

Globality YouGenio[®] World

Allgemeine Versicherungsbedingungen



Globality Health

Premium health insurance worldwide.

Übersichtlich. Verständlich. Umfassend.

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

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

Haben *Sie* Fragen zu *Ihrem* Versicherungsschutz?

Sollte beim Lesen dennoch die eine oder andere Frage offen bleiben, beantworten *wir Ihnen* diese gerne persönlich.

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

Wir sind weltweit für *Sie* da:

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

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

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

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

Handelsregister (R.C.S. Luxembourg): B 134.471



Erläuterung der Symbole:

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

Inhalt

1.	Allgemeine Bedingungen	4	5.	Leistungsausschlüsse	29
1.1	Wer kann sich versichern?	4			
1.2	Vorerkrankungen	4	6.	Beantragung von Erstattungsleistungen	33
1.3	Moratoriumsklausel	4	6.1	Leistungsvoraussetzungen	33
1.4	So beantragen Sie Ihren Versicherungsschutz	4	6.2	Was tun im Versicherungsfall	33
1.5	Widerrufsrecht	5	6.3	Was müssen die Kostenbelege enthalten	34
			6.4	Was ist im Falle eines <i>Unfalls</i> oder <i>Notfalls</i> zu tun	34
2.	Ihr Versicherungsschutz	6	6.5	Leistungsansprüche	34
2.1	Umfang Ihres Versicherungsschutzes	6	6.6	Erstattung Ihrer Leistungsansprüche	35
2.2	Versicherungsfall	6	6.7	<i>Eclaims</i>	35
2.3	Medizinische Notwendigkeit	6	6.8	Ansprüche gegenüber Dritten und Aufrechnung	35
2.4	Beginn Ihres Versicherungsschutzes	6	6.9	Betrug	35
2.5	Wartezeiten	6			
2.6	Dauer des Versicherungsvertrags	6	7.	Beitragszahlung und Beitragsberechnung	36
2.7	Verlängerung	7			
2.8	Kündigung Ihres Versicherungsvertrags	7	8.	Allgemeine Informationen	37
2.9	Ende Ihres Versicherungsschutzes	7	8.1	Änderungen von Vertragsdaten	37
			8.2	Änderungen in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen	37
3.	Geltungsbereich	8	8.3	Kommunikation zwischen Ihnen und uns	37
3.1	Zielregion	8	8.4	Beschwerden	37
3.2	Vorübergehender Versicherungsschutz für Zielregion I	8	8.5	Gerichtsstand	37
			8.6	Geltendes Recht	38
4.	Leistungsumfang	9	8.7	Sprache	38
4.1	Selbstbeteiligungen	9	9.	Definitionen	39
4.2.	Doppelte Leistungen für Zielregion I	9			
4.3	Jahreshöchstbetrag	10			
4.4	Leistungsübersicht: Stationäre Heilbehandlung	10			
4.5	Leistungsübersicht: Ambulante Heilbehandlung	13			
4.6	Leistungsübersicht: Zahnärztliche Heilbehandlung	16			
4.7	Leistungsübersicht: Medizinische Assistance	17			
4.8	Leistungsübersicht: Zusätzliche Assistance	18			
4.9	Leistungsbeschreibung	19			

1. Allgemeine Bedingungen

1.1 Wer kann sich versichern?

Der *Versicherungsvertrag* wurde für Expatriates konzipiert. Versicherungsfähig sind alle Personen, die sich mindestens drei Monate im Ausland aufhalten, soweit *wir* nichts anderes vereinbaren.

Kehren *Sie* in *Ihr Heimatland* zurück, und soll dies *Ihr* Hauptaufenthaltsland sein, können *Sie* - unser Einverständnis vorausgesetzt – *Ihren Versicherungsvertrag* aufrechterhalten, sofern dies im Einklang mit dem Recht *Ihres Heimatlandes* steht.

Auf Dauer in den USA wohnhafte Personen sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Verlegt der Versicherte bzw. Mitversicherte seinen Wohnsitz dauerhaft in die USA, werden *wir* das Versicherungsverhältnis beenden. Bei Wohnsitzverlegung in alle sonstigen Ländern können *wir* im Einzelfall, auch während des laufenden Versicherungsverhältnisses, prüfen, ob das Versicherungsverhältnis mit nationalem Recht übereinstimmt und entsprechend dem Prüfungsergebnis entscheiden, ob der Versicherungsschutz weiterhin gewährt werden kann, geändert oder beendet werden muss.

Während *wir* besonders darauf achten, alle geeigneten Maßnahmen zur Einhaltung des Versicherungsschutzes im Ausland zu gewährleisten, haben *wir* keine Kontrolle über die Einhaltung anderer möglichen Anforderungen. Es ist daher die Pflicht des *Versicherungsnehmers*, die Einhaltung lokaler Sozialversicherungsbestimmungen und -regelungen für alle im *Versicherungsvertrag* erfassten versicherten Personen sicherzustellen.

Wir können den *Versicherungsvertrag* kündigen, wenn sich rechtliche Rahmenbedingungen bezüglich Versicherungsschutz für Staatsangehörige, Ansässige oder Entsandte in einem Land so verändern, dass der von uns erbrachte Versicherungsschutz zu einem Verstoß gegen nationales Recht führen würde.

1.2 Vorerkrankungen

Vorerkrankungen sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen. Es gilt die Moratoriumsklausel (siehe hierzu 1.3). Bei Antragstellung kann jedoch der Einschluss von *Vorerkrankungen* gewählt werden.

Um über den Einschluss von *Vorerkrankungen* ab Beginn der Versicherung entscheiden zu können, müssen die im *Antrag* gestellten Gesundheitsfragen wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen beantwortet werden. In diesem Fall muss sich der Antragsteller einer Gesundheitsprüfung unterziehen.

Je nach Ergebnis der Gesundheitsprüfung können wir den *Versicherungsvertrag* um weitere Bedingungen ergänzen, einen Extra-Beitrag erheben oder *Ihren Antrag/eine zu versichernde Person* ablehnen. Erkrankungen, die in dem Zeitraum zwischen *Ihrer* Antragstellung und unserer Antragsannahme auftreten, werden *wir* als *Vorerkrankungen* betrachten.

1.3 Moratoriumsklausel

Wenn die *versicherte Person* 55 oder jünger ist, unser Einverständnis vorausgesetzt, können *Sie* statt eines *Antrages* mit vollständiger medizinischen Gesundheitsprüfung ein „Moratorium“ wählen.

In diesem Fall wird für eine in den fünf Jahren vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetretene bekannte *Vorerkrankung* der zu *versichernden Person* nach einer ununterbrochenen *Wartezeit* von zwei Jahren ohne ärztliche *Heilbehandlung*, Symptome, Beratung oder Medikation im Zusammenhang mit der bekannten *Vorerkrankung* Versicherungsschutz geleistet. Nimmt eine *versicherte Person* während der ersten zwei Jahre der Versicherung eine *Heilbehandlung*, Symptome, Beratung oder Medikamente in Bezug auf die *Vorerkrankung* in Anspruch, kann die *Wartezeit* von zwei Jahren (ohne *Heilbehandlung*, Beratung oder Medikation) für diese *Vorerkrankung* erneut beginnen. Leistungen für neue, nicht im Zusammenhang damit stehende Erkrankungen werden umgehend erstattet.

1.4 So beantragen Sie Ihren Versicherungsschutz

Den Versicherungsschutz beantragen *Sie* mittels eines Antragsformulars, das *Sie* bei *Ihrem* Versicherungsvermittler oder direkt bei uns oder über unsere Internetseite erhalten. Damit *wir Ihren Versicherungsantrag* prüfen können, müssen *Sie* alle Fragen im Antragsformular vollständig und wahrheitsgemäß beantworten. Soll eine weitere Person mitversichert werden, ist auch diese – neben *Ihnen* – für die vollständige und wahrheitsgemäße Beantwortung der Fragen verantwortlich. Der *Antrag* kann per Post, E-Mail oder per Telefax bei uns eingereicht werden.

Der *Versicherungsantrag* verpflichtet weder *Sie* noch uns zum Abschluss des *Versicherungsvertrags*.

Sollte es aus rechtlichen Gründen erforderlich sein, haben *wir* das Recht, weitere Daten anzufordern.

Wir werden *Sie* innerhalb von 30 Tagen ab Erhalt des *Versicherungsantrags* über unser Angebot zum Abschluss eines *Versicherungsvertrags*, Bedarf an weiteren Informationen oder Ablehnung eines Versicherungsschutzes informieren.

Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass *Sie* alle vor Vertragsabschluss gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (die sogenannte vorvertragliche Anzeigepflicht).

1.5 Widerrufsrecht

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

Sofern *Sie Ihre* Vertragserklärung innerhalb dieser 14-tägigen Frist widerrufen, erstatten *wir Ihnen* etwaige bereits von *Ihnen* bezahlte Beiträge.

Sofern *Sie Ihre* Vertragserklärung nicht innerhalb der 14 Tage widerrufen, tritt der Vertrag verbindlich in Kraft.

2. Ihr Versicherungsschutz

2.1 Umfang Ihres Versicherungsschutzes

Wir bieten Versicherungsschutz für eintretende Krankheiten, *Unfälle* und andere in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannten Ereignisse (siehe hierzu 4.3 bis 4.8). Im Versicherungsfall gewähren *wir* dabei Ersatz von Aufwendungen für medizinisch notwendige *Heilbehandlungen* und sonstige vereinbarte Leistungen.

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem *Versicherungsvertrag*, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften.

2.2 Versicherungsfall

Der Versicherungsfall ist *Ihre* medizinisch notwendige *Heilbehandlung* (siehe hierzu 6.1) wegen Krankheit, *Unfall* oder anderen in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannten Ereignissen (siehe hierzu 4.3 bis 4.8).

Der Versicherungsfall beginnt mit der *Heilbehandlung* und endet, wenn nach medizinischem Befund keine Behandlungsbedürftigkeit mehr besteht.

Bedürfen *Sie* einer *Heilbehandlung* wegen einer Krankheit, eines *Unfalls* oder eines anderen in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannten Ereignisses (siehe hierzu 4.3 bis 4.8), die mit den bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängen, behandeln *wir* dies als neuen Versicherungsfall.

2.3 Medizinische Notwendigkeit

Darunter verstehen *wir* alle medizinischen Maßnahmen, die für *Sie* die bestgeeignete Behandlungsmethode ist, um *Ihren* Zustand, *Ihre* Krankheit oder Verletzung zu heilen oder zu lindern.

2.4 Beginn Ihres Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im *Versicherungsvertrag* bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Zahlung *Ihres* ersten Beitrags und nicht vor Ablauf von *Wartezeiten* (siehe hierzu auch 1.3 und 2.5).

Für Versicherungsfälle, die vor Versicherungsbeginn eingetreten sind, leisten *wir* nicht.

Bei Änderungen des *Versicherungsvertrag* gelten die in diesem Absatz beschriebenen Regelungen für den neu hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

2.5 Wartezeiten

Wartezeiten bestehen nur für Schwangerschaft (einschließlich damit verbundener Komplikationen), Entbindung, psychiatrische Leistungen, Psychotherapie, Unfruchtbarkeitsbehandlung und umfassende zahnärztliche Leistungen.

Die *Wartezeit* beträgt 10 Monate ab Versicherungsbeginn für psychiatrische *Heilbehandlungen*, Psychotherapie und umfassende zahnärztliche Leistungen unabhängig von der Anzahl der versicherten Personen. Für einen *Versicherungsvertrag* mit zwei oder mehr versicherten Erwachsenen unter dem selben *Versicherungsvertrag* gilt eine *Wartezeit* von 12 Monaten bei *Heilbehandlungen* in Zusammenhang mit Schwangerschaft und Entbindung. Bei einem *Versicherungsvertrag* mit nur einem versicherten Erwachsenen im Tarif gilt eine *Wartezeit* von 24 Monaten bei *Heilbehandlungen* im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Entbindung. Lediglich für Unfruchtbarkeitsbehandlungen beträgt die *Wartezeit* 24 Monate unabhängig von der Anzahl der versicherten Personen. Bei Änderungen des *Versicherungsvertrags* gelten je nach vereinbarter Tarifstufe die *Wartezeiten* für den neu hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

Unabhängig von der Anzahl der Versicherten und dem Datum des Versicherungsbeginns des Versicherten gilt für jedes einzelne Mitglied die *Wartezeit* für die einzelnen Leistungen.

2.6 Dauer des Versicherungsvertrags

Dieser *Versicherungsvertrag* wird zunächst für ein Versicherungsjahr geschlossen. Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im *Versicherungsvertrag* bezeichneten Zeitpunkt bzw. Versicherungsbeginn (siehe hierzu auch 2.7 und 2.9) und endet 12 Monate später (Ende der Versicherungsperiode).

Das Versicherungsjahr für *versicherte Personen*, die später der Versicherung beitreten, beginnt zu dem auf ihrer Versicherungsbestätigung angegebenen Datum (Datum des Versicherungsbeginns) und läuft bis zum Ablaufdatum der Versicherung (siehe auch 2.7).

2.7 Verlängerung

Wir verlängern *Ihren Versicherungsvertrag* am Ende eines jeden Versicherungsjahres jeweils um weitere 12 Monate.

Wir behalten uns das Recht vor *Ihre* Allgemeinen Versicherungsbedingungen für das neue Versicherungsjahr, welches nach dem Ende *Ihres* Versicherungsjahres folgt, zu verändern (siehe hierzu auch 8.2).

Sie können zum Ende eines Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten durch schriftliche Anzeige der Vertragsverlängerung widersprechen.

Änderungen im Versicherungsschutz sind erst ab dem Beginn des nächsten Versicherungsjahres möglich und bedürfen unserer Zustimmung.

2.8 Kündigung Ihres Versicherungsvertrags

Unbeschadet weiterer gesetzlicher Kündigungsgründe oder anderen in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen vorgesehenen Kündigungsgründe können wir und Sie auch in folgenden Fällen die Kündigung des *Versicherungsvertrages* erklären:

- Sie können den *Versicherungsvertrag* kündigen, wenn wir die Allgemeinen Versicherungsbedingungen ändern (siehe hierzu 8.2) oder die Gebühren und Beiträge ändern (siehe hierzu 7). Sie können innerhalb von drei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung kündigen. Die Kündigung wird wirksam zum Tag an dem die Änderung wirksam wird. Keine Kündigungsmöglichkeit besteht hingegen bei einer Beitragsanpassung, weil Sie oder die *versicherte Person* in die nächst höhere Altersstufe eintreten. Der Vertrag endet um 00:00 Uhr der nächsten Jahresfälligkeit.
- Sie können den *Versicherungsvertrag* kündigen, wenn Ihr Heimatland vor Ablauf der Vertragslaufzeit zu Ihrem Aufenthaltsland wird (siehe hierzu 2.6). Der *Versicherungsvertrag* endet erst mit Eingang Ihrer Kündigung bei uns.
- Wir können den *Versicherungsvertrag* im Falle Ihres Versäumnisses kündigen, uns erbetene Informationen zukommen zu lassen. In diesem Fall können wir die Kündigung des *Versicherungsvertrags* innerhalb eines Monats aussprechen, nachdem wir von Ihrem Versäumnis Kenntnis erhalten. Soweit nicht anders bestimmt, wird die Kündigung erst zu dem im Kündigungsschreiben angegebenen Zeitpunkt wirksam.

- Um die Einhaltung geltender Gesetze sicherzustellen, behalten wir uns das Recht vor, den *Versicherungsvertrag* zu kündigen, oder einzelne Personen vom Versicherungsschutz auszunehmen, wenn der *Versicherungsvertrag* den nationalen Gesetzen oder Vorschriften im Heimat- oder Aufenthaltsland des *Versicherungsnehmers* oder der versicherten Personen nicht entspricht oder diese Entsprechung verliert.

Unbeschadet weiterer in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführter Nichtigkeitsgründe (ohne Rechtswirkung) wird der Vertrag nichtig, wenn Sie uns vorsätzlich Informationen vorenthalten, die unsere Entscheidung über die Annahme *Ihres Antrags* beeinflusst oder uns veranlassen hätten, den Vertrag zu anderen Bedingungen abzuschließen. In diesem Fall ist die *versicherte Person* verpflichtet, empfangene Versicherungsleistungen zurückzuzahlen. Gezahlte Beiträge werden nicht erstattet.

Wenn eine Sanktion, ein Verbot oder eine Beschränkung unter Resolutionen der Vereinten Nationen, unter Handels- oder Wirtschaftssanktionen, unter Gesetzen oder Vorschriften der Europäischen Union oder des Vereinigten Königreichs oder unter Sanktionen der Vereinigten Staaten von Amerika verhängt wird, die uns direkt oder indirekt daran hindert, Versicherungsleistungen im Rahmen dieses *Versicherungsvertrags* zu erbringen, haben wir ein außerordentliches Kündigungsrecht für diesen *Versicherungsvertrag* oder können betroffene Personen vom Versicherungsschutz ausschließen.

2.9 Ende Ihres Versicherungsschutzes

Die für eine *versicherte Person* vereinbarte Versicherung und der Versicherungsschutz enden:

- a) mit dem Tod der *versicherten Person* (im Falle *Ihres* Todes können die anderen versicherten Personen als neue *Versicherungsnehmer* das Versicherungsverhältnis fortsetzen, sofern dies innerhalb zweier Monate nach dem Todesdatum beantragt wird);
- b) mit *Ihrem* Widerspruch zu der Verlängerung des *Versicherungsvertrags* nach Ablauf des Versicherungsjahres (siehe hierzu 2.7);
- c) mit Beendigung oder Nichtigkeit des *Versicherungsvertrags* (siehe auch 2.8).

Sie müssen uns gegenüber nachweisen, dass alle versicherten Personen von der Beendigung Kenntnis erlangt haben.

3. Geltungsbereich

3.1 Zielregion

Der Versicherungsschutz gilt in folgenden *Zielregionen*.

Zielregion I: Weltweit mit USA

Zielregion II : Weltweit ohne USA

3.2 Vorübergehender Versicherungsschutz für Zielregion I

Die folgenden Besonderheiten gelten, wenn Versicherungsschutz für die "*Zielregion II – Weltweit ohne USA*" vereinbart ist. Bei vorübergehender Ausreise (d.h. für maximal sechs Wochen) aus dem *Aufenthaltsland* besteht auch in der *Zielregion I* Versicherungsschutz für medizinische *Notfälle*, Unfallfolgen sowie bei Tod.

Bei Eintritt eines Versicherungsfalls innerhalb der ersten sechs Wochen, der eine Notbehandlung in den USA erfordert, gilt für die *Heilbehandlung* als solche keine konkrete Frist.

Wenn ein *Notfall* im Sinne der Versicherung eintritt, werden Sie ggf. zur Behandlung in ein anderes Land transportiert, wenn dies medizinisch sinnvoll ist und die Situation es zulässt.

Reisen zum Zwecke einer *Heilbehandlung* in die *Zielregion I* sind nicht versichert.

Ein dauerhafter Wechsel der *Zielregion* einer *versicherten Person* ist uns von *Ihnen* unverzüglich anzuzeigen, da sich dieser Wechsel auf den Beitrag auswirkt.

4. Leistungsumfang

Der Tarif Globality YouGenio® World gliedert sich in die vier Tarifestufen Essential, Classic, Plus und Top. Die einzelnen Tarifestufen unterscheiden sich nach Art und Höhe der vereinbarten Leistungen.

Entsprechend der von *Ihnen* abgeschlossenen Tarifestufe ersetzen *wir* die erstattungsfähigen Aufwendungen zu 100 % bis zu dem in den folgenden Leistungsübersichten angegebenen *Jahreshöchstbetrag*, sofern sich aus diesen Leistungsübersichten, unseren allgemeinen Informationen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen oder den Definitionen nicht etwas anderes ergibt.

4.1 Selbstbeteiligungen

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

- Globality YouGenio® World Essential:
 - Entfällt
- Globality YouGenio® World Classic:
 - 0
 - € 250, \$ 325 oder £ 210
 - € 500, \$ 650 oder £ 420
 - € 1.000, \$ 1.300 oder £ 840
- Globality YouGenio® World Plus oder Top:
 - 0
 - € 250, \$ 325 oder £ 210
 - € 500, \$ 650 oder £ 420
 - € 1.000, \$ 1.300 oder £ 840
 - € 2.500, \$ 3.250 oder £ 2.100

Die *Selbstbeteiligung* gilt je Versicherungsjahr und je *versicherter Person* und nur für *ambulante Heilbehandlungen* und zahnärztliche *Heilbehandlungen*. Die *Selbstbeteiligung* gilt nicht für unfallbedingte zahnärztliche Behandlung.

Haben *Sie* mit uns eine *Selbstbeteiligung* vereinbart, ersetzen *wir Ihnen* die erstattungsfähigen Aufwendungen zu 100 % bis zum *Jahreshöchstbetrag/Höchstbetrag für ambulante Leistungen*, soweit diese die *Selbstbeteiligung* übersteigen.

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

4.2. Doppelte Leistungen für Zielregion I

Sofern *Sie* Versicherungsschutz für die *Zielregion I* (= weltweit mit USA) vereinbart haben, werden die in 4.3, 4.4, 4.5 und 4.6 genannten Höchstbeträge und Pauschalen verdoppelt (gleich ob die *Heilbehandlung* in den USA erfolgt oder nicht).

Ist eine Leistung auf eine bestimmte Anzahl von Tagen oder Sitzungen begrenzt, so gilt diese Begrenzung unverändert weiter. Sofern eine *Selbstbeteiligung* vereinbart ist, bleibt diese unverändert bestehen.

4.3 Jahreshöchstbetrag

Leistungen	Essential	Classic	Plus	Top
Jahreshöchstbetrag	●	●	○	○
	€ 2.000.000/ \$ 2.600.000/ £ 1.680.000	€ 3.000.000/ \$ 3.900.000/ £ 2.520.000	€ 5.000.000/ \$ 6.500.000/ £ 4.200.000	€ 7.500.000/ \$ 9.750.000/ £ 6.300.000

4.4 Leistungsübersicht: Stationäre Heilbehandlung

Leistungen	Essential	Classic	Plus	Top
Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer	●	●	○	○
Ärztliche Beratung und Diagnoseleistungen, inklusive Pathologie, Radiologie, <i>Computertomographie (CT)</i> , <i>Magnetresonanztomographie (MRT)</i> , <i>Positronenemissionstomographie (PET)</i> und <i>Palliativmedizin</i>	●	●	○	○
Krankenhauskosten, inklusive Operationssaal, Anästhesie, Intensivstation und Labor	●	●	○	○
Operationen und Anästhesie	●	●	○	○
Stationärer ersetzende ambulante Operationen	●	●	○	○
Arznei- und <i>Verbandmittel</i>	●	●	○	○
Physiotherapie, inklusive Massagen	●	●	○	○
Therapien, inklusive Ergotherapie, Lichttherapie, <i>Hydrotherapie</i> , Inhalationen, Packungen, medizinische Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie	●	●	○	○
Hilfsmittel	● z.B. Herzschrittmacher, wenn als lebenserhaltende Maßnahme notwendig	● z.B. Herzschrittmacher, wenn als lebenserhaltende Maßnahme notwendig	○ z.B. Herzschrittmacher, wenn als lebenserhaltende Maßnahme notwendig sowie Erstattung für Hilfsmittel wie Kunstglieder/Prothesen bis zu € 2.000/ \$ 2.600/ £ 1.680	○

Leistungen	Essential	Classic	Plus	Top
Leistungen für Schwangerschaft und Entbindung, Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers im <i>Krankenhaus</i>	–	–	● bis zu € 5.000/ \$ 6.500/ £ 4.200 <i>Wartezeit</i> von 12 Monaten (für zwei oder mehr versicherte Erwachsene). <i>Wartezeit</i> von 24 Monaten (für einen versicherten Erwachsenen).	● bis zu € 20.000/ \$ 26.000/ £ 16.800 <i>Wartezeit</i> von 12 Monaten (für zwei oder mehr versicherte Erwachsene). <i>Wartezeit</i> von 24 Monaten (für einen versicherten Erwachsenen).
Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen	–	–	● <i>Wartezeit</i> von 12 Monaten (für zwei oder mehr versicherte Erwachsene). <i>Wartezeit</i> von 24 Monaten (für einen versicherten Erwachsenen).	● <i>Wartezeit</i> von 12 Monaten (für zwei oder mehr versicherte Erwachsene). <i>Wartezeit</i> von 24 Monaten (für einen versicherten Erwachsenen).
Neugeborenenpflege	–	–	●	●
<i>Angeborene Leiden</i>	● bis zum Höchstbetrag von € 150.000/ \$ 195.000/ £ 126.000 über die gesamte Lebensdauer	● bis zum Höchstbetrag von € 150.000/ \$ 195.000/ £ 126.000 über die gesamte Lebensdauer	● bis zum Höchstbetrag von € 150.000/ \$ 195.000/ £ 126.000 über die gesamte Lebensdauer	● bis zum Höchstbetrag von € 150.000/ \$ 195.000/ £ 126.000 über die gesamte Lebensdauer
Krebstherapie, onkologische <i>Arzneimittel</i> und <i>Heilbehandlung</i> , inklusive wiederherstellender Chirurgie nach Brustkrebs	●	●	●	●
<i>Dialyse</i>	–	● bis zum Höchstbetrag von € 2.000.000/ \$ 2.600.000/ £ 1.680.000 über die gesamte Lebensdauer	● bis zum Höchstbetrag von € 2.000.000/ \$ 2.600.000/ £ 1.680.000 über die gesamte Lebensdauer	● bis zum Höchstbetrag von € 2.000.000/ \$ 2.600.000/ £ 1.680.000 über die gesamte Lebensdauer
Knochenmark- und Organtransplantationen (Kosten für den Spender und den Empfänger)	● bis zum Höchstbetrag von € 100.000/ \$ 130.000/ £ 84.000 über die gesamte Lebensdauer	● bis zum Höchstbetrag von € 150.000/ \$ 195.000/ £ 126.000 über die gesamte Lebensdauer	● bis zum Höchstbetrag von € 200.000/ \$ 260.000/ £ 168.000 über die gesamte Lebensdauer	●

Die genannten Beträge gelten – soweit nicht anders festgelegt – pro Person und *Versicherungsjahr*.

Leistungen	Essential	Classic	Plus	Top
Psychiatrische Leistungen	–	–	● bis zu 20 Tage im Falle der Leistungszusage Wartezeit von 10 Monaten	● bis zu 40 Tage im Falle der Leistungszusage Wartezeit von 10 Monaten
Stationäre Psychotherapie	–	–	● bis zu 20 Sitzungen im Falle der Leistungszusage Wartezeit von 10 Monaten	● bis zu 40 Sitzungen im Falle der Leistungszusage Wartezeit 10 Monate
Mitaufnahme eines Elternteils bei stationärer <i>Heilbehandlung</i> eines minderjährigen Kindes	●	●	●	●
Häusliche Krankenpflege und <i>hauswirt- schaftliche Versorgung</i> anstelle eines Krankenhausaufenthalts	–	● bis zu 30 Tagen im Falle der Leistungszusage	● bis zu 60 Tagen im Falle der Leistungszusage	● bis zu 90 Tagen im Falle der Leistungszusage
<i>Ersatz-Krankenhaustagegeld</i>	● € 50/ \$ 65/ £ 42 pro Tag	● € 75/ \$ 97,50/ £ 63 pro Tag	● € 150/ \$ 195/ £ 126 pro Tag	● € 200/ \$ 260/ £ 168 pro Tag
Stationäre <i>Anschlussrehabilitation</i>	● bis zu 21 Tagen im Falle der Leistungszusage	● bis zu 21 Tagen im Falle der Leistungszusage	● bis zu 28 Tagen im Falle der Leistungszusage	● bis zu 28 Tagen im Falle der Leistungszusage
<i>Hospiz</i>	–	● bis zu 7 Wochen	● bis zu 7 Wochen	● bis zu 7 Wochen
<i>Tagesklinische (teilstationäre) Heilbehandlung</i>	●	●	●	●
Transport zum nächsterreichbaren geeigneten <i>Krankenhaus</i> zur Erstversorgung nach einem <i>Unfall</i> oder <i>Notfall</i>	●	●	●	●
<i>Rücktransport</i> in das <i>Aufenthaltsland</i>	–	–	● bis zu € 1.500/ \$ 1.950/ £ 1.260	● bis zu € 1.500/ \$ 1.950/ £ 1.260

4.5 Leistungsübersicht: Ambulante Heilbehandlung

Leistungen	Essential	Classic	Plus	Top
Höchstbetrag für ambulante Leistungen	–	€ 7.500/ \$ 9.750/ £ 6.300	€ 15.000/ \$ 19.500/ £ 12.600	●
Ärztliche Beratung und Diagnoseleistungen, inklusive Pathologie, Radiologie, Computertomographie (CT), Magnetresonanztomographie (MRT), Positronenemissionstomographie (PET) und Palliativmedizin	–	● es gilt der Höchstbetrag für ambulante Leistungen	● es gilt der Höchstbetrag für ambulante Leistungen	●
Schwere Krankheit, im Anschluss an eine stationäre Heilbehandlung	● bis zu einem kombinierten Höchstbetrag von € 3.000/ \$ 3.900/ £ 2.520	● es gilt der Höchstbetrag für ambulante Leistungen	● es gilt der Höchstbetrag für ambulante Leistungen	●
Ambulante Operationen	–	● es gilt der Höchstbetrag für ambulante Leistungen	● es gilt der Höchstbetrag für ambulante Leistungen	●
Krebstherapie	●	●	●	●
Gesundheitschecks	–	–	● bis zu € 250* / \$ 325* / £ 210*	● bis zu € 500 / \$ 650 / £ 420
Leistungen für Schwangerschaft und Entbindung, Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers	–	–	● bis zu € 3.000* / \$ 3.900* / £ 2.520* Wartezeit von 12 Monaten (für zwei oder mehr versicherte Erwachsene). Wartezeit von 24 Monaten (für einen versicherten Erwachsenen).	● bis zu € 5.000 / \$ 6.500 / £ 4.200 Wartezeit von 12 Monaten (für zwei oder mehr versicherte Erwachsene). Wartezeit von 24 Monaten (für einen versicherten Erwachsenen).
Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen	–	–	● bis zu € 3.000* / \$ 3.900* / £ 2.520* Wartezeit von 12 Monaten (für zwei oder mehr versicherte Erwachsene). Wartezeit von 24 Monaten (für einen versicherten Erwachsenen).	● Wartezeit von 12 Monaten (für zwei oder mehr versicherte Erwachsene). Wartezeit von 24 Monaten (für einen versicherten Erwachsenen).

* es gilt der Höchstbetrag für ambulante Leistungen
Die genannten Beträge gelten – soweit nicht anders festgelegt – pro Person und Versicherungsjahr.

Leistungen	Essential	Classic	Plus	Top
Pauschalzahlung bei ambulanter Entbindung	–	–	● Pauschale von € 250* / \$ 325* / £ 210* je Neugeborenem ohne Kostennachweis bei Vorlage der Geburtsurkunde	● Pauschale von € 500 / \$ 650 / £ 420 je Neugeborenem ohne Kostennachweis bei Vorlage der Geburtsurkunde
Akupunktur (Nadeltechnik), Homöopathie, Osteopathie, Chiropraktik und Traditionelle Chinesische Medizin	–	● bis zu € 1.000* / \$ 1.300* / £ 840*	● bis zu € 2.500* / \$ 3.250* / £ 2.100*	● bis zu € 5.000 / \$ 6.500 / £ 4.200
Sprachtherapie	–	–	● im Falle der Leistungszusage*	● im Falle der Leistungszusage
Psychiatrische Leistungen	–	● bis zu € 1.000* / \$ 1.300* / £ 840* im Falle der Leistungszusage Wartezeit von 10 Monaten	● bis zu € 5.000* / \$ 6.500* / £ 4.200* im Falle der Leistungszusage Wartezeit von 10 Monaten	● im Falle der Leistungszusage Wartezeit von 10 Monaten
Ambulante Psychotherapie	–	–	● bis zu 10 Sitzungen* im Falle der Leistungszusage Wartezeit von 10 Monaten	● bis zu 20 Sitzungen im Falle der Leistungszusage Wartezeit von 10 Monaten
Arznei- und Verbandmittel	–	● es gilt der Höchstbetrag für ambulante Leistungen	● es gilt der Höchstbetrag für ambulante Leistungen	●
Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel	–	● bis zu € 50* / \$ 65* / £ 42*	● bis zu € 75* / \$ 97.50* / £ 63*	● bis zu € 100 / \$ 130 / £ 84
Physiotherapie, inklusive Massagen	–	● bis zu 15 Sitzungen*	● bis zu 20 Sitzungen*	●
Therapien, inklusive Ergotherapie, Lichttherapie, Hydrotherapie, Inhalation, Packungen, medizinische Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie	–	–	● bis zu 10 Sitzungen*	●

* es gilt der Höchstbetrag für ambulante Leistungen

Die genannten Beträge gelten – soweit nicht anders festgelegt – pro Person und Versicherungsjahr.

Leistungen	Essential	Classic	Plus	Top
Hilfsmittel	–	● bis zu € 1.000* / \$ 1.300* / £ 840*	● bis zu € 2.000* / \$ 2.600* / £ 1.680*	●
Schutzimpfungen und Immunisierungen	–	–	● bis zu € 250* / \$ 325* / £ 210*	●
Sehhilfen, inklusive Sehtest	–	–	● bis zu € 150* / \$ 195* / £ 126*	● bis zu € 250 / \$ 325 / £ 210
Transport zum nächsterreichbaren geeigneten <i>Arzt oder Krankenhaus</i> zur Erstversorgung nach einem <i>Unfall</i> oder <i>Notfall</i>	●	●	●	●
Unfruchtbarkeitsbehandlung	–	–	● 50 %* bis zu € 2.000* / \$ 2.600* / £ 1.680* versichertem Paar über die gesamte Lebensdauer <i>Wartezeit 24 Monate</i>	● 50 % bis zu € 10.000 / \$ 13.000 / £ 8.400 versichertem Paar über die gesamte Lebensdauer <i>Wartezeit 24 Monate</i>

* es gilt der *Höchstbetrag für ambulante Leistungen*
Die genannten Beträge gelten – soweit nicht anders festgelegt – pro Person und *Versicherungsjahr*.

4.6 Leistungsübersicht: Zahnärztliche Heilbehandlung

Leistungen	Essential	Classic	Plus	Top
Allgemeine zahnärztliche Leistungen				
Zwei zahnärztliche Kontrollen oder Untersuchungen pro Versicherungsjahr	–	–	●	●
Röntgenuntersuchung	–	–	●	●
Zahnsteinentfernung und Polieren	–	–	●	●
Leistungen bei Mundschleimhaut und Zahnfleischerkrankungen	–	● nur Schmerz- behandlung	●	●
Einfache Füllungen	–	● nur Schmerz- behandlung	●	●
Chirurgische Leistungen, Extraktionen, Wurzelkanalbehandlungen	–	● nur Schmerz- behandlung	●	●
Nachtschiene	–	–	●	●
<i>Zahnärztliche Leistungen nach einem Unfall</i>	–	●	●	●
Umfassende zahnärztliche Leistungen	–	–	● Erstattung nach- folgender Leistungen bis zu € 2.000/ \$ 2.600 / £ 1.680 Wartezeit von 10 Monaten	● Erstattung nach- folgender Leistungen bis zu € 5.000/ \$ 6.500 / £ 4.200 Wartezeit von 10 Monaten
Zahnersatz (z.B. Prothesen, Brücken und Kronen, Inlays)	–	–	●	●
<i>Implantologische Leistungen</i>	–	–	● bis zu vier Implantate pro Kiefer und den darauf zu befestigenden Zahnersatz	● bis zu vier Implantate pro Kiefer und den darauf zu befestigenden Zahnersatz
Kieferorthopädische Leistungen	–	–	●	●
Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien	–	–	●	●
<i>Heil- und Kostenplan</i>	–	–	●	●

Die genannten Beträge gelten – soweit nicht anders festgelegt – pro Person und Versicherungsjahr.

4.7 Leistungsübersicht: Medizinische Assistance

Leistungen	Essential	Classic	Plus	Top
24-stündiger Telefon- und E-Mail- Service mit erfahrenen Beratern, <i>Ärzten</i> und Fachärzten	●	●	●	●
Medizinischer Kranken- und <i>Rücktransport</i>	●	●	●	●
Informationen über die medizinische Infrastruktur (ärztliche Versorgung vor Ort und Benennung mehrsprachiger <i>Ärzte</i>)	●	●	●	●
Betreuung und Information (durch unseren ärztlichen Dienst, <i>Second Opinion</i> , Beobachtung des Krankheitsverlaufs)	●	●	●	●
Kostenübernahmegarantie (Vorbereitung des Krankenhausaufenthalts)	●	●	●	●
Überführung der sterblichen Überreste	● bis zu € 2.500/ \$ 3.250/ £ 2.100	● bis zu € 5.000/ \$ 6.500/ £ 4.200	● bis zu € 7.500/ \$ 9.750/ £ 6.300	● bis zu € 10.000/ \$ 13.000/ £ 8.400
Zusätzliche, medizinisch sinnvolle Unterstützung (Informationen über Art, mögliche Ursachen und Heilbehandlungsmöglichkeiten der Erkrankung)	●	●	●	●
Online Service	●	●	●	●

Die genannten Beträge gelten – soweit nicht anders festgelegt – pro Person und *Versicherungsjahr*.

4.8 Leistungsübersicht: Zusätzliche Assistance

Leistungen	Essential	Classic	Plus	Top
Organisation von Krankenbesuchen für Angehörige	–	–	● bis zu € 1.500/ \$ 1.950/ £ 1.260	● bis zu € 3.000/ \$ 3.900/ £ 2.520
Verzögerung der Rückreise	–	–	● bis zu € 2.000/ \$ 2.600/ £ 1.680	● bis zu € 2.000/ \$ 2.600/ £ 1.680
Beschaffung und Versand lebensnotwendiger Medikamente	–	–	●	●
Organisation von <i>Rücktransport</i> oder Betreuung von Kindern	–	–	–	●
Hilfe bei eventuell durch den Auslandsaufenthalt entstandenen psychischen Problemen	–	–	● Psychologische und therapeutische Maßnahmen via Telefon bis zu drei Anrufe	● Psychologische und therapeutische Maßnahmen via Telefon bis zu fünf Anrufe
Dokumentendepot (Hinterlegung, Hilfe bei Ersatzbeschaffung)	–	–	–	●
Vermittlung von Hilfe bei rechtlichen Schwierigkeiten	–	–	–	●
Vermittlung eines interkulturellen Trainings (Informationen über die Kultur vor Ort usw.)	–	–	–	●

4.9 Leistungsbeschreibung

Die in 4.9 beschriebenen Leistungen können je nach gewählter Tarifstufe abweichen oder nicht versichert sein.

Stationäre Leistungen

Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer

Bei stationärem Behandlungsbedarf – einschließlich vor- und nachstationärer sowie tagesklinischer (teilstationärer) *Heilbehandlung* – müssen Sie ein im Behandlungsland anerkanntes *Krankenhaus* aufsuchen. Das *Krankenhaus* muss unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über geeignete diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und vollständige Krankengeschichten führen. Leistungen werden für die Dauer der medizinisch notwendigen stationären *Heilbehandlung* bis zum *Jahreshöchstbetrag* gewährt.

Unterkunft und Verpflegung bedeutet Standardunterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer, wie im Leistungskatalog ausgewiesen. Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für jede Art von Komfort- und Deluxe- Zimmern sowie Suiten.

Vor oder bei der Aufnahme in ein *Krankenhaus* müssen Sie oder die *versicherte Person* den auf Ihrer *Globality Service Card* ausgewiesenen und für Sie zuständigen *Globalite* kontaktieren. Die Nichtbefolgung kann dazu führen, dass die Leistungsansprüche nicht in voller Höhe erstattet werden.

Ärztliche Beratung und Diagnoseleistungen inklusive Pathologie, Radiologie, CT, MRT, PET und Palliativmedizin

Erstattungsfähig sind alle im Rahmen einer als medizinisch notwendig erachteten stationären *Heilbehandlung* anfallenden Aufwendungen für Untersuchung, Diagnostik und Therapie. Erstattungsfähig sind unter anderem auch Aufwendungen für Pathologie, Radiologie, Computertomographie (CT), Magnetresonanztomographie (MRT), Positronenemissionstomographie (PET) und Palliativmedizin.

Krankenhauskosten, inklusive Operationssaal, Anästhesie, Intensivstation und Labor

Diese sind definiert als zusätzlich anfallende Kosten für die Nutzung spezieller Einrichtungen wie Operationssaal, Intensivstation und Labor.

Operationen und Anästhesie

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die in diesem Zusammenhang erforderlichen Leistungen, zum Beispiel ärztliche Leistungen, Anästhesie und die Nutzung von Spezialeinrichtungen, sofern diese unter fachärztlicher Leitung stehen. Ebenfalls erstattungsfähig sind Aufwendungen für eine stationersetzende ambulante Operation.

Stationersetzende ambulante Operationen

Geplante Eingriffe, die normalerweise stationär durchgeführt werden, für die auch die Möglichkeit einer ambulanten Durchführung besteht. Ausgeschlossen hiervon sind kleinere Operationen, Operationen der Stufe 1 (jegliche invasive Operationsmethode mit deren Hilfe lediglich Haut oder Schleimhaut und Bindegewebe entfernt wird) und invasive Operationsmethode zur Beschaffung von Gewebeproben oder Körperflüssigkeiten (wie z.B. Biopsien oder Darmspiegelungen).

Arznei- und Verbandmittel

Diese müssen von einem *Arzt* oder *Zahnarzt* im *Krankenhaus* anlässlich einer stationären *Heilbehandlung* verordnet werden und *Arzneimittel* außerdem aus der Apotheke, Krankenhausapotheke oder von einer anderen behördlich zugelassenen Abgabestelle bezogen werden.

Physiotherapie, inklusive Massagen

Physiotherapie und Massagen müssen von einem Krankenhausarzt im Rahmen einer stationären *Heilbehandlung* verordnet werden. Außerdem müssen sie von einem *Arzt* oder anerkanntem Therapeuten durchgeführt werden. Die Verordnung muss vor Beginn der *Heilbehandlung* ausgestellt worden sein und Diagnose, Art und Anzahl der Maßnahmen enthalten.

Therapien, inklusive Ergotherapie, Lichttherapie, Hydrotherapie, Inhalationen, Packungen, medizinische Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie

Diese physikalisch-medizinischen Leistungen müssen von einem Krankenhausarzt im Rahmen einer stationären *Heilbehandlung* verordnet und außerdem von einem *Arzt* oder anerkanntem Therapeuten durchgeführt werden. Die Verordnung muss vor Beginn der *Heilbehandlung* ausgestellt worden sein und Diagnose, Art und Anzahl der Maßnahmen enthalten.

Hilfsmittel im Rahmen einer stationären Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für diejenigen Hilfsmittel, die als lebenserhaltende Maßnahme dienen oder körperliche Behinderungen unmittelbar mildern bzw. ausgleichen sollen, beispielsweise Herzschrittmacher, Kunstglieder und Prothesen (ausgenommen Zahnprothesen).

Sie müssen während des stationären Aufenthalts angepasst werden und im oder am Körper verbleiben. Aufwendungen für die Reparatur von Hilfsmitteln sind im Versicherungszeitraum und im Rahmen der vorstehenden Regelungen erstattungsfähig.

Leistungen bei Schwangerschaft und Entbindung, Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers im Krankenhaus

Wir übernehmen die erstattungsfähigen Aufwendungen für die Entbindung in einem *Krankenhaus*, einem Entbindungsheim oder einer vergleichbaren Einrichtung sowie die Aufwendungen für häusliche Pflege oder *hauswirtschaftliche Versorgung*, die sich aus der Schwangerschaft oder einer schwangerschaftsbedingten Erkrankung ergeben, sowie für die Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers.

Eine *Wartezeit* von 12 Monaten gilt für *Versicherungsverträge* mit zwei oder mehr versicherten Erwachsenen. Eine *Wartezeit* von 24 Monaten gilt für *Versicherungsverträge* mit nur einem versicherten Erwachsenen.

Unabhängig von der Anzahl der versicherten Erwachsenen und dem Datum des Versicherungsbeginns des Versicherten gilt für jedes einzelne Mitglied eine *Wartezeit* von 12 Monaten.

Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen

Wir übernehmen die erstattungsfähigen Aufwendungen im Zusammenhang mit Frühgeburt, Fehlgeburt, medizinisch indiziertem Schwangerschaftsabbruch, Totgeburt, Eileiterschwangerschaft, Blasenmole, Kaiserschnittentbindung, postpartalen Blutungen, Plazentaretention und Komplikationen, die sich aus diesen Krankheitsbildern ergeben.

Eine *Wartezeit* von 12 Monaten gilt für *Versicherungsverträge* mit zwei oder mehr versicherten Erwachsenen. Eine *Warte-*

zeit von 24 Monaten gilt für *Versicherungsverträge* mit nur einem versicherten Erwachsenen.

Neugeborenenpflege

Routine- oder akute *Heilbehandlungen* bei Neugeborenen innerhalb von 30 Tagen nach der Geburt sind ausschließlich durch die Neugeborenenklausel in der Versicherung des Kindes abgedeckt. Komplikationen, die bei einer künstlichen Befruchtung oder bei der Geburt entstehen, darunter auch Früh- und Mehrlingsgeburten, sind von diesen Leistungen ausgeschlossen. *Angeborene Leiden* bei Neugeborenen werden im Rahmen der Leistung „*Angeborene Leiden*“ der Versicherung des Neugeborenen abgedeckt.

Neugeborene sind ohne *Wartezeiten* ab dem Moment ihrer Geburt versichert, sofern die biologische Mutter am Tage der Geburt seit mindestens sechs aufeinander folgenden Monaten nach Tarif Globality YouGenio® World versichert ist und wir den *Antrag* auf Versicherung des Neugeborenen innerhalb von zwei Monaten erhalten.

Befindet sich die biologische Mutter noch innerhalb der *Wartezeiten* für Leistungen bei Schwangerschaft und Entbindung werden Leistungen hierfür nicht erstattet. Für Neugeborenenpflege besteht jedoch Versicherungsschutz so lange die oben genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

Ist die biologische Mutter am Tage der Geburt nicht seit mindestens sechs aufeinander folgenden Monaten nach Tarif Globality YouGenio® World versichert und erhalten wir den *Antrag* auf Versicherung nicht innerhalb von zwei Monaten besteht kein Versicherungsschutz für Neugeborene ohne Risikoprüfung.

Geht der *Antrag* auf Versicherung später als 2 Monate nach der Geburt bei uns ein, tritt der Versicherungsschutz für das Neugeborene frühestens ab dem Tag ein, an dem die Benachrichtigung bei uns eingeht.

Wird die Geburt nach der 2-Monats-Frist angezeigt, kann aufgrund einer Risikoprüfung ein versicherungsmedizinischer Zuschlag von maximal 100 % auf den Tarifbeitrag erhoben werden.

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

Im Fall eines adoptierten, minderjährigen Kindes wird eine individuelle versicherungsmedizinische Risikoprüfung durchgeführt. Aus versicherungsmedizinischen Gründen kann im Anschluss an die Risikoprüfung ein Zuschlag von maximal 500 % auf den Tarifbeitrag erhoben werden.

Angeborene Leiden

Wir übernehmen die erstattungsfähigen Aufwendungen für alle bei der Geburt vorhandenen Störungen oder Erkrankungen, Anomalien, Geburtsfehler, für Frühgeburtlichkeit und Fehlbildungen einschließlich damit in Zusammenhang stehender Erkrankungen, unabhängig vom Vorliegen einer Diagnose.

Krebstherapie, onkologische Arzneimittel und Heilbehandlung, inklusive wiederherstellender Chirurgie nach Brustkrebs

Wir übernehmen die erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztliche *Heilbehandlung*, diagnostische Untersuchungen, Strahlentherapie, Krebstherapie, *Arzneimittel* und Krankenhauskosten im Rahmen einer stationären *Heilbehandlung* sowie die Aufwendungen für Wiederherstellungsoperationen nach Brustkrebs.

Dialyse

Wir übernehmen die erstattungsfähigen Aufwendungen für *Dialyse*, alle notwendigen Medikamente und alle weiteren damit verbundenen Kosten bis zum Höchstbetrag über die gesamte Lebensdauer. Erstattungsfähige Aufwendungen beinhalten stationäre, ambulante und tagesklinische *Heilbehandlungen*.

Knochenmark- und Organtransplantationen im Rahmen einer stationären Heilbehandlung

Bei einer Knochenmark- bzw. Organtransplantation (zum Beispiel Herz, Niere, Leber und Bauchspeicheldrüse) übernehmen wir die erstattungsfähigen Aufwendungen sowohl für den Empfänger als auch für den Spender des Transplants. Als erstattungsfähige Aufwendungen gelten dabei die mit der Organbeschaffung für den Organspender verbundenen Kosten, die Kosten für den Transport des Organs zum Erkrankten sowie die Aufwendungen für eine evtl. stationäre

Mitaufnahme des Spenders, nicht jedoch für die Suche nach einem Organ oder einem geeigneten Spender.

Psychiatrische Leistungen

Wir erstatten die Aufwendungen für eine stationäre psychiatrische *Heilbehandlung*, wenn wir der Erstattung dieser Kosten vor Beginn der *Heilbehandlung* schriftlich zugestimmt haben.

Es besteht eine *Wartezeit* von 10 Monaten.

Stationäre Psychotherapie

Wir erstatten die Kosten einer stationären Psychotherapie nur dann, wenn die *Heilbehandlung* von einem Psychiater, einem Psychotherapeuten oder einem auf dem Gebiet der Psychiatrie, Psychotherapie oder Psychoanalyse entsprechend weitergebildeten Facharzt durchgeführt wird. Auch hier müssen wir der Übernahme dieser Kosten vor Beginn der *Heilbehandlung* schriftlich zugestimmt haben.

Es besteht eine *Wartezeit* von 10 Monaten.

Mitaufnahme eines Elternteils bei stationärer Heilbehandlung eines minderjährigen Kindes

Bei einem Kind unter 18 Jahren erstatten wir die Mehraufwendungen für die Mitaufnahme eines Elternteils.

Häusliche Krankenpflege und hauswirtschaftliche Versorgung anstelle eines Krankenhausaufenthalts

Wir übernehmen die erstattungsfähigen Aufwendungen für eine medizinisch notwendige häusliche Krankenpflege und die *hauswirtschaftliche Versorgung* durch geeignete, zur Pflegekraft ausgebildete Personen als Ersatz für einen ärztlich angeratenen Krankenhausaufenthalt bzw. zur Abkürzung eines solchen. Die häusliche Krankenpflege erfolgt ergänzend zur ärztlichen *Heilbehandlung* und ist zusätzlich zu dieser erstattungsfähig. Allerdings werden diese Aufwendungen nur erstattet, wenn wir vor Beginn der *Heilbehandlung* eine schriftliche Leistungszusage erteilt haben.

Ersatz-Krankenhaustagegeld

Ein *Ersatz-Krankenhaustagegeld* wird bis zur Höhe des im Leistungskatalog ausgewiesenen Betrags für jede versicherte *stationäre Heilbehandlung* gezahlt, die Sie tatsächlich erhalten haben, für die aber keine Kostenerstattung bei uns beansprucht wurde.

Stationäre Anschlussrehabilitation

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für stationäre *Anschlussrehabilitationen*, die der Weiterführung einer medizinisch notwendigen stationären *Heilbehandlung* (zum Beispiel nach Bypass-Operation, Herzinfarkt, Organtransplantation sowie Operationen an großen Knochen oder Gelenken) dienen, sofern *wir* dies vorher schriftlich zugesagt haben. Die *Anschlussrehabilitation* muss grundsätzlich innerhalb von zwei Wochen nach der Entlassung aus dem *Krankenhaus* angetreten werden.

Hospiz

Wir erstatten die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung, Krankenpflege und -begleitung, sofern keine ambulante Versorgung im eigenen Haushalt oder im Haushalt eines Angehörigen möglich ist und unter der Voraussetzung, dass das *Hospiz*:

- mit palliativmedizinisch erfahrenen Pflegekräften und *Ärzten* zusammenarbeitet und
- unter der fachlichen Aufsicht einer Krankenschwester, eines Krankenpflegers oder einer anderen fachlich qualifizierten Person steht, die über mehrjährige Erfahrung in der palliativmedizinischen Pflege oder über eine entsprechende Weiterbildung verfügt und eine Weiterbildung zur verantwortlichen Pflegefachkraft oder für leitende Funktionen nachweisen kann. Die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung, Krankenpflege und Krankenzugleitung werden entsprechend dem Gesundheitszustand des Patienten für maximal sieben Wochen erstattet. Voraussetzung für die Gewährung von Leistungen für eine voll- oder teilstationäre Hospizversorgung ist, dass die *versicherte Person* an einer Krankheit leidet, die:
- progredient (d.h. fortschreitend, sich verschlimmernd) verläuft und bereits ein fortgeschrittenes Stadium erreicht hat;
- unheilbar ist, sodass eine stationäre palliativmedizinische Betreuung erforderlich ist, und
- bei der eine Lebenserwartung von nur wenigen Wochen oder Monaten besteht.

Hospizleistungen werden unter anderem bei folgenden Krankheitsbildern gewährt:

- Krebserkrankung im fortgeschrittenen Stadium,
- Vollbild der Infektionskrankheit *AIDS*,
- Erkrankungen des Nervensystems mit unaufhaltsam fortschreitenden Lähmungen,

- Endstadium einer chronischen Nieren-, Leber-, Herz-, Magen-Darm- oder Lungenkrankheit.

Tagesklinische (teilstationäre) Heilbehandlung

Als teilstationär bezeichnet man die *Heilbehandlung* in einem *Krankenhaus* ohne Übernachtung. Die Länge des Aufenthalts im *Krankenhaus* beträgt hierbei zwischen acht und 24 Stunden.

Transport zum nächsterreichbaren geeigneten Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Unfall oder Notfall

Wir erstatten die vertretbaren Kosten des Transports zum nächsterreichbaren geeigneten *Krankenhaus* bzw. zur nächsterreichbaren geeigneten medizinischen Einrichtung.

Krankentransport und Rücktransport in das Aufenthaltsland

Wir übernehmen die Kosten für ein Beförderungsmittel (Bahnfahrt 1. Klasse, Flug Economy Class) bis zu dem im Leistungskatalog ausgewiesenen Höchstbetrag – allerdings nur bei vorheriger Einschaltung des für *Sie* zuständigen *Globalite*.

Ambulante Heilbehandlung

Höchstbetrag für ambulante Leistungen

Dies ist der Höchstbetrag, den *wir* für alle ambulanten Leistungen insgesamt, pro Person, pro Versicherungsjahr aus dem vereinbarten Versicherungstarif bezahlen, sofern im Leistungskatalog nicht anders ausgewiesen.

Ärztliche Beratung und Diagnoseleistungen, inklusive Pathologie, Radiologie, CT, MRT, PET und Palliativmedizin

Erstattungsfähig sind alle im Rahmen einer medizinisch notwendigen stationären *Heilbehandlung* anfallenden Aufwendungen für Untersuchung, Diagnostik und Therapie. Erstattungsfähig sind unter anderem auch Aufwendungen für Pathologie, Radiologie, Computertomographie (CT), Magnetresonanztomographie (MRT), Positronenemissionstomographie (PET) und Palliativmedizin.

Ambulante Operationen

Ambulante Eingriffe, die in einer Arztpraxis oder in einem *Krankenhaus* durchgeführt werden können, bei denen aber keine Übernachtung und im Anschluss kein stationärer Aufenthalt im *Krankenhaus* erforderlich ist.

Krebstherapie, onkologische Arzneimittel und Heilbehandlung

Die erstattungsfähigen Aufwendungen umfassen alle für die Untersuchung, Diagnostik und Therapie erforderlichen Maßnahmen im Rahmen der ambulanten ärztlichen *Heilbehandlung*, Krebstherapie sowie anderen onkologischen Leistungen.

Gesundheitschecks (Vorsorgeuntersuchungen)

Routinemäßige Gesundheitschecks sind Untersuchungen oder Screeningtests, die durchgeführt werden, ohne dass klinische Symptome vorliegen.

Diese Tests, die dem Alter gemäß zur Erkennung von Störungen oder Krankheiten durchgeführt werden, umfassen folgende Untersuchungen:

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

Leistungen bei Schwangerschaft und Entbindung, Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers

Wir übernehmen die erstattungsfähigen Aufwendungen, die sich aus einer Schwangerschaft oder einer schwangerschaftsbedingten Erkrankung ergeben, inklusive (routinemäßiger) Vorsorgeuntersuchungen, Entbindung und Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers. Dies schließt bei Frauen über 35 Jahren auch eine Amniozentese und eine Nackentransparenzmessung ein. Andere genetische Tests werden jedoch nicht erstattet.

Eine *Wartezeit* von 12 Monaten gilt für *Versicherungsverträge* mit zwei oder mehr versicherten Erwachsenen. Eine *Wartezeit* von 24 Monaten gilt für *Versicherungsverträge* mit nur einem versicherten Erwachsenen.

Unabhängig von der Anzahl der versicherten Erwachsenen und dem Datum des Versicherungsbeginns des Versicherten gilt für jedes einzelne Mitglied eine *Wartezeit* von 12 Monaten.

Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen

Wir übernehmen die erstattungsfähigen Aufwendungen im Zusammenhang mit Frühgeburt, Fehlgeburt, medizinisch indiziertem Schwangerschaftsabbruch, Totgeburt, Eileiterschwangerschaft, Blasenmole, Kaiserschnittentbindung, postpartalen Blutungen, Plazentaretention und Komplikationen, die sich aus diesen Krankheitsbildern ergeben.

Eine *Wartezeit* von 12 Monaten gilt für *Versicherungsverträge* mit zwei oder mehr versicherten Erwachsenen. Eine *Wartezeit* von 24 Monaten gilt für *Versicherungsverträge* mit nur einem versicherten Erwachsenen.

Pauschalzahlung bei ambulanter Entbindung

Eine ambulante Entbindung liegt bei einer Hausgeburt vor oder wenn die Wöchnerin das *Krankenhaus*, das Entbindungsheim oder eine vergleichbare Einrichtung innerhalb von 24 Stunden nach der Niederkunft verlässt. Die Entbindungspauschale gewähren *wir* bei Vorlage der Geburtsurkunde je Neugeborenes und gegebenenfalls bei Vorlage einer Bescheinigung des Leistungserbringers über die Aufenthaltsdauer in der jeweiligen Einrichtung.

Akupunktur (Nadeltechnik), Homöopathie, Osteopathie, Chiropraktik und Traditionelle Chinesische Medizin

Wir übernehmen die erstattungsfähigen Aufwendungen nur dann, wenn die *Heilbehandlung* durch *Ärzte* oder andere *Behandler* erfolgt, die eine entsprechende im Behandlungsland anerkannte Ausbildung nachweisen können und dort zur Ausübung der *Heilbehandlung* berechtigt sind. Darüber hinaus werden die Kosten für die von diesen *Ärzten* oder *Behandlern* im Rahmen der *Heilbehandlung* verordneten Arznei- und *Verbandmittel* erstattet.

Sprachtherapie

Bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen übernehmen *wir* die erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztlich verordnete Übungsbehandlungen und Therapien, sofern die *Heilbehandlung* von einem *Arzt* oder Logopäden/Sprachheiltherapeuten durchgeführt wird. Für genannte *Heilbehandlung* leisten *wir* nur dann, wenn *wir* die Kostenerstattung vor Beginn der *Heilbehandlung* schriftlich zugesagt haben.

Psychiatrische Leistungen

Wir erstatten die Aufwendungen für eine ambulante psychiatrische *Heilbehandlung*, sofern wir der Erstattung dieser Kosten vor Beginn der *Heilbehandlung* schriftlich zugestimmt haben.

Es besteht eine *Wartezeit* von 10 Monaten.

Ambulante Psychotherapie

Voraussetzung für die Erstattung der Kosten für eine ambulante Psychotherapie ist, dass die *Heilbehandlung* von einem Psychiater, einem Psychotherapeuten oder einem auf dem Gebiet der Psychiatrie, Psychotherapie oder Psychoanalyse entsprechend weitergebildeten Facharzt durchgeführt wird. Zudem erstatten wir diese Aufwendungen nur dann, wenn wir der Kostenerstattung vor Beginn der Behandlung schriftlich zugestimmt haben.

Es besteht eine *Wartezeit* von 10 Monaten.

Arznei- und Verbandmittel

Arznei- und *Verbandmittel* müssen von einem Arzt oder Zahnarzt verordnet worden sein. Die *Arzneimittel* müssen außerdem aus einer Apotheke oder von einer anderen behördlich zugelassenen Abgabestelle bezogen werden.

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel

Nicht verschreibungspflichtige *Arzneimittel* können Sie ohne ärztliches Rezept erwerben; gewöhnlich werden sie zur Behandlung der Symptome häufig auftretender Krankheiten angewendet, deretwegen Sie nicht unbedingt einen Arzt aufsuchen müssen.

Physiotherapie, inklusive Massagen

Hierbei handelt es sich um physikalisch-medizinische Leistungen (Physiotherapie und Bewegungstherapie, Massagen), die verordnet werden müssen. Außerdem müssen sie von einem Arzt bzw. anerkannten Therapeuten durchgeführt werden. Die Verordnung muss vor Beginn der *Heilbehandlung* ausgestellt worden sein und Diagnose, Art und Anzahl der erforderlichen Maßnahmen enthalten.

Therapien, inklusive Ergotherapie, Lichttherapie, Hydrotherapie, Inhalationen, Packungen, medizinische Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie

Hierbei handelt es sich um physikalisch-medizinische Leistungen (Ergotherapie, Lichttherapie, *Hydrotherapie*, Inhalationen, Packungen, medizinische Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie und Bewegungstherapie), die verordnet werden müssen. Außerdem müssen sie von einem Arzt bzw. anerkannten Therapeuten durchgeführt und vom Arzt im Rahmen der ambulanten *Heilbehandlung* verordnet werden. Die Verordnung muss vor Beginn der *Heilbehandlung* ausgestellt worden sein und Diagnose, Art und Anzahl der erforderlichen Maßnahmen enthalten.

Hilfsmittel

Hilfsmittel müssen von einem Arzt verordnet sein. Erstattungsfähig sind Aufwendungen für künstliche Glieder und künstliche Organe sowie orthopädische und andere Hilfsmittel, die dazu dienen, körperlichen Behinderungen vorzubeugen oder sie zu mildern.

Als Hilfsmittel im Rahmen der ambulanten *Heilbehandlung* gelten: Bandagen, Bruchbänder, Einlagen zur Fußkorrektur, Gehhilfen, Hörgeräte, Kompressionsstrümpfe, Korrekturschienen, Kunstglieder und Prothesen (ausgenommen Zahnprothesen), Liege- und Sitzschalen, orthopädische Arm-, Bein- sowie Rumpfstützapparate.

Für die folgenden Hilfsmittel erstatten wir die Aufwendungen nur, wenn wir zuvor eine schriftliche Leistungszusage erteilt haben: Krankenfahrstühle, Herz- und Atemmonitorgeräte, Infusionspumpen, Inhalationsgeräte, Sauerstoffgeräte und Überwachungsmonitore für Neugeborene sowie Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf).

Alle anderen Mittel gelten nicht als Hilfsmittel.

Schutzimpfungen und Immunisierungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Schutzimpfungen und *Prophylaxemaßnahmen*, soweit sie für Ihr jeweiliges *Aufenthaltsland* empfohlen werden; darunter fallen auch die Arztkosten für die Verabreichung des Impfstoffs sowie die Kosten für den Impfstoff selbst.

Sehhilfen, inklusive Sehtest

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Brillenfassungen und Brillengläser sowie Kontaktlinsen und eine Refraktionsbestimmung pro Versicherungsjahr.

Transport zum nächsterreichbaren geeigneten Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Unfall oder Notfall

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für einen Notfalltransport zum nächsterreichbaren geeigneten Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Unfall oder Notfall.

Unfruchtbarkeitsbehandlung

Im Rahmen der vereinbarten Leistungen tragen wir die Kosten für folgende Diagnosetests und Behandlungen zur Erhöhung der Fruchtbarkeit sowie zur Vermeidung künftiger Fehlgeburten, Untersuchungen von Fehlgeburten und künstlicher Befruchtung und von damit verbundenen Komplikationen:

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

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

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

Es besteht eine Wartezeit von 24 Monaten.

Zahnärztliche Leistungen

Allgemeine zahnärztliche Leistungen

- zwei zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen pro Versicherungsjahr
- Röntgenuntersuchung
- Zahnsteinentfernung und Polieren
- Behandlung von Mundschleimhaut- und Zahnfleischerkrankungen
- alle einfachen Füllungen – entweder Amalgam (silber) oder Kunststoff (weiß)
- Wurzelkanalbehandlungen
- Anästhesiekosten
- Chirurgie einschließlich präoperativer und postoperativen Behandlungen
- Extraktionen
- Nachtschiene
- zahnärztliche Leistungen nach einem Unfall

Umfassende zahnärztliche Leistungen

Umfassende zahnärztliche Leistungen schließen folgende Arten von komplexeren Maßnahmen und Heilbehandlungen ein.

- Zahnersatz (Prothesen, Brücken und Kronen)
- Inlays (Gold, Porzellan), inklusive zahntechnische Laborarbeiten und Materialien
- Auflagefüllungen (Onlays)
- Implantate
- Kieferorthopädische Behandlung für ein Kind vor dem 18. Geburtstag, inklusive Metallbrackets, Retainer und Heil- und Kostenplan.
- zahntechnische Laborarbeiten und Materialien
- Heil- und Kostenplan

Für die umfassenden zahnärztlichen Leistungen besteht eine Wartezeit von 10 Monaten.

Zahnärztliche Leistungen nach einem Unfall

Werden Leistungen für zahnärztliche Heilbehandlungen infolge eines Unfalls erforderlich, so entfallen hierfür sämtliche Höchstbeträge. Der Unfall muss uns durch einen Arzt oder Polizeibericht nachgewiesen werden.

Es fallen keine Wartezeiten an.

Assistance-Leistungen

Tritt ein Versicherungsfall oder *Notfall* ein können *Sie* und jede andere *versicherte Person* die Leistungen unseres weltweit tätigen *Globalites*® Netzwerks von Gesundheitsspezialisten, je nach Art und Umfang des von *Ihnen* gewählten Versicherungsschutzes, in Anspruch nehmen.

Das *Globalites*® Netzwerk bietet als Teil des Versicherungsschutzes einen umfangreichen Katalog an Serviceleistungen an, um *Sie* während *Ihres* Auslandsaufenthalts (gilt nur für versicherte Leistungen) zu unterstützen.

Diese Serviceleistungen bieten *wir Ihnen* 24 Stunden am Tag, 7 Tage die Woche, 365 Tage im Jahr an. Wenn *Sie* unsere Hilfe benötigen, erreichen *Sie* uns jederzeit, Tag und Nacht, unter der in *Ihren* Versicherungsunterlagen angegebenen Rufnummer.

Sie können diese Assistance-Leistungen bei Eintreten eines Versicherungsfalles oder eines *Notfalls* je nach gewählter Tarifstufe jederzeit in Anspruch nehmen. Sobald die Versicherung nach Tarif Globality YouGenio® World endet, erlischt auch *Ihr* Anspruch auf diese Serviceleistungen (siehe hierzu 2.7, 2.8 und 2.9).

24-stündiger Telefon- und E-Mail-Service mit erfahrenen Beratern, Ärzten und Fachärzten

Wenn *Sie* Hilfe von unserem Team, unseren Assistenten oder *Ärzten*, die alle mehrere Sprachen sprechen, benötigen, sind *wir* 24 Stunden am Tag, 7 Tage in der Woche, 365 Tage im Jahr telefonisch oder per E-Mail für *Sie* erreichbar.

Medizinischer Kranken- und Rücktransport

Unser Leistungsumfang im Hinblick auf Krankentransporte ist in 4.7 und 4.8 geregelt. Darüber hinaus haben *Sie* und jede andere *versicherte Person* bei unzureichender stationärer medizinischer Versorgung im jeweiligen *Aufenthaltsland* auch Anspruch auf grenzüberschreitenden Krankentransport. In diesem Fall unterliegt die Übernahme der Kosten für den Transport eines Patienten aber folgenden Bedingungen:

- Der Kranken- bzw. *Rücktransport* muss durch den behandelnden *Arzt* angeordnet werden und medizinisch notwendig sein.
- *Ihr* zuständiger *Globalite* muss der Kostenerstattung vorher zugestimmt haben.

Nach Rücksprache mit dem für *Sie* zuständigen *Globalite* und dem behandelnden *Arzt* erfolgt der Transport der *versicherten Person* (innerhalb der gewählten *Zielregion*)

- an einen für die *Heilbehandlung* geeigneteren Ort in einem Drittland;
- in das *Aufenthaltsland* der *versicherten Person*, wenn das versicherte Ereignis außerhalb dieses Landes eingetreten ist;
- in das *Ausreise- oder Heimatland* der *versicherten Person*. Falls medizinisch notwendig, organisieren *wir* auch die Transportbegleitung durch einen *Arzt*.

Ein Anspruch besteht lediglich für den Transport zu einem geeigneten Behandlungsort.

Informationen über die medizinische Infrastruktur

Im Versicherungsfall oder in einem *Notfall* erhalten *Sie* von *Ihrem* zuständigen *Globalite* Auskünfte über die Möglichkeiten der ärztlichen Versorgung vor Ort. *Ihr Globalite* wird *Ihnen* auch die Namen der vor Ort zur Verfügung stehenden Deutsch, Englisch, Französisch, Niederländisch oder Spanisch sprechenden *Ärzte* und Krankenhausdienste sowie die Adressen von Krankenhäusern und Spezialkliniken nennen und *Sie* über Verlegungsmöglichkeiten informieren.

Betreuung und Information

Sobald *Sie* vor Ort medizinische Betreuung benötigen, können *Sie* sich telefonisch an *Ihre Globalites*® wenden. Auf Wunsch einer *versicherten Person* kann der zuständige *Globalite* sofern dies technisch möglich ist die Angehörigen der *versicherten Person* darüber informieren, dass ein Versicherungsfall oder ein *Notfall* eingetreten ist.

Außerdem können *Sie* einen zweiten *Arzt* direkt konsultieren oder bei einer lebensbedrohlichen Erkrankung oder schwerwiegenden bleibenden gesundheitlichen Schäden durch den zuständigen *Globalite* eine *Second Opinion* (ärztliche Zweitmeinung) einholen lassen.

Globalites® unterstützt *Sie* im Rahmen einer stationären *Heilbehandlung* auch bei der Aufnahme- und Entlassungsplanung.

Bei stationärer *Heilbehandlung* ist eine Beobachtung des Krankheitsverlaufs sowohl durch *Ärzte* des für *Sie* zuständigen *Globalite* als auch durch die *Assisteure* möglich. Dies gilt auch

für *Heilbehandlungen*, die zur Vermeidung einer stationären Aufnahme ambulant durchgeführt werden.

Kostenübernahmegarantie

Bei einem *Notfall* der eine *stationäre Heilbehandlung* nach sich zieht ist die schnellstmögliche Einschaltung des für Sie zuständigen *Globalite* erforderlich.

Bei einer geplanten stationären *Heilbehandlung* müssen Sie den für Sie zuständigen *Globalite* mindestens 7 Tage vor Aufnahme in das *Krankenhaus* kontaktieren. Dies gilt auch für stationärsersetzende ambulante Operationen. Nur so kann bei einer geplanten stationären *Heilbehandlung* oder bei einer stationären Notfallbehandlung die Regelung einer Kostenübernahmegarantie und/oder die Zahlung eines Vorschusses an die Ärzte bzw. das *Krankenhaus* durch Ihren *Globalite* gewährleistet werden. Dies schließt auch die ärztliche Prüfung der Angemessenheit medizinischer Rechnungen ein.

Darüber hinaus stimmen wir mit dem *Krankenhaus* den Rechnungsversand und die Zahlungsmodalitäten ab und bemühen uns um die Organisation einer Direktabrechnung. In diesem Fall wird Ihr *Globalite* Sie schriftlich oder per E-Mail über die Vorgehensweise informieren.

Wenn Sie oder die versicherte Person es versäumen, Ihren *Globalite* vorab oder, im *Notfall*, unverzüglich einzuschalten, kann dies dazu führen, dass die Leistungsansprüche nicht in voller Höhe erstattet werden.

Überführung der sterblichen Überreste

Soweit die gesetzlichen Bestimmungen dies zulassen, kümmert sich der zuständige *Globalite* um die Todesbescheinigung oder den Unfallbericht. Außerdem:

- stellt Kontakt zu den Behörden und Konsulaten im Ausland her;
- stellt fest, welche Hinterbliebenen zu einer Überführungs- oder Einäscherungsverfügung berechtigt sind, und
- leitet alle Formalitäten für eine Überführung bzw. Einäscherung oder eine Bestattung vor Ort gemäß den Bestimmungen des jeweiligen Landes ein.

Wir erstatten:

- die unmittelbaren Kosten einer Überführung der sterblichen Überreste in das Ausreise- oder Heimatland (einschließlich aller Formalitäten) oder

- bei Einäscherung im Aufenthaltsland die Kosten für die Überführung der Urne in das Ausreise- oder Heimatland.

Nicht übernommen werden die eigentlichen Bestattungskosten.

Zusätzliche, medizinisch sinnvolle Unterstützung

Unabhängig vom Vorliegen eines Versicherungsfalls versorgt Ihr zuständiger *Globalite* Sie und die versicherten Personen zur Vorbereitung Ihrer Reise mit allgemeinen (über das Land, Zollformalitäten) sowie medizinischen Informationen (Impfberatung, ärztliche telefonische Auskünfte) und gibt Tipps zum Inhalt und zur Beschaffung Ihrer Reiseapotheke bzw. Ihres Verbandskastens.

Tritt ein Versicherungsfall ein, erhalten Sie von Ihrem *Globalite* allgemeine Informationen über die Art der Erkrankung, mögliche Ursachen sowie Behandlungsmöglichkeiten und erläutert medizinische Fachbegriffe. Auch für Auskünfte über Medikamente, ihre Neben- und Wechselwirkungen steht Ihnen Ihr *Globalite* zur Verfügung.

Bei ambulanten *Heilbehandlungen* kümmert sich der zuständige *Globalite* um die Koordination und Beobachtung der *Heilbehandlung* und den Heilungsverlauf, gegebenenfalls durch Arzt-zu-Arzt-Gespräche, sowie bei Bedarf um die weitere Betreuung.

Online Service

Sie sind berechtigt unseren Online-Service in Ihrem persönlichen Bereich auf unserer Webseite in Anspruch zu nehmen.

Zusätzliche Assistance

Organisation von Krankenbesuchen für Angehörige

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

Wir übernehmen die Kosten für die Beförderung (Bahnfahrt 1. Klasse, Flug Economy Class) und die Hotelunterbringung (bis zu sieben Tage) bis zu dem im Leistungskatalog ausgewiesenen Höchstbetrag – allerdings nur bei vorheriger Einschaltung des zuständigen *Globalite*.

Verzögerung der Rückreise

Sollte sich *Ihre* Rückreise aus dem *Aufenthaltsland* wegen eines medizinischen *Notfalls* verzögern, der zur Reiseunfähigkeit führt, übernehmen *wir* die durch Umbuchung von Hotels und Flügen entstehenden Mehrkosten bis zu dem im Leistungskatalog ausgewiesenen Höchstbetrag.

Beschaffung und Versand lebensnotwendiger Medikamente

Ist eine *versicherte Person* auf die Versorgung mit lebensnotwendigen Medikamenten angewiesen, die im *Aufenthaltsland* jedoch nicht erhältlich sind, können *Sie* den zuständigen *Globalite* bitten, sich um die Beschaffung und den Versand dieser – gesetzlich zugelassenen – Medikamente zu kümmern, sofern eine solche Einfuhr gesetzlich nicht untersagt ist.

Organisation von Rücktransport oder Betreuung von Kindern

Wenn aufgrund eines medizinischen *Notfalls* eine *stationäre Heilbehandlung* beider Eltern im *Aufenthaltsland* erforderlich werden sollte, übernehmen *wir* für die Dauer der stationären *Heilbehandlung* die Organisation einer Betreuung vor Ort durch einen Kinderbetreuungsdienst. Tritt ein medizinischer *Notfall* beider Eltern mit notwendiger stationärer *Heilbehandlung* während einer Urlaubsreise (maximal 6 Wochen) ein, so haben *Sie* Anspruch auf einen begleiteten *Rücktransport* des Kindes (unter 18 Jahren) in das *Aufenthaltsland*.

Hilfe bei eventuell durch den Auslandsaufenthalt entstandenen psychischen Problemen

Sollte sich für die versicherten Personen aus dem Auslandsaufenthalt eine Konfliktsituation ergeben, bietet *Ihr* zuständige *Globalite* psychologisch-therapeutische Hilfe per Telefon an und vermittelt bei Bedarf eine geeignete Unterstützung vor Ort.

Dokumentendepot (Hinterlegung, Hilfe bei Ersatzbeschaffung)

Kopien von persönlichen Dokumenten (z. B. Reisepass, Personalausweis, Visum, Kreditkarte, Führerschein, Fahrzeugschein, Fahrzeugbrief, Impfausweis, Allergiepass, Geschäftunterlagen bis zu 20 DIN-A4-Seiten) können bei *Ihrem* zuständigen *Globalite* in einem verschlossenen Umschlag mit persönlichem Kennwort hinterlegt werden.

Bei Verlust der Originale erfolgt – unabhängig vom Vorliegen eines Versicherungsfalls – Hilfe bei der Ersatzbeschaffung durch Versand der Kopien an die *versicherte Person* per Post, Kurierdienst oder Telefax. Die Dokumente werden fünf Jahre aufbewahrt, sofern sie nicht durch eine *versicherte Person* aktualisiert werden.

Anspruch auf das Dokumentendepot besteht ausschließlich während des Versicherungszeitraums.

Vermittlung von Hilfe bei rechtlichen Schwierigkeiten

Der zuständige *Globalite* kann *Ihnen* weltweit Rechtsanwälte oder Gutachter nennen, die der englischen, deutschen, französischen, niederländischen oder spanischen Sprache mächtig sind.

Bei Bedarf vermittelt der *Globalite* einen Vorschuss für Rechtsanwaltskosten, Gerichtskosten oder Strafkautions. Er zahlt den Vorschuss nicht selbst aus, sondern stellt den Kontakt zu Banken oder zu Verwandten her und hilft gegebenenfalls beim Geldtransfer.

Vermittlung eines interkulturellen Trainings (Informationen über die Kultur vor Ort usw.)

Damit *Sie* sich auf *Ihren* Auslandsaufenthalt vorbereiten können, kann der zuständige *Globalite* *Ihnen* Spezialanbieter nennen, bei denen *Sie* eine gezielte Schulung für das entsprechende Land oder die Region unter Berücksichtigung von Fragen zum Leben und Arbeiten im Ausland erhalten.

5. Leistungsausschlüsse

Es gibt *Heilbehandlungen* oder Beschwerdebilder (einschließlich der daraus entstehenden Folgen), für die *wir* im Rahmen des *Versicherungsvertrags* nicht leisten, es sei denn, sie sind im Leistungskatalog oder in einer anderen schriftlichen Zusatzvereinbarung zum *Versicherungsvertrag* ausdrücklich erwähnt.

Bade- und Wellnessmassagen

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

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

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

Berufssport

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

Entwicklungsstörungen

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

Entziehungsmaßnahmen inklusive Entziehungskuren

Entgiftungs/-Entzugsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren bei Drogen- und Alkoholabhängigkeit stehen nicht unter Versicherungsschutz. Unbeschadet dessen gewähren *wir* jedoch für eine erstmalige Entgiftungsmaßnahme, für die *Sie* anderweitig keinen Anspruch auf Kostenerstattung geltend machen können, Leistungen, wenn *wir* diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt haben. Die Zusage kann von einer Begutachtung der Erfolgsaussichten durch einen von uns beauftragten *Arzt* abhängig gemacht werden. Bei einer stationären Entgiftungsmaßnahme sind nur die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausgrundleistungen inklusive ärztlicher Leistungen und *Arzneimittel* erstattungsfähig. *Wir* leisten nicht für weitere Behandlungen, die durch schädlichen, gefährlichen oder missbräuchlichen Genuss jeglicher Substanzen wie Alkohol oder Drogen direkt oder indirekt notwendig werden.

Experimentelle Therapien oder Behandlungsverfahren

Kein Versicherungsschutz besteht für jede Art von Behandlung oder medikamentöser Therapie, die nach unserem begründeten Ermessen als experimentell bzw. auf der Grundlage allgemein anerkannter medizinischer Praktiken als unerprobt anzusehen ist.

Genetische Tests

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

Geschlechtsumwandlung

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

Heilbehandlung durch Ehe- bzw. Lebenspartner, Eltern oder Kinder

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

Handlungen oder Reisetätigkeiten entgegen ärztlichem Rat

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

Höhere Gewalt

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

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

Komplikationen durch von der Leistung ausgeschlossene Ereignisse

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

Kosmetische und plastische Chirurgie

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

Krieg und Terrorismus

Der Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf Krankheiten und deren Folgen sowie auf die Folgen von *Unfällen* und auf Todesfälle, die durch vorhersehbare Kriegsereignisse, innere Unruhen oder Straftaten verursacht worden sind, es sei denn, die *versicherte Person* hat ihre Verletzungen als unbeteiligte(r) Dritte(r) erlitten, welcher/welche die Gefahr nicht vorsätzlich oder fahrlässig missachtet hat.

Kein Versicherungsschutz besteht, wenn sich die *versicherte Person* in ein unmittelbar umkämpftes Gebiet begibt oder

Dienstleistungen für eine an den Kampfhandlungen beteiligte Partei erbringt.

Der Leistungsausschluss gilt unabhängig davon, ob ein Krieg erklärt wurde oder nicht. Erlangen die versicherten Personen während ihres Aufenthalts Kenntnis von Krieg, inneren Unruhen oder terroristischen Akten, ohne dass ihr Verweilen aus berechtigtem beruflichen Interesse erforderlich wäre, bezieht sich der Versicherungsschutz ausschließlich auf medizinische Notfallbehandlungen (wie lebensrettende Maßnahmen) und besteht nur so lange, wie es den versicherten Personen unverschuldet nicht möglich ist, das betreffende Land bzw. die Region zu verlassen, längstens jedoch für 28 Tage.

Langzeitpflege und Betreuungsbedarf

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

Leihmutterschaft

Wir leisten nicht für unmittelbar mit Leihmutterschaft in Zusammenhang stehende *Heilbehandlung*, unabhängig davon, ob *Sie* die Leihmutter oder die zukünftigen Eltern sind.

Militärdienstbeschädigungen

Es besteht kein Versicherungsschutz für Krankheiten und *Unfälle* sowie deren Folgen, die in Ausübung eines Militärdienstes verursacht worden sind.

Nichtmedizinische Krankenhauskosten

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

Radioaktive, chemische und biologische Kontamination

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

Rückbildungsgymnastik

Der Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf Rückbildungsgymnastik- Kurse, in denen im Anschluss an eine Ge-

burt die körperlichen Auswirkungen von Schwangerschaft und Geburt auf den Körper behandelt werden.

Schlafstörungen

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

Schwangerschaftsabbruch

Sofern in der Leistungsübersicht nicht anders angegeben, besteht kein Versicherungsschutz für die Beendigung einer Schwangerschaft, es sei denn, für die Schwangere besteht Lebensgefahr.

Korrektur des Sehvermögens

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

Sterilisation, sexuelle Funktionsstörungen und Kontrazeption

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

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

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

Transportkosten

Sofern in der Leistungsübersicht nicht anders angegeben, sind *Ihre* Beförderungskosten – abgesehen von Rettungstransportleistungen – nicht erstattungsfähig.

Vitamine und Mineralstoffe

Nicht erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Produkte, die als Vitamine oder Mineralstoffe eingestuft werden (Ausnahmen: während der Schwangerschaft oder zur *Heilbehandlung* von diagnostizierten, klinisch relevanten Vitaminmangel-Syndromen), für Ernährungs- oder Diätberatungen und *Nahrungsergänzungsmittel*, unter anderem auch spezielle Säuglingsmilchnahrung und kosmetische Produkte. Dies gilt selbst dann, wenn sie ärztlich empfohlen oder verordnet werden oder anerkannte therapeutische Wirkungen aufweisen.

Wir erkennen Nahrungsmittel, Stärkungsmittel, Mineralwässer, Kosmetika, Hygiene- und Körperpflegeprodukte sowie Badezusätze nicht als medizinisch notwendig an. Aus diesem Grund werden auch die entsprechenden Aufwendungen nicht erstattet.

Vorsätzlich herbeigeführte (selbstverschuldete) Krankheiten, Unfälle und deren Folgen

Kein Versicherungsschutz besteht für vorsätzlich herbeigeführte Krankheiten und *Unfälle* sowie deren Folgen. Eine Krankheit oder ein *Unfall* gilt als vorsätzlich herbeigeführt, wenn die betroffene Person von den Folgen ihrer Handlung zumindest eine Vorstellung hatte und den herbeigeführten Schaden billigend in Kauf nahm.

Weitere Leistungseinschränkungen

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

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

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

Haben *Sie* oder die *versicherte Person* auch Anspruch auf Leistungen aus einer gesetzlichen Krankenversicherung oder

auf Leistungen eines anderen Leistungserbringers bzw. einer anderen Institution, so sind *wir* nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, die trotz dieser Leistungen notwendig bleiben.

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

6. Beantragung von Erstattungsleistungen

6.1 Leistungsvoraussetzungen

Sie haben freie Wahl unter allen *Ärzten* bzw. *Zahnärzten*, die in dem Land, in dem die *Heilbehandlung* erfolgt, zur ärztlichen bzw. zahnärztlichen *Heilbehandlung* zugelassen sind. Dieselbe Wahlfreiheit erstreckt sich auch auf andere *Behandler*.

Aufwendungen sind nur für die ärztlichen bzw. zahnärztlichen Leistungen erstattungsfähig, die für eine medizinisch notwendige *Heilbehandlung* erforderlich sind.

Erstattungsfähig sind die Gebühren für ärztliche und zahnärztliche *Heilbehandlung* sowie die Leistungen anderer *Behandler*, sofern ihre Gebühren im Rahmen der im Behandlungsland üblichen *Bemessungsgrundlagen* berechnet wurden und *landesüblich, allgemeingültig und angemessen* sind. Auch über den Höchstsätzen dieser *Bemessungsgrundlage* liegende Aufwendungen sind erstattungsfähig, sofern sie durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwernisse begründet und *landesüblich, allgemeingültig und angemessen* berechnet sind.

Bei Leistungen von anderen *Behandlern* wie beispielsweise Masseuren, Hebammen oder Heilpraktikern (für die im Behandlungsland möglicherweise keine eigene anerkannte *Bemessungsgrundlage* existiert), orientieren *wir* uns an den vergleichbaren Vergütungen für *Ärzte* sowie den im Behandlungsland üblichen Preisen.

Bei der Erstattung zahntechnischer Materialien und Laboraufwendungen legen *wir* die durchschnittlichen Preise im jeweiligen Behandlungsland zugrunde.

Zahnersatz, *implantologische Leistungen*, zahnärztliche operative Eingriffe und kieferorthopädische Behandlungen gelten auch dann als zahnärztliche Leistung, wenn sie von einem *Arzt* in einem *Krankenhaus* ausgeführt werden. *Sie* sind nicht Gegenstand der ambulanten oder stationären *Heilbehandlung*.

Wir leisten im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden sowie für *Arzneimittel*, die von der *Schulmedizin* allgemein anerkannt sind. Darüber hinaus erstatten *wir* die Aufwendungen für Methoden und *Arzneimittel*, die sich in der Praxis bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder *Arzneimittel* zur Verfügung stehen.

Allerdings können *wir* unsere Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der angefallen wäre, wenn schulmedizinische Methoden und *Arzneimittel* verfügbar gewesen wären.

6.2 Was tun im Versicherungsfall

Der Anspruch auf Versicherungsleistungen muss von *Ihnen* unverzüglich nach der Beendigung der *Heilbehandlung* unter Vorlage der Kostenbelege geltend gemacht werden.

- a) *Wir* sind nur dann zur Leistung verpflichtet, wenn uns alle Rechnungen und Nachweise vorgelegt werden. Die Rechnungen und Nachweise gehen in unser Eigentum über, und *wir* behalten uns das Recht vor, sie zu archivieren.
- b) Sofern nicht anderweitig vereinbart reicht die *versicherte Person* die Nachweise im Versicherungsfall direkt beim zuständigen *Globalite* ein. Die Kostenbelege müssen den jeweiligen landestypischen Rechtsvorschriften für die Rechnungstellung entsprechen (siehe hierzu auch 6.3).

Um eine möglichst zügige Abwicklung und Kostenerstattung zu gewährleisten, erkennen *wir* auch die Übermittlung von Kostenbelegen per E-Mail oder Telefax an, soweit die Übertragungsqualität ihre Bearbeitung zulässt. *Sie* können uns *Ihren* Leistungsantrag aber auch online über *Eclaims* zukommen lassen. Dabei handelt es sich um unser Online-Instrument, mit dem *Sie Ihre* Leistungsansprüche via Internet geltend machen und sich *Ihre* erstattungsfähigen medizinischen Aufwendungen von uns erstatten lassen können. *Sie* finden *Eclaims* unter www.globality-health.com, wenn *Sie Ihren* Benutzernamen und *Ihr* Passwort eingeben.

Bei berechtigtem Anlass behalten *wir* uns das Recht vor die Originalbelege anzufordern. Bewahren *Sie* diese daher bitte sorgfältig in *Ihren* Unterlagen auf.

Sofern sich ein anderer Krankenversicherer bzw. ein anderer Leistungserbringer an der Kostenerstattung beteiligt hat, genügen Zweitschriften der Kostenbelege mit dem entsprechenden Original-Erstattungsvermerk.

Wir können mit befreiender Wirkung auch an den Überbringer oder Übersender ordnungsgemäßer Nachweise leisten.

- c) *Sie* können *Ihre* Ansprüche auf Versicherungsleistungen nicht an Dritte abtreten.

- d) Eine Krankenhausbehandlung ist dem zuständigen *Globalite* unverzüglich, spätestens aber innerhalb von sieben Tagen nach Beginn der Behandlung, anzuzeigen.
- e) Jede *versicherte Person* ist verpflichtet, auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die *wir* bzw. der für *Sie* zuständige *Globalite* zur Feststellung des Versicherungsfalls oder unserer Leistungspflicht und ihres Umfangs benötigen. Darüber hinaus muss die *versicherte Person* uns bzw. dem zuständigen *Globalite* die Einholung aller hierfür erforderlichen Auskünfte ermöglichen (insbesondere durch Entbindung der behandelnden Ärzte von ihrer Schweigepflicht).
- f) Die *versicherte Person* muss sich auf unser Verlangen hin von einem durch uns beauftragten Arzt untersuchen lassen. Die Aufwendungen für diese Untersuchungen werden von uns übernommen.
- g) Die *versicherte Person* muss nach Möglichkeit alle Anstrengungen zur Schadensminderung unternehmen und alle Handlungen unterlassen, die ihrer Genesung hinderlich sind.

Hält die *versicherte Person* die genannten Obliegenheiten nicht ein, sind *wir* mit der in den rechtlichen Bestimmungen vorgeschriebenen Einschränkung von der Verpflichtung zur Leistung frei oder berechtigt, unseren Leistungsumfang einzuschränken. Dies gilt jedoch nur für den Fall der Vorsätzlichkeit oder groben Fahrlässigkeit. Die Kenntnis und das Verschulden der *versicherten Person* stehen Ihrer Kenntnis und Ihrem Verschulden gleich.

6.3 Was müssen die Kostenbelege enthalten

- a) Rechnungen müssen folgende Angaben enthalten:
 - Vor- und Zuname sowie das Geburtsdatum,
 - die genaue, vom Arzt vermerkte Krankheitsbezeichnung (Diagnose) bzw. eine anderweitige präzise Beschreibung der Symptome,
 - die einzelnen ärztlichen Leistungen mit Behandlungsdaten und Einzelpreisen,
 - bei zahnärztlicher *Heilbehandlung* muss die Rechnung auch genaue Angaben zu den behandelten oder ersetzten Zähne enthalten und die jeweils vorgenommenen Leistungen ausweisen.
- b) Weiterhin zu beachtende wichtige Aspekte:
 - Alle Unterlagen oder Rechnungen sind möglichst in englischer, deutscher, französischer, niederländischer oder spanischer Sprache und unter Verwendung arabischer

Ziffern und lateinischer Schriftzeichen (1, 2, 3 ... a, b, c ...) sowie des ICD-Codes 9 bzw. 10 (International Classification of Diseases) einzureichen.

- Aus den Verordnungen müssen *Ihr* Vor- und Zuname sowie *Ihr* Geburtsdatum, die verordneten *Arzneimittel*, ihr Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen.
- Reichen *Sie* Verordnungen zusammen mit der dazugehörigen Arztrechnung ein. Rechnungen über Heil- und Hilfsmittel sind zusammen mit der entsprechenden Verordnung vorzulegen.
- Wenn *Sie* anstelle von Kostenersatz ein *Ersatz-Krankenhaustagegeld* beantragen, sind eine Bescheinigung über die *stationäre Heilbehandlung*, aus der Vor- und Zuname sowie das Geburtsdatum der behandelten Person, die Diagnose sowie das Aufnahme- und Entlassungsdatum ersichtlich sind, sowie eine Bescheinigung darüber, dass keine weiteren Kosten entstanden sind, vorzulegen.

Bitte verwenden *Sie* zur Beantragung von Erstattungsleistungen nach Möglichkeit unser Formblatt (Leistungsantrag), das *Sie* von unserer Internetseite herunterladen können oder vom zuständigen *Globalite* erhalten. Durch Einreichen dieses vom Arzt unterzeichneten Formblatts stellen *Sie* sicher, dass eine schnelle Bearbeitung *Ihres* Leistungsantrags erfolgen kann. In der Regel werden dadurch Rückfragen vermieden, die zu einer Verzögerung der Erstattungsleistungen führen könnten.

6.4 Was ist im Falle eines Unfalls oder Notfalls zu tun

Sie können sich rund um die Uhr an uns wenden. Unsere Anschriften, Telefonnummern oder E-Mail-Adressen finden *Sie* in allen unseren Dokumenten sowie auf *Ihrer Globality Service Card*.

Wenn *Sie* nach Eintritt eines schwerwiegenden Versicherungsfalls, insbesondere nach einem *Unfall*, nach einem *Notfall* oder bei stationärer *Heilbehandlung*, Kontakt mit uns aufnehmen, bieten *wir Ihnen* einen umgehenden Rückruf an.

6.5 Leistungsansprüche

- a) Stationäre Leistungsansprüche

Auf Wunsch zahlen *wir* feststehende Kosten, zum Beispiel den Pflegesatz oder die Kosten für die Unterkunft im *Krankenhaus* oder das Entgelt für einen Rettungstransport auch direkt an den Rechnungsaussteller.

Darüber hinaus kann eine *versicherte Person* ihre jeweiligen Erstattungsansprüche, die sie gegen uns hat, auch an den

Leistungserbringer (*Arzt, Behandler oder Krankenhaus*) abtreten, beispielsweise durch eine so genannte Abtretungserklärung gegenüber dem *Krankenhaus*.

Allerdings ist eine direkte Abrechnung – sofern die landestypischen Gepflogenheiten dies zulassen – nur mit Einverständnis des *Krankenhauses* möglich.

b) Ambulante und zahnärztliche Leistungsansprüche

Sie sind Vertragspartner des behandelnden *Arztes* oder *Behandlers*. Zu Beginn der *Heilbehandlung* schließt der *Arzt* bzw. *Behandler* mit *Ihnen* einen Vertrag über *Ihre Heilbehandlung* ab, auf dessen Grundlage er später seine Rechnung ausstellt. *Sie* können diese Rechnung dann bei dem für *Sie* zuständigen *Globalite* einreichen, so dass *wir* die vertraglich vereinbarten Versicherungsleistungen auszahlen können.

c) Alle Ansprüche aus diesem *Versicherungsvertrag* unterliegen vom Zeitpunkt der Entstehung des Anspruchs, auf den sich die Forderung gründet, einer Verjährungsfrist von drei Jahren.

6.6 Erstattung Ihrer Leistungsansprüche

In der Regel leisten *wir* nach dem Kostenerstattungsprinzip. Mit anderen Worten: *Wir* ersetzen die erstattungsfähigen Kosten für die versicherten *Heilbehandlungen*. Auf Wunsch und als besonderen Service können *wir* unsere Erstattung direkt an den Rechnungsaussteller zahlen, soweit dieser einer direkten Zahlung zustimmt und diese nicht durch rechtliche Erwägungen ausgeschlossen ist.

Wechselkurse

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

6.7 Eclaims

Unser Online-Instrument bietet *Ihnen* eine bequeme Möglichkeit, *Ihre* erstattungsfähigen Leistungsansprüche uns gegenüber geltend zu machen. *Wir* möchten *Sie* ausdrücklich zum Einreichen *Ihrer* Rechnungen über *Eclaims* ermutigen.

6.8 Ansprüche gegenüber Dritten und Aufrechnung

Hat eine *versicherte Person* Schadenersatzansprüche nicht versicherungsrechtlicher Art gegen Dritte, so besteht die gesetzliche Verpflichtung, diese Ansprüche – bis zur Höhe, in der aus dem *Versicherungsvertrag* Ersatz von Aufwendungen geleistet wird – schriftlich an uns abzutreten. Wenn eine *versicherte Person* einen solchen Anspruch oder ein zur Sicherung des Anspruchs dienendes Recht ohne unsere Zustimmung aufgibt, werden *wir* insoweit von der Verpflichtung zur Leistung frei, als *wir* aus dem Anspruch oder dem Recht hätten Ersatz erlangen können.

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

6.9 Betrug

Es besteht kein Leistungsanspruch, wenn eine Forderung unrichtig oder gefälscht ist oder wenn Dritte mit *Ihrem* Einverständnis in betrügerischer Absicht versucht haben, ohne rechtliche Grundlage Leistungen aus diesem *Versicherungsvertrag* zu erwirken. In diesem Fall entfallen *Ihre* sämtlichen Leistungsansprüche aus diesem *Versicherungsvertrag*. Zahlungen, die bereits vor Bekanntwerden *Ihrer* betrügerischen Handlungen geleistet wurden, sind uns in voller Höhe zurückzuerstatten.

7. Beitragszahlung und Beitragsberechnung

Beitragszahlung

Der im *Versicherungsvertrag* ausgewiesene Beitrag ist im Voraus zu entrichten. Ein von uns geforderter versicherungsmedizinischer Zuschlag wird gesondert ausgewiesen. Der Erstbeitrag bzw. die erste Beitragsrate wird sofort nach der Annahme *Ihres Antrags* auf Versicherung durch uns fällig. Die Annahme erfolgt durch Versenden des *Versicherungsvertrags*. Beginnt die Versicherung nicht am 1. Tag eines Kalendermonats bzw. endet die Versicherung vor dem letzten Tag eines Kalendermonats, ist für den ersten bzw. letzten Versicherungsmonat nur der anteilige Betrag des monatlichen Beitrags zu entrichten.

Zahlung von anderen Gebühren und der Versicherungssteuer

Zusätzlich zu den Versicherungsbeiträgen müssen *wir Ihnen* gesetzlich festgelegte Gebühren, Abgaben oder Steuern, die im Zusammenhang mit *Ihrem Versicherungsvertrag* stehen, berechnen. Diese sind in *Ihrem Versicherungsvertrag* ausgewiesen. Vorbehaltlich anderer Bestimmungen werden die Versicherungssteuer und die Abgaben oder Gebühren zusammen mit dem Versicherungsbeitrag eingezogen.

Beitragsberechnung

Der Versicherungsbeitrag richtet sich nach dem Gesundheitszustand der *versicherten Person* (zum Zeitpunkt der Annahme des *Antrags*), dem individuellen Beitrag laut aktueller Beitragstabelle sowie dem Alter der *versicherten Person* am ersten Tag des Versicherungsjahres. Die Altersstufen sind wie folgt gestaffelt: 0 bis 19, 20 bis 24, 25 bis 29, 30 bis 34, 35 bis 39, 40 bis 44, 45 bis 49, 50 bis 54, 55 bis 59, 60 bis 64, 65 bis 69, 70 bis 74, 75 bis 79 Jahre. Geht der Eintritt in ein neues Lebensjahr mit einem Wechsel der Altersstufe einher, so werden *wir* den Beitrag entsprechend der neuen Altersstufe anpassen.

Gebühren- und Beitragsänderungen

Sobald sich die gesetzlichen Gebühren, Abgaben oder Steuern erhöhen, sind *wir* berechtigt, diese Erhöhungen an *Sie* weiterzugeben.

Darüber hinaus sind *wir* berechtigt, unsere Beiträge zu überprüfen. Beitragsanpassungen werden *Ihnen* mindestens drei Monate vor Beginn des nächsten Versicherungsjahres schriftlich mitgeteilt und werden zu Beginn des nächsten Versicherungsjahres wirksam.

Wenn *Sie* mit der Beitragsanpassung nicht einverstanden sind, können *Sie* die Versicherung innerhalb dreier Monate nach Erhalt unserer Änderungsmitteilung kündigen. Der Vertrag endet dann an dem Tag, an dem die Beitragsanpassung ansonsten wirksam würde.

Verspätete Beitragszahlungen

Wird der vereinbarte Beitrag nicht innerhalb einer Frist von 10 Tagen nach dem Fälligkeitstag gezahlt, so können *wir Sie* nach Ablauf dieser Frist zur Zahlung auffordern. Diese Zahlungsaufforderung wird *Ihnen* per Einschreiben an *Ihren* letzten Wohnsitz zugestellt. Auch wenn *Sie* die Annahme verweigern sollten, gehen *wir* davon aus, dass *Ihnen* die Zahlungsaufforderung zugestellt wurde.

Unterbleibt die Zahlung des Beitrags auch innerhalb von 30 Tagen nach Zahlungsaufforderung, so sind *wir* für die nach Ablauf der Frist eingetretenen Versicherungsfälle leistungsfrei. *Sie* bleiben trotz unserer Leistungsfreiheit zur Zahlung künftiger Beiträge verpflichtet.

Sollte der Beitrag auch 10 Tage nach Ablauf der Zusatzfrist von 30 Tagen nicht beglichen worden sein, so steht uns ein sofortiges Kündigungsrecht zu. Wird der Vertrag nicht gekündigt, so setzt unsere Leistungspflicht für alle neu eintretenden Versicherungsfälle wieder ein, falls *Sie* die bis zu diesem Zeitpunkt fälligen Beträge und die nachgewiesenen Verzugskosten gezahlt haben. Der Versicherungsschutz beginnt dann um 0:00 Uhr am Tage nach Eingang aller geschuldeten Beträge bei uns oder bei der durch uns bevollmächtigten Person.

Eine Leistungspflicht besteht jedoch nicht, wenn *Sie* erst zu dem Zeitpunkt zahlen, in dem der Eintritt des Versicherungsfalles nicht mehr ungewiss ist. Erfolgt über einen Zeitraum von mehr als 2 Jahren keine Beitragszahlung, so gilt der *Versicherungsvertrag* als gekündigt.

Vertragswährung

Basiswährung aller unserer Tarife ist der Euro (€). *Sie* können als Vertragswährung jedoch auch den US-Dollar (\$) oder das Pfund Sterling (£) wählen. Die Wechselkurse dieser Währungen werden von uns zweimal im Jahr überprüft und gegebenenfalls aktualisiert. Dies kann zu höheren oder niedrigeren Beiträgen führen, wenn eine Anpassung der Vertragswährung an den jeweiligen Euro-Kurs erforderlich wird.

8. Allgemeine Informationen

8.1 Änderungen von Vertragsdaten

Sie sind verpflichtet, uns Änderungen Ihrer Adresse unverzüglich mitzuteilen, insbesondere Änderungen, die Ihr Aufenthaltsland, Ihre Nationalität oder Staatsangehörigkeit betreffen, oder die Annahme eines neuen Namens bei Ihnen selbst oder einer der versicherten Personen. Wir sind berechtigt, Sie zur Vorlage einer Meldebescheinigung aufzufordern.

Wenn Sie dieser Pflicht nicht nachkommen, können wir Ihren Versicherungsschutz nicht mehr gewährleisten.

8.2 Änderungen in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Wir behalten uns das Recht vor die Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu verändern.

Wir informieren Sie schriftlich über jede Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen mindestens drei Monate vor Beginn des nächsten Versicherungsjahres.

Die Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gilt zum nächsten Versicherungsjahr.

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

8.3 Kommunikation zwischen Ihnen und uns

Unabhängig von Artikel 8.2 erklären Sie sich damit einverstanden, dass alle von uns bereitzustellenden Informationen in Bezug auf die Versicherungspolice oder nach geltendem Recht, auf Papier oder elektronisch, über die Website der Globality S.A., per E-Mail oder durch andere Kommunikationsmittel übermittelt werden, die zwischen Ihnen und uns vereinbart wurden.

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

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

8.4 Beschwerden

Sollten Sie mit uns einmal nicht zufrieden sein, können Sie sich gerne per Post, Telefon, Telefax oder E-Mail an uns wenden:

Globality S.A.
1A, rue Gabriel Lippmann
L-5365 Munsbach
Luxembourg
Telefon: +352 270 444 3602
Telefax: +352 270 444 3699
E-Mail: feedback@globality-health.com
Internet: www.globality-health.com

Natürlich können Sie sich auch an den Ombudsmann der Versicherungen oder die entsprechenden Aufsichtsbehörden wenden. Nähere Angaben finden Sie in Ihrer persönlichen 'My Globality' unter www.globality-health.com.

8.5 Gerichtsstand

Bei der Abwicklung von Versicherungsleistungen kann es Fälle geben, in denen wider Erwarten keine Einigung erzielt werden kann. Dann besteht die Möglichkeit, Ansprüche gegen uns gerichtlich geltend zu machen. Für alle aus diesem *Versicherungsvertrag* entstandenen Streitigkeiten sind die Gerichte des Großherzogtums Luxemburg oder die Gerichte des Ortes zuständig, in dem der *Versicherungsnehmer* seinen Wohnsitz hat. Befindet sich der Wohnsitz des *Versicherungsnehmers* nicht in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, so sind ausschließlich die Gerichte des Großherzogtums Luxemburg zuständig.

8.6 Geltendes Recht

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

8.7 Sprache

Vertragssprache ist Englisch. Wenn nicht anders mit *Ihnen* vereinbart, erfolgt die gesamte Korrespondenz zwischen *Ihnen* und uns ebenfalls in englischer Sprache. Die englische Fassung hat Vorrang vor jeder anderen Sprache oder Übersetzung. *Sie* finden den *Versicherungsvertrag* in *Ihrer* persönlichen 'My Globality' unter www.globality-health.com.

9. Definitionen

Erläuterung zu Begriffen, die im Rahmen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zum Tarif Globality YouGenio® World von uns verwendet werden

Akupunktur

Eine Methode, bei der mithilfe von dünnen, in den Körper eingeführten Nadeln Krankheiten geheilt oder Schmerzen gelindert werden sollen; in der *Schulmedizin* bislang in erster Linie bei der Behandlung von Schmerzen anerkannt.

AIDS

AIDS steht für „Acquired Immune Deficiency Syndrome“ = „erworbenes Immundefektsyndrom“. Dabei handelt es sich um eine schwerwiegende Immunschwäche.

Ambulante Heilbehandlung

Jede von einem qualifizierten und approbierten *Arzt* durchgeführte *Heilbehandlung*, die keine Übernachtung erfordert (dazu zählen auch Krankenhausaufenthalte von weniger als acht Stunden).

Angeboren

Bei der Geburt vorhanden.

Angeborene Leiden

Alle bei der Geburt vorhandenen Störungen oder Krankheiten, Anomalien, Geburtsfehler, Frühgeburtlichkeit, Fehlbildungen einschließlich damit in Zusammenhang stehender Erkrankungen, unabhängig vom Vorliegen einer Diagnose.

Anschlussrehabilitation

Eine medizinische Maßnahme zur Wiederherstellung des früheren körperlichen Zustands nach einer Krankheit oder einer schweren Operation, zum Beispiel nach Bypass-OP, Herzinfarkt, Organtransplantation sowie chirurgischen Eingriffen an großen Knochen oder Gelenken, oder nach einem schweren *Unfall*.

Antrag/Versicherungsantrag

Der *Antrag* auf Abschluss einer Versicherung erfolgt für *Sie* und die anderen versicherten Personen mithilfe eines vom Versicherer zur Verfügung gestellten Antragsformulars.

Arzneimittel

Aktive Wirkstoffe, die allein oder in Kombination mit anderen Substanzen zur Behandlung von Krankheiten, Funktionsstö-

rungen, körperlichen Schäden oder krankhaften Beschwerden angewandt werden.

Nicht als *Arzneimittel* gelten Lebensmittel, Kosmetika und Körperpflegemittel. *Arzneimittel* müssen vom *Arzt* verordnet und aus einer Apotheke bezogen werden. Synonyme Begriffe: Medikamente, Pharmaka.

Arzt

Ein Mediziner (Allgemeinmediziner oder Facharzt) oder Inhaber eines medizinischen Diploms, der in dem Land, in dem die Behandlung erfolgt, zur ärztlichen *Heilbehandlung* zugelassen ist (siehe hierzu *„Heilbehandlung“*). *Sie* können jeden *Arzt*, der diese Kriterien erfüllt, frei wählen.

Assisteur

Ein *Assisteur* ist darauf spezialisiert, die *versicherte Person* in *Notfällen* oder während eines Krankenhausaufenthalts zu unterstützen und zu beraten. Darüber hinaus bietet er weitere Dienstleistungen an, um *Ihren* Aufenthalt in dem fremden Land zu erleichtern, und kümmert sich um die Erstattung bestimmter Kosten, zum Beispiel um die Kosten eines Krankentransports. Der volle Leistungsumfang ist im Leistungskatalog ausgewiesen.

Aufenthaltsland

Jedes Land, in dem *Sie* nach Maßgabe der zuständigen Behörden als Einwohner gelten.

Ausreiseland

Das Land, in dem *Sie* sich vor *Ihrem* Auslandsaufenthalt dauerhaft aufgehalten haben.

Behandler

Ein *Arzt*, aber auch alle Personen, die über eine auf ihrem Behandlungsgebiet anerkannte und fundierte Ausbildung verfügen und in dem Land, in dem die *Heilbehandlung* erfolgt, zur Behandlung auf ihrem Gebiet zugelassen bzw. zu deren Ausübung berechtigt sind. Dazu zählen Heilpraktiker, Logopäden/Sprachheiltherapeuten und Hebammen/Entbindungspfleger sowie die in eigener Praxis tätigen Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe wie beispielsweise Masseure und Physiotherapeuten. *Sie* können jeden *Behandler* frei wählen, der diese Kriterien erfüllt.

Bemessungsgrundlage

Die Grundlage, auf der die Berechnung aller Leistungen beruht. *Sie* kann sich von Land zu Land unterscheiden.

Berufssport

Jede Sportart, für deren Ausübung *Sie* bezahlt werden.

Chiropraktik

Ein diagnostisches und therapeutisches Verfahren, welches auf der Vorstellung gründet, dass das Nervensystem alle Körperfunktionen koordiniert und dass Krankheiten aufgrund von Beeinträchtigungen der normalen Nervenfunktion entstehen. Ein Chiropraktiker benutzt das Verfahren der Manipulation (manuelle Therapie), um Körperstrukturen wie die Wirbelsäule zu korrigieren und so den von verschobenen Wirbeln ausgehenden Druck auf die Nerven zu lindern.

Computertomographie (CT)

Eine diagnostische Technik, die mithilfe eines speziellen Röntgenverfahrens Querschnittsbilder des Körpers anfertigt. Der CT-Computer zeigt diese Bilder als detailgenaue dreidimensionale Darstellung von Organen, Knochen und anderen Geweben an. Synonyme Bezeichnungen für dieses Verfahren sind CT-Scan, computerisierte Tomographie oder computerisierte Axialtomographie (CAT).

Dialyse

Dialyse ist ein Verfahren das hauptsächlich aufgrund von Nierenversagen verlorengegangene Nierenfunktion (Nierenersatztherapie/renal replacement therapy) auf künstliche Weise ersetzt. *Dialyse* findet Anwendung sowohl für plötzlich auftretenden, aber nur vorübergehenden Verlust der Nierenfunktion (akutes Nierenversagen) als auch für Personen die dauerhaft ihre Nierenfunktion verloren haben (terminales chronisches Nierenversagen). *Dialyse* wird in Dialysestationen in Krankenhäusern, Kliniken oder zuhause durchgeführt.

Eclaim

Ein von *Ihnen* mithilfe von *Eclaims* online geltend gemachter Leistungsantrag.

Eclaims

Instrument zur Online-Bearbeitung von Leistungsanträgen, mit dem *Sie Ihre* Leistungsansprüche online geltend machen und sich *Ihre* erstattungsfähigen medizinischen Aufwendungen von uns erstatten lassen können.

Ersatz-Krankenhaustagegeld

Sollten *Sie* für eine unter Versicherungsschutz stehende, medizinisch notwendige *stationäre Heilbehandlung* keine Kostenerstattung bei uns beanspruchen, zahlen *wir* stattdessen für jeden im Rahmen einer ärztlich empfohlenen stationären *Heilbehandlung* tatsächlich im *Krankenhaus* verbrachten Tag ein *Ersatz-Krankenhaustagegeld*. Die Höhe richtet sich nach der von *Ihnen* gewählten Tarifestufe.

Globalite

Unser Servicepartner, der in unserem Namen Leistungsanträge bearbeitet oder andere Leistungen anbietet.

Globalites®

Zusammenschluss unseres weltweiten Servicenetzes unter dem Markennamen 'Globalites® – Healthcare Service Satellites'. *Globalites®* stellt ein erstklassiges Servicenetz mit ausgewählten Partnern dar, die in unserem Namen Leistungsanträge bearbeiten oder *Ihnen* Assistance- oder andere Serviceleistungen zur Verfügung stellen.

Bei Eintritt eines Versicherungsfalls oder eines *Notfalls* können *Sie* Service-Leistungen je nach gewählter Tarifestufe jederzeit in Anspruch nehmen. Unter der Telefonnummer auf der Rückseite *Ihrer Globality Service Card* erreichen *Sie Ihre* persönlichen *Globalite* – 24 Stunden am Tag, 7 Tage die Woche. Bitte halten *Sie* stets die 9-stellige „Versicherungsnummer“, die *Sie* auf der Vorderseite *Ihrer Globality Service Card* finden, bereit.

Globalites® kennen das Gesundheitssystem *Ihres* Aufenthaltslandes. *Sie* werden *Ihnen* Ärzte und Krankenhäuser empfehlen, für *Sie* Arzttermine vereinbaren oder *Sie* mit Medikamenten versorgen. *Ihr Globalite* wird für *Ihre Heilbehandlungen* Zahlungsgarantien ausstellen oder für eine schnelle und direkte Erstattung der Kosten sorgen.

Globality Service Card

Bitte legen *Sie* stets *Ihre Globality Service Card* vor, da sie *Sie* bei Ärzten, Apothekern, Zahnärzten oder Krankenhäusern als privatversicherte Person identifiziert.

Hauswirtschaftliche Versorgung

Teil der häuslichen Pflegehilfe. *Sie* umfasst Hilfeleistungen bei den üblichen und regelmäßig wiederkehrenden Alltagsrichtungen im Bereich der *hauswirtschaftlichen Versorgung*

wie beispielsweise Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Geschirrspülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung sowie das Heizen der Wohnung.

Heilbehandlung

Mit *Heilbehandlung* sind die ärztlicherseits durchzuführenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen gemeint, die dazu dienen, Gesundheitsstörungen, Krankheiten oder Verletzungen zu erkennen, zu lindern oder zu heilen. Eine Behandlungsmaßnahme gilt als medizinisch notwendig, wenn es nach den objektiven medizinischen Befunden und dem wissenschaftlichen Erkenntnisstand zum Zeitpunkt der Behandlung vertretbar war, sie als medizinisch notwendig anzusehen.

Heil- und Kostenplan

Sie können uns einen *Heil- und Kostenplan* zuschicken, den der *Arzt* oder *Zahnarzt* bei Behandlungsbeginn aufstellt, wenn Zahnprothesen oder Rehabilitationsmaßnahmen größeren Umfangs sowie eine kieferorthopädische Behandlung vorgesehen sind. *Wir* werden *Ihnen* dann mitteilen, in welchem Umfang *wir* diese Kosten erstatten werden.

Heimatland

Das Land, dessen Staatsangehörigkeit die *versicherte Person* besitzt oder in dem sie *Ihren* gewöhnlichen/ständigen Wohnsitz hat oder in das sie im Todesfall überführt werden soll.

Höchstbetrag für ambulante Leistungen

Dies ist der Höchstbetrag, den *wir* für alle ambulanten Leistungen pro Person, pro Versicherungsjahr für diesen bestimmten Versicherungstarif insgesamt bezahlen, wenn im Leistungskatalog nicht anders ausgewiesen.

Homöopathie

Ein Homöopath geht von der Annahme aus, dass eine Krankheit, die sich in bestimmten Symptomen äußert, durch ein Mittel geheilt werden kann, das beim gesunden Menschen ähnliche Symptome hervorruft.

Hospiz

Eine Einrichtung, die ausschließlich dem Zweck dient, Patienten zu pflegen, deren Lebenserwartung begrenzt ist und deren Erkrankung keiner kurativen Behandlung mehr zugänglich ist. Ziel des *Hospiz* ist es, dem Erkrankten durch palliativmedizinische Pflege die bestmögliche Lebensqualität zu bieten.

Hydrotherapie

Gezielte *Heilbehandlung* durch äußere Anwendung von Wasser.

ICD

Die International Classification of Diseases (*ICD*) ist ein internationales System zur Verschlüsselung und Klassifizierung aller bekannten Diagnosen.

Implantologische Leistungen

Einsetzen von zahnärztlichen Implantaten (Metall- oder Keramikkörper) als Zahnwurzelersatz oder in unbezahnte Kiefer.

Jahreshöchstbetrag

Der Betrag, der für alle Aufwendungen insgesamt pro *versicherter Person* und pro Versicherungsjahr maximal erstattet wird.

Krankenhaus

Eine Einrichtung zur stationären und teilweise auch ambulanten *Heilbehandlung*, die in dem Land, in dem sie betrieben wird, anerkannt und zugelassen ist. Voraussetzung für eine Übernahme der Kosten durch uns ist, dass das *Krankenhaus* unter ständiger ärztlicher Leitung steht, über ausreichende diagnostische sowie therapeutische Möglichkeiten verfügt und Krankengeschichten führt. Nicht als Krankenhäuser gelten Erholungs- und Pflegeheime, Kureinrichtungen, Kur- und Badezentren sowie Sanatorien.

Krebs

Allgemeine Bezeichnung für alle bösartigen (malignen) Erkrankungen, die durch eine unkontrollierte Vermehrung von veränderten Zellen (Neoplasien oder Tumoren) gekennzeichnet sind. Diese Zellen können das umliegende Gewebe zerstören und Tochtergeschwülste (Metastasen) ausbilden.

Landesübliche, allgemeingültige und angemessene Kosten

Landesübliche, allgemein gültige und angemessene Kosten werden definiert als der Betrag oder die allgemein üblichen Kosten für eine jeweilige medizinische Dienstleistung, die in einer bestimmten geografischen Region durch einen bestimmten medizinischen Leistungserbringer erbracht wurden.

Magnetresonanztomographie (MRT)

Ein diagnostisches Verfahren, mit dem man die inneren Organe und Gewebe des Körpers durch Einsatz starker Magnetfelder und Radiowellen bildlich darstellen kann.

Medizinisch-klinischer Zustand

Alle Störungen, Krankheiten, Verletzungen bzw. körperlichen, geistigen oder psychischen Auffälligkeiten sowie Schwangerschaft.

Nahrungsergänzungsmittel

Produkte zur Erhöhung des Nährstoffgehalts der aufgenommenen Nahrungsmittel, inklusive Vitamine, Mineralstoffe, Kräuter, Mahlzeitenersatzprodukte, Sporternährungsprodukte, natürliche *Nahrungsergänzungsmittel*.

Notfall

Plötzliches, akutes Auftreten einer Krankheit oder die akute Verschlechterung des Gesundheitszustands, die eine unmittelbare Bedrohung für die Gesundheit der betroffenen *versicherten Person* darstellt.

Onkologie

Ein Teilgebiet der Medizin, das sich mit der Diagnostik und Therapie von malignen Tumoren und tumorbedingten Krankheiten befasst.

Osteopathie

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

Palliativmedizin

Die *Palliativmedizin* sorgt für die Linderung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen, um so die Lebensqualität zu verbessern, und kann auch den Verlauf einer Krankheit positiv beeinflussen. Ferner beschreibt der Begriff die umfassende und akute Behandlung von Patienten, deren Lebenserwartung begrenzt ist, deren Erkrankung keiner kurativen Therapie mehr zugänglich ist und für die das Behandlungsziel im Erreichen der bestmöglichen Lebensqualität für sie selbst und ihre Angehörigen besteht.

Positronenemissionstomographie (PET)

Ein Schnittbildverfahren, bei dem eine radioaktive Substanz in den Körper injiziert und im Bild verfolgt werden kann; dadurch gibt die *PET* Einblicke in das Innere des Körpers. Zudem lässt sich auch die Konzentration eines solchen Markers in einem Tumor messen.

Prophylaxemaßnahmen

Prophylaxemaßnahmen umfassen individuelle und generelle Maßnahmen zur Verhütung von Krankheit (z. B. durch Schutzimpfung, passive Immunisierung, vorsorgliche Medikation bei Reisen in Gefahrengebiete, Unfallverhütung usw.).

Rücktransport

Sollte eine vom Versicherungsschutz gedeckte medizinisch notwendige *Heilbehandlung* vor Ort nicht durchführbar sein, übernehmen *wir* die Kosten für *Ihren Rücktransport* in *Ihr Heimatland* zur dortigen *Heilbehandlung*, anstatt in das nächstgelegene geeignete *Krankenhaus*. Dies gilt allerdings nur, wenn *Ihr Heimatland* in der versicherten *Zielregion* liegt.

Schulmedizin

Die an Universitäten gelehrt, wissenschaftlich fundierte und daher allgemein anerkannte und angewandte Form der Medizin.

Schwere Krankheiten

- Herzinfarkt
- Multiple Sklerose
- AIDS und HIV-Infektion
- Schlaganfall
- Hepatitis A, B und C
- Tuberkulose
- Morbus Parkinson
- Cholera
- Diphtherie
- Malaria
- Tetanus
- Typhus und Paratyphus

Essential-Tarifstufe

Für alle oben aufgeführten Krankheiten erstatten *wir* ambulante Aufwendungen nur dann, wenn die *Heilbehandlung* unmittelbar im Anschluss an eine *stationäre Heilbehandlung* erfolgt. Für alle aufgeführten Krankheiten gilt eine Pauschaldeckungssumme pro Versicherungsjahr.

Second Opinion

Second Opinion (ärztliche Zweitmeinung) ist die medizinische Beratung durch einen anderen, bisher nicht an der *Heilbehandlung* beteiligten Arzt. Auch bei lebensbedrohlichen Erkrankungen und schwerwiegenden bleibenden gesund-

heitlichen Schädigungen können *Sie* über *Ihren* zuständigen *Globalite* eine ärztliche Zweitmeinung einholen.

Selbstbeteiligung

Die *Selbstbeteiligung* bezeichnet den von den versicherten Personen bis zu dem vereinbarten Höchstbetrag selbst zu tragenden Anteil an den Kosten. Wurde eine *Selbstbeteiligung* vereinbart, so wird diese im *Versicherungsvertrag* (siehe hierzu 4.1) dokumentiert.

Sie, Ihr
Versicherungsnehmer

Stationäre Heilbehandlung

Heilbehandlung, für die ein Patient die Nacht oder auch eine längere Zeit (mehr als 24 Stunden) aus medizinischen Gründen in einem Krankenhausbett verbringen muss.

Tagesklinische (teilstationäre) Heilbehandlung

Als tagesklinisch (teilstationär) bezeichnet man eine *Heilbehandlung* in einem *Krankenhaus* ohne Übernachtung. Die Länge des Krankenhausaufenthalts beträgt hierbei zwischen 8 und 24 Stunden.

Unfall

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

Verbandmittel

Materialien zur Herstellung medizinischer Verbände.

Versicherte Person

Versicherte Personen sind alle Personen, für die *Sie* einen Versicherungsschutz vereinbart haben, beispielsweise *Sie* selbst und *Ihr* Ehe- oder Lebenspartner sowie *Ihre* Kinder.

Versicherungsnehmer

Sie sind der *Versicherungsnehmer*, da *Sie* den *Versicherungsvertrag* mit uns abgeschlossen haben.

Versicherungsvertrag

Der *Versicherungsvertrag* umfasst das Antragsformular, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die Besonderen Versicherungsbedingungen und eventuell getroffene Zusatzvereinbarungen.

Vorerkrankungen

Als *Vorerkrankung* gilt ein bereits vor Versicherungsbeginn aufgetretener *medizinisch-klinischer Zustand*.

Im Rahmen dieser Definition bezeichnen *wir* als „*medizinisch-klinischen Zustand*“:

- jedes medizinische oder zahnmedizinische Krankheitsbild bzw. dessen Folgen, für das/die *Sie* eine Behandlung erhalten, Symptome gezeigt, Beratung in Anspruch genommen, einen *Arzt* zur *Heilbehandlung* (inklusive Gesundheitschecks) konsultiert oder eine medikamentöse Behandlung erhalten haben, oder das/die nach bestem Wissen der betroffenen Person bei Versicherungsbeginn bereits bestanden hat/haben; oder
- Schwangerschaft, Entbindung, post-partale Komplikationen und damit einhergehende Folgen.

Erkrankungen, die im Zeitraum zwischen dem Ausfüllen des Antragsformulars und der Antragsannahmebestätigung durch uns auftreten, betrachten *wir* als *Vorerkrankung*.

Wartezeit

Die Zeit, beginnend ab dem Datum *Ihres* Versicherungsbeginns bzw. ab dem im *Versicherungsvertrag* eingetragenen Datum, während der *wir* bestimmte Aufwendungen nicht erstatten.

Wir

Globality S.A.

Zahnarzt

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

Zahnärztliche Leistungen nach einem Unfall

Unmittelbar nach einem *Unfall* bzw. innerhalb von 30 Tagen erhaltene Behandlung von Schäden, die durch den *Unfall* an einem oder mehreren *Ihrer* gesunden natürlichen Zähne eingetreten sind.

Zielregion

Versicherungsschutz gilt in den folgenden *Zielregionen*:

- Zielregion* I: weltweit mit USA
Zielregion II: weltweit ohne USA

Sprechen Sie mit uns

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

Wir sind Montag bis Freitag von
8.00 Uhr bis 17.00 Uhr (MEZ) erreichbar.

Telefon +352 270 444 36 02

Telefax +352 270 444 36 99

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

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

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

