

NOTFALLKRANKENVERSICHERUNG FÜR GESCHÄFTSREISEN

Wichtige Informationen zu Ihrer Notfallkrankenversicherung bei Geschäftsreisen ins Ausland.
Gültig ab dem 1. April 2019

Diese Versicherung wurde speziell dafür entwickelt, die akuten medizinischen Bedürfnisse einer versicherten Person abzudecken, deren Behandlungen von einem Arzt angeordnet und von einem zugelassenen Mediziner durchgeführt werden, während sich der Versicherte auf einer Geschäftsreise befindet oder im Ausland arbeitet. Nur Behandlungen, die innerhalb von 24 Stunden nach Eintritt des Notfallereignisses auftreten, von einem Arzt als medizinisch notwendig angesehen werden und vom einem zugelassenen Mediziner durchgeführt werden, sind versichert. Versichert sind medizinische Notfälle aufgrund eines Unfalls, einer Katastrophe oder dem akuten Beginn oder der Verschlimmerung einer schweren unvorhersehbaren Krankheit, der bzw. die zu einer unmittelbaren Bedrohung der Gesundheit des Versicherten führt und deshalb dringende medizinische Maßnahmen erforderlich macht.

Wenden Sie sich bitte bei einem Notfall an unsere Helpline, die 24 Stunden am Tag, sieben Tage die Woche erreichbar ist:

Telefon: Englisch: + 353 1 630 1301
 Deutsch: + 353 1 630 1302

Fax: + 353 1 630 1306
E-Mail: client.services@allianzworldwidecare.com

Die aktuelle Liste der gebührenfreien Rufnummern finden Sie unter: www.allianzworldwidecare.com/toll-free-numbers.

Die gebührenfreien Rufnummern können unter Umständen nicht von Mobiltelefonen erreicht werden. Wählen Sie in diesem Fall eine der oben angegebenen Nummern.

TARIFLICHE LEISTUNGSZUSAGE

Die folgende Tabelle enthält Einzelheiten zu den Leistungen der Notfallkrankenversicherung für Geschäftsreisen. Maximale Erstattungsbeträge und spezifische Begrenzungen werden je Person, Versicherungszeitraum und Versicherungsjahr angegeben. Der Versicherungsschutz unterliegt den nachfolgend aufgeführten Erstattungsbeträgen.

Maximale Erstattungsbeträge

Höchsterstattungsbetrag in EUR (€)	€ 2.250.000
------------------------------------	-------------

Stationäre Leistungen

Unterbringung im Krankenhaus	Einbettzimmer
Verschreibungspflichtige Arzneimittel und Materialien <small>(nur bei stationärer und teilstationärer Behandlung) (verschreibungspflichtige Arzneimittel sind die Arzneimittel, die nur mit einem ärztlichen Rezept erworben werden können)</small>	Volle Erstattung
Operationskosten einschl. Kosten für Anästhesie und OP-Saal	Volle Erstattung
Kosten für Ärzte und Therapeuten <small>(nur bei stationärer und teilstationärer Behandlung)</small>	Volle Erstattung
Diagnostische Untersuchungen	Volle Erstattung

Weitere Leistungen

Teilstationäre Behandlung/Tagesklinik	Volle Erstattung
Ambulante Operationen	Volle Erstattung
Lokaler Krankentransport	Volle Erstattung

Computer (CT)- und Kernspintomografie (MRT) (stationär und ambulant)	Volle Erstattung
Positronen (PET)- und Computer-Positronenemissionstomografie (CT-PET) (stationär und ambulant)	Volle Erstattung
Medizinische Überführung ¹	Volle Erstattung
Medizinischer Rücktransport ¹	Volle Erstattung
Rücktransport im Todesfall	
- im Todesfall in Europa ¹	€ 5.000
- im Todesfall außerhalb Europas ¹	€ 20.000
Komplikationen bei Schwangerschaft (Versicherungsschutz bis Ende der 34. Schwangerschaftswoche)	Volle Erstattung

Ambulante Leistungen

Allgemeinmedizinerkosten und verschreibungspflichtige Arzneimittel (verschreibungspflichtige Arzneimittel sind die Arzneimittel, die nur mit einem ärztlichen Rezept erworben werden können)	Volle Erstattung
Facharztkosten	Volle Erstattung
Diagnostische Untersuchungen	Volle Erstattung

Leistungen im Zahntarif

Ambulante und stationäre zahnärztliche Notfallbehandlung	Volle Erstattung
--	------------------

ANMERKUNGEN

1 Vorherige Kostenzusage

In der Tariflichen Leistungszusage werden Leistungen, die eine vorherige Kostenzusage erfordern, mit einer 1 gekennzeichnet. Diese Leistungen werden auch nachfolgend aufgeführt:

- Medizinische Überführung¹
- Medizinischer Rücktransport¹
- Rücktransport im Todesfall¹

Für die oben genannten **Leistungen** muss uns ein ausgefülltes Formular zur vorherigen Kostenzusage eingereicht werden. Nach Zustimmung durch Allianz Care kann die Übernahme der Kosten für diese Leistungen garantiert werden. Das ausgefüllte Formular zur vorherigen Kostenzusage kann per E-Mail an folgende E-Mail Adresse gesandt werden:

client.services@allianzworldwidecare.com. Unsere Helpline kann im Notfall Einzelheiten zur vorherigen Kostenzusage auch telefonisch vom versicherten Mitarbeiter, von Kollegen, von einem Familienmitglied oder von einem Arzt aufnehmen.

2 Versicherte Leistungen

2.1 Diese Versicherung deckt die **akuten Notversorgungsbedürfnisse** des Versicherten (sofern durch einen Arzt angeordnet und durch einen zugelassenen Mediziner ausgeführt) ab, während dieser im Ausland geschäftlich unterwegs ist oder arbeitet (außerhalb seines Hauptaufenthalts- oder Arbeitslands). Nur Behandlungen, die innerhalb von 24 Stunden nach Eintritt des Notfallereignisses beginnen, sind versichert. Das versicherte Ereignis beginnt mit dem Notfall und endet wenn die Behandlung als Folge der Ergebnisse einer medizinischen Diagnose nicht mehr erforderlich ist oder wenn der Patient transportfähig ist.

2.2 Der Versicherungsschutz umfasst die medizinisch erforderliche Behandlung infolge einer Komplikation während einer Schwangerschaft. Versicherungsschutz besteht bis zum Ende der 34. Schwangerschaftswoche oder bei einer Mehrlingsschwangerschaft bis zum Ende der 28. Schwangerschaftswoche. Der Versicherungsschutz bezieht sich auf die Gesundheit der versicherten Mutter.

2.3 Der medizinische Rücktransport ist versichert, wenn verordnet und medizinisch erforderlich, d. h. wenn die medizinisch erforderliche Behandlung oder die benötigte Blutgruppe lokal nicht verfügbar ist. Der Versicherte kann nach Wahl in die nächstgelegene medizinische Einrichtung in das Land seines Hauptwohnsitzes oder in das Hauptarbeitsland transportiert werden, anstatt sich in der nächstgelegenen medizinischen Einrichtung behandeln zu lassen.

Beim ersten Anzeichen, dass ein Rücktransport erforderlich wird, müssen Sie Allianz Care kontaktieren. Allianz Care organisiert und koordiniert dann alle Stufen des Rücktransports bis der Versicherte zur (Weiter-)Behandlung sicher am Zielort angekommen ist. Falls der Rücktransport nicht durch Allianz Care organisiert wird, behalten wir uns das Recht vor, alle Kosten abzulehnen.

2.4 Rücktransport im Todesfall ist der Transport der sterblichen Überreste des Verstorbenen vom Aufenthaltsland in das Bestattungsland. Versichert sind unter anderem die Einbalsamierung, ein den gesetzlichen Anforderungen entsprechender Transportbehälter, die Überführungskosten und die erforderlichen behördlichen Bewilligungen. Kosten für eine Einäscherung werden nur erstattet, wenn diese aus gesetzlichen Gründen notwendig ist. Kosten, die Begleitpersonen entstehen, werden nicht erstattet. Alle im Zusammenhang mit dem Rücktransport im Todesfall erstatteten Kosten müssen vorab durch den Versicherer genehmigt werden. Zur Genehmigung benötigen wir

ein ausgefülltes Formular zur vorherigen Kostenzusage und eine offizielle Sterbeurkunde zusammen mit der schriftlichen Dokumentation eines Arztes zur Todesursache.

- 2.5 Eine medizinische Überführung wird durchgeführt, wenn die notwendige Behandlung, für die Versicherungsschutz besteht, vor Ort nicht erhältlich ist oder im Notfall keine angemessenen kontrollierten Blutkonserven vorhanden sind. Die Überführung der versicherten Person erfolgt zur nächstgelegenen geeigneten medizinischen Einrichtung (die sich nicht unbedingt im Heimat- oder Arbeitsland der versicherten Person befinden muss). Die medizinische Überführung wird in ökonomisch sinnvoller Weise unter Berücksichtigung der medizinischen Umstände durchgeführt. Der Arzt des Versicherten muss die Überführung beantragen. Bitte beachten Sie, dass eine vorherige Kostenzusage erforderlich ist.

Sofern vor Ort keine kontrollierten Blutkonserven in ausreichender Menge erhältlich sind, werden wir uns bemühen, entsprechende Blutkonserven und steriles Transfusionsbesteck zu beschaffen, wenn dies von dem behandelnden Arzt angeraten wird. Dies gilt auch für den Fall, dass unsere medizinischen Fachleute dies anraten. Allianz Care und deren Vermittler übernehmen keine Haftung für den Fall, dass diese Bemühungen erfolglos bleiben, oder wenn von der behandelnden Stelle infiziertes Blut oder Transfusionsbesteck verwendet wird.

Beim ersten Anzeichen, dass eine Überführung erforderlich wird, müssen Sie Allianz Care kontaktieren. Allianz Care organisiert und koordiniert dann alle Stufen der Überführung bis der Versicherte zur (Weiter-)Behandlung sicher am Zielort angekommen ist. Falls die Überführung nicht durch Allianz Care organisiert wird, behalten wir uns das Recht vor, alle Kosten abzulehnen.

- 2.6 In Übereinstimmung mit der Tariflichen Leistungszusage, werden für den Versicherten auch die Kosten für die folgenden Leistungen übernommen:

- 2.6.1 Stationäre Behandlung in einem Krankenhaus, einschließlich eines Aufenthalts über Nacht, nicht verschiebbare Operationen und Kosten, die als Teil oder in Folge einer Operation anfallen.
- 2.6.2 Ambulante Behandlung durch einen Arzt, einen Krankenhaustherapeuten oder Facharzt in einer Praxis oder in einem OP, wenn keine Übernachtung erforderlich ist.
- 2.6.3 Stationäre zahnärztliche Notfallbehandlung beinhaltet eine zahnärztliche Notfallbehandlung aufgrund eines schweren Unfalls, der einen Krankenhausaufenthalt erforderlich macht. Die Behandlung muss innerhalb von 24 Stunden nach Eintritt des Notfalls erfolgen. Beachten Sie bitte, dass sich dieser Versicherungsschutz nicht auf anschließend erforderliche Zahnbehandlung, Zahnchirurgie, Zahnersatz, Kieferorthopädie oder zahnärztliche Parodontalbehandlung erstreckt.

2.6.4 Ambulante zahnärztliche Notfallbehandlung ist eine Behandlung, die in einer Zahnarztpraxis oder in der Notaufnahme eines Krankenhauses erfolgt und auf die unmittelbare Beseitigung von Zahnschmerzen an einem intakten natürlichen Zahn abzielt, einschließlich Pulpotomie oder Pulpektomie und den damit einhergehenden provisorischen Füllungen, begrenzt auf drei Füllungen pro Versicherungsjahr, und/oder der Reparatur von Schäden, die durch einen Unfall verursacht wurden. Die Behandlung muss innerhalb von 24 Stunden nach Eintritt des Notfalls erfolgen. Die Notversorgung beinhaltet weder Zahnprothesen noch dauerhaften Zahnersatz oder Wurzelbehandlungen.

2.6.5 Lokaler Krankentransport im medizinischen Notfall zum nächsten verfügbaren oder angemessenen Krankenhaus, bzw. zu einer lizenzierten medizinischen Einrichtung.

2.6.6 Verschriebene medizinische Hilfsmittel, d. h. Instrumente, Apparate oder Geräte, die zum Zeitpunkt der Behandlung oder bei der Entlassung zur Unterstützung der Funktion oder Fähigkeit des Versicherten medizinisch verschrieben wurden, darunter Krücken oder Rollstühle, orthopädische Stützen/Klammern, Stoma-Verbrauchsmaterial, angemessene Kompressionsstrümpfe, sowie orthopädische Bogenstützen. Diese sind nur für Ereignisse gemäß 2.1 definiert versichert.

2.6.7 Von einem Arzt verschriebene Medikamente, einschließlich Insulin, Subkutanadeln oder Spritzen, die von einem Arzt für die Behandlung einer bestätigten Diagnose, einer vorliegenden Krankheit oder als Ersatz für lebenswichtige Körpersubstanzen verschrieben werden. Die verschreibungspflichtigen Arzneimittel müssen auf ihre klinische Wirksamkeit in Bezug auf die Erkrankung getestet und von der zuständigen Aufsichtsbehörde des jeweiligen Landes zugelassen sein.

3 Nicht versicherte Leistungen

- 3.1 Notfälle, die vor dem Startdatum oder außerhalb des bestätigten Versicherungszeitraums gemäß Unternehmensvereinbarung eingetreten sind.
- 3.2 Vorerkrankungen (einschließlich vorhandener chronischer Krankheiten) mit Ausnahme von anspruchsberechtigten, akuten Notfällen (auch Notfälle, die Folge von Vorerkrankungen oder chronischen Erkrankungen während einer Geschäftsreise auftreten).

Außerdem umfasst der Versicherungsschutz keine bereits vorhandenen und/oder chronischen Krankheiten, bei denen die Behandlung im Ausland der einzige Grund oder einer der Gründe für die Reise war, oder wenn es sehr wahrscheinlich ist, dass die Behandlung während der Reise stattgefunden hat.

- 3.3 Behandlung, die nach der Behandlung eines versicherten Ereignisses stattfinden, darunter Rehabilitation.

- 3.4 Schwangerschaft, Entbindung, darunter Komplikationen und Folgen, mit Ausnahme von Schwangerschaftskomplikationen bis zum Ende der 34. Schwangerschaftswoche oder der 28. Schwangerschaftswoche bei Mehrlingen (siehe 2.2).
- 3.5 Kosten, die bei einer regulären Schwangerschaft anfallen würden.
- 3.6 Behandlungen, wenn die Mutter gegen ärztlichen Rat reist, oder wenn Anzeichen von Schwangerschaftskomplikationen vorhanden sind.
- 3.7 Medizinische Behandlung von Neugeborenen.
- 3.8 Pflege und/oder Behandlung bei absichtlich herbeigeführten Krankheiten und selbst verursachten Verletzungen, einschließlich eines Suizidversuchs.
- 3.9 Krankheiten, Unfälle und deren Folgen, sowie Todesfälle, die in Verbindung mit Alkohol- oder Drogenmissbrauch des Versicherten stehen.
- 3.10 Behandlungen von Krankheiten oder Verletzungen, die aus einer aktiven Teilnahme an einem Krieg, Aufruhr, zivilen Unruhen, Terrorismus, kriminellen Aktivitäten oder Maßnahmen gegen ausländische Feindseligkeiten resultieren, unabhängig davon, ob ein Krieg erklärt wurde oder nicht.
- 3.11 Behandlungen von Erkrankungen oder Verletzungen, die direkt oder indirekt im Zusammenhang mit chemischer Verunreinigung, Radioaktivität, jeglichem Nuklearmaterial, inklusive der Verbrennung von Kernbrennstoffen, stehen.
- 3.12 Diagnostik und Therapie von Verletzungen, die ihren Ursprung in der Ausübung von Berufssport haben.
- 3.13 Vom Versicherten, seinem Ehepartner oder seinen Eltern oder Kindern erhaltene ärztliche Beratung, verschriebene Medikamente oder Behandlungen.
- 3.14 Behandlungen, die aufgrund eines Kunstfehlers erforderlich werden.
- 3.15 Zahnbehandlungen, Zahnchirurgie, Zahnfleischbehandlungen, Kieferorthopädie, Zahnersatz und Wurzelbehandlungen, mit der Ausnahme von ambulanten und stationären zahnärztlichen Notfallbehandlungen.
- 3.16 Verschriebene, nicht notfallbezogene medizinische Hilfsmittel.
- 3.17 Stationäre und ambulante Psychiatrie und Psychotherapie.
- 3.18 Reise- und Unterbringungskosten versicherter Familienmitglieder, die ein stationär aufgenommenes, versichertes Kind oder einen überführten/rücktransportierte Versicherten begleiten (auch Überführung der sterblichen Überreste).
- 3.19 Organtransplantationen und Ausgaben für die Organbeschaffung.
- 3.20 Palliativmedizinische Betreuung und Langzeitpflege, auch wenn diese Teil des versicherten Ereignisses sind.

4 Geltendmachung von Leistungsansprüchen

4.1 Der Versicherte, ein Arzt, einer der Angehörigen oder ein Kollege muss unsere Helpline innerhalb von 48 Stunden nach dem Ereignis über die stationäre Aufnahme informieren. Das gibt dem Versicherer die Gelegenheit, sofern möglich eine direkte Abrechnung der Kosten mit dem Krankenhaus zu vereinbaren.

4.2 Bei einer ambulanten oder zahnärztlichen Behandlung muss der Versicherte dem medizinischen Dienstleister zum Behandlungszeitpunkt die betreffenden Kosten zahlen. Anschließend kann er die Erstattung dieser Kosten beantragen, die den maximalen Erstattungsbeträgen für seinen Tarif unterliegen.

Zur Geltendmachung medizinischer Kosten stellt Ihr Unternehmen Ihnen ein **Erstattungsformular für die Reisekrankenversicherung für Geschäftsreisen** bereit. Bitte nutzen Sie dieses Formular für Ihre Forderungen und senden Sie dieses wie im Folgenden beschrieben ein:

- Lassen Sie sich von Ihrem Arzt/medizinischen Dienstleister eine Rechnung ausstellen, die Angaben zur Diagnose oder zur Erkrankung, zur Behandlungsform und zu den in Rechnung gestellten Kosten enthält.
- Füllen Sie die Abschnitte 2-5 und 8 des Erstattungsformulars für die Reisekrankenversicherung für Geschäftsreisen aus. Die Abschnitte 6 und 7 müssen ggf. vom behandelnden Arzt ausgefüllt werden, wenn die Informationen nicht bereits in der Begleitdokumentation (z. B. Quittungen oder Rechnungen) enthalten sind, die dem Formular beizulegen ist. Die Unterlagen müssen klar aussagen, dass die Forderung auf einen medizinischen Notfall zurückzuführen ist, der aus einer Erkrankung oder einem Unfall entstand. Bei einem Unfall müssen Informationen zur Ursache und zur verantwortlichen Partei (der Versicherte oder ein anderer) beigelegt werden.
- Das Erstattungsformular und zugehörige Rechnungen/Quittungen müssen vom Versicherten an den Gruppenversicherungsverantwortlichen oder entsprechend der Anweisungen auf dem Erstattungsformular direkt an uns gesandt werden. Aus Datenschutzgründen wird empfohlen, den Umschlag zu versiegeln.
- Der Gruppenversicherungsverantwortliche leitet Forderungen an unsere folgende Adresse weiter:

Allianz Care
 15 Joyce Way
 Park West Business Campus
 Nangor Road
 Dublin 12
 Irland

oder an: ERclaims@allianzworldwidecare.com

4.3 Bitte beachten Sie auch folgende wichtige Informationen:

- 4.3.1 Es ist Aufgabe des Versicherten, unterstützende Originaldokumente, von denen Kopien an uns gesandt wurden, aufzubewahren (z.B. medizinische Rechnungen), da wir uns vorbehalten, diese Dokumente und Rechnungen bis zu 12 Monate nach Leistungsauszahlung zu Prüfungszwecken anzufordern. Außerdem behalten wir uns das Recht vor, von der versicherten Person einen Zahlungsnachweis (z. B. Überweisungsbeleg oder Kreditkartenabrechnung) zu den Rechnungen/Quittungen zu verlangen. Zusätzlich empfehlen wir dem Versicherten, Kopien jeglicher Korrespondenz aufzubewahren, die er uns über den Gruppenversicherungsverantwortlichen oder direkt übermittelt hat (insbesondere Kopien von Erstattungsformularen, Kostenzusageformularen und medizinischen Rechnungen), da wir keine Haftung für Korrespondenz übernehmen, die auf dem Postweg oder anderweitig außerhalb unseres Verantwortungsbereichs verloren geht.
- 4.3.2 Nach Eingang bei uns, werden die vollständig ausgefüllten Erstattungsformulare bearbeitet und innerhalb von 48 Stunden geht eine Zahlungsanweisung an die entsprechende Bank. Wenn weitere Informationen zur Ausführung des Leistungsanspruchs benötigt werden, erhält der Versicherte und/oder der behandelnde Arzt automatisch innerhalb von 48 Stunden nach Eingang des Erstattungsformulars eine Benachrichtigung per E-Mail oder Post.
- 4.3.3 Für jede Person, die Leistungsansprüche geltend macht, und für jede Behandlung, deren Kosten erstattet werden sollen, muss ein separates Erstattungsformular ausgefüllt werden.
- 4.3.4 Alle Leistungsansprüche müssen uns spätestens 6 Monate nach Ablauf des Versicherungsjahres mit den entsprechenden Unterlagen, Rechnungen und Quittungen vorliegen, oder, wenn die Versicherung innerhalb des Jahres gekündigt wird, spätestens 6 Monate nach Ende des Versicherungsschutzes. Nach Ablauf dieses Zeitraums sind wir nicht zur Erstattung verpflichtet.
- 4.3.5 Muss der Versicherte vor einer medizinischen Behandlung eine Anzahlung leisten, so werden die Kosten nach der Behandlung zurückerstattet.
- 4.3.6 Wir leisten die Zahlungen direkt an den Versicherten. Wir behalten uns vor, das Unternehmen zu kontaktieren, um Ihre Identität, den Beschäftigungsstatus und den Zweck der Auslandsreise zu klären.
- 4.3.7 Der Versicherte muss alle von uns angeforderten Informationen bereitstellen, um die Überprüfung des versicherten Ereignisses zu ermöglichen oder unsere Entscheidung zu den Pflichten hinsichtlich der Zahlung und deren Umfang zu unterstützen. Dies umfasst auch Hinweise auf zusätzlichen Versicherungsschutz.
- 4.3.8 Der Versicherte und seine Angehörigen erklären sich damit einverstanden, uns bei der Beschaffung von Informationen zu unterstützen, die zur Regelung der Erstattungsansprüche notwendig sind. Wir sind berechtigt, zur Prüfung der Leistungspflicht in direkten Kontakt mit medizinischen Dienstleistern oder behandelnden Ärzten zu treten und Einsicht in medizinische Unterlagen von Ihnen oder Ihren Angehörigen zu nehmen. Falls wir es für notwendig erachten, können wir auf unsere Kosten eine medizinische Untersuchung durch unseren medizinischen Berater verlangen. Wir garantieren, dass wir alle Informationen streng vertraulich behandeln. Wir behalten uns vor, Leistungen einzubehalten, wenn der Versicherte oder dessen Angehörige/Begünstigte diese Pflichten nicht erfüllt bzw. erfüllen.
- 4.3.9 Ist eine Forderung betrügerisch oder gefälscht, oder haben die Versicherten oder deren Angehörige (oder Dritte, die im Auftrag der Versicherten handeln) betrügerische Mittel angewandt, um Leistungen aus diesem Versicherungsvertrag unberechtigt in Anspruch zu nehmen, besteht kein Leistungsanspruch. Wenn bereits vor Bekanntwerden der betrügerischen Handlungen oder Auslassungen Leistungserstattungen erfolgten, sind diese an uns zurückzuerstatten.
- 4.3.10 Der Versicherungsschutz endet mit dem Ende der Unternehmensvereinbarung (gleich, aus welchem Grund).
- 4.3.11 Sollte der Versicherte oder versicherte Angehörige Ansprüche aus einer gesetzlichen Krankenversicherung, anderen Versicherungen oder anderer Dritter hinsichtlich eines bei uns eingereichten Leistungsanspruchs haben, behalten wir uns das Recht vor, die Erstattung der Leistungen abzulehnen. Sollte die versicherte Person auf Leistungen einer anderen Versicherung, einer gesetzlichen Krankenversicherung oder aus anderen Versicherungspolice Ansprüche haben, muss sie uns darüber informieren und uns alle notwendigen Informationen mitteilen. Die versicherte Person und Dritte dürfen ohne unser vorheriges schriftliches Einverständnis weder eine Schlussabrechnung vereinbaren noch auf unser Recht auf Rückforderung von Auslagen verzichten. Anderenfalls steht uns das Recht zu, die an die versicherte Person ausbezahlten Beträge zurückzufordern und den Versicherungsvertrag zu kündigen. Wir sind berechtigt, im Namen der

versicherten Person, jedoch auf unsere Kosten, gerichtliche Schritte einzuleiten, um von uns bezahlte Beträge aus einer anderweitig bestehenden Police, eines öffentlichen Gesundheitssystems oder anderer Dritter zurückzufordern. Wir werden keine Beträge, weder ganz noch teilweise, an andere Versicherer leisten, wenn eine Leistung dieser Versicherung, ganz oder teilweise, auch im Rahmen einer anderen Versicherung abgedeckt ist, außer es handelt sich um einen übersteigenden Betrag, der über den versicherten Betrag hinausgeht, der durch die andere Versicherung versichert gewesen wäre, wäre diese Versicherung nicht betroffen gewesen.

4.3.12 Falls wir Kontakt mit dem Versicherten bezüglich eines versicherten Angehörigen aufnehmen müssen (z. B. falls wir eine E-Mail Adresse eines erwachsenen Angehörigen anfragen müssen), wird der Versicherte, der im Namen des Angehörigen handelt, von uns kontaktiert und darum gebeten, die entsprechende Information (vorausgesetzt es handelt sich um nicht sensible medizinische Informationen in Bezug auf Angehörige) bereitzustellen. Ebenso werden alle nicht sensiblen medizinischen Informationen jeglicher im Rahmen der Police versicherten Personen, die die Bearbeitung von Leistungsanträgen aller versicherten Angehörigen betreffen, direkt an den Versicherten geschickt.

4.3.13 Sollte ein Versicherungsereignis eintreten, für welches Erstattungen zu leisten sind und dauert das Ereignis auch nach Ablauf des Versicherungsschutzes an, werden die Kosten weiterhin übernommen. Dies ist nur dann der Fall, wenn die Person nachweislich nicht reisefähig ist. Die Kostenübernahme gilt nur bis zum Zeitpunkt der Reisefähigkeit, maximal vier Wochen nach Ende des Versicherungsschutzes.

4.3.14 Bei Fragen zu Ihrem Versicherungsvertrag wenden Sie sich bitte an Ihren Arbeitgeber.

5 Beschwerden

Wenn Sie Anregungen oder Beschwerden haben, rufen Sie bitte immer zuerst die Helpline von Allianz Care (+ 353 1 630 1302) an. Wenn wir das Problem nicht am Telefon lösen konnten, schreiben Sie uns bitte eine E-Mail oder einen Brief an die folgende Adresse:

 client.services@allianzworldwidedcare.com

Adresse: Customer Advocacy Team, Allianz Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irland

Wir werden Ihre Beschwerde nach unserem internen Beschwerdemanagement Prozess handhaben, der hier detailliert beschrieben wird:

 www.allianzworldwidedcare.com/complaints-procedure

Sie können sich außerdem an unsere Helpline wenden, die Ihnen gerne eine Kopie unseres Prozesses zukommen lässt.

6 Datenschutz

Unser Datenschutzhinweis erklärt, wie wir Ihre Privatsphäre schützen. Dies ist eine wichtige Information, die erklärt, wie Ihre persönlichen Daten verwendet werden. Sie sollten diese Information lesen, bevor Sie Ihre persönlichen Daten an uns übermitteln. Um unseren Datenschutzhinweis zu lesen, gehen Sie auf:

 <https://www.allianzworldwidedcare.com/de/datenschutz/>

Alternativ können Sie uns auch unter der Telefonnummer + 353 1 630 1302 anrufen und eine Kopie unseres Datenschutzhinweises anfragen. Falls Sie Fragen dazu haben, wie Ihre persönlichen Daten verwendet werden, können Sie uns auch gerne per E-Mail kontaktieren:

 AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

7 Geltendes Recht

Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht, sofern nicht anders aufgrund zwingender gesetzlicher Vorschriften vorgeschrieben. Sämtliche Streitfälle, die nicht auf andere Weise beigelegt werden können, werden vor ein Gericht in Deutschland gebracht.



8 Wirtschaftssanktionen

Diese Police kann weder eine Leistung zahlen noch erbringen, deren Zahlung oder Bereitstellung einer Sanktion, einem Verbot oder einer Beschränkung im Rahmen der Resolutionen der Vereinten Nationen oder den Handels- oder Wirtschaftssanktionen, Gesetzen oder Vorschriften von der Europäischen Union oder den Vereinigten Staaten von Amerika widerspricht.

9 Definitionen

- 9.1 **Unternehmen:** Arbeitgeber, dessen Name in der Unternehmensvereinbarung genannt ist.
- 9.2 **Unternehmensvereinbarung:** Unsere Vereinbarung mit dem Arbeitgeber des Versicherten. Die Vereinbarung regelt, wer versicherbar ist, wann der Versicherungsschutz beginnt, wie er erneuert wird und wie die Beiträge bezahlt werden.
- 9.3 Der **Gruppenversicherungsverantwortliche** ist der ernannte Vertreter des Unternehmens, der als Hauptansprechpartner zwischen dem Unternehmen und uns bei allen Fragen im Zusammenhang mit der Gruppentarifverwaltung fungiert, wie Anmeldung, Einzug von Beiträgen und Verlängerung.
- 9.4 **Versicherungsjahr:** Beginnt mit dem in der Unternehmensvereinbarung genannten Versicherungsbeginn und endet mit Ablauf der Unternehmensvereinbarung. Das nächste Versicherungsjahr fällt mit dem in der Unternehmensvereinbarung festgelegten Vertragsjahr zusammen.

9.5 **Medizinische Notwendigkeit:** Umfasst medizinische Leistungen oder Versorgungen, die als medizinisch notwendig und angemessen erachtet werden, wenn:

- sie erforderlich sind, um den Zustand, die Erkrankung oder Verletzung eines Patienten zu diagnostizieren oder zu behandeln;
- die Beschwerden, die Diagnose und die Behandlung mit der zugrunde liegenden Erkrankung übereinstimmen;
- sie der allgemein anerkannten medizinischen Praxis und den professionellen Standards der medizinischen Versorgung, die in der Medizin zu diesem Zeitpunkt vorherrschend sind, entsprechen;
- sie nicht aus Gründen der Bequemlichkeit oder des persönlichen Vorteils für den Patienten und/oder den behandelnden Arzt durchgeführt werden;
- sie nachgewiesenen medizinischen Wert haben;
- sie die angemessenste Art und Stufe der medizinischen Versorgung darstellen;
- sie in einer geeigneten Einrichtung/Umgebung und auf einem dem Krankheitszustand entsprechenden Versorgungsniveau erbracht werden;
- sie nur über einen angemessenen Behandlungszeitraum hinweg erbracht werden.

Der in dieser Definition benutzte Begriff „angemessen“ bezieht sich gleichermaßen auf Patientensicherheit und effizientes Kosten-Nutzen-Verhältnis. Wenn diese Definition im Zusammenhang mit einer stationären Behandlung steht, so bedeutet „medizinische Notwendigkeit“, dass die Diagnose und/oder Behandlung unter Berücksichtigung der Patientensicherheit und des medizinischen Qualitätsstandards nicht im ambulanten Bereich erfolgen kann.

KARTE MIT KONTAKTINFORMATIONEN

Sie können die folgende Karte mit den wichtigsten Versicherungs- und Kontaktdetails ausschneiden und mit sich führen.



Allianz  Care

Kranken- und Zahnversicherung für Notfälle

Gruppenname:
Gruppennummer:
Versicherungsnummer:

Services für Versicherte und Notfälle

24/7 Helpline: + 353 1 630 1302
E-Mail: client.services@allianzworldwidecare.com
www.allianzworldwidecare.com

Krankenhäuser und Ärzte in den USA: Zur Bestätigung der Anspruchsberechtigung rufen Sie Olympus unter der folgenden Telefonnummer an: 1 800 541 1983

Diese Karte garantiert keine Leistungserstattung