

ALLGEMEINE BEDINGUNGEN

Inhalt

Vertragsgrundlagen.....	3
1. Umfang der Versicherung	3
2. Geschäftsbestimmungen	3
2.1. Existenz des Vertrages	3
2.1.1. Anzeigen bei Abschluss und während der Laufzeit des Vertrages.....	3
2.1.1.1. Bei Abschluss.....	3
2.1.1.2. Während der Laufzeit des Vertrages	4
2.1.1.3. Mehrfachversicherung.....	4
2.1.1.4. Widerrufsrecht.....	4
2.1.2. Zustandekommen und Inkrafttreten	4
2.1.3. Dauer.....	5
2.1.4. Prämien	5
2.1.4.1. Zahlungsmodalitäten.....	5
2.1.4.2. Folgen des Zahlungsverzugs.....	5
2.1.4.3. Änderung der Tarife oder der Bedingungen	6
2.1.5. Leistungen.....	6
2.1.5.1. Wartezeiten	6
2.1.5.2. Anzeige	6
2.1.5.3. Beim Eintritt eines Versicherungsfalls einzuhaltende Obliegenheiten und Formalitäten ..	6
2.1.5.4. Leistung des Versicherers.....	7
2.1.5.5. Forderungsübergang.....	8
2.1.5.6. Verjährung.....	8
2.1.6. Vertragsbeendigung	8
2.2. Kündigung	9
2.2.1. Automatische Kündigung	9
2.2.2. Fakultative Kündigung.....	9
2.2.2.1. Kündigung durch den Versicherungsnehmer.....	9
2.2.2.2. Kündigung durch den Versicherer	10
2.2.2.4. Konkurs des Versicherungsnehmers	10
2.2.3. Formen der Vertragskündigung	10
2.2.4. Prämienersatzung im Kündigungsfall	10
2.2.5. Beendigung der Versicherung.....	10
2.3. Verschiedene Bestimmungen	11

2.3.1.	Mehrere Versicherungsnehmer.....	11
2.3.2.	Mitteilungen	11
2.3.3.	Streitfragen.....	11
2.3.4.	Anwendbares Recht und Gerichtsstand.....	11
2.3.5.	Lokale Gesetzgebungen	11
3.	Glossar	12

Vertragsgrundlagen

Die gegenseitigen Rechte und Pflichten der Vertragsparteien richten sich nach

- den allen Garantien gemeinsamen Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den für jede Garantie eigenen Speziellen Versicherungsbedingungen ;
- dem Glossar;
- den Besonderen Bedingungen und den ärztlichen Anhängen des Vertrages, die insbesondere für die zugesagten Versicherungsleistungen maßgebend sind und worin das versicherte Risiko bzw. die versicherten Risiken bezeichnet sind.

Die gegenseitigen Rechte und Pflichten der Vertragsparteien ergeben sich aus diesen Bedingungen und den diesbezüglichen Nachträgen.

1. Umfang der Versicherung

Der Umfang der Versicherung und die jeweilige Höchstgrenze der Versicherungssummen ergeben sich aus den Allgemeinen und Speziellen Versicherungsbedingungen, den Besonderen Bedingungen (Versicherungsschein/ Police) und ihrer Nachträge sowie den luxemburgischen Rechtsvorschriften.

2. Geschäftsbestimmungen

2.1. Existenz des Vertrages

2.1.1. Anzeigen bei Abschluss und während der Laufzeit des Vertrages

2.1.1.1. Bei Abschluss

Der *Versicherungsnehmer* ist verpflichtet alle vom *Versicherer*, geforderten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten. Die Prämie wird dementsprechend festgelegt.

Der Vertrag wird nichtig, wenn der *Versicherer* durch vorsätzlich unterlassene oder ungenaue Angaben bezüglich der Risikoeinschätzung in die Irre geführt wird. In einem solchen Fall behält der *Versicherer* einen Anspruch auf die bereits gezahlten Prämien. Der *Versicherer* hat einen Regressanspruch auf eventuell zur Begleichung von Schadensfällen gezahlter Beträge, sowie einen Anspruch auf Zahlung aller bis zu dem Zeitpunkt fälligen Prämien, zu dem dem *Versicherer* die Unterlassung oder die Ungenauigkeit bekannt wird.

Im Fall von nicht vorsätzlich unterlassenen oder falschen Angaben, kann der *Versicherer* innerhalb eines Monats ab dem Tag, an dem er über diese Erklärung Kenntnis erlangt hat, die Änderung des Vertrages vorschlagen, die zum Zeitpunkt der Kenntnisnahme ihre Wirkung entfaltet.

Wenn der *Versicherer* jedoch nachweist, dass das Risiko in keinem Fall versichert worden wäre, so kann der *Versicherer* den Vertrag innerhalb eines Monats ab dem Tag der Kenntnisnahme der Verletzung der Anzeigepflicht kündigen.

Wenn der *Versicherungsnehmer* den Änderungsvorschlag ablehnt oder wenn dieser Vorschlag nach Ablauf einer Frist von einem Monat nach Erhalt nicht angenommen wird, kann der *Versicherer* den Vertrag innerhalb von zwei Wochen kündigen.

Kann die Verletzung der Anzeigepflicht dem *Versicherungsnehmer* oder dem Versicherten vorgehalten werden und tritt ein Versicherungsfall ein, bevor die Vertragsänderung bzw. die Vertragskündigung wirksam geworden ist, ist der *Versicherer* nur verpflichtet, seine Leistung im Verhältnis zwischen der gezahlten Prämie und der Prämie zu erbringen, die bei einer richtigen Anzeige des Risikos zu zahlen gewesen wäre. Erbringt der *Versicherer* den Nachweis, dass das Risiko, dessen wahre Natur sich erst im Versicherungsfall herausstellte, keinesfalls versichert worden wäre, beschränkt sich die Leistung im Versicherungsfall auf die Erstattung der gezahlten Prämien bzw. der gezahlten Prämienraten.

Sind durch das Versicherungsverhältnis mehrere Personen abgedeckt und sind die Kündigungs- bzw. Nichtigkeitsbedingungen nur für einzelne *Versicherte* erfüllt, kann die Geltendmachung der oben stehenden Rechte auf diese beschränkt werden.

2.1.1.2. Während der Laufzeit des Vertrages

Der *Versicherungsnehmer* bzw. der Versicherte ist verpflichtet, jede Änderung in Bezug auf den Versicherungsvertrag anzuzeigen, die geeignet ist, eine erhebliche und dauerhafte Erhöhung des versicherten Risikos zu bewirken.

2.1.1.3. Mehrfachversicherung

Besteht neben diesem Vertrag eine andere leistungspflichtige Krankenversicherung so geht diese Krankenversicherung diesem Vertrag vor.

2.1.1.4. Widerrufsrecht

Kommt der Vertrag durch Abschluss auf der Website des *Versicherers* zustande kann der *Versicherungsnehmer* innerhalb einer Frist von 14 Kalendertagen den Vertrag widerrufen, ohne Gründe zu nennen oder eine Vertragsstrafe zahlen zu müssen.

Die Widerrufsfrist beginnt

- am Tag des online Abschlusses,
- oder an dem Tag, an dem der *Versicherungsnehmer* die Vertragsbedingungen und Informationen erhält, wenn dieser Zeitpunkt später als der zuvor genannte liegt.

Wenn der *Versicherungsnehmer* sein Widerrufsrecht ausübt, so teilt er dies vor Fristablauf dem *Versicherer* mit. Die Frist gilt als gewahrt, wenn die Mitteilung, sofern der Antragssteller in Papierform (Einschreibebrief) oder auf einem anderen dauerhaften dem *Versicherer* zur Verfügung stehenden und ihm zugänglichen Datenträger erfolgt, vor Fristablauf abgesandt wird.

2.1.2. Zustandekommen und Inkrafttreten

Die Versicherung tritt am in den Besonderen Bedingungen angegebenen Datum in Kraft, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Der Versicherungsvertrag gilt als abgeschlossen, sobald er von den beiden Vertragsparteien unterzeichnet wurde und der *Versicherungsnehmer* die erste Prämie bzw. die erste Prämienrate gezahlt hat. Für Versicherungsfälle, die vor dem Inkrafttreten der Versicherung eingetreten sind, wird keine Leistung gewährt.

In Bezug auf Neugeborene beginnt die Versicherungsleistung der Heilkostenversicherung unmittelbar nach der Geburt, ohne Wartezeiten, ohne Risikoprüfung, wenn zum Datum der Geburt des Kindes die zwei Elternteile seit mindestens drei Monaten bei dem *Versicherer* in der Heilkostenversicherung versichert sind und wenn der Antrag auf Versicherung spätestens zwei Monate nach der Geburt rückwirkend zum Ersten des Monats eingegangen ist, in dem das Kind geboren wurde. Die Versicherungsleistung kann weder höher noch umfangreicher ausfallen als die eines der versicherten Elternteile. Neugeborene können nur in den Tarifen versichert werden, die für neue Verträge vorgesehen sind.

2.1.3. Dauer

Der Versicherungsvertrag beginnt zum im Antrag angegebenen Datum (Inkrafttreten der Versicherung). Der Versicherungsvertrag wird für die Dauer von einem Jahr abgeschlossen und verlängert sich anschließend stillschweigend um einen einjährigen Zeitraum, falls er nicht fristgerecht gekündigt wird.

2.1.4. Prämien

2.1.4.1. Zahlungsmodalitäten

Außer bei gegenteiliger Vereinbarung sind die gesetzlich zulässigen Prämien, Kosten und Steuern im Voraus am Sitz des Versicherers bzw. des von ihm hierzu benannten Bevollmächtigten zahlbar. Die Zahlung obliegt dem *Versicherungsnehmer*.

Bezieht sich der Vertrag auf mehrere versicherte Risiken, gilt der Prämien-Gesamtbetrag als eine unteilbare Prämie.

Die Prämie ist eine Jahresprämie. Diese läuft ab dem Inkrafttreten der Versicherung und ist zu Beginn jeden Versicherungsjahres fällig. Andere Zahlungsmodalitäten bedürfen der Zustimmung des *Versicherers*.

Die erste Prämie ist spätestens bei der Übergabe des Versicherungsvertrages zahlbar.

Für Neugeborene, die ab ihrer Geburt versichert sind, werden die Prämien ab dem Tag der Geburt des Kindes berechnet.

2.1.4.2. Folgen des Zahlungsverzugs

Bei Nichtzahlung der Prämien oder einer Prämienrate innerhalb von zehn Tagen nach Fälligkeit, gleich aus welchem Grund, werden die Versicherungsleistungen des Vertrages nach Ablauf einer Frist von mindestens 30 Tagen nach der Versendung eines Einschreibens an den *Versicherungsnehmer* an seinen letzten bekannten Wohnsitz außer Kraft gesetzt. Zur Sicherstellung der Informationspflicht des *Versicherers* verschickt der *Versicherer* das Schreiben auch an die ihm bekannte Email Adresse.

Das Einschreiben enthält eine Aufforderung des *Versicherers* zur Zahlung der fälligen Prämien; ferner wird darin auf deren Fälligkeitsdatum und den Gesamtbetrag dieser Prämien sowie auf die Folgen der Nichtzahlung bei Ablauf der vorstehend genannten Frist hingewiesen.

Für einen Versicherungsfall, der während des Zeitraums der Außerkraftsetzung eingetreten ist, kann keine Versicherungsleistung beim *Versicherer* geltend gemacht werden.

Dieser ist berechtigt, den Vertrag zehn Tage nach Ablauf der vorstehend genannten 30-Tage-Frist zu kündigen.

Der nicht gekündigte Vertrag tritt wieder in Kraft um null Uhr des Tages, der auf den Tag folgt, an dem dem *Versicherer* bzw. dem von ihm hierzu benannten Bevollmächtigten die fälligen Prämien, bzw. bei Ratenzahlung des Gesamtbetrags der Jahresprämien, die Prämienraten, die Gegenstand der Zahlungsaufforderung waren, und die während des Zeitraums der Außerkraftsetzung fällig gewordenen Prämien sowie gegebenenfalls die Gerichts- und Einziehungskosten gezahlt wurden.

Die Außerkraftsetzung beeinträchtigt nicht die Rechte des *Versicherers* zur Forderung der Prämien, die später fällig werden, sofern der *Versicherungsnehmer* zur Zahlung aufgefordert wurde. Dieses Recht beschränkt sich allerdings, auf die auf zwei aufeinander folgende Jahre entfallenden Prämien. Der wegen Nichtzahlung der Prämien außer Kraft gesetzte Vertrag wird nach einer zweijährigen ununterbrochenen Außerkraftsetzung automatisch gekündigt.

2.1.4.3. Änderung der Tarife oder der Bedingungen

Beabsichtigt der *Versicherer* die Änderung der Versicherungsbedingungen und/oder seiner Tarife, kann er diese Anpassung nur in Übereinstimmung mit den Regelungen des Gesetzes vom 27. Juli 1997 über den Versicherungsvertrag („loi modifiée du 27 juillet 1997 sur le contrat d'assurance“) und den eventuellen späteren gesetzlichen Änderungen dieser Vorschriften vornehmen.

In bestimmten Fällen, falls der Versicherte ein bestimmtes Alter erreicht (beispielsweise Übergang vom Kindes- zum Erwachsenenalter), gilt die der höheren Altersgruppe entsprechende Prämie ab dem Beginn des Kalenderjahres. In diesem Fall ist der *Versicherer* nicht verpflichtet, den Versicherten gemäß den Regelungen des Gesetzes vom 27. Juli 1997 über den Versicherungsvertrag („loi modifiée du 27 juillet 1997 sur le contrat d'assurance“) und den eventuellen späteren gesetzlichen Änderungen dieser Vorschriften zu benachrichtigen.

2.1.5. Leistungen

2.1.5.1. Wartezeiten

Zu Beginn gelten Wartezeiten während dieser besteht Versicherungsschutz nur im Falle von Unfällen.

Für Schwangerschaft (einschließlich damit verbundener Komplikationen), Entbindung, psychiatrische Leistungen, Psychotherapie und umfassende zahnärztliche Leistungen betragen die Wartezeiten zehn Monate. Für Unfruchtbarkeitsbehandlungen beträgt die Wartezeit 24 Monate für beide Ehe- oder Lebenspartner.

Bei Vertragsänderung gelten die Wartezeiten auch für den hinzukommenden Teil der Versicherungsleistung.

2.1.5.2. Anzeige

Der *Versicherungsnehmer* und/oder der Versicherte müssen sobald als möglich und in jedem Fall innerhalb von drei Jahren nach Eintritt dem *Versicherer* den Versicherungsfall anzeigen. War dies infolge eines unvorhergesehenen Falls oder höherer Gewalt unmöglich, muss der *Versicherer* so rasch benachrichtigt werden wie dies vernünftigerweise erfolgen konnte.

2.1.5.3. Beim Eintritt eines Versicherungsfalls einzuhaltende Obliegenheiten und Formalitäten

Der Versicherte hat unverzüglich alle gebotenen Maßnahmen zu treffen, um einen Versicherungsfall zu vermeiden bzw. dessen Folgen zu mindern.

Der *Versicherungsnehmer* und/oder der Versicherte müssen unverzüglich dem *Versicherer* alle zweckdienlichen Auskünfte erteilen und alle Anfragen beantworten, die an dem Versicherten gerichtet werden, um die Umstände des Versicherungsfalls zu ermitteln, und dessen Umfang festzulegen.

Erfüllen der *Versicherungsnehmer* und/oder der Versicherte nicht einer dieser Obliegenheiten und ergibt sich daraus ein Schaden für den *Versicherer*, ist dieser berechtigt, eine Herabsetzung seiner Leistung in Höhe des von ihm erlittenen Schadens zu beanspruchen. Der *Versicherer* kann seine Versicherungsleistung verweigern, falls der *Versicherungsnehmer* und/oder der Versicherte ihre Obliegenheiten in betrügerischer Absicht nicht erfüllt haben.

In Bezug auf die Heilkostenversicherung muss jede Krankenhausbehandlung innerhalb von zehn Tagen nach deren Beginn angezeigt werden. Bei Verletzung der Obliegenheiten kann der *Versicherer* seine Leistungen im Verhältnis zu dem von ihm so erlittenen Schaden kürzen. Bei arglistiger Verletzung der Obliegenheiten kann der *Versicherer* seine Versicherungsleistung verweigern.

Die geforderten Auskünfte sind ebenfalls einem Bevollmächtigten des *Versicherers* zu erteilen. Auf Antrag des *Versicherers* ist der Versicherte verpflichtet, sich von einem vom *Versicherer* benannten Arzt untersuchen zu lassen.

2.1.5.4. Leistung des *Versicherers*

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

Der *Versicherer* ist nur zahlungspflichtig, wenn die von ihm verlangten Nachweise erbracht wurden; diese Nachweise gehen in das Eigentum des *Versicherers* über.

Der *Versicherer* behält sich das Recht vor, diese zu archivieren. Bei Kostenbelegen sollte der Versicherte die Originalunterlagen einreichen, die den jeweiligen landestypischen Rechtsvorschriften für die Rechnungserstellung entsprechen müssen. Um die Abwicklung zu erleichtern und die Kosten möglichst schnell erstatten zu können akzeptiert der *Versicherer* jedoch auch die telekommunikative Übermittlung von Kostenbelegen per E-Mail oder Telefax, soweit die Übertragungsqualität eine Bearbeitung zulässt. Bei berechtigtem Interesse kann der *Versicherer* die Originalbelege anfordern. Sofern sich ein anderer Krankenversicherer bzw. eine andere Institution an den Kosten beteiligt hat, genügen Zweitschriften der Kostenbelege mit dessen/ deren Original-Erstattungsvermerk. Der *Versicherer* kann mit befreiender Wirkung auch an den Überbringer oder Übersender ordnungsgemäßer Original-Nachweise leisten.

Auf den Rechnungen müssen stehen: Vor- und Zuname sowie das Geburtsdatum der versicherten und mitversicherten Person, vom Arzt genau vermerkte Krankheitsbezeichnung (Diagnose) bzw. andernfalls eine präzise Umschreibung des Beschwerdebildes oder ICD-Kodes 9 bzw. 10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten), die einzelnen Leistungen mit Behandlungsdaten und Einzelpreisen, im Rahmen zahnärztlicher Behandlung sind auch die Bezeichnungen der behandelten oder ersetzten Zähne und die jeweils vorgenommenen Leistungen anzugeben.

Auf den Verordnungen müssen stehen: Vor- und Zuname sowie das Geburtsdatum der versicherten und mitversicherten Person, das verordnete Arzneimittel, der Preis und der Quittungsvermerk. Die Verordnungen müssen zusammen mit der dazugehörigen Arztrechnung oder Rechnung über Heil- und Hilfsmittel eingereicht werden.

Beantragt der Versicherte anstelle von Kostenersatz ein Ersatz-Krankenhaustagegeld, so ist eine Bescheinigung über die stationäre Behandlung einzureichen, aus der Vor- und Zuname sowie das Geburtsdatum der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung sowie Aufnahme- und Entlassungstag und eventuelle Beurlaubungstage ersichtlich sind.

Der *Versicherer* ist berechtigt zu verlangen, dass die Nachweise auf seinen eigenen Formblättern erbracht werden. Die betreffenden Formblätter sind vom Versicherten und vom behandelnden Arzt auszufüllen. Der *Versicherer* ist berechtigt, seine Leistungen der Person auszuzahlen, die ihm ordnungsgemäß die Nachweise übergibt oder zusendet. Besteht ein berechtigter Zweifel in Bezug auf die Rechtmäßigkeit dieser Person, zahlt der *Versicherer* den Erstattungsbetrag dem *Versicherungsnehmer* aus.

Die in Fremdwährung übernommenen Heilkosten werden zum Kurs des Tages der Übergabe der Belege an den *Versicherer* in Euro umgerechnet.

Zur schnellstmöglichen Bearbeitung der Unterlagen (beispielsweise ärztliche Gutachten, Rechnungen, Rezepte), bittet der *Versicherer* den Versicherten, diese in einer der folgenden Sprachen: Französisch, Deutsch oder Englisch zur Verfügung zu stellen. Darüber hinaus empfiehlt der *Versicherer* die Beilage der „Claims Form“.

Die Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

2.1.5.5. Forderungsübergang

Außer bei gegenteiliger Vereinbarung tritt der *Versicherer* in Höhe des Betrags der gezahlten Entschädigung in die Rechte und Forderungsansprüche des Versicherten ein.

Kann durch das Verhalten des Versicherten der Forderungsübergang nicht mehr zugunsten des *Versicherers* wirksam werden, kann dieser von ihm die Erstattung der gezahlten Entschädigung nach Maßgabe des erlittenen Schadens fordern.

Aus dem Forderungsübergang kann dem nur teilweise entschädigten Versicherten kein Nachteil entstehen. In diesem Fall kann er seine Vorzugsrechte für die Restschuld gegenüber dem *Versicherer* geltend machen. Außer bei Böswilligkeit hat der *Versicherer* keinen Regressanspruch gegen die Nachkommen, Vorfahren, den Ehegatten und die Verschwägerten in gerader Linie des Versicherten, sowie auch nicht gegen die in seinem Haushalt lebenden Personen, seine Gäste und die Mitglieder seines Hauspersonals. Allerdings kann der *Versicherer* gegen diese Personen insoweit Rückgriff nehmen als diese Personen durch einen Versicherungsvertrag wirksam haftplichtversichert sind.

2.1.5.6. Verjährung

Die Verjährungsfrist für jeden Forderungsanspruch aus dem Versicherungsvertrag beträgt drei Jahre. Die Frist läuft ab dem Tag des Ereignisses, das zu dem Anspruch berechtigt. Weist derjenige, dem der Forderungsanspruch zusteht, jedoch nach, dass er von diesem Ereignis erst zu einem späteren Datum Kenntnis erlangt hat, beginnt die Verjährungsfrist erst ab diesem Datum zu laufen, ohne jedoch fünf Jahre ab dem Ereignis zu überschreiten, ausgenommen bei Arglist. Die Verjährung läuft nicht gegen denjenigen, dem es aufgrund höherer Gewalt unmöglich ist, fristgerecht zu handeln.

Wurde der Versicherungsfall rechtzeitig angezeigt, wird die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt unterbrochen, an dem der *Versicherer* der anderen Partei seine Entscheidung schriftlich bekannt gegeben hat. In Bezug auf den Forderungsanspruch des Begünstigten läuft die Frist ab dem Tag, an dem dieser Kenntnis sowohl von der Existenz des Vertrages, seiner Eigenschaft als Begünstigter als auch von dem Eintritt des Ereignisses erlangt hat, nach dem sich die Fälligkeit der Versicherungsleistungen richtet.

2.1.6. Vertragsbeendigung

Nach dem Datum der Vertragsbeendigung erfolgt keine Erstattung auf die Leistungen, auch nicht für bereits eingetretene und/oder angezeigte Versicherungsfälle.

2.2. Kündigung

2.2.1. Automatische Kündigung

Der wegen Nichtzahlung der Prämien außer Kraft gesetzte Vertrag wird nach einer zweijährigen ununterbrochenen Außerkraftsetzung automatisch gekündigt.

In Bezug auf die betroffenen Versicherten endet der Versicherungsvertrag bei Wegfall einer der tariflich vorgesehenen Versicherbarkeitsbedingungen.

Mit dem Tod des *Versicherungsnehmers* endet das Versicherungsverhältnis. Allerdings sind die Versicherten berechtigt, das Versicherungsverhältnis durch die Benennung eines neuen *Versicherungsnehmers* fortzusetzen, sofern die Versicherten dies innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod des *Versicherungsnehmers* angezeigt haben.

Wurde die Ehescheidung ausgesprochen, sind die Ehegatten berechtigt, ihren Vertragsanteil als eigenständiges Versicherungsverhältnis fortzusetzen. Dasselbe gilt für getrennt lebende Ehegatten.

2.2.2. Fakultative Kündigung

Bei mehreren Versicherungsleistungen oder versicherten Risiken kann sich die Kündigung entweder auf den gesamten Vertrag oder auf eine oder mehrere Versicherungsleistungen und / oder Risiken beziehen.

2.2.2.1. Kündigung durch den *Versicherungsnehmer*

Der *Versicherungsnehmer* ist berechtigt, das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne Versicherte oder Tarife zu Ende jedes Versicherungsjahres, jedoch frühestens zum Ende des vereinbarten Vertragszeitraums zu kündigen. Die Kündigung ist spätestens 30 Tage vor dem Fälligkeitsdatum der jährlichen Prämie, ansonsten 30 Tage vor dem Jahrestag des Inkrafttretens des Vertrages zu versenden. Der *Versicherungsnehmer* hat auch das Recht zu kündigen während 30 Tagen ab dem Zeitpunkt des Versandes des Fälligkeitsbescheids durch den *Versicherer*. Die Kündigung tritt in Kraft am zweiten Werktag nach dem versenden des Kündigungsbriefes, frühestens aber am Erneuerungsdatum des Vertrages.

Bei Änderungen der Allgemeinen Bedingungen ist der *Versicherungsnehmer* berechtigt, das Versicherungsverhältnis für den betroffenen Versicherten innerhalb eines Monats nach dem Eingang der Änderungsmitteilung mit Wirkung zum Datum des Wirksamwerdens der Änderung zu kündigen.

Bei Prämienerrhöhung ist der *Versicherungsnehmer* berechtigt, das Versicherungsverhältnis für den betroffenen Versicherten innerhalb 60 Tage ab dem Zeitpunkt des Versandes des Fälligkeitsbescheids durch den *Versicherer* zu kündigen. Die Kündigung tritt in Kraft am zweiten Werktag nach Versenden des Kündigungsbriefes, frühestens aber am Erneuerungsdatum des Vertrages.

Der *Versicherungsnehmer* ist berechtigt, alle seine Verträge zu kündigen, falls der *Versicherer* eine oder mehrere durch den Versicherungsvertrag abgedeckte Versicherungsleistungen oder einen anderen Versicherungsvertrag des *Versicherungsnehmers* gekündigt hat. Die Kündigung muss innerhalb von zwei Wochen nach dem Eingang der Erklärung des *Versicherers* mit Wirkung zum Ende des Monats erfolgen, in dem ihm die Erklärung zugegangen ist.

Kündigt der *Versicherungsnehmer* das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne Versicherte, sind die Versicherten berechtigt, das Versicherungsverhältnis durch die Benennung eines neuen *Versicherungsnehmers* fortzusetzen. Die Mitteilung muss innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigung

erfolgen. Die Kündigung wird nur wirksam, wenn der *Versicherungsnehmer* den Nachweis erbringt, dass die betroffenen Versicherten von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

2.2.2.2. Kündigung durch den *Versicherer*

Ist ein und dieselbe Versicherungsleistung durch einen oder mehrere Versicherungsverträge arglistig zu einer zu hohen Prämie versichert, ist der Vertrag nichtig. In diesem Fall ist der *Versicherer* berechtigt, die bezogenen Prämien zu behalten.

Der *Versicherer* ist berechtigt, das Versicherungsverhältnis mit sofortiger Wirkung zu kündigen, falls der *Versicherungsnehmer* oder ein *Versicherter* Versicherungsleistungen betrügerisch erlangt oder zu erlangen versucht hat. Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats nach dem Datum geltend gemacht wird, zu dem der *Versicherer* Kenntnis von den Tatsachen erlangt hat, die zur Kündigung berechtigen.

Deckt das Versicherungsverhältnis mehrere Personen ab und sind die Kündigungsbedingungen nur für einzelne Versicherte erfüllt, kann die Geltendmachung der oben stehenden Rechte auf diese beschränkt werden.

2.2.2.4. Konkurs des *Versicherungsnehmers*

Bei Konkurs des *Versicherungsnehmers* besteht die Versicherung zugunsten der Gläubigergemeinschaft fort, die gegenüber dem *Versicherer* für den Betrag der ab der Konkurserklärung fällig werdenden Prämien zum Schuldner wird. Allerdings sind der *Versicherer* und der Konkursverwalter berechtigt, den Vertrag zu kündigen. Die Kündigung durch den *Versicherer* kann frühestens drei Monate nach der Konkurserklärung erfolgen, und die Kündigung muss innerhalb eines Monats nach dem Ablauf dieser Frist mitgeteilt werden. Der Konkursverwalter kann den Vertrag nur in den drei Monaten nach der Konkurserklärung kündigen.

2.2.3. Formen der Vertragskündigung

Die Vertragskündigung kann entweder per Einschreiben oder durch Zustellungsurkunde bzw. durch Übergabe des Kündigungsschreibens gegen Empfangsbescheinigung erfolgen.

2.2.4. Prämienersatzung im Kündigungsfall

Ungeachtet des Kündigungsgrundes werden die Prämien, die auf die Versicherungsperiode im Anschluss an das Datum des Wirksamwerdens der Kündigung entfallen, innerhalb von 30 Tagen ab dem Wirksamwerden der Kündigung erstattet. Nach Ablauf dieser Frist laufen die gesetzlichen Zinsen von Rechts wegen.

2.2.5. Beendigung der Versicherung

Die Versicherungsleistung endet – auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle – mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses.

Im Interesse aller Beteiligten befolgt der *Versicherer* geltende internationale Sanktionsvorschriften. Der *Versicherer* ist 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 den *Versicherer* einer Sanktion, einem Verbot oder einer Beschränkung unter Resolutionen der Vereinten Nationen, unter Handels- oder Wirtschaftssanktionen, unter Gesetzen oder Vorschriften der Europäischen Union oder der Vereinigten Staaten von Amerika aussetzen würde.

2.3. Verschiedene Bestimmungen

2.3.1. Mehrere Versicherungsnehmer

Bei mehreren *Versicherungsnehmern* haften diese gesamtschuldnerisch und unteilbar für die Vertragsverpflichtungen.

Bei einer Teilkündigung oder jeder sonstigen Herabsetzung der Versicherungsleistungen gilt der vorstehende Absatz nur für diese Herabsetzung und nach deren Maßgabe.

Der *Versicherungsnehmer*, der sowohl im eigenen Namen als auch im Namen und für Rechnung anderer *Versicherter* handelt, gestattet dem *Versicherer*, die ärztlichen oder sensiblen Daten, die sowohl seine Person als auch die der anderen Versicherten betreffen, in dem Maß zu verarbeiten, das für die Verfolgung des Zwecks des vorliegenden Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2.3.2. Mitteilungen

Alle Mitteilungen des *Versicherers* an den *Versicherungsnehmer* werden rechtswirksam an dessen letzten bekannten Wohnsitz gerichtet. Bei mehreren *Versicherungsnehmern* gilt jede Mitteilung des *Versicherers* an einen von ihnen als rechtswirksam an alle erfolgt. Die für den *Versicherer* bestimmten Mitteilungen haben an dessen Geschäftssitz zu erfolgen.

2.3.3. Streitfragen

Bei Streitfragen in Bezug auf den Versicherungsvertrag kann der Versicherungsnehmer eine schriftliche Beschwerde richten

- entweder an die Generaldirektion des *Versicherers*;
- oder an den Schlichter für Versicherungsfragen (c/o: Association des Compagnies d'Assurances, 12, rue Erasme, B.P. 448, L-2014 Luxembourg, oder an die Union Luxembourgeoise des Consommateurs: 55, rue des Bruyères, L-1274 Howald);
- oder an das Commissariat aux Assurances (7, Boulevard Joseph II, L-1840 Luxembourg),

unbeschadet der Möglichkeit für den *Versicherungsnehmer*, eine Klage einzureichen.

2.3.4. Anwendbares Recht und Gerichtsstand

Der Vertrag unterliegt luxemburgischem Recht. Für jede aus dem Versicherungsvertrag entstehende Streitfrage sind ausschließlich die Gerichte des Großherzogtums Luxemburg zuständig, unbeschadet der Anwendung internationaler Verträge oder Abkommen.

2.3.5. Lokale Gesetzgebungen

Versicherungsschutz in manchen Ländern unterliegt lokalen Gesetzgebungen für Krankenversicherungen, insbesondere für Personen, die dort ihren Wohnsitz haben. Der *Versicherungsnehmer* und der *Versicherte* müssen auf ihre eigene Verantwortung sicherstellen, dass ihre Krankenversicherung den gesetzlichen Anforderungen entspricht. Der Versicherungsschutz durch Foyer Santé ist kein Ersatz für eine nationale Pflichtkrankenversicherung.

3. Glossar

Arbeitsunfähigkeit	Der <i>Versicherte</i> ist vorübergehend absolut unfähig, seine übliche berufliche Tätigkeit oder eine andere gewinnbringende Tätigkeit auszuüben. Die <i>Arbeitsunfähigkeit</i> ist von einer <i>ärztlichen Autorität</i> festzustellen.
Arzneimittel	Jede Substanz oder Zusammenstellung, die heilende Eigenschaften in Bezug auf eine <i>Krankheit</i> besitzt.
Ärztliche Autorität	Eine Person, die durch ihr Arztdiplom zur Ausübung der Heilkunst ermächtigt ist. Diese Person kann eine Diagnose zu der <i>Krankheit</i> bzw. zu dem <i>Unfall mit Personenschaden</i> stellen.
Behandlungsbeginn	Der <i>Behandlungsbeginn</i> beginnt mit der Feststellung der Notwendigkeit einer Pflege infolge einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder eines <i>Unfalls</i> .
Krankenanstalt	Jede öffentliche oder private Anstalt der Gesundheitspflege, die ständig unter ärztlicher Leitung steht, Krankengeschichten führt und für Personen bestimmt ist, deren Gesundheitszustand den Aufenthalt in der Anstalt sowie eine Heilbehandlung und/oder eine Diagnose erfordern, die eine Beobachtung, eine Überwachung und eine Kontinuität erforderlich machen, die nur in der Anstalt organisiert werden können. Nicht als <i>Krankenanstalten</i> gelten: geschlossene psychiatrische Einrichtung, medizinpädagogische Einrichtung, Erholungsheim, zugelassenes Erholungs- und Pflegeheim, Kuranstalt und Sanatorium.
Krankheit	Die Verschlechterung des körperlichen oder geistigen Gesundheitszustandes, deren Ursache und Symptome von einer <i>ärztlichen Autorität</i> objektiv ermittelt und festgestellt werden können und so eine Diagnose ermöglichen und eine Therapie erforderlich machen; diese Verschlechterung darf nicht auf einen <i>Unfall mit Personenschaden</i> zurückzuführen sein.
Leistung	Die Erstattung der Heilkosten bzw. die Zahlung des Tagegelds des <i>Versicherten</i> infolge eines mit vorliegendem Vertrag versicherten <i>Versicherungsfalls</i> .
Unfall mit Personenschaden	Plötzlich auftretendes, nicht dem Willen des <i>Versicherten</i> unterliegendes Ereignis, das eine körperliche Schädigung zur Folge hat, deren außerhalb des Organismus des Geschädigten liegende Ursache und Symptome von einer <i>ärztlichen Autorität</i> objektiv ermittelt und festgestellt werden können und so eine Diagnose ermöglichen und eine Therapie erforderlich machen.
Versicherer	Der Ausdruck „ <i>Versicherer</i> “ bezeichnet Foyer Santé S.A. 12, rue Léon Laval L-3372 Leudelange, das Versicherungsunternehmen, bei dem der Vertrag abgeschlossen wurde.
Versicherter	Die in den Besonderen Bedingungen benannte Person.
Versicherungsfall	Die ärztlich erforderliche Behandlung einer versicherten Person infolge von <i>Krankheit</i> oder <i>Unfall</i> . Der <i>Versicherungsfall</i> beginnt mit dem <i>Behandlungsbeginn</i> ; er endet, wenn nach einer ärztlichen Untersuchung die Behandlung nicht mehr erforderlich ist. Muss die Behandlung auf eine <i>Krankheit</i> oder auf die Folgen eines <i>Unfalls</i> erweitert werden, die nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit der laufenden Behandlung stehen, tritt ein neuer <i>Versicherungsfall</i> ein. In Bezug auf die Tagegeldversicherung muss der <i>Versicherungsfall</i> eine dauernde <i>Arbeitsunfähigkeit</i> zur Folge haben. Der <i>Versicherungsfall</i> endet, wenn die <i>Arbeitsunfähigkeit</i> und die Behandlung nicht mehr erforderlich sind. Bei einer <i>Arbeitsunfähigkeit</i> , die gleichzeitig infolge mehrerer <i>Krankheiten</i> oder Unfälle verursacht wurde, wird das Tagegeld nur einmal gezahlt.
Versicherungsnehmer	Die Person, die den Versicherungsvertrag abschließt und der die Prämienzahlung obliegt, bzw. jede Person, die aufgrund einer Vereinbarung zwischen den Parteien an ihre Stelle tritt, bzw. die anspruchsberechtigten Angehörigen des <i>Versicherungsnehmers</i> bei dessen Tod.

Inhaltsübersicht

VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN und ASSISTANCELEISTUNGEN

FOYER GLOBAL HEALTH ESSENTIAL

- I. Spezielle Bedingungen Foyer Global Health – Essential
- II. Medizinische Assistance Leistungen und zusätzliche Services
- III. Glossar

I. SPEZIELLE BEDINGUNGEN

Foyer Global Health

Essential

Inhalt

1. Gegenstand der Versicherung	3
2. Geografischer Geltungsbereich	3
3. Versicherbarkeit	3
3.1. Einschluss Vorerkrankungen oder Moratorium	4
3.1.1. Vorerkrankungen	4
3.1.2. Moratoriumsklausel.....	4
4. Leistungen	5
4.1. Allgemeine Informationen	5
4.2. Selbstbeteiligungen	5
4.2.1. Selbstbeteiligungen	5
4.2.2. Doppelte Leistungen für Zielregion 1.....	5
4.3. Leistungen	6
4.3.1. Allgemeines	6
4.3.2. Stationäre Heilbehandlung	6
4.3.3. Ambulante Heilbehandlung	11
4.3.4. Zahnärztliche Heilbehandlung	14
4.4. Leistungsbeschränkung.....	14
5. Tarif.....	15

1. Gegenstand der Versicherung

Die Versicherungsleistung des *Versicherers* wird für die vertraglich vorgesehenen *Krankheiten*, Unfälle und sonstigen Ereignisse gewährt.

Im *Versicherungsfall* gewährleistet der *Versicherer* die Erstattung der Behandlungskosten und die sonstigen vereinbarten Leistungen.

Im Rahmen der vertraglichen Höchstgrenzen des vorliegenden Vertrages gewährleistet der *Versicherer* die Heilkosten für jede in den Speziellen Bedingungen angegebene Versicherte, der eine dem vorliegenden Vertrag entsprechende Versicherungsleistung abgeschlossen hat.

2. Geografischer Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz gilt für folgende *Zielregionen*:

- *Zielregion 1*: Weltweit
- *Zielregion 2*: Weltweit ohne USA

Als *Zielregion* gilt die *Region* in der das zukünftige *Aufenthaltsland* der *versicherten Person(en)* liegt.

Besteht Versicherungsschutz in der *Zielregion 2* so gilt bei vorübergehender Reise (d.h. für maximal sechs Wochen) in die *Zielregion 1* Versicherungsschutz nur für medizinische Notfälle, Unfallfolgen sowie bei Tod.

Reisen zum Zwecke einer *Heilbehandlung* in eine nicht vereinbarte *Zielregion* sind nicht versichert.

Ein Wechsel des *Aufenthaltslandes* einer versicherten Person ist unverzüglich anzuzeigen, da sich dieser Wechsel auf den Beitrag auswirkt.

3. Versicherbarkeit

Versicherungsfähig sind alle Personen, die sich vorübergehend für mindestens 3 Monate im Ausland aufhalten.

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

Verlegt der Versicherte bzw. Mitversicherte seinen Wohnsitz dauerhaft in die USA, wird der *Versicherer* das Versicherungsverhältnis beenden. Bei Wohnsitzverlegung in alle sonstigen Ländern kann der *Versicherer* 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.

Der *Versicherer* kann diese Versicherung kündigen, wenn sich rechtliche Rahmenbedingungen bezüglich Versicherungsschutz für Staatsangehörige, Ansässige oder Entsandte in einem Land so verändern, dass der vom *Versicherer* erbrachte Versicherungsschutz zu einem Verstoß gegen nationales Recht führen würde.

3.1. Einschluss Vorerkrankungen oder Moratorium

Bei Antragstellung kann zwischen dem Einschluss von *Vorerkrankungen* auf Grundlage einer gesundheitlichen Risikoprüfung und dem Moratorium gewählt werden.

3.1.1. Vorerkrankungen

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 kann der *Versicherer* den Versicherungsvertrag um weitere Bedingungen ergänzen, einen Extra-Beitrag erheben oder den *Antrag* eine zu versichernde Person ablehnen. Erkrankungen, die in dem Zeitraum zwischen der Antragstellung und der Antragsannahme auftreten, werden als *Vorerkrankungen* betrachtet.

3.1.2. Moratoriumsklausel

Statt eine umfassende medizinische Risikoprüfung zu beantragen, kann der Antragsteller sich – falls er/ sie 55 Jahre oder jünger ist – auch für ein "Moratorium" entscheiden. In diesem Fall wird für eine in den fünf Jahren vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetretene Vorerkrankung der zu versichernden Person nach einer ununterbrochenen Wartezeit von zwei Jahren ohne ärztliche *Heilbehandlung*, Symptome, Beratung oder Medikation im Zusammenhang mit der Vorerkrankung Versicherungsschutz geleistet. Nimmt eine versicherte Person während der ersten zwei Jahre der Versicherung eine *Heilbehandlung*, 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.

4. Leistungen

4.1. Allgemeine Informationen

Der *Versicherer* ersetzt die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich aus den folgenden Leistungsübersichten ergeben, zu 100 %, sofern sich aus diesen Leistungsübersichten, den generellen Ausführungen in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen oder dem Glossar nicht etwas anderes ergibt.

4.2. Selbstbeteiligungen

Entsprechend der vom *Versicherungsnehmer* abgeschlossenen Tarifstufe ersetzt der *Versicherer* die erstattungsfähigen Aufwendungen zu 100% bis zu dem in den folgenden Leistungsübersichten angegebenen Jahreshöchstbetrag, sofern sich aus diesen Leistungsübersichten, den allgemeinen Informationen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen oder den Definitionen nicht etwas anderes ergibt.

4.2.1. Selbstbeteiligungen

Beim Tarif Global Health Essential gibt es folgende Varianten einer *Selbstbeteiligung*:

- 0 EUR
- 250 EUR
- 500 EUR
- 1.000 EUR

Die *Selbstbeteiligung* gilt je Versicherungsjahr und je versicherter Person und nur für ambulante *Heilbehandlungen*.

Hat der *Versicherungsnehmer* mit dem *Versicherer* eine *Selbstbeteiligung* vereinbart, ersetzt der *Versicherer* dem *Versicherten* die erstattungsfähigen Aufwendungen zu 100% für ambulante Leistungen, abzüglich des vereinbarten Selbstbehalts.

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

4.2.2. Erhöhte Leistungen für *Zielregion 1*

Sofern der *Versicherungsnehmer* Versicherungsschutz für die *Zielregion 1* (= weltweit) vereinbart hat, werden die in 4.3.2, 4.3.3 und 4.3.4 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. Leistungen

4.3.1. Allgemeines

Der *Versicherte* kann zwischen den niedergelassenen und approbierten Ärzten und Zahnärzten, die in dem Land, in dem die Behandlung erfolgt, frei wählen. Sofern im Tarif vorgesehen, können die *Leistungen* anderer Personen, die die Heilkunst ausüben, in Anspruch genommen werden.

Erstattungsfähig sind ärztliche und zahnärztliche Leistungen sowie die Leistungen anderer *Behandler*, soweit die Gebühren im Rahmen der landestypischen *Bemessungsgrundlagen* berechnet wurden und angemessen sind. Erstattungsfähig sind auch über den Höchstsätzen dieser *Bemessungsgrundlagen* liegende Aufwendungen, sofern sie durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwernisse begründet und angemessen berechnet sind. Bei Leistungen von *Behandlern*, wie zum Beispiel Masseuren, Hebammen oder Heilpraktikern, für die im *Aufenthaltsland* möglicherweise keine eigene *Bemessungsgrundlage* existiert, wird sich der *Versicherer* an den vergleichbaren Vergütungen für Ärzte bzw. an den üblichen Preisen im *Aufenthaltsland* orientieren.

Bei der Erstattung zahntechnischer Laborarbeiten und Materialien legt der *Versicherer* die durchschnittlichen Preise im jeweiligen *Aufenthaltsland* zugrunde. Zahnersatz, *implantologische Leistungen* und Kieferorthopädie gelten auch dann als Leistung des *Zahnarztes*, wenn sie von einem *Arzt* ausgeführt werden. Sie sind nicht Gegenstand der ambulanten oder stationären *Heilbehandlung*. Wir leisten im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und *Arzneimittel*, die von der *Schulmedizin* anerkannt sind. Der *Versicherer* leistet darüber hinaus für Methoden und *Arzneimittel*, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine *schulmedizinischen* Methoden oder *Arzneimittel* zur Verfügung stehen; der *Versicherer* kann seine Leistungen jedoch auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener *schulmedizinischer* Methoden und *Arzneimittel* angefallen wäre.

4.3.2. Stationäre Heilbehandlung

Übersicht stationäre Heilbehandlung

Allgemein Krankenhausleistung sowie Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer
Ärztliche Leistungen (inklusive Pathologie, Radiologie, Computertomographie, <i>Magnetresonanztomographie</i> , <i>Positronenemissionstomographie</i> und <i>Palliativmedizin</i>)
Krankenhauskosten, inklusive Operationssaal, Intensivstation und Labor
Operationen und Anästhesie
<i>Stationersetzende ambulante Operationen</i>
Arznei- und <i>Verbandmittel</i>
Physiotherapie, inklusive Massagen
Therapien, inklusive Ergotherapie, Lichttherapie, <i>Hydrotherapie</i> , Inhalationen, Packungen, medizinische Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie
Hilfsmittel
Angeborene Leiden
Krebstherapie, onkologische <i>Arzneimittel</i> und <i>Heilbehandlung</i> , inklusive wiederherstellender Chirurgie nach Brustkrebs
Knochenmark- bzw. Organtransplantation (Kosten für den Spender und den Empfänger)
Psychiatrische Leistungen
Mitaufnahme eines Elternteils bei stationärer Behandlung von Kindern bis 18 Jahren

Häusliche Krankenpflege und <i>hauswirtschaftliche Versorgung</i> anstelle eines Krankenhausaufenthalts
<i>Ersatz-Krankhaustagegeld</i> für durchgeführte stationäre Behandlungen, für die keine Kostenerstattung beim <i>Versicherer</i> beansprucht wurde
Stationäre <i>Anschlussrehabilitation</i>
<i>Hospiz</i>
Tagesklinische (<i>teilstationäre</i>) <i>Heilbehandlung</i>
Transport zum nächsterreichbaren geeigneten Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem <i>Unfall</i> oder <i>Notfall</i>

Detaillierte Leistungsbeschreibungen stationäre *Heilbehandlung*

Allgemein Krankenhausleistung sowie Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer

Bei einer medizinisch erforderlichen Behandlung in einem Krankenhaus kann der Versicherte zwischen den Krankenanstalten im Behandlungsland frei wählen. Behandlung in einer Krankenanstalt bedeutet jede Behandlung, bei der die zu behandelnde Person für mindestens 24 Stunden in einem Krankenhaus aufgenommen wird und dort ärztlich behandelt und verpflegt wird.

Bei einer medizinisch erforderlichen Behandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen bzw. Rekonvaleszenten aufnehmen, besteht nur dann eine Leistungspflicht für die in der Heilkostenversicherung vorgesehenen tariflichen Leistungen, wenn der *Versicherer* diese vor Behandlungsbeginn schriftlich genehmigt hat.

Für die Dauer der stationären *Heilbehandlung* gewährt der *Versicherer* die Leistungen ohne zeitliche Begrenzung.

Ärztliche Leistungen (inklusive Pathologie, Radiologie, Computertomographie, Magnetresonanztomographie, Positronenemissionstomographie und Palliativmedizin)

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die im Rahmen einer *medizinisch notwendigen* stationären *Heilbehandlung* erforderlichen Maßnahmen für Untersuchung, Diagnostik und Therapie.

Krankenhauskosten, inklusive Operationssaal, Intensivstation und Labor

Hierunter versteht der *Versicherer* sonstige Kosten für die Nutzung von Spezialeinrichtungen, wie Operationssäle, Intensivstation und Labor.

Operationen und Anästhesie

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die hierbei erforderlichen Leistungen, wie zum Beispiel ärztliche Leistungen, Anästhesie und die Nutzung von Spezialeinrichtungen. Aufwendungen für ambulante Operationen sind ebenfalls erstattungsfähig soweit diese einen stationären Aufenthalt ersetzen.

Stationersetzende ambulante Operationen

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

Arznei- und Verbandmittel

Die *Arzneimittel*, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von einer zuständigen ärztlichen Autorität im Krankenhaus anlässlich der stationären *Heilbehandlung* verordnet worden sein. Darüber hinaus müssen die *Arzneimittel* in einer Apotheke der von einer anderen behördlich zugelassenen Abgabestelle bezogen werden.

Arzneimittel der klassischen *Homöopathie* gelten ebenfalls als vollwertige *Arzneimittel*.

Nährmittel, Stärkungsmittel, Mineralwässer, kosmetische Mittel, Mittel zur Hygiene und Körperpflege sowie Badezusätze gelten nicht als *Arzneimittel*.

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

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für diejenigen Hilfsmittel, die als lebenserhaltende Maßnahmen dienen oder körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen, wie Herzschrittmacher. Diese müssen während des stationären Aufenthaltes angepasst werden und im oder am Körper verbleiben. Aufwendungen für die Reparatur von Hilfsmitteln sind im Rahmen der vorstehenden Regelungen erstattungsfähig.

Angeborene Leiden

Der *Versicherer* übernimmt die erstattungsfähigen Aufwendungen bis zum Höchstbetrag von 100.000 EUR über die gesamte Lebensdauer für alle bei der Geburt vorhandenen Störungen oder Erkrankungen, Anomalien, Geburtsfehler, für Frühgeburtlichkeit und Fehlbildungen einschließlich damit in Zusammenhang stehender Erkrankungen.

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

Der *Versicherer* übernimmt im Rahmen einer stationären *Heilbehandlung* die erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztliche Leistungen, diagnostische Tests, Strahlentherapie, Krebstherapie, Arzneimittel und Krankenhauskosten.

Knochenmark- und Organtransplantation (Kosten für den Spender und den Empfänger)

Bei einer Knochenmark- bzw. Organtransplantation (zum Beispiel Herz, Niere, Leber, Bauchspeicheldrüse) übernimmt der *Versicherer* die erstattungsfähigen Aufwendungen sowohl für den Erkrankten als auch für den Spender bis zum Höchstbetrag von 150.000 EUR über die gesamte Lebensdauer. Erstattungsfähig sind dabei die mit der Organbeschaffung beim Organspender verbundenen Kosten, die Kosten für den Transport des Organs zum Erkrankten sowie die Aufwendungen für eine eventuelle stationäre Mitaufnahme des Spenders, nicht jedoch für die Suche nach einem Organ oder einem geeigneten Spender.

Psychiatrische Leistungen

Der *Versicherer* erstattet die Aufwendungen für psychiatrische Leistungen im Rahmen einer stationären Behandlung, vorausgesetzt dass der *Versicherer* vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Zusage gegeben hat.

Es besteht eine Wartezeit von 10 Monaten.

Mitaufnahme eines Elternteils bei stationärer Behandlung von Kindern bis 18 Jahren

Der *Versicherer* erstattet die Mehraufwendungen für die ärztlich verordnete Mitaufnahme eines Elternteils bei der stationären Behandlung von Kindern bis 18 Jahren.

Häusliche Krankenpflege und hauswirtschaftliche Versorgung

Der *Versicherer* übernimmt die erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztlich verordnete häusliche Krankenpflege und *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 Behandlung und ist neben dieser erstattungsfähig. Der *Versicherer* erstattet diese Leistung für maximal 30 Tage pro Krankenhausaufenthalt nach schriftlicher Leistungszusage.

Ersatz-Krankenhaustagegeld für durchgeführte stationäre Behandlungen, für die keine Kostenerstattung beim Versicherer beansprucht wurde

Für durchgeführte stationäre Behandlungen, für die keine Kostenerstattung beim *Versicherer* beansprucht wurde, bezahlt der *Versicherer* ein Krankenhaustagegeld von 75 EUR* pro Tag.

Stationäre Anschlussrehabilitation

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für stationäre *Anschlussrehabilitationen*, die der Weiterführung einer *medizinisch notwendigen* stationären Krankenhausbehandlung, zum Beispiel nach Bypass-Operation, Herzinfarkt, Transplantation von Organen sowie Operationen an großen Knochen oder Gelenken, dienen, wenn und soweit der *Versicherer* dies vorher schriftlich zugesagt hat. Die *Anschlussrehabilitation* muss grundsätzlich innerhalb von 2 Wochen nach der Entlassung aus der Krankenanstalt angetreten werden. Kurmaßnahmen und Aufenthalte in Kurzentren, Badezentren, Sanatorien und Erholungsheimen sowie in Pflegeheimen sind nicht versichert. Der *Versicherer* erstattet die *Anschlussrehabilitation* bis zu 21 Tagen pro Krankenhausaufenthalt nach schriftlicher Leistungszusage.

Hospiz

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

Sofern keine ambulante Versorgung im eigenen Haushalt oder der Familie der versicherten Personen erbracht werden kann und unter der Voraussetzung, dass das *Hospiz* mit *palliativmedizinisch* erfahrenen Pflegediensten und Ärzten zusammenarbeitet sowie unter der fachlichen Verantwortung 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 Leitungsfunktionen nachweisen kann, erstattet der *Versicherer* Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung, Pflege und Begleitung entsprechend des Krankheitszustandes.

Voraussetzung für die Gewährung von Leistungen für eine voll-/ teilstationäre Hospizversorgung ist, dass die versicherte Person an einer Krankheit leidet,

- die progredient, das heißt fortschreitend sich verschlimmernd, verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat und
- bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine stationäre *palliativmedizinische* Betreuung notwendig ist und die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt.

Hospizleistungen werden unter anderem bei folgenden Krankheitsbildern gewährt:

- Fortgeschrittene Krebserkrankung
- Vollbild der Infektionskrankheit AIDS
- Erkrankung des Nervensystems mit unaufhaltsamen fortschreitenden Lähmungen
- Endzustand einer chronischen Nieren-, Leber-, Herz-, Verdauungstrakt- oder Lungenerkrankung.

Die Hospizleistungen werden für einen Aufenthalt von bis zu 5 Wochen pro Vertragsdauer zurückerstattet.

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

Der *Versicherer* erstattet die vertretbaren Kosten des Transports zum nächsterreichbaren geeigneten Krankenhaus bzw. zur nächsterreichbaren geeigneten medizinischen Einrichtung.

4.3.3. Ambulante Heilbehandlung

Übersicht ambulante Heilbehandlung

Ärztliche Leistungen (inklusive Pathologie, Radiologie, Computertomographie, <i>Magnetresonanztomographie, Positronenemissionstomographie</i> und <i>Palliativmedizin</i>)
Krebstherapie, <i>Arzneimittel</i> und ärztliche Leistungen der <i>Onkologie</i>
Angeborene Leiden
<i>Akupunktur</i> (Nadeltechnik), <i>Homöopathie</i> , <i>Osteopathie</i> und <i>Chiropraktik</i> , inklusive <i>Arznei- und Verbandmitteln</i>
Psychiatrische Leistungen
<i>Arznei- und Verbandmittel</i>
Nicht verschreibungspflichtige <i>Arzneimittel</i>
Physiotherapie, inklusive Massagen
Hilfsmittel
Transport zum nächsterreichbaren geeigneten <i>Arzt</i> oder Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem <i>Unfall</i> oder <i>Notfall</i> durch anerkannte Rettungsdienste in der Situation angemessenen Transportmitteln

Detaillierte Leistungsbeschreibungen ambulante Heilbehandlung

Ärztliche Leistungen (inklusive Pathologie, Radiologie, Computertomographie, *Magnetresonanztomographie, Positronenemissionstomographie* und *Palliativmedizin*)

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die im Rahmen einer ambulanten ärztlichen *Heilbehandlung* erforderlichen Maßnahmen für Untersuchung, Diagnostik und Therapie.

Erstattungsfähig sind unter anderem auch Aufwendungen für Pathologie, Radiologie, Computertomographie, *Magnetresonanztomographie, Positronenemissionstomographie*, Chemotherapie und andere ärztliche Leistungen der *Onkologie* (z. B. bei Krebserkrankung) sowie für Schutzimpfungen und *Prophylaxemaßnahmen*.

Krebstherapie, Arzneimittel und ärztliche Leistungen der Onkologie

Erstattungsfähig sind ambulante Leistungen im Zusammenhang mit einer Chemotherapie und ärztliche Leistungen der *Onkologie*.

Angeborene Leiden

Der *Versicherer* übernimmt die erstattungsfähigen Aufwendungen bis zum Höchstbetrag von 100.000 EUR über die gesamte Lebensdauer für alle bei der Geburt vorhandenen Störungen oder Erkrankungen, Anomalien, Geburtsfehler, für Frühgeburtlichkeit und Fehlbildungen einschließlich damit in Zusammenhang stehender Erkrankungen.

Akupunktur (Nadeltechnik), Homöopathie, Osteopathie und Chiropraktik, inklusive Arznei- und Verbandmitteln

An den erstattungsfähigen Aufwendungen beteiligt sich der *Versicherer* nur dann, wenn die vorgenannten Behandlungen durch Ärzte oder andere *Behandler* erfolgen, die eine in dem Land, in dem die Behandlung erfolgt, anerkannte entsprechende Ausbildung vorweisen können und dort zur Ausübung der Behandlung zugelassen bzw. berechtigt sind.

Von diesen Ärzten oder *Behandlern* anlässlich der Behandlung verordnete Arznei- und *Verbandmittel* sind ebenfalls erstattungsfähig.

Der *Versicherer* erstattet diese Leistungen bis zu einem Betrag von 1.000 EUR* pro Versicherungsjahr.

Psychiatrische Leistungen

Der *Versicherer* erstattet die Aufwendungen für psychiatrische Leistungen bis zu 1.000 EUR*, sofern er der Erstattung dieser Kosten vor Beginn der *Heilbehandlung* schriftlich zugestimmt hat.

Es besteht eine Wartezeit von 10 Monaten.

Arznei- und Verbandmittel

Arznei- und *Verbandmittel* müssen von einem *Arzt*, Zahnarzt oder von einem dazu berechtigten *Behandler* verordnet sein, *Arzneimittel* außerdem aus der Apotheke oder von einer anderen behördlich zugelassenen Abgabestelle bezogen werden. Nahrungsmittel, Stärkungsmittel, Mineralwässer, kosmetische Mittel, Mittel zur Hygiene und Körperpflege sowie Badezusätze gelten nicht als *Arzneimittel*.

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel

Nicht verschreibungspflichtige *Arzneimittel* können ohne ärztliches Rezept erworben werden; gewöhnlich werden sie zur Behandlung der Symptome häufig auftretender Krankheiten angewendet, derentwegen nicht unbedingt einen *Arzt* aufgesucht werden muss.

Der *Versicherer* erstattet diese Kosten bis zu einem Betrag von 50 EUR* pro Versicherungsjahr.

Physiotherapie, inklusive Massagen

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

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.

Der *Versicherer* erstattet diese Leistungen bis zu 15 Sitzungen pro Person und Versicherungsjahr.

Hilfsmittel

Erstattungsfähig sind Aufwendungen im Rahmen der ambulanten *Heilbehandlung* für Körperersatzstücke sowie orthopädische und andere Hilfsmittel bis zu 750 EUR*, die dazu dienen, körperlichen Behinderungen vorzubeugen, diese unmittelbar zu mildern oder auszugleichen. Hilfsmittel müssen von einem *Arzt* verordnet sein und dürfen nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände angesehen werden.

Als Hilfsmittel im Rahmen der ambulanten *Heilbehandlung* gelten: Bandagen, Bruchbänder, Einlagen zur Fußkorrektur, Gehstützen, Hörgeräte, Kompressionsstrümpfe, Korrekturschienen, Kunstglieder/Prothesen (ausgenommen Zahnprothesen), Liege- und Sitzschalen, orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate sowie Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf).

Folgende Hilfsmittel sind nur im Rahmen der vorherigen schriftlichen Leistungszusage durch den *Versicherer* erstattungsfähig: Krankenfahrstühle, Herz- und Atemmonitorgeräte, Infusionspumpen, Inhalationsgeräte, Sauerstoffgeräte und Überwachungsmonitore für Säuglinge. Sonstige Mittel gelten nicht als Hilfsmittel.

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

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*.

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

4.3.4. Zahnärztliche Heilbehandlung

Übersicht zahnärztliche Heilbehandlung

Allgemeine zahnärztliche Leistungen
- Leistungen bei Mundschleimhaut und Zahnfleischerkrankungen
- Einfache Füllungen
- Chirurgische Leistungen, Extraktionen, Wurzelkanalbehandlungen

Detaillierte Leistungsbeschreibungen zahnärztliche Heilbehandlung

Allgemeine schmerzstillende zahnärztliche Leistungen

- Behandlung von Mundschleimhaut- und Zahnfleischerkrankungen
- alle einfachen Füllungen – entweder Amalgam (Silber) oder Kunststoff (weiß)
- Wurzelkanalbehandlungen

4.4. Leistungsbeschränkung

Für *Krankheiten*, einschließlich deren Folgen, sowie für die Unfallfolgen und Todesfälle aufgrund von Kriegsereignissen, Wehrdienst, Aufruhr und gemeinschaftlich begangenen Gewalttaten, die nicht ausdrücklich in die Versicherungsleistung einbezogen sind, besteht keine Leistungspflicht.

Für vorsätzlich verursachte *Krankheiten*, Handlungen und Unfälle und deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren besteht keine Leistungspflicht.

Für *Kuren* und *Behandlungen im Sanatorium* sowie für Rehabilitationsmaßnahmen besteht keine Leistungspflicht, falls im Tarif nichts anderes bestimmt ist.

Für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder besteht keine Leistungspflicht. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.

Für kosmetische Maßnahmen aller Art und deren Folgen besteht keine Leistungspflicht.

Bei Selbstmordversuch besteht keine Leistungspflicht.

Für Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in *Krankenanstalten*, für die der *Versicherer* die Erstattung der Kostenrechnung aus schwerwiegendem Grund ausgeschlossen hat, wird keine Leistung erbracht, wenn der *Versicherungsfall* eintrat, nachdem dem *Versicherungsnehmer* der Leistungsausschluss mitgeteilt wurde. Ist zum Zeitpunkt der Mitteilung der *Versicherungsfall* noch nicht abgeschlossen, besteht keine Pflicht zur Erstattung der mehr als drei Monate nach der betreffenden Mitteilung eingetretenen Kosten.

Für eine Unterbringung infolge Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung besteht keine Leistungspflicht.

Für Gutachten, Atteste, Heil- und Kostenpläne, soweit sie vom *Versicherungsnehmer* oder vom *Versicherten* vorzulegen sind, besteht keine Leistungspflicht.

Bei einem Verlust der Autonomie des *Versicherten* oder bei erforderlicher Verwahrung des *Versicherten* besteht keine Leistungspflicht. Der Aufenthalt und/oder die nicht-medizinische Pflege, die

zu Hause oder in einem Erholungs- und Pflegeheim, in einer psychiatrischen Pflegeeinrichtung oder einer gleichartigen Anstalt geleistet werden, werden nicht erstattet.

Übersteigen die *Heilbehandlung* oder andere Maßnahmen, für die *Leistungen* erbracht werden, das medizinisch erforderliche Maß, kann der *Versicherer* seine *Leistungen* auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Ferner ist der *Versicherer* zu einer derartigen Herabsetzung seiner *Leistungen* berechtigt, wenn für eine medizinisch erforderliche Behandlung oder für jede sonstige Maßnahme eine überhöhte Vergütung in Rechnung gestellt wurde.

Vor Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene *Versicherungsfälle* sind von der Versicherungsleistung nur für den Teil ausgeschlossen, der in den Zeitraum vor dem Inkrafttreten der Versicherung oder in die Wartezeiten fällt.

Der *Versicherer* leistet nicht für die operative und hormonelle Angleichung der biologischen Geschlechtsmerkmale an das jeweils andere Geschlecht.

Der *Versicherer* leistet nicht für Behandlung oder operative Eingriffe zur Korrektur des Sehvermögens, beispielsweise durch Laserbehandlung, refraktive Keratotomie (RK) und fotorefraktive Keratotomie (PRK). Erstattungsfähig ist die Korrektur des Sehvermögens, wenn diese Behandlung aufgrund einer Störung, Krankheit oder Verletzung (beispielsweise Katarakt oder Netzhautablösung) notwendig wird.

5. Tarif

Die Prämie wird bei Vertragsabschluss auf Basis des *Aufenthaltslandes* festgesetzt. Ändert sich das *Aufenthaltsland* während der Versicherungslaufzeit wird der Tarif zu Beginn des nächsten Versicherungsjahres entsprechend angepasst. Ändert sich das *Aufenthaltsland* während der Versicherungslaufzeit nach *Zielregion 1*, so wird der Tarif unverzüglich angepasst.

Sollte mit Eintritt in ein neues Lebensjahr ein Wechsel der Altersstufe notwendig sein, so wird der *Versicherer* den Beitrag entsprechend der neuen Altersstufe umstellen.

II. Medizinische Assistance Leistungen und Zusätzliche Services

In Verbindung mit einem Foyer Global Health
Krankenversicherungsprodukt

Inhalt

1. Gegenstand der medizinischen Assistance Leistungen und zusätzlichen Services	17
2. Geografischer Geltungsbereich	17
3. Leistungen	17
3.1. Allgemeine Informationen	17
3.2. Medizinische Assistance Leistungen	17
3.3. Zusätzliche Services	20
4. Tarif	22

1. Gegenstand der medizinischen Assistance Leistungen und zusätzlichen Services

Die medizinischen Assistance Leistungen und zusätzlichen Services erbringt der Versicherer im Rahmen *medizinisch notwendiger Heilbehandlungen* von Krankheiten, Unfällen, insbesondere Notfällen, und sonstigen Ereignissen.

2. Geografischer Geltungsbereich

Die medizinischen Assistance Leistungen und zusätzlichen Services gelten weltweit.

3. Leistungen

3.1. Allgemeine Informationen

Der Versicherer erbringt die medizinischen Assistance Leistungen sowie die ergänzenden Services in Art und Umfang, entsprechend der folgenden Leistungsübersichten, sofern sich aus diesen Leistungsübersichten, den generellen Ausführungen in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen oder dem Glossar nicht etwas anderes ergibt.

3.2. Medizinische Assistance Leistungen

Die medizinischen Assistance Leistungen und zusätzlichen Services müssen in Verbindung mit einem Krankenversicherungsprodukt von Foyer Global Health abgeschlossen werden.

Übersicht medizinische Assistance

24-stündiger Telefon – und Email-Service mit erfahrenen Beratern, Ärzten und Fachärzten
<i>Medizinisch notwendiger</i> Kranken- bzw. Rücktransport
Informationen über die medizinische Infrastruktur/ ärztliche Versorgung unter Berücksichtigung der gewünschten Sprache
Betreuung und Information (<i>Second Opinion</i> , Beobachtung des Krankheitsverlaufs)
Kostenübernahmegarantie, insbesondere in Vorbereitung des Krankenhausaufenthaltes
Zahlung eines Vorschuss
Unterstützung und Informationen über Art, mögliche Ursachen und Heilbehandlungsmöglichkeiten/ Therapieformen der Erkrankung sowie zu medizinischen Fachbegriffen
Unterstützung bei der Organisation eines „Arzt zu Arzt“ Gespräches
Hilfe bei der Auswahl des verschriebenen Medikamentes, vergleichbarer Präparate und deren Nebenwirkungen
Medizinische Unterstützung und Beratung vor Reisebeginn (Impfungen, Zusammenstellung der Reiseapotheke)

24-stündiger Telefon – und Email-Service mit erfahrenen Beratern, Ärzten und Fachärzten

Die medizinische Assistance ist 24 Stunden am Tag, 7 Tage in der Woche und 365 Tage im Jahr über die Emergency Hotline erreichbar.

Medizinisch notwendiger Kranken- bzw. Rücktransport

Der Leistungsumfang gilt für einen medizinisch begründeten und notwendigen Kranken- bzw. Rücktransport innerhalb des *Aufenthaltslandes* sowie auch grenzüberschreitend. Die Kosten für eine medizinisch begründete und notwendige Transportbegleitung gehören ebenfalls zum Leistungsumfang.

- Der Kranken- bzw. Rücktransport kann auch aufgrund unzureichender medizinischer Versorgung und unzureichender hygienischer Umstände im behandelnden Krankenhaus erfolgen.
- Der Kranken- bzw. Rücktransport muss vom zuständigen behandelnden *Arzt* angeordnet sein und eine Kostenübernahmezusage muss vom Versicherer vorliegen.
- Der Kranken- bzw. Rücktransport erfolgt nach Abstimmung zwischen dem behandelnden *Arzt* und dem Versicherer an ein für die weitere *Heilbehandlung* geeignetes Krankenhaus.
- Nach Abstimmung mit dem Versicherer kann der Rücktransport auch an den aktuellen Wohnsitz oder an den letzten ständigen Wohnsitz des Versicherten im Heimat oder *Ausreiseland* erfolgen, wenn der Versicherungsfall außerhalb des *Aufenthaltslandes* eingetreten ist.

Informationen über die medizinische Infrastruktur/ ärztliche Versorgung unter Berücksichtigung der gewünschten Sprache

- Benennung von Ärzten, Fachärzten, Krankenhäusern und Spezialkliniken im Umfeld des Versicherten insbesondere im Hinblick auf die gewünschte Sprache
- Beratung und Unterstützung bei der Auswahl eines Behandlungsortes im Falle einer *medizinisch notwendigen* Verlegung/ Wechsel des *Behandlers*

Betreuung und Information (Second Opinion, Beobachtung des Krankheitsverlaufs)

- Unterstützung und Organisation einer ärztlichen Zweitmeinung (ärztlichen Befund) durch einen Spezialisten auf dem jeweiligen Fachgebiet bei lebensbedrohlichen und schwerwiegenden Erkrankungen und Störungen der Gesundheit
- Unterstützung bei der Auswahl des Spezialisten, des Krankenhauses sowie bei der Organisation der Aufnahme und Entlassung
- Organisation und Unterstützung bei der Beobachtung des Krankheitsverlaufes/ der Genesung durch Ärzte und Ansprechpartner des Versicherers

Kostenübernahmegarantie, insbesondere in Vorbereitung des Krankenhausaufenthaltes

- Übermittlung einer Kostenübernahmegarantie z.B. bei einer geplanten stationären Behandlung
- Direktabrechnung mit den behandelnden Ärzten/ Krankenhaus möglich

Zahlung eines Vorschuss

Zahlung eines Vorschusses an die versicherte Person wenn der *Behandler* und/oder das Krankenhaus nur Barzahlung akzeptiert.

Unterstützung und Informationen über Art, mögliche Ursachen und Heilbehandlungsmöglichkeiten/ Therapieformen der Erkrankung sowie zu medizinischen Fachbegriffen

Beratung, Erläuterung und Erklärung von medizinischen Sachverhalten im Falle einer Erkrankung einer versicherten Person, insbesondere zu Ursachen und Heilbehandlungsmöglichkeiten/ Therapieformen einer Erkrankung sowie Erklärung medizinischer Fachbegriffe

Unterstützung bei der Organisation eines „Arzt zu Arzt“ Gespräches

Bei Erkrankung und Verschlechterung des Gesundheitszustandes z.B. bei chronischen Erkrankungen hilft der Versicherer bei der Organisation eines „Arzt zu Arzt“ Gesprächs z.B. zwischen dem behandelnden Arzt im Ausreise/ Heimatland sowie im Aufenthaltsland

Hilfe bei der Auswahl des verschriebenen Medikamentes, vergleichbarer Präparate und deren Nebenwirkungen

- Informationen zu Medikamenten und deren Neben- sowie Wechselwirkungen mit anderen Präparaten und bestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen.
- Information zu vergleichbaren und identischen Präparaten

Medizinische Unterstützung und Beratung vor Reisebeginn (Impfungen, Zusammenstellung der Reiseapotheke)

- Medizinische Informationen zu hygienischen Bedingungen im *Aufenthaltsland*
- Auskünfte und Informationen zu empfohlenen Impfungen für das *Aufenthaltsland*, insbesondere bei bestehenden gesundheitlichen Beschwerden
- Unterstützung bei der Zusammenstellung einer Reiseapotheke unter Berücksichtigung der hygienischen und klimatischen Gegebenheiten im *Aufenthaltsland*.
- Die Informationen und Auskünfte werden durch den Versicherer telefonisch und per Email zur Verfügung gestellt

3.3. Zusätzliche Services

Es besteht Anspruch auf die Leistungen „zusätzliche Services“, wenn diese in den Besonderen Bedingungen (*Versicherungsschein / Police*) für den Versicherten vereinbart sind.

Übersicht ergänzende Services

Rücktransport in das <i>Aufenthaltsland</i>
Organisation von Krankenbesuchen für Angehörige
Verzögerung der Rückreise
Beschaffung und Versand lebensnotwendiger Medikamente
Organisation Rücktransport oder Betreuung von Kindern
Überführung der sterblichen Überreste und organisatorische Unterstützung im Todesfall
Hilfe bei eventuell durch den Auslandsaufenthalt entstandenen psychischen Problemen
Dokumentendepot (Hinterlegung und Ersatzbeschaffung bei Verlust)
Vermittlung eines juristischen Beistandes bei rechtlichen Schwierigkeiten
Vermittlung eines Relocation Services
Vermittlung eines interkulturellen Trainings (Informationen über die Kultur vor Ort)

Rücktransport in das *Aufenthaltsland*

Ist nach Abstimmung mit dem Versicherer eine *medizinisch notwendige* Evakuierung zur Behandlung des Versicherten erfolgt, erstattet der Versicherer nach vorheriger Zusage die Kosten für die Rückreise des Versicherten in das *Aufenthaltsland* für ein Beförderungsmittel (Bahnfahrt 1. Klasse, Flug Economy Class) bis zu 3.000 EUR*.

Organisation von Krankenbesuche für Angehörige

Bei einem stationären Aufenthalt aufgrund eines *Notfalls* organisiert der Versicherer den Besuch eines Familienangehörigen zum Behandlungsort und zurück zum Wohnort und übernimmt die Reisekosten bis zu einer Höhe von 3.000 EUR*, wenn der stationäre Aufenthalt mindestens 7 Tage dauert und die Kostenübernahme durch den Versicherer vorliegt. (Kosten für Bahnfahrt 1. Klasse und Flug in der Economy Klasse werden übernommen)

Verzögerung der Rückreise

Verzögert sich die Rückreise aus dem *Aufenthaltsland* in das *Ausreise/ Heimatland* oder in ein neues *Aufenthaltsland* aufgrund eines *medizinischen Notfalls* einer versicherten Person, welcher zur Reiseunfähigkeit führt, erstattet der die Kosten für Umbuchung/ Stornierung von Hotels und Flügen bis zu 3.000 EUR*

Beschaffung und Versand lebensnotwendiger Medikamente

Nimmt eine versicherte Person lebensnotwendige Medikamente, die im *Aufenthaltsland* nicht zu erhalten sind, wird der Versicherer sich darum bemühen, diese Medikamente so schnell als möglich zu besorgen. Voraussetzung ist, dass das Medikament in dem *Aufenthaltsland* der versicherten Person gesetzlich zugelassen ist und der Einfuhr keine gesetzlichen Bestimmungen entgegenstehen

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

Organisation Rücktransport oder Betreuung von Kindern

- Bei einem stationären Aufenthalt beider Elternteile aufgrund eines medizinischen *Notfalls* übernimmt der Versicherer die Organisation der Betreuung der Kinder durch einen geeigneten Dienst sowie die Kosten dafür, längstens für die Dauer der stationären *Heilbehandlung*
- Werden beide Elternteile während einer Urlaubsreise aufgrund eines medizinischen *Notfalls* stationär behandelt, erstattet der Versicherer die Kosten für die Reise der Kinder (bis 18 Jahre) an den aktuellen Wohnsitz im *Aufenthaltsland*

Überführung der sterblichen Überreste und organisatorische Unterstützung im Todesfall

- Erledigung der notwendigen Formalitäten zur Überführung oder Einäscherung der sterblichen Überreste, insbesondere Besorgung der Sterbeurkunde, des Unfallberichts, Herstellung Kontaktes zu Behörden/ Konsulaten sowie Feststellung, welche Angehörige berechtigt sind einer Überführung oder Einäscherung zuzustimmen
- Erstattung der Kosten für die Überführung der sterblichen Überreste in das Ausreise- oder *Heimatland* sowie der Kosten für die mit der Überführung verbundenen Formalitäten bis zu einer Höhe von 10.000 EUR *
- Überführung der Urne in das Ausreise- oder *Heimatland* im Falle einer Einäscherung
- Kosten für die Bestattung sind nicht versichert

Hilfe bei eventuell durch den Auslandsaufenthalt entstandenen psychischen Problemen

- Der Versicherer bietet eine Beratung im Falle einer psychologischen Stresssituation an
- Die versicherte Person erhält eine psychologisch therapeutische Begleitung mittels Telefon durch erfahrene Ärzte und eine Empfehlung zur weiteren Vorgehensweise bis zu maximal 5 Gesprächen*

Dokumentendepot (Hinterlegung und Ersatzbeschaffung bei Verlust)

- Der Versicherte bietet für wichtige Dokumente (z.B. Reisepass, Visum, Führerschein, Impfausweis, weitere wichtige Dokumente) ein Dokumentendepot an.
- Bei Verlust des Originaldokuments erfolgt der Versand der Kopie per Email, Fax oder Kurier sowie die Unterstützung bei der Ersatzbeschaffung.

Vermittlung eines juristischen Beistandes bei rechtlichen Schwierigkeiten

Bei Bedarf vermittelt der Versicherer englisch-, deutsch-, französisch und spanisch sprechende Anwälte/Gutachter bevorzugt im *Aufenthaltsland* der versicherten Person.

Vermittlung eines Relocation Services

Bei Bedarf vermittelt der Versicherer Spezialanbieter für die Organisation des Umzugs und ggf. Unterstützung bei der Wohnungssuche.

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

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

Der Versicherer vermittelt bei Bedarf Spezialanbieter, die unter dem Leitmotiv Leben und Arbeiten im Ausland länderspezifische und interkulturelle Trainings zur Vorbereitung des Auslandsaufenthaltes, durchführen.

4. Tarif

Der Versicherungsbeitrag wird in den Besonderen Bedingungen (*Versicherungsschein / Police*) ausgewiesen.

III. Glossar

Akupunktur	Die <i>Akupunktur</i> ist eine alte Methode der traditionellen chinesischen Medizin, bei der mit Hilfe von in den Körper eingestochenen dünnen Nadeln Krankheiten geheilt oder Schmerzen gelindert werden sollen; <i>schulmedizinisch</i> bisher in erster Linie zur Behandlung von Schmerzen anerkannt.
Anschlussrehabilitation	Eine <i>Anschlussrehabilitation</i> ist eine medizinische Maßnahme zur Wiederherstellung des früheren körperlichen Zustandes nach einer schweren Krankheit/ Operation, zum Beispiel nach Bypass-OP, Herzinfarkt, Transplantation von Organen sowie Operation an großen Knochen oder Gelenken, oder eines schweren <i>Unfalles</i> .
Antrag	Der <i>Antrag</i> auf Abschluss einer Versicherung erfolgt für den Versicherungsnehmer und/ oder die versicherten Personen mittels eines vom Versicherer zur Verfügung gestellten Antragsformulars.
Arzneimittel	<i>Arzneimittel</i> sind Wirkstoffe, die allein oder im Gemisch mit anderen Substanzen in der Diagnostik oder Therapie von Krankheiten, Leiden, Körperschäden oder krankhaften Beschwerden angewandt werden. Als <i>Arzneimittel</i> gelten nicht Lebensmittel, kosmetische Mittel, Körperpflegemittel. <i>Arzneimittel</i> müssen vom <i>Arzt</i> verordnet und aus der Apotheke bezogen werden. Synonyme Begriffe: Medikamente, Pharmaka.
Arzt	Ein <i>Arzt</i> ist ein Mediziner (Allgemeinmediziner oder Spezialist) oder Inhaber eines medizinischen Diploms, das gesetzlich anerkannt ist, der in dem Land, in dem die Behandlung erfolgt, zur ärztlichen <i>Heilbehandlung</i> zugelassen ist (siehe <i>Heilbehandlung</i>). Die versicherten Personen können den <i>Arzt</i> , der diese Kriterien erfüllt, frei wählen.
Assisteur	Der <i>Assisteur</i> ist darauf spezialisiert, Versicherten in Notsituationen bzw. bei Krankenhausaufenthalten mit Rat und Tat zur Seite zu stehen. Zusätzliche Serviceleistungen, die den Versicherten den Aufenthalt in der Fremde erleichtern sollen, sowie die Erstattung bestimmter Kosten, wie zum Beispiel Rücktransportkosten, werden über den <i>Assisteur</i> erbracht. Das komplette Leistungsspektrum kann dem beiliegenden Leitfadens der Assistance entnommen werden.
Aufenthaltsland	Das <i>Aufenthaltsland</i> ist das Land, in dem sich die versicherten Personen nach Beginn des Auslandsaufenthaltes aufhalten werden
Ausreiseland	Das <i>Ausreiseland</i> ist das Land, in dem sich die versicherten Personen vor dem Auslandsaufenthalt dauerhaft aufgehalten haben.
Behandler	<i>Behandler</i> können neben Ärzten auch solche Personen sein, die über eine auf ihrem Behandlungsgebiet anerkannte und fundierte Ausbildung verfügen und in dem Land, in dem die Behandlung erfolgt, zur Behandlung auf ihrem Gebiet zugelassen bzw. berechtigt sind. Unter <i>Behandler</i> fasst der <i>Versicherer</i> : Heilpraktiker, Logopäden/ Sprachheiltherapeuten und Hebammen/ Entbindungspfleger sowie die in eigener Praxis tätigen Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe (zum Beispiel Masseur, Masseur und medizinischer Bademeister, Krankengymnast oder Physiotherapeut). Die versicherten Personen können den <i>Behandler</i> , der diese Kriterien erfüllt, frei wählen.
Bemessungsgrundlagen	Die <i>Bemessungsgrundlagen</i> sind die Grundlagen, auf denen die Berechnungen der ärztlichen bzw. zahnärztlichen Leistungen beruhen. Sie können sich von Land zu Land unterscheiden.

Chiropraktik	Die <i>Chiropraktik</i> wird auch als manuelle Therapie bezeichnet. Durch bestimmte Handgriffe werden gegeneinander verschobene oder verrenkte Wirbelkörper oder andere Gelenke wieder „eingrichtet“.
Ersatz-Krankenhaustagegeld	Sollte für eine unter Versicherungsschutz stehende, <i>medizinisch notwendige</i> stationäre Krankenhausbehandlung einer versicherten Person keine Kostenerstattung beim <i>Versicherer</i> beansprucht werden, zahlt der <i>Versicherer</i> je nach Tarifstufe ein <i>Ersatz-Krankenhaustagegeld</i> pro Tag eines ärztlich verordneten und durchgeführten Krankenhausaufenthaltes.
Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen	Der zahnärztlichen <i>Heilbehandlung</i> zuzuordnende Untersuchungs- und Behandlungsmethode zur Diagnose von Störungen und Erkrankungen des gesamten Kauapparates.
Hauswirtschaftliche Versorgung	<i>Hauswirtschaftliche Versorgung</i> ist ein Teil der häuslichen Pflegehilfe. Sie umfasst Hilfeleistungen bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens im Bereich der <i>hauswirtschaftlichen Versorgung</i> , wie das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.
Heilbehandlung	Unter <i>Heilbehandlung</i> versteht der <i>Versicherer</i> diagnostische und therapeutische Maßnahmen, die dem Bereich des ärztlichen Handelns zuzurechnen sind und dazu dienen, Gesundheitsstörungen, Krankheiten oder Verletzungen zu erkennen, zu lindern oder zu heilen. Eine Behandlungsmaßnahme ist <i>medizinisch notwendig</i> , wenn es nach den objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Behandlung vertretbar war, sie als <i>medizinisch notwendig</i> anzusehen.
Heimatland	Das <i>Heimatland</i> ist das Land, dessen Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt oder in das sie im Todesfall überführt werden soll.
Homöopathie	<i>Homöopathie</i> beruht auf drei Grundpfeilern: der Ähnlichkeitsregel, dem Arzneimittelbild und der Potenzierung der Substanzen. Ein Homöopath geht davon aus, dass eine Krankheit, die sich in bestimmten Symptomen äußert, durch ein Mittel geheilt werden kann, das beim Gesunden ähnliche Symptome hervorruft.
Hospiz	Institution, die ausschließlich dem Zweck dient, Patienten mit einer Lebenserwartung von wenigen Monaten zu pflegen und Symptome der zum Tode führenden Krankheit durch <i>Palliativmedizin</i> zu lindern
Hydrotherapie	<i>Hydrotherapie</i> ist die gezielte <i>Heilbehandlung</i> durch äußere Anwendung von Wasser.
ICD-Codes	<i>ICD</i> steht für International Classification of Diseases. Es ist ein internationales System zur Verschlüsselung und Klassifikation aller bekannten Diagnosen.
Implantologische Leistungen	Unter <i>implantologischen Leistungen</i> versteht man das Einsetzen zahnärztlicher Implantate (Metall- oder Keramikkörper) als Zahnwurzelersatz oder in unbezahnte Kiefer.

Konservierende Leistungen	<i>Konservierende Leistungen</i> sind Maßnahmen, die der Erhaltung der Zähne (z. B. Füllungstherapie, Wurzelkanalbehandlungen) dienen.
Krebs	<i>Krebs</i> ist die allgemeine Bezeichnung für alle bösartigen (malignen) Erkrankungen, die durch eine unkontrollierte Vermehrung von veränderten Zellen gekennzeichnet sind (Geschwulst, Tumor, Karzinom). Diese Zellen können das umliegende Gewebe zerstören und Tochtergeschwülste (Metastasen) ausbilden.
Kur- und Sanatoriumsbehandlung	Eine Kur- bzw. <i>Sanatoriumsbehandlung</i> dient der Festigung des Gesundheitszustandes.
Magnetresonanztomographie (MRT)	Hierunter versteht man eine diagnostische Technik zur Darstellung der inneren Organe und Gewebe mit Hilfe von Magnetfeldern und Radiowellen.
Medizinisch notwendig	<i>Medizinisch notwendig</i> sind alle Maßnahmen, die dazu geeignet sind, eine Krankheit gezielt zu heilen oder zu lindern.
Notfall	Unter <i>Notfall</i> versteht der <i>Versicherer</i> den plötzlichen, akuten Eintritt einer Krankheit oder die akute Verschlechterung des Gesundheitszustandes, welche eine unmittelbare Bedrohung der Gesundheit der betroffenen versicherten Person darstellt.
Onkologie	Die <i>Onkologie</i> ist ein Teilgebiet der inneren Medizin, das sich mit der Entstehung, Diagnostik und Behandlung von Tumoren und tumorbedingten Krankheiten befasst.
Osteopathie	Die <i>osteopathische</i> Medizin beinhaltet eine umfassende manuelle Diagnostik und Therapie von Fehlfunktionen am Bewegungssystem, den inneren Organen und am Nervensystem. Sie findet in erster Linie Anwendung bei chronischen Schmerzen an der Wirbelsäule und den peripheren Gelenken.
Palliativmedizin	Palliative Therapie ist die umfassende und aktive Behandlung von Patienten mit einer begrenzten Lebenserwartung, deren Erkrankung einer kurativen Therapie nicht mehr zugänglich ist und für die das Behandlungsziel die bestmögliche Lebensqualität für den Patienten selbst und seine/ ihre Angehörigen ist.
Positronenemissionstomographie (PET)	Die <i>Positronenemissionstomographie</i> (PET) ist ein Schnittbildverfahren, das es ermöglicht, nichtinvasiv die Verteilung einer mit einem Positronenstrahler markierten Substanz im Körper des Patienten darzustellen. Die Konzentration solch eines „Markers“ in einem Tumor lässt sich auch quantitativ bestimmen. Die Substanz wird intravenös injiziert, und die Strahlung wird mit externen Detektoren nachgewiesen. Mit Hilfe der PET können wichtige biologische Vorgänge in Tumoren visualisiert werden.
Prophylaxemaßnahmen	<i>Prophylaxemaßnahmen</i> sind ein Teil der Präventivmedizin; individuelle und generelle Maßnahmen zur Verhütung drohender Krankheiten (z. B. Impfungen, passive Immunisierung, vorsorgliche Medikation bei Einreise in Gefahrengebiete, Unfallverhütung etc.).
Schulmedizin	<i>Schulmedizin</i> ist die an Universitäten gelehrt, wissenschaftlich fundierte und daher allgemein anerkannte und angewandte Form der Medizin (Heilkunde).
Second Opinion	<i>Second Opinion</i> oder ärztliche Zweitmeinung ist eine medizinische Beratung durch einen anderen, bisher nicht beteiligten <i>Arzt</i> bei lebensbedrohlichen Erkrankungen und schwerwiegenden, bleibenden gesundheitlichen Störungen.
Selbstbeteiligung	Eine <i>Selbstbeteiligung</i> bewirkt, dass der Versicherte einen bestimmten Teil der Kosten selbst trägt. Eine <i>Selbstbeteiligung</i> ist eine Eigenbeteiligung des Versicherungsnehmers und/ oder der versicherten Personen an den Erstattungsleistungen des

	<i>Versicherer</i> . Wurde eine <i>Selbstbeteiligung</i> vereinbart, so dokumentiert der <i>Versicherer</i> diese im <i>Versicherungsschein</i>
Service Card	Die versicherten Personen erhalten eine personalisierte <i>Service Card</i> mit der Anschrift und den wichtigen Telefonnummern des <i>Assisteurs</i> . Die <i>Service Card</i> dient als persönlicher Versicherungsnachweis gegenüber allen Leistungserbringern.
Stationsersetzende ambulante Operationen	Operationen, die ambulant sowohl beim <i>Arzt</i> als auch im Krankenhaus durchgeführt werden können, bei denen aber keine anschließende Übernachtung und kein anschließender stationärer Aufenthalt im Krankenhaus erforderlich sind.
Teilstationäre Heilbehandlung	Als <i>teilstationär</i> bezeichnet man einen Aufenthalt in einer Tages- oder Nachtambulanz oder in einem Krankenhaus, bei dem der Patient nur tagsüber oder nachts in der Klinik ist; eine ganztägige (24-stündige) stationäre Behandlung ist von vornherein nicht oder nicht mehr erforderlich.
Umwandlung	Eine <i>Umwandlung</i> ist die Änderung eines beim <i>Versicherer</i> bestehenden Versicherungsschutzes, zum Beispiel durch die Vereinbarung einer geänderten <i>Selbstbeteiligung</i> bzw. eines geänderten Selbstbehaltes, unter Wahrung der Rechte, die der <i>Versicherungsnehmer</i> und die versicherten Personen aus den vorher ununterbrochen beim <i>Versicherer</i> bestandenen Versicherungen erworben haben.
Unfall	Unter <i>Unfall</i> versteht man ein plötzlich von außen unerwartet auf den Körper einwirkendes, gesundheits-schädigendes Ereignis.
Verbandmittel	<i>Verbandmittel</i> sind Mittel zur Durchführung von Verbänden.
Versicherer	Der Ausdruck „Versicherer“ bezeichnet Foyer Santé S.A. 12, rue Léon Laval L 3372 Leudelange, das Versicherungsunternehmen, bei dem der Vertrag abgeschlossen wurde.
Versicherter	Die in den Besonderen Bedingungen benannte(n) Person(en).
Versicherungsnehmer	Die Person, die den Versicherungsvertrag abschließt und der die Prämienzahlung obliegt, bzw. jede Person, die aufgrund einer Vereinbarung zwischen den Parteien an die Stelle des <i>Versicherungsnehmers</i> tritt, bzw. die anspruchsberechtigten Angehörigen des <i>Versicherungsnehmers</i> bei dessen Tod.
Versicherungsschein	Den für die versicherten Personen vereinbarten Versicherungsschutz sowie den jeweils zu zahlenden Beitrag dokumentiert der <i>Versicherer</i> in einem <i>Versicherungsschein</i> .
Vorerkrankungen	<i>Vorerkrankungen</i> sind bei Versicherungsbeginn bestehende Krankheiten und deren Folgen sowie Folgen von Unfällen, die Ihnen oder den versicherten Personen bekannt sind bzw. behandelt werden. Durch besondere Vereinbarung mit dem Versicherungsnehmer können diese in den Versicherungsvertrag grundsätzlich eingeschlossen werden. <i>Vorerkrankungen</i> , die bei Antragsstellung nicht genannt wurden, sind nicht versichert.
Zahnarzt	<i>Behandler</i> , der sich vorrangig mit den Erkrankungen der Zähne und des Mundraums beschäftigt.
Zielregion	Der Versicherungsschutz gilt in folgenden <i>Zielregionen</i> : <ul style="list-style-type: none"> • <i>Zielregion 1</i>: Weltweit • <i>Zielregion 2</i>: Weltweit ohne USA

Inhaltsübersicht

VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN und ASSISTANCELEISTUNGEN

FOYER GLOBAL HEALTH EXCLUSIVE

- I. Spezielle Bedingungen Foyer Global Health – Exclusive
- II. Medizinische Assistance Leistungen und zusätzliche Services
- III. Glossar

I. SPEZIELLE BEDINGUNGEN

Foyer Global Health

Exclusive

Inhalt

1. Gegenstand der Versicherung	3
2. Geografischer Geltungsbereich	3
3. Versicherbarkeit	3
3.1. Einschluss Vorerkrankungen oder Moratorium	4
3.1.1. Vorerkrankungen	4
3.1.2. Moratoriumsklausel.....	4
4. Leistungen	5
4.1. Allgemeine Informationen	5
4.2. Selbstbeteiligungen	5
4.2.1. Selbstbeteiligungen	5
4.2.2. Doppelte Leistungen für Zielregion 1.....	5
4.3. Leistungen	6
4.3.1. Allgemeines	6
4.3.2. Stationäre Heilbehandlung	6
4.3.3. Ambulante Heilbehandlung	12
4.3.4. Zahnärztliche Heilbehandlung	17
4.4. Leistungsbeschränkung.....	18
5. Tarif.....	19

1. Gegenstand der Versicherung

Die Versicherungsleistung des *Versicherers* wird für die vertraglich vorgesehenen *Krankheiten*, Unfälle und sonstigen Ereignisse gewährt.

Im *Versicherungsfall* gewährleistet der *Versicherer* die Erstattung der Behandlungskosten und die sonstigen vereinbarten Leistungen.

Im Rahmen der vertraglichen Höchstgrenzen des vorliegenden Vertrages gewährleistet der *Versicherer* die Heilkosten für jeden in den Speziellen Bedingungen angegebenen *Versicherten*, der eine dem vorliegenden Vertrag entsprechende Versicherungsleistung abgeschlossen hat.

2. Geografischer Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz gilt für folgende *Zielregionen*:

- *Zielregion 1*: Weltweit
- *Zielregion 2*: Weltweit ohne USA

Als *Zielregion* gilt die *Region* in der das zukünftige *Aufenthaltsland* der *versicherten Person(en)* liegt.

Besteht Versicherungsschutz in der *Zielregion 2* so gilt bei vorübergehender Reise (d.h. für maximal sechs Wochen) in die *Zielregion 1* Versicherungsschutz nur für medizinische Notfälle, Unfallfolgen sowie bei Tod.

Reisen zum Zwecke einer *Heilbehandlung* in eine nicht vereinbarte *Zielregion* sind nicht versichert.

Ein Wechsel des *Aufenthaltslandes* einer *versicherten Person* ist unverzüglich anzuzeigen, da sich dieser Wechsel auf den Beitrag auswirkt.

3. Versicherbarkeit

Versicherungsfähig sind alle Personen, die sich vorübergehend für mindestens 3 Monate im Ausland aufhalten.

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

Verlegt der *Versicherte* bzw. Mitversicherte seinen Wohnsitz dauerhaft in die USA, wird der *Versicherer* das Versicherungsverhältnis beenden. Bei Wohnsitzverlegung in alle sonstigen Ländern kann der *Versicherer* 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.

Der *Versicherer* kann diese Versicherung kündigen, wenn sich rechtliche Rahmenbedingungen bezüglich Versicherungsschutz für Staatsangehörige, Ansässige oder Entsandte in einem Land so verändern, dass der vom *Versicherer* erbrachte Versicherungsschutz zu einem Verstoß gegen nationales Recht führen würde.

3.1. Einschluss Vorerkrankungen oder Moratorium

Bei Antragstellung kann zwischen dem Einschluss von *Vorerkrankungen* auf Grundlage einer gesundheitlichen Risikoprüfung und dem Moratorium gewählt werden.

3.1.1. Vorerkrankungen

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 kann der *Versicherer* den Versicherungsvertrag um weitere Bedingungen ergänzen, einen Extra-Beitrag erheben oder den *Antrag* / eine zu versichernde Person ablehnen. Erkrankungen, die in dem Zeitraum zwischen der Antragstellung und der Antragsannahme durch den *Versicherer* auftreten, wird der *Versicherer* als *Vorerkrankungen* betrachten.

3.1.2. Moratoriumsklausel

Statt eine umfassende medizinische Risikoprüfung zu beantragen, kann der *Versicherte* sich – falls er/sie 55 Jahre oder jünger sind – auch für ein “Moratorium” entscheiden. In diesem Fall wird für eine in den fünf Jahren vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetretene Vorerkrankung der zu versichernden Person nach einer ununterbrochenen Wartezeit von zwei Jahren ohne ärztliche *Heilbehandlung*, Symptome, Beratung oder Medikation im Zusammenhang mit der Vorerkrankung Versicherungsschutz geleistet. Nimmt eine *versicherte Person* während der ersten zwei Jahre der Versicherung eine *Heilbehandlung*, 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.

4. Leistungen

4.1. Allgemeine Informationen

Der *Versicherer* ersetzt die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich aus den folgenden Leistungsübersichten ergeben, zu 100 %, sofern sich aus diesen Leistungsübersichten, den generellen Ausführungen in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen oder dem Glossar nicht etwas anderes ergibt.

4.2. Selbstbeteiligungen

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

4.2.1. Selbstbeteiligungen

Beim Tarif Global Health Exclusive gibt es folgende Varianten einer *Selbstbeteiligung*:

- 0 EUR
- 250 EUR
- 500 EUR
- 1.000 EUR

Die *Selbstbeteiligung* gilt je Versicherungsjahr und je *versicherter Person* und nur für ambulante *Heilbehandlungen*.

Hat der *Versicherte* mit dem *Versicherer* eine *Selbstbeteiligung* vereinbart, ersetzt der *Versicherer* die erstattungsfähigen Aufwendungen zu 100% für ambulante Leistungen, abzüglich des vereinbarten Selbstbehalts.

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

4.2.2. Erhöhte Leistungen für *Zielregion 1*

Sofern der *Versicherte* Versicherungsschutz für die *Zielregion 1* (= weltweit) vereinbart hat, werden die in 4.3.2, 4.3.3 und 4.3.4 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. Leistungen

4.3.1. Allgemeines

Der *Versicherte* kann zwischen den niedergelassenen und approbierten Ärzten und Zahnärzten, die in dem Land, in dem die Behandlung erfolgt, frei wählen. Sofern im Tarif vorgesehen, können die *Leistungen* anderer Personen, die die Heilkunst ausüben, in Anspruch genommen werden.

Erstattungsfähig sind ärztliche und zahnärztliche Leistungen sowie die Leistungen anderer *Behandler*, soweit die Gebühren im Rahmen der landestypischen *Bemessungsgrundlagen* berechnet wurden und angemessen sind. Erstattungsfähig sind auch über den Höchstsätzen dieser *Bemessungsgrundlagen* liegende Aufwendungen, sofern sie durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwernisse begründet und angemessen berechnet sind. Bei Leistungen von *Behandlern*, wie zum Beispiel Masseuren, Hebammen oder Heilpraktikern, für die im *Aufenthaltsland* möglicherweise keine eigene *Bemessungsgrundlage* existiert, wird sich der *Versicherer* an den vergleichbaren Vergütungen für Ärzte bzw. an den üblichen Preisen im *Aufenthaltsland* orientieren.

Bei der Erstattung zahntechnischer Laborarbeiten und Materialien legt der *Versicherer* die durchschnittlichen Preise im jeweiligen *Aufenthaltsland* zugrunde. Zahnersatz, *implantologische Leistungen* und Kieferorthopädie gelten auch dann als Leistung des *Zahnarztes*, wenn sie von einem *Arzt* ausgeführt werden. Sie sind nicht Gegenstand der ambulanten oder stationären *Heilbehandlung*. Der *Versicherer* leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und *Arzneimittel*, die von der *Schulmedizin* anerkannt sind. Der *Versicherer* leistet darüber hinaus für Methoden und *Arzneimittel*, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine *schulmedizinischen* Methoden oder *Arzneimittel* zur Verfügung stehen; der *Versicherer* kann seine Leistungen jedoch auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener *schulmedizinischer* Methoden und *Arzneimittel* angefallen wäre.

4.3.2. Stationäre Heilbehandlung

Übersicht stationäre Heilbehandlung

Allgemein Krankenhausleistung sowie Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer
Ärztliche Leistungen (inklusive Pathologie, Radiologie, Computertomographie, <i>Magnetresonanztomographie</i> , <i>Positronenemissionstomographie</i> und <i>Palliativmedizin</i>)
Krankenhauskosten, inklusive Operationssaal, Intensivstation und Labor
Operationen und Anästhesie
<i>Stationersetzende ambulante Operationen</i>
Arznei- und <i>Verbandmittel</i>
Physiotherapie, inklusive Massagen
Therapien, inklusive Ergotherapie, Lichttherapie, <i>Hydrotherapie</i> , Inhalationen, Packungen, medizinische Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie
Hilfsmittel
Leistungen für Schwangerschaft und Entbindung, Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers im Krankenhaus
Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen
Neugeborenenpflege
Angeborene Leiden
Krebstherapie, onkologische <i>Arzneimittel</i> und <i>Heilbehandlung</i> , inklusive wiederherstellender Chirurgie nach Brustkrebs

Knochenmark- bzw. Organtransplantation (Kosten für den Spender und den Empfänger)
Psychiatrische Leistungen
Stationäre Psychotherapie
Mitaufnahme eines Elternteils bei stationärer Behandlung von Kindern bis 18 Jahren
Häusliche Krankenpflege und <i>hauswirtschaftliche Versorgung</i> anstelle eines Krankenhausaufenthalts
<i>Ersatz-Krankhaustagegeld</i> für durchgeführte stationäre Behandlungen, für die keine Kostenerstattung beim <i>Versicherer</i> beansprucht wurde
Stationäre <i>Anschlussrehabilitation</i>
<i>Hospiz</i>
Tagesklinische (<i>teilstationäre</i>) <i>Heilbehandlung</i>
Transport zum nächsterreichbaren geeigneten Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem <i>Unfall</i> oder <i>Notfall</i>

Detaillierte Leistungsbeschreibungen stationäre *Heilbehandlung*

Allgemein Krankenhausleistung sowie Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer

Bei einer medizinisch erforderlichen Behandlung in einem Krankenhaus kann der *Versicherte* zwischen den Krankenanstalten im Behandlungsland frei wählen. Behandlung in einer Krankenanstalt bedeutet jede Behandlung, bei der die zu behandelnde Person für mindestens 24 Stunden in einem Krankenhaus aufgenommen wird und dort ärztlich behandelt und verpflegt wird.

Bei einer medizinisch erforderlichen Behandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen bzw. Rekonvaleszenten aufnehmen, besteht nur dann eine Leistungspflicht für die in der Heilkostenversicherung vorgesehenen tariflichen Leistungen, wenn der *Versicherer* diese vor Behandlungsbeginn schriftlich genehmigt hat.

Für die Dauer der stationären *Heilbehandlung* gewährt der *Versicherer* die Leistungen ohne zeitliche Begrenzung.

Ärztliche Leistungen (inklusive Pathologie, Radiologie, Computertomographie, Magnetresonanztomographie, Positronenemissionstomographie und Palliativmedizin)

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die im Rahmen einer *medizinisch notwendigen* stationären *Heilbehandlung* erforderlichen Maßnahmen für Untersuchung, Diagnostik und Therapie.

Krankenhauskosten, inklusive Operationssaal, Intensivstation und Labor

Hierunter versteht der *Versicherer* sonstige Kosten für die Nutzung von Spezialeinrichtungen, wie Operationssäle, Intensivstation und Labor.

Operationen und Anästhesie

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die hierbei erforderlichen Leistungen, wie zum Beispiel ärztliche Leistungen, Anästhesie und die Nutzung von Spezialeinrichtungen. Aufwendungen für ambulante Operationen sind ebenfalls erstattungsfähig soweit diese einen stationären Aufenthalt ersetzen.

Stationersetzende ambulante Operationen

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

Arznei- und Verbandmittel

Die *Arzneimittel*, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von einer zuständigen ärztlichen Autorität im Krankenhaus anlässlich der stationären *Heilbehandlung* verordnet worden sein. Darüber hinaus müssen die *Arzneimittel* in einer Apotheke oder von einer anderen behördlich zugelassenen Abgabestelle bezogen werden.

Arzneimittel der klassischen *Homöopathie* gelten ebenfalls als vollwertige *Arzneimittel*.

Nährmittel, Stärkungsmittel, Mineralwässer, kosmetische Mittel, Mittel zur Hygiene und Körperpflege sowie Badezusätze gelten nicht als *Arzneimittel*.

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

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für diejenigen Hilfsmittel, die als lebenserhaltende Maßnahmen dienen oder körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen, wie Herzschrittmacher und Kunstglieder/ Prothesen (ausgenommen Zahnprothesen). Diese müssen während des stationären Aufenthaltes angepasst werden und im oder am Körper verbleiben. Aufwendungen für die Reparatur von Hilfsmitteln sind im Rahmen der vorstehenden Regelungen erstattungsfähig.

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

Der *Versicherer* übernimmt die erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu 20.000 EUR* 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.

Es besteht eine Wartezeit von 10 Monaten.

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

Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen

Der *Versicherer* übernimmt 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.

Es besteht eine Wartezeit von 10 Monaten.

Neugeborenenpflege

In Bezug auf Neugeborene beginnt die Versicherungsleistung der Heilkostenversicherung unmittelbar nach der Geburt, ohne Wartezeiten, ohne Risikoprüfung, wenn zum Datum der Geburt des Kindes die zwei Elternteile seit mindestens drei Monaten bei dem *Versicherer* in der Heilkostenversicherung versichert sind und wenn der *Antrag* auf Versicherung spätestens zwei Monate nach der Geburt rückwirkend zum Ersten des Monats eingegangen ist, in dem das Kind geboren wurde. Die Versicherungsleistung kann weder höher noch umfangreicher ausfallen als die eines der versicherten Elternteile. Neugeborene können nur in den Tarifen versichert werden, die für neue Verträge vorgesehen sind.

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.

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

Der *Versicherer* übernimmt die erstattungsfähigen Aufwendungen bis zum Höchstbetrag von 200.000 EUR über die gesamte Lebensdauer für alle bei der Geburt vorhandenen Störungen oder Erkrankungen, Anomalien, Geburtsfehler, für Frühgeburtlichkeit und Fehlbildungen einschließlich damit in Zusammenhang stehender Erkrankungen.

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

Der *Versicherer* übernimmt im Rahmen einer stationären *Heilbehandlung* die erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztliche Leistungen, diagnostische Tests, Strahlentherapie, Krebstherapie, *Arzneimittel* und Krankenhauskosten.

Knochenmark- und Organtransplantation (Kosten für den Spender und den Empfänger)

Bei einer Knochenmark- bzw. Organtransplantation (zum Beispiel Herz, Niere, Leber, Bauchspeicheldrüse) übernimmt der *Versicherer* die erstattungsfähigen Aufwendungen sowohl für den Erkrankten als auch für den Spender. Erstattungsfähig sind dabei die mit der Organbeschaffung beim Organspender verbundenen Kosten, die Kosten für den Transport des Organs zum Erkrankten sowie die Aufwendungen für eine eventuelle stationäre Mitaufnahme des Spenders, nicht jedoch für die Suche nach einem Organ oder einem geeigneten Spender.

Psychiatrische Leistungen

Der *Versicherer* erstattet die Aufwendungen für psychiatrische Leistungen im Rahmen einer stationären Behandlung, vorausgesetzt dass der *Versicherer* vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Zusage gegeben hat.

Es besteht eine Wartezeit von 10 Monaten.

Stationäre Psychotherapie

Voraussetzung für die Erstattung durch den *Versicherer* ist, dass die Behandlung von einem Psychiater, einem Psychotherapeuten oder einem auf dem Gebiet der Psychiatrie, Psychotherapie oder Psychoanalyse entsprechend weitergebildeten Facharzt durchgeführt wird. Für stationäre Psychotherapie leistet der *Versicherer* nur dann, wenn und soweit der *Versicherer* vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Zusage gegeben hat.

Es besteht eine Wartezeit von 10 Monaten.

Mitaufnahme eines Elternteils bei stationärer Behandlung von Kindern bis 18 Jahren

Der *Versicherer* erstattet die Mehraufwendungen für die ärztlich verordnete Mitaufnahme eines Elternteils bei der stationären Behandlung von Kindern bis 18 Jahren.

Häusliche Krankenpflege und hauswirtschaftliche Versorgung

Der *Versicherer* übernimmt die erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztlich verordnete häusliche Krankenpflege und *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 Behandlung und ist neben dieser erstattungsfähig. Der *Versicherer* erstattet diese Leistung für maximal 90 Tage pro Krankenhausaufenthalt nach schriftlicher Leistungszusage.

Ersatz-Krankenhaustagegeld für durchgeführte stationäre Behandlungen, für die keine Kostenerstattung beim Versicherer beansprucht wurde

Für durchgeführte stationäre Behandlungen, für die keine Kostenerstattung beim *Versicherer* beansprucht wurde, bezahlt der *Versicherer* ein Krankenhaustagegeld von 200 EUR* pro Tag.

Stationäre Anschlussrehabilitation

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für stationäre *Anschlussrehabilitationen*, die der Weiterführung einer *medizinisch notwendigen* stationären Krankenhausbehandlung, zum Beispiel nach Bypass-Operation, Herzinfarkt, Transplantation von Organen sowie Operationen an großen Knochen oder Gelenken, dienen, wenn und soweit der *Versicherer* dies vorher schriftlich zugesagt hat. Die *Anschlussrehabilitation* muss grundsätzlich innerhalb von 2 Wochen nach der Entlassung aus der Krankenanstalt angetreten werden. Kurmaßnahmen und Aufenthalte in Kurzentren, Badezentren, Sanatorien und Erholungsheimen sowie in Pflegeheimen sind nicht versichert. Der *Versicherer* erstattet die *Anschlussrehabilitation* bis zu 35 Tagen pro Krankenhausaufenthalt nach schriftlicher Leistungszusage.

Hospiz

Sofern keine ambulante Versorgung im eigenen Haushalt oder der Familie der *versicherten Personen* erbracht werden kann und unter der Voraussetzung, dass das *Hospiz* mit *palliativmedizinisch*

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

erfahrenen Pflegediensten und Ärzten zusammenarbeitet sowie unter der fachlichen Verantwortung 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 Leitungsfunktionen nachweisen kann, erstattet der *Versicherer* Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung, Pflege und Begleitung entsprechend des Krankheitszustandes.

Voraussetzung für die Gewährung von Leistungen für eine voll-/ teilstationäre Hospizversorgung ist, dass die *versicherte Person* an einer Krankheit leidet,

- die progredient, das heißt fortschreitend sich verschlimmernd, verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat und
- bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine stationäre *palliativmedizinische* Betreuung notwendig ist und die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt.

Hospizleistungen werden unter anderem bei folgenden Krankheitsbildern gewährt:

- Fortgeschrittene Krebserkrankung
- Vollbild der Infektionskrankheit AIDS
- Erkrankung des Nervensystems mit unaufhaltsamen fortschreitenden Lähmungen
- Endzustand einer chronischen Nieren-, Leber-, Herz-, Verdauungstrakt- oder Lungenerkrankung.

Die Hospizleistungen werden für einen Aufenthalt von bis zu 9 Wochen pro Vertragsdauer zurückerstattet.

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

Der *Versicherer* erstattet die vertretbaren Kosten des Transports zum nächsterreichbaren geeigneten Krankenhaus bzw. zur nächsterreichbaren geeigneten medizinischen Einrichtung.

4.3.3. Ambulante Heilbehandlung

Übersicht ambulante Heilbehandlung

Ärztliche Leistungen (inklusive Pathologie, Radiologie, Computertomographie, Magnetresonanztomographie, Positronenemissionstomographie und Palliativmedizin)
Krebstherapie, Arzneimittel und ärztliche Leistungen der Onkologie
Gesundheitschecks
Leistungen für Schwangerschaft und Entbindung, Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers
Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen
Angeborene Leiden
Akupunktur (Nadeltechnik), Homöopathie, Osteopathie und Chiropraktik, inklusive Arznei- und Verbandmitteln
Sprachtherapie
Psychiatrische Leistungen
Ambulante Psychotherapie
Arznei- und Verbandmittel
Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel
Physiotherapie, inklusive Massagen
Therapien, inklusive Ergotherapie, Lichttherapie, Hydrotherapie, Inhalation, Packungen, medizinische Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie
Hilfsmittel
Schutzimpfungen und Immunisierungen
Sehhilfen, inklusive Sehtest
Transport zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt oder Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Unfall oder Notfall durch anerkannte Rettungsdienste in der Situation angemessenen Transportmitteln
Unfruchtbarkeitsbehandlung

Detaillierte Leistungsbeschreibungen ambulante Heilbehandlung

Ärztliche Leistungen (inklusive Pathologie, Radiologie, Computertomographie, Magnetresonanztomographie, Positronenemissionstomographie und Palliativmedizin)

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die im Rahmen einer ambulanten ärztlichen Heilbehandlung erforderlichen Maßnahmen für Untersuchung, Diagnostik und Therapie.

Erstattungsfähig sind unter anderem auch Aufwendungen für Pathologie, Radiologie, Computertomographie, Magnetresonanztomographie, Positronenemissionstomographie, Chemotherapie und andere ärztliche Leistungen der Onkologie (z. B. bei Krebserkrankung) sowie für Schutzimpfungen und Prophylaxemaßnahmen.

Krebstherapie, Arzneimittel und ärztliche Leistungen der Onkologie

Erstattungsfähig sind ambulante Leistungen im Zusammenhang mit einer Chemotherapie und ärztliche Leistungen der *Onkologie*.

Gesundheitschecks

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

Der *Versicherer* erstattet diese Leistungen bis zu einem Betrag von 500 EUR* pro Versicherungsjahr.

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

Der *Versicherer* übernimmt die erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu 20.000 EUR*, 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.

Es besteht eine Wartezeit von 10 Monaten.

Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen

Der *Versicherer* übernimmt 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.

Es besteht eine Wartezeit von 10 Monaten.

Angeborene Leiden

Der *Versicherer* übernimmt die erstattungsfähigen Aufwendungen bis zum Höchstbetrag von 200.000 EUR über die gesamte Lebensdauer für alle bei der Geburt vorhandenen Störungen oder Erkrankungen, Anomalien, Geburtsfehler, für Frühgeburtlichkeit und Fehlbildungen einschließlich damit in Zusammenhang stehender Erkrankungen.

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

Akupunktur (Nadeltechnik), Homöopathie, Osteopathie und Chiropraktik, inklusive Arznei- und Verbandmitteln

An den erstattungsfähigen Aufwendungen beteiligt sich der *Versicherer* nur dann, wenn die vorgenannten Behandlungen durch Ärzte oder andere *Behandler* erfolgen, die eine in dem Land, in dem die Behandlung erfolgt, anerkannte entsprechende Ausbildung vorweisen können und dort zur Ausübung der Behandlung zugelassen bzw. berechtigt sind.

Von diesen Ärzten oder *Behandlern* anlässlich der Behandlung verordnete Arznei- und *Verbandmittel* sind ebenfalls erstattungsfähig.

Der *Versicherer* erstattet diese Leistungen bis zu einem Betrag von 5.000 EUR* pro Versicherungsjahr.

Sprachtherapie

Bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen übernimmt der *Versicherer* die erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztlich verordnete Übungsbehandlungen, sofern diese von einem *Arzt* oder Logopäden bzw. Sprachheiltherapeuten durchgeführt werden. Für genannte Behandlungen leistet der *Versicherer* nur dann, wenn der *Versicherer* vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Zusage gegeben hat.

Psychiatrische Leistungen

Der *Versicherer* erstattet die Aufwendungen für psychiatrische Leistungen, sofern der *Versicherer* der Erstattung dieser Kosten vor Beginn der *Heilbehandlung* schriftlich zugestimmt hat.

Es besteht eine Wartezeit von 10 Monaten.

Ambulante Psychotherapie

Voraussetzung für die Erstattung ist, dass die Behandlung von einem Psychiater, einem Psychotherapeuten oder einem auf dem Gebiet der Psychiatrie, Psychotherapie oder Psychoanalyse entsprechend weitergebildeten Facharzt durchgeführt wird. Der *Versicherer* erstattet die Aufwendungen für ambulante Psychotherapien, sofern der *Versicherer* der Erstattung dieser Kosten vor Beginn der *Heilbehandlung* schriftlich zugestimmt hat.

Es besteht eine Wartezeit von 10 Monaten.

Arznei- und Verbandmittel

Arznei- und *Verbandmittel* müssen von einem *Arzt*, Zahnarzt oder von einem dazu berechtigten *Behandler* verordnet sein, *Arzneimittel* außerdem aus der Apotheke oder von einer anderen behördlich zugelassenen Abgabestelle bezogen werden. Nahrungsmittel, Stärkungsmittel, Mineralwässer, kosmetische Mittel, Mittel zur Hygiene und Körperpflege sowie Badezusätze gelten nicht als *Arzneimittel*.

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel

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

Der *Versicherer* erstattet diese Kosten bis zu einem Betrag von 100 EUR* pro Versicherungsjahr.

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

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). Sie muss 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

Erstattungsfähig sind Aufwendungen im Rahmen der ambulanten *Heilbehandlung* für Körperersatzstücke sowie orthopädische und andere Hilfsmittel, die dazu dienen, körperlichen Behinderungen vorzubeugen, diese unmittelbar zu mildern oder auszugleichen. Hilfsmittel müssen von einem *Arzt* verordnet sein und dürfen nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände angesehen werden.

Als Hilfsmittel im Rahmen der ambulanten *Heilbehandlung* gelten: Bandagen, Bruchbänder, Einlagen zur Fußkorrektur, Gehstützen, Hörgeräte, Kompressionsstrümpfe, Korrekturschienen, Kunstglieder/Prothesen (ausgenommen Zahnprothesen), Liege- und Sitzschalen, orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate sowie Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf).

Folgende Hilfsmittel sind nur im Rahmen der vorherigen schriftlichen Leistungszusage erstattungsfähig: Krankenfahrstühle, Herz- und Atemmonitorgeräte, Infusionspumpen, Inhalationsgeräte, Sauerstoffgeräte und Überwachungsmonitore für Säuglinge. Sonstige Mittel gelten nicht als Hilfsmittel.

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

Schutzimpfungen und Immunisierungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Schutzimpfungen und *Prophylaxemaßnahmen*, soweit sie für das jeweilige *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 bis zu 250 EUR* pro Versicherungsjahr.

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

Nach vorheriger schriftlicher Leistungszusage übernimmt der *Versicherer* die Kosten im Rahmen des vereinbarten Leistungsumfanges wie zum Beispiel für folgende anerkannte Behandlungen:

- In-Vitro-Fertilisation (IVF)
- Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)

Die Übernahme der Kosten erfolgt zudem unter der Voraussetzung, dass

- zum Zeitpunkt der Behandlung (erster Stimulationstag eines jeden Behandlungszyklus bzw. erster Zyklustag bei der Insemination ohne hormonelle Stimulation) die Frau das 40. und der Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- eine organisch bedingte Infertilität der versicherten oder mitversicherten Person besteht, die allein mittels Maßnahmen der assistierten Reproduktion überwunden werden kann
- nach medizinischer Einschätzung eine deutliche Erfolgsaussicht von über 15 % für die gewählte Behandlungsmethode besteht und Mann und Frau beide Foyer Global Health *Versicherte* sind.

Der *Versicherer* erstattet 50 % der Kosten im Zusammenhang mit der Unfruchtbarkeitsbehandlung, Diagnose und Behandlung inbegriffen, bis zu einem Höchstbetrag von 15.000 EUR für die ganze Dauer des Vertrages.

Es besteht eine Wartezeit von 24 Monaten für beide Ehe- oder Lebenspartner.

4.3.4. Zahnärztliche Heilbehandlung

Übersicht zahnärztliche Heilbehandlung

Allgemeine zahnärztliche Leistungen
Zwei zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen pro Versicherungsjahr
Röntgenuntersuchung
Zahnsteinentfernung und Polieren
Leistungen bei Mundschleimhaut und Zahnfleischerkrankungen
Einfache Füllungen
Chirurgische Leistungen, Extraktionen, Wurzelkanalbehandlungen
Nachtschiene
Zahnärztliche Leistungen nach einem <i>Unfall</i>
Umfassende zahnärztliche Leistungen
Zahnersatz (z.B. Prothesen, Brücken und Kronen, Inlays)
<i>Implantologische Leistungen</i>
Kieferorthopädische Leistungen
Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien
Heil- und Kostenplan
Zahnärztliche Leistungen nach einem <i>Unfall</i>

Detaillierte Leistungsbeschreibungen zahnärztliche Heilbehandlung

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
- chirurgische Eingriffe
- Extraktionen
- Nachtschiene
- zahnärztliche Leistungen nach einem *Unfall*

Umfassende zahnärztliche Leistungen

Umfassende zahnärztliche Leistungen schließen folgende Arten von komplexeren Maßnahmen und *Heilbehandlungen* ein. Der *Versicherer* erstattet die nachfolgenden Leistungen bis zu 5.000 EUR* pro Versicherungsjahr.

- Zahnersatz (Prothesen, Brücken und Kronen)
- Inlays (Gold, Porzellan), inklusive zahntechnische Laborarbeiten und Materialien
- Auflagefüllungen (Onlays)
- Bis zu vier Implantate pro Kiefer und den darauf zu befestigenden Zahnersatz
- kieferorthopädische Behandlung bei Kindern unter 18 Jahren, inklusive Metallbrackets und Retainer sowie Heil- und Kostenplan
- zahntechnische Laborarbeiten und Materialien
- Heil- und Kostenplan
- zahnärztliche Leistungen nach einem *Unfall*

Es besteht eine Wartezeit von 10 Monaten.

Zahnärztliche Leistungen nach einem Unfall

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

4.4. Leistungsbeschränkung

Für *Krankheiten*, einschließlich deren Folgen, sowie für die Unfallfolgen und Todesfälle aufgrund von Kriegsereignissen, Wehrdienst, Aufruhr und gemeinschaftlich begangenen Gewalttaten, die nicht ausdrücklich in die Versicherungsleistung einbezogen sind, besteht keine Leistungspflicht.

Für vorsätzlich verursachte *Krankheiten*, Handlungen und Unfälle und deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren besteht keine Leistungspflicht.

Für *Kuren* und *Behandlungen im Sanatorium* sowie für Rehabilitationsmaßnahmen besteht keine Leistungspflicht, falls im Tarif nichts anderes bestimmt ist.

Für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder besteht keine Leistungspflicht. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.

Für kosmetische Maßnahmen aller Art und deren Folgen besteht keine Leistungspflicht.

Bei Selbstmordversuch besteht keine Leistungspflicht.

Für Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in *Krankenanstalten*, für die der *Versicherer* die Erstattung der Kostenrechnung aus schwerwiegendem Grund ausgeschlossen hat, wird keine Leistung erbracht, wenn der *Versicherungsfall* eintritt, nachdem dem *Versicherungsnehmer* der Leistungsausschluss mitgeteilt wurde. Ist zum Zeitpunkt der Mitteilung der *Versicherungsfall* noch nicht abgeschlossen, besteht keine Pflicht zur Erstattung der mehr als drei Monate nach der betreffenden Mitteilung eingetretenen Kosten.

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

Für eine Unterbringung infolge Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung besteht keine Leistungspflicht.

Für Gutachten, Atteste, Heil- und Kostenpläne, soweit sie vom *Versicherungsnehmer* oder vom *Versicherten* vorzulegen sind, besteht keine Leistungspflicht.

Bei einem Verlust der Autonomie des *Versicherten* oder bei erforderlicher Verwahrung des *Versicherten* besteht keine Leistungspflicht. Der Aufenthalt und/oder die nicht-medizinische Pflege, die zu Hause oder in einem Erholungs- und Pflegeheim, in einer psychiatrischen Pflegeeinrichtung oder einer gleichartigen Anstalt geleistet werden, werden nicht erstattet.

Übersteigen die *Heilbehandlung* oder andere Maßnahmen, für die *Leistungen* erbracht werden, das medizinisch erforderliche Maß, kann der *Versicherer* seine *Leistungen* auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Ferner ist der *Versicherer* zu einer derartigen Herabsetzung seiner *Leistungen* berechtigt, wenn für eine medizinisch erforderliche Behandlung oder für jede sonstige Maßnahme eine überhöhte Vergütung in Rechnung gestellt wurde.

Vor Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene *Versicherungsfälle* sind von der Versicherungsleistung nur für den Teil ausgeschlossen, der in den Zeitraum vor dem Inkrafttreten der Versicherung oder in die Wartezeiten fällt.

Der *Versicherer* leistet nicht für die operative und hormonelle Angleichung der biologischen Geschlechtsmerkmale an das jeweils andere Geschlecht.

Der *Versicherer* leistet nicht für Behandlung oder operative Eingriffe zur Korrektur des Sehvermögens, beispielsweise durch Laserbehandlung, refraktive Keratotomie (RK) und fotorefraktive Keratotomie (PRK). Erstattungsfähig ist die Korrektur des Sehvermögens, wenn diese Behandlung aufgrund einer Störung, Krankheit oder Verletzung (beispielsweise Katarakt oder Netzhautablösung) notwendig wird.

5. Tarif

Die Prämie wird bei Vertragsabschluss auf Basis des *Aufenthaltslandes* festgesetzt. Ändert sich das *Aufenthaltsland* während der Versicherungslaufzeit wird der Tarif zu Beginn des nächsten Versicherungsjahres entsprechend angepasst. Ändert sich das *Aufenthaltsland* während der Versicherungslaufzeit nach *Zielregion 1*, so wird der Tarif unverzüglich angepasst.

Sollte mit Eintritt in ein neues Lebensjahr ein Wechsel der Altersstufe notwendig sein, so wird der *Versicherer* den Beitrag entsprechend der neuen Altersstufe umstellen.

II. Medizinische Assistance Leistungen und Zusätzliche Services

In Verbindung mit einem Foyer Global Health
Krankenversicherungsprodukt

Inhalt

1.	Gegenstand der medizinischen Assistance Leistungen und zusätzlichen Services	21
2.	Geografischer Geltungsbereich	21
3.	Leistungen	21
3.1.	Allgemeine Informationen	21
3.2.	Medizinische Assistance Leistungen	21
3.3.	Zusätzliche Services	24
4.	Tarif	26

1. Gegenstand der medizinischen Assistance Leistungen und zusätzlichen Services

Die medizinischen Assistance Leistungen und zusätzlichen Services erbringt der *Versicherer* im Rahmen *medizinisch notwendiger Heilbehandlungen* von Krankheiten, Unfällen, insbesondere Notfällen, und sonstigen Ereignissen.

2. Geografischer Geltungsbereich

Die medizinischen Assistance Leistungen und zusätzlichen Services gelten weltweit.

3. Leistungen

3.1. Allgemeine Informationen

Der *Versicherer* erbringt die medizinischen Assistance Leistungen sowie die ergänzenden Services in Art und Umfang, entsprechend der folgenden Leistungsübersichten, sofern sich aus diesen Leistungsübersichten, den generellen Ausführungen in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen oder dem Glossar nicht etwas anderes ergibt.

3.2. Medizinische Assistance Leistungen

Die medizinischen Assistance Leistungen und zusätzlichen Services müssen in Verbindung mit einem Krankenversicherungsprodukt von Foyer Global Health abgeschlossen werden.

Übersicht medizinische Assistance

24-stündiger Telefon – und Email-Service mit erfahrenen Beratern, Ärzten und Fachärzten
<i>Medizinisch notwendiger</i> Kranken- bzw. Rücktransport
Informationen über die medizinische Infrastruktur/ ärztliche Versorgung unter Berücksichtigung der gewünschten Sprache
Betreuung und Information (<i>Second Opinion</i> , Beobachtung des Krankheitsverlaufs)
Kostenübernahmegarantie, insbesondere in Vorbereitung des Krankenhausaufenthaltes
Zahlung eines Vorschuss
Unterstützung und Informationen über Art, mögliche Ursachen und Heilbehandlungsmöglichkeiten/ Therapieformen der Erkrankung sowie zu medizinischen Fachbegriffen
Unterstützung bei der Organisation eines „Arzt zu Arzt“ Gespräches
Hilfe bei der Auswahl des verschriebenen Medikamentes, vergleichbarer Präparate und deren Nebenwirkungen
Medizinische Unterstützung und Beratung vor Reisebeginn (Impfungen, Zusammenstellung der Reiseapotheke)

24-stündiger Telefon – und Email-Service mit erfahrenen Beratern, Ärzten und Fachärzten

Die medizinische Assistance ist 24 Stunden am Tag, 7 Tage in der Woche und 365 Tage im Jahr über die Emergency Hotline erreichbar.

Medizinisch notwendiger Kranken- bzw. Rücktransport

Der Leistungsumfang gilt für einen medizinisch begründeten und notwendigen Kranken- bzw. Rücktransport innerhalb des *Aufenthaltslandes* sowie auch grenzüberschreitend. Die Kosten für eine medizinisch begründete und notwendige Transportbegleitung gehören ebenfalls zum Leistungsumfang.

- Der Kranken- bzw. Rücktransport kann auch aufgrund unzureichender medizinischer Versorgung und unzureichender hygienischer Umstände im behandelnden Krankenhaus erfolgen.
- Der Kranken- bzw. Rücktransport muss vom zuständigen behandelnden *Arzt* angeordnet sein und eine Kostenübernahmezusage muss vom *Versicherer* vorliegen.
- Der Kranken- bzw. Rücktransport erfolgt nach Abstimmung zwischen dem behandelnden *Arzt* und dem *Versicherer* an ein für die weitere *Heilbehandlung* geeignetes Krankenhaus.
- Nach Abstimmung mit dem *Versicherer* kann der Rücktransport auch an den aktuellen Wohnsitz oder an den letzten ständigen Wohnsitz des *Versicherten* im Heimat oder *Ausreiseland* erfolgen, wenn der Versicherungsfall außerhalb des *Aufenthaltslandes* eingetreten ist.

Informationen über die medizinische Infrastruktur/ ärztliche Versorgung unter Berücksichtigung der gewünschten Sprache

- Benennung von Ärzten, Fachärzten, Krankenhäusern und Spezialkliniken im Umfeld des *Versicherten* insbesondere im Hinblick auf die gewünschte Sprache
- Beratung und Unterstützung bei der Auswahl eines Behandlungsortes im Falle einer *medizinisch notwendigen* Verlegung/ Wechsel des *Behandlers*

Betreuung und Information (*Second Opinion*, Beobachtung des Krankheitsverlaufs)

- Unterstützung und Organisation einer ärztlichen Zweitmeinung (ärztlichen Befund) durch einen Spezialisten auf dem jeweiligen Fachgebiet bei lebensbedrohlichen und schwerwiegenden Erkrankungen und Störungen der Gesundheit
- Unterstützung bei der Auswahl des Spezialisten, des Krankenhauses sowie bei der Organisation der Aufnahme und Entlassung
- Organisation und Unterstützung bei der Beobachtung des Krankheitsverlaufes/ der Genesung durch Ärzte und Ansprechpartner des *Versicherers*

Kostenübernahmegarantie, insbesondere in Vorbereitung des Krankenhausaufenthaltes

- Übermittlung einer Kostenübernahmegarantie z.B. bei einer geplanten stationären Behandlung
- Direktabrechnung mit den behandelnden Ärzten/ Krankenhaus möglich

Zahlung eines Vorschuss

Zahlung eines Vorschusses an die *versicherte Person* wenn der *Behandler* und/oder das Krankenhaus nur Barzahlung akzeptiert.

Unterstützung und Informationen über Art, mögliche Ursachen und Heilbehandlungsmöglichkeiten/ Therapieformen der Erkrankung sowie zu medizinischen Fachbegriffen

Beratung, Erläuterung und Erklärung von medizinischen Sachverhalten im Falle einer Erkrankung einer *versicherten Person*, insbesondere zu Ursachen und Heilbehandlungsmöglichkeiten/ Therapieformen einer Erkrankung sowie Erklärung medizinischer Fachbegriffe

Unterstützung bei der Organisation eines „Arzt zu Arzt“ Gespräches

Bei Erkrankung und Verschlechterung des Gesundheitszustandes z.B. bei chronischen Erkrankungen hilft der *Versicherer* bei der Organisation eines „Arzt zu Arzt“ Gesprächs z.B. zwischen dem behandelnden *Arzt* im *Ausreise/ Heimatland* sowie im *Aufenthaltsland*

Hilfe bei der Auswahl des verschriebenen Medikamentes, vergleichbarer Präparate und deren Nebenwirkungen

- Informationen zu Medikamenten und deren Neben- sowie Wechselwirkungen mit anderen Präparaten und bestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen.
- Information zu vergleichbaren und identischen Präparaten

Medizinische Unterstützung und Beratung vor Reisebeginn (Impfungen, Zusammenstellung der Reiseapotheke)

- Medizinische Informationen zu hygienischen Bedingungen im *Aufenthaltsland*
- Auskünfte und Informationen zu empfohlenen Impfungen für das *Aufenthaltsland*, insbesondere bei bestehenden gesundheitlichen Beschwerden
- Unterstützung bei der Zusammenstellung einer Reiseapotheke unter Berücksichtigung der hygienischen und klimatischen Gegebenheiten im *Aufenthaltsland*.
- Die Informationen und Auskünfte werden durch den *Versicherer* telefonisch und per Email zur Verfügung gestellt

3.3. Zusätzliche Services

Es besteht Anspruch auf die Leistungen „zusätzliche Services“, wenn diese in den Besonderen Bedingungen (*Versicherungsschein / Police*) für den *Versicherten* vereinbart sind.

Übersicht ergänzende Services

Rücktransport in das <i>Aufenthaltsland</i>
Organisation von Krankenbesuchen für Angehörige
Verzögerung der Rückreise
Beschaffung und Versand lebensnotwendiger Medikamente
Organisation Rücktransport oder Betreuung von Kindern
Überführung der sterblichen Überreste und organisatorische Unterstützung im Todesfall
Hilfe bei eventuell durch den Auslandsaufenthalt entstandenen psychischen Problemen
Dokumentendepot (Hinterlegung und Ersatzbeschaffung bei Verlust)
Vermittlung eines juristischen Beistandes bei rechtlichen Schwierigkeiten
Vermittlung eines Relocation Services
Vermittlung eines interkulturellen Trainings (Informationen über die Kultur vor Ort)

Rücktransport in das *Aufenthaltsland*

Ist nach Abstimmung mit dem *Versicherer* eine *medizinisch notwendige* Evakuierung zur Behandlung des *Versicherten* erfolgt, erstattet der *Versicherer* nach vorheriger Zusage die Kosten für die Rückreise des *Versicherten* in das *Aufenthaltsland* für ein Beförderungsmittel (Bahnfahrt 1. Klasse, Flug Economy Class) bis zu 3.000 EUR*.

Organisation von Krankenbesuche für Angehörige

Bei einem stationären Aufenthalt aufgrund eines *Notfalls* organisiert der *Versicherer* den Besuch eines Familienangehörigen zum Behandlungsort und zurück zum Wohnort und übernimmt die Reisekosten bis zu einer Höhe von 3.000 EUR*, wenn der stationäre Aufenthalt mindestens 7 Tage dauert und die Kostenübernahme durch den *Versicherer* vorliegt. (Kosten für Bahnfahrt 1. Klasse und Flug in der Economy Klasse werden übernommen)

Verzögerung der Rückreise

Verzögert sich die Rückreise aus dem *Aufenthaltsland* in das *Ausreise/ Heimatland* oder in ein neues *Aufenthaltsland* aufgrund eines *medizinischen Notfalls* einer *versicherten Person*, welcher zur Reiseunfähigkeit führt, erstattet der die Kosten für Umbuchung/ Stornierung von Hotels und Flügen bis zu 3.000 EUR*

Beschaffung und Versand lebensnotwendiger Medikamente

Nimmt eine *versicherte Person* lebensnotwendige Medikamente, die im *Aufenthaltsland* nicht zu erhalten sind, wird der *Versicherer* sich darum bemühen, diese Medikamente so schnell als möglich zu besorgen. Voraussetzung ist, dass das Medikament in dem *Aufenthaltsland* der *versicherten Person* gesetzlich zugelassen ist und der Einfuhr keine gesetzlichen Bestimmungen entgegenstehen

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

Organisation Rücktransport oder Betreuung von Kindern

- Bei einem stationären Aufenthalt beider Elternteile aufgrund eines medizinischen *Notfalls* übernimmt der *Versicherer* die Organisation der Betreuung der Kinder durch einen geeigneten Dienst sowie die Kosten dafür, längstens für die Dauer der stationären *Heilbehandlung*
- Werden beide Elternteile während einer Urlaubsreise aufgrund eines medizinischen *Notfalls* stationär behandelt, erstattet der *Versicherer* die Kosten für die Reise der Kinder (bis 18 Jahre) an den aktuellen Wohnsitz im *Aufenthaltsland*

Überführung der sterblichen Überreste und organisatorische Unterstützung im Todesfall

- Erledigung der notwendigen Formalitäten zur Überführung oder Einäscherung der sterblichen Überreste, insbesondere Besorgung der Sterbeurkunde, des Unfallberichts, Herstellung Kontaktes zu Behörden/ Konsulaten sowie Feststellung, welche Angehörige berechtigt sind einer Überführung oder Einäscherung zuzustimmen
- Erstattung der Kosten für die Überführung der sterblichen Überreste in das Ausreise- oder *Heimatland* sowie der Kosten für die mit der Überführung verbundenen Formalitäten bis zu einer Höhe von 10.000 EUR *
- Überführung der Urne in das Ausreise- oder *Heimatland* im Falle einer Einäscherung
- Kosten für die Bestattung sind nicht versichert

Hilfe bei eventuell durch den Auslandsaufenthalt entstandenen psychischen Problemen

- Der *Versicherer* bietet eine Beratung im Falle einer psychologischen Stresssituation an
- Die *versicherte Person* erhält eine psychologisch therapeutische Begleitung mittels Telefon durch erfahrene Ärzte und eine Empfehlung zur weiteren Vorgehensweise bis zu maximal 5 Gesprächen*

Dokumentendepot (Hinterlegung und Ersatzbeschaffung bei Verlust)

- Der Versicherte bietet für wichtige Dokumente (z.B. Reisepass, Visum, Führerschein, Impfausweis, weitere wichtige Dokumente) ein Dokumentendepot an.
- Bei Verlust des Originaldokuments erfolgt der Versand der Kopie per Email, Fax oder Kurier sowie die Unterstützung bei der Ersatzbeschaffung.

Vermittlung eines juristischen Beistandes bei rechtlichen Schwierigkeiten

Bei Bedarf vermittelt der *Versicherer* englisch-, deutsch-, französisch und spanisch sprechende Anwälte/Gutachter bevorzugt im *Aufenthaltsland* der *versicherten Person*.

Vermittlung eines Relocation Services

Bei Bedarf vermittelt der *Versicherer* Spezialanbieter für die Organisation des Umzugs und ggf. Unterstützung bei der Wohnungssuche.

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

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

Der *Versicherer* vermittelt bei Bedarf Spezialanbieter, die unter dem Leitmotiv Leben und Arbeiten im Ausland länderspezifische und interkulturelle Trainings zur Vorbereitung des Auslandsaufenthaltes, durchführen.

4. Tarif

Der Versicherungsbeitrag wird in den Besonderen Bedingungen (*Versicherungsschein / Police*) ausgewiesen.

III. Glossar

Akupunktur	Die <i>Akupunktur</i> ist eine alte Methode der traditionellen chinesischen Medizin, bei der mit Hilfe von in den Körper eingestochenen dünnen Nadeln Krankheiten geheilt oder Schmerzen gelindert werden sollen; <i>schulmedizinisch</i> bisher in erster Linie zur Behandlung von Schmerzen anerkannt.
Anschlussrehabilitation	Eine <i>Anschlussrehabilitation</i> ist eine medizinische Maßnahme zur Wiederherstellung des früheren körperlichen Zustandes nach einer schweren Krankheit/ Operation, zum Beispiel nach Bypass-OP, Herz-infarkt, Transplantation von Organen sowie Operation an großen Knochen oder Gelenken, oder eines schweren <i>Unfalles</i> .
Antrag	Der <i>Antrag</i> auf Abschluss einer Versicherung erfolgt für den Versicherungsnehmer und/ oder die <i>versicherten Personen</i> mittels eines vom <i>Versicherer</i> zur Verfügung gestellten Antragsformulars.
Arzneimittel	<i>Arzneimittel</i> sind Wirkstoffe, die allein oder im Gemisch mit anderen Substanzen in der Diagnostik oder Therapie von Krankheiten, Leiden, Körperschäden oder krankhaften Beschwerden angewandt werden. Als <i>Arzneimittel</i> gelten nicht Lebensmittel, kosmetische Mittel, Körperpflegemittel. <i>Arzneimittel</i> müssen vom <i>Arzt</i> verordnet und aus der Apotheke bezogen werden. Synonyme Begriffe: Medikamente, Pharmaka.
Arzt	Ein <i>Arzt</i> ist ein Mediziner (Allgemeinmediziner oder Spezialist) oder Inhaber eines medizinischen Diploms, das gesetzlich anerkannt ist, der in dem Land, in dem die Behandlung erfolgt, zur ärztlichen <i>Heilbehandlung</i> zugelassen ist (siehe <i>Heilbehandlung</i>). Die <i>versicherten Personen</i> können den <i>Arzt</i> , der diese Kriterien erfüllt, frei wählen.
Assisteur	Der <i>Assisteur</i> ist darauf spezialisiert, <i>Versicherten</i> in Notsituationen bzw. bei Krankenhausaufenthalten mit Rat und Tat zur Seite zu stehen. Zusätzliche Serviceleistungen, die den <i>Versicherten</i> den Aufenthalt in der Fremde erleichtern sollen, sowie die Erstattung bestimmter Kosten, wie zum Beispiel Rücktransportkosten, werden über den <i>Assisteur</i> erbracht. Das komplette Leistungsspektrum kann der <i>Versicherte</i> dem beiliegenden Leitfaden der Assistance entnehmen.
Aufenthaltsland	Das <i>Aufenthaltsland</i> ist das Land, in dem sich die <i>versicherten Personen</i> nach Beginn des Auslandsaufenthaltes aufhalten werden
Ausreiseland	Das <i>Ausreiseland</i> ist das Land, in dem sich die <i>versicherten Personen</i> vor dem Auslandsaufenthalt dauerhaft aufgehalten haben.
Behandler	<i>Behandler</i> können neben Ärzten auch solche Personen sein, die über eine auf ihrem Behandlungsgebiet anerkannte und fundierte Ausbildung verfügen und in dem Land, in dem die Behandlung erfolgt, zur Behandlung auf ihrem Gebiet zugelassen bzw. berechtigt sind. Unter <i>Behandler</i> fasst der <i>Versicherer</i> : Heilpraktiker, Logopäden/ Sprachheiltherapeuten und Hebammen/ Entbindungspfleger sowie die in eigener Praxis tätigen Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe (zum Beispiel Masseur, Masseur und medizinischer Bademeister, Krankengymnast oder Physiotherapeut). Die <i>versicherten Personen</i> können den <i>Behandler</i> , der diese Kriterien erfüllt, frei wählen.

Bemessungsgrundlagen	Die <i>Bemessungsgrundlagen</i> sind die Grundlagen, auf denen die Berechnungen der ärztlichen bzw. zahnärztlichen Leistungen beruhen. Sie können sich von Land zu Land unterscheiden.
Chiropraktik	Die <i>Chiropraktik</i> wird auch als manuelle Therapie bezeichnet. Durch bestimmte Handgriffe werden gegeneinander verschobene oder verrenkte Wirbelkörper oder andere Gelenke wieder „eingerichtet“.
Ersatz-Krankenhaustagegeld	Sollten der <i>Versicherte</i> für eine unter Versicherungsschutz stehende, <i>medizinisch notwendige</i> stationäre Krankenhausbehandlung einer <i>versicherten Person</i> keine Kostenerstattung beim <i>Versicherer</i> beanspruchen, zahlt der <i>Versicherer</i> je nach Tarifstufe ein <i>Ersatz-Krankenhaustagegeld</i> pro Tag eines ärztlich verordneten und durchgeführten Krankenhausaufenthaltes.
Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen	Der zahnärztlichen <i>Heilbehandlung</i> zuzuordnende Untersuchungs- und Behandlungsmethode zur Diagnose von Störungen und Erkrankungen des gesamten Kauapparates.
Hauswirtschaftliche Versorgung	<i>Hauswirtschaftliche Versorgung</i> ist ein Teil der häuslichen Pflegehilfe. Sie umfasst Hilfeleistungen bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens im Bereich der <i>hauswirtschaftlichen Versorgung</i> , wie das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.
Heilbehandlung	Unter <i>Heilbehandlung</i> versteht der <i>Versicherer</i> diagnostische und therapeutische Maßnahmen, die dem Bereich des ärztlichen Handelns zuzurechnen sind und dazu dienen, Gesundheitsstörungen, Krankheiten oder Verletzungen zu erkennen, zu lindern oder zu heilen. Eine Behandlungsmaßnahme ist <i>medizinisch notwendig</i> , wenn es nach den objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Behandlung vertretbar war, sie als <i>medizinisch notwendig</i> anzusehen.
Heimatland	Das <i>Heimatland</i> ist das Land, dessen Staatsangehörigkeit die <i>versicherte Person</i> besitzt oder in das sie im Todesfall überführt werden soll.
Homöopathie	<i>Homöopathie</i> beruht auf drei Grundpfeilern: der Ähnlichkeitsregel, dem Arzneimittelbild und der Potenzierung der Substanzen. Ein Homöopath geht davon aus, dass eine Krankheit, die sich in bestimmten Symptomen äußert, durch ein Mittel geheilt werden kann, das beim Gesunden ähnliche Symptome hervorruft.
Hospiz	Institution, die ausschließlich dem Zweck dient, Patienten mit einer Lebenserwartung von wenigen Monaten zu pflegen und Symptome der zum Tode führenden Krankheit durch <i>Palliativmedizin</i> zu lindern
Hydrotherapie	<i>Hydrotherapie</i> ist die gezielte <i>Heilbehandlung</i> durch äußere Anwendung von Wasser.
ICD-Codes	<i>ICD</i> steht für International Classification of Diseases. Es ist ein internationales System zur Verschlüsselung und Klassifikation aller bekannten Diagnosen.
Implantologische Leistungen	Unter <i>implantologischen Leistungen</i> versteht man das Einsetzen

	zahnärztlicher Implantate (Metall- oder Keramikkörper) als Zahnwurzelersatz oder in unbezahnte Kiefer.
Konservierende Leistungen	<i>Konservierende Leistungen</i> sind Maßnahmen, die der Erhaltung der Zähne (z. B. Füllungstherapie, Wurzelkanalbehandlungen) dienen.
Krebs	<i>Krebs</i> ist die allgemeine Bezeichnung für alle bösartigen (malignen) Erkrankungen, die durch eine unkontrollierte Vermehrung von veränderten Zellen gekennzeichnet sind (Geschwulst, Tumor, Karzinom). Diese Zellen können das umliegende Gewebe zerstören und Tochtergeschwülste (Metastasen) ausbilden.
Kur- und Sanatoriumsbehandlung	Eine Kur- bzw. <i>Sanatoriumsbehandlung</i> dient der Festigung des Gesundheitszustandes.
Magnetresonanztomographie (MRT)	Hierunter versteht man eine diagnostische Technik zur Darstellung der inneren Organe und Gewebe mit Hilfe von Magnetfeldern und Radiowellen.
Medizinisch notwendig	<i>Medizinisch notwendig</i> sind alle Maßnahmen, die dazu geeignet sind, eine Krankheit gezielt zu heilen oder zu lindern.
Notfall	Unter <i>Notfall</i> versteht der <i>Versicherer</i> den plötzlichen, akuten Eintritt einer Krankheit oder die akute Verschlechterung des Gesundheitszustandes, welche eine unmittelbare Bedrohung der Gesundheit der betroffenen <i>versicherten Person</i> darstellt.
Onkologie	Die <i>Onkologie</i> ist ein Teilgebiet der inneren Medizin, das sich mit der Entstehung, Diagnostik und Behandlung von Tumoren und tumorbedingten Krankheiten befasst.
Osteopathie	Die <i>osteopathische</i> Medizin beinhaltet eine umfassende manuelle Diagnostik und Therapie von Fehlfunktionen am Bewegungssystem, den inneren Organen und am Nervensystem. Sie findet in erster Linie Anwendung bei chronischen Schmerzen an der Wirbelsäule und den peripheren Gelenken.
Palliativmedizin	Palliative Therapie ist die umfassende und aktive Behandlung von Patienten mit einer begrenzten Lebenserwartung, deren Erkrankung einer kurativen Therapie nicht mehr zugänglich ist und für die das Behandlungsziel die bestmögliche Lebensqualität für den <i>Versicherten</i> selbst und seine/ihre Angehörigen ist.
Positronenemissionstomographie (PET)	Die <i>Positronenemissionstomographie</i> (PET) ist ein Schnittbildverfahren, das es ermöglicht, nichtinvasiv die Verteilung einer mit einem Positronenstrahler markierten Substanz im Körper des Patienten darzustellen. Die Konzentration solch eines „Markers“ in einem Tumor lässt sich auch quantitativ bestimmen. Die Substanz wird intravenös injiziert, und die Strahlung wird mit externen Detektoren nachgewiesen. Mit Hilfe der PET können wichtige biologische Vorgänge in Tumoren visualisiert werden.
Prophylaxemaßnahmen	<i>Prophylaxemaßnahmen</i> sind ein Teil der Präventivmedizin; individuelle und generelle Maßnahmen zur Verhütung drohender Krankheiten (z. B. Impfungen, passive Immunisierung, vorsorgliche Medikation bei Einreise in Gefahrengebiete, Unfallverhütung etc.).
Schulmedizin	<i>Schulmedizin</i> ist die an Universitäten gelehrt, wissenschaftlich fundierte und daher allgemein anerkannte und angewandte Form der Medizin (Heilkunde).
Second Opinion	<i>Second Opinion</i> oder ärztliche Zweitmeinung ist eine medizinische Beratung durch einen anderen, bisher nicht beteiligten <i>Arzt</i> bei

	lebensbedrohlichen Erkrankungen und schwerwiegenden, bleibenden gesundheitlichen Störungen.
Selbstbeteiligung	Eine <i>Selbstbeteiligung</i> bewirkt, dass der <i>Versicherte</i> einen bestimmten Teil der Kosten selbst trägt. Eine <i>Selbstbeteiligung</i> ist eine Eigenbeteiligung des Versicherungsnehmers und/ oder der <i>versicherten Personen</i> an den Erstattungsleistungen. Wurde eine <i>Selbstbeteiligung</i> vereinbart, so dokumentiert der <i>Versicherer</i> diese im <i>Versicherungsschein</i>
Service Card	Die <i>versicherten Personen</i> erhalten eine personalisierte <i>Service Card</i> mit der Anschrift und den wichtigen Telefonnummern des <i>Assisteurs</i> . Die <i>Service Card</i> dient als persönlicher Versicherungsnachweis gegenüber allen Leistungserbringern.
Stationsersetzende ambulante Operationen	Operationen, die ambulant sowohl beim <i>Arzt</i> als auch im Krankenhaus durchgeführt werden können, bei denen aber keine anschließende Übernachtung und kein anschließender stationärer Aufenthalt im Krankenhaus erforderlich sind.
Teilstationäre Heilbehandlung	Als <i>teilstationär</i> bezeichnet man einen Aufenthalt in einer Tages- oder Nachtambulanz oder in einem Krankenhaus, bei dem der Patient nur tagsüber oder nachts in der Klinik ist; eine ganztägige (24-stündige) stationäre Behandlung ist von vornherein nicht oder nicht mehr erforderlich.
Umwandlung	Eine <i>Umwandlung</i> ist die Änderung eines beim <i>Versicherer</i> bestehenden Versicherungsschutzes, zum Beispiel durch die Vereinbarung einer geänderten <i>Selbstbeteiligung</i> bzw. eines geänderten Selbstbehaltes, unter Wahrung der Rechte, die der <i>Versicherte</i> und die <i>versicherten Personen</i> aus den vorher ununterbrochen beim <i>Versicherer</i> bestandenen Versicherungen erworben haben.
Unfall	Unter <i>Unfall</i> versteht man ein plötzlich von außen unerwartet auf den Körper einwirkendes, gesundheits-schädigendes Ereignis.
Verbandmittel	<i>Verbandmittel</i> sind Mittel zur Durchführung von Verbänden.
Versicherer	Der Ausdruck „ <i>Versicherer</i> “ bezeichnet Foyer Santé S.A. 12, rue Léon Laval L 3372 Leudelange, das Versicherungsunternehmen, bei dem der Vertrag abgeschlossen wurde.
Versicherter, versicherte Person	Die in den Besonderen Bedingungen benannte Person.
Versicherungsnehmer	Die Person, die den Versicherungsvertrag abschließt und der die Prämienzahlung obliegt, bzw. jede Person, die aufgrund einer Vereinbarung zwischen den Parteien an ihre Stelle tritt, bzw. die anspruchsberechtigten Angehörigen des Versicherungsnehmers bei dessen Tod.
Versicherungsschein	Den für die <i>versicherten Personen</i> vereinbarten Versicherungsschutz sowie den jeweils zu zahlenden Beitrag dokumentiert der <i>Versicherer</i> in einem <i>Versicherungsschein</i> .
Vorerkrankungen	<i>Vorerkrankungen</i> sind bei Versicherungsbeginn bestehende Krankheiten und deren Folgen sowie Folgen von Unfällen, die Ihnen oder den <i>versicherten Personen</i> bekannt sind bzw. behandelt werden. Durch besondere Vereinbarung mit dem Versicherungsnehmer können diese in den Versicherungsvertrag grundsätzlich eingeschlossen werden. <i>Vorerkrankungen</i> , die bei Antragsstellung nicht genannt wurden, sind nicht versichert.
Zahnarzt	<i>Behandler</i> , der sich vorrangig mit den Erkrankungen der Zähne und des Mundraums beschäftigt.

Zielregion	Der Versicherungsschutz gilt in folgenden <i>Zielregionen</i> : <ul style="list-style-type: none">• <i>Zielregion 1</i>: Weltweit• <i>Zielregion 2</i>: Weltweit ohne USA
------------	--



Inhaltsübersicht

VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN und ASSISTANCELEISTUNGEN

FOYER GLOBAL HEALTH SPECIAL

- I. Spezielle Bedingungen Foyer Global Health – Special
- II. Medizinische Assistance Leistungen und zusätzliche Services
- III. Glossar

I. SPEZIELLE BEDINGUNGEN

Foyer Global Health Special

Inhalt

1. Gegenstand der Versicherung	3
2. Geografischer Geltungsbereich	3
3. Versicherbarkeit	3
3.1. Einschluss Vorerkrankungen oder Moratorium	4
3.1.1. Vorerkrankungen	4
3.1.2. Moratoriumsklausel.....	4
4. Leistungen	5
4.1. Allgemeine Informationen	5
4.2. Selbstbeteiligungen	5
4.2.1. Selbstbeteiligungen	5
4.2.2. Doppelte Leistungen für Zielregion 1.....	5
4.3. Leistungen	6
4.3.1. Allgemeines	6
4.3.2. Stationäre Heilbehandlung	6
4.3.3. Ambulante Heilbehandlung	12
4.3.4. Zahnärztliche Heilbehandlung	17
4.4. Leistungsbeschränkung.....	18
5. Tarif.....	19

1. Gegenstand der Versicherung

Die Versicherungsleistung des *Versicherers* wird für die vertraglich vorgesehenen *Krankheiten*, Unfälle und sonstigen Ereignisse gewährt.

Im *Versicherungsfall* gewährleistet der *Versicherer* die Erstattung der Behandlungskosten und die sonstigen vereinbarten Leistungen.

Im Rahmen der vertraglichen Höchstgrenzen des vorliegenden Vertrages gewährleistet der *Versicherer* die Heilkosten für jede in den Speziellen Bedingungen angegebene Versicherte, der eine dem vorliegenden Vertrag entsprechende Versicherungsleistung abgeschlossen hat.

2. Geografischer Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz gilt für folgende *Zielregionen*:

- *Zielregion 1*: Weltweit
- *Zielregion 2*: Weltweit ohne USA

Als Zielregion gilt die Region in der das zukünftige *Aufenthaltsland* der *versicherten Person(en)* liegt.

Besteht Versicherungsschutz in der *Zielregion 2* so gilt bei vorübergehender Reise (d.h. für maximal sechs Wochen) in die *Zielregion 1* Versicherungsschutz nur für medizinische Notfälle, Unfallfolgen sowie bei Tod.

Reisen zum Zwecke einer *Heilbehandlung* in eine nicht vereinbarte *Zielregion* sind nicht versichert.

Ein Wechsel des *Aufenthaltslandes* einer versicherten Person ist unverzüglich anzuzeigen, da sich dieser Wechsel auf den Beitrag auswirkt.

3. Versicherbarkeit

Versicherungsfähig sind alle Personen, die sich vorübergehend für mindestens 3 Monate im Ausland aufhalten.

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

Verlegt der *Versicherte* bzw. Mitversicherte seinen Wohnsitz dauerhaft in die USA, wird der *Versicherer* das Versicherungsverhältnis beenden. Bei Wohnsitzverlegung in alle sonstigen Ländern kann der *Versicherer* 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.

Der *Versicherer* kann diese Versicherung kündigen, wenn sich rechtliche Rahmenbedingungen bezüglich Versicherungsschutz für Staatsangehörige, Ansässige oder Entsandte in einem Land so verändern, dass der vom *Versicherer* erbrachte Versicherungsschutz zu einem Verstoß gegen nationales Recht führen würde.

3.1. Einschluss Vorerkrankungen oder Moratorium

Bei Antragstellung kann zwischen dem Einschluss von *Vorerkrankungen* auf Grundlage einer gesundheitlichen Risikoprüfung und dem Moratorium gewählt werden.

3.1.1. Vorerkrankungen

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 kann der *Versicherer* den Versicherungsvertrag um weitere Bedingungen ergänzen, einen Extra-Beitrag erheben oder den *Antrag* / eine zu versichernde Person ablehnen. Erkrankungen, die in dem Zeitraum zwischen der Antragstellung und der Antragsannahme durch den *Versicherer* auftreten, wird der *Versicherer* als *Vorerkrankungen* betrachten.

3.1.2. Moratoriumsklausel

Statt eine umfassende medizinische Risikoprüfung zu beantragen, kann der *Versicherte* sich – falls er/ sie 55 Jahre oder jünger ist – auch für ein "Moratorium" entscheiden. In diesem Fall wird für eine in den fünf Jahren vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetretene Vorerkrankung der zu versichernden Person nach einer ununterbrochenen Wartezeit von zwei Jahren ohne ärztliche *Heilbehandlung*, Symptome, Beratung oder Medikation im Zusammenhang mit der Vorerkrankung Versicherungsschutz geleistet. Nimmt eine versicherte Person während der ersten zwei Jahre der Versicherung eine *Heilbehandlung*, 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.

4. Leistungen

4.1. Allgemeine Informationen

Der *Versicherer* ersetzt die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich aus den folgenden Leistungsübersichten ergeben, zu 100 %, sofern sich aus diesen Leistungsübersichten, den generellen Ausführungen in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen oder dem Glossar nicht etwas anderes ergibt.

4.2. Selbstbeteiligungen

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

4.2.1. Selbstbeteiligungen

Beim Tarif Global Health Special gibt es folgende Varianten einer *Selbstbeteiligung*:

- 0 EUR
- 250 EUR
- 500 EUR
- 1.000 EUR

Die *Selbstbeteiligung* gilt je Versicherungsjahr und je versicherter Person und nur für ambulante *Heilbehandlungen*.

Hat der *Versicherungsnehmer* mit dem *Versicherer* eine *Selbstbeteiligung* vereinbart, ersetzt der *Versicherer* ihm/ ihr die erstattungsfähigen Aufwendungen zu 100% für ambulante Leistungen, abzüglich des vereinbarten Selbstbehalts.

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

4.2.2. Erhöhte Leistungen für *Zielregion 1*

Sofern der Versicherungsnehmer Versicherungsschutz für die *Zielregion 1* (= weltweit) vereinbart hat, werden die in 4.3.2, 4.3.3 und 4.3.4 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. Leistungen

4.3.1. Allgemeines

Der *Versicherte* kann zwischen den niedergelassenen und approbierten Ärzten und Zahnärzten, die in dem Land, in dem die Behandlung erfolgt, frei wählen. Sofern im Tarif vorgesehen, können die *Leistungen* anderer Personen, die die Heilkunst ausüben, in Anspruch genommen werden.

Erstattungsfähig sind ärztliche und zahnärztliche Leistungen sowie die Leistungen anderer *Behandler*, soweit die Gebühren im Rahmen der landestypischen *Bemessungsgrundlagen* berechnet wurden und angemessen sind. Erstattungsfähig sind auch über den Höchstsätzen dieser *Bemessungsgrundlagen* liegende Aufwendungen, sofern sie durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwernisse begründet und angemessen berechnet sind. Bei Leistungen von *Behandlern*, wie zum Beispiel Masseuren, Hebammen oder Heilpraktikern, für die im *Aufenthaltsland* möglicherweise keine eigene *Bemessungsgrundlage* existiert, wird der *Versicherer* sich an den vergleichbaren Vergütungen für Ärzte bzw. an den üblichen Preisen im *Aufenthaltsland* orientieren.

Bei der Erstattung zahntechnischer Laborarbeiten und Materialien legt der *Versicherer* die durchschnittlichen Preise im jeweiligen *Aufenthaltsland* zugrunde. Zahnersatz, *implantologische Leistungen* und Kieferorthopädie gelten auch dann als Leistung des *Zahnarztes*, wenn sie von einem *Arzt* ausgeführt werden. Sie sind nicht Gegenstand der ambulanten oder stationären *Heilbehandlung*. Der *Versicherer* leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und *Arzneimittel*, die von der *Schulmedizin* anerkannt sind. Der *Versicherer* leistet darüber hinaus für Methoden und *Arzneimittel*, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine *schulmedizinischen* Methoden oder *Arzneimittel* zur Verfügung stehen; Der *Versicherer* kann seine Leistungen jedoch auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener *schulmedizinischer* Methoden und *Arzneimittel* angefallen wäre.

4.3.2. Stationäre Heilbehandlung

Übersicht stationäre Heilbehandlung

Allgemein Krankenhausleistung sowie Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer
Ärztliche Leistungen (inklusive Pathologie, Radiologie, Computertomographie, <i>Magnetresonanztomographie</i> , <i>Positronenemissionstomographie</i> und <i>Palliativmedizin</i>)
Krankenhauskosten, inklusive Operationssaal, Intensivstation und Labor
Operationen und Anästhesie
<i>Stationersetzende ambulante Operationen</i>
Arznei- und <i>Verbandmittel</i>
Physiotherapie, inklusive Massagen
Therapien, inklusive Ergotherapie, Lichttherapie, <i>Hydrotherapie</i> , Inhalationen, Packungen, medizinische Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie
Hilfsmittel
Leistungen für Schwangerschaft und Entbindung, Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers im Krankenhaus
Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen
Neugeborenenpflege
Angeborene Leiden
Krebstherapie, onkologische <i>Arzneimittel</i> und <i>Heilbehandlung</i> , inklusive wiederherstellender Chirurgie nach Brustkrebs

Knochenmark- bzw. Organtransplantation (Kosten für den Spender und den Empfänger)
Psychiatrische Leistungen
Stationäre Psychotherapie
Mitaufnahme eines Elternteils bei stationärer Behandlung von Kindern bis 18 Jahren
Häusliche Krankenpflege und <i>hauswirtschaftliche Versorgung</i> anstelle eines Krankenhausaufenthalts
<i>Ersatz-Krankhaustagegeld</i> für durchgeführte stationäre Behandlungen, für die keine Kostenerstattung beim <i>Versicherer</i> beansprucht wurde
Stationäre <i>Anschlussrehabilitation</i>
<i>Hospiz</i>
Tagesklinische (<i>teilstationäre</i>) <i>Heilbehandlung</i>
Transport zum nächsterreichbaren geeigneten Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem <i>Unfall</i> oder <i>Notfall</i>

Detaillierte Leistungsbeschreibungen stationäre *Heilbehandlung*

Allgemein Krankenhausleistung sowie Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer

Bei einer medizinisch erforderlichen Behandlung in einem Krankenhaus kann der Versicherte zwischen den Krankenanstalten im Behandlungsland frei wählen. Behandlung in einer Krankenanstalt bedeutet jede Behandlung, bei der die zu behandelnde Person für mindestens 24 Stunden in einem Krankenhaus aufgenommen wird und dort ärztlich behandelt und verpflegt wird.

Bei einer medizinisch erforderlichen Behandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen bzw. Rekonvaleszenten aufnehmen, besteht nur dann eine Leistungspflicht für die in der Heilkostenversicherung vorgesehenen tariflichen Leistungen, wenn der Versicherer diese vor Behandlungsbeginn schriftlich genehmigt hat.

Für die Dauer der stationären *Heilbehandlung* gewährt der *Versicherer* die Leistungen ohne zeitliche Begrenzung.

Ärztliche Leistungen (inklusive Pathologie, Radiologie, Computertomographie, Magnetresonanztomographie, Positronenemissionstomographie und Palliativmedizin)

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die im Rahmen einer *medizinisch notwendigen* stationären *Heilbehandlung* erforderlichen Maßnahmen für Untersuchung, Diagnostik und Therapie.

Krankenhauskosten, inklusive Operationssaal, Intensivstation und Labor

Hierunter versteht der *Versicherer* sonstige Kosten für die Nutzung von Spezialeinrichtungen, wie Operationssäle, Intensivstation und Labor.

Operationen und Anästhesie

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die hierbei erforderlichen Leistungen, wie zum Beispiel ärztliche Leistungen, Anästhesie und die Nutzung von Spezialeinrichtungen. Aufwendungen für ambulante Operationen sind ebenfalls erstattungsfähig soweit diese einen stationären Aufenthalt ersetzen.

Stationersetzende ambulante Operationen

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

Arznei- und Verbandmittel

Die *Arzneimittel*, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von einer zuständigen ärztlichen Autorität im Krankenhaus anlässlich der stationären *Heilbehandlung* verordnet worden sein. Darüber hinaus müssen die *Arzneimittel* in einer Apotheke der von einer anderen behördlich zugelassenen Abgabestelle bezogen werden.

Arzneimittel der klassischen *Homöopathie* gelten ebenfalls als vollwertige *Arzneimittel*.

Nährmittel, Stärkungsmittel, Mineralwässer, kosmetische Mittel, Mittel zur Hygiene und Körperpflege sowie Badezusätze gelten nicht als *Arzneimittel*.

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

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für diejenigen Hilfsmittel, die als lebenserhaltende Maßnahme dienen oder körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen, wie Herzschrittmacher und Kunstglieder/ Prothesen (ausgenommen Zahnprothesen) bis zu 2.000 EUR*. Diese müssen während des stationären Aufenthaltes angepasst werden und im oder am Körper verbleiben. Aufwendungen für die Reparatur von Hilfsmitteln sind im Rahmen der vorstehenden Regelungen erstattungsfähig.

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

Der *Versicherer* übernimmt die erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu 5.000 EUR* 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.

Es besteht eine Wartezeit von 10 Monaten.

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

Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen

Der *Versicherer* übernimmt 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.

Es besteht eine Wartezeit von 10 Monaten.

Neugeborenenpflege

In Bezug auf Neugeborene beginnt die Versicherungsleistung der Heilkostenversicherung unmittelbar nach der Geburt, ohne Wartezeiten, ohne Risikoprüfung, wenn zum Datum der Geburt des Kindes die zwei Elternteile seit mindestens drei Monaten bei dem Versicherer in der Heilkostenversicherung versichert sind und wenn der Antrag auf Versicherung spätestens zwei Monate nach der Geburt rückwirkend zum Ersten des Monats eingegangen ist, in dem das Kind geboren wurde. Die Versicherungsleistung kann weder höher noch umfangreicher ausfallen als die eines der versicherten Elternteile. Neugeborene können nur in den Tarifen versichert werden, die für neue Verträge vorgesehen sind.

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.

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

Der *Versicherer* übernimmt die erstattungsfähigen Aufwendungen bis zum Höchstbetrag von 150.000 EUR über die gesamte Lebensdauer für alle bei der Geburt vorhandenen Störungen oder Erkrankungen, Anomalien, Geburtsfehler, für Frühgeburtlichkeit und Fehlbildungen einschließlich damit in Zusammenhang stehender Erkrankungen.

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

Der *Versicherer* übernimmt im Rahmen einer stationären *Heilbehandlung* die erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztliche Leistungen, diagnostische Tests, Strahlentherapie, Krebstherapie, Arzneimittel und Krankenhauskosten.

Knochenmark- und Organtransplantation (Kosten für den Spender und den Empfänger)

Bei einer Knochenmark- bzw. Organtransplantation (zum Beispiel Herz, Niere, Leber, Bauchspeicheldrüse) übernimmt der *Versicherer* die erstattungsfähigen Aufwendungen sowohl für den Erkrankten als auch für den Spender bis zum Höchstbetrag von 200.000 EUR über die gesamte Lebensdauer. Erstattungsfähig sind dabei die mit der Organbeschaffung beim Organspender verbundenen Kosten, die Kosten für den Transport des Organs zum Erkrankten sowie die Aufwendungen für eine eventuelle stationäre Mitaufnahme des Spenders, nicht jedoch für die Suche nach einem Organ oder einem geeigneten Spender.

Psychiatrische Leistungen

Der *Versicherer* erstattet die Aufwendungen für psychiatrische Leistungen im Rahmen einer stationären Behandlung, vorausgesetzt dass der *Versicherer* vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Zusage gegeben hat.

Es besteht eine Wartezeit von 10 Monaten.

Stationäre Psychotherapie

Voraussetzung für die Erstattung ist, dass die Behandlung von einem Psychiater, einem Psychotherapeuten oder einem auf dem Gebiet der Psychiatrie, Psychotherapie oder Psychoanalyse entsprechend weitergebildeten Facharzt durchgeführt wird. Für stationäre Psychotherapie leistet der *Versicherer* nur dann, wenn und soweit der *Versicherer* vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Zusage gegeben hat.

Es besteht eine Wartezeit von 10 Monaten.

Mitaufnahme eines Elternteils bei stationärer Behandlung von Kindern bis 18 Jahren

Der *Versicherer* erstattet die Mehraufwendungen für die ärztlich verordnete Mitaufnahme eines Elternteils bei der stationären Behandlung von Kindern bis 18 Jahren.

Häusliche Krankenpflege und hauswirtschaftliche Versorgung

Der *Versicherer* übernimmt die erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztlich verordnete häusliche Krankenpflege und *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 Behandlung und ist neben dieser erstattungsfähig. Der *Versicherer* erstattet diese Leistung für maximal 60 Tage pro Krankenhausaufenthalt nach schriftlicher Leistungszusage.

Ersatz-Krankenhaustagegeld für durchgeführte stationäre Behandlungen, für die keine Kostenerstattung beim Versicherer beansprucht wurde

Für durchgeführte stationäre Behandlungen, für die keine Kostenerstattung beim *Versicherer* beansprucht wurde, bezahlt der *Versicherer* ein Krankenhaustagegeld von 150 EUR* pro Tag.

Stationäre Anschlussrehabilitation

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für stationäre *Anschlussrehabilitationen*, die der Weiterführung einer *medizinisch notwendigen* stationären Krankenhausbehandlung, zum Beispiel nach Bypass-Operation, Herzinfarkt, Transplantation von Organen sowie Operationen an großen Knochen oder Gelenken, dienen, wenn und soweit der *Versicherer* dies vorher schriftlich zugesagt hat. Die *Anschlussrehabilitation* muss grundsätzlich innerhalb von 2 Wochen nach der Entlassung aus der Krankenanstalt angetreten werden. Kurmaßnahmen und Aufenthalte in Kurzentren, Badezentren, Sanatorien und Erholungsheimen sowie in Pflegeheimen sind nicht versichert. Der *Versicherer* erstattet die *Anschlussrehabilitation* bis zu 28 Tagen pro Krankenhausaufenthalt nach schriftlicher Leistungszusage.

Hospiz

Sofern keine ambulante Versorgung im eigenen Haushalt oder der Familie der versicherten Personen erbracht werden kann und unter der Voraussetzung, dass das *Hospiz* mit *palliativmedizinisch*

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

erfahrenen Pflegediensten und Ärzten zusammenarbeitet sowie unter der fachlichen Verantwortung 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 Leitungsfunktionen nachweisen kann, erstattet der *Versicherer* Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung, Pflege und Begleitung entsprechend des Krankheitszustandes.

Voraussetzung für die Gewährung von Leistungen für eine voll-/ teilstationäre Hospizversorgung ist, dass die versicherte Person an einer Krankheit leidet,

- die progredient, das heißt fortschreitend sich verschlimmernd, verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat und
- bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine stationäre *palliativmedizinische* Betreuung notwendig ist und die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt.

Hospizleistungen werden unter anderem bei folgenden Krankheitsbildern gewährt:

- Fortgeschrittene Krebserkrankung
- Vollbild der Infektionskrankheit AIDS
- Erkrankung des Nervensystems mit unaufhaltsamen fortschreitenden Lähmungen
- Endzustand einer chronischen Nieren-, Leber-, Herz-, Verdauungstrakt- oder Lungenerkrankung.

Die Hospizleistungen werden für einen Aufenthalt von bis zu 7 Wochen pro Vertragsdauer zurückerstattet.

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

Der *Versicherer* erstattet die vertretbaren Kosten des Transports zum nächsterreichbaren geeigneten Krankenhaus bzw. zur nächsterreichbaren geeigneten medizinischen Einrichtung.

4.3.3. Ambulante Heilbehandlung

Übersicht ambulante Heilbehandlung

Ärztliche Leistungen (inklusive Pathologie, Radiologie, Computertomographie, <i>Magnetresonanztomographie, Positronenemissionstomographie</i> und <i>Palliativmedizin</i>)
Krebstherapie, <i>Arzneimittel</i> und ärztliche Leistungen der <i>Onkologie</i>
Gesundheitschecks
Leistungen für Schwangerschaft und Entbindung, Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers
Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen
Angeborene Leiden
<i>Akupunktur</i> (Nadeltechnik), <i>Homöopathie</i> , <i>Osteopathie</i> und <i>Chiropraktik</i> , inklusive <i>Arznei- und Verbandmitteln</i>
Sprachtherapie
Psychiatrische Leistungen
Ambulante Psychotherapie
<i>Arznei- und Verbandmittel</i>
Nicht verschreibungspflichtige <i>Arzneimittel</i>
Physiotherapie, inklusive Massagen
Therapien, inklusive Ergotherapie, Lichttherapie, <i>Hydrotherapie</i> , Inhalation, Packungen, medizinische Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie
Hilfsmittel
Schutzimpfungen und Immunisierungen
Sehhilfen, inklusive Sehtest
Transport zum nächsterreichbaren geeigneten <i>Arzt</i> oder Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem <i>Unfall</i> oder <i>Notfall</i> durch anerkannte Rettungsdienste in der Situation angemessenen Transportmitteln
Unfruchtbarkeitsbehandlung

Detaillierte Leistungsbeschreibungen ambulante Heilbehandlung

Ärztliche Leistungen (inklusive Pathologie, Radiologie, Computertomographie, *Magnetresonanztomographie, Positronenemissionstomographie* und *Palliativmedizin*)

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die im Rahmen einer ambulanten ärztlichen *Heilbehandlung* erforderlichen Maßnahmen für Untersuchung, Diagnostik und Therapie.

Erstattungsfähig sind unter anderem auch Aufwendungen für Pathologie, Radiologie, Computertomographie, *Magnetresonanztomographie, Positronenemissionstomographie*, Chemotherapie und andere ärztliche Leistungen der *Onkologie* (z. B. bei Krebserkrankung) sowie für Schutzimpfungen und *Prophylaxemaßnahmen*.

Krebstherapie, Arzneimittel und ärztliche Leistungen der Onkologie

Erstattungsfähig sind ambulante Leistungen im Zusammenhang mit einer Chemotherapie und ärztliche Leistungen der *Onkologie*.

Gesundheitschecks

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

Der *Versicherer* erstattet diese Leistungen bis zu einem Betrag von 250 EUR* pro Versicherungsjahr.

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

Der *Versicherer* übernimmt die erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu 5.000 EUR*, 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.

Es besteht eine Wartezeit von 10 Monaten.

Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen

Der *Versicherer* übernimmt 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.

Es besteht eine Wartezeit von 10 Monaten.

Angeborene Leiden

Der *Versicherer* übernimmt die erstattungsfähigen Aufwendungen bis zum Höchstbetrag von 150.000 EUR über die gesamte Lebensdauer für alle bei der Geburt vorhandenen Störungen oder Erkrankungen, Anomalien, Geburtsfehler, für Frühgeburtlichkeit und Fehlbildungen einschließlich damit in Zusammenhang stehender Erkrankungen.

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

Akupunktur (Nadeltechnik), Homöopathie, Osteopathie und Chiropraktik, inklusive Arznei- und Verbandmitteln

An den erstattungsfähigen Aufwendungen beteiligt sich der *Versicherer* nur dann, wenn die vorgenannten Behandlungen durch Ärzte oder andere *Behandler* erfolgen, die eine in dem Land, in dem die Behandlung erfolgt, anerkannte entsprechende Ausbildung vorweisen können und dort zur Ausübung der Behandlung zugelassen bzw. berechtigt sind.

Von diesen Ärzten oder *Behandlern* anlässlich der Behandlung verordnete Arznei- und *Verbandmittel* sind ebenfalls erstattungsfähig.

Der *Versicherer* erstattet diese Leistungen bis zu einem Betrag von 2.500 EUR* pro Versicherungsjahr.

Sprachtherapie

Bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen übernimmt der *Versicherer* die erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztlich verordnete Übungsbehandlungen, sofern diese von einem *Arzt* oder Logopäden bzw. Sprachheiltherapeuten durchgeführt werden. Für genannte Behandlungen leistet der *Versicherer* nur dann, wenn der *Versicherer* vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Zusage gegeben hat.

Psychiatrische Leistungen

Der *Versicherer* erstattet die Aufwendungen für psychiatrische Leistungen bis zu 5.000 EUR*, sofern der *Versicherer* der Erstattung dieser Kosten vor Beginn der *Heilbehandlung* schriftlich zugestimmt hat.

Es besteht eine Wartezeit von 10 Monaten.

Ambulante Psychotherapie

Voraussetzung für die Erstattung ist, dass die Behandlung von einem Psychiater, einem Psychotherapeuten oder einem auf dem Gebiet der Psychiatrie, Psychotherapie oder Psychoanalyse entsprechend weitergebildeten Facharzt durchgeführt wird. Der *Versicherer* erstattet die Aufwendungen für ambulante Psychotherapien, sofern der *Versicherer* der Erstattung dieser Kosten vor Beginn der *Heilbehandlung* schriftlich zugestimmt hat.

Es besteht eine Wartezeit von 10 Monaten.

Arznei- und Verbandmittel

Arznei- und *Verbandmittel* müssen von einem *Arzt*, Zahnarzt oder von einem dazu berechtigten *Behandler* verordnet sein, *Arzneimittel* außerdem aus der Apotheke oder von einer anderen behördlich zugelassenen Abgabestelle bezogen werden. Nahrungsmittel, Stärkungsmittel, Mineralwässer, kosmetische Mittel, Mittel zur Hygiene und Körperpflege sowie Badezusätze gelten nicht als *Arzneimittel*.

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel

Nicht verschreibungspflichtige *Arzneimittel* kann der *Versicherte* ohne ärztliches Rezept erwerben; gewöhnlich werden sie zur Behandlung der Symptome häufig auftretender Krankheiten angewendet, derentwegen der *Versicherte* nicht unbedingt einen *Arzt* aufsuchen muss.

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

Der *Versicherer* erstattet diese Kosten bis zu einem Betrag von 75 EUR* pro Versicherungsjahr.

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.

Der *Versicherer* erstattet diese Leistungen bis 20 Sitzungen pro Person und Versicherungsjahr.

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). Sie müssen 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.

Der *Versicherer* erstattet diese Leistungen bis 10 Sitzungen pro Person und Versicherungsjahr.

Hilfsmittel

Erstattungsfähig sind Aufwendungen im Rahmen der ambulanten *Heilbehandlung* für Körperersatzstücke sowie orthopädische und andere Hilfsmittel bis zu 1.000 EUR*, die dazu dienen, körperlichen Behinderungen vorzubeugen, diese unmittelbar zu mildern oder auszugleichen. Hilfsmittel müssen von einem *Arzt* verordnet sein und dürfen nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände angesehen werden.

Als Hilfsmittel im Rahmen der ambulanten *Heilbehandlung* gelten: Bandagen, Bruchbänder, Einlagen zur Fußkorrektur, Gehstützen, Hörgeräte, Kompressionsstrümpfe, Korrekturschienen, Kunstglieder/Prothesen (ausgenommen Zahnprothesen), Liege- und Sitzschalen, orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate sowie Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf).

Folgende Hilfsmittel sind nur im Rahmen vorherigen schriftlichen Leistungszusage des *Versicherer* erstattungsfähig: Krankenfahrräder, Herz- und Atemmonitorgeräte, Infusionspumpen, Inhalationsgeräte, Sauerstoffgeräte und Überwachungsmonitore für Säuglinge. Sonstige Mittel gelten nicht als Hilfsmittel.

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

Schutzimpfungen und Immunisierungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Schutzimpfungen und *Prophylaxemaßnahmen* bis zu 250 EUR*, soweit sie für das jeweilige *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 bis zu 150 EUR* 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

Nach vorheriger schriftlicher Leistungszusage übernimmt der *Versicherer* die Kosten im Rahmen des vereinbarten Leistungsumfanges wie zum Beispiel für folgende anerkannte Behandlungen:

- In-Vitro-Fertilisation (IVF)
- Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)

Die Übernahme der Kosten erfolgt zudem unter der Voraussetzung, dass

- zum Zeitpunkt der Behandlung (erster Stimulationstag eines jeden Behandlungszyklus bzw. erster Zyklustag bei der Insemination ohne hormonelle Stimulation) die Frau das 40. und der Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- eine organisch bedingte Infertilität der versicherten oder mitversicherten Person besteht, die allein mittels Maßnahmen der assistierten Reproduktion überwunden werden kann
- nach medizinischer Einschätzung eine deutliche Erfolgsaussicht von über 15 % für die gewählte Behandlungsmethode besteht und Mann und Frau beide International-Versicherte sind.

Der *Versicherer* erstattet 50 % der Kosten im Zusammenhang mit der Unfruchtbarkeitsbehandlung, Diagnose und Behandlung inbegriffen, bis zu einem Höchstbetrag von 7.500 EUR für die ganze Dauer des Vertrages.

Es besteht eine Wartezeit von 24 Monaten für beide Ehe- oder Lebenspartner.

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

4.3.4. Zahnärztliche Heilbehandlung

Übersicht zahnärztliche Heilbehandlung

Allgemeine zahnärztliche Leistungen
- Zwei zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen pro Versicherungsjahr
- Röntgenuntersuchung
- Zahnsteinentfernung und Polieren
- Leistungen bei Mundschleimhaut und Zahnfleischerkrankungen
- Einfache Füllungen
- Chirurgische Leistungen, Extraktionen, Wurzelkanalbehandlungen
- Nachtschiene
- Zahnärztliche Leistungen nach einem <i>Unfall</i>
Umfassende zahnärztliche Leistungen
- Zahnersatz (z.B. Prothesen, Brücken und Kronen, Inlays)
- <i>Implantologische Leistungen</i>
- Kieferorthopädische Leistungen
- Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien
- Heil- und Kostenplan
- Zahnärztliche Leistungen nach einem <i>Unfall</i>

Detaillierte Leistungsbeschreibungen zahnärztliche Heilbehandlung

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
- chirurgische Eingriffe
- Extraktionen
- Nachtschiene
- zahnärztliche Leistungen nach einem *Unfall*

Umfassende zahnärztliche Leistungen

Umfassende zahnärztliche Leistungen schließen folgende Arten von komplexeren Maßnahmen und *Heilbehandlungen* ein. Der *Versicherer* erstattet die nachfolgenden Leistungen bis zu 2.000 EUR* pro Versicherungsjahr.

- Zahnersatz (Prothesen, Brücken und Kronen)
- Inlays (Gold, Porzellan), inklusive zahntechnische Laborarbeiten und Materialien
- Auflagefüllungen (Onlays)
- Bis zu vier Implantate pro Kiefer und den darauf zu befestigenden Zahnersatz
- kieferorthopädische Behandlung bei Kindern unter 18 Jahren, inklusive Metallbrackets und Retainer sowie Heil- und Kostenplan
- zahntechnische Laborarbeiten und Materialien
- Heil- und Kostenplan
- zahnärztliche Leistungen nach einem *Unfall*

Es besteht eine Wartezeit von 10 Monaten.

Zahnärztliche Leistungen nach einem Unfall

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

4.4. Leistungsbeschränkung

Für *Krankheiten*, einschließlich deren Folgen, sowie für die Unfallfolgen und Todesfälle aufgrund von Kriegsereignissen, Wehrdienst, Aufruhr und gemeinschaftlich begangenen Gewalttaten, die nicht ausdrücklich in die Versicherungsleistung einbezogen sind, besteht keine Leistungspflicht.

Für vorsätzlich verursachte *Krankheiten*, Handlungen und Unfälle und deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren besteht keine Leistungspflicht.

Für *Kuren* und *Behandlungen im Sanatorium* sowie für Rehabilitationsmaßnahmen besteht keine Leistungspflicht, falls im Tarif nichts anderes bestimmt ist.

Für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder besteht keine Leistungspflicht. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.

Für kosmetische Maßnahmen aller Art und deren Folgen besteht keine Leistungspflicht.

Bei Selbstmordversuch besteht keine Leistungspflicht.

Für Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in *Krankenanstalten*, für die der *Versicherer* die Erstattung der Kostenrechnung aus schwerwiegendem Grund ausgeschlossen hat, wird keine Leistung erbracht, wenn der *Versicherungsfall* eintritt, nachdem dem *Versicherungsnehmer* der Leistungsausschluss mitgeteilt wurde. Ist zum Zeitpunkt der Mitteilung der *Versicherungsfall* noch nicht abgeschlossen, besteht keine Pflicht zur Erstattung der mehr als drei Monate nach der betreffenden Mitteilung eingetretenen Kosten.

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

Für eine Unterbringung infolge Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung besteht keine Leistungspflicht.

Für Gutachten, Atteste, Heil- und Kostenpläne, soweit sie vom *Versicherungsnehmer* oder vom *Versicherten* vorzulegen sind, besteht keine Leistungspflicht.

Bei einem Verlust der Autonomie des *Versicherten* oder bei erforderlicher Verwahrung des *Versicherten* besteht keine Leistungspflicht. Der Aufenthalt und/oder die nicht-medizinische Pflege, die zu Hause oder in einem Erholungs- und Pflegeheim, in einer psychiatrischen Pflegeeinrichtung oder einer gleichartigen Anstalt geleistet werden, werden nicht erstattet.

Übersteigen die *Heilbehandlung* oder andere Maßnahmen, für die *Leistungen* erbracht werden, das medizinisch erforderliche Maß, kann der *Versicherer* seine *Leistungen* auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Ferner ist der *Versicherer* zu einer derartigen Herabsetzung seiner *Leistungen* berechtigt, wenn für eine medizinisch erforderliche Behandlung oder für jede sonstige Maßnahme eine überhöhte Vergütung in Rechnung gestellt wurde.

Vor Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene *Versicherungsfälle* sind von der Versicherungsleistung nur für den Teil ausgeschlossen, der in den Zeitraum vor dem Inkrafttreten der Versicherung oder in die Wartezeiten fällt.

Der *Versicherer* leistet nicht für die operative und hormonelle Angleichung der biologischen Geschlechtsmerkmale an das jeweils andere Geschlecht.

Der *Versicherer* leistet nicht für Behandlung oder operative Eingriffe zur Korrektur des Sehvermögens, beispielsweise durch Laserbehandlung, refraktive Keratotomie (RK) und fotorefraktive Keratotomie (PRK). Erstattungsfähig ist die Korrektur des Sehvermögens, wenn diese Behandlung aufgrund einer Störung, Krankheit oder Verletzung (beispielsweise Katarakt oder Netzhautablösung) notwendig wird.

5. Tarif

Die Prämie wird bei Vertragsabschluss auf Basis des *Aufenthaltslandes* festgesetzt. Ändert sich das *Aufenthaltsland* während der Versicherungslaufzeit wird der Tarif zu Beginn des nächsten Versicherungsjahres entsprechend angepasst. Ändert sich das *Aufenthaltsland* während der Versicherungslaufzeit nach *Zielregion 1*, so wird der Tarif unverzüglich angepasst.

Sollte mit Eintritt in ein neues Lebensjahr ein Wechsel der Altersstufe notwendig sein, so wird der *Versicherer* den Beitrag entsprechend der neuen Altersstufe umstellen.

II. Medizinische Assistance Leistungen und Zusätzliche Services

In Verbindung mit einem Foyer Global Health
Krankenversicherungsprodukt

Inhalt

1.	Gegenstand der medizinischen Assistance Leistungen und zusätzlichen Services	21
2.	Geografischer Geltungsbereich	21
3.	Leistungen	21
3.1.	Allgemeine Informationen	21
3.2.	Medizinische Assistance Leistungen	21
3.3.	Zusätzliche Services	24
4.	Tarif	26

1. Gegenstand der medizinischen Assistance Leistungen und zusätzlichen Services

Die medizinischen Assistance Leistungen und zusätzlichen Services erbringt der Versicherer im Rahmen *medizinisch notwendiger Heilbehandlungen* von Krankheiten, Unfällen, insbesondere Notfällen, und sonstigen Ereignissen.

2. Geografischer Geltungsbereich

Die medizinischen Assistance Leistungen und zusätzlichen Services gelten weltweit.

3. Leistungen

3.1. Allgemeine Informationen

Der Versicherer erbringt die medizinischen Assistance Leistungen sowie die ergänzenden Services in Art und Umfang, entsprechend der folgenden Leistungsübersichten, sofern sich aus diesen Leistungsübersichten, den generellen Ausführungen in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen oder dem Glossar nicht etwas anderes ergibt.

3.2. Medizinische Assistance Leistungen

Die medizinischen Assistance Leistungen und zusätzlichen Services müssen in Verbindung mit einem Krankenversicherungsprodukt von Foyer Global Health abgeschlossen werden.

Übersicht medizinische Assistance

24-stündiger Telefon – und Email-Service mit erfahrenen Beratern, Ärzten und Fachärzten
<i>Medizinisch notwendiger</i> Kranken- bzw. Rücktransport
Informationen über die medizinische Infrastruktur/ ärztliche Versorgung unter Berücksichtigung der gewünschten Sprache
Betreuung und Information (<i>Second Opinion</i> , Beobachtung des Krankheitsverlaufs)
Kostenübernahmegarantie, insbesondere in Vorbereitung des Krankenhausaufenthaltes
Zahlung eines Vorschuss
Unterstützung und Informationen über Art, mögliche Ursachen und Heilbehandlungsmöglichkeiten/ Therapieformen der Erkrankung sowie zu medizinischen Fachbegriffen
Unterstützung bei der Organisation eines „Arzt zu Arzt“ Gespräches
Hilfe bei der Auswahl des verschriebenen Medikamentes, vergleichbarer Präparate und deren Nebenwirkungen
Medizinische Unterstützung und Beratung vor Reisebeginn (Impfungen, Zusammenstellung der Reiseapotheke)

24-stündiger Telefon – und Email-Service mit erfahrenen Beratern, Ärzten und Fachärzten

Die medizinische Assistance ist 24 Stunden am Tag, 7 Tage in der Woche und 365 Tage im Jahr über die Emergency Hotline erreichbar.

Medizinisch notwendiger Kranken- bzw. Rücktransport

Der Leistungsumfang gilt für einen medizinisch begründeten und notwendigen Kranken- bzw. Rücktransport innerhalb des *Aufenthaltslandes* sowie auch grenzüberschreitend. Die Kosten für eine medizinisch begründete und notwendige Transportbegleitung gehören ebenfalls zum Leistungsumfang.

- Der Kranken- bzw. Rücktransport kann auch aufgrund unzureichender medizinischer Versorgung und unzureichender hygienischer Umstände im behandelnden Krankenhaus erfolgen.
- Der Kranken- bzw. Rücktransport muss vom zuständigen behandelnden *Arzt* angeordnet sein und eine Kostenübernahmezusage muss vom Versicherer vorliegen.
- Der Kranken- bzw. Rücktransport erfolgt nach Abstimmung zwischen dem behandelnden *Arzt* und dem Versicherer an ein für die weitere *Heilbehandlung* geeignetes Krankenhaus.
- Nach Abstimmung mit dem Versicherer kann der Rücktransport auch an den aktuellen Wohnsitz oder an den letzten ständigen Wohnsitz des Versicherten im Heimat oder *Ausreiseland* erfolgen, wenn der Versicherungsfall außerhalb des *Aufenthaltslandes* eingetreten ist.

Informationen über die medizinische Infrastruktur/ ärztliche Versorgung unter Berücksichtigung der gewünschten Sprache

- Benennung von Ärzten, Fachärzten, Krankenhäusern und Spezialkliniken im Umfeld des Versicherten insbesondere im Hinblick auf die gewünschte Sprache
- Beratung und Unterstützung bei der Auswahl eines Behandlungsortes im Falle einer *medizinisch notwendigen* Verlegung/ Wechsel des *Behandlers*

Betreuung und Information (Second Opinion, Beobachtung des Krankheitsverlaufs)

- Unterstützung und Organisation einer ärztlichen Zweitmeinung (ärztlichen Befund) durch einen Spezialisten auf dem jeweiligen Fachgebiet bei lebensbedrohlichen und schwerwiegenden Erkrankungen und Störungen der Gesundheit
- Unterstützung bei der Auswahl des Spezialisten, des Krankenhauses sowie bei der Organisation der Aufnahme und Entlassung
- Organisation und Unterstützung bei der Beobachtung des Krankheitsverlaufes/ der Genesung durch Ärzte und Ansprechpartner des Versicherers

Kostenübernahmegarantie, insbesondere in Vorbereitung des Krankenhausaufenthaltes

- Übermittlung einer Kostenübernahmegarantie z.B. bei einer geplanten stationären Behandlung
- Direktabrechnung mit den behandelnden Ärzten/ Krankenhaus möglich

Zahlung eines Vorschuss

Zahlung eines Vorschusses an die versicherte Person wenn der *Behandler* und/oder das Krankenhaus nur Barzahlung akzeptiert.

Unterstützung und Informationen über Art, mögliche Ursachen und Heilbehandlungsmöglichkeiten/ Therapieformen der Erkrankung sowie zu medizinischen Fachbegriffen

Beratung, Erläuterung und Erklärung von medizinischen Sachverhalten im Falle einer Erkrankung einer versicherten Person, insbesondere zu Ursachen und Heilbehandlungsmöglichkeiten/ Therapieformen einer Erkrankung sowie Erklärung medizinischer Fachbegriffe

Unterstützung bei der Organisation eines „Arzt zu Arzt“ Gespräches

Bei Erkrankung und Verschlechterung des Gesundheitszustandes z.B. bei chronischen Erkrankungen hilft der Versicherer bei der Organisation eines „Arzt zu Arzt“ Gesprächs z.B. zwischen dem behandelnden Arzt im Ausreise/ Heimatland sowie im Aufenthaltsland

Hilfe bei der Auswahl des verschriebenen Medikamentes, vergleichbarer Präparate und deren Nebenwirkungen

- Informationen zu Medikamenten und deren Neben- sowie Wechselwirkungen mit anderen Präparaten und bestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen.
- Information zu vergleichbaren und identischen Präparaten

Medizinische Unterstützung und Beratung vor Reisebeginn (Impfungen, Zusammenstellung der Reiseapotheke)

- Medizinische Informationen zu hygienischen Bedingungen im *Aufenthaltsland*
- Auskünfte und Informationen zu empfohlenen Impfungen für das *Aufenthaltsland*, insbesondere bei bestehenden gesundheitlichen Beschwerden
- Unterstützung bei der Zusammenstellung einer Reiseapotheke unter Berücksichtigung der hygienischen und klimatischen Gegebenheiten im *Aufenthaltsland*.
- Die Informationen und Auskünfte werden durch den Versicherer telefonisch und per Email zur Verfügung gestellt

3.3. Zusätzliche Services

Es besteht Anspruch auf die Leistungen „zusätzliche Services“, wenn diese in den Besonderen Bedingungen (*Versicherungsschein / Police*) für den Versicherten vereinbart sind.

Übersicht ergänzende Services

Rücktransport in das <i>Aufenthaltsland</i>
Organisation von Krankenbesuchen für Angehörige
Verzögerung der Rückreise
Beschaffung und Versand lebensnotwendiger Medikamente
Organisation Rücktransport oder Betreuung von Kindern
Überführung der sterblichen Überreste und organisatorische Unterstützung im Todesfall
Hilfe bei eventuell durch den Auslandsaufenthalt entstandenen psychischen Problemen
Dokumentendepot (Hinterlegung und Ersatzbeschaffung bei Verlust)
Vermittlung eines juristischen Beistandes bei rechtlichen Schwierigkeiten
Vermittlung eines Relocation Services
Vermittlung eines interkulturellen Trainings (Informationen über die Kultur vor Ort)

Rücktransport in das *Aufenthaltsland*

Ist nach Abstimmung mit dem Versicherer eine *medizinisch notwendige* Evakuierung zur Behandlung des Versicherten erfolgt, erstattet der Versicherer nach vorheriger Zusage die Kosten für die Rückreise des Versicherten in das *Aufenthaltsland* für ein Beförderungsmittel (Bahnfahrt 1. Klasse, Flug Economy Class) bis zu 3.000 EUR*.

Organisation von Krankenbesuchen für Angehörige

Bei einem stationären Aufenthalt aufgrund eines *Notfalls* organisiert der Versicherer den Besuch eines Familienangehörigen zum Behandlungsort und zurück zum Wohnort und übernimmt die Reisekosten bis zu einer Höhe von 3.000 EUR*, wenn der stationäre Aufenthalt mindestens 7 Tage dauert und die Kostenübernahme durch den Versicherer vorliegt. (Kosten für Bahnfahrt 1. Klasse und Flug in der Economy Klasse werden übernommen)

Verzögerung der Rückreise

Verzögert sich die Rückreise aus dem *Aufenthaltsland* in das *Ausreise/ Heimatland* oder in ein neues *Aufenthaltsland* aufgrund eines *medizinischen Notfalls* einer versicherten Person, welcher zur Reiseunfähigkeit führt, erstattet der die Kosten für Umbuchung/ Stornierung von Hotels und Flügen bis zu 3.000 EUR*

Beschaffung und Versand lebensnotwendiger Medikamente

Nimmt eine versicherte Person lebensnotwendige Medikamente, die im *Aufenthaltsland* nicht zu erhalten sind, wird der Versicherer sich darum bemühen, diese Medikamente so schnell als möglich zu besorgen. Voraussetzung ist, dass das Medikament in dem *Aufenthaltsland* der versicherten Person gesetzlich zugelassen ist und der Einfuhr keine gesetzlichen Bestimmungen entgegenstehen

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

Organisation Rücktransport oder Betreuung von Kindern

- Bei einem stationären Aufenthalt beider Elternteile aufgrund eines medizinischen *Notfalls* übernimmt der Versicherer die Organisation der Betreuung der Kinder durch einen geeigneten Dienst sowie die Kosten dafür, längstens für die Dauer der stationären *Heilbehandlung*
- Werden beide Elternteile während einer Urlaubsreise aufgrund eines medizinischen *Notfalls* stationär behandelt, erstattet der Versicherer die Kosten für die Reise der Kinder (bis 18 Jahre) an den aktuellen Wohnsitz im *Aufenthaltsland*

Überführung der sterblichen Überreste und organisatorische Unterstützung im Todesfall

- Erledigung der notwendigen Formalitäten zur Überführung oder Einäscherung der sterblichen Überreste, insbesondere Besorgung der Sterbeurkunde, des Unfallberichts, Herstellung Kontaktes zu Behörden/ Konsulaten sowie Feststellung, welche Angehörige berechtigt sind einer Überführung oder Einäscherung zuzustimmen
- Erstattung der Kosten für die Überführung der sterblichen Überreste in das Ausreise- oder *Heimatland* sowie der Kosten für die mit der Überführung verbundenen Formalitäten bis zu einer Höhe von 10.000 EUR *
- Überführung der Urne in das Ausreise- oder *Heimatland* im Falle einer Einäscherung
- Kosten für die Bestattung sind nicht versichert

Hilfe bei eventuell durch den Auslandsaufenthalt entstandenen psychischen Problemen

- Der Versicherer bietet eine Beratung im Falle einer psychologischen Stresssituation an
- Die versicherte Person erhält eine psychologisch therapeutische Begleitung mittels Telefon durch erfahrene Ärzte und eine Empfehlung zur weiteren Vorgehensweise bis zu maximal 5 Gesprächen*

Dokumentendepot (Hinterlegung und Ersatzbeschaffung bei Verlust)

- Der Versicherte bietet für wichtige Dokumente (z.B. Reisepass, Visum, Führerschein, Impfausweis, weitere wichtige Dokumente) ein Dokumentendepot an.
- Bei Verlust des Originaldokuments erfolgt der Versand der Kopie per Email, Fax oder Kurier sowie die Unterstützung bei der Ersatzbeschaffung.

Vermittlung eines juristischen Beistandes bei rechtlichen Schwierigkeiten

Bei Bedarf vermittelt der Versicherer englisch-, deutsch-, französisch und spanisch sprechende Anwälte/Gutachter bevorzugt im *Aufenthaltsland* der versicherten Person.

Vermittlung eines Relocation Services

Bei Bedarf vermittelt der Versicherer Spezialanbieter für die Organisation des Umzugs und ggf. Unterstützung bei der Wohnungssuche.

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

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

Der Versicherer vermittelt bei Bedarf Spezialanbieter, die unter dem Leitmotiv Leben und Arbeiten im Ausland länderspezifische und interkulturelle Trainings zur Vorbereitung des Auslandsaufenthaltes, durchführen.

4. Tarif

Der Versicherungsbeitrag wird in den Besonderen Bedingungen (*Versicherungsschein / Police*) ausgewiesen.

III. Glossar

Akupunktur	Die <i>Akupunktur</i> ist eine alte Methode der traditionellen chinesischen Medizin, bei der mit Hilfe von in den Körper eingestochenen dünnen Nadeln Krankheiten geheilt oder Schmerzen gelindert werden sollen; <i>schulmedizinisch</i> bisher in erster Linie zur Behandlung von Schmerzen anerkannt.
Anschlussrehabilitation	Eine <i>Anschlussrehabilitation</i> ist eine medizinische Maßnahme zur Wiederherstellung des früheren körperlichen Zustandes nach einer schweren Krankheit/ Operation, zum Beispiel nach Bypass-OP, Herz-infarkt, Transplantation von Organen sowie Operation an großen Knochen oder Gelenken, oder eines schweren <i>Unfalles</i> .
Antrag	Der <i>Antrag</i> auf Abschluss einer Versicherung erfolgt für den Versicherungsnehmer und/ oder die <i>versicherten Personen</i> mittels eines vom <i>Versicherer</i> zur Verfügung gestellten Antragsformulars.
Arzneimittel	<i>Arzneimittel</i> sind Wirkstoffe, die allein oder im Gemisch mit anderen Substanzen in der Diagnostik oder Therapie von Krankheiten, Leiden, Körperschäden oder krankhaften Beschwerden angewandt werden. Als <i>Arzneimittel</i> gelten nicht Lebensmittel, kosmetische Mittel, Körperpflegemittel. <i>Arzneimittel</i> müssen vom <i>Arzt</i> verordnet und aus der Apotheke bezogen werden. Synonyme Begriffe: Medikamente, Pharmaka.
Arzt	Ein <i>Arzt</i> ist ein Mediziner (Allgemeinmediziner oder Spezialist) oder Inhaber eines medizinischen Diploms, das gesetzlich anerkannt ist, der in dem Land, in dem die Behandlung erfolgt, zur ärztlichen <i>Heilbehandlung</i> zugelassen ist (siehe <i>Heilbehandlung</i>). Die <i>versicherten Personen</i> können den <i>Arzt</i> , der diese Kriterien erfüllt, frei wählen.
Assisteur	Der <i>Assisteur</i> ist darauf spezialisiert, <i>Versicherten</i> in Notsituationen bzw. bei Krankenhausaufenthalten mit Rat und Tat zur Seite zu stehen. Zusätzliche Serviceleistungen, die den <i>Versicherten</i> den Aufenthalt in der Fremde erleichtern sollen, sowie die Erstattung bestimmter Kosten, wie zum Beispiel Rücktransportkosten, werden über den <i>Assisteur</i> erbracht. Das komplette Leistungsspektrum kann der <i>Versicherte</i> dem beiliegenden Leitfadens der Assistance entnehmen.
Aufenthaltsland	Das <i>Aufenthaltsland</i> ist das Land, in dem sich die <i>versicherten Personen</i> nach Beginn des Auslandsaufenthaltes aufhalten werden
Ausreiseland	Das <i>Ausreiseland</i> ist das Land, in dem sich die <i>versicherten Personen</i> vor dem Auslandsaufenthalt dauerhaft aufgehalten haben.
Behandler	<i>Behandler</i> können neben Ärzten auch solche Personen sein, die über eine auf ihrem Behandlungsgebiet anerkannte und fundierte Ausbildung verfügen und in dem Land, in dem die Behandlung erfolgt, zur Behandlung auf ihrem Gebiet zugelassen bzw. berechtigt sind. Unter <i>Behandler</i> fasst der <i>Versicherer</i> : Heilpraktiker, Logopäden/ Sprachheiltherapeuten und Hebammen/ Entbindungspfleger sowie die in eigener Praxis tätigen Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe (zum Beispiel Masseur, Masseur und medizinischer Bademeister, Krankengymnast oder Physiotherapeut). Die <i>versicherten Personen</i> können den <i>Behandler</i> , der diese Kriterien erfüllt, frei wählen.

Bemessungsgrundlagen	Die <i>Bemessungsgrundlagen</i> sind die Grundlagen, auf denen die Berechnungen der ärztlichen bzw. zahnärztlichen Leistungen beruhen. Sie können sich von Land zu Land unterscheiden.
Chiropraktik	Die <i>Chiropraktik</i> wird auch als manuelle Therapie bezeichnet. Durch bestimmte Handgriffe werden gegeneinander verschobene oder verrenkte Wirbelkörper oder andere Gelenke wieder „eingerichtet“.
Ersatz-Krankenhaustagegeld	Sollten der <i>Versicherte</i> für eine unter Versicherungsschutz stehende, <i>medizinisch notwendige</i> stationäre Krankenhausbehandlung einer <i>versicherten Person</i> keine Kostenerstattung beim <i>Versicherer</i> beanspruchen, zahlt der <i>Versicherer</i> je nach Tarifstufe ein <i>Ersatz-Krankenhaustagegeld</i> pro Tag eines ärztlich verordneten und durchgeführten Krankenhausaufenthaltes.
Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen	Der zahnärztlichen <i>Heilbehandlung</i> zuzuordnende Untersuchungs- und Behandlungsmethode zur Diagnose von Störungen und Erkrankungen des gesamten Kauapparates.
Hauswirtschaftliche Versorgung	<i>Hauswirtschaftliche Versorgung</i> ist ein Teil der häuslichen Pflegehilfe. Sie umfasst Hilfeleistungen bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens im Bereich der <i>hauswirtschaftlichen Versorgung</i> , wie das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.
Heilbehandlung	Unter <i>Heilbehandlung</i> versteht der <i>Versicherer</i> diagnostische und therapeutische Maßnahmen, die dem Bereich des ärztlichen Handelns zuzurechnen sind und dazu dienen, Gesundheitsstörungen, Krankheiten oder Verletzungen zu erkennen, zu lindern oder zu heilen. Eine Behandlungsmaßnahme ist <i>medizinisch notwendig</i> , wenn es nach den objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Behandlung vertretbar war, sie als <i>medizinisch notwendig</i> anzusehen.
Heimatland	Das <i>Heimatland</i> ist das Land, dessen Staatsangehörigkeit die <i>versicherte Person</i> besitzt oder in das sie im Todesfall überführt werden soll.
Homöopathie	<i>Homöopathie</i> beruht auf drei Grundpfeilern: der Ähnlichkeitsregel, dem Arzneimittelbild und der Potenzierung der Substanzen. Ein Homöopath geht davon aus, dass eine Krankheit, die sich in bestimmten Symptomen äußert, durch ein Mittel geheilt werden kann, das beim Gesunden ähnliche Symptome hervorruft.
Hospiz	Institution, die ausschließlich dem Zweck dient, Patienten mit einer Lebenserwartung von wenigen Monaten zu pflegen und Symptome der zum Tode führenden Krankheit durch <i>Palliativmedizin</i> zu lindern
Hydrotherapie	<i>Hydrotherapie</i> ist die gezielte <i>Heilbehandlung</i> durch äußere Anwendung von Wasser.
ICD-Codes	<i>ICD</i> steht für International Classification of Diseases. Es ist ein internationales System zur Verschlüsselung und Klassifikation aller bekannten Diagnosen.
Implantologische Leistungen	Unter <i>implantologischen Leistungen</i> versteht man das Einsetzen zahnärztlicher Implantate (Metall- oder Keramikkörper) als Zahnwurzelersatz oder in unbezahnte Kiefer.

Konservierende Leistungen	<i>Konservierende Leistungen</i> sind Maßnahmen, die der Erhaltung der Zähne (z. B. Füllungstherapie, Wurzelkanalbehandlungen) dienen.
Krebs	<i>Krebs</i> ist die allgemeine Bezeichnung für alle bösartigen (malignen) Erkrankungen, die durch eine unkontrollierte Vermehrung von veränderten Zellen gekennzeichnet sind (Geschwulst, Tumor, Karzinom). Diese Zellen können das umliegende Gewebe zerstören und Tochtergeschwülste (Metastasen) ausbilden.
Kur- und Sanatoriumsbehandlung	Eine Kur- bzw. <i>Sanatoriumsbehandlung</i> dient der Festigung des Gesundheitszustandes.
Magnetresonanztomographie (MRT)	Hierunter versteht man eine diagnostische Technik zur Darstellung der inneren Organe und Gewebe mit Hilfe von Magnetfeldern und Radiowellen.
Medizinisch notwendig	<i>Medizinisch notwendig</i> sind alle Maßnahmen, die dazu geeignet sind, eine Krankheit gezielt zu heilen oder zu lindern.
Notfall	Unter <i>Notfall</i> versteht der <i>Versicherer</i> den plötzlichen, akuten Eintritt einer Krankheit oder die akute Verschlechterung des Gesundheitszustandes, welche eine unmittelbare Bedrohung der Gesundheit der betroffenen <i>versicherten Person</i> darstellt.
Onkologie	Die <i>Onkologie</i> ist ein Teilgebiet der inneren Medizin, das sich mit der Entstehung, Diagnostik und Behandlung von Tumoren und tumorbedingten Krankheiten befasst.
Osteopathie	Die <i>osteopathische</i> Medizin beinhaltet eine umfassende manuelle Diagnostik und Therapie von Fehlfunktionen am Bewegungssystem, den inneren Organen und am Nervensystem. Sie findet in erster Linie Anwendung bei chronischen Schmerzen an der Wirbelsäule und den peripheren Gelenken.
Palliativmedizin	Palliative Therapie ist die umfassende und aktive Behandlung von Patienten mit einer begrenzten Lebenserwartung, deren Erkrankung einer kurativen Therapie nicht mehr zugänglich ist und für die das Behandlungsziel die bestmögliche Lebensqualität für den <i>Versicherten</i> selbst und seine/ihre Angehörigen ist.
Positronenemissionstomographie (PET)	Die <i>Positronenemissionstomographie</i> (PET) ist ein Schnittbildverfahren, das es ermöglicht, nichtinvasiv die Verteilung einer mit einem Positronenstrahler markierten Substanz im Körper des Patienten darzustellen. Die Konzentration solch eines „Markers“ in einem Tumor lässt sich auch quantitativ bestimmen. Die Substanz wird intravenös injiziert, und die Strahlung wird mit externen Detektoren nachgewiesen. Mit Hilfe der PET können wichtige biologische Vorgänge in Tumoren visualisiert werden.
Prophylaxemaßnahmen	<i>Prophylaxemaßnahmen</i> sind ein Teil der Präventivmedizin; individuelle und generelle Maßnahmen zur Verhütung drohender Krankheiten (z. B. Impfungen, passive Immunisierung, vorsorgliche Medikation bei Einreise in Gefahrengebiete, Unfallverhütung etc.).
Schulmedizin	<i>Schulmedizin</i> ist die an Universitäten gelehrt, wissenschaftlich fundierte und daher allgemein anerkannte und angewandte Form der Medizin (Heilkunde).
Second Opinion	<i>Second Opinion</i> oder ärztliche Zweitmeinung ist eine medizinische Beratung durch einen anderen, bisher nicht beteiligten <i>Arzt</i> bei lebensbedrohlichen Erkrankungen und schwerwiegenden, bleibenden gesundheitlichen Störungen.
Selbstbeteiligung	Eine <i>Selbstbeteiligung</i> bewirkt, dass der <i>Versicherte</i> einen bestimmten Teil der Kosten selbst trägt. Eine <i>Selbstbeteiligung</i> ist eine Eigenbeteiligung des Versicherungsnehmers und/ oder der

	<i>versicherten Personen</i> an den Erstattungsleistungen. Wurde eine <i>Selbstbeteiligung</i> vereinbart, so dokumentiert der <i>Versicherer</i> diese im <i>Versicherungsschein</i>
Service Card	Die <i>versicherten Personen</i> erhalten eine personalisierte <i>Service Card</i> mit der Anschrift und den wichtigen Telefonnummern des <i>Assisteurs</i> . Die <i>Service Card</i> dient als persönlicher Versicherungsnachweis gegenüber allen Leistungserbringern.
Stationsersetzende ambulante Operationen	Operationen, die ambulant sowohl beim <i>Arzt</i> als auch im Krankenhaus durchgeführt werden können, bei denen aber keine anschließende Übernachtung und kein anschließender stationärer Aufenthalt im Krankenhaus erforderlich sind.
Teilstationäre Heilbehandlung	Als <i>teilstationär</i> bezeichnet man einen Aufenthalt in einer Tages- oder Nachtambulanz oder in einem Krankenhaus, bei dem der Patient nur tagsüber oder nachts in der Klinik ist; eine ganztägige (24-stündige) stationäre Behandlung ist von vornherein nicht oder nicht mehr erforderlich.
Umwandlung	Eine <i>Umwandlung</i> ist die Änderung eines beim <i>Versicherer</i> bestehenden Versicherungsschutzes, zum Beispiel durch die Vereinbarung einer geänderten <i>Selbstbeteiligung</i> bzw. eines geänderten Selbstbehaltes, unter Wahrung der Rechte, die der <i>Versicherte</i> und die <i>versicherten Personen</i> aus den vorher ununterbrochen beim <i>Versicherer</i> bestandenen Versicherungen erworben haben.
Unfall	Unter <i>Unfall</i> versteht man ein plötzlich von außen unerwartet auf den Körper einwirkendes, gesundheits-schädigendes Ereignis.
Verbandmittel	<i>Verbandmittel</i> sind Mittel zur Durchführung von Verbänden.
Versicherer	Der Ausdruck „ <i>Versicherer</i> “ bezeichnet Foyer Santé S.A. 12, rue Léon Laval L 3372 Leudelange, das Versicherungsunternehmen, bei dem der Vertrag abgeschlossen wurde.
Versicherter, versicherte Person	Die in den Besonderen Bedingungen benannte Person.
Versicherungsnehmer	Die Person, die den Versicherungsvertrag abschließt und der die Prämienzahlung obliegt, bzw. jede Person, die aufgrund einer Vereinbarung zwischen den Parteien an ihre Stelle tritt, bzw. die anspruchsberechtigten Angehörigen des Versicherungsnehmers bei dessen Tod.
Versicherungsschein	Den für die <i>versicherten Personen</i> vereinbarten Versicherungsschutz sowie den jeweils zu zahlenden Beitrag dokumentiert der <i>Versicherer</i> in einem <i>Versicherungsschein</i> .
Vorerkrankungen	<i>Vorerkrankungen</i> sind bei Versicherungsbeginn bestehende Krankheiten und deren Folgen sowie Folgen von Unfällen, die Ihnen oder den <i>versicherten Personen</i> bekannt sind bzw. behandelt werden. Durch besondere Vereinbarung mit dem Versicherungsnehmer können diese in den Versicherungsvertrag grundsätzlich eingeschlossen werden. <i>Vorerkrankungen</i> , die bei Antragsstellung nicht genannt wurden, sind nicht versichert.
Zahnarzt	<i>Behandler</i> , der sich vorrangig mit den Erkrankungen der Zähne und des Mundraums beschäftigt.
Zielregion	Der Versicherungsschutz gilt in folgenden <i>Zielregionen</i> : <ul style="list-style-type: none"> • <i>Zielregion 1</i>: Weltweit • <i>Zielregion 2</i>: Weltweit ohne USA