>Bedingungen</b> £1.000.000: €1.000.000: US\$1.000.000.</p>	<p>100% innerhalb der Gesamtdeckungsgrenze der <b>Bedingungen</b> £2.000.000: €2.000.000: US\$2.000.000.</p>	<p>100% innerhalb der Gesamtdeckungsgrenze der <b>Bedingungen</b> von £3.000.000: €3.000.000:</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>



	BRONZE	BRONZE PLUS	SILVER	GOLD	PLATINUM
<p><b>Medikamente</b> Arzneimittel, Medikamente und Verbandsmittel, die von einem <b>Facharzt</b> oder <b>medizinischen Praktiker</b> verschrieben werden, sofern in "Deckung" nicht anderweitig angegeben.</p>	Begrenzt auf £500: €500: US\$500 <b>pro Jahr</b> innerhalb der Gesamtgrenze für <b>ambulante</b> Behandlungen und nach einer berechtigten <b>stationären/tagesklinischen</b> oder <b>ambulant</b> Operation, die innerhalb von 30 Tagen nach der Operation erhalten wird.	Begrenzt auf £1.000: €1.000: US\$1.000 <b>pro Jahr</b> innerhalb der Gesamtgrenze für <b>ambulante</b> Behandlungen.	100% innerhalb der Gesamtgrenze für <b>ambulante</b> Behandlungen.	100%	100%
<p><b>Transport</b> <b>Wir</b> übernehmen die Kosten für <b>medizinisch notwendige</b> Fahrten mit dem Rettungswagen zur nächstgelegenen geeigneten Notaufnahme eines <b>Krankenhauses</b> für eine geeignete <b>Behandlung</b>, die unter den Versicherungsschutz fällt.</p>	100% innerhalb der Gesamtgrenze für ambulante	100% innerhalb der Gesamtgrenze für <b>ambulante</b> Behandlungen	100% innerhalb der Gesamtgrenze für <b>ambulante</b> Behandlungen	100%	100%
<p><b>Chronische Erkrankungen - Akut</b> <b>Behandlung</b>, die erforderlich ist, um eine <b>akute</b> Episode einer <b>chronischen</b> Erkrankung zu stabilisieren, einschließlich Honorare für <b>medizinische Fachkräfte</b> und <b>Spezialisten</b>, diagnostische Maßnahmen und <b>Medikamente</b>.</p>	Keine Deckung	100% innerhalb der Gesamtgrenze für <b>ambulante</b> Behandlungen	100% innerhalb der Gesamtgrenze für <b>ambulante</b> Behandlungen	100%	100%
<p><b>Chronische Erkrankungen - Routine-Management und palliative Behandlung</b> Routine-Management und Pflege einer <b>chronischen</b> Erkrankung sowie <b>palliative Behandlung</b> einer <b>chronischen</b> Erkrankung, einschließlich Honorare für <b>medizinische Fachkräfte</b> und <b>Spezialisten</b>, diagnostische Maßnahmen und <b>Medikamente</b>.</p>	Keine Deckung	Keine Deckung	Begrenzt auf £1.000: €1.000: US\$1.000 <b>pro Jahr</b> innerhalb der Gesamtgrenze für <b>ambulante</b> Behandlungen.	Begrenzt auf £5.000: €5.000: US\$5.000 <b>pro Jahr</b>	Begrenzt auf £10.000: €10.000: US\$10.000 <b>pro Jahr</b> .
<p><b>Nierenersatztherapie (Nieren-Dialyse)</b> <b>Akute</b> Episode einer qualifizierten <b>medizinischen Erkrankung</b>, die zu einem Bedarf an <b>Nierenersatztherapie</b> führen würde.</p> <p>Routine-Management, Erhaltungsbehandlung und <b>palliative Behandlung</b> einer <b>chronischen</b> Erkrankung, die eine fortlaufende <b>Nierenersatztherapie</b> erfordert.</p>	100% innerhalb der Gesamtgrenze für ambulante Behandlungen  Keine Deckung	100% innerhalb der Gesamtgrenze für ambulante Behandlungen  Keine Deckung	100% innerhalb der Gesamtgrenze für ambulante Behandlungen  Keine Deckung	100%  Begrenzt auf £5.000: €5.000: US\$5.000 <b>pro Jahr</b> .	100%  Begrenzt auf £10.000: €10.000: US\$10.000 <b>pro Jahr</b> .
<p><b>Onkologie</b> Alle <b>Behandlungen</b>, die darauf abzielen, Krebs zu heilen, unheilbaren Krebs zu kontrollieren und zu behandeln sowie <b>palliative Behandlungen</b> während des Endstadiums von Krebs. Zu den Leistungen gehören Onkologen- und <b>Facharzhonorare</b>, Diagnostik, <b>Medikamente</b>, Strahlentherapie, Chemotherapie und Immuntherapie. Es umfasst auch die Kosten für Krankenwagenfahrten für den Transport zur und von der <b>ambulant</b> Einheit eines <b>Krankenhauses</b> für die Verabreichung dieser spezifischen <b>Behandlung</b>.</p> <p>Der Kauf von Perücken während der aktiven Krebs<b>behandlung</b> ist durch Ihre <b>Versicherungspolice</b> abgedeckt.</p>	Volle Rückerstattung innerhalb der Gesamtversicherungsgrenze: £1.000.000: €1.000.000: US\$1.000.000  £250: €250: US\$250 pro Lebensdauer	Volle Rückerstattung innerhalb der Gesamtversicherungsgrenze: £2.000.000: €2.000.000: US\$2.000.000  £250: €250: US\$250 pro Lebensdauer	Volle Rückerstattung innerhalb der Gesamtversicherungsgrenze: £3.000.000: €3.000.000: US\$3.000.000  £500: €500: US\$500 pro Lebenszeit	Volle Rückerstattung  £500: €500: US\$500 pro Lebenszeit	Volle Rückerstattung  £1.000: €1.000: US\$1.000 pro Lebenszeit
<p><b>HIV/AIDS</b> <b>Behandlung</b>, die durch oder im Zusammenhang mit dem Humanen Immundefizienzvirus (HIV) und/oder HIV-bezogenen Erkrankungen, einschließlich Erworbenem Immundefektsyndrom (AIDS) oder AIDS-bezogenem Komplex (ARC), entsteht.</p> <p>Diese Leistung ist nur verfügbar, wenn sie diese infolge eines Arbeits<b>unfalls</b> (z. B. Nadelstich) oder einer Bluttransfusion auftritt und nach Ihrem <b>Eintrittsdatum</b> erworben wurde.</p>	Keine Deckung	Keine Deckung	Keine Deckung	Begrenzt auf £10.000: €10.000: US\$10.000 <b>pro Jahr</b> innerhalb der Gesamtversicherungsgrenze für <b>stationäre/teilstationäre Behandlung</b> im Rahmen des HIV/AIDS-Leistungsumfangs.	Begrenzt auf £20.000: €20.000: US\$20.000 <b>pro Jahr</b> innerhalb der Gesamtversicherungsgrenze für <b>stationäre/teilstationäre Behandlung</b> im Rahmen des HIV/AIDS-Leistungsumfangs.

	BRONZE	BRONZE PLUS	SILVER	GOLD	PLATINUM
<p><b>Physiotherapie</b> Physiotherapie auf Empfehlung eines <b>Arztes</b> oder <b>Facharztes</b> wobei die <b>Behandlung</b> von einem <b>Physiotherapeuten</b> durchgeführt wird. Eine Überweisung von Ihrem <b>Arzt</b> oder <b>Facharzt</b> ist nur für sechs (6) Monate gültig, danach wäre ein neuer Überweisungsbrief erforderlich. Wenn Sie während dieses sechsmonatigen Zeitraums Physiotherapie für eine andere <b>medizinische Erkrankung</b> benötigen, ist ein neuer Überweisungsschein erforderlich. Ein Behandlungsplan von Ihrem <b>Physiotherapeuten</b> muss zur Überprüfung und nach jeweils zehn (10) Sitzungen vorgelegt werden. Die <b>Behandlungen</b> werden dokumentiert und bei Bedarf können zusätzliche Informationen angefordert werden.</p>	£50: €50: US\$50 pro Besuch, begrenzt auf 10 Besuche <b>pro Jahr</b> innerhalb der Gesamtgrenze für <b>ambulante</b> Behandlungen nach einer berechtigten <b>stationären/teilstationären Behandlung</b> oder <b>ambulanten</b> Operation, erhalten innerhalb von 60 Tagen nach der Operation.	£50: €50: US\$50 pro Besuch, begrenzt auf 10 Besuche <b>pro Jahr</b> innerhalb der Gesamtgrenze für <b>ambulante</b> Behandlungen.	£75: €75: US\$75 pro Besuch, begrenzt auf 20 Besuche <b>pro Jahr</b> innerhalb der Gesamtgrenze für <b>ambulante</b> Behandlungen.	£75: €75: US\$75 pro Besuch, begrenzt auf 20 Besuche <b>pro Jahr</b> .	£100: €100: US\$100 pro Besuch, begrenzt auf 30 Besuche <b>pro Jahr</b> .
<p><b>Chiropody or Podiatry</b> <b>Behandlung</b> durch einen <b>Chiropodisten</b> oder <b>Podiatristen</b> ohne Überweisung eines <b>Arztes</b>.</p>	Keine Deckung	Keine Deckung	Begrenzt auf £250: €250: US\$250 <b>pro Jahr</b> innerhalb der Gesamtgrenze für <b>ambulante</b> Behandlungen.	Begrenzt auf £250: €250: US\$250 pro Jahr	Begrenzt auf £500: €500: US\$500 pro Jahr
<p><b>Komplementäre Behandlung</b> <b>Behandlung</b> durchgeführt von, und <b>Medikation</b> verschrieben von Chiropraktikern, Osteopathen, Homöopathen, Akupunkteuren, chinesischen Kräuterheilkundigen oder chinesischen Praktizierenden.</p> <p>Diätberatung (begrenzt auf einen (1) Besuch <b>pro Jahr</b>).</p> <p>Eine Empfehlung eines <b>Arztes</b> oder <b>Facharztes</b> ist für alle <b>komplementären Behandlungen</b> erforderlich. Eine Überweisung von <b>Ihrem Arzt</b> oder <b>Facharzt</b> ist nur für sechs (6) Monate gültig, danach wäre ein neuer Überweisungsbrief erforderlich. Wenn <b>Sie</b> während dieses sechsmonatigen Zeitraums <b>komplementäre Behandlung</b> für eine andere <b>medizinische Erkrankung</b> benötigen, ist eine neue Überweisung erforderlich. Ein <b>Behandlungsplan</b> von <b>Ihrem</b> Therapeuten muss zur Überprüfung und nach jeweils zehn (10) Sitzungen vorgelegt werden.</p>	Keine Deckung	Keine Deckung	£75: €75: US\$75 pro Besuch, begrenzt auf 10 Besuche <b>pro Jahr</b> innerhalb der Gesamtgrenze für <b>ambulante</b> Behandlungen (Ernährungsberatung auf einen (1) Besuch <b>pro Jahr</b> begrenzt).	£75: €75: US\$75 pro Besuch, begrenzt auf 20 Besuche <b>pro Jahr</b> (Ernährungsberatung auf einen (1) Besuch <b>pro Jahr</b> begrenzt).	£100: €100: US\$100 pro Besuch, begrenzt auf 30 Besuche <b>pro Jahr</b> (Ernährungsberatung auf einen (1) Besuch <b>pro Jahr</b> begrenzt).
<p><b>Psychische Erkrankungen</b> <b>Behandlung</b> durch einen klinischen Psychiater oder Psychologen, einschließlich <b>Fachkonsultationen</b>, Bewertungen, Diagnostik und <b>Medikation</b>. Alle <b>Behandlungen</b> im Rahmen dieser Leistung unterliegen einer <b>vorherigen Genehmigung</b> durch <b>uns</b>. Wenn die <b>Behandlung</b> nicht von <b>uns vorab genehmigt</b> wird, behalten wir <b>uns</b> das Recht vor, den Anspruch vollständig abzulehnen. Ein <b>Behandlungsplan</b> von <b>Ihrem</b> Psychiater oder Psychologen muss zur Überprüfung und nach jeweils drei (3) Monaten vorgelegt werden.</p>	Keine Deckung	Keine Deckung	Keine Deckung	Begrenzt auf £5.000: €5.000: US\$5.000 <b>pro Jahr</b> .	Begrenzt auf £10.000: €10.000: US\$10.000 <b>pro Jahr</b> .
<p><b>Hormonersatztherapie (HRT)</b> Konsultationen bei einem Arzt oder Facharzt sowie verschriebene Behandlungen, wenn sie ausschließlich zur Behandlung der Menopause eingesetzt werden und nach Ihrem Eintrittsdatum diagnostiziert wurden.</p>	Keine Deckung	Keine Deckung	Keine Deckung	100% Begrenzt auf 18 Monate ab dem Datum der Diagnose.	100 %
<p><b>Optik</b> Standard-Augenuntersuchung zur Überprüfung <b>Ihrer</b> Sehkraft, durchgeführt von einem Optiker oder Augenarzt.</p> <p>Verschriebene Brillen und Kontaktlinsen zur Korrektur der Sehkraft, wenn sich <b>Ihre</b> Sehstärke geändert hat.</p>	Keine Deckung	Keine Deckung	100%, begrenzt auf eine Untersuchung pro Jahr innerhalb der Gesamtgrenze für ambulante Behandlungen.	100%, begrenzt auf eine Untersuchung pro Jahr.	100%, begrenzt auf eine Untersuchung pro Jahr.
	Keine Deckung	Keine Deckung	Begrenzt auf £150: €150: US\$150 pro Jahr innerhalb der Gesamtgrenze für <b>ambulante</b> Behandlungen.	Begrenzt auf £250: €250: US\$250 pro Jahr.	Begrenzt auf £500: €500: US\$500 pro Jahr.

	BRONZE	BRONZE PLUS	SILVER	GOLD	PLATINUM
<p><b>Wohlbefinden-Leistung</b> (ausgenommen Kosten, die innerhalb der ersten zehn (10) Monate ab Ihrem <b>Eintrittsdatum</b> entstanden sind).</p> <p><b>Hörtest</b> Jährlicher Hörtest, durchgeführt von einem <b>Arzt</b>.</p> <p><b>Routine-Gesundheitschecks</b> Tests/Screenings, die von einem <b>Arzt</b> durchgeführt werden und bei denen keine klinischen Symptome vorliegen. Dies umfasst folgende Untersuchungen, die in angemessenen Intervallen entsprechend des Alters zur Früherkennung von Krankheiten durchgeführt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vitalparameter (Blutdruck, Cholesterin, Puls, Atmung, Temperatur usw.)</li> <li>• Kardiovaskuläre Untersuchung</li> <li>• Neurologische Untersuchung</li> <li>• Krebsvorsorgeuntersuchungen</li> <li>• Kindervorsorgeuntersuchungen</li> </ul>	Keine Deckung	Keine Deckung	Die Gesamtsumme der Leistungen, die im Rahmen des Well-being-Vorteils verfügbar sind, ist auf £250: €250: US\$250 <b>pro Jahr</b> innerhalb des allgemeinen <b>ambulanten</b> Limits begrenzt.	Die Gesamtsumme der Leistungen, die im Rahmen des Well-being-Vorteils verfügbar sind, ist auf £500: €500: US\$500 <b>pro Jahr</b> begrenzt.	Die Gesamtsumme der Leistungen, die im Rahmen des Well-being-Vorteils verfügbar sind, ist auf £1.000: €1.000: US\$1.000 <b>pro Jahr</b> begrenzt.
	Keine Deckung	Keine Deckung	Ein Test <b>pro Jahr</b> ist zu 100% innerhalb des Wohlbefinden-Limits abgedeckt.	Ein Test <b>pro Jahr</b> ist zu 100% innerhalb des Wohlbefinden-Limits abgedeckt.	Ein Test <b>pro Jahr</b> ist zu 100% innerhalb des Wohlbefinden-Limits abgedeckt
	Keine Deckung	Keine Deckung	100% innerhalb des Wohlbefinden-Limits	100% innerhalb des Wohlbefinden-Limits	100% innerhalb des Wohlbefinden-Limits
	Keine Deckung Keine Deckung Keine Deckung Keine Deckung Keine Deckung	Keine Deckung Keine Deckung Keine Deckung Keine Deckung Keine Deckung	Kinder bis zum Alter von 6 Jahren sind auf 15 Besuche pro Lebenszeit begrenzt, zu 100% innerhalb	Kinder bis zum Alter von 6 Jahren sind auf 15 Besuche pro Lebenszeit begrenzt, zu 100% innerhalb des Wohlbefinden-Limits.	Kinder bis zum Alter von 6 Jahren sind auf 15 Besuche pro Lebenszeit begrenzt, zu 100% innerhalb des Wohlbefinden-Limits.
<p><b>Impfungen</b> Kosten für Medikamente und Konsultationen zur Verabreichung aller grundlegenden Immunisierungen und Auffrischungsimpfungen gemäß den Bestimmungen des Landes, in dem die <b>Behandlung</b> stattfindet, sowie für alle <b>medizinisch notwendigen</b> Reiseimpfungen und Malariaprophylaxe.</p>	Keine Deckung	Keine Deckung	Keine Deckung	Auf £250: €250: US\$250 <b>pro Jahr</b> begrenzt	Auf £500: €500: US\$500 <b>pro Jahr</b> begrenzt.
<p><b>Notfall-Zahnbehandlung – Zufällige Schädigung der Zähne</b> <b>Notfall-Zahnbehandlung</b> als <b>ambulante Behandlung</b>, die in einer Zahnarztpraxis oder in einer Notaufnahme eines <b>Krankenhauses</b> durchgeführt wird, um Schäden an gesunden <b>natürlichen Zähnen</b> infolge eines <b>Unfalls</b>, wie einem gerissenen oder gebrochenen Zahn, zu reparieren. Die <b>Behandlung</b> muss innerhalb von fünf (5) Tagen nach dem <b>Notfallereignis</b> erfolgen. Dies umfasst keine Form von Zahnersatz, Wurzelkanal<b>behandlung</b> oder Schäden durch das Essen verursacht.</p>	Keine Deckung	Keine Deckung	100% innerhalb des gesamten <b>ambulanten</b> Limits	100%	100%
<p><b>Notfall-Zahnbehandlung – Schmerzlinderung</b> <b>Notfall-Zahnbehandlung</b> als <b>ambulante</b> Behandlung, die in einer Zahnarztpraxis oder in einer Notaufnahme eines <b>Krankenhauses</b> durchgeführt wird, um sofortige Schmerzlinderung bei zahnärztlichen Schmerzen zu erzielen, einschließlich <b>Behandlung</b> eines Abszesses, einer Infektion oder einer lockeren oder gebrochenen Füllung. Die <b>Behandlung</b> muss innerhalb von achtundvierzig (48) Stunden nach dem <b>Notfallereignis</b> erfolgen und kann bis zu drei (3) temporäre Füllungen pro <b>Versicherungszeitraum</b> umfassen. Dies umfasst keine Form von Zahnersatz, Wurzelkanal<b>behandlung</b> oder Schäden durch das Essen verursacht.</p>	Keine Deckung	Keine Deckung	Keine Deckung	Keine Deckung	Auf £250: €250: US\$250 <b>pro Jahr</b> begrenzt
Evakuierung oder Rückführung					
(für <b>medizinische Erkrankungen</b> , die eine sofortige <b>Notaufnahme</b> oder <b>Tagesklinikbehandlung</b> im <b>Krankenhaus</b> erfordern)					
<p><b>Evakuierung</b> Die Kosten für den Transport einer <b>versicherten Person</b> (und einer (1) weiteren Angehörigen/Kollegin oder eines Kollegen als Begleitung) zur nächstgelegenen geeigneten medizinischen Einrichtung für eine <b>stationäre</b> oder <b>tagesklinische Behandlung</b> aufgrund eines <b>Unfalls</b> oder einer <b>medizinischen Erkrankung</b> innerhalb des <b>Versicherungsbereichs</b> der <b>versicherten Person</b>, die nach Ansicht des benannten <b>medizinischen Sachverständigen</b> vor Ort nicht angemessen behandelt werden kann.</p> <p>Die Wahl des Transportmittels obliegt dem von <b>uns</b> beauftragten Assistance-Unternehmen, das in <b>unserem</b> Auftrag handelt.</p>	100%	100%	100%	100%	100%
<p><b>Nach der Evakuierung</b> Hotelunterkunft für Begleitperson und <b>versicherte Person</b>, wenn dies vor und nach dem <b>Krankenhausaufenthalt</b> erforderlich ist.</p> <p>Rückflug (Economy Class) für die <b>versicherte Person</b> und ihre Begleitperson.</p>	Keine Deckung	Keine Deckung	Auf £250: €250: US\$250 pro Tag und pro Person begrenzt	Auf £250: €250: US\$250 pro Tag und pro Person begrenzt	auf £500: €500: US\$500 pro Tag und pro Person begrenzt
	Keine Deckung	Keine Deckung	100%	100%	100%

	BRONZE	BRONZE PLUS	SILVER	GOLD	PLATINUM
<b>Repatriation</b> Die Kosten für den Transport einer <b>versicherten Person</b> (und einer weiteren Verwandten/Kollegin oder eines Begleiters) in ihr <b>Land der Staatsangehörigkeit</b> oder in das <b>Land ihres Wohnsitzes</b> für eine <b>stationäre</b> oder <b>ambulante Behandlung</b> aufgrund eines <b>Unfalls</b> oder einer <b>Erkrankung</b> , die vor Ort nicht angemessen behandelt werden kann, werden übernommen. Die Entscheidung über die Transportmethode liegt bei dem von <b>uns</b> beauftragten Assistenzunternehmen. (Falls das <b>Land der Staatsangehörigkeit</b> oder das <b>Land des Wohnsitzes</b> außerhalb des geografischen Geltungsbereichs <b>Ihrer Versicherung</b> liegt, werden <b>Behandlungs-</b> und Transportkosten nicht berücksichtigt.)	100%	100%	100%	100%	100%
<b>Sterbliche Überreste</b> Die Kosten für Bestattung oder Einäscherung im Todesland  oder  für den Transport des Leichnams oder der Asche in das <b>Land der Staatsangehörigkeit</b> oder das <b>Land des Wohnsitzes</b> werden übernommen. (Falls das Todesland, das <b>Land der Staatsangehörigkeit</b> oder das <b>Land des Wohnsitzes</b> außerhalb des geografischen Geltungsbereichs <b>Ihrer Versicherung</b> liegt, werden die Kosten nicht berücksichtigt.)	Auf maximal £5.000: €5.000: US\$5.000 begrenzt	Auf maximal £5.000: €5.000: US\$5.000 begrenzt	Auf maximal £5.000: €5.000: US\$5.000 begrenzt	Auf maximal £5.000: €5.000: US\$5.000 begrenzt	Auf maximal £5.000: €5.000: US\$5.000 begrenzt
Weitere Leistungen					
<b>24/7 Medizinische Telefonhotline</b>	100%	100%	100%	100%	100%
<b>Zugang zu MyALC</b> Innerhalb von "MyALC", unserem Online-Mitgliederbereich, können Sie folgende Funktionen nutzen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Vorabgenehmigung Ihrer Behandlung beantragen</b></li> <li>• <b>Ihre Ansprüche</b> problemlos einreichen</li> <li>• Eine Kopie <b>Ihrer Versicherungsurkunde</b> herunterladen</li> <li>• Sichere Nachrichten von <b>unserem</b> Schadensabwicklungsteam lesen</li> <li>• Nach medizinischen Einrichtungen suchen</li> <li>• Nützliche Reise- und Sicherheitsinformationen erhalten</li> <li>• Einen Webchat starten</li> <li>• Zugriff auf den sicheren Bereich für <b>Prämienzahlungen</b></li> </ul>	100%	100%	100%	100%	100%
<b>Support Programm</b> Das Support-Programm bietet Unterstützung über eine vertrauliche Hotline rund um die Uhr. Egal, ob <b>Sie</b> Fragen zur Bewältigung von Stress am Arbeitsplatz oder zu Hause haben, Elternschaft, Finanzangelegenheiten oder Gesundheitsproblemen.  Die Leistungen des Support-Programms stellen keine Feststellung dar, dass eine bestimmte während einer solchen Beratung besprochene, aufgeworfene oder identifizierte Erkrankung von diesen <b>Bedingungen</b> abgedeckt wird. <b>Wir</b> behalten uns das Recht vor, zukünftige Ansprüche in Bezug auf eine besprochene, aufgeworfene oder identifizierte Erkrankung abzulehnen, sofern diese nicht gemäß den <b>Bedingungen</b> der <b>Bedingungen</b> abgedeckt sind. Für das Support-Programm gilt keine Selbstbeteiligung.	Keine Deckung	Keine Deckung	Keine Deckung	100%	100%
<b>Telemedizinische Dienstleistungen</b> Telemedizinische Dienstleistungen sind rund um die Uhr verfügbar, um über einen neuen <b>akuten medizinischen Zustand</b> zu sprechen. <b>Vorbestehende medizinische Zustände</b> und <b>psychiatrische Erkrankungen</b> sind nicht abgedeckt. Für diese telemedizinischen Dienstleistungen gilt keine <b>Selbstbeteiligung</b> .  Die Abdeckung im Rahmen dieser telemedizinischen Dienstleistungen stellt keine Feststellung dar, dass eine bestimmte während einer solchen Beratung besprochene, aufgeworfene oder identifizierte Erkrankung von diesen <b>Bedingungen</b> abgedeckt wird. <b>Wir</b> behalten uns das Recht vor, zukünftige Ansprüche in Bezug auf eine besprochene, aufgeworfene oder identifizierte Erkrankung abzulehnen, sofern diese nicht gemäß den Bedingungen den <b>Bedingungen</b> abgedeckt ist.	Keine Deckung	100%	100%	100%	100%
<b>Reiseinformationen</b> Die mobile App IMG Travel Intelligence ist ein unverzichtbarer Reisebegleiter, der Zugang zu dynamischen Warnmeldungen und Länderinformationen bietet, um <b>Ihnen</b> bei der Vorbereitung und Sicherheit während Ihrer Abwesenheit zu helfen. Sie erhalten Benachrichtigungen über hochriskante Ereignisse, einschließlich Gesundheitsrisiken, Terrorismus, zivilen Unruhen und extremen Wetterbedingungen in <b>Ihrer</b> aktuellen Aufenthaltsort oder Reiseziel.	100%	100%	100%	100%	100%



### Routine Schwangerschaft und Geburt (OPTIONALER LEISTUNGSUMFANG – Gegen zusätzliche Prämie)

(ausgenommen sind Kosten, die innerhalb der ersten zehn (10) Monate nach dem Kaufdatum dieses Zusatznutzens oder Ihrem **Eintrittsdatum** entstehen, je nachdem, welches später liegt)

Kosten für **routinemäßige Schwangerschaft** und Geburt, einschließlich vorgeburtlicher und nachgeburtlicher Untersuchungen (maximal zwölf (12) Untersuchungen), Ultraschalluntersuchungen (maximal drei (3), eine (1) pro Trimester) und Geburtskosten für eine **routinemäßige Schwangerschaft**.

#### Vorsorgeuntersuchung für Neugeborene

Kosten für die erste Untersuchung oder Vorsorgeuntersuchung eines **Neugeborenen** durch einen Kinderarzt, sofern die Untersuchung innerhalb von zweiundsiebzig (72) Stunden nach der Geburt erfolgt.

#### Unterbringung für Neugeborene

Kosten für ein Babybett und Pflegen für ein **Neugeborenes** (bis zu sechs (6) Monate alt), das bei einer Mutter bleibt, die als **stationäre** Patientin ins **Krankenhaus** aufgenommen wird.

#### Bargeldleistung

Wenn **die Krankenhausunterbringung** und alle Kosten im Zusammenhang mit der Geburt des Kindes in einem staatlichen oder gemeinnützigen **Krankenhaus** bereitgestellt werden und kein Anspruch auf **Erstattung** dieser Kosten eingereicht wird.

### Zahnbehandlung (OPTIONALER LEISTUNG – Gegen zusätzliche Prämie)

Zahn**behandlung** gemäß der unten stehenden Leistungstabelle, wenn sie von einem **Zahnarzt** durchgeführt wird (ausgenommen Kosten, die innerhalb der ersten sechs (6) Monate ab dem Kaufdatum dieser Leistung oder Ihrem **Eintrittsdatum** entstanden sind, je nachdem, welches Datum später liegt, mit Ausnahme von **Unfallschäden** an **gesunden natürlichen Zähnen**, die sofort abgedeckt sind).

Die unten aufgeführten Verfahren sind auf die angegebenen Beträge begrenzt und unterliegen einer **jährlichen** Gesamthöchstgrenze für Zahnärztliche **Behandlungen**.

#### Gesamtbegrenzung für zahnärztliche Behandlungen

##### Klasse 1

- Routineuntersuchung, einschließlich Kontrolle und Routine-Röntgenaufnahmen.
- Reinigung und Politur (durch einen **Zahnarzt** oder Dentalhygieniker durchgeführt).
- Füllungen (Amalgam oder Komposit).
- Zahnentfernungen außer Weisheitszähnen.

##### Klasse 2

- Diagnostische Tests und Verfahren.
- Entfernung von Weisheitszähnen, wenn sie in einer Zahnarztpraxis durchgeführt wird.
- Neue Porzellankrone/Einlage.
- Reparatur von Kronen/Einlagen.
- **Wurzelkanalbehandlung**.
- Neue Brücke. Alle Kosten für das Anpassen einer neuen Brücke, einschließlich Zahnentfernungen und eventuell erforderlichen Kronen zur Unterstützung der neuen Brücke.
- Reparatur von Brücken. Alle Kosten für die Reparatur einer Brücke, einschließlich Zahnentfernungen und eventuell erforderlichen Kronen zur Unterstützung der Brücke.
- Neue Zahnprothesen.

##### Klasse 3

- Kieferorthopädische **Behandlung** (um Zähne zu verschieben oder den darunterliegenden Knochen anzupassen), wenn dies **aus medizinischen Gründen** für die Mundgesundheit **erforderlich** ist.
- Zahnimplantate zur Wiederherstellung der Funktion oder des Aussehens nach einem Unfall. Die Mitteilung über die Behandlung muss innerhalb von fünf (5) Tagen ab dem Datum des **Unfallereignisses** eingegangen sein.
- Zahnchirurgie, die in einem **Krankenhaus** oder einer Zahnarztpraxis von einem Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen oder einem chirurgischen Zahnarzt durchgeführt wird:
- Chirurgische Entfernung von eingewachsenen oder verlagerten Weisheitszähnen und Extraktionen von komplizierten verlagerten Wurzeln.
  - Wurzelspitzenresektion (Apikotomie).

BRONZE	BRONZE PLUS	SILVER	GOLD	PLATINUM
Optionale Schwangerschaftsgrenzen (für jede Schwangerschaft): • £5,000: €5,000: US\$5,000 • £10,000: €10,000: US\$10,000	Optionale Schwangerschaftsgrenzen (für jede Schwangerschaft): • £5,000: €5,000: US\$5,000 • £10,000: €10,000: US\$10,000	Optionale Schwangerschaftsgrenzen (für jede Schwangerschaft): • £5,000: €5,000: US\$5,000 • £10,000: €10,000: US\$10,000	Optionale Schwangerschaftsgrenzen (für jede Schwangerschaft): • £5,000: €5,000: US\$5,000 • £10,000: €10,000: US\$10,000	Optionale Schwangerschaftsgrenzen (für jede Schwangerschaft): • £5,000: €5,000: US\$5,000 • £10,000: €10,000: US\$10,000
Vollständige Erstattung innerhalb der geltenden Schwangerschaftsgrenze	Vollständige Erstattung innerhalb der geltenden Schwangerschaftsgrenze	Vollständige Erstattung innerhalb der geltenden Schwangerschaftsgrenze	Vollständige Erstattung innerhalb der geltenden Schwangerschaftsgrenze	Vollständige Erstattung innerhalb der geltenden Schwangerschaftsgrenze
Vollständige Erstattung innerhalb der geltenden Schwangerschaftsgrenze	Vollständige Erstattung innerhalb der geltenden Schwangerschaftsgrenze	Vollständige Erstattung innerhalb der geltenden Schwangerschaftsgrenze	Vollständige Erstattung innerhalb der geltenden Schwangerschaftsgrenze	Vollständige Erstattung innerhalb der geltenden Schwangerschaftsgrenze
Begrenzt auf £100: €100: US\$100 pro Nacht, bis zu maximal 30 Nächten	Begrenzt auf £100: €100: US\$100 pro Nacht, bis zu maximal 30 Nächten	Begrenzt auf £100: €100: US\$100 pro Nacht, bis zu maximal 30 Nächten	Begrenzt auf £100: €100: US\$100 pro Nacht, bis zu maximal 30 Nächten	Begrenzt auf £100: €100: US\$100 pro Nacht, bis zu maximal 30 Nächten

Optionale Begrenzungen für zahnärztliche Behandlungen: • £1,000: €1,000: US\$1,000	Optionale Begrenzungen für zahnärztliche Behandlungen: • £1,000: €1,000: US\$1,000	Optionale Begrenzungen für zahnärztliche Behandlungen: • £1,000: €1,000: US\$1,000	Optionale Begrenzungen für zahnärztliche Behandlungen: • £1,000: €1,000: US\$1,000	Optionale Begrenzungen für zahnärztliche Behandlungen: • £1,000: €1,000: US\$1,000
Begrenzt auf das Gesamtbudget für zahnärztliche Behandlungen und unterliegt einer <b>Selbstbeteiligung</b> von 10%.	Begrenzt auf das Gesamtbudget für zahnärztliche Behandlungen und unterliegt einer <b>Selbstbeteiligung</b> von 10%.	Begrenzt auf das Gesamtbudget für zahnärztliche Behandlungen und unterliegt einer <b>Selbstbeteiligung</b> von 10%.	Begrenzt auf das Gesamtbudget für zahnärztliche Behandlungen und unterliegt einer <b>Selbstbeteiligung</b> von 10%.	Begrenzt auf das Gesamtbudget für zahnärztliche Behandlungen und unterliegt einer <b>Selbstbeteiligung</b> von 10%.
Begrenzt auf das Gesamtbudget für zahnärztliche Behandlungen und unterliegt einer <b>Selbstbeteiligung</b> von 30%.	Begrenzt auf das Gesamtbudget für zahnärztliche Behandlungen und unterliegt einer <b>Selbstbeteiligung</b> von 30%.	Begrenzt auf das Gesamtbudget für zahnärztliche Behandlungen und unterliegt einer <b>Selbstbeteiligung</b> von 30%.	Begrenzt auf das Gesamtbudget für zahnärztliche Behandlungen und unterliegt einer <b>Selbstbeteiligung</b> von 30%.	Begrenzt auf das Gesamtbudget für zahnärztliche Behandlungen und unterliegt einer <b>Selbstbeteiligung</b> von 30%.
Begrenzt auf das Gesamtbudget für zahnärztliche Behandlungen und unterliegt einer <b>Selbstbeteiligung</b> von 50%.	Begrenzt auf das Gesamtbudget für zahnärztliche Behandlungen und unterliegt einer <b>Selbstbeteiligung</b> von 50%.	Begrenzt auf das Gesamtbudget für zahnärztliche Behandlungen und unterliegt einer <b>Selbstbeteiligung</b> von 50%.	Begrenzt auf das Gesamtbudget für zahnärztliche Behandlungen und unterliegt einer <b>Selbstbeteiligung</b> von 50%.	Begrenzt auf das Gesamtbudget für zahnärztliche Behandlungen und unterliegt einer <b>Selbstbeteiligung</b> von 50%.

**Notfallzahnbehandlung** zur Schmerzlinderung, einschließlich **Behandlung** eines Abszesses, einer Infektion oder eines lockeren oder gebrochenen Zahns. Die **Behandlung** muss innerhalb von achtundvierzig (48) Stunden nach dem **Notfallereignis** erfolgen.

**Unfallbedingte** Schäden an **gesunden natürlichen Zähnen**, die in einem **Unfall** verloren oder beschädigt wurden, wie zum Beispiel ein rissiger oder gebrochener Zahn. Die Behandlung muss innerhalb von fünf (5) Tagen ab dem **Unfalldatum** erfolgen. Dies schließt keine Schäden ein, die durch das Essen verursacht wurden.

Begrenzt auf £250: €250:  
US\$250 innerhalb des  
Gesamtbudgets für  
zahnärztliche  
**Behandlungen.**

Begrenzt auf £250: €250:  
US\$250 innerhalb des  
Gesamtbudgets für  
zahnärztliche  
**Behandlungen.**

Begrenzt auf £250: €250:  
US\$250 innerhalb des  
Gesamtbudgets für  
zahnärztliche  
**Behandlungen.**

Begrenzt auf £250: €250:  
US\$250 innerhalb des  
Gesamtbudgets für  
zahnärztliche  
**Behandlungen.**

Begrenzt auf £250: €250:  
US\$250 innerhalb des  
Gesamtbudgets für  
zahnärztliche  
**Behandlungen.**

Vollständige Rückerstattung  
innerhalb des  
Gesamtversicherungslimits  
von £1.000.000: €1.000.000:  
US\$1.000.000.

Vollständige Rückerstattung  
innerhalb des  
Gesamtversicherungslimits  
von £2,000,000:  
€2,000,000: US\$2,000,000

Vollständige Rückerstattung  
innerhalb des  
Gesamtversicherungslimits  
von £3,000,000:  
€3,000,000: US\$3,000,000

Vollständige  
Rückerstattung bis zum  
Gesamtlimit der  
**Bedingungen.**

Vollständige  
Rückerstattung bis zum  
Gesamtlimit der  
**Bedingungen.**

- Unverbindliche Übersetzung - grundsätzlich gilt immer das Englische Original -

## BEGRIFFSBESTIMMUNGEN

Die folgenden Wörter oder Ausdrücke haben die unten angegebenen Bedeutungen, wo auch immer sie in diesem Dokument, **Versicherungszertifikat** und den **Vermerken** vorkommen.

### UNFALL

Ein plötzliches, unerwartetes oder unvorhergesehenes Ereignis, das zu einer identifizierbaren Körperverletzung einer **versicherten Person** führt.

### VERSEHENTLICHE BESCHÄDIGUNG DER ZÄHNE

Eine versehentliche Verletzung von **gesunden, natürlichen Zähnen**, die verloren gegangen sind, beschädigt oder herausgeschlagen wurden.

### AKUT

Eine **Erkrankung**, die wahrscheinlich schnell auf eine **Behandlung** anspricht, die darauf abzielt, **Sie** wieder in den Gesundheitszustand zu versetzen, in dem **Sie** sich unmittelbar vor der Erkrankung, der Krankheit oder dem **Unfall** befanden, oder die zu **Ihrer** vollständigen Genesung führt.

### BERATUNG

Jegliche Konsultation oder Diskussion mit einem **Arzt** oder **Spezialisten**, einschließlich Kontrolluntersuchungen und die Ausgabe von Rezepten (einschließlich wiederholter Rezepte).

### GERÄT

Prothetisches oder chirurgisches Gerät, das als integraler, lebenswichtiger Bestandteil der **Behandlung** erforderlich ist. **Wir** werden für eine Wirbelsäulenzstütze, eine Kniestütze oder eine Aircast oder ein anderes ähnliches Gerät bezahlen, wenn dies als **medizinisch notwendig** und als wesentlicher Bestandteil einer chirurgischen Operation oder **Behandlung** bestältigt wird.

### BETROFFENE(R) BEREICH(E)

Alle Länder, Staaten, Provinzen, Gebiete, Städte oder andere Gebiete, die von einer **Epidemie, Pandemie** oder einem anderen Krankheitsausbruch oder einer **Naturkatastrophe** betroffen sind.

### ANTRAG/ANTRAGSFORMULAR

Das **uns** vom **Versicherungsnehmer** vorgelegte Dokument, das Teil des Antragsverfahrens zur Annahme dieser **Police** ist, einschließlich etwaiger Änderungen und begleitender Informationen.

### ZUSTÄNDIGER ARZT

Ein von **uns** ausgewählter **Arzt**, der **uns** zu **Ihrem** medizinischen **Zustand** und der Notwendigkeit der **Evakuierung** oder **Rückführung** berät.

### BEREICH DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

Der Bereich, auf den **Ihr** Versicherungsschutz beschränkt ist. Die verfügbaren Gebiete sind wie unten definiert und **Ihre** Auswahl wird auf **Ihrem** **Versicherungsnachweis** angegeben.
Gebiet 1 – Europa – (siehe Rückseite)
Gebiet 2 – Weltweit ohne Vereinigte Staaten von Amerika und sämtliche Gebiete der USA
Gebiet 3 – Weltweit – Wenn **Sie** ein US-Passinhaber sind und **Sie** wählen dieses Gebiet, beschränkt sich **Ihr** Versicherungsschutz in den USA auf die ersten neunzig (90) Tage insgesamt während eines (1) **Versicherungsjahres**

### GEBURTSVERLETZUNG

Eine Missbildung oder ein **medizinischer Zustand**, der während der Geburt verursacht wird.

### VERSICHERUNGSBESCHEINIGUNG

Die Bescheinigung mit Angaben zum **Versicherungsnehmer**, zu den **versicherten Personen**, zur **Versicherungsdauer**, zum **Eintrittsdatum** und zur Deckungshöhe sowie etwaige **Vermerke**.

### FUSSPFLEGE

Ein/e praktizierende/r **Fußpfleger**/in, der/die registriert und gesetzlich lizenziert ist, um in dem Land zu praktizieren, in dem **die** **Behandlung** angeboten wird.

### CHRONISCH

Eine **Erkrankung**, die mindestens eine (1) der folgenden Eigenschaften aufweist:

- Sie** dauert auf unbestimmte Zeit und hat keine bekannte Heilung
- Sie** kommt zurück oder wird wahrscheinlich zurückkommen
- Sie** ist dauerhaft
- Sie** müssen rehabilitiert oder speziell geschult werden, um damit umzugehen
- Sie** bedarf langfristiger Überwachung, Konsultationen, Kontrolluntersuchungen oder Tests
- Sie** braucht eine kontinuierliche oder langfristige Kontrolle oder Linderung der Symptome

### ANFANGSDATUM

Das in **der** **Versicherungsbescheinigung** angegebene Datum, an dem der Versicherungsschutz der in dieser **Richtlinie** vorgesehen ist, beginnt.

### ERGÄNZENDE BEHANDLUNG

Therapeutische und diagnostische **Behandlung**, die außerhalb der Einrichtungen, in denen Schulmedizin gelehrt wird, existiert. Zu diesen Behandlungen gehören chiropraktische **Behandlungen**, Osteopathie, Homöopathie, Diät- und **Akupunkturbehandlungen**, die von zugelassenen Therapeuten durchgeführt werden.

### SCHWANGERSCHAFTSKOMPLIKATIONEN

**Komplikationen der Schwangerschaft**, die unter diese **Richtlinie** fallen, sind: Präeklampsie, Fehlgeburt, drohende Fehlgeburt, Schwangerschaftsdiabetes, wenn der Fötus gestorben ist und mit der Plazenta im Mutterleib verbleibt, Totgeburt, starke Blutungen in den Stunden und Tagen unmittelbar nach der Geburt (postpartale Blutung), Nachgeburt in der Gebärmutter nach der Geburt des Babys (beibehaltene Plazentamembranen) und Komplikationen nach einer der oben genannten Bedingungen.

### MITVERSICHERUNG

Der Prozentsatz des Gesamtwerts der entstandenen Aufwendungen, für den die **versicherte Person** verantwortlich ist. Ein etwaiger **Selbstbehalt** muss erfüllt werden, bevor die **Mitversicherung** **wirksam** wird/angewendet wird.

### KONGENITALE ANOMALIE (Geburtsfehler)

Eine intrauterine Entwicklung eines Organs oder einer Struktur, die anomal ist in Bezug auf Form, Struktur oder Position.

### KORREKTURVORRICHTUNG

Vorrichtung zur Behandlung eines **medizinischen Zustandes**, zum Beispiel ein CPAP-Gerät oder einem tragbaren Defibrillator wie einer Rettungsweste

### LAND DER STAATSANGEHÖRIGKEIT

Das Land, für das **Sie** Inhaber eines Reisepasses sind.

### LAND DES WOHNSTIZES

Das Land, in dem **Sie** zum Zeitpunkt der **Datums des Beginns** oder zu jedem späteren **Verlängerungsdatum** wohnen.

### EINTRITTSDATUM

Das auf dem **Versicherungsschein** angegebene Datum, an dem eine **versicherte Person** zuerst im Rahmen dieser **Police** versichert war.

### TEILSTATIONÄR

Eine **versicherte Person**, die in ein **Krankenhausbett** in einer Station, einem **halbprivaten** Raum oder einem **Privatzimmer** eingeliefert wird, weil sie eine Zeit lang medizinisch betreut werden muss, aber nicht über Nacht im Krankenhaus bleiben muss.

### ZAHNARZT

Eine Person, die registriert und gesetzlich zugelassen ist, um Zahnmedizin zu praktizieren in dem Land, in dem **die** **Behandlung** erfolgt.

### UNTERHALTSBERECHTIGTE

Ein Ehepartner oder erwachsener Partner und/oder unverheiratete Kinder, Stiefkinder, legal adoptierte Kinder und Pflegekinder, die unter 25 Jahre alt sind, dauerhaft bei **Ihnen** leben oder eine Vollzeitausbildung absolvieren. Kinder werden von Geburt an akzeptiert, vorausgesetzt, dass **wir** innerhalb von dreißig (30) Tagen nach der Geburt eine Benachrichtigung über ihre Ankunft erhalten. Benachrichtigungen, die nach diesem Zeitraum eingehen, führen dazu, dass Kinder ab dem Datum dieser Benachrichtigung Versicherungsschutz erhalten werden.

### ELEKTIVKAISERSCHNITT

Eine Kaiserschnitt-Operation zur Geburt eines Babys, die nicht als Ergebnis medizinischer Eingriffe, Notwendigkeit oder Empfehlung durchgeführt wird.

### NOTFALL

Das plötzliche Auftreten einer schweren und unerwarteten **akuten Erkrankung** oder Verletzung, die eine sofortige medizinische **Behandlung** erfordert, die ohne **Behandlung**, die innerhalb von 24 Stunden nach dem **Notfall** beginnt, zum Tod oder zu schweren Schäden an der Körperfunktion führen kann.

### NACHTRAG

Jede Änderung der von **uns** vereinbarten Bedingungen, die den Versicherungsschutz ausdehnen oder einschränken kann.

### EPIDEMIE

Das Auftreten von mehr Krankheitsfällen als erwartet in einem bestimmten Gebiet oder bei einer bestimmten Personengruppe über einen bestimmten Zeitraum.

### EVAKUIERUNG ODER RÜCKFÜHRUNG

Umzug in ein anderes **Krankenhaus**, das über die notwendigen medizinischen Einrichtungen verfügt, entweder in dem Land, in dem **Sie** krank werden, oder in einem anderen Land in der Nähe (Evakuierung) oder Rückführung in **Ihr Hauptwohnsitzland** oder **Ihr** Heimatland (Rückführung). Der Service umfasst alle **medizinisch notwendigen Behandlungen**, die von der von **uns** beauftragten internationalen Assistenzfirma während des Umzugs durchgeführt werden.

### EXPERIMENTELL

Jede **Behandlung**, die völlig neue und/oder nicht getestete Medikamente, Verfahren oder Dienstleistungen umfasst oder deren Verwendung für einen anderen Zweck als die Verwendung erfolgt, für die sie zuvor von der Aufsichtsbehörde in dem Land, in dem **Sie** die **Behandlung** erhalten, genehmigt wurden; neue Medikamentenverfahren oder Dienstleistungskombinationen; und/oder alternative Therapien, die nicht international anerkannten Standards der aktuellen medizinischen Praxis entsprechen. In Ermangelung einer nachweisbaren behördlichen Zulassung eines Medikaments, eines Verfahrens oder einer Dienstleistung in dem Land, in dem **die** **Behandlung** durchgeführt wird, muss das Medikament, das Verfahren oder die Dienstleistung von der US-amerikanischen Food and Drug Administration (FDA) zugelassen worden sein.

### EXTERNE PROTHESE

Ein künstliches Hilfsmittel, die ein fehlendes Körperteil ersetzt und extern getragen wird.

### FETALCHIRURGIE

**Behandlung** an einem Fötus im Mutterleib.

### GLOBALE REISEWARNUNG

Eine veröffentlichte Erklärung, Warnung oder Empfehlung, einschließlich eines Website-Dokuments, herausgegeben von Public Health England, European Centre for Disease Prevention & Control, United States Centers for Disease Control & Prevention (CDC), United States Department of State oder United States Bureau of Consular Affairs oder einer ähnlichen Regierung oder Nichtregierungsbehörde im **Wohnsitzland** oder **Gastland** der versicherten Person, die warnt, dass jede globale Reise (Reisen an einen beliebigen Ort) überdacht oder vermieden werden sollte, da sie ernsthafte Risiken für Gesundheit, Sicherheit und Gefahrenabwehr birgt oder die **versicherte Person** einer höheren Wahrscheinlichkeit lebensbedrohlicher Risiken aussetzt. Wenn mehrere Regierungs- oder Nichtregierungsbehörden unterschiedliche Warn- oder Hinweisslufen ausgegeben haben, gilt die höchste Warnung oder Empfehlung, die für **das** **Wohnsitz-** oder **Aufnahmeland** der versicherten Person gilt. Um Zweifel auszuschließen, deckt eine **globale** Reisewarnung alle betroffenen Gebiete ab.

### ZAHLUNGSGARANTIE

Eine von den Schadenverarbeitern bereitgestellte formelle Mitteilung, um die Zahlung der vereinbarten Rechnungskosten an einen **Arzt, Spezialisten** oder ein **Krankenhaus** genaß den angegebenen **Versicherungsbedingungen** zu garantieren.

### HOSPIZ

Eine Einrichtung, die nach den Gesetzen des Landes, in dem sie sich befindet, als **Hospiz** oder **Krankenhaus** zugelassen ist und in der die palliative Versorgung am Lebensende erbracht wird.

### KRANKENHAUS

Eine Einrichtung, die als medizinisches oder chirurgisches **Krankenhaus** nach den Gesetzen des Landes, in dem es sich befindet, zugelassen ist.

### GASTLAND

Das Land oder die Länder außer dem **Land des Wohnsitzes**, in das/die die versicherte Person reist.

### HORMONERSATZTHERAPIE (HRT)

**Behandlung**, die nur zum Zweck der Behandlung der Menopause verschrieben wird.

### STATIONÄR

Eine **versicherte Person**, die in einem **Krankenhausbett** in einer Station, einem **Halbprivat-** oder **Privatzimmer** und aus **medizinischer Notwendigkeit** aufgenommen wird, muss sich für eine (1) oder mehrere Nächte aufhalten.

### VERSICHERTE PERSONSIE

**Sie** und/oder die auf dem **Versicherungsschein** genannten Angehörigen, die unter diese **Police** fallen.

### INTENSIVMEDIZIN

**Behandlung** auf einer definierten Intensivstation, Intensivtherapieeinheit, High Dependency Unit oder Coronarstation, die eine ständige Überwachung nach chirurgischen Eingriffen oder Erkrankungen ermöglicht.

### IVF

In-vitro-Fertilisation. Ein Zyklus ist die Entnahme der Eizelle, die Befruchtung und dann die Implantation des Embryos in den Mutterleib einer **versicherten Person**.

### LEBENSEREIGNIS

Eines der folgenden Ereignisse:

- Die Geburt eines Babys
- Ein/e *neue/r* Ehepartner/in/erwachsener Partner/in, der/die bei **Ihnen** lebt
- Ein Kind des neuen Ehegatten/erwachsenen Partners
- Ein Stiefkind, das bei **Ihnen** lebt
- Gesetzliche Adaption eines Kindes
- Kinderbetreuung

### LEBENSZEIT

Für die Dauer **Ihres** Lebens, solange **Sie** bei **uns** versichert sind.

### NIERENDIALYSE (Hämodialyse)

**Behandlung**, die das Blut mit einem Dialysegerät filtert und reinigt.

### BESCHWERDEN

Jeder **Unfall**, jede Verletzung, Krankheit oder Erkrankung, einschließlich **psychiatrischer Erkrankungen**.

### PRAKTISCHER ARZT

Ein gesetzlich zugelassener **Arzt** oder **Spezialist**, der nach dem Recht des Landes, in dem **die** **Behandlung** erfolgt, anerkannt ist und der **bei** der Durchführung dieser Behandlung im Rahmen seiner Lizenzierung und Ausbildung praktiziert und der über einen von der Weltgesundheitsorganisation anerkannten Hauptabschluss in Medizin oder Chirurgie verfügt.

### MEDIZINISCH NOTWENDIG/MEDIZINISCHE NOTWENDIGKEIT

**Behandlung**, die von einem **Arzt** oder **Spezialisten** verschrieben wird, der zur Bewertung, Diagnose oder Behandlung einer **Erkrankung** oder ihrer Symptome erforderlich ist, die für **Ihre Erkrankung** als angemessen erachtet wird und nicht als **experimentell**, nicht lizenziert oder unbewiesen angesehen wird, von **uns** bestimmt:

- in Übereinstimmung mit den allgemein anerkannten und veröffentlichten Standards der medizinischen Praxis, wie von **uns** gegebenenfalls festgelegt
- klinisch angemessen in Bezug auf Art, Häufigkeit, Ausmaß, Ort und Dauer und als wirksam für den Gesundheitszustand des Patienten erachtet
- nicht in erster Linie für die Bequemlichkeit des Patienten oder **Spezialisten**
- nicht kostspieliger als eine oder mehrere alternative Dienstleistungen, zumindest mit der gleichen Wahrscheinlichkeit, die gleichen therapeutischen oder diagnostischen Ergebnisse zu erzielen
- über eine geeignete medizinische Einrichtung und Aufnahmeart erhalten, z. B. **stationär, teilstationär** oder **ambulanz**

**Wir** zahlen nicht für **Behandlungen**, die unserer Meinung nach nicht unter diese Definition fallen oder ausschließlich auf **Ihren** Wunsch hin durchgeführt werden.

- Unverbindliche Übersetzung - grundsätzlich gilt immer das Englische Original -

## BEGRIFFSBESTIMMUNGEN (fortgesetzt)

### MEDIKATION

Arzneimittel, Medikamente und Verbände (einschließlich Prothesen, wenn sie als integraler Bestandteil eines chirurgischen Eingriffs verwendet werden), die von einem **Arzt** oder **Spezialisten** verschrieben und gemäß der Verschreibung verwendet werden. Dazu gehören auch Verbrauchsmaterialien, die in einem Operationsaal und/oder **im Krankenhaus** verwendet werden.

### NATURKATASTROPHE

Weit verbreitete Störung des menschlichen Lebens durch Katastrophen wie Überschwemmung, Dürre, Flutwelle, Feuer, Hurrikan, Erdbeben, Unwetter oder andere Stürme, Erdbeben oder andere Naturkatastrophen oder Ereignisse, die zur Migration der menschlichen Bevölkerung zu ihrer Sicherheit führen. Das Ereignis muss eine Katastrophe sein, die ausschließlich auf die Naturgewalten zurückzuführen ist und vernünftigerweise nicht hätte verhindert werden können.

### NEUGEBORENES

Ein neugeborenes Baby oder Neugeborenes ist ein Kind unter dreißig (30)

Tagen.

### NICHTOFFENLEGUNG/FALSCHDARSTELLUNG

Jede bereits bestehende **Erkrankung** wurde falsch dargestellt oder nicht offengelegt, aufgedeckt, aufgeführt oder anderweitig auf dem **Antrag** oder einem späteren Anspruchsformular bekannt gemacht.

### ONKOLOGIE

Das Gebiet der Medizin, das der **Krebsbehandlung** einschließlich der Verwendung von Medikamenten (Immuntherapie/Chemotherapie), Chirurgie und Bestrahlung (Strahlentherapie) gewidmet ist.

### ORGANTRANSPLANTATION

Die chirurgischen Eingriffe zur Durchführung einer Organtransplantation.

### KIEFERORTHOPÄDIE

Beeinträchtigung der Struktur, Funktion, Entwicklung oder des Aussehens der Zähne,

Ober- oder Unterkiefer oder Mundhöhle.

### AMBULANT

Eine versicherte **Person**, die eine **Behandlung** erhält, der aber kein

Krankenhausbett zugewiesen werden muss.

### PALLIATIVBEHANDLUNG

Behandlung einer versicherten **Person**, deren primärer Zweck nur darin besteht, eine vorübergehende Linderung der Symptome zu bieten, anstatt das Fortschreiten der **Krankheit**, die die Symptome verursacht, zu heilen, zu stoppen, umzukehren oder zu verzögern.

### PATHOLOGIE

Tests, die durchgeführt werden, um die Art der Krankheit und

die krankheitsbedingten Struktur- und Funktionsänderungen zu bestimmen oder zu bewerten.

### PANDEMIE

Ein globaler Ausbruch einer Krankheit und von der

Weltgesundheitsorganisation (WHO) als solcher deklariert.

### DECKUNGSZEITRAUM/JEDES JAHR

Der Zeitraum, für den der Versicherungsschutz gewährt wird. Dies ist auf dem **Versicherungsschein** angegeben.

Dies ist in der Regel ein Zeitraum von zwölf (12) Monaten ab dem **Anfangsdatum** oder **Verlängerungsdatum**.

### PHYSIOTHERAPEUT

Eine Person, die qualifiziert ist, Physiotherapie zu praktizieren, die volle

Registrierung hat nach den medizinischen Gesetzen, die auf Physiotherapie spezialisiert sind und in dem Land,

in dem die **Behandlung** angeboten wird, registriert und gesetzlich zugelassen ist.

#### PODOLOGE

Ein/e praktizierendefr **Podologe/in**, der/die registriert und gesetzlich lizenziert ist, um

in dem Land, in dem die **Behandlung** erfolgt, in der Podologie zu praktizieren.

### PSYCHITRISCHE ERKRANKUNGEN

**Behandlung** einer psychischen Störung durch einen klinischen Psychologen/ Psychiater. Eine Störung, die sich auf den Geist, die geistige Funktion oder die Emotionen auswirkt, die mit der gegenwärtigen Belastung verbunden sind, oder eine erhebliche Beeinträchtigung der Fähigkeit der Person, bei einer wichtigen Lebensaktivität (z. B. Beschäftigung) zu funktionieren. Der vorgenannte Zustand muss klinisch signifikant und nicht nur eine erwartete Reaktion auf ein bestimmtes Ereignis wie Trauerfall, Beziehung oder akademische Probleme und Akkulturation sein. Die Erkrankung muss die Kriterien für eine Einstufung nach einem internationalen Klassifikationssystem wie dem Diagnostic and Statistical Manual (DSM-IV) oder der International Classification of Diseases (ICD-10) erfüllen.

### AUSGEBILDETE KRANKENSCHWESTER

Eine Krankenschwester/ein Krankenpfleger, deren/dessen Name derzeit in einem Register oder einer Liste von Krankenschwestern/Krankenpflegern eingetragen ist, das/die von einer gesetzlichen Krankenschwesternregistrierungsstelle innerhalb des Landes, in dem die **Behandlung durchgeführt** wird, geführt wird.

**GESUNDHEITLICHE NOTLAGE VON INTERNATIONALER TRAGWEITE** Eine förmliche Erklärung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) über ein außergewöhnliches Ereignis, das durch die internationale Ausbreitung von Krankheiten, **Epidemien** und **Pandemien** ein Risiko für die öffentliche Gesundheit darstellt und möglicherweise eine koordinierte internationale Reaktion erfordert.

### VERNÜNFTIG UND ÜBLICH

Gebühren, die auf der Grundlage aller **uns** zur Verfügung stehenden Informationen und Daten für die Art der angebotenen **Behandlung**, an dem Ort der Behandlung und von dem jeweiligen behandelnden **Arzt** nicht unverhältnismäßig sind.

Beachten Sie, dass **wir** unter bestimmten Umständen mit bestimmten **Krankenhäusern** oder medizinischen Einrichtungen Gebühren für bestimmte Verfahren und Unterkünfte vereinbart haben und dass diese Daten von **uns** als Teil der Bestimmung einer **angemessenen und üblichen** Gebühr betrachtet werden.

**Wir** können die Gebühren bei Bedarf von einem staatlichen Gesundheitsamt oder einem anderen unabhängigen Dritten überprüfen lassen.

### REKONSTRUKTIVE CHIRURGIE

Chirurgie, die **medizinisch notwendig** ist, um die Funktion oder das Aussehen nach einem entstellenden **Unfall** oder als Folge einer berechtigten **Erkrankung wiederherzustellen**.

### REHABILITATION

**Behandlung** mit dem Ziel, Gesundheit und Mobilität nach einer Verletzung oder Krankheit wieder in einen Zustand zu bringen, in dem eine **versicherte Person** autark sein kann.

### RÜCKERSTATTUNG

Ein Prozess, der von den Schadenverarbeitern zur Verfügung gestellt wird, um den Antragstellern jegliche von ihnen gezahlten Beträge für anspruchsberechtigte Forderungen im Rahmen dieser **Police** zu **erstatten**.

### VERLÄNGERUNGSDATUM

Zwölf (12) Kalendermonate ab dem **Datum des Beginns** oder ab

dem vorherigen **Verlängerungsdatum**.

### HEIMPFLEGE

Betreuung von Personen, die möglicherweise Unterstützung bei täglichen Aufgaben wie Waschen oder Anziehen benötigen, aber keine spezialisierte Pflege oder Unterstützung benötigen; auch als Einrichtungen für betreutes Wohnen, Pensionen und Pflegeheime oder Erholungsheime beschrieben.

## BEGRIFFSBESTIMMUNGEN (fortgesetzt)

### Bedingungen

Der Vertrag, der die Höhe der Deckung im Einzelnen angibt. Das **Antragsformular**, die

**Versicherungsbescheinigung** und dieser Versicherungssatz, der die **Versicherungsbedingungen**

enthält, bilden den Vertrag.

### SELBSTBEHALT

Der angegebene Geldbetrag, der von einer **versicherten Person** in Bezug auf Aufwendungen zu zahlen ist, die vor der Zahlung von Leistungen im Rahmen dieser **Police** entstanden sind. Der **Selbstbehalt** gilt pro Person und **Versicherungsjahr** und gilt nur für **stationäre, teilstationäre** und **ambulante** medizinische und damit verbundene Kosten. Die **Selbstbeteiligung** gilt nicht für die Leistungen „**Evakuierung** oder **Rückführung**“, das Wohlbefinden, Impfungen, optische Leistungen oder die optionalen Leistungen „**Routineschwangerschaft** und **Geburt**“ und „**Zahnbehandlung**“, wenn ausgewählt.

### VERSICHERUNGSNEHMER

Die Person oder das Unternehmen, mit der/dem **wir** diesen **Vertrag** geschlossen haben

und die/das hauptsächlich für die Zahlung der **Prämien** verantwortlich ist.

### VORAUTORISIERUNG/VORAUTORISIERT

Eine Dienstleistung, die von den Anspruchsbearbeitern für einen Anspruchsberechtigten erbracht wird, um **den Versicherungsschutz** zu bestätigen, bevor Sie sich zu Kosten oder **Behandlung** verpflichten.

### BEITRAG

Die Zahlung, die fällig ist, um **Ihre Police** während **Ihres Versicherungszeitraums** zu aktivieren und aufrechtzuerhalten. Die **Prämien** können entweder monatlich, vierteljährlich oder jährlich zahlbar sein und sind am oder vor dem **Anfangs-** oder **Verlängerungsdatum** zu zahlen. Da es sich bei **Ihrer Police** jedoch um einen Jahresvertrag handelt, sind Sie für die gesamte **Jahresprämie** verantwortlich, auch wenn **wir** vereinbart haben, dass Sie eine monatliche oder vierteljährliche **Prämie** zahlen können. Die Nichtzahlung kann zur Aussetzung des Versicherungsschutzes oder zur fristlosen Kündigung der **Police** führen.

### PRIVATZIMMER

Ein Standard-Einzelzimmer in einem **Krankenhaus** mit eigenem Bad und zur exklusiven Nutzung durch einen Patienten. Der Versicherungsschutz gilt nur für ein Standard-Privatzimmer. Sulten, **VIP-**, **Premium-**, **Deluxe-**, **Executive-Privatzimmer** (oder ähnliches) sind nicht abgedeckt.

### VORBESTEHEND

Jede **Erkrankung**, für die Sie innerhalb der fünf (5) Jahre vor

dem auf **Ihrem Versicherungsschein** angegebenes **Versicherungsbeginn** :

- a.** Anzeichen oder Symptome erlebt und/oder erlitten haben, unabhängig davon, ob sie untersucht wurden oder nicht;
- b.** **Rat** eingeholt oder erhalten haben;
- c.** Empfehlungen erhalten haben, medizinische **Behandlung** zu erhalten oder erhalten zu haben, einschließlich Änderungen des Lebensstils und spezieller Diäten, Arzneimittel, Medikamente und Injektionen; oder
- d.** von denen **Sie nach Ihrem** bestem Wissen, wussten Sie, dass Sie sie hatten.

**DAS NETZWERK PREFERRED PROVIDER ORGANISATION (PPO)** Eine unabhängige Organisation, mit der **wir** eine vertragliche Vereinbarung unterhalten, die Netzwerke von in den USA ansässigen **Ärzten**, **Krankenhäusern** und anderen Dienstleistern von Gesundheit und Gesundheitsfürsorge eingerichtet und unterhalten hat, die separat und direkt mit dem **PPO-Netzwerk** beauftragt sind und die möglicherweise Neupreise, Rabatte oder ermäßigte Gebühren für die **Ihnen** zur Verfügung gestellte **Behandlung** oder Versorgung bereitstellen. Beziehen Sie sich auf **Ihre** Mitgliedskarte, die auf **das PPO-Netzwerk** verweist.

#### PROFISPORT

Die Teilnahme an oder das Training in einer Sportart oder Aktivität, für die eine Gehalts- oder Geldzahlung erhalten wird, einschließlich Zuschüssen oder Sponsoring (es sei denn, dies sind nur Reisekosten). Dazu gehören Spieler und Trainer.

### ROUTINEMÄSSIGE SCHWANGERSCHAFT

Eine gesunde, unkomplizierte Schwangerschaft, gefolgt von einer routinemäßigen vaginalen

Entbindung, assistierte vaginale Entbindung oder **elektiver Kaiserschnitt**.

### SEMPRIVATE ZIMMER

Ein Standardzimmer in einem **Krankenhaus**, das nicht exklusiv ist und mit anderen Patienten geteilt werden kann. Sulten, **VIP-**, **Premium-**, **Deluxe-**, **Executive-Privatzimmer** (oder ähnliche) sind nicht abgedeckt.

### GESUNDE NATÜRLICHE ZÄHNE

Ein **gesunder natürlicher Zahn**, der frei von aktivem klinischem Karies ist, keine Zahnfleischerkrankung hat, die mit Knochenschwund verbunden ist, keine Kappen, Kronen oder Verblendungen, kein Zahnimplantat hat und normal funktioniert.

### FACHARZT

Ein **Arzt**, der (1) eine inhaltliche Beraterstelle in der entsprechenden Fachrichtung in einem **Krankenhaus** des National Health Service innehat oder (2) eine inhaltliche Beraterstelle innehatte, die **wir** als gleichwertig anerkennen, oder (3) von den gesetzlichen Stellen des jeweiligen Landes, in dem die **Behandlung** erfolgt, als solche anerkannt ist.

### TERRORISMUS

Eine Handlung, einschließlich beispielsweise der Anwendung von Gewalt oder Gewalt und/oder deren Androhung, von Personen oder Gruppen von Personen, unabhängig davon, ob sie allein oder im Namen oder in Verbindung mit Organisationen oder Regierungen handeln, die zu politischen, religiösen, ideologischen oder ähnlichen Zwecken begangen werden, einschließlich der Absicht, eine Regierung zu beeinflussen und/oder die Öffentlichkeit oder einen Teil der Öffentlichkeit in Angst und Schrecken zu versetzen.

**REISEWARNUNG/DRINGENDER REISEHINWEIS** Eine veröffentlichte Erklärung, Warnung oder Empfehlung, einschließlich eines Website-Dokuments, herausgegeben von Public Health England, European Centre for Disease Prevention & Control, United States Centers for Disease Control & Prevention (CDC), United States Department of State oder United States Bureau of Consular Affairs oder einer ähnlichen Regierungs- oder Nichtregierungsbehörde im **Wohnsitzland** oder **Gastland** der versicherten Person, die warnt, dass Reisen in die **betroffenen Regionen** überdacht oder vermieden werden sollte, da sie ernsthafte Risiken für Gesundheit, Sicherheit und Gefahrenabwehr birgt oder die **versicherte Person** einer höheren Wahrscheinlichkeit lebensbedrohlicher Risiken aussetzt. Wenn mehrere Regierungs- oder Nichtregierungsbehörden unterschiedliche Warn- oder Hinweisstufen ausgegeben haben, gilt die höchste Warnung oder Empfehlung, die für **das Wohnsitz-** oder **Aufnahmeland** der versicherten Person gilt.

### BEHANDLUNG

Alle **medizinisch notwendigen** chirurgischen Verfahren oder medizinischen Eingriffe, die erforderlich sind, um einen Beschwerden zu bewerten, zu überwachen, zu diagnostizieren, zu lindern, zu heilen oder Befreiung von **Beschwerden** zu bieten.

### WIR/UNSERE/UNS

à la carte healthcare limited Trading als ALC Health, London Global S.r.l. handelnd als à la carte healthcare im Namen der SiriusPoint International Insurance Corporation, als Versicherungsagenten dieser **Police**, wie in der **Versicherungsbescheinigung** und/oder allen ernannten Schadenverwaltern, Agenten oder Managern beschrieben.



## AUSSCHLÜSSE

### Spezifische Ausschlüsse des Versicherungsumfangs für jeden

#### Abschnitt der stationären und teilstationären Behandlung

Die folgenden Ausschlüsse gelten für **stationäre** und **teilstationäre Behandlungen**. Neben den allgemeinen Ausschlüssen decken **wir** Folgendes nicht ab:

- Stationäre und teilstationäre Behandlung**  
sämtliche Kosten, die nicht als **stationärer** oder **teilstationärer Patient** in einem **Krankenhaus** oder einer anerkannten medizinischen Einrichtung mit Ausnahme der häuslichen Krankenpflege anfallen.
- Routinemäßige Schwangerschaft und Geburt**  
alle Kosten im Zusammenhang mit **routinemäßiger Schwangerschaft** und Geburt, es sei denn, ‚Routine-Schwangerschaft & Geburt‘ wurde ausgewählt.
- Zahnbehandlung**  
alle Kosten im Zusammenhang mit jeglicher Form von **Zahnbehandlung**, es sei denn, es wurde ‚Zahnbehandlung‘ ausgewählt (einschließlich Zahnfleischentzündung, Parodontologie oder Zahnfleischerkrankungen jeglicher Art).
- Selbstbeteiligung**  
die auf dem **Versicherungsschein** angegebene **Selbstbeteiligung** für alle anrechenbaren Kosten, die jeder **versicherten Person** pro **Versicherungsjahr** entstanden sind.
- Organtransplantationen**  
a) die entstandenen Kosten:
  - bei der Lokalisierung eines Ersatzorgans oder der Erlangung eines Spenderorgans;
  - für die Entnahme des Organs aus dem Spender;
  - Transportkosten; und
  - alle damit verbundenen Verwaltungskosten im Zusammenhang mit **Organtransplantationen**:

(b) Kosten für die Entfernung eines Organs von **Ihnen** zur Transplantation auf eine andere Person; und

(c) alle sich aus (b) ergebenden Komplikationen.

- Schwangerschaftskomplikationen**  
alle Kosten im Zusammenhang mit **Schwangerschaftskomplikationen**, die während der ersten zehn (10) Versicherungsmonate entstanden sind. Die Empfängnis kann während dieses anfänglichen Zeitraums stattfinden, aber nur Kosten, die nach dem Zeitraum anfallen, werden für die **Erstattung** berücksichtigt.

- IVF**  
*(gilt für Platin)*
  - alle Kosten, die im Rahmen der **IVF-Leistung** während der ersten zehn (10) Versicherungsmonate entstanden sind.
  - alle Kosten, die im Rahmen der **IVF-Leistung** anfallen, wenn der medizinische Grund, warum **Sie** nicht in der Lage sind, auf natürliche Weise schwanger zu werden, vor **Ihrem Eintrittsdatum diagnostiziert wird**.
  - Kosten für Personen unter achtzehn (18) Jahren oder über vierundfünfzig (54) Jahren.

*(gilt für Gold, Silber, Bronze Plus und Bronze)* jede Form der assistierten Reproduktion.

- Neugeborene – Frühgeburt**  
*(gilt für Platinum)*
  - nach dreißig (30) Tagen nach der Geburt schließen **wir** jeden medizinischen Zustand aus, der sich während der ersten dreißig (30) Tage nach der **Behandlung** eines **neugeborenen** Kindes entwickelt hat, das aus einer natürlichen Empfängnis stammt, bei der die Geburt/Entbindung vor der siebenunddreißig (37) Wochen dauernden Schwangerschaft stattgefunden hat.
  - nach dreißig (30) Tagen nach der Geburt schließen **wir** jeden medizinischen Zustand aus, der sich während der ersten dreißig (30) Tage nach der **Behandlung** eines **neugeborenen** Kindes entwickelt hat, das aus der assistierten Reproduktion geboren wurde, die durch die IVF-Leistung abgedeckt war, bei der die Geburt/Entbindung vor der siebenunddreißig (37) Wochen dauernden Schwangerschaft stattfand.
  - jede **Behandlung** eines **neugeborenen** Kindes, das nach assistierter Reproduktion (z. B. **IVF**) geboren wurde, die bei der Geburt/Entbindung vor der siebenunddreißig (37) Wochen dauernden Schwangerschaft nicht von **uns** übernommen wurde.

*(gilt für Gold und Silber)*

- nach dreißig (30) Tagen nach der Geburt schließen **wir** jeden medizinischen Zustand aus, der sich während der ersten dreißig (30) Tage nach der **Behandlung** eines **neugeborenen** Kindes entwickelt hat, das aus einer natürlichen Empfängnis stammt, bei der die Geburt/Entbindung vor der siebenunddreißig (37) Wochen dauernden Schwangerschaft stattgefunden hat.
- jede **Behandlung** eines **neugeborenen** Kindes, das nach assistierter Reproduktion (z. B. **IVF**) geboren wird, wenn die Geburt/Entbindung vor der siebenunddreißig (37) Wochen dauernden Schwangerschaft erfolgt.

*(gilt für Bronze Plus und Bronze)*

zur **Behandlung** eines **neugeborenen** Kindes, wenn die Geburt/Entbindung vor der siebenunddreißigsten (37) Schwangerschaftswoche stattfindet.

### Ambulante Behandlung

Die folgenden Ausschlüsse gelten für **ambulante Behandlungen**. Neben den allgemeinen Ausschlüssen decken **wir** Folgendes nicht ab:

- Routinemäßige Schwangerschaft und Geburt**  
alle Kosten im Zusammenhang mit routinemäßiger Schwangerschaft und Geburt, es sei denn, ‚Routine-Schwangerschaft & Geburt‘ wurde ausgewählt.
- Zahnbehandlung**  
alle Kosten im Zusammenhang mit jeglicher Form von **Zahnbehandlung** (einschließlich Gingivitis, Parodontose oder Zahnfleischerkrankungen jeglicher Art), es sei denn, die **Zahnbehandlung** wurde ausgewählt oder die Behandlung ist unter **„Zahnärztliche Notfallbehandlung – Unfallschäden an Zähnen“** oder **„Zahnärztliche Notfallbehandlung – Schmerzlinderung“** abgedeckt. Wenn die zahnärztliche **Behandlungsoption** **„Zahnärztliche Notfallbehandlung – Unfallschäden an Zähnen“** oder **„Zahnärztliche Notfallbehandlung – Schmerzlinderung“** ausgewählt wurde, ist dies nicht anwendbar. Alle zu zahlenden Leistungen werden im Rahmen der zahnärztlichen Behandlungsleistung gezahlt.
- Selbstbeteiligung**  
die auf dem **Versicherungsschein** angegebene **Selbstbeteiligung** für alle anrechenbaren Kosten, die jeder **versicherten Person** pro **Versicherungsjahr** entstanden sind.
- Zweitmeinungen**  
alle zweiten oder nachfolgenden medizinischen Gutachten eines **Arztes** oder **Spezialisten** für den gleichen **medizinischen Zustand**, es sei denn, **wir** haben schriftlich zugestimmt.

## AUSSCHLÜSSE (Fortsetzung)

- Fußbehandlungen**  
jegliche **Behandlung** für kosmetische Pedikuren, chirurgische Schuhe, zum Beispiel Korrekturschuhe, Hühneraugenpflaster, Einlegesohlen, Verbände usw.

- Wohlbefinden**  
*(gilt für Platin, Gold und Silber)*  
alle Kosten, die im Rahmen der Leistung für das Wohlbefinden während der anfänglichen zehn (10) Monate Versicherungsschutz anfallen.

*(gilt für Bronze Plus und Bronze)*

alle Kosten im Rahmen des Wohlbefindens.

- Hormonersatztherapie (HRT)**  
*(gilt für Platin und Gold)*
  - Behandlung zur Hormonersatztherapie**, außer wenn sie zum alleinigen Zweck der Behandlung der Menopause verabreicht wird.
  - Behandlung zur Hormonersatztherapie**, wenn das Datum der Diagnose vor **Ihrem Aufnahmedatum** stattgefunden hat.

*(gilt für Silber, Bronze Plus und Bronze)* jede **Behandlung** für die **Hormonersatztherapie**.

### Evakuierung oder Rückführung

Die folgenden Ausschlüsse gelten für **Evakuierung oder Rückführung**. Neben den allgemeinen Ausschlüssen decken wir Folgendes nicht ab:

- Reise- und anschließende Übernachtungskosten, es sei denn, **wir** oder **unser** Beistandsunternehmen haben vor Reiseantritt ausdrücklich schriftlich zugestimmt. Kosten, die ohne **unsere vorherige** Zustimmung anfallen, werden nicht **erstattet**.
- die Kosten für alle Flugtickets außer der Economy Class, es sei denn, **wir** haben vor Reiseantritt eine schriftliche Genehmigung erteilt.
- die Kosten für Bestattung und Einäscherung umfassen nicht die Kosten für einen religiösen Praktizierenden, florale Ehrungen, musikalische Versorgung, Grabsteine oder Speisen und Getränke.
- alle Kosten, die anfallen, wenn der Tod im **Land der Staatsangehörigkeit des Versicherten** eingetreten ist.
- alle Kosten, die durch die Ausübung von Sportarten oder Aktivitäten als Profi oder durch die Teilnahme an Base-Jumping, Klippenspringen, Fliegen in einem nicht lizenzierten Flugzeug oder als Lernender, Kampfsportarten, Freiklettern, Bergsteigen mit oder ohne Seilen, Tauchen bis zu einer Tiefe von mehr als zehn (10) Metern, Trekking bis zu einer Höhe von mehr als zweitausendfünfhundert (2.500) Metern, Bungee-Jumping, Canyoning, Drachenfliegen, Gleitschirmfliegen oder Mikrobeleuchtung, Fallschirmspringen, Erkundung von Höhlen, Skifahren abseits der Piste oder jede andere Wintersportaktivität außerhalb der Piste entstehen.
- Sie** von einem Schiff, einer Ölplattform oder einem ähnlichen Offshore-Standort zu versetzen.
- Wir** haften nicht in Bezug auf den **Evakuierungs- oder Rückführungsdienst im Ausland** für:
  - ein Versäumnis, den **Evakuierungs- oder** Rückführungsdienst im Ausland zu erbringen oder für Verzögerungen bei der Erbringung, es sei denn, das Versäumnis oder die Verzögerung wird durch **unsere** Fahrlässigkeit (einschließlich der des von **uns** ernannten internationalen Hilfsunternehmens) oder durch von einer der Parteien ernannte Vertreter verursacht.
  - ein Versäumnis oder eine Verzögerung bei der Erbringung des **Evakuierungs- oder Rückführungsdienstes** im Ausland, wenn:
    - der **Evakuierungs- oder Rückführungsdienst im Ausland** nach dem Gesetz nicht in dem Land erbracht werden kann, in dem er benötigt wird, oder
    - der Ausfall oder die Verspätung durch einen Grund verursacht wurde, der außerhalb **unserer** Kontrolle liegt, z. B. Streik und Flugbedingungen.
  - Verletzungen oder Todesfälle, die verursacht werden, während **Sie** bewegt werden, es sei denn, sie werden durch **unsere** Fahrlässigkeit oder die Fahrlässigkeit einer Person verursacht, die in **unserem** Namen handelt.

### Routinemäßige Schwangerschaft und Geburt

*(Optionale Leistung bei Platin, Gold, Silber, Bronze Plus und Bronze)*

Wenn routinemäßige Schwangerschaft und Geburt ausgewählt wurde, gelten zusätzlich zu den allgemeinen Ausschlüssen die folgenden Ausschlüsse für diese Leistung. **Wir** decken Folgendes nicht ab:

- alle Kosten, die während der ersten zehn (10) Monate der Deckung ab dem Erwerbsdatum dieser Leistung oder **dem Eintrittsdatum entstanden sind**, je nachdem, welches das letztere ist. Die Empfängnis kann während dieses anfänglichen Zeitraums stattfinden, aber nur Kosten, die nach dem Zeitraum anfallen, werden für die **Erstattung berücksichtigt**.
- vorgeburtliche und nachgeburtliche Kurse und nicht-medizinische Praktiker zum Beispiel, Doulas, Coaches, Kindermädchen usw.
- alle Vor- oder Nachsorgeuntersuchungen, die nicht von einer Hebamme, einem Geburtshelfer oder **einem Arzt durchgeführt werden**.
- eine Behandlung nach** der Vorsorgeuntersuchung, es sei denn, das **Neugeborene** wird innerhalb von dreißig (30) Tagen nach der Geburt als **versicherte Person** in die **Police** aufgenommen.
- pränatale 3D- und 4D-Ultraschallscans.
- alle Kosten, die für Personen unter 18 Jahren oder über 54 Jahren anfallen.

### Zahnbehandlung

*(Optionale Leistung bei Platin, Gold, Silber, Bronze Plus und Bronze)*

Wenn eine zahnärztliche **Behandlung** ausgewählt wurde, gelten zusätzlich zu den allgemeinen Ausschlüssen die folgenden Ausschlüsse. **Wir** decken Folgendes nicht ab:

- Zahnartzkosten, die während der ersten sechs (6) Monate ab dem Kaufdatum dieser Leistung oder dem Datum des **Eintritts, je nachdem, welcher Zeitpunkt der** spätere ist, anfallen (ausgenommen **versehentliche Schäden, die an gesunden natürlichen Zähnen verursacht wurden**).
- andere als die im Abschnitt „Der Versicherungsumfang“ angegebenen zahnärztlichen Eingriffe.
- Gingivitis, Parodontitis oder Zahnfleischerkrankungen jeglicher Art.
- die Kosten für alle Edelmetalle (außer Gold), die in einem zahnärztlichen Eingriff verwendet werden.
- jede zahnärztliche **Behandlung**, die von **Ihrem Zahnarzt empfohlen wurde** oder **von der Sie** wussten (oder vernünftigerweise hätten wissen müssen), **dass sie eine Behandlung erforderte**, bevor **Sie** diese Leistung erworben haben oder während der ersten sechs (6) Monate nach dem Kauf dieser Leistung. Im Falle eines Anspruchs müssen **Sie** möglicherweise nachweisen, dass **Sie** alle erforderlichen zahnärztlichen Arbeiten abgeschlossen haben, die vor dem **Kauf** dieser Leistung empfohlen wurden.
- Zahnchirurgie, wenn sie nicht von einem Mund-, Kiefer- oder Gesichtschirurgen oder einem chirurgischen Zahnarzt durchgeführt wird.
- Prothesen, bei denen zuvor ein oder mehrere Sets getragen wurden.
- Dichtstoffe und Fluoridbehandlung.
- jede **Mitversicherung**, die vor **Erstattung der Kosten anwendbar** ist.

## ALLGEMEINE AUSSCHLÜSSE

Diese Ausschlüsse gelten für die gesamte Versicherung. Darüber hinaus hat jeder Abschnitt auch seine eigenen Ausschlüsse.

**1 Aktivitäten (Sport-, Freizeit- oder Abenteueraktivitäten)** Jede Beschwerde, die während der Teilnahme an einer Sport-, Freizeit- oder Abenteueraktivität auftritt, wenn diese Aktivität gegen den Rat oder die Anweisung einer lokalen Behörde oder eines qualifizierten Ausbilders oder gegen die Regeln, Empfehlungen und Verfahren eines anerkannten Lenkungsorgans für den Sport oder die Aktivität durchgeführt wird.

alle **Behandlungskosten**, die durch die Ausübung der folgenden Aktivitäten: Base-Jumping, Klippenspringen, Fliegen in einem nicht lizenzierten Flugzeug oder als Lernender, Kampfsportarten, Freiklettern, Bergsteigen mit oder ohne Seilen, Tauchen bis zu einer Tiefe von mehr als zehn (10) Metern, Trekking bis zu einer Höhe von mehr als zweitausendfünfhundert (2.500) Metern, Bungee-Jumping, Canyoning, Drachenfliegen, Gleitschirmfliegen oder Ultraleichtflugzeug, Fallschirmspringen, Erkundung von Höhlen, Skifahren abseits der Piste oder jede andere Wintersportaktivität außerhalb der Piste entstehen.

**2 Sucht/Missbrauch von Substanzen**  
**Behandlung** der Abhängigkeit von oder des Missbrauchs von Alkohol, Drogen oder anderen Suchtmitteln sowie von Suchtkrankheiten jeglicher Art. Dies schließt den Missbrauch von verschreibungspflichtigen **Medikamenten** und alle Verletzungen oder Krankheiten ein, die direkt oder indirekt aus einem solchen Missbrauch, Missbrauch oder einer solchen Sucht entstehen.

**3 Verwaltungskosten**  
Kosten im Zusammenhang mit dem Ausfüllen von Antragsformularen und anderen Dokumente oder andere Verwaltungs- oder Registrierungskosten.

**4 Geräte**  
Kosten für die Bereitstellung oder den Einbau von **Geräten** (es sei denn, es wird wie unter der Definition **Gerät** gezeigt abgedeckt).

**5 Empfängnisverhütung**  
Untersuchungen, Diagnostik und **Behandlung**, die sich direkt oder indirekt aus der Empfängnisverhütung bei Männern oder Frauen ergeben oder damit zusammenhängen (einschließlich Einsetzen und Entfernen von Verhütungsmitteln, Sterilisationsbehandlung, Vasektomie und alle anderen Verhütungsmittel), auch wenn dies medizinisch empfohlen wird.

**6 Körpermodifikation**  
**Behandlung** von Krankheiten oder Verletzungen, die sich aus einer beliebigen Form der Körperveränderung ergeben. Dazu gehören beispielsweise Körperpiercing, Tätowierung und Haarentfernung.

**7 Chemische Exposition und Kontamination**  
**Behandlung**, die unmittelbar oder mittelbar infolge einer chemischen oder biologischen Kontamination oder einer Kontamination durch Radioaktivität aus Kernmaterial jeglicher Art oder infolge der Verbrennung von Kernbrennstoff, Asbestose oder sonstiger damit zusammenhängender Zustände erforderlich ist. Kosten, die sich direkt oder indirekt aus der Verwendung von nuklearem, chemischem, biologischem oder radioaktivem Material als Waffe ergeben, unabhängig davon, ob es sich dabei um eine oder mehrere explosive Sequenzen handelt.

**8 Mitversicherung**  
der Prozentsatz eines berechtigten Anspruchs, den Sie gemäß den Angaben in der **Police** zahlen müssen. Wenn Sie eine **Selbstbeteiligung** haben, muss diese vor der Anwendung einer **Mitversicherung** erfüllt sein.

**9 Schwangerschaftskomplikationen**  
alle Kosten im Zusammenhang mit **Schwangerschaftskomplikationen**, es sei denn, sie erfordern die Aufnahme in ein Krankenhaus als **teilstationäre** oder **stationäre Patienten** und wenn im Rahmen der Leistung „Schwangerschaftskomplikationen“ förderfähig.

**10 Kongenitale Anomalien**  
*(gilt für **Platin**, **Gold** und **Silber**)*

kongenitale Anomalien (außer wenn unter Neugeborenes abgedeckt Deckung – kongenital), genetische Deformitäten/Störungen oder Geburtsschäden.

*(gilt für **Bronze Plus** und **Bronze**)*  
kongenitale Anomalien, genetische Deformitäten/Störungen oder Geburtsschäden.

**11 Korrekturvorrichtungen**  
Kosten für die Bereitstellung oder Anbringung von **Korrekturvorrichtungen**.

**12 Kosmetische Behandlung**  
kosmetische **Behandlung**, auch für medizinische oder psychologische Zwecke und alle damit verbundenen **Behandlungskosten**, die sich aus einer solchen **Behandlung** ergeben.

**13 Straftaten**  
alle **Behandlungen**, die sich aus oder im Zusammenhang mit Verletzungen ergeben, die erlitten wurden, während eine kriminelle, illegale oder rechtswidrige Handlung begangen wurde.

**14 Taubheit**  
**(i)** die Bereitstellung von Hörgeräten  
**(ii)** **Behandlung** von oder infolge von altersbedingter Taubheit.

**15 Entwicklungsverzögerungen/-störungen**  
Entwicklungsverzögerungen/-störungen einschließlich Lernverzögerungen/-störungen, Lernschwierigkeiten, Verhaltens-, Sprach- und Stimmprobleme sowie körperliche Entwicklungsprobleme.

**16 Störungen**  
**Behandlung** von Erkrankungen wie Verhaltensstörung, Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung, Autismus-Spektrum-Störung, oppositioneller trotziger Störung, antisozialen Verhalten, Zwangsneurose, Zwangsneurose, Bindungsstörung, Anpassungsstörungen sowie alle **Behandlungen**, die positive sozial-emotionale Beziehungen fördern, wie Kommunikationstherapien, Bodenzeit und Familientherapie.

**17 Essstörungen**  
Jede **Behandlung** von oder im Zusammenhang mit oder verursacht durch Essstörungen jeglicher Art. Dazu gehört beispielsweise die **Behandlung** von Zuständen wie Anorexia nervosa, Bulimie und jede **Behandlung**, die für einen Zustand erforderlich ist, der als Folge dieser Zustände verursacht wird.

**18 Ausgeschlossene Bedingungen – Komplikationen, die sich aus Kosten ergeben**, die aufgrund von Komplikationen entstehen, die direkt durch eine Krankheit oder Verletzung verursacht wurden, für die der Versicherungsschutz im Rahmen Ihrer **Police** ausgeschlossen oder beschränkt ist.

**19 Ausgeschlossene Verfahren**  
**Behandlung** von Krankheiten oder Verletzungen, die sich aus einer **Behandlung** oder anderen medizinischen Verfahren ergeben, die nicht unter diese **Richtlinie** fallen.

**20 Trainingsprogramme**  
Kosten für ein Trainingsprogramm, unabhängig davon, ob es verschrieben wird oder nicht, oder von einem **Arzt** empfohlen.

**21 Experimentelle, nicht lizenzierte oder unbewiesene**  
experimentelle, nicht lizenzierte oder unbewiesene **Behandlung**, unabhängig davon, ob sie medizinisch empfohlen oder verschrieben werden.

**22 Externe Prothesen**  
*(gilt für **Gold**, **Silber**, **Bronze Plus** und **Bronze**)*  
Kosten für die Bereitstellung oder das Anbringen von externen Prothesen.

**23 Versäumnis, ärztlichen Rat einzuholen**  
**Behandlung**, die infolge des Versäumnisses erforderlich ist, ärztliche **Beratung** einzuholen.

## ALLGEMEINE AUSSCHLÜSSE (Fortsetzung)

**24 Fetalchirurgie**  
**Behandlung** an einem Fötus im Mutterleib.

**25 Geschlechtsumwandlung**  
Geschlechtsumwandlung, Geschlechtsbestätigung, alle damit verbundenen **Erkrankungen** und die Kosten, die sich aus einer solchen **Behandlung**, Diagnose oder Untersuchung ergeben.

**26 Genetik**  
Kosten im Zusammenhang mit genetischen Medizin, Gentests, Überwachungstests und/oder Wellness-Screening-Verfahren für genetisch prädisponierte Erkrankungen, die durch genetische Medizin oder Gentests indiziert werden, einschließlich, aber nicht beschränkt auf Amniozentese, genetisches Screening, Risikobewertung, durch Gentests empfohlene präventive und prophylaktische Operationen und/oder alle Verfahren, die zur Bestimmung oder Prävention genetischer Prädispositionen, zur Bereitstellung genetischer Beratung oder zur Verabreichung von Gentherapien verwendet werden, es sei denn, dies ist **medizinisch notwendig**, um eine gezielte **Krebsbehandlung** festzulegen, die im Rahmen der **onkologischen** Leistungen förderfähig sind.

**27 Haarausfall und Haarsersatz**  
Untersuchungen und **Behandlungen**, die sich ausschließlich auf Haarausfall und etwaigen Haarsersatz beziehen. Perücken sind nicht versichert, außer im Rahmen der **ambulanten Onkologie-Leistungen**.

**28 Gesundheitshydros**  
**Behandlungen** in Gesundheitshydros, Naturheilkliniken, Spas oder ähnlichen Einrichtungen oder **Behandlungen** für **Pflegeheime** oder als Pflegeheim registrierte private Betten, die an Einrichtungen wie **Hospize**, **Krankenhäuser** oder **Pflegeheime** angeschlossen sind, wenn die Einrichtung tatsächlich zum Zuhause oder ständigen Aufenthaltsort der **versicherten Person** geworden ist oder wenn die Aufnahme ganz oder teilweise aus häuslichen Gründen erfolgt.

**29 HIV/AIDS**  
*(gilt für **Platin** und **Gold**)*  
**(i)** **Behandlungen**, die auf das humane Immundefizienzvirus (HIV) und/oder eine mit HIV zusammenhängende Krankheit zurückzuführen sind oder damit zusammenhängen, einschließlich des erworbenen Immundefizienzsyndroms (AIDS) oder des AIDS-bezogenen Komplexes (ARC), es sei denn, es handelt sich um eine Bluttransfusion für eine geeignete **Erkrankung** oder einen versehentlichen Nadelstich während der Arbeit für medizinischen Dienste.  
**(ii)** **Behandlung**, die sich aus oder im Zusammenhang mit dem Humanen Immundefizienz-Virus (HIV) und/oder einer HIV-bezogenen Erkrankung, einschließlich des erworbenen Immundefizienz-Syndroms (AIDS) oder des AIDS-bezogenen Komplexes (ARC) ergibt, sofern diese vor **Ihrem Eintrittsdatum** erworben wurden. Sie müssen nachweisen, dass Sie sich mit dem Virus infiziert haben, während Sie bei **uns** versichert waren, und dass das Virus vor **Ihrem Eintrittsdatum** nicht versichert war.

*(gilt für **Gold**, **Silber**, **Bronze Plus** und **Bronze**)*  
**Behandlung**, die sich aus dem Humanen Immundefizienz-Virus (HIV) und/oder einer HIV-bedingten Krankheit ergibt oder damit zusammenhängt, einschließlich Erworbenem Immunschwäche-syndrom (AIDS) oder AIDS-bezogener Komplex (ARC).

**30 Hausbesuche**  
Hausbesuche, es sei denn, sie sind nach dem plötzlichen Auftreten einer **akuten** förderfähigen Krankheit **medizinisch notwendig**, wodurch der Versicherte nicht mehr in der Lage ist, seinen **Arzt** aufzusuchen. Der **Arztbesuch** muss innerhalb von vierundzwanzig (24) Stunden nach Beginn der Erkrankung stattfinden.

**31 Unfruchtbarkeit**  
*(gilt für **Platin**)*  
jede Form von Unfruchtbarkeit und jede Form der assistierten Reproduktion, mit Ausnahme der IVF-Leistungen.

*(gilt für **Gold**, **Silber**, **Bronze Plus** und **Bronze**)* jede Form von Unfruchtbarkeit.

**32 Verspätete Einreichung von Ansprüchen**  
**(i)** Ansprüche müssen innerhalb von sechs (6) Monaten nach dem **Behandlungstermin** bei **uns** eingegangen sein. Alle Rechnungen, die **wir** nach diesem Datum erhalten, werden nicht bezahlt, es sei denn, **wir** sind der Ansicht, dass es vernünftigerweise nicht möglich war, die Forderung innerhalb von sechs (6) Monaten einzureichen.  
**(ii)** Rechnungen, die mehr als zwölf (12) Monate nach dem **Behandlungstermin** bei **uns** eingehen, sind nicht förderfähig.

**33 Behandlungen von lebendem Gewebe**  
**Behandlung** zur Kryokonservierung, Implantation oder Reimplantation lebender Zellen oder lebenden Gewebes, unabhängig davon, ob sie autolog sind oder von einem Spender bereitgestellt werden. Kosten für die Entfernung lebender Zellen oder lebenden Gewebes von **Ihnen** für die Implantation oder Reimplantation in eine andere Person und alle damit verbundenen Komplikationen aufgrund eines solchen Verfahrens.

**34 Medizinisch notwendig**  
**Behandlungen**, die **medizinisch nicht notwendig** sind.

**35 Militär**  
jede **Erkrankung**, die während des aktiven Militärdienstes in Kriegszeiten (unabhängig davon, ob sie erklärt wurde oder nicht) oder auf Befehl für kriegsähnliche Operationen oder die Wiederherstellung der öffentlichen Ordnung oder als Ergebnis einer militärischen Trainingsübung eingetreten ist.

**36 Natürliche Nahrungsergänzungsmittel oder Substanzen**  
Ansprüche für Nahrungsergänzungsmittel oder Substanzen, die auf natürliche Weise verfügbar sind. Dazu gehören beispielsweise Vitamine, Mineralstoffe und organische Substanzen, es sei denn, sie werden im Rahmen einer **ergänzenden Behandlung** oder von einem **Spezialisten** oder **Arzt** zur Behandlung einer geeigneten **Erkrankung** verschrieben.

**37 Unnötige Gefahr**  
Kosten, die direkt oder indirekt durch die Selbstgefährdung durch unnötige Gefahren entstehen oder verursacht werden, außer bei dem Versuch, ein menschliches Leben zu retten.

**38 Geheimhaltung/Falschdarstellung**  
alle Kosten, die sich aus der **Geheimhaltung** oder **Falschdarstellung** ergeben.

**39 Nicht verschreibungspflichtige Medikamente/rezeptfreie Produkte**  
**(i)** Arzneimittel und Medikamente, die ohne Verschreibung von einem **Facharzt** oder **Arzt** erworben wurden.  
**(ii)** Nahrungsergänzungsmittel und alle Arzneimittel, Medikamente oder Produkte, die ohne Verschreibung erhältlich sind (d. h. rezeptfrei oder ohne Verschreibung online gekauft), auch wenn sie **medizinisch** empfohlen und/oder verschrieben oder als therapeutisch wirksam anerkannt wurden. Dazu gehören beispielsweise Hustenmittel, Paracetamol, spezielle Säuglingsanfangsnahrung, Mundwasser, Sonnenschutzmittel und Kosmetikprodukte.

**40 Außerhalb Ihres Versicherungsbereichs – Die Behandlung erhielt** alle Kosten, die **außerhalb Ihres Versicherungsbereichs** anfallen, mit Ausnahme der anrechenbaren **Notfallbehandlungskosten**, die im Rahmen der Leistung für **stationäre** und **teilstationäre** „Notfallbehandlung außerhalb des Versicherungsbereichs“ abgedeckt sind. **Wir** übernehmen keine Kosten im Zusammenhang mit der **Heilbehandlung** oder der Nachsorge von **Notfallbehandlungen** außerhalb Ihres **Versicherungsbereichs** oder Reisekosten für die Rückkehr in Ihren **Versicherungsbereich**.

**41 Außerhalb der Deckungsdauer – erhaltene Behandlung**  
**Behandlungskosten**, die außerhalb des **Versicherungszeitraums** oder **nach Beendigung der Police** aus irgendeinem Grund anfallen, einschließlich Nichtverlängerung und Nichtzahlung der Prämie.

**42 Überfällige Zahlungsentgelte**  
Gebühren, die für die überfällige Zahlung von Rechnungen anfallen.

**43 Persönliche Wahlbehandlung**  
**(i)** **Behandlung**, die als Angelegenheit persönlicher Wahl angesehen werden kann, oder **Behandlung**, die in erster Linie der Bequemlichkeit des **Patienten** oder **Spezialisten** dient.  
**(ii)** Schwangerschaftsabbruch, wenn nicht **medizinisch notwendig** oder **medizinisch** empfohlen.

ALLGEMEINE AUSSCHLÜSSE (Fortsetzung)

44 **Plastische Chirurgie**

jede **Behandlung**, die von einem plastischen Chirurgen durchgeführt wird, unabhängig davon, ob sie medizinischen/psychologischen Zwecken dient oder nicht. **Wir** werden die Kosten eines plastischen Chirurgen nur dann berücksichtigen, wenn wir aufgrund der Art und/oder des Ortes des **Unfalls** oder des in Frage kommenden **medizinischen Zustands** feststellen können, dass es sich um eine Standardpraxis handelt und eine Operation nur von einem plastischen Chirurgen durchgeführt werden kann. **Ihr behandelnder Arzt** muss bestätigen, dass die gleiche **Behandlung** nicht von einem anderen Spezialisten durchgeführt werden konnte und warum ein plastischer Chirurg der am besten geeignete Spezialist für die Operation ist.

45 **Frühgeborene**

nach dreißig (30) Tagen nach der Geburt wird jede Erkrankung, die sich während des ersten Zeitraums von dreißig (30) Tagen entwickelt hat, von der Deckung ausgeschlossen, wenn die Geburt vor der siebenunddreißig (37) Wochen dauernden Schwangerschaft erfolgt.

46 **Vorbeugende Behandlung**

*(gilt für **Platin und Gold**)*

- (i) vorbeugende **Behandlungen** oder Gesundheitsuntersuchungen, bei denen keine Symptome auftreten, es sei denn, sie sind unter der Leistung für Wohlbefinden oder Impfungen förderfähig,
- (ii) Tests, die nur durchgeführt werden, um festzustellen, ob eine Person eine bestimmte **Erkrankung** hatte, aber keine Symptome vorhanden sind und/oder keine Absicht besteht, die Erkrankung zu behandeln oder zu überwachen, sind nicht abgedeckt.

*(gilt für **Silber**)*

- (i) vorbeugende **Behandlungen** oder Gesundheitsuntersuchungen, bei denen keine Symptome auftreten, es sei denn, sie sind unter der Leistung für Wohlbefinden förderfähig.
- (ii) Tests, die nur durchgeführt werden, um festzustellen, ob eine Person eine bestimmte **Erkrankung** hatte, aber keine Symptome vorhanden sind und/oder keine Absicht besteht, die Erkrankung zu behandeln oder zu überwachen, sind nicht abgedeckt.

*(gilt für **Bronze Plus und Bronze**)*

- (i) vorbeugende **Behandlung** oder Gesundheitschecks, bei denen keine Symptome auftreten.
- (ii) Tests, die nur durchgeführt werden, um festzustellen, ob eine Person eine bestimmte **Erkrankung** hatte, aber keine Symptome vorhanden sind und/oder keine Absicht besteht, die Erkrankung zu behandeln oder zu überwachen, sind nicht abgedeckt.

47 **Profisport**

**Behandlung** oder Diagnose von Verletzungen, die aus einem Engagement im **Profisport** oder bei Aktivitäten hervorgeht.

48 **Angemessen und üblich**

alle Kosten, die für die Art der **Behandlung** an dem Ort, an dem sie von einem bestimmten **Arzt** erhalten und gegeben wird, **angemessen und üblich** sind.

49 **Verwandter Arzt**

**Behandlung**, wenn sie von einem **Arzt** oder einem **Spezialisten** durchgeführt wird, der in irgendeiner Weise mit der versicherten Person verwandt ist.

50 **Reisewarnung**

jede **Erkrankung**, die durch eine **Epidemie**, eine **Pandemie**, eine **Naturkatastrophe**, eine **gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite** oder einen anderen Krankheitsausbruch verursacht wurde und zu einer **Reisewarnung** für das **Aufnahmeland** geführt hat, es sei denn, die versicherte Person ist vor Ausstellung der Reisewarnung im **Aufnahmeland** oder im **betroffenen Gebiet** eingetroffen. Dieser Ausschluss gilt nicht für Kosten, die sich aus COVID-19/SARS-CoV-2 ergeben.

51 **Sanktionen**

**wir** zahlen keine Ansprüche aus dieser **Richtlinie**, die dazu führen, dass **wir** Sanktionen, Verboten oder Beschränkungen gemäß den Resolutionen der Vereinten Nationen oder den Handels- oder Wirtschaftssanktionen, Gesetzen oder Vorschriften der Europäischen Union, des Vereinigten Königreichs oder der Vereinigten Staaten von Amerika ausgesetzt sind.

52 **Selbstverschuldete Verletzung oder Krankheit**

Kosten, die direkt oder indirekt durch einen Selbstmordversuch, Selbstmord oder Körperverletzung oder Krankheit, die vorsätzlich selbst verschuldet ist oder auf fahrlässigem oder rücksichtslosem Verhalten beruht.

53 **Sexuell bedingte Erkrankungen**

Untersuchungen, Diagnostik und **Behandlung** von Impotenz, sexueller Dysfunktion oder deren Folgen oder anderen sexuell bedingten Zuständen.

54 **Sexuell übertragene Infektionen**

**Behandlung**, die direkt oder indirekt im Zusammenhang mit sexuell übertragbaren Infektionen steht, einschließlich vorbeugender Medikamente. Untersuchungen und **Behandlungen** von Krebserkrankungen, die durch die langfristigen Folgen einer Infektion mit dem humanen Papillomavirus verursacht werden, gelten für die Zwecke dieses Ausschlusses nicht als sexuell übertragen.

55 **Schlafstörungen**

Tests oder **Behandlung** für alle schlafbezogenen Störungen wie Schlafapnoe, Schnarchen, Schlaflosigkeit und andere schlafbezogene Atmungsprobleme.

56 **Logopädie**

**wir** decken keine Logopädie ab, wenn sie mit Entwicklungsverzögerung, Legasthenie, Dyspraxie, expressiver Sprachstörung oder anderen ähnlichen Zuständen zusammenhängt. **Wir** können eine Sprachtherapie in Betracht ziehen, die aufgrund einer körperlichen Beeinträchtigung wie einer Nasenobstruktion, Artikulationsstörungen, die die Mundstruktur betreffen, oder einer Hirnverletzung erforderlich ist, wenn die Ursache auch für den Versicherungsschutz in Frage kommt.

57 **Leihmutterschaft**

**Behandlung**, die direkt mit der Leihmutterschaft zusammenhängt, unabhängig davon, ob Sie Leihmutter oder der beabsichtigte Elternteil sind.

58 **Terrorismus**

**Terrorismus**, Aufruhr, Streik oder Aufruhr, es sei denn, die versicherte Person erleidet als unschuldiger Zuschauer eine Körperverletzung.

59 **Reisekosten**

Reisekosten zu und von medizinischen Einrichtungen (einschließlich Park- und Taxikosten) für förderfähige **Behandlungen**, mit Ausnahme von Reisekosten, die im Rahmen von Transport oder „Evakuierung oder Rückführung“ gedeckt sind.

60 **Reisen gegen ärztlichen Rat**

Kosten und Auslagen, die für eine versicherte Person entstanden sind, die gegen ärztlichen **Rat** reiste.

61 **Nicht spezifizierte Behandlung**

**Behandlung**, die nicht unter „Der Versicherungsschutz“ angegeben ist oder bei der „Optionale Leistungen“ nicht ausgewählt wurden, oder Kosten, die die angegebenen Grenzen überschreiten.

ALLGEMEINE AUSSCHLÜSSE (Fortsetzung)

62 **Risikoschätzung – Bronze**

jede **Erkrankung**, für die Sie vor **Ihrem Eintrittsdatum** wie auf **Ihrem Versicherungsnachweis** angegeben:

- a. Anzeichen oder Symptome erlebt und/oder erlitten haben, unabhängig davon, ob sie untersucht wurden oder nicht;
- b. **Rat** eingeholt oder erhalten haben;
- c. Empfehlungen erhalten haben, medizinische **Behandlung** zu erhalten oder erhalten zu haben, einschließlich Änderungen des Lebensstils und spezieller Diäten, Arzneimittel, **Medikamente** und Injektionen; oder
- d. von denen Sie **nach Ihrem** bestem Wissen, wussten Sie, dass Sie sie hatten.

wenn **Ihr Gesundheitszustand**, der vor **Ihrem Einreisedatum** bestand, einer der unten aufgeführten ist, werden **wir** auch die **Behandlung** für die angegebenen Zustände, wie in der folgenden Tabelle beschrieben, ausschließen:

Für <b>Erkrankungen</b> , die vor <b>Ihrem Einreisedatum</b> bestanden, wenn Sie:	<b>Wir</b> zahlen nicht für die <b>Behandlung</b> der folgenden <b>Erkrankungen</b> :
bei Ihnen Diabetes diagnostiziert wurde	<ul style="list-style-type: none"><li>• Diabetes • Ischämische Herzerkrankung • Katarakt • Diabetische Retinopathie • Diabetische Nierenerkrankung • Arterielle Erkrankung</li><li>• Schlaganfall</li></ul>
derzeit wegen erhöhtem Blutdruck (Hypertonie) behandelt werden	<ul style="list-style-type: none"><li>• Erhöhter Blutdruck (Hypertonie) • Ischämische Herzerkrankung • Schlaganfall • Hypertensive Niereninsuffizienz</li></ul>
als Ergebnis eines Prostata-spezifischen Antigen-Tests (PSA) untersucht, <b>behandelt</b> oder überwacht werden	<ul style="list-style-type: none"><li>• Jede Erkrankung der Prostata</li></ul>

63 **Risikoeinschätzung – Moratorium (Mor)**

jede **Krankheit**, für die Sie innerhalb der fünf (5) Jahre vor **Ihrem Eintrittsdatum**, wie in **Ihrem Versicherungsschein** angegeben:

- a. Anzeichen oder Symptome erlebt und/oder erlitten haben, unabhängig davon, ob sie untersucht wurden oder nicht;
- b. **Rat** eingeholt oder erhalten haben;
- c. Empfehlungen erhalten haben, medizinische **Behandlung** zu erhalten oder erhalten zu haben, einschließlich Änderungen des Lebensstils und spezieller Diäten, Arzneimittel, **Medikamente** und Injektionen; oder
- d. von denen Sie **nach Ihrem** bestem Wissen, wussten Sie, dass Sie sie hatten.

wenn **Ihre Vorerkrankung** eine der unten aufgeführten **Erkrankungen** ist, schließen **wir** auch die **Behandlung** für die in der folgenden Tabelle angegebenen **Erkrankungen** aus:

Für <b>Ihre Vorerkrankungen</b> , wenn Sie:	<b>Wir</b> zahlen nicht für die <b>Behandlung</b> der folgenden <b>Erkrankungen</b> :
bei Ihnen Diabetes diagnostiziert wurde	<ul style="list-style-type: none"><li>• Diabetes • Ischämische Herzerkrankung • Katarakt • Diabetische Retinopathie • Diabetische Nierenerkrankung • Arterielle Erkrankung</li><li>• Schlaganfall</li></ul>
derzeit wegen erhöhtem Blutdruck (Hypertonie) behandelt werden	<ul style="list-style-type: none"><li>• Erhöhter Blutdruck (Hypertonie) • Ischämische Herzerkrankung • Schlaganfall • Hypertensive Niereninsuffizienz</li></ul>
als Ergebnis eines Prostata-spezifischen Antigen-Tests (PSA) untersucht, <b>behandelt</b> oder überwacht werden	Jede Erkrankung der Prostata

**Vorerkrankungen** oder bestimmte **Erkrankungen** (wie in der obigen Tabelle aufgeführt) können nach einem ununterbrochenen Zeitraum von zwei (2) Jahren Anspruch auf Leistungen im Rahmen der **Police** haben, sofern Sie nach Befolgung aller medizinischen **Ratschläge** nicht:

- a. Anzeichen oder Symptome erlebt und/oder erlitten haben, unabhängig davon, ob sie untersucht wurden oder nicht;
- b. **Rat** eingeholt oder erhalten haben;
- c. Empfehlungen erhalten haben, medizinische **Behandlung** zu erhalten oder erhalten zu haben, einschließlich Änderungen des Lebensstils und spezieller Diäten, Arzneimittel, **Medikamente** und Injektionen.

wenn Sie die ersten zwei (2) Jahre nicht abschließen, müssen Sie warten, bis Sie einen ununterbrochenen Zeitraum von zwei (2) Jahren abgeschlossen haben, wenn keiner von diesen zutrifft, bevor **wir** erwägen, **Ihre bereits bestehende Erkrankung** oder bestimmte **Erkrankung** (wie in der obigen Tabelle aufgeführt) abzudecken. Sie müssen sicherstellen, dass Sie die medizinischen **Ratschläge** befolgen, die **Ihnen** in Bezug auf **Ihren Zustand** zur Verfügung gestellt werden, auch wenn dies bedeutet, dass Sie keinen Versicherungsschutz erhalten können.

unter bestimmten Umständen können Sie zu anderen Bedingungen als den oben beschriebenen beigetreten sein. Sie finden diese Bedingungen auf Ihrem **Versicherungsschein**. Wenn Sie beispielsweise von einem anderen Versicherer beigetreten sind, haben wir möglicherweise die medizinischen Versicherungsbedingungen aus **Ihrer** vorherigen **Police** für medizinische **Erkrankungen** übertragen, die vor **Ihrem** Beitritt zu dieser **Police** bestanden haben.

64 **USA-Deckung (Inhaber eines USA-Passes)**

wenn Sie Inhaber eines Reisepasses der USA sind und den Bereich 3 (weltweit) auswählen, ist **Ihr** Versicherungsschutz in den USA auf die ersten neunzig (90) Tage beschränkt, die während eines (1) **Versicherungsjahres** insgesamt dort verbracht werden.

65 **Impfungen und Inokulation**

*(gilt für **Gold, Silber, Bronze Plus und Bronze**)*  
Impfungen und Inokulationen.

66 **Sehkorrektur**

- (i) Refraktionsstörungen, Akkommodation des Auges/der Linse und ähnliche Zustände, einschließlich refraktiver Keratektomie (RK), photorefraktiver Keratektomie (PRK) und Makuladegeneration.
- (ii) **Behandlung** zur Änderung oder Korrektur der Refraktion eines oder beider Augen, wie Laser-Augenchirurgie oder die Bereitstellung von Hilfsmitteln wie Brillen und Kontaktlinsen, es sei denn, sie sind unter den optischen Vorteilen förderfähig.

**wir** übernehmen jedoch die Kosten für **unfallbedingte** Sehbehinderungsoperationen.

67 **Krieg**

**Behandlung**, die sich direkt oder indirekt aus Krieg, Invasionen, Handlungen ausländischer Feinde, Feindseligkeiten (unabhängig davon, ob Krieg erklärt wird oder nicht), Bürgerkrieg, Rebellion, Revolution, Aufstand oder militärischer oder usurpierter Macht, Meuterei, Kriegsrecht oder Belagerungszustand oder versuchter Sturz der Regierung ergibt oder als Folge davon erforderlich ist.

68 **Behandlung zur Gewichtsabnahme**

jede **Behandlung** von Adipositas und jede Form der Gewichtsabnahmebehandlung, Bariatric, Entfernung von Fett oder anderem überschüssigem Gewebe aus jedem Teil des Körpers, ob für medizinische oder psychologische Zwecke oder nicht, und alle damit verbundenen **Behandlungskosten**, die sich aus einer solchen **Behandlung** ergeben.



## ALLGEMEINE BEDINGUNGEN

Diese Bedingungen gelten für alle Abschnitte dieser Versicherung.

### 1 Laufzeit der Police

Die Police ist ein Jahresvertrag und gilt für zwölf (12) Monate ab dem Datum des Inkrafttretens. Die Police kann jedes Jahr am Verlängerungsdatum verlängert werden, vorbehaltlich der zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungsbedingungen und Prämiensätze und wie Ihnen in Ihrer Verlängerungseinladung mitgeteilt.

### 2 Prämienzahlung

Die Prämien können entweder monatlich, vierteljährlich oder jährlich zahlbar sein und sind am oder vor dem Anfangs- oder Verlängerungsdatum zu zahlen. Da es sich bei Ihrer Police jedoch um einen Jahresvertrag handelt, sind Sie für die gesamte Jahresprämie verantwortlich, auch wenn wir vereinbart haben, dass Sie eine monatliche oder vierteljährliche Prämie zahlen können. Die Nichtzahlung kann zur Aussetzung des Versicherungsschutzes oder zur fristlosen Kündigung der Police führen. Jede Weiterversicherung, die bei späterem Erhalt von Geldern vereinbart wird, kann zusätzliche medizinische Fragen oder die Anwendung des Allgemeinen Ausschlusses 63 mit Wirkung ab dem Datum der Wiedereinsetzung erforderlich machen. Keine versicherte Person hat automatisch das Recht, den Versicherungsschutz bei uns fortzusetzen. Bitte beachten Sie die Zahlungsbedingungen. Wenn die Ratenzahlungen nicht am oder vor dem Fälligkeitsdatum beibehalten werden, kann dies dazu führen, dass die Ratenzahlungsvereinbarung bei Ihrer nächsten Verlängerung zurückgezogen wird.

### 3 Steuern

Wir behalten uns das Recht vor, Änderungen der Versicherungsprämiensteuer oder anderer staatlicher Abgaben, die uns auferlegt werden können, zu berücksichtigen.

### 4 Vermittler

Wir können bei der Verhandlung, Beratung und Unterstützung bei den versicherten Leistungen im Rahmen dieser Police direkt mit den Maklern oder Vermittlern des Versicherungsnehmers zusammenarbeiten.

### 5 Änderungen

Zu jedem Verlängerungsdatum behalten wir uns das Recht vor:

- (i) die Police in ihrer Gesamtheit zu ändern oder zu beenden;
- (ii) die Police von jedem Markt oder Gebiet, auf dem sie derzeit verfügbar ist, zurückzuziehen und/oder
- (iii) die Leistungen, Bedingungen und Prämien dieser Police zu ändern.

Wir werden Sie mindestens einundzwanzig (21) Tage vor dem Verlängerungsdatum an Ihre letzte bekannte Adresse über solche Änderungen informieren. Wenn Sie eine solche Mitteilung aus irgendeinem Grund nicht erhalten, führt dies nicht zum Annullieren der Änderung.

### 6 Änderung des Risikos

Der Versicherungsnehmer muss uns so bald wie praktisch möglich über jede Änderung in Bezug auf eine versicherte Person, die unter diese Police fällt, informieren. Eine solche Änderung kann sich auf die im Zusammenhang mit dem ursprünglichen Antrag gemachten Angaben auswirken. Dies kann alle auf dem Antragsformular dokumentierten Informationen umfassen, die vor Beginn der Police geändert wurden.

Alle Angehörigen müssen gleichzeitig mit dem Versicherungsnehmer oder bei der Verlängerung hinzugefügt werden. Ein Angehöriger kann später mit einem anderen Startdatum als der Versicherungsnehmer beitreten, wenn eines (1) der Lebensereignisse eingetreten ist.

Alle Änderungen der Richtlinie liegen im Ermessen von uns und wir können die Anfrage ohne Grund ablehnen.

### 7 Kündigungs- und Widerrufsfrist

Stornierung durch Sie – dies ist eine jährliche Richtlinie. Unabhängig von den vom Versicherungsnehmer gewählten und von uns akzeptierten Zahlungsbedingungen ist die vereinbarte Jahresprämie fällig und der Versicherungsnehmer verpflichtet sich zur Zahlung.

Die Kündigung durch den Versicherungsnehmer ist nur während einer vierzehn (14) Tage dauernden Widerrufsfrist möglich, die am Tag des Vertragsschlusses oder am Tag des Eingangs der vollständigen Versicherungsbedingungen beginnt, je nachdem, welcher Zeitpunkt der spätere ist. Die vierzehn (14) Tage Karenzzeit gilt auch ab jedem Verlängerungsdatum. Wenn die Police während der vierzehn (14) Tage andauernden Widerrufsfrist gekündigt wird, werden wir alle für die Police gezahlten Prämien, abzüglich etwaiger Bankgebühren und Wechselkurskosten, die bei den Transaktionen anfallen, zurückerstatten, sofern keine Ansprüche in Bezug auf den Versicherungszeitraum vor der Kündigung (maximal vierzehn (14) Tage) gezahlt wurden.

Wenn der Versicherungsnehmer die Police nicht während der vierzehn (14) Tage andauernden Widerrufsfrist kündigt, bleibt die Police für die gesamte jährliche Laufzeit bestehen, es sei denn, wir üben unser Recht aus, die Police gemäß der folgenden Klausel zu kündigen.

Stornierung durch uns – Wir werden diese Police nicht wegen berechtigter Ansprüche einer versicherten Person kündigen.

Wir können diese Police jederzeit kündigen, wenn eine versicherte Person:

- a. in ein Gebiet umgezogen ist, in dem wir im Rahmen dieser Richtlinie keinen Versicherungsschutz bieten können. Unter diesen Umständen ist eine anteilige Rückerstattung der Prämie abzüglich etwaiger Wechselkurskosten zulässig.
- b. in eine anerkannte staatliche oder öffentliche Versicherung in Ihrem Wohnsitzland aufgenommen wurde, was bedeutet, dass diese Police nicht mehr benötigt wird. Unter diesen Umständen ist eine Rückerstattung der Prämie zulässig. Die Rückerstattung erfolgt nach Abzug der geltenden Wechselkursgebühren.
- c. Keine Prämie am Fälligkeitsdatum gezahlt hat. Unter diesen Umständen behalten wir uns das Recht vor, den Versicherungsnehmer zur Rückforderung der ausstehenden Prämie und der Kosten, die uns entstehen, zu verfolgen.

Wenn sich Ihre Umstände geändert haben und Ihre Police nicht mehr erforderlich ist, können wir eine Rückerstattung in Betracht ziehen. Der erstattungsfähige Betrag hängt von Ihren Umständen ab.

Unter keinen Umständen wird eine Prämie zurückerstattet, wenn im laufenden Versicherungszeitraum Ansprüche im Rahmen der Police geltend gemacht wurden.

### 8 Rechtswahl

Diese Richtlinie unterliegt englischem Recht und unterliegt der ausschließlichen Zuständigkeit der Gerichte von England und Wales.

### 9 Sprache der Police

Diese Richtlinie ist in englischer Sprache verfasst, und alle anderen Informationen und Mitteilungen an Sie in Bezug auf diese Richtlinie werden ebenfalls in englischer Sprache verfasst, es sei denn, wir haben schriftlich etwas anderes vereinbart. Wenn Versicherungsdokumente oder andere Dokumente der Einfachheit halber in einer anderen Sprache als Englisch zur Verfügung gestellt werden, hat im Falle von Streitigkeiten die englische Version Vorrang.

## ALLGEMEINE BEDINGUNGEN (Fortsetzung)

### 10 Sonstige Versicherungen

Wenn es eine andere Versicherungspolice, eine nationale Krankenkasse oder eine Einrichtung oder Institution gibt, die die gleichen Leistungen wie diese Police abdeckt, müssen Sie uns diese von der betreffenden versicherten Person offenlegen oder sicherstellen. Sie müssen für uns bei der ersten Einreichung Ihres Anspruchs vollständige Angaben zu den anderen Versicherungen machen, einschließlich des Namens und der Adresse des anderen Versicherers, seiner Policen- und Schadenummer sowie aller anderen relevanten Informationen. Wir werden uns dann in Übereinstimmung mit unserer Datenschutzerklärung an die andere Versicherungsgesellschaft wenden, was dazu führen kann, dass wir Ihre personenbezogenen Daten in Bezug auf Ihren Anspruch an den anderen Versicherer senden. Wir sind nicht verpflichtet, mehr als unseren anteiligen Anteil zu zahlen oder beizutragen.

### 11 Rechte Dritter

Die einzigen Parteien der Police sind Sie und wir. Keine andere Person ist ein Drittbegünstigter oder hat das Recht, den Wortlaut der Police oder einen Teil davon durchzusetzen. Personen oder Unternehmen, die nicht Partei dieser Police waren, haben keine Rechte gemäß dem Versicherungsvertragsgesetz (Rights of Third Parties) 1999 oder den nachfolgenden Gesetzen.

Ungeachtet anderslautender Gesetze, Statuten, gerichtlicher Entscheidungen oder Bestimmungen, die innerhalb der Gerichtsbarkeit, des Gebiets oder des Gerichtsstands eines Gesundheitsdienstleisters oder medizinischen Dienstleisters anderweitig anwendbar sind oder sein können, ist keine Übertragung oder Abtretung der Rechte, Vorteile oder Interessen der versicherten Person im Rahmen dieser Police gültig, bindend oder gegen uns durchsetzbar, es sei denn, wir haben zuvor ausdrücklich zugestimmt und schriftlich zugestimmt. Eine solche angebliche Übertragung oder Abtretung, die nicht mit den vorstehenden Bedingungen übereinstimmt, hat keine Wirkung gegen uns, und wir haften nicht im Rahmen dieser Police gegenüber einem solchen angeblichen Übertragungsempfänger oder Abtretungsempfänger in Bezug darauf. Die Bedingungen der Police dürfen nur durch unsere ausdrückliche schriftliche Zustimmung aufgehoben, modifiziert oder geändert werden.

### 12 Wirtschaftssanktionen

Wir decken keine Person als versicherte Person ab, wenn eine solche Deckung dazu führen würde, dass wir Sanktionen, Verbote oder Beschränkungen gemäß den Resolutionen der Vereinten Nationen oder den Handels- oder Wirtschaftssanktionen, Gesetzen oder Vorschriften der Europäischen Union, des Vereinigten Königreichs oder der Vereinigten Staaten von Amerika ausgesetzt sind.

### 13 Hinzufügen eines Neugeborenen

Kinder werden von Geburt an akzeptiert, ohne dass eine medizinische Versicherung erforderlich ist, vorausgesetzt, dass wir innerhalb von dreißig (30) Tagen nach der Entbindung eine Benachrichtigung über ihre Geburt erhalten. Bitte stellen Sie sicher, dass Sie Ihre Anfrage schriftlich per E-Mail an uns senden: [privateclient@alchealth.com](mailto:privateclient@alchealth.com). Benachrichtigungen, die nach diesem Zeitraum eingehen, führen dazu, dass Kinder ab dem Datum dieser Benachrichtigung Versicherungsschutz erhalten werden.

### 14 Kontaktaufnahme mit Angehörigen

Die gesamte Kommunikation in Bezug auf Ansprüche aus dieser Police erfolgt mit dem Versicherungsnehmer und/oder dem Angehörigen. Bei Ansprüchen in Bezug auf unterhaltsberechtigter Personenerfolg die gesamte Kommunikation mit der unterhaltsberechtigten Person, wenn diese zum Zeitpunkt der Kommunikation älter als sechzehn (16) Jahre ist, es sei denn, die unterhaltsberechtigte Person hat dem Versicherungsnehmer die Erlaubnis erteilt, dass die Kommunikation mit dem Versicherungsnehmer erfolgen kann.

### 15 Wechselkursanpassungen

Wechselkursanpassungen bei Schadenzahlungen – wir zahlen die Behandlungskosten in der angefallenen Währung. Wir verwenden die Wechselkurse, die uns am Tag der Behandlung zur Verfügung stehen, um das verfügbare Leistungsniveau zu bestimmen. Wir berechnen die Kosten der Behandlung, die in der Versicherungswährung anfallen, einschließlich aller Wechselkurskosten, und ziehen den Gesamtbetrag vom verfügbaren Leistungsbetrag ab und benachrichtigen Sie über den verbleibenden Leistungsbetrag (falls vorhanden) in der Versicherungswährung. Beachten Sie, dass dies unter bestimmten Umständen, abhängig von Währungsbewegungen, über die wir keine Kontrolle haben, dazu führen kann, dass keine ausreichende Leistung zur Verfügung steht, um die erhaltene Behandlung vollständig zu bezahlen.

### 16 Richtlinien, die für die Verwendung geeignet sind

Sie sollten sicherstellen, dass diese Police Sie in Ihrem Wohnsitzland abdeckt, da einige Länder von den Einwohnern verlangen, eine Krankenversicherung bei einem lokalen Anbieter abzuschließen oder eine Versicherung abzuschließen, die bestimmte obligatorische Anforderungen erfüllt. Ähnliche Anforderungen können für bestimmte Branchen gelten. Der von uns angebotene Versicherungsschutz erfüllt diese länder- oder branchenspezifischen Anforderungen möglicherweise nicht, weshalb möglicherweise ein zusätzlicher Versicherungsschutz erforderlich ist.

### 17 Erforderliche Nachweise

Sie müssen alle relevanten Informationen bereitstellen, um Ihre Forderung zu unterstützen. Für den Fall, dass wir diese Informationen nicht erhalten, können wir die Zahlung ablehnen oder zurückhalten, bis die von uns angeforderten Informationen eingegangen sind.

### 18 Betrug

Wenn Sie oder jemand, der für Sie handelt, einen betrügerischen Anspruch geltend macht, zum Beispiel einen Verlust, der in betrügerischer Absicht verursacht und/oder übertrieben wird und/oder durch eine betrügerische Aussage oder ein anderes Gerät unterstützt wird, dann:

- a. sind wir nicht zur Zahlung der Forderung verpflichtet; und
- b. können wir alle Beträge, die wir Ihnen in Bezug auf die Forderung gezahlt haben, von Ihnen zurückfordern; und
- c. können wir diese Police durch Mitteilung an Sie mit Wirkung ab dem Zeitpunkt der betrügerischen Handlung als beendet behandeln.

Wenn wir unser Recht unter c. oben ausüben:

- (i) Wir haften Ihnen gegenüber nicht für ein relevantes Ereignis, das nach dem Zeitpunkt der betrügerischen Handlung eintritt. Ein relevantes Ereignis ist, was auch immer zu unserer Haftung im Rahmen dieser Police führt (z. B. der Eintritt eines Verlustes, die Geltendmachung eines Anspruchs oder die Benachrichtigung über einen potenziellen Anspruch); und
- (ii) Wir müssen keine der gezahlten Prämien zurückerstatten.



## ALLGEMEINE BEDINGUNGEN (Fortsetzung)

### 19 Informationen, die Sie uns gegeben haben

Bei der Entscheidung, diese **Police** zu akzeptieren und die Bedingungen einschließlich der **Prämie festzulegen, haben wir** uns auf die Informationen verlassen, die **Sie uns in Ihrem Antragsformular** oder zu **Ihrem Verlängerungsdatum** zur Verfügung gestellt haben. **Sie** müssen bei der Beantwortung **unserer** Fragen Vorsicht walten lassen, indem Sie sicherstellen, dass alle bereitgestellten Informationen korrekt und vollständig sind.

Wenn **wir** feststellen, dass **Sie uns** vorsätzlich oder grob fahrlässig unwahre oder irreführende Informationen zur Verfügung gestellt haben, haben **wir** das Recht:

- diese **Richtlinie** so zu behandeln, als hätte sie nie existiert;
- alle Forderungen abzulehnen; und
- die **Prämie** zu behalten.

Wenn **wir** feststellen, dass **Sie uns** fahrlässig unwahre, irreführende Informationen zur Verfügung gestellt haben oder Informationen geheimhalten, haben **wir** das Recht:

- diese **Police so zu** behandeln, als hätte sie nie bestanden, Ansprüche zu verweigern und die von **Ihnen gezahlte Prämie** zurückzuzahlen, wenn **wir Ihnen** keine Deckung gewährt hätten;
- diese **Richtlinie so zu** behandeln, als wäre sie zu anderen als den vereinbarten Bedingungen abgeschlossen worden, wenn **wir Ihnen** zu anderen Bedingungen Deckung gewährt hätten;
- den Betrag, den **wir** für eine Forderung zahlen, in dem Verhältnis zu reduzieren, das die von **Ihnen gezahlte Prämie** zu der **Prämie** hat, die wir **Ihnen** berechnet hätten, wenn **wir Ihnen** mehr berechnet hätten.

**Wir** werden **Sie** schriftlich benachrichtigen, wenn (i), (ii) und/oder (iii) zutreffen. Wenn kein offener Anspruch besteht und (ii) und/oder (iii) zutreffen, haben **wir** das Recht:

- ihnen** mit einer Frist von dreißig (30) Tagen mitzuteilen, dass **wir** diese Richtlinie kündigen; oder
- ihnen** mitzuteilen, dass **wir** diese **Police** und alle zukünftigen Ansprüche gemäß (ii) und/oder (iii) behandeln werden. In diesem Fall können **Sie uns** dann dreißig (30) Tage im Voraus mitteilen, dass **Sie** diese **Police** kündigen.

Wenn diese **Police** gemäß (1) oder (2) gekündigt wird, erstatten **wir** Ihnen alle **Ihnen** zustehenden **Prämien** in Bezug auf den Restbetrag des **Versicherungszeitraums**.

### 20 Rückforderungsanspruch

- Wenn **wir** einen Leistungsanspruch im Rahmen dieser **Police** aus irgendeinem Grund überbezahlen, haben **wir** das Recht auf sofortige Rückerstattung und Rückforderung des Überzahlungsbetrags von **Ihnen** oder dem Dritten, an den die Überzahlung geleistet wurde.
- Wenn **Sie** oder der betreffende Dritte **uns** umgehend eine solche Rückerstattung leisten/nicht leisten:
  - Wir** können den fälligen Betrag von zukünftigen Ansprüchen aus dieser **Police** reduzieren oder abziehen;
  - Wir** können diese **Richtlinie** mit einer Frist von dreißig (30) Tagen schriftlich an Ihre letzte bekannte Postanschrift oder **Ihre** E-Mail-Adresse kündigen.

### 21 Schadenshaftung

Die Zahlung eines Anspruchs ist nicht notwendigerweise ein Hinweis auf **unsere** Übernahme der Haftung für den Anspruch oder die Bestätigung, dass weitere Kosten für den gleichen **medizinischen Zustand** oder einen damit verbundenen **medizinischen Zustand** gedeckt werden.

### 22 Forderungsübergang

**Wir** behalten uns alle Rechte auf Forderungsübergang vor. Außer mit **unserer** schriftlichen Zustimmung haben **Sie** kein Recht, die Haftung für Eventualitäten zu übernehmen oder Zusagen zu machen, die für **Sie** oder **uns** bindend sind. Jeder von **uns** eingezogene Betrag wird zunächst zur Zahlung der **uns** entstandenen Kosten und Aufwendungen für die Einziehung, einschließlich angemessener Anwaltsgebühren, und zur **Erstattung** aller **Beträge** verwendet, die **wir** im Rahmen **Ihrer Police** gezahlt haben oder zu zahlen haben. Alle eingezogenen Restbeträge sind gegebenenfalls an **Sie** oder andere rechtmäßig dazu berechnigte Personen zu zahlen. **Wir** sind berechnigt, alle Verfahren, die sich aus oder im Zusammenhang mit Ansprüchen ergeben, in **Ihrem** Namen durchzuführen und das volle Ermessen bei der Durchführung solcher Verfahren zu haben, einschließlich (aber nicht beschränkt auf) die Anweisung von Anwälten **unserer** eigenen Wahl für einen solchen Zweck.

### 23 Annahmeklausel

**Wir** sind berechnigt, einen **Antrag** einer Person ohne Angabe von Gründen abzulehnen. **Wir** behalten uns das Recht vor, zusätzliche **Vermerke** oder **Prämien erhöhungen** anzuwenden oder bestehende **Versicherungsbedingungen** zu ändern, um alle Informationen zu berücksichtigen, die **Sie uns** in **Ihrem Antrag** oder bei der Verlängerung **Ihrer Police** zur Verfügung stellen.

### 24 Einhaltung der Allgemeinen Geschäftsbedingungen / Einhaltung Ihrer Police

**Wir** haften im Rahmen **Ihrer Police** nicht, wenn **Sie** die Bedingungen dieser **Police** nicht einhalten.

## RISIKOEINSCHÄTZUNG

Wenn **Sie Ihr Bewerbungsformular** ausfüllen, **werden** alle medizinischen Informationen, die **Sie uns** zur Verfügung gestellt haben, von **uns bewertet**. Darüber hinaus **können wir** alle anderen uns vorliegenden relevanten Informationen wie frühere Erklärungen oder an **uns eingereichte Ansprüche überprüfen** und berücksichtigen. Dieser Prozess wird als Medizinische Risikoprüfung bezeichnet. Basierend auf den Informationen, **die Sie uns zur Verfügung stellen, können wir** beschließen:

- Ihnen** Versicherungsschutz zu Standardkonditionen zu bieten
- spezielle Bedingungen auf **Ihre** Versicherung anzuwenden, wie z. B. persönliche medizinische Ausschlüsse
- es abzulehnen, **Ihnen** Deckung anzubieten

Wenn **wir Ihnen** nicht die Art von Risikoprüfung anbieten können, die **Sie** beantragt haben, können **wir** eine alternative Risikoprüfungsoption in Betracht ziehen. Bitte beachten Sie, dass **wir** einen **Antrag** ohne Angabe von Gründen ablehnen können.

Es gibt verschiedene Arten von medizinischen Risikoprüfungen, die für **Ihre Police** gelten können. Diese sind unten aufgeführt und die Versicherungsart, die für **Ihre Police** gilt, wird auf **Ihrem Versicherungsschein** aufgeführt:

- Vollumfassende medizinische Risikoprüfung (FMU)
- Fortgesetzte persönliche medizinische Ausschlüsse (CPME)
- Moratorium (Mori)
- Anamnese nicht berücksichtigt (MHD)
- Bronze Risikoprüfung (nur Bronzeplan)

#### Vollumfassende medizinische Risikoprüfung (FMU)

Hier bitten **wir** Sie um Einzelheiten **zu Ihrer** vollständigen Krankengeschichte. Auf der Grundlage der erhaltenen Informationen werden **wir** bestätigen, welche Bedingungen **wir Ihnen** anbieten können und welche Ausschlüsse möglicherweise gelten. Wenn Standardbedingungen angeboten wurden, unterliegt **Ihre Police** den Bedingungen, die in **Ihrer Police** aufgeführt sind. Wo Sonderkonditionen angeboten wurden, werden diese auf **Ihrem Versicherungsschein** aufgeführt. Wenn **wir** zum Beispiel einen deklarierten **medizinischen Zustand** ausgeschlossen haben, wird dieser Zustand nie abgedeckt.

#### Fortgesetzte persönliche medizinische Ausschlüsse (CPME)

Hier gelangen **Sie** von **Ihrem** bisherigen Versicherer zu **uns**. Wenn **Sie** zuvor auf FMU-Basis versichert waren, stimmen **wir** zu, alle persönlichen medizinischen Ausschlüsse **Ihres** vorherigen Versicherers fortzusetzen. Wenn **Sie** zuvor auf Moratoriumsbasis versichert waren, vereinbaren **wir**, das ursprüngliche Startdatum des Moratoriums beizubehalten, das **Sie** bei **Ihrem** vorherigen Versicherer hatten.

Bei der Aufnahme auf CPME-Basis kann auf Wartezeiten verzichtet werden, wenn **Sie** vergleichbare Leistungen bei **Ihrem** vorherigen Versicherer hatten.

Es darf keine Deckungsunterbrechung geben und **Ihr** bestehender Deckungsumfang muss **unserer** Meinung nach vergleichbar sein, damit **wir** diese Option in Betracht ziehen können. Bitte beachten Sie, dass **unsere Versicherungsbedingungen** gelten und nicht die **Ihrer** vorherigen Versicherung.

#### Moratorium (Mori)

Dies ist der Fall, wenn eine **Erkrankung, die Sie** in den fünf (5) Jahren vor **Ihrem Eintrittsdatum** hatten, nicht abgedeckt ist. Diese sind als **Vorerkrankungen** bekannt.

Sobald **Sie** im Rahmen der **Police** zwei (2) ununterbrochene Jahre lang versichert waren, kann **Ihre Vorerkrankung** versicherungsfähig werden, sofern **Sie** in diesem Zeitraum von zwei (2) Jahren nicht:

- Anzeichen oder Symptome erlebt und/oder erlitten haben, unabhängig davon, ob sie untersucht wurden oder nicht;
- Rat** eingeholt oder erhalten haben; oder
- Empfehlungen erhalten haben, medizinische **Behandlung** zu erhalten oder erhalten zu haben, einschließlich Änderungen des Lebensstils und spezieller Diäten, Arzneimittel, **Medikamente** und Injektionen;

Wenn einer der oben genannten Punkte in den ersten zwei (2) Jahren zutrifft, müssen **Sie** warten, bis **Sie** einen ununterbrochenen Zeitraum von zwei (2) Jahren abgeschlossen haben,

wenn nichts davon zutrifft, bevor **wir** erwägen, **Ihre** bereits bestehende **Erkrankung abzudecken**. **Sie** müssen sicherstellen, dass **Sie die** medizinischen **Ratschläge befolgen, die Ihnen** in Bezug auf **Ihren Zustand zur Verfügung gestellt werden**, auch wenn dies bedeutet, **dass Sie** keinen Versicherungsschutz erhalten können.

Wenn **Ihre Vorerkrankung** eine der unten aufgeführten Erkrankungen ist, schließen **wir** auch die **Behandlung** für die in der folgenden Tabelle angegebenen Erkrankungen aus:

Für <b>Ihre Vorerkrankungen</b> , wenn <b>Sie</b> :	<b>Wir</b> zahlen nicht für <b>die Behandlung</b> der folgenden Erkrankungen:
bei Ihnen Diabetes diagnostiziert wurde	<ul style="list-style-type: none"><li>Diabetes</li><li>Ischämische Herzerkrankung</li><li>Katarakt</li><li>Diabetische Retinopathie</li><li>Diabetische Nierenerkrankung</li><li>Arterielle Erkrankung</li><li>Schlaganfall</li></ul>
derzeit wegen erhöhtem Blutdruck (Hypertonie) <b>behandelt werden</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Erhöhter Blutdruck (Hypertonie)</li><li>Ischämische Herzerkrankung</li><li>Schlaganfall</li><li>Hypertensives Nierenversagen</li></ul>
als Ergebnis eines Prostata-spezifischen Antigen-Tests (PSA) untersucht, <b>behandelt</b> oder überwacht werden	<ul style="list-style-type: none"><li>Jede Erkrankung der Prostata</li></ul>

Bitte beachten Sie, dass bei einem Moratoriums zur Risikoprüfung einige **bereits bestehende Erkrankungen** möglicherweise nie abgedeckt werden.

Bitte beachten Sie den allgemeinen Ausschluss 63.

#### Anamnese nicht berücksichtigt (MHD)

Hier werden **wir Ihre** bereits bestehenden **Erkrankungen** abdecken, vorbehaltlich der Vorteile, Bedingungen und Konditionen dieser **Police**. Bitte beachten Sie, dass **wir** diese Art von Risikoprüfung nur unter bestimmten Umständen anbieten werden.

#### Bronze-Risikoprüfung

Dies ist der Fall, wenn eine **Krankheit, die vor Ihrem Eintrittsdatum** bestand, nicht abgedeckt ist und niemals abgedeckt wird. Dies ist nur im Rahmen des Bronze-Schutzes verfügbar und ist die einzige verfügbare Risikoprüfungsoption für diesen Versicherungsschutz.

Wenn **Ihr Gesundheitszustand, der vor Ihrem Einreisedatum bestand, einer der** unten aufgeführten ist, werden **wir** auch die **Behandlung** für die angegebenen Zustände, wie in der folgenden Tabelle beschrieben, ausschließen:

Für <b>Erkrankungen, die vor Ihrem Einreisedatum</b> bestanden, wenn <b>Sie</b> :	<b>Wir</b> zahlen nicht für <b>die Behandlung</b> der folgenden Erkrankungen:
bei Ihnen Diabetes diagnostiziert wurde	<ul style="list-style-type: none"><li>Diabetes</li><li>Ischämische Herzerkrankung</li><li>Katarakt</li><li>Diabetische Retinopathie</li><li>Diabetische Nierenerkrankung</li><li>Arterielle Erkrankung</li><li>Schlaganfall</li></ul>
derzeit wegen erhöhtem Blutdruck (Hypertonie) <b>behandelt werden</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Erhöhter Blutdruck (Hypertonie)</li><li>Ischämische Herzerkrankung</li><li>Schlaganfall</li><li>Hypertensive Niereninsuffizienz</li></ul>
als Ergebnis eines Prostata-spezifischen Antigen-Tests (PSA) untersucht, <b>behandelt</b> oder überwacht werden	<ul style="list-style-type: none"><li>Jede Erkrankung der Prostata</li></ul>

Bitte beachten Sie den allgemeinen Ausschluss 62.

- Unverbindliche Übersetzung - grundsätzlich gilt immer das Englische Original -

## VERFAHREN FÜR UNTERSTÜTZUNG UND SCHADENSERSATZANSPRÜCHE

Bitte befolgen Sie die folgenden Richtlinien, um **uns** bei der ordnungsgemäßen und effizienten Bearbeitung **Ihrer** Ansprüche zu helfen.

### POLICENDOKUMENTATION

In **Ihrem** Versicherungspaket haben **Sie** Ihren **Versicherungsnachweis**, der **Ihnen** den von **Ihnen** ausgewählten Plan, die im Rahmen **Ihrer** **Police** versicherte Person, die von **Ihnen** gewählten Leistungen und **Ihre** **Selbstbeteiligung** enthält. Auch alle **Vermerke**, die für **Ihren** Versicherungsschutz gelten, werden auf **Ihrem** **Versicherungsschein** vermerkt. Sie können auch eine Kopie **Ihres** **Versicherungszertifikats** über ‚MyALC‘, unseren Online-Mitgliederbereich, erhalten.

### MITGLIEDSKARTEN

Wir liefern auch personalisierte Mitgliedskarten an jede **versicherte** Person, die **unsere** wesentlichen Kontaktnummern und Adressen enthält. Das bedeutet, dass **Sie** und **Ihre** Familie nur einen Anruf von Hilfe entfernt sind. Wir empfehlen **Ihnen**, **Ihre** Karte jederzeit bei sich zu haben.

Bitte beachten **Sie**, dass **Sie** **Ihre** **Policen-** und Kundennummern auf **Ihrer** Mitgliedskarte finden. Diese sollten verwendet werden, um sich in **unserem** Online-Mitgliederbereich zu registrieren: [www.alchealth.com/claims.htm](http://www.alchealth.com/claims.htm) auf ‚MyALC‘.

### MyALC

Innerhalb von ‚MyALC‘, **unserem** Online-Mitgliederbereich, können **Sie**:

- **Ihre** **Behandlung** **vorab** **genehmigen** lassen
- **Ihre** Ansprüche ganz einfach einreichen
- Eine Kopie **Ihres** **Versicherungsscheins** herunterladen
- Sichere Nachrichten von unserer Schadensabteilung lesen
- Nach einer medizinischen Einrichtung suchen
- Nützliche Reise- und Sicherheitsinformationen erhalten
- Einen Chat starten
- Zugang zum sicheren **Prämienzahlungsbereich** erhalten

### SO MACHEN SIE EINEN ANSPRUCH GELTEND

Alle Details, wie **Sie** einen Anspruch geltend machen können, finden **Sie** online unter ‚MyALC‘

[www.alchealth.com/claims.htm](http://www.alchealth.com/claims.htm)

### AMBULANTE BEHANDLUNG – Erstattung

Bitte beachten **Sie**, dass alle **ambulanten** **Behandlungen** im Zusammenhang mit **psychiatrischen** **Erkrankungen** einer **Vorabgenehmigung** bedürfen (siehe unten) und **wir** uns das Recht vorbehalten, den Anspruch vollständig abzulehnen, wenn die **Behandlung** nicht vorabgenehmigt wird.

Für alle anderen **ambulanten** **Behandlungen** besteht keine Verpflichtung, eine **Vorabgenehmigung** einzuholen, und wenn die **Richtlinie** nicht vorschreibt, dass eine **Vorabgenehmigung** erforderlich ist, können **Sie** zur Zahlung und Geltendmachung von Ansprüchen aufgefordert werden. **Sie** können sich zur Beratung oder Behandlung an **Ihren** **Arzt** oder **Facharzt** wenden und **Ihren** **Erstattungsantrag** stellen. **Sie** müssen ein Antragsformular ausfüllen, das **Sie** zusammen mit **Ihren** Rechnungen und Quittungen sowie allen zusätzlichen medizinischen Informationen, die **Ihnen** zur Verfügung gestellt wurden, online einreichen können.

Bitte beachte, dass es Zeiten geben kann, in denen **wir** detailliertere medizinische Informationen benötigen, um zu belegen, dass **Ihr** Antrag versicherungsfähig ist.

Bei diesen Gelegenheiten senden **wir** **Ihnen** ein ärztliches Attest zum Ausfüllen durch **Ihren** behandelnden **Arzt** oder **wir** **können** **uns** mit **Ihrer** schriftlichen Genehmigung direkt an **Ihren** üblichen **Hausarzt**, behandelnden **Arzt** oder **Spezialisten** wenden. **Sie** können auch ein ärztliches Attest von unserer Website unter [www.alchealth.com/claims.htm](http://www.alchealth.com/claims.htm) herunterladen, das **Sie** zu **Ihrem** Termin mitnehmen können, um spätere Verzögerungen zu vermeiden.

**Sie** müssen den ersten Teil des Formulars ausfüllen und es dann an **Ihren** **Arzt** oder **Spezialisten** weiterleiten, um dessen Abschnitt auszufüllen, bevor **Sie** es per Fax, Post, E-Mail oder online an **uns** senden.

**AMBULANTE BEHANDLUNG – Psychiatrische Erkrankung Vorabgenehmigung** Bevor **Sie** mit der **Behandlung** einer psychiatrischen **Erkrankung** fortfahren, müssen **Sie** sich mit **uns** in Verbindung setzen, um eine **Vorabgenehmigung** einzuholen. **Sie** können **Ihren** Anspruch vorab genehmigen, bevor **Sie** **Ihren** **Arzt** oder **Facharzt** **aufsuchen**, indem **Sie** uns anrufen unter:

Online über ‚MyALC‘ anfragen

+44 (0) 330 333 6686 oder verwenden **Sie** die entsprechenden lokalen oder kostenlosen Telefonnummern, die auf der Rückseite **Ihrer** Mitgliedskarte angegeben sind.

Bitte beachte, dass **wir** manchmal detaillierte medizinische Informationen benötigen, um festzustellen, ob **Ihr** Anspruch versicherungsfähig ist. **Wir** **können** **uns** mit **Ihrer** schriftlichen Genehmigung direkt an **Ihren** üblichen **Hausarzt**, behandelnden **Arzt** oder **Spezialisten** wenden. **Wir** werden bestätigen, welche Leistungen **Sie** in Anspruch nehmen können, wie viel **Sie** in Anspruch nehmen können und was **Sie** als nächstes tun sollten. Wenn **Ihre** Forderung versicherungsfähig ist und von uns **vorautorisiert** wurde, erhalten **Sie** eine Vorautorisierungsnummer. **Sie** erhalten auch eine Kopie **der** **Zahlungsgarantie**, die **wir** an den **Arzt**, **Spezialisten** oder das **Krankenhaussenden** können. Wenn möglich, beantragen **Sie** die **Vorabgenehmigung** zum frühestmöglichen Zeitpunkt und spätestens FÜNF (5) WERKTAGE vor **Ihrem** Termin. **Sie** können alle Rechnungen und Quittungen sowie alle zusätzlichen medizinischen Infromationen, die **Ihnen** zur Verfügung gestellt wurden, unter Angabe **Ihrer** **Vorautorisierungsnummer** online über ‚MyALC‘ senden.

### GEPLANTE STATIONÄRE & TEILSTATIONÄRE BEHANDLUNG

Alle **stationären** und **teilstationären** **Behandlungen** müssen **vorabgenehmigt** werden.

Wenn die **Behandlung** nicht von **uns** vorabgenehmigt wurde, behalten **wir** uns das Recht vor, **Ihren** Anspruch abzulehnen.

Wenn **Ihre** **Behandlung** nicht **vorab** genehmigt wurde und anschließend nachgewiesen wird, dass **Ihre** **Behandlung** durch die Bedingungen **Ihrer** **Police** abgedeckt ist, zahlen **wir** nur 50 % der anspruchsberechtigten Leistungen.

Bitte stellen **Sie** **sicher**, dass **Sie** frühestens und spätestens FÜNF (5) WERKTAGE vor der Aufnahme oder dem Behandlungstermin eine **Vorabgenehmigung** für die geplante **stationäre** und **teilstationäre** **Behandlung** beantragen. Siehe unten in Bezug auf **Notaufnahmen**.

**Sie** können **Ihren** Anspruch vorab genehmigen, bevor **Sie** **Ihren** **Arzt** oder **Facharzt** oder **Ihr** **Krankenhaus** aufsuchen, indem **Sie** **uns** anrufen unter:

+44 (0) 330 333 6686

oder per E-Mail: [preauthorisation@alchealth.com](mailto:preauthorisation@alchealth.com)

Alternativ können **Sie** **unsere** Website unter [www.alchealth.com/claims.htm](http://www.alchealth.com/claims.htm) **besuchen** und eine **Vorabgenehmigung** beantragen, indem **Sie** das Online-Einreichungsformular ausfüllen.

Sobald **wir** über alle erforderlichen Informationen verfügen und bestätigt haben, dass **Ihr** Anspruch berechtigt ist, stellen **wir** dem **Arzt**, **Spezialisten** oder dem **Krankenhaus** nach Möglichkeit eine Zahlungsgarantie aus und **Sie** erhalten auch eine Kopie. **Ihr** **Arzt**, **Ihr** **Facharzt** oder **Ihr** **Krankenhaus** sollten **uns** ihre Rechnungen zusammen mit einer Kopie **der** **Zahlungsgarantie** zur **Zahlung** zusenden. **Wir** können dann eine direkte Zahlung an sie veranlassen und senden **Ihnen** eine Erklärung, um dies zu bestätigen. Bitte stellen **Sie** **sicher**, dass **wir** alle vereinbarten **Behandlungen** direkt mit dem **Krankenhaus** abrechnen können, damit **wir** sicherstellen können, dass die Kosten **angemessen** und **üblich** sind.

Unter bestimmten Umständen müssen **Sie** möglicherweise den **Arzt**, **Spezialisten** und/oder das **Krankenhaus** im Voraus für die in Frage kommende **Behandlung** direkt bezahlen. In diesen Fällen müssen **Sie**, sobald **wir** bestätigt haben, dass **Ihr** Anspruch berechtigt ist, **Ihre** bezahlten Konten direkt an **uns** weiterleiten, entweder per Online-Einreichung unter ‚MyALC‘ oder per Post, Fax, E-Mail-Anhang oder Online-Einreichung, und **wir** senden **Ihnen** stattdessen die Zahlung (und den Kontoauszug) zu. Bitte stellen **Sie** **sicher**, dass **Sie** **Ihre** Vorautorisierungsnummer auf jeder Korrespondenz angeben und dass **Ihre** registrierten Bankkontodaten auf dem neuesten Stand sind.

### NOTAUFNAHMEN

Wenn **Sie** sich in einer **Notfallsituation** befinden und sofort **ins** **Krankenhaus** eingeliefert werden müssen, ist **unser** Spezialistenteam für **Sie** da. **Sie** oder das **Krankenhaus** können sie unter +44 (0) 330 333 6686 kontaktieren oder **Sie** können jemanden bitten, sie in **Ihrem** Namen anzurufen.

Wenn möglich, stellen **Sie** bitte sicher, dass **Sie** ihnen bei der Aufnahme in ein **Krankenhaus** **Ihre** Mitgliedskarte geben, da dies **uns** hilft, **Sie** direkt zu kontaktieren.

**Wir** empfehlen, dass **Sie** sicherstellen, dass ein Verwandter, enger Freund oder Kollege **Ihre** Krankenversicherungsvereinbarungen kennt und dass **Sie** **Ihre** Mitgliedskarte jederzeit bei sich tragen. Im Falle einer **Notaufnahme**, bei der **Sie** nicht in der Lage sind, **uns** zu benachrichtigen, benötigen **Krankenhäuser** möglicherweise Zugang zu dieser und werden, falls erforderlich, **Ihre** persönlichen Gegenstände überprüfen, um sie zu finden.

## VERFAHREN FÜR UNTERSTÜTZUNG & SCHADENERSATZ (Fortsetzung)

### BEHANDLUNG IN DEN VEREINIGTEN STAATEN von AMERIKA – Innerhalb des Geltungsbereichs 3

Es steht Ihnen frei, den **Arzt**, **Facharzt** oder das **Krankenhaus** und den Ort für **Ihre** **Behandlung** in Ihrem **Versicherungsgebiet** zu wählen. Es ist keine Anforderung **Ihrer** **Police**, dass **Sie** sich ausschließlich von einem Anbieter innerhalb **unseres** Netzwerks von Anbietern (**Preferred Provider Organisations (PPO) Network**) behandeln lassen oder beliefern lassen.

Wenn **Sie** sich jedoch für eine **Behandlung** bei einem Anbieter entscheiden, der sich nicht in **unserem** **PPO-Netzwerk** befindet, kann sich dies auf den Umfang und das Ausmaß der im Rahmen **Ihrer** **Police** verfügbaren Leistungen auswirken. Alle fälligen **Versicherungsüberschüsse** werden zusätzlich zu einer 50%-igen **Mitversicherung**, wie in ‚Der Versicherungsschutz‘ dargelegt, abgezogen.

Ein Verzeichnis der Anbieter innerhalb des **USA-PPO-Netzwerks** steht **Ihnen** online unter ‚MyALC‘ [www.alchealth.com/claims.htm](http://www.alchealth.com/claims.htm) **zur** Verfügung. **Sie** müssen dem Anbieter **Ihre** Mitgliedskarte aushändigen, die unser **PPO-Netzwerk-Logo** enthält.

### Für Notfallbehandlungen und Notfallbehandlungen außerhalb des Abdeckungsbereichs

**Wir** verstehen, dass es Zeiten geben kann, in denen **Sie** sich in einer **Notsituation** befinden und nicht feststellen können, in welches **Krankenhaus** **Sie** eingewiesen werden

à la carte healthcare limited handelnd unter ALC Health, London Global S.r.l. handelnd unter à la carte healthcare ist der Produktanbieter. SiriusPoint International Insurance Corporation ist der Versicherer. Reklamationen

## BESCHWERDEN

werden von einem von ALC Health ernannten Reklamationsabwicklungsunternehmen verwaltet.

**Wir** alle sind bestrebt, immer einen hohen Servicestandard zu bieten, aber es kann vorkommen, dass **Sie** mit **uns** unzufrieden sind. Wenn **wir** die Angelegenheit nicht zu **Ihrer** Zufriedenheit lösen können und **Sie** eine Beschwerde einreichen möchten, kontaktieren **Sie** uns bitte unter Verwendung einer der folgenden Möglichkeiten:

Post: The Quality Assurance Team, ALC Health, PO Box 1114, Cardiff, cf11 1UL, Großbritannien

Tel.: +44 (0) 330 333 6686

[E-Mail: qualityassurance@alchealth.com](mailto:E-Mail: qualityassurance@alchealth.com), oder alternativ eine E-Mail an [complaints.alchealth@londonglobal.eu](mailto:complaints.alchealth@londonglobal.eu)

Um **uns** bei der Lösung **Ihrer** Beschwerde zu helfen, geben **Sie** bitte die folgenden Informationen an:

- **Dein** Name und Angaben zur Mitgliedschaft
- Eine Telefonnummer des Ansprechpartners
- Eine Beschreibung **Ihrer** Beschwerde
- Alle relevanten Informationen in Bezug auf **Ihre** Beschwerde, die **wir** möglicherweise noch nicht gesehen haben.

**Wir** möchten **Ihr** Anliegen so schnell wie möglich klären und werden alles in **unserer** Macht Stehende tun, um **Ihre** Beschwerde innerhalb von zweiundsiebzig (72) Stunden zu klären. Wenn **wir** dies tun können, senden **wir** **Ihnen** eine Zusammenfassung der Mediationsmitteilung (SRC), in der bestätigt wird, dass die Beschwerde zu **Ihrer** Zufriedenheit gelöst wurde. Wenn **wir** dies nicht tun können, werden **wir** **uns** innerhalb von fünf (5) Werktagen mit **Ihnen** in Verbindung setzen, um **Ihre** Beschwerde zu bestätigen und die nächsten Schritte zu erläutern.

to. Bei diesen Gelegenheiten ist **unser** spezialisiertes Team da, um **Sie** zu unterstützen, und es kann alternative PPO-Netzwerke geben, mit denen **wir** einen separaten Vertrag haben und die in der Lage sein können, Reproduktionen, Rabatte oder ermäßigte Gebühren für die **Behandlung**, die **Ihnen** zur Verfügung gestellt wird, bereitzustellen. **Wir** benötigen detaillierte medizinische Informationen, um die Notwendigkeit **einer** **Behandlung** außerhalb **unseres** üblichen **PPO-Netzwerks** zu unterstützen, und sobald **wir** **unsere** Deckungsentscheidung bestätigt haben, können **wir** jede Reduzierung der Gesamtkosten bestätigen und auf jede anwendbare **Mitversicherung** verzichten, die unter ‚Der Versicherungsschutz‘ aufgeführt ist.

### KONTAKTDATEN DER SCHADENABTEILUNG

Alle Reklamationsanfragen, Vorautorisierungsanfragen und Dokumenten-Uploads können eingereicht werden unter:

Online: [www.alchealth.com/claims.htm](http://www.alchealth.com/claims.htm)

+44 (0) 330 333 6686

Telefax: +44 (0) 330 333 6687

[E-Mail: ctaims@alchealth.com](mailto:E-Mail: ctaims@alchealth.com)

Post: ALC Health Claims Team

PO Box 1114

Cardiff CF11 1UL

Vereinigtes Königreich

Sollten **Sie** nach der endgültigen schriftlichen Antwort weiterhin unzufrieden sein, können **Sie** **Ihren** Fall unter Verwendung der unten angegebenen Details an den Financial Ombudsman Service verweisen. **Sie** haben ab dem Datum unserer endgültigen Antwort 6 Monate Zeit, um **Ihre** Beschwerde an sie weiterzuleiten.

Financial Ombudsman Service

Exchange Tower

London

E14 9SR

[E-Mail: complaint.info@financial-ombudsman.org.uk](mailto:E-Mail: complaint.info@financial-ombudsman.org.uk) aus dem Vereinigten Königreich

Tel.: +44 (0)800 0234 567 (kostenlos für Personen, die z. B. von einem Festnetzanschluss zu Hause anrufen)

Tel: +44 (0)300 1239 123 (kostenlos für Handy-Nutzer, die eine monatliche Gebühr für Anrufe an Nummern zahlen, die mit 01 oder 02 anfangen)

Von außerhalb des Vereinigten Königreichs

Tel: +44 (0) 20 7964 1000

Fax: +44 (0) 20 7964 1001

Die Europäische Kommission stellt auch eine Online-Plattform zur Streitbelegung (OS) bereit, die es Verbrauchern ermöglicht, ihre Beschwerde über eine zentrale Website einzureichen, die die Beschwerde an das richtige alternative Streitbelegungssystem (ADR) weiterleitet. Das ADR-System für London Global S.r.l., das als à la carte Healthcare handelt, ist die Schlichtungsstelle für Mediation bei der Handelskammer von Bari, die direkt über die unten stehenden Kontaktdaten kontaktiert werden kann. Weitere Informationen über Online-Streitbelegung finden **sie** unter <http://ec.europa.eu/odr>

Schlichtungsstelle für Mediation an der

Handelskammer Bari

Corso Cavour 2 Bari, 70121

Italien

## RECHTSVORSCHRIFTEN

à la carte Healthcare Limited als ALC Health ist von der Financial Conduct Authority (FCA) in Großbritannien unter der Registrierungsnummer 311496 zugelassen und reguliert.

London Global S.r.l. als à la carte Healthcare, zugelassen und reguliert von IVASS, Italien (A000620496) und gilt als zugelassen und reguliert von der Financial Conduct Authority. Einzelheiten zur Regelung für befristete Genehmigungen, die es Unternehmen mit Sitz im EWR ermöglicht, für einen begrenzten Zeitraum im Vereinigten Königreich tätig zu sein, während sie eine Vollzulassung beantragen, sind auf der Website der Financial Conduct Authority abrufbar. Sitz der Gesellschaft: Udine, Via Manin 6/4, Udine, Friuli-Venezia Giulia, 33100 Italien. Identifikationsnummer des Unternehmens 02952330302, handelnd über seine Londoner Niederlassung mit der britischen Niederlassungsnummer BR022179 Handelsadresse 3rd floor, Fitzalan House, Fitzalan Court, Cardiff, CF24 0EL, Vereinigtes Königreich.

Diese **Police** wird von der SiriusPoint International Insurance Corporation („SiriusPoint“) gezeichnet. SiriusPoint ist zugelassen von der Prudential Regulation Authority zugelassen und wird sowohl von der Prudential Regulation Authority als auch von der Financial Conduct Authority (FRN: 202912) mit der Firmennummer BR002760 und mit ihren Niederlassungen in

Floor 4, 20 Fenchurch Street, London EC3M 3BY, Großbritannien. SiriusPoint ist eine Niederlassung der SiriusPoint International Insurance Corporation (Publ) in Großbritannien, die von der schwedischen Finanzaufsichtsbehörde mit der Firmennummer FC018332 und mit Sitz in Birger Jarlsgatan 57b, 113 96 Stockholm, Schweden, zugelassen ist und reguliert wird.

Diese Informationen können über das FCA-Register auf der Website [www.fca.org.uk](http://www.fca.org.uk) oder durch Kontaktaufnahme mit der FCA unter +44 (0)20 7066 8348 eingesehen werden.

Die FCA setzt sich dafür ein, ein angemessenes Maß an Verbraucherschutz zu gewährleisten und das Verständnis der Öffentlichkeit für das Finanzsystem zu fördern. Die FCA hat Regeln festgelegt, die den Verkauf und die Verwaltung von allgemeinen Versicherungen regeln, die **wir** befolgen müssen, wenn **wir** mit **Ihnen** verhandeln.

ALC Health bietet nur zu **unseren** eigenen Produkten Beratung und Informationen. Wenn **Sie** Rat zu anderen verfügbaren Produkten benötigen, die möglicherweise besser zu **Ihren** Bedürfnissen passen, sollten **Sie** sich an einen entsprechend qualifizierten Versicherungsmakler oder -vermittler wenden.

## REGELUNG DER VERSICHERUNGSGARANTIE

Je nachdem, wo im EWR **Sie** und/oder das versicherte Risiko ansässig sind, kann ein lokales System gelten. Wenn eine Regelung Die Verpflichtungen der abschließenden Versicherer aus den Versicherungsverträgen, die sie abschließen, sind verschieden und nicht gemeinsam und sie beschränken sich ausschließlich auf den Umfang ihrer Einzelabschlüsse. Die angemeldeten Versicherer sind

### GEBIET 1 EUROPA

(Europa wird definiert als: Albanien, Andorra, Armenien, Österreich, Aserbaidschan, Belarus, Belgien, Bosnien und Herzegowina, Bulgarien, Kanarische Inseln, Kanalinseln, Kroatien, Zypern, Tschechische Republik, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Georgien, Deutschland, Gibraltar, Griechenland, Grönland, Ungarn, Island, Irland, Italien, Kasachstan, Kirgisistan, Lettland,

in einem EWR-Mitgliedstaat verfügbar ist, kann sie nur begrenzte Arten von Versicherungen abdecken, obwohl einige Länder umfangreichere Systeme haben.

nicht für die Zeichnung eines mitunterzeichnenden Versicherers verantwortlich, der aus irgendeinem Grund seine Verpflichtungen ganz oder teilweise nicht erfüllt.

Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Mazedonien, Madeira, Malta, Moldawien, Monaco, Montenegro, Niederlande, Norwegen, Polen, Portugal, Rumänien, Russische Föderation, San Marino, Serbien, Slowakei, Slowenien, Spanien, Schweden, Schweiz, Tadschikistan, Türkei, Turkmenistan, Ukraine, Vereinigtes Königreich, Usbekistan).

## HAFTUNGSHINWEIS

Die Verpflichtungen des zeichnenden Versicherers aus Versicherungsverträgen gegenüber die sie abonnieren, sind mehrere und nicht gemeinschaftlich und beschränken sich ausschließlich auf den Umfang ihrer einzelnen Abonnements. Die abonnierenden Versicherer sind nicht für die Anmeldung eines mitunterzeichnenden Versicherers verantwortlich aus irgendeinem Grund seinen Verpflichtungen ganz oder teilweise nicht nachkommt.

## GELTUNGSBEREICH

### Bereich 1 von Europa

(Europa wird definiert als: Albanien, Fürstentum Andorra, Armenien, Österreich, Aserbaidschan, Belarus, Belgien, Bosnien und Herzegowina, Bulgarien, Kanarische Inseln, Normannischen Inseln, Kroatien, Zypern, Tschechische Republik, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Georgien, Deutschland, Gibraltar, Griechenland, Grönland, Ungarn,Island, Irland, Italien, Kasachstan, Kirgisistan, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Mazedonien, Madeira, Malta, Moldawien, Monaco, Montenegro, Niederlande, Norwegen, Polen, Portugal, Rumänien, Russische Föderation, San Marino, Serbien, Slowakei, Slowenien, Spanien, Schweden, Schweiz, Tadschikistan, Türkei, Turkmenistan, Ukraine, Vereinigtes Königreich, Usbekistan)

## WIE WERDEN MEINE PERSONENBEZOGENEN DATEN GESCHÜTZT?

Dies ist nur eine Zusammenfassung der Richtlinien von ALC in Bezug auf **Ihre** persönlichen Daten. Eine vollständige Erklärung, wie **wir** **Ihre** personenbezogenen Daten und **Ihre** entsprechenden Rechte erfassen, verwenden und schützen, finden Sie in **unserer** vollständigen Datenschutzerklärung, die unter <https://www.alchealth.com/privacy.htm> abrufbar ist.

**Wir** werden alle von **Ihnen** zur Verfügung gestellten personenbezogenen Daten streng vertraulich behandeln, wie es die Datenschutz-Grundverordnung vorschreibt.

Wenn **Sie** Ihre Einwilligung zur Datenverarbeitung erteilen, verarbeiten **wir** **Ihre** personenbezogenen Daten, um die von **Ihnen** erworbenen Dienstleistungen zu erbringen, einschließlich der Verwaltung von Ansprüchen und des Erhalts von Mitteilungen an Mitglieder, in Übereinstimmung mit **unserer** Datenschutzerklärung. Wenn **Sie** Ihre Marketingzustimmung erteilen, senden **wir** **Ihnen** relevante Informationen und zukünftiges Marketingmaterial in Bezug auf Produkte oder Dienstleistungen, an denen **Sie** möglicherweise interessiert sind sowie für alle anderen in **unserer** Datenschutzerklärung genannten Zwecke. **Sie** können **Ihre** Einwilligung jederzeit widerrufen.

Durch die Erteilung der Marketing-Zustimmung können **wir** Informationen über **Sie** von Dritten sammeln, die **uns** zur Identifizierung von Versicherungsprodukten und

-dienste, an denen **Sie** möglicherweise interessiert sind, dienen, und wir teilen Informationen mit Dritten, wie z. B. Webanalyseloos, um **Ihnen** relevante Informationen und zukünftige Marketingmaterialien zu senden und für alle anderen in **unserer** Datenschutzerklärung festgelegten Zwecke. **Sie** können **Ihre** Einwilligung jederzeit widerrufen.

Wenn **Sie** Fragen oder Bedenken bezüglich der Art und Weise haben, wie **Ihre** personenbezogenen Daten verwendet wurden, wenden Sie sich bitte an: [DPOLondon@siruspt.com](mailto:DPOLondon@siruspt.com).

### •

- die Beurteilung und Verwaltung des Schadenprozesses
- die Zahlungsabwicklung an Gesundheitsdienstleister
- die Bereitstellung eines Kundenservice

In bestimmten Situationen kann ALC Health verpflichtet sein, personenbezogene Daten als Reaktion auf rechtmäßige Anfragen von Behörden offen zu legen, einschließlich der Erfüllung nationaler Sicherheits- oder Strafverfolgungsanforderungen.

## HINWEIS ZUR VERARBEITUNG

Diese Datenschutzerklärung beschreibt, wie SiriusPoint International Insurance Corporation (für die Zwecke dieser Mitteilung „**wir**“, „**uns**“ oder der „Versicherer“) die personenbezogenen Daten von **Versicherten**, Anspruchsberechtigten und anderen Parteien (für die Zwecke dieser Mitteilung „**Sie**“) sammelt und verwendet, wenn **wir** **unsere** Versicherungs- und Rückversicherungsdienstleistungen erbringen.

Die dem Versicherer zur Verfügung gestellten Informationen, zusammen mit medizinischen und anderen Informationen, die **Sie** oder andere Parteien im Zusammenhang mit dieser **Police** über **Sie** erhalten haben, werden vom Versicherer für die Bestimmung **Ihres Antrags**, den Betrieb der Versicherung (einschließlich des Prozesses der Versicherung, Verwaltung, Schadenmanagement, versicherungs-, rehabilitations- und kundenrelevante Analysen) und die Betrugsprävention und -aufdeckung verwendet. **Wir** können gesetzlich verpflichtet sein, bestimmte personenbezogene Daten über **Sie** zu erheben, oder als Folge eines Vertragsverhältnisses, das **wir** mit **Ihnen** haben. Die Nichtbereitstellung dieser Informationen kann die Erfüllung dieser Verpflichtungen verhindern oder verzögern.

Die Informationen werden vom Versicherer zu diesen Zwecken an Konzerngesellschaften und Drittversicherer, Rückversicherer, Versicherungsvermittler und Dienstleister weitergegeben. Solche Parteien können Datenverantwortliche in Bezug auf **Ihre** personenbezogenen Daten werden. Weil **wir** im Rahmen von

einem globalen Unternehmen handeln, können **wir** **Ihre** personenbezogenen Daten zu diesen Zwecken außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums übertragen.

**Sie** haben bestimmte Rechte bezüglich **Ihrer** persönlichen Daten, vorbehaltlich des lokalen Rechts. Dazu gehören das Recht, Zugang, Berichtigung, Löschung, Einschränkung, Widerspruch und Erhalt **Ihrer** personenbezogenen Daten in einem nutzbaren elektronischen Format zu verlangen und diese an Dritte zu übermitteln (Recht auf Übertragbarkeit).

**Wir** können **Ihre** Daten an Dritte weitergeben, die in **unserem** Namen Dienstleistungen erbringen, um **unsere** Geschäftsaktivitäten zu unterstützen. Diese Unternehmen sind berechtigt, **Ihre** personenbezogenen Daten nur zu verwenden, wenn dies für die Erbringung dieser Dienstleistungen für **uns** erforderlich ist. Wenn **wir** Informationen mit diesen anderen Unternehmen teilen, damit sie Dienstleistungen für **uns** erbringen, dürfen sie diese Informationen zu keinem anderen Zweck verwenden und müssen sie vertraulich behandeln. Zu diesen Dienstleistungen gehören:

**Wir** verpflichten uns, mit **Ihnen** zusammenzuarbeiten, um eine faire Lösung für jede Beschwerde oder Besorgnis über den Datenschutz zu erreichen. Wenn **Sie** jedoch der Meinung sind, dass **wir** Ihnen bei **Ihrer Beschwerde** oder **Ihrem** Anliegen nicht behilflich sein konnten, haben **Sie** das Recht, eine Beschwerde beim zuständigen Büro des Informationskommissars einzureichen.

Weitere Informationen darüber, wie **wir** **Ihre** personenbezogenen Daten verarbeiten, finden Sie in **unserer** vollständigen Datenschutzerklärung unter: <https://www.siruspt.com/legal/website-privacy-policy-final.pdf>