

SPEZIELLE BEDINGUNGEN

EXCLUSIVE

SPEZIELLE BEDINGUNGEN EXCLUSIVE

Inhaltsverzeichnis

Vertragliche Grundlage

I. Spezielle Bedingungen Foyer Global Health Exclusive	2-17
1. Deckungsumfang	2
2. Geografischer Geltungsbereich	2
3. Versicherbarkeit	2
3.1 Einbezug von Vorerkrankungen oder Moratorium	3
3.1.1. Vorerkrankungen	
3.1.2. Moratoriumsklausel	
4. Versicherungsleistungen	3-15
4.1. Allgemeine Hinweise	3
4.2. Selbstbeteiligungen	3-4
4.2.1. Selbstbeteiligungen	
4.2.2. Doppelte Versicherungsleistungen für Region 1	
4.3. Versicherungsleistungen	4-15
4.3.1. Allgemein	
4.3.2. Stationäre Behandlung	
4.3.3. Ambulante Behandlung	
4.3.4. Zahnbehandlung	
4.4. Leistungsbeschränkungen	15-16
5. Tarif	16
II. Allgemeine Versicherungsbedingungen für medizinische Assistenzleistungen und Zusatzleistungen	18-22
1. Gegenstand der medizinischen Assistenzleistungen und Zusatzleistungen	18
2. Geografischer Geltungsbereich	18
3. Serviceleistungen	18-22
3.1. Allgemeine Hinweise.....	18
3.2. Medizinische Assistenzleistungen	18-20
3.3. Zusatzleistungen	20-22
4. Tarif	22
III. Glossar	23-25



I. Spezielle Bedingungen Foyer Global Health Exclusive

1. Deckungsumfang

Kursiv gesetzte Begriffe, die hier verwendet und nicht weiter definiert werden, haben die Bedeutung, die ihnen im Glossar am Ende der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zugewiesen wird.

Der *Versicherer* bietet *Versicherungsleistungen* für *Krankheiten, Körperverletzungen* und andere Ereignisse, die einen *Leistungsfall* gemäß der *Versicherungspolice* begründen.

Im *Leistungsfall* übernimmt der *Versicherer* die Behandlungskosten und erbringt weitere vereinbarte *Versicherungsleistungen* in Abhängigkeit der *Versicherungspolice*.

Innerhalb der Höchstbeträge der vorliegenden *Speziellen Bedingungen* zahlt der *Versicherer* für die medizinischen Kosten aller *Versicherten*, die in der *Versicherungspolice* genannt werden.

2. Geografischer Geltungsbereich

Die *Versicherungspolice* deckt *Leistungsfälle* in folgenden *Regionen* ab:

- ▶ Region 1: weltweit
- ▶ Region 2: weltweit ohne USA

Ein *Leistungsfall* gilt als in einer bestimmten *Region* entstanden, falls die den Leistungsfall begründende *Krankheit* oder *Körperverletzung* in dem Zeitraum auftritt, in dem der *Versicherte* in der entsprechenden *Region* physisch anwesend ist, unabhängig davon, ob die damit verbundene medizinische Behandlung in dieser *Region* durchgeführt wird oder nicht.

Falls sich die *Versicherungspolice* auf *Region 2* bezieht und der *Versicherte* vorübergehend *Region 2* verlässt (z. B. insbesondere bei einem vorübergehenden Aufenthalt von höchstens sechs Wochen außerhalb von *Region 2*), gelten die *Versicherungsdeckung* und die damit verbundenen *Versicherungsleistungen*, die unter der *Versicherungspolice* gewährt werden, nur für *Notfälle, Unfälle* und im Todesfall.

Leistungsfälle, die während eines Aufenthalts zu Behandlungszwecken in einer nicht vereinbarten *Region* entstehen, sind unter der *Versicherungspolice* nicht versichert.

Alle Änderungen in Bezug auf das gewöhnliche *Aufenthaltsland* des *Versicherten* sowie alle Änderungen in Bezug auf die dem *Versicherer* zuvor gemachten Angaben sind unverzüglich dem *Versicherer* anzuzeigen.

3. Versicherbarkeit

Versicherbar sind Personen, die sich vorübergehend für mindestens 3 aufeinanderfolgende Monate im Ausland aufhalten.

Personen, die sich dauerhaft in den Vereinigten Staaten aufhalten, sind von der *Versicherungsdeckung* und den *Versicherungsleistungen* unter der *Versicherungspolice* ausgeschlossen und dürfen weder *Versicherter* noch *Versicherungsnehmer* werden.

Falls sich ein *Versicherter* oder der *Versicherungsnehmer* während der Dauer der *Versicherungspolice* dauerhaft in den Vereinigten Staaten aufhält, beendet der *Versicherer* die *Versicherungspolice*. Falls der *Versicherte* oder der *Versicherungsnehmer* seinen gewöhnlichen Aufenthaltsort während der Dauer der



Versicherungspolice wechselt, kann der *Versicherer* im Einzelfall entscheiden, ob die *Versicherungspolice* gemäß dem geltenden Recht aufrechterhalten werden kann oder geändert bzw. beendet werden muss.

Der *Versicherer* kann die *Versicherungspolice* beenden, wenn die *Versicherungspolice* unvereinbar mit den für den *Versicherungsnehmer* bzw. den *Versicherten* geltenden örtlichen Gesetzen, Regeln oder Regelungen ist oder dagegen verstößt.

3.1. Einbezug von *Vorerkrankungen* oder *Moratorium*

Im *Antragsformular* kann der *Versicherungsnehmer* für den Einbezug von *Vorerkrankungen* auf Grundlage einer Beurteilung der Gesundheitsrisiken und gegebenenfalls vorbehaltlich einer *Wartezeit* optieren.

3.1.1. *Vorerkrankungen*

Damit der *Versicherer* über den Einbezug von *Vorerkrankungen* unter der *Versicherungspolice* entscheiden kann, müssen die Fragen im *Antragsformular* wahrheitsgemäß und umfassend beantwortet werden. Der *Versicherte* muss einen medizinischen Fragebogen ausfüllen und dem *Versicherer* die Ergebnisse davon zur Verfügung stellen. In Abhängigkeit der Angaben im medizinischen Fragebogen und der damit verbundenen umfassenden Risikobeurteilung durch den *Versicherer* hat der *Versicherer* die Möglichkeit, die *Versicherungspolice* anzupassen, indem er die Bedingungen ändert oder weitere Bedingungen hinzufügt, eine zusätzliche oder höhere Prämie festzusetzen oder den Abschluss der *Versicherungspolice* für den betroffenen *Versicherten* abzulehnen. Erkrankungen, die im Zeitraum zwischen der Unterzeichnung des *Antragsformulars* und der Unterzeichnung der *Besonderen Bedingungen* auftreten, gelten als *Vorerkrankungen*.

3.1.2. *Moratoriumsklausel*

Versicherte bis zu einem Alter von 55 Jahren, die sich der in Abschnitt 3.1.1 der vorliegenden *Speziellen Bedingungen* genannten medizinischen Untersuchung und umfassenden Risikobeurteilung nicht unterziehen wollen, damit die *Versicherungspolice* *Vorerkrankungen* abdeckt, können für ein „*Moratorium*“ optieren.

Falls der *Versicherte*, der gemäß dem vorstehenden Absatz moratoriumsberechtigt ist, für das *Moratorium* optiert, damit *Vorerkrankungen* unter der *Versicherungspolice* einbezogen sind, hat die *Versicherungspolice* nach einer ununterbrochenen *Wartezeit* von 2 Jahren ab dem *Datum des Inkrafttretens* Gültigkeit und bietet Deckung für alle Erkrankungen, die der *Versicherte* in den 5 Jahren vor Abschluss der *Versicherungspolice* erlitten hat, unter der Voraussetzung, dass der *Versicherte* keinerlei *medizinische Behandlung* oder Symptome für die entsprechende *Vorerkrankung* während dieser *Wartezeit* gezeigt, erhalten bzw. bekommen hat. Falls der *Versicherte* *medizinische Behandlung* oder Symptome im Zusammenhang mit der entsprechenden *Vorerkrankung* während der oben genannten 2-jährigen *Wartezeit* bekommt, zeigt oder erhält, so beginnt eine neue zusätzliche *Wartezeit* von 2 Jahren, in der der *Versicherte* keinerlei *medizinische Behandlung* oder Symptome im Zusammenhang mit der entsprechenden *Vorerkrankung* erleiden, bekommen oder erhalten darf; diese zusätzliche *Wartezeit* beginnt an dem Tag, an dem er die entsprechende *medizinische Behandlung* oder Symptome gezeigt, erhalten oder bekommen hat.

4. *Versicherungsleistungen*

4.1. *Allgemeine Hinweise*

Der *Versicherer* gewährt eine 100-prozentige Übernahme der leistungsberechtigten medizinischen Kosten in dem in den vorliegenden *Speziellen Bedingungen* beschriebenen Umfang und bis zu der dort festgesetzten Höhe, sofern in der *Versicherungspolice* nichts anderes vereinbart ist.



4.2. Selbstbeteiligungen

Je nach dem abgeschlossenen Versicherungsplan und den Bedingungen der *Versicherungspolice* leistet der *Versicherer* eine 100-prozentige Übernahme der leistungsberechtigten medizinischen Kosten bis zu dem in den vorliegenden *Speziellen Bedingungen* festgelegten jährlichen Höchstbetrag, sofern in der *Versicherungspolice* nichts anderes vereinbart ist.

4.2.1. Selbstbeteiligungen

Der Versicherungsplan Global Health Exclusive bietet die folgenden Möglichkeiten zur *Selbstbeteiligung*:

- ▶ 0 Euro
- ▶ 250 Euro
- ▶ 500 Euro
- ▶ 1.000 Euro

Die *Selbstbeteiligung* gilt je *Versicherungsjahr* und je *Versicherten* und nur für die in Abschnitt 4.3.3 genannten ambulanten Behandlungen. Falls der *Versicherte* eine *Selbstbeteiligung* mit dem *Versicherer* vereinbart hat, erstattet der *Versicherer* für ambulante Behandlungen 100 % der erstattungsfähigen medizinischen Kosten abzüglich der vereinbarten *Selbstbeteiligung*.

Behandlungskosten werden dem *Versicherungsjahr* zugeordnet, in dem der Arztbesuch oder die *medizinische Behandlung* stattgefunden hat.

4.2.2. Doppelte Versicherungsleistungen für Region 1

Falls die *Versicherungspolice Region 1* abdeckt (d.h. weltweit gültig ist), verdoppeln sich die in Abschnitt 4.3.2, 4.3.3 und 4.3.4 der vorliegenden *Versicherungspolice* festgelegten Obergrenzen und Höchstbeträge.

Falls eine *Versicherungsleistung* auf eine bestimmte Anzahl von Tagen oder Sitzungen begrenzt ist oder falls eine *Selbstbeteiligung* unter der *Versicherungspolice* vereinbart worden ist, bleiben diese Obergrenze und diese *Selbstbeteiligung* von den Bestimmungen des vorherigen Absatzes unberührt.

4.3. Versicherungsleistungen

4.3.1. Allgemein

Bei *Krankheiten* und *Körperverletzungen* kann der *Versicherte* Arzt oder *Gesundheitsfachkraft* frei wählen.

Die unter der *Versicherungspolice* gewährten *Versicherungsleistungen* umfassen die Übernahme von medizinischen Kosten und von Kosten für *medizinische Behandlungen* gemäß den Bestimmungen der *Versicherungspolice* und insbesondere der *vorliegenden Speziellen Bedingungen*.

Medizinische Kosten für *medizinische Behandlungen* durch *Ärzte* und *Gesundheitsfachkräfte* (zur Vermeidung von Missverständnissen einschließlich *Zahnärzten*) sind unter der *Versicherungspolice* abgedeckt, insofern derartige Kosten den Sätzen für medizinische Kosten entsprechen, die in dem Land, in dem sie anfallen, üblich sind. Die *Versicherungspolice* kann auch medizinische Kosten abdecken, die über diese Sätze hinausgehen, wenn die entsprechenden Kosten unter Berücksichtigung der erlittenen *Krankheit* oder *Körperverletzung* gerechtfertigt und angemessen sind. Im Fall von *Gesundheitsfachkräften*, für die es in dem Land, in dem die Kosten anfallen, keine allgemeinen Kostensätze gibt, ist der *Versicherer* auf die vergleichbare Vergütung für *Ärzte*, soweit vorhanden, oder auf das allgemeine Preisniveau des betreffenden Landes angewiesen.

Im Fall der Übernahme von Kosten für zahntechnische Laborarbeiten und Materialien verwendet der *Versicherer* den Durchschnittspreis, der diesbezüglich in dem Land, in dem die Behandlung durchgeführt wird, gilt.



Zahnprothesen, Zahnimplantate und kieferorthopädische Leistungen sind von der *Versicherungspolice* abgedeckt, wenn sie von einem Arzt oder einer *Gesundheitsfachkraft* (zur Vermeidung von Missverständnissen einschließlich Zahnarzt) durchgeführt werden, ohne dass sie im Sinne der vorliegenden *Speziellen Bedingungen* als ambulante oder stationäre Behandlung gelten.

Die *Versicherungspolice* deckt *medizinische Behandlungen* ab, die von der *konventionellen Medizin* anerkannt sind.

4.3.2. Stationäre Behandlung

Übersicht

Vorbehaltlich der nachstehenden detaillierten Beschreibung der entsprechenden gewährten *Versicherungsleistungen* sind unter der *Versicherungspolice* die folgenden *medizinischen Behandlungen* als stationäre Behandlungen abgedeckt:

Übersicht über die Versicherungsleistungen für stationäre Behandlung

Allgemeine Krankenhausbehandlung und -unterbringung sowie Pflege im Einzel- oder Doppelzimmer

Medizinische Leistungen (einschließlich Pathologie, Radiologie, Computertomografie, *Magnetresonanztomografie*, *Positronen-Emissions-Tomografie* und *Palliativpflege*)

Krankenhauskosten einschließlich Operationsraum, Intensivpflege und Labor

Operationen und Narkose

Operationen, die ambulant statt stationär durchgeführt werden

Medikamente und Verbände

Physiotherapie einschließlich Massage

Therapien einschließlich Ergotherapie, Lichttherapie, *Hydrotherapie*, Inhalationen, Packungen, medizinische Bäder, Kälte- und/oder Wärmebehandlung, Elektrotherapie

Therapeutische Hilfsmittel und Geräte

Leistungen während Schwangerschaft und Geburt, Leistungen einer Hebamme oder eines Geburtshelfers im Krankenhaus

Komplikationen während Schwangerschaft oder Geburt

Neugeborenen-Pflege

Angeborene Leiden

Krebstherapien, *onkologische Medikamente* und *medizinische Behandlung* einschließlich rekonstruktive Operationen nach Brustkrebs

Knochenmarks- oder Organtransplantation (Kosten sowohl für Spender als auch Empfänger)

Psychiatrische Behandlung

Stationäre Psychotherapie

Erstattung von Kosten, wenn ein Elternteil ein Kind unter 18 Jahren bei einer stationären Behandlung begleitet

Häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe anstelle eines Krankenhausaufenthalts

Ersatzweise Krankenhaus-Cash-Back-Zahlung für Behandlungen, die nicht gegenüber dem Versicherer geltend gemacht wurden

Stationäre Rehabilitation

Hospiz

Tagesklinik und teilstationäre Behandlung

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



Detaillierte Beschreibung der Versicherungsleistungen

Allgemeine Krankenhausbehandlung und -unterbringung sowie Pflege im Einzel- oder Doppelzimmer

Der Versicherte kann das Krankenhaus, in dem er sich behandeln lassen möchte, frei wählen. *Medizinische Behandlung* in einem Krankenhaus ist jede *medizinische Behandlung*, bei der der Versicherte für mindestens 24 Stunden in ein Krankenhaus aufgenommen wird, um die entsprechende *medizinische Behandlung* zu erhalten.

Wenn *medizinische Behandlungen* in einem Krankenhaus durchgeführt werden, in dem auch *Sanatoriumsbehandlungen* angeboten werden, deckt die *Versicherungspolice* nur die Behandlungen ab, die als *medizinische Behandlungen* gelten, sofern der Versicherer vor *Beginn der Behandlung* anderen Behandlungen nicht schriftlich zugestimmt hat.

Die *Versicherungspolice* deckt die gesamte *medizinische Behandlung*, die als stationäre Behandlung durchgeführt wird, ohne zeitliche Begrenzung ab, sofern das Servicezentrum des Versicherers vor Aufnahme in das Krankenhaus oder innerhalb von drei Kalendertagen danach kontaktiert und über den Krankenhausaufenthalt und die *medizinische Behandlung* informiert worden ist.

Medizinische Leistungen (einschließlich Pathologie, Radiologie, Computertomografie, Magnetresonanztomografie, Positronen-Emissions-Tomografie und Palliativpflege)

Die *Versicherungspolice* deckt alle Ausgaben für Untersuchungen, Diagnosen und Therapien bei einer stationär durchgeführten *medizinischen Behandlung* ab.

Krankenhauskosten einschließlich Operationsraum, Intensivpflege und Labor

Dies bezieht sich auf sonstige Kosten für die Nutzung von Spezialeinrichtungen wie Operationsräume, Intensivstationen und Labore.

Operationen und Narkose

Dies bezieht sich auf Kosten im Zusammenhang mit Operationen wie zum Beispiel medizinische Leistungen, Narkose und die Nutzung von Spezialeinrichtungen.

Ausgaben für ambulante Operationen sind unter der vorliegenden *Versicherungspolice* auch leistungsberechtigt, sofern eine solche ambulante Operation eine stationäre Behandlung ersetzt.

Operationen, die ambulant statt stationär durchgeführt werden

Dies bezieht sich auf ambulante *medizinische Behandlungen*, die in einer Arztpraxis oder einem Krankenhaus durchgeführt werden können, bei denen jedoch im Anschluss weder eine nächtliche Betreuung noch ein Krankenhausaufenthalt erforderlich ist.

Medikamente und Verbände

Damit *Medikamente*, *Verbände*, *Behandlungen* und *medizinische Hilfen* von der *Versicherungspolice* abgedeckt sind, müssen sie von einer kompetenten *medizinischen Autorität* während des Aufenthalts im Krankenhaus verschrieben werden. Außerdem müssen die *Medikamente* in einer Apotheke oder bei einer anderen Stelle erworben werden, die von den zuständigen Behörden zugelassen ist.

Klassische *homöopathische Medikamente* werden ebenfalls als vollwertige *Medikamente* angesehen und gelten als *medizinische Behandlung*.

Nährstoffreiche Nahrungsmittel, Stärkungsmittel, Mineralwasser, Kosmetika, Produkte für die persönliche Hygiene sowie Badesalze werden nicht als *Medikamente* angesehen, die als *medizinische Behandlung* unter der *Versicherungspolice* gelten.



Physiotherapie

Damit Physiotherapie und Massagen von der *Versicherungspolice* abgedeckt sind, müssen sie von einem Krankenhausarzt als Teil der stationären Behandlung verschrieben worden sein. Außerdem müssen sie von einem Arzt oder einem qualifizierten zugelassen Therapeuten durchgeführt werden. Das Rezept muss vor *Beginn der Behandlung* ausgestellt werden und die Diagnose sowie Art und Anzahl der Sitzungen enthalten.

Therapien einschließlich Ergotherapie, Lichttherapie, Hydrotherapie, Inhalationen, Packungen, medizinische Bäder, Kälte- und/oder Wärmebehandlung, Elektrotherapie

Damit physikalisch-medizinische Therapien von der *Versicherungspolice* abgedeckt sind, müssen sie von einem Krankenhausarzt als Teil der stationären Behandlung verschrieben worden sein. Zusätzlich müssen sie von einem Arzt oder einem qualifizierten zugelassen Therapeuten durchgeführt werden. Das Rezept muss vor *Beginn der Behandlung* ausgestellt werden und die Diagnose sowie Art und Anzahl der Sitzungen enthalten.

Therapeutische Hilfsmittel und Geräte

Die *Versicherungspolice* deckt die Kosten für therapeutische Hilfsmittel und Geräte ab, die als lebenserhaltende Maßnahmen dienen oder die körperliche Beeinträchtigung direkt lindern oder ausgleichen, so wie Herzschrittmacher und künstliche Glieder/Prothesen (außer Zahnersatz). Diese müssen während des Krankenhausaufenthalts angepasst werden und im oder am Körper verbleiben.

Kosten für die Reparatur dieser medizinischen Hilfen sind unter den vorstehenden Bedingungen ebenfalls leistungsberechtigt.

Leistungen während Schwangerschaft und Geburt, Leistungen einer Hebamme oder eines Geburtshelfers im Krankenhaus

Der *Versicherer* deckt leistungsberechtigte Ausgaben bis zu einer Höhe von 20.000 Euro* für eine Geburt in einem Krankenhaus, einer Entbindungsstation oder einer vergleichbaren Einrichtung ab, ebenso Kosten für die häusliche Pflege und Haushaltshilfe, die aufgrund der Schwangerschaft oder einer schwangerschaftsbedingten Erkrankung erforderlich sind, sowie Kosten für die Leistungen einer Hebamme oder eines Geburtshelfers.

Diesbezüglich gilt eine *Wartezeit* von 10 Monaten.

Komplikationen während Schwangerschaft oder Geburt

Der *Versicherer* deckt leistungsberechtigte Ausgaben im Zusammenhang mit einer Frühgeburt, Fehlgeburt, einem Abbruch, einer Totgeburt, Eileiterschwangerschaft, molaren Schwangerschaft, einem Kaiserschnitt, postpartalen Blutungen, einer Plazentaretention und im Zusammenhang mit Komplikationen aufgrund dieser Vorfälle ab.

Diesbezüglich gilt eine *Wartezeit* von 10 Monaten.

Neugeborenen-Pflege

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

Angeborene Leiden

Die *Versicherungspolice* deckt Ausgaben für die *medizinische Behandlung* im Zusammenhang mit angeborenen Leiden bis zu einer maximalen Höhe von 200.000 Euro bezogen auf die gesamte Lebenszeit ab; dies gilt für alle Beschwerden oder Krankheiten, die bei der Geburt festgestellt werden, Anomalien, Geburtsschäden und -missbildungen, Fehler während der Geburt, Frühgeburt und Missbildungen



einschließlich damit verbundener Erkrankungen.

Krebstherapien, onkologische Medikamente und medizinische Behandlung einschließlich rekonstruktive Operation nach Brustkrebs

Als Teil der stationären Krankenhausversorgung deckt die *Versicherungspolice* medizinische Kosten für *medizinische Behandlungen* im Zusammenhang mit *Krebs* ab, wie medizinische Leistungen, Diagnostiktests, Strahlentherapie, *Krebstherapie*, *Medikamente* und Krankenhauskosten.

Knochenmarks- oder Organtransplantation (Kosten sowohl für Spender als auch Empfänger)

Bei einer Knochenmarks- oder Organtransplantation (zum Beispiel Herz, Niere, Leber, Bauchspeicheldrüse) deckt die *Versicherungspolice* die Kosten für den *Versicherten* sowohl als Empfänger als auch als Spender ab.

Leistungsberechtigte Ausgaben sind Ausgaben im Zusammenhang mit der Organbeschaffung von einem Organspender, Ausgaben für den Organtransport an den Ort, an dem sich der Empfänger befindet, sowie Ausgaben für einen eventuellen Krankenhausaufenthalt für den Spender, nicht jedoch die Kosten für die Suche nach einem Organ oder einem passenden Spender.

Psychiatrische Behandlung

Die *Versicherungspolice* deckt die Ausgaben für psychiatrische Leistungen als Teil einer stationären *medizinischen Behandlung* ab, sofern der *Versicherer* vor *Beginn der Behandlung* seine schriftliche Zustimmung gegeben hat.

Diesbezüglich gilt eine *Wartezeit* von 10 Monaten.

Stationäre Psychotherapie

Voraussetzung für die Erstattung ist, dass die *medizinische Behandlung* von einem Psychiater, einem Psychotherapeuten oder einem *Arzt* mit einer fachlichen Ausbildung in Psychiatrie, Psychotherapie oder Psychoanalyse durchgeführt wird. Der *Versicherer* deckt eine stationäre Psychotherapie ab, sofern der *Versicherer* vor *Beginn der Behandlung* seine schriftliche Zustimmung gegeben hat.

Diesbezüglich gilt eine *Wartezeit* von 10 Monaten.

Unterbringung der Eltern während einer stationären Behandlung eines Kindes unter 18 Jahren

Die *Versicherungspolice* deckt die zusätzlichen Kosten für die verschriebene Anwesenheit eines Elternteils am Krankenbett eines *Versicherten* unter 18 Jahren ab, der stationär behandelt wird.

Häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe statt eines Krankenhausaufenthalts

Die *Versicherungspolice* deckt die Ausgaben für verschriebene häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe durch geeignete qualifizierte Kräfte als Ersatz für einen medizinisch empfohlenen Krankenhausaufenthalt oder zur Verkürzung eines derartigen Aufenthalts ab. Häusliche Krankenpflege umfasst Haushaltshilfe in Form einer Unterstützung bei den normalen regelmäßig anfallenden Arbeiten des täglichen häuslichen Lebens wie Lebensmitteleinkauf, Kochen, Säubern, Abwaschen, Kleiderwechsel und -waschen und auch die Aufrechterhaltung des Wohnkomforts.

Häusliche Krankenpflege gilt nicht als *medizinische Behandlung*, ist aber dennoch unter der *Versicherungspolice* zusätzlich zur *medizinischen Behandlung* abgedeckt, insoweit die entsprechenden Leistungen in einer Erstattung der entstandenen Kosten für maximal 90 Tage je Krankenhausaufenthalt und je *Versicherungsjahr* bestehen und sofern die vorherige schriftliche Zustimmung des *Versicherers* zu einer solchen Ausweitung des Versicherungsschutzes und der *Versicherungsleistungen* eingeholt wurde.



Ersatzweise Krankenhaus-Cash-Back-Zahlung für Behandlungen, die nicht gegenüber dem Versicherer geltend gemacht wurden

Falls der *Versicherungsnehmer* die Kostenübernahme durch den *Versicherer* im Hinblick auf eine stationäre *medizinische Behandlung* eines *Versicherten* nicht in Anspruch nimmt, gewährt die *Versicherungspolice* die Zahlung eines Krankenhaustagegeldes je verschriebenem Tag im Krankenhaus. Ein solches Tagegeld liegt bei 200 Euro* pro Tag.

Stationäre Rehabilitation

Die *Versicherungspolice* deckt die Kosten für eine *stationäre Rehabilitation* im Anschluss an die stationäre *medizinische Behandlung* im Krankenhaus ab, wie zum Beispiel nach einer Bypass-Operation, einem Herzinfarkt, einer Organtransplantation, sowie nach Operationen an großen Knochen und Gelenken, sofern und insoweit der *Versicherer* zuvor seine schriftliche Zustimmung gegeben hat.

Sanatoriumsbehandlungen sowie Kuren und Aufenthalte in Kureinrichtungen, Heilbädern und Genesungsheimen sowie in Pflegeheimen sind unter der *Versicherungspolice* nicht abgedeckt.

Die entsprechenden *Versicherungsleistungen* bestehen in einer Erstattung der Kosten für die entsprechende *stationäre Rehabilitation* für maximal 35 Tage je Krankenhausaufenthalt.

Damit die *stationäre Rehabilitation* leistungsberechtigt ist, muss sie innerhalb von 2 Wochen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus beginnen, sofern durch den *Versicherer* nichts anderes schriftlich vereinbart ist.

Hospiz

Falls die Pflege außerhalb des Krankenhauses für den *Versicherten* zuhause oder bei einem Familienmitglied nicht gewährleistet werden kann und falls das *Hospiz* mit in der *Palliativpflege* erfahrenem Pflegepersonal und Ärzten arbeitet und unter der fachlichen Leitung eines Pflegers oder einer anderen qualifizierten Person steht, der bzw. die mehrjährige Erfahrung in der *Palliativpflege* oder eine geeignete Ausbildung hat und der bzw. die eine Ausbildung für eine Leitungsposition in der *Palliativpflege* nachweisen kann, deckt die *Versicherungspolice* unter den unten aufgeführten Bedingungen die Kosten für die Unterbringung, Ernährung, Pflege und Unterstützung in einem *Hospiz* ab.

Voraussetzung für die Gewährung von *Versicherungsleistungen* für einen stationären oder teilstationären *Hospizaufenthalt* ist, dass der *Versicherte* unter einer Erkrankung leidet,

- die fortschreitet, d.h. sich immer weiter verschlimmert, und die bereits ein sehr weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat; und
- bei der eine Erholung nicht möglich ist, so dass stationäre *Palliativpflege* erforderlich ist, und bei der nur mit einer begrenzten Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monate zu rechnen ist.

Hospizleistungen werden unter anderem für Folgendes gewährt:

- *Krebs* in fortgeschrittenem Stadium.
- Voll ausgebildete Infektionskrankheit Aids.
- *Krankheit* des Nervensystems mit unaufhaltsam fortschreitender Lähmung.
- Endstadium chronischer Erkrankungen von Nieren, Leber, Herz, Verdauungstrakt oder Lunge.

Versicherungsleistungen für *Hospizkosten* sind auf einen Aufenthalt von maximal 9 Wochen für die Dauer der *Versicherungspolice* begrenzt.

*Die genannten Beträge gelten – soweit nichts anderes bestimmt ist – je *Versicherten* und *Versicherungsjahr*.



Tagesklinik und teilstationäre Behandlung

Tagesklinik ist eine *medizinische Behandlung* in einem Krankenhaus ohne Übernachtung.

Eine teilstationäre Behandlung ist ein Aufenthalt in einer Tages- oder Nachtklinik oder in einem Krankenhaus, bei dem der Patient tagsüber oder nachts im Krankenhaus ist, jedoch keine ganztägige stationäre Betreuung (24 Stunden) mehr erforderlich ist.

In beiden Fällen liegt die Länge des Krankenhausaufenthaltes zwischen 8 und 24 Stunden und darf 24 Stunden nicht überschreiten.

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

Die *Versicherungspolice* deckt die angemessenen Kosten für den Transport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus oder zur nächstgelegenen geeigneten medizinischen Einrichtung ab.

4.3.3. Ambulante Behandlung

Übersicht

Vorbehaltlich der nachstehenden detaillierten Beschreibung der entsprechenden gewährten *Versicherungsleistungen* sind unter der *Versicherungspolice* die folgenden *medizinischen Behandlungen* als ambulante Behandlungen abgedeckt:

Ambulante Behandlung

Medizinische Leistungen (einschließlich Pathologie, Radiologie, Computertomografie, Magnetresonanztomografie, Positronen-Emissions-Tomografie und Palliativpflege)

Krebstherapie, Medikamente und onkologische medizinische Leistungen

Gesundheits-Check-ups

Leistungen während Schwangerschaft und Geburt, Leistungen einer Hebamme oder eines Geburtshelfers

Komplikationen während Schwangerschaft oder Geburt

Angeborene Leiden

Akkupunktur, Homöopathie, Osteopathie und Chiropraktik, einschließlich Medikamente und Verbände

Logopädie

Psychiatrische Behandlung

Ambulante Psychotherapie

Medikamente und Verbände

Rezeptfreie Medikamente

Physiotherapie

Therapien einschließlich Ergotherapie, Lichttherapie, Hydrotherapie, Inhalationen, Packungen, medizinische Bäder, Kälte- und/oder Wärmebehandlung, Elektrotherapie

Therapeutische Hilfsmittel und Geräte

Impfungen und Immunisierungen

Sehhilfen, einschließlich Sehtest



Transport zum nächsten geeigneten Arzt oder Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem *Unfall* oder in einem *Notfall* durch Rettungsdienste, die ein für die Situation angemessenes Transportmittel nutzen

Fruchtbarkeitsbehandlung

Detaillierte Beschreibung der Versicherungsleistungen

Medizinische Leistungen (einschließlich Pathologie, Radiologie, Computertomografie, Magnetresonanztomografie, Positronen-Emissions-Tomografie und Palliativpflege)

Die *Versicherungspolice* deckt alle Ausgaben für Untersuchungen, Diagnosen und Therapien bei ambulant durchgeführten *medizinischen Behandlungen* ab.

Die *Versicherungsleistungen* bestehen unter anderem in der Übernahme von Kosten für Pathologie, Radiologie, Computertomografie, *Magnetresonanztomografie*, *Positronen-Emissions-Tomografie*, Chemotherapie und anderen *onkologischen* (krebstherapeutischen) medizinischen Leistungen sowie für *Vorsorgemaßnahmen*.

Krebstherapie, Medikamente und onkologische medizinische Leistungen

Die *Versicherungspolice* deckt ambulante Leistungen in Verbindung mit Chemotherapie und *onkologischen* medizinischen Leistungen ab.

Gesundheits-Check-ups

Routinemäßige Gesundheits-Check-ups sind Untersuchungen oder Screening-Untersuchungen, die durchgeführt werden, ohne dass klinische Symptome vorliegen.

Diese Untersuchungen, die in Abhängigkeit des Alters zur Aufdeckung von Anomalien oder *Krankheiten* durchgeführt werden, umfassen folgende Untersuchungen:

- ✦ Vitalparameter (Blutdruck, Cholesterinwerte, Puls, Atmung, Temperatur usw.)
- ✦ Herz-Kreislauf-Untersuchungen
- ✦ Neurologische Untersuchungen
- ✦ Krebs-Screening
- ✦ Pädiatrische Untersuchungen
- ✦ Diabetes-Screening
- ✦ HIV- und AIDS-Screening
- ✦ Gynäkologische Check-ups.

Der *Versicherer* übernimmt die Kosten für diese Leistungen bis zu einer Höhe von 500 Euro* pro Versicherungsjahr.

Leistungen während Schwangerschaft und Geburt, Leistungen einer Hebamme oder eines Geburtshelfers

Die *Versicherungspolice* deckt leistungsberechtigte Kosten bis zu 20.000 Euro* aufgrund einer Schwangerschaft oder einer schwangerschaftsbedingten Krankheit ab, einschließlich (routinemäßige) Screenings, Geburt und die Leistungen einer Hebamme oder eines Geburtshelfers. Für Frauen über 35 sind Fruchtwasseruntersuchung und Nackentransparenzmessung eingeschlossen.

Diesbezüglich gilt eine *Wartezeit* von 10 Monaten.

Komplikationen während Schwangerschaft und Geburt

Die *Versicherungspolice* deckt leistungsberechtigte Ausgaben im Zusammenhang mit einer Frühgeburt, Fehlgeburt, einem Abbruch, einer Totgeburt, Eileiterschwangerschaft, molaren Schwangerschaft, einem Kaiserschnitt, postpartalen Blutungen, einer Plazentaretention und mit Komplikationen aufgrund dieser Vorfälle ab.



Diesbezüglich gilt eine *Wartezeit* von 10 Monaten.

Angeborene Leiden

Die *Versicherungspolice* deckt Ausgaben für die *medizinische Behandlung* im Zusammen mit angeborenen Leiden bis zu einer maximalen Höhe von 200.000 Euro bezogen auf die gesamte Lebenszeit ab; dies gilt für alle Störungen oder *Krankheiten*, die bei der Geburt festgestellt werden, Anomalien, Geburtsschäden und -missbildungen, Fehler während der Geburt, Frühgeburt und Missbildungen einschließlich damit verbundener Erkrankungen.

Akkupunktur, Homöopathie, Osteopathie und Chiropraktik, einschließlich Medikamente und Verbände

Die *Versicherungspolice* deckt Ausgaben im Zusammenhang mit den entsprechenden *medizinischen Behandlungen* nur dann ab, wenn diese von *Ärzten* oder *Gesundheitsfachkräften* durchgeführt werden, die nachweisen, dass sie eine qualifizierte geeignete Ausbildung in dem Land erhalten haben, in dem die *medizinische Behandlung* durchgeführt wird, und dass sie die Zulassung bzw. Genehmigung haben, eine solche Behandlung durchzuführen.

Die *Medikamente und Verbände*, die von diesen *Ärzten* oder *Gesundheitsfachkräften* im Lauf einer entsprechenden *medizinischen Behandlung* verschrieben werden, sind ebenfalls unter der *Versicherungspolice* abgedeckt.

Die Leistungen, die unter der *Versicherungspolice* diesbezüglich gewährt werden, bestehen in der Übernahme der entsprechenden Kosten bis zu einer Höhe von maximal 5.000 Euro* pro *Versicherungsjahr*.

Logopädie

Bei Sprach- und Stimmstörungen deckt der *Versicherer* die leistungsberechtigten Ausgaben für verschriebene Praxissitzungen ab, sofern diese von einem *Arzt* oder einem *Logopäden* durchgeführt werden; die *Versicherungspolice* deckt dies ab, sofern der *Versicherer* seine Zustimmung vor *Beginn der Behandlung* gegeben hat.

Psychiatrische Behandlung

Die *Versicherungspolice* deckt die Ausgaben für psychiatrische Leistungen ab, sofern der *Versicherer* seine schriftliche Zustimmung zu einer Übernahme dieser Kosten vor *Beginn der Behandlung* gegeben hat.

Diesbezüglich gilt eine *Wartezeit* von 10 Monaten.

Ambulante Psychotherapie

Voraussetzung für die Erstattung ist, dass die Behandlung von einem *Psychiater*, einem *Psychotherapeuten* oder einem *Arzt* mit einer fachärztlichen Ausbildung in Psychiatrie, Psychotherapie oder Psychoanalyse durchgeführt wird. Die *Versicherungspolice* deckt die Ausgaben für ambulante psychiatrische Leistungen ab, sofern der *Versicherer* vor *Beginn der Behandlung* seine schriftliche Zustimmung gegeben hat.

Diesbezüglich gilt eine *Wartezeit* von 10 Monaten.

Medikamente und Verbände

Damit *Medikamente und Verbände* von der *Versicherungspolice* abgedeckt sind, müssen sie von einem *Arzt*, einer *Gesundheitsfachkraft* bzw. einem *Zahnarzt* oder einer Person verschrieben werden, die unter ihrer Leitung arbeitet. Diese *Medikamente und Verbände* müssen in einer Apotheke oder bei einem offiziell zugelassenen Lieferanten erworben werden.

*Die genannten Beträge gelten – soweit nichts anderes bestimmt ist – je Versicherten und Versicherungsjahr.



Nährstoffreiche Nahrungsmittel, Stärkungsmittel, Mineralwasser, Kosmetika, Produkte für die persönliche Hygiene sowie Badesalze werden nicht als *Medikamente* angesehen und gelten somit nicht als *medizinische Behandlung* unter der *Versicherungspolice*.

Rezeptfreie Medikamente

Rezeptfreie *Medikamente* können ohne Rezept gekauft werden; üblicherweise sind sie zur Behandlung von Symptomen gewöhnlicher Krankheiten bestimmt, für die der *Versicherte* nicht unbedingt einen Arzt aufsuchen muss.

Die *Versicherungspolice* deckt Ausgaben für solche rezeptfreien *Medikamente* bis zu einer Höhe von 100 Euro* je *Versicherungsjahr* ab.

Physiotherapie einschließlich Massage

Dies sind physikalisch-medizinische Leistungen (Physiotherapie und Bewegungstherapie, Massagen), die auf Rezept verfügbar sind. Außerdem müssen sie von einem Arzt oder einem qualifizierten zugelassenen Therapeuten durchgeführt werden. Das Rezept muss vor *Beginn der Behandlung* ausgestellt werden und Diagnose sowie Art und Anzahl der Sitzungen enthalten.

Therapien einschließlich Ergotherapie, Lichttherapie, Hydrotherapie, Inhalationen, Packungen, medizinische Bäder, Kälte- und/oder Wärmebehandlung, Elektrotherapie

Dies sind physikalisch-medizinische Leistungen (Ergotherapie, Lichttherapie, *Hydrotherapie*, Inhalationen, Packungen, medizinische Bäder, Kälte- und/oder Wärmebehandlung, Elektrotherapie und Bewegungstherapie), die auf Rezept verfügbar sind. Außerdem müssen sie von einem Arzt oder einem qualifizierten zugelassenen Therapeuten durchgeführt und vom Arzt vor *Beginn der Behandlung* als Teil der ambulanten *medizinischen Behandlung* verschrieben werden. Das Rezept muss vor *Beginn der Behandlung* ausgestellt werden und Diagnose sowie Art und Anzahl der Sitzungen enthalten.

Therapeutische Hilfsmittel und Geräte

Die *Versicherungspolice* deckt Kosten bei der ambulanten *medizinischen Behandlung* für orthopädische Gerätschaften und Prothesen ab sowie für andere materielle Gerätschaften, die genutzt werden, um körperlichen Beeinträchtigungen vorzubeugen oder diese direkt zu lindern oder auszugleichen. Medizinische Hilfen müssen von einem Arzt verschrieben werden und gelten nicht als allgemeine Verbrauchsgüter.

Medizinische Hilfen zur ambulanten *medizinischen Behandlung* sind: Bandagen, Binden oder Schuheinlagen, Krücken, Hörhilfen, Kompressionsstrümpfe, künstliche Glieder/Prothesen (mit Ausnahme von Zahnprothesen), Liegen- und Sitzschalen, orthopädische Körper-, Arm- und Beinstützen sowie Sprechhilfen (Elektrolarynx).

Die folgenden medizinischen Hilfen sind nur nach vorheriger schriftlicher Zustimmung des *Versicherers* unter der *Versicherungspolice* abgedeckt: Rollstühle, Herz- und Atemüberwachungsgeräte, Infusionspumpen, Inhaliergeräte, Sauerstoffanlagen und Überwachungsmonitore für Babys.

Andere Hilfen werden nicht als medizinische Hilfen angesehen und gelten nicht als *medizinische Behandlung* unter der *Versicherungspolice*.

Ausgaben für die Reparatur medizinischer Hilfen sind unter der *Versicherungspolice* abgedeckt und werden vorbehaltlich der vorstehenden Bedingungen übernommen.

Ausgaben für Hygieneartikel wie Einlagen und Massagegeräte beispielsweise sowie für Nutzung und Wartung solcher Artikel sind nicht unter der *Versicherungspolice* abgedeckt.



Impfungen und Immunisierungen

Kosten für präventive Impfungen und prophylaktische Maßnahmen sind erstattungsfähig, sofern sie für das Land, in dem sich der *Versicherte* aufhält, empfohlen werden, einschließlich der Arztkosten für das Verabreichen der Impfung und die Kosten für den Impfstoff selbst.

Sehhilfen, einschließlich Sehtest

Kosten für Brillengestelle und Linsen sowie Kontaktlinsen und Refraktionsmessungen sind bis zu einer Höhe von 250 Euro* pro *Versicherungsjahr* erstattungsfähig.

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

Die *Versicherungspolice* deckt die Ausgaben für den Transport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus für die Erstversorgung nach einem *Unfall* oder in einem *Notfall* ab.

Fruchtbarkeitsbehandlung

Mit der vorherigen schriftlichen Zustimmung des *Versicherers*, mit der der *Versicherer* die Kosten im Rahmen des vereinbarten Versicherungsumfangs übernimmt, kann der *Versicherer* beispielsweise die folgenden anerkannten Behandlungen abdecken:

- ▶ In-vitro-Fertilisation (IVF).
- ▶ Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI).

Die Kosten werden übernommen, wenn:

- ▶ zum Zeitpunkt der *medizinischen Behandlung* (erster Tag der Stimulierung eines jeden Zyklus' oder der erste Tag des Zyklus' bei einer Befruchtung ohne hormonelle Stimulierung) beide Ehegatten oder Partner noch nicht das Alter von 45 Jahren erreicht haben.
- ▶ wenn es eine organbezogene Unfruchtbarkeit der *Versicherten* gibt, die nur durch assistierte Reproduktionstechniken überwunden werden kann.
- ▶ wenn durch eine ärztliche Beurteilung eine signifikante Erfolgsmöglichkeit von über 15 % für die ausgewählte Methode bestätigt wird und wenn der Mann und die Frau eine internationale Versicherung bei dem *Versicherer* haben.

Die *Versicherungspolice* deckt 50 % der Kosten in Verbindung mit einer Fruchtbarkeitsbehandlung ab, einschließlich Diagnose und *medizinischer Behandlung*, bis zu einem Betrag von maximal 15.000 Euro für die Gesamtdauer der *Versicherungspolice*.

Diesbezüglich gilt eine *Wartezeit* von 24 Monaten.

4.3.4. Zahnbehandlung

Übersicht über die Zahnbehandlung

Vorbehaltlich der nachstehenden detaillierten Beschreibung der entsprechenden gewährten *Versicherungsleistungen* sind unter der *Versicherungspolice* die folgenden zahnmedizinischen Behandlungen abgedeckt:



Übersicht über die **Versicherungsleistungen: Zahnbehandlung**

Allgemeine Zahnversorgung

- Zwei vorbeugende Zahnuntersuchungen pro Versicherungsjahr
- Röntgenuntersuchung
- Zahnsteinentfernung und Polieren
- Behandlung von Mundschleimhaut- und Zahnfleischerkrankungen
- Einfache Füllungen
- Operationen, Narkosekosten, Zahnextraktion, Wurzelkanalbehandlung
- Nachtschiene
- Zahnversorgung nach einem *Unfall*

Umfassende Zahnversorgung

- Zahnversorgung nach einem *Unfall*
- Zahnprothesen (d.h. Prothesen, Brücken und Kronen, Inlays)
- *Implantatbehandlung*
- Kieferorthopädische Leistungen
- Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien
- Erstellen eines Behandlungsplans und Kostenvoranschlags
- Zahnversorgung nach einem *Unfall*

Detaillierte Beschreibungen der *Versicherungsleistungen*

Allgemeine Zahnversorgung

- › Zwei vorbeugende Zahnuntersuchungen je Versicherungsjahr.
- › Röntgenuntersuchung.
- › Zahnsteinentfernung und Polieren.
- › Behandlung von Mund- und Zahnfleischerkrankungen.
- › Alle einfachen Füllungen – entweder Amalgam (Silber) oder Kunststoff (weiß).
- › Wurzelkanalbehandlung.
- › Narkosekosten.
- › Operationen.
- › Zahnextraktionen.
- › Nachtschiene.
- › Zahnversorgung nach einem *Unfall*.

Umfassende Zahnversorgung

Umfassende zahnärztliche Leistungen umfassen die folgenden Arten komplexerer Maßnahmen und Heilbehandlungen. Die *Versicherungspolice* deckt die folgenden Leistungen bis zu 5.000 Euro* pro *Versicherungsjahr* ab.

- › Zahnprothesen (d.h. Prothesen, Brücken und Kronen).
- › Inlays (Gold, Porzellan) einschließlich zahntechnischer Laborarbeiten und Materialien.
- › Inlays.
- › Bis zu vier Implantate je Kiefer und die Stützähne, die an den Implantaten angebracht werden.
- › Kieferorthopädische Behandlung bei Kindern und 18 Jahren, einschließlich Brackets und Zahnspangen, sowie die Erstellung eines Behandlungsplans und eines Kostenvoranschlags.
- › Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien.
- › Erstellen eines Behandlungsplans und eines Kostenvoranschlags.

Diesbezüglich gilt eine *Wartezeit* von 10 Monaten.

Zahnversorgung nach einem *Unfall*

Falls eine Zahnbehandlung infolge eines *Unfalls* erforderlich ist, gelten keinerlei *Wartezeiten*. Der *Unfall* muss dem *Versicherer* durch einen Arzt oder einen Polizeibericht nachgewiesen werden.



4.4. Leistungsbeschränkungen

Der Versicherungsschutz unter der *Versicherungspolice* erstreckt sich weder auf *Krankheiten* und *Körperverletzungen*, einschließlich ihrer Folgen, noch auf den Tod infolge von Krieg, Militäroperationen, Militärdienst, Aufstand und Unruhen, sofern *Krankheiten*, *Körperverletzungen*, Verwundungen und Tod aufgrund dieser Ursachen nicht ausdrücklich in der *Versicherungspolice* eingeschlossen und abgedeckt sind.

Die *Versicherungspolice* deckt weder *medizinische Behandlungen* für *Krankheiten* oder *Körperverletzungen* ab, die vorsätzlich herbeigeführt wurden, noch *medizinische Behandlungen* im Zusammenhang mit Drogenkonsum.

Sofern mit dem *Versicherer* nichts anderes ausdrücklich schriftlich vereinbart worden ist, deckt die *Versicherungspolice* weder Kosten für *Sanatoriumsbehandlungen* oder Kuren noch Kosten für Behandlungen oder Rehabilitationen in einem Heilbad ab.

Die *Versicherungspolice* deckt nicht die Kosten für die *medizinische Behandlung* von Ehegatten, Eltern oder Kindern des *Versicherungsnehmers* oder des *Versicherten* ab.

Die *Versicherungspolice* deckt weder kosmetische Maßnahmen gleich welcher Art noch deren Folgen ab.

Die *Versicherungspolice* deckt keinen Selbstmordversuch ab.

Für alle Behandlungen, die von *Ärzten*, *Gesundheitsfachkräften*, *Zahnärzten*, *Naturheilkundigen* und in Krankenhäusern durchgeführt werden, für die der *Versicherer* die Gewährung von *Versicherungsleistungen* wirksam abgelehnt hat, besteht keinerlei Anspruch auf eine *Versicherungsleistung*. Falls zum Zeitpunkt der Anzeige des Leistungsanspruchs die Behandlung noch nicht beendet ist, besteht keine Verpflichtung, Kosten zu erstatten, die mehr als drei Monate nach Anspruchsanzeige entstanden sind.

Die *Versicherungspolice* deckt nicht die Unterbringung aufgrund von Pflegebedürftigkeit (Langzeit-Pflege) oder für Betreuung ab.

Die *Versicherungspolice* deckt keinerlei Kosten ab, die in Verbindung mit Arztberichten, Behandlungs- und Kostenplänen entstehen, die der *Versicherungsnehmer* oder der *Versicherte* bereitstellen müssen.

Die *Versicherungspolice* deckt weder den Autonomieverlust des *Versicherten* ab noch Kosten, die durch die dauerhafte Betreuung des *Versicherten* entstehen. Die *Versicherungspolice* deckt keinerlei Kosten ab, die im Zusammenhang damit entstehen, dass der *Versicherte* zuhause bleibt und/oder zuhause oder in einem Genesungsheim, einer psychiatrischen Anstalt oder Ähnlichem nicht-medizinische Pflege erhält.

Falls die medizinische Versorgung oder andere Behandlungen des *Versicherten* über das *medizinisch Erforderliche* hinausgehen, werden die *Versicherungsleistungen* auf den Teil der Versorgung oder Behandlung gekürzt, der *medizinisch erforderlich* ist und somit als *medizinische Behandlung* gilt, die unter der *Versicherungspolice* abgedeckt ist. Eine Kürzung der *Versicherungsleistungen* unter der *Versicherungspolice* erfolgt auch, wenn übermäßig hohe Beträge (gemäß dem in dem jeweiligen Land herrschenden allgemeinen Preisniveau) für eine *medizinische Behandlung* berechnet werden.

Leistungsansprüche bzw. der Teil der *Leistungsansprüche*, die bzw. der vor dem *Datum des Inkrafttretens* oder während der *Wartezeit* entstehen, sind vom Versicherungsschutz und den unter der *Versicherungspolice* gewährten *Versicherungsleistungen* ausgeschlossen.

Die *Versicherungspolice* deckt weder die chirurgische noch die hormonelle Angleichung an die biologischen sexuellen Merkmale des anderen Geschlechts ab.

*Die genannten Beträge gelten – soweit nichts anderes bestimmt ist – je Versicherten und Versicherungsjahr.



Die *Versicherungspolice* deckt weder eine Behandlung noch eine Operation zur Korrektur der Sehfähigkeit ab, zum Beispiel durch Laser, refraktive Keratektomie (RK) oder photorefraktive Keratektomie (PRK). Die *Versicherungspolice* deckt jedoch die Korrektur des Sehvermögens ab, wenn das Sehvermögen durch eine *Krankheit* oder eine *Körperverletzung* beeinträchtigt wird (z.B. Grauer Star oder Netzhautablösung).

5. Tarif

Die Prämie wird nach Unterzeichnung des *Antragsformulars* insbesondere unter Berücksichtigung des Landes festgelegt, in dem die *Versicherten* ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort haben.

Falls sich eine Änderung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes des *Versicherten* während der Dauer der die *Region 2* abdeckenden *Versicherungspolice* ergibt, werden die Prämien sofort angepasst.

Falls sich eine Änderung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes des *Versicherten* während der Dauer der die *Region 1* abdeckenden *Versicherungspolice* ergibt, werden die Prämien sofort angepasst.

Falls der *Versicherte* nach seinem Geburtstag einer anderen Altersklasse zugeordnet wird, wird die Prämie an die neue Altersklasse angepasst.

Die vorstehend genannten Anpassungen werden gemäß den Bestimmungen der *Allgemeinen Versicherungsbedingungen* und der geltenden gesetzlichen Bestimmungen vorgenommen.

Der Betrag der für die *Versicherungspolice* geltenden Prämie wird in den *Besonderen Bedingungen* angegeben.



II. Allgemeine Versicherungsbedingungen für *medizinische Assistenzleistungen* und *Zusatzleistungen*

In Verbindung mit einem Krankenversicherungsprodukt von Foyer Global Health

1. Gegenstand der *medizinischen Assistenzleistungen* und *Zusatzleistungen*

Der *Versicherer* erbringt die *medizinische Assistenzleistungen* und *Zusatzleistungen* im Rahmen *medizinisch erforderlicher* Behandlungen für Erkrankungen, *Unfälle*, insbesondere *Notfälle*, und in anderen Fällen.

2. Geografischer Geltungsbereich

Die *medizinischen Assistenzleistungen* und *Zusatzleistungen* sind weltweit gültig.

3. Serviceleistungen

3.1. Allgemeine Hinweise

Art und Umfang der vom *Versicherer* erbrachten *medizinischen Assistenzleistungen* und *Zusatzleistungen* entsprechen den Leistungsübersichten, sofern nichts anderes in diesen Leistungsübersichten festgelegt wird, und unseren allgemeinen Hinweisen in den *Allgemein Bedingungen* oder in den Definitionen.

3.2. Medizinische Assistenzleistungen

Die *medizinischen Assistenzleistungen* und *Zusatzleistungen* können nur zusammen mit einem Krankenversicherungsprodukt von Foyer Global Health abgeschlossen werden.

Übersicht über die *medizinischen Assistenzleistungen*

24-Stunden-Telefon- und E-Mail-Service mit erfahrenden Beratern, *Ärzten* und *Fachärzten*

Medizinisch erforderlicher Krankentransport und Rücktransport

Informationen über die *medizinische Infrastruktur/Versorgung* unter gebührender Berücksichtigung der erforderlichen Sprache

Unterstützung und Informationen (zweite Meinung, Überwachung des Krankheitsverlaufs)

Garantierte Zahlung von Kosten, insbesondere bei der Vorbereitung eines Krankenhausaufenthalts

Zahlung eines Vorschusses

Unterstützung und Informationen in Bezug auf Art, mögliche Gründe und Behandlungsoptionen /Therapieformen für die Erkrankung sowie Auskünfte zu *medizinischen Fachbegriffen*

Unterstützung bei der Organisation eines *Arzt-Arzt-Gesprächs*

Hilfe bei der Auswahl der verschriebenen Medikamente, vergleichbarer Präparate und ihrer Nebenwirkungen

Medizinische Unterstützung und Beratung vor der Reise (Impfungen, Zusammenstellung eines *Erste-Hilfe-Sets*)



Detaillierte Übersicht über die *medizinischen Assistenzleistungen*

24-Stunden-Telefon- und E-Mail-Service mit erfahrenden Beratern, Ärzten und Fachärzten

Medizinische Assistenz steht 24 Stunden am Tag, sieben Tage die Woche und 365 Tage im Jahr über die telefonische Hotline für medizinische Assistenz zur Verfügung.

Medizinisch erforderlicher Krankentransport und Rücktransport

Diese Leistung deckt einen medizinisch gerechtfertigten und erforderlichen Krankentransport und Rücktransport ab, sowohl im Aufenthaltsland als auch ins Ausland. Die Kosten für eine medizinisch gerechtfertigte und erforderliche Begleitung während des Transports sind ebenfalls in der erbrachten Leistung eingeschlossen.

- ✦ Krankentransport und Rücktransport können auch aufgrund einer unangemessenen medizinischen Versorgung und unangemessener Hygienestandards, in dem die Behandlung durchführenden Krankenhaus übernommen werden.
- ✦ Krankentransport und Rücktransport müssen von dem verantwortlichen Arzt angeordnet werden, und es muss die vorherige Zustimmung des *Versicherers* zur Übernahme der Kosten eingeholt werden.
- ✦ Krankentransport und Rücktransport zu einem Krankenhaus, das geeignet ist, die weitere Behandlung zu leisten, erfolgt, wenn dies zwischen dem verantwortlichen Arzt und dem *Versicherer* vereinbart worden ist.
- ✦ Vorbehaltlich einer Vereinbarung mit dem *Versicherer* kann der Rücktransport auch zum derzeitigen Aufenthaltsort des Versicherten oder zu seinem letzten festen Wohnsitz in seinem Heimatland oder Herkunftsland erfolgen, wenn das versicherte Ereignis außerhalb des Aufenthaltslandes eintritt.

Informationen über die medizinische Infrastruktur/medizinische Versorgung unter gebührender Berücksichtigung der erforderlichen Sprache

- ✦ Benennung von *Ärzten*, Krankenhausärzten, Krankenhäusern und spezialisierten Krankenhäusern in der Nähe des *Versicherten*, insbesondere unter Berücksichtigung der erforderlichen Sprache.
- ✦ Beratung und Unterstützung bei der Auswahl eines Behandlungsortes im Falle einer *medizinisch erforderlichen* Verlegung/eines *medizinisch erforderlichen* Wechsels des Leistungserbringers.

Unterstützung und Informationen (zweite Meinung, Überwachung des Krankheitsverlaufs)

- ✦ Unterstützung und Organisation einer *zweiten ärztlichen Meinung* (medizinischer Befund) von einem in dem entsprechenden medizinischen Gebiet spezialisierten Facharzt im Fall einer lebensbedrohenden und schweren Erkrankung oder Gesundheitsstörung.
- ✦ Unterstützung bei der Auswahl eines Facharztes und Krankenhauses und bei der Organisation von Einweisung und Entlassung.
- ✦ Organisation und Unterstützung bei der Überwachung des Krankheits-/ Genesungsverlaufs durch Ärzte und durch die Kontakte des *Versicherers*.

Garantierte Zahlung von Kosten, insbesondere bei der Vorbereitung eines Krankenhausaufenthalts

- ✦ Vorlage einer Kostenübernahmegarantie, beispielsweise bei einer geplanten stationären Behandlung.
- ✦ Eine direkte Abrechnung der Kosten mit dem verantwortlichen Arzt/Krankenhaus ist möglich.

Zahlung eines Vorschusses

Die Zahlung eines Vorschusses an den bzw. die *Versicherten*, falls der Leistungserbringer und/oder das Krankenhaus nur Barzahlungen akzeptiert.



Unterstützung und Informationen in Bezug auf Art, mögliche Gründe und Behandlungsoptionen /Therapieformen für die Erkrankung sowie Auskünfte zu medizinischen Fachbegriffen

Beratung, Klarstellung und Erklärung medizinischer Fragen, falls der *Versicherte* erkrankt, insbesondere im Hinblick auf die Gründe und die Behandlungsoptionen/Therapieformen für die Erkrankung sowie Erklärung medizinischer Fachbegriffe.

Unterstützung bei der Organisation eines Arzt-Arzt-Gesprächs

Im Fall einer Erkrankung und einer Verschlechterung des Gesundheitszustands, beispielsweise bei chronischen Erkrankungen, hilft der *Versicherer*, ein Arzt-Arzt-Gespräch zu organisieren, beispielsweise zwischen dem Arzt des Patienten im Ausgangs-/Herkunftsland und im Aufenthaltsland.

Hilfe bei der Auswahl der verschriebenen Medikamente, vergleichbarer Präparate und ihrer Nebenwirkungen

- ▶ Informationen über *Medikamente* und ihre Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit anderen Präparaten und *Vorerkrankungen*.
- ▶ Informationen über vergleichbare und identische Präparate.

Medizinische Unterstützung und Beratung vor der Reise (Impfungen, Zusammenstellung eines Erste-Hilfe-Sets)

- ▶ Medizinische Informationen über die Hygienestandards im Aufenthaltsland.
- ▶ Beratung und Informationen über empfohlene Impfungen für das Aufenthaltsland, insbesondere bei *Vorerkrankungen*.
- ▶ Unterstützung bei der Zusammenstellung eines Erste-Hilfe-Sets unter gebührender Berücksichtigung der Hygienestandards und Wetterbedingungen im Aufenthaltsland.
- ▶ Beratung und Informationen sind beim *Versicherer* über Telefon und E-Mail erhältlich.

3.3. Zusatzleistungen

Es existiert ein Anspruch auf „Zusatzleistungen“, wenn diese Versicherungsdienstleistung für den *Versicherten* gemäß dem Versicherungsschein vereinbart worden ist.

Übersicht über Zusatzleistungen

Rücktransport ins Aufenthaltsland

Organisation von Patientenbesuchen durch Familienangehörige

Aufschub der Rückreise

Beschaffung und Versand wichtiger Medikamente

Organisation des Rücktransports oder Kinderbetreuung

Transport der sterblichen Überreste und organisatorische Unterstützung im Todesfall

Hilfe bei psychologischen Problemen aufgrund des Auslandsaufenthalts

Dokumentenverwahrung (Verwahrung und Beschaffung von Ersatzdokumenten bei Verlust)

Vermittlung eines Rechtsbeistands bei rechtlichen Schwierigkeiten

Vermittlung eines Umzugsunternehmens

Vermittlung von interkulturellem Training (Informationen über die Landeskultur)

Detaillierter Übersicht über die Zusatzleistungen

Rücktransport ins Aufenthaltsland

Wenn es mit dem *Versicherer* vereinbart ist und wenn es medizinisch erforderlich ist, den *Versicherten* zu Behandlungszwecken zu transportieren, übernimmt der *Versicherer* vorbehaltlich einer vorherigen



Vereinbarung und bis zu einer Höhe von 3.000 Euro die Transportkosten (Bahnticket erster Klasse, Flug in der Economy Class) für die Rückreise des *Versicherten* in das Aufenthaltsland.

Organisation von Patientenbesuchen durch Familienangehörige

Bei einer stationären Behandlung aufgrund eines Notfalls organisiert der *Versicherer* die Fahrt eines Familienmitglieds an den Ort der Behandlung und zurück nach Hause und übernimmt Reisekosten bis zu einem Gesamtbetrag von 3.000 Euro*, falls die stationäre Behandlung mindestens 7 Tage dauert und die Kostenübernahmegarantie des *Versicherers* verfügbar ist. (Es werden die Kosten für ein Bahnticket erster Klasse und für einen Flug in der Economy Class gezahlt.)

Aufschub der Rückreise

Falls die Rückreise aus dem Land, in dem der Patient sich aufhält, aufgrund eines medizinischen Notfalls bei einem *Versicherten*, der dadurch nicht reisefähig ist (Rückreise in das Herkunfts-/Heimatland oder Reise in ein neues Land) hinausgeschoben werden muss, so übernimmt der *Versicherer* die Kosten für die Änderung/Stornierung der Hotel- und Flugbuchungen bis zu 3.000 Euro*.

Beschaffung und Versand wichtiger Medikamente

Falls ein *Versicherter* wichtige Medikamente nimmt, die in dem Land, in dem sich der *Versicherte* aufhält, nicht verfügbar sind, bemüht sich der *Versicherer*, diese Medikamente schnellstmöglich zu besorgen. Dies gilt, sofern das Medikament in dem Land, in dem sich der *Versicherte* aufhält, gesetzlich zugelassen ist und seine Einfuhr nicht gegen gesetzliche Bestimmungen verstößt.

Organisation des Rücktransports oder Kinderbetreuung

- ▶ Wenn aufgrund eines medizinischen Notfalls für beide Eltern ein Krankenhausaufenthalt erforderlich ist, organisiert der *Versicherer* eine Kinderbetreuung durch einen geeigneten Dienstleister und zahlt die Kosten dafür für die Dauer der stationären Behandlung, aber nicht darüber hinaus.
- ▶ Wenn beide Eltern während des Urlaubs aufgrund eines *Notfalls* stationär im Krankenhaus behandelt werden, übernimmt der *Versicherer* die Kosten für die Rückreise der Kinder (bis zu 18 Jahren) an ihren derzeitigen Aufenthaltsort in ihrem Aufenthaltsland.

Transport der sterblichen Überreste und organisatorische Unterstützung im Todesfall

- ▶ Erledigung der notwendigen Formalitäten zur Überführung oder Einäscherung der sterblichen Überreste, insbesondere die Beschaffung der Todesurkunde, des Unfallberichts, Herstellung des Kontakts mit den Behörden/dem Konsulat und Ermittlung, welche Angehörigen berechtigt sind, die Überführung oder Einäscherung zu genehmigen.
- ▶ Übernahme der Kosten für die Überführung der sterblichen Überreste in das Ausgangs- oder Heimatland und der Kosten für die Formalitäten in Verbindung mit der Überführung bis zu einer Höhe von 10.000 Euro*.
- ▶ Transport der Urne in das Ausgangs- oder Heimatland im Fall einer Einäscherung.
- ▶ Begräbniskosten sind nicht versichert.

Hilfe bei psychologischen Problemen aufgrund des Auslandsaufenthalts

- ▶ Der *Versicherer* bietet eine Beratung in psychischen Stresssituationen an.
- ▶ Der *Versicherte* erhält bzw. die *Versicherten* erhalten per Telefon in maximal 5 Gesprächen psychologische Unterstützung von erfahrenen Ärzten und wird bzw. werden über die weitere Vorgehensweise beraten.

* Die genannten Beträge gelten – soweit nichts anderes bestimmt ist – je *Versicherten* und Versicherungsjahr.



Dokumentenverwahrung (Verwahrung und Beschaffung von Ersatzdokumenten bei Verlust)

- ▶ Der *Versicherer* bietet eine Verwahrungsmöglichkeit für wichtige Dokumente (z.B. Reisepass, Visa, Fahrerlaubnis, Impfausweis und andere wichtige Dokumente) an.
- ▶ Falls das Originaldokument verloren geht, wird eine Kopie per E-Mail, Fax oder Kurier geschickt, und es wird Unterstützung bei der Beschaffung eines Ersatzes gewährt.

Vermittlung eines Rechtsbeistands bei rechtlichen Schwierigkeiten

Falls erforderlich, stellt der *Versicherer* ausgewählte englisch-, deutsch- oder französischsprachige Anwälte/Fachleute im Aufenthaltsland zur Verfügung.

Vermittlung eines Umzugsunternehmens

Gegebenenfalls vermittelt der *Versicherer* einen spezialisierten Dienstleister zur Organisation des Umzugs und leistet Unterstützung bei der Suche nach einer Unterbringung, falls notwendig.

Vermittlung von interkulturellem Training (Informationen über die Landeskultur)

Falls erforderlich vermittelt der *Versicherer* ein landesspezifisches und interkulturelles Training über das Leben und Arbeiten im Ausland als Vorbereitung für den Auslandsaufenthalt.

4. Tarif

Die Versicherungsprämie wird im Versicherungsschein angegeben.

* Die genannten Beträge gelten – soweit nichts anderes bestimmt ist – je Versicherten und Versicherungsjahr.



III. Glossar

Unfall	Ein plötzliches unerwartetes externes Ereignis, das eine Krankheit oder eine Körperverletzung verursacht.
Akkupunktur	Akkupunktur ist eine Behandlungsmethode in der alten traditionellen chinesischen Medizin, mit der Krankheiten und Körperverletzungen geheilt werden oder Schmerzen gelindert werden, indem dünne Nadeln in den Körper gestochen werden. Die Schulmedizin erkennt dies vor allem als eine Methode zur Schmerzlinderung an.
Assistenzgesellschaft	Die Assistenzgesellschaft ist eine Gesellschaft, die sich darauf spezialisiert hat, den Versicherten in Notsituationen oder bei Krankenhausbehandlungen mit Rat und Tat zur Seite zu stehen. Durch die Assistenzgesellschaft werden zusätzliche Leistungen, die dem Versicherten den Auslandsaufenthalt erleichtern sollen, so wie die Übernahme bestimmter Kosten, zum Beispiel Rückführungskosten, erbracht.
Krebs	Krebs ist der allgemeine Begriff für alle bösartigen Erkrankungen, die durch die Wucherung veränderter Zellen verursacht werden (Tumor, Karzinom). Diese Zellen können das Umgebungsgewebe zerstören und Sekundärtumore (Metastasen) bilden.
Chiropraktik	Ein Chiropraktiker ist auch als Manualtherapeut bekannt. Blockierte oder verschobene Wirbel werden durch spezielle Techniken wieder „zurückgeschoben“ oder andere Gelenke wieder „eingerenkt“.
Konservatorische Behandlung	Eine konservatorische Behandlung ist eine Behandlung zur Erhaltung von Zähnen (z.B. Füllungen, Wurzelkanalbehandlung).
Schulmedizin	Schulmedizin ist die an der Universität gelehrt, wissenschaftliche Art der Medizin, die daher allgemein akzeptiert und angewandt wird.
Herkunftsland	Das Herkunftsland ist das Land, dessen Nationalität der Versicherte besitzt oder in dem der Versicherte seinen gewöhnlichen Aufenthaltsort vor dem Wechsel in das derzeitige Aufenthaltsland hatte.
Aufenthaltsland	Das Land, in dem der Versicherte seinen derzeitigen gewöhnlichen Aufenthaltsort oder seinen derzeitigen vorübergehenden Aufenthaltsort hat.
Selbstbeteiligung	Anteil der Kosten, der dem Versicherten für eine medizinische Behandlung, die unter der Versicherungspolice abgedeckt ist, entstanden ist, den der Versicherungsnehmer und der Versicherte vereinbarungsgemäß selbst tragen und der durch den Versicherer unter der Versicherungspolice nicht erstattungsfähig ist. Falls eine Selbstbeteiligung vereinbart worden ist, wird eine solche Selbstbeteiligung in den Besonderen Bedingungen festgehalten.
Zahnarzt	Ein Arzt oder eine Gesundheitsfachkraft, der bzw. die sich auf Erkrankungen der Zähne und der Mundhöhle spezialisiert hat.
Arzt	Ein Arzt (Allgemeinmediziner oder Facharzt), der Inhaber eines medizinischen Diploms ist, das in dem Land, in dem die Behandlung durchgeführt wird, gesetzlich anerkannt ist, und der befugt ist, medizinische Versorgungsleistungen zu erbringen.
Notfall	Das plötzliche und unvorhergesehene Auftreten einer akuten Krankheit oder Körperverletzung, die den Gesundheitszustand des Versicherten unmittelbar gefährdet.
Homöopathie	Die Homöopathie beruht auf drei Säulen: dem Ähnlichkeitsprinzip, der Prüfung am Gesunden und der Potenzierung der Substanzen. Ein Spezialist für Homöopathie geht davon aus, dass eine <i>Krankheit</i> , die sich in spezifischen Symptomen zeigt, durch eine Substanz geheilt werden kann, die ähnliche Symptome bei gesunden Menschen erzeugt.



Hospiz	Eine Einrichtung, die ausschließlich dazu dient, Patienten mit einer Lebenserwartung von nur noch wenigen Monaten oder weniger zu pflegen und deren lebensbedrohende Symptome durch Palliativpflege zu lindern.
Hydrotherapie	Hydrotherapie ist die zielgerichtete Behandlung durch die externe Anwendung von Wasser.
Zahnimplantate	Leistungen, die darin bestehen, Zahnimplantate (Metall oder Keramik) als Wurzelersatz oder in zahnlose Kiefer einzusetzen.
Stationäre Rehabilitation	Ein medizinisches Verfahren, um den vorherigen physischen Zustand eines Menschen nach einer schweren Krankheit oder Körperverletzung wiederherzustellen, beispielsweise nach einer Bypass-Operation, einem Herzinfarkt, einer Organtransplantation sowie einer Operation an großen Knochen oder Gelenken.
Versicherungsjahr	Zeitraum von 12 Monaten, der je nachdem entweder am Datum des Inkrafttretens oder am Datum der Verlängerung der Versicherungspolice beginnt.
Magnetresonanztomografie (MRT)	Dies ist eine Diagnosetechnik zur Visualisierung der inneren Organe und Gewebe mit Hilfe magnetischer Felder und Radiowellen.
Onkologie	Ein Bereich der inneren Medizin, der sich mit der Entwicklung, Diagnose und Behandlung von Tumoren und der damit verbundenen Krankheiten beschäftigt.
Operationen, die ambulant statt stationär durchgeführt werden	Operationen, die ambulant in einer Arztpraxis oder einem Krankenhaus durchgeführt werden können, die jedoch keine Übernachtung oder keinen längeren Krankenhausaufenthalt erfordern.
Osteopathie	Der osteopathische Ansatz in der Medizin besteht in einer umfassenden manuellen Diagnose und Therapie der Fehlfunktionen des Bewegungsapparats, der inneren Organe und des Nervensystems. Osteopathie wird meistens bei chronischen Schmerzen der Wirbelsäule und der peripheren Gelenke eingesetzt.
Palliativpflege	Palliative Behandlung ist die umfassende und aktive Behandlung von Patienten mit einer begrenzten Lebenserwartung, für die eine Heilbehandlung in ihrem Zustand nicht länger möglich ist. Diese Art der Behandlung bietet die bestmögliche Lebensqualität für den Patienten und seine Familie.
Positronen-Emissions-Tomografie (PET)	Ein nicht-invasives Visualisierungsverfahren auf der Grundlage des Nachweises und der Visualisierung einer Substanz mit Positronenstrahlern, die sich im Körper des Patienten verteilt hat. Die Konzentration dieser „Tracer“ in einem Tumor kann dann quantifiziert werden, die Substanz wird intravenös injiziert, und die Strahlung wird von außen nachgewiesen. Mit Hilfe von PET lassen sich wichtige biologische Prozesse in Tumoren visualisieren.
Gesundheitsfachkraft	Person, die neben Ärzten ebenfalls eine anerkannte und fundierte Ausbildung in ihrem Behandlungsgebiet hat und für die Behandlung in diesem Fachgebiet in dem Land zugelassen ist, in dem die Behandlung durchgeführt wird. Als <i>Gesundheitsfachkräfte</i> gelten folgende Berufe: Naturheilkundige, Logopäden und Hebammen sowie selbständige <i>Gesundheitsfachkräfte</i> , die in staatlich zugelassenen Heilhilfsberufen tätig sind (beispielsweise Massagetherapeuten und medizinische Betreuer, Physiotherapeuten). Der <i>Versicherte</i> kann die <i>Gesundheitsfachkraft</i> frei wählen, sofern sie diese Kriterien erfüllt.
Vorerkrankungen	Beschwerden, <i>Krankheiten</i> , <i>Körperverletzungen</i> und deren Folgen oder <i>Unfallfolgen</i> , die dem <i>Versicherungsnehmer</i> oder dem <i>Versicherten</i> bekannt sind oder die vor der Unterzeichnung des <i>Antragsformulars</i> behandelt worden sind. Durch eine spezielle schriftliche Vereinbarung mit dem <i>Versicherten</i> können <i>Vorerkrankungen</i> grundsätzlich unter der <i>Versicherungspolice</i> abgedeckt werden, sofern sie zuvor entsprechend angegeben worden sind. <i>Vorerkrankungen</i> , die im <i>Antragsformular</i> nicht angegeben worden sind, sind unter der <i>Versicherungspolice</i> nicht versichert.



Vorsorge- maßnahmen	Individuelle und allgemeine Maßnahmen, die Teil der vorbeugenden Medizin sind und drohende <i>Krankheiten</i> abwenden sollen (z.B. passive Immunisierung, vorbeugende Medikamente zum Zeitpunkt der Ankunft in einem Risikogebiet, Unfallverhütung usw.).
Region	Geografische Region, für die der Versicherungsschutz unter der Versicherungspolice gilt, d.h.: <ul style="list-style-type: none"> • Region 1: Weltweit. • Region 2: Weltweit mit Ausnahme der USA.
Zweite Meinung	Medizinische Beratung bei einer lebensbedrohenden und schweren Erkrankung oder einem dauerhaften Gesundheitsproblem durch einen weiteren Arzt, der bisher noch nicht hinzugezogen worden ist.
Sanatoriums- behandlung	Eine Kur oder Behandlung, die keine <i>medizinische Behandlung</i> ist und die dazu dient, den Gesundheitszustand oder die körperliche Leistungsfähigkeit eines Menschen wiederherzustellen.

