



# Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Tarif GLOBALITY

LEITFADEN FÜR DEN VERSICHERTEN UND LEITFADEN DER ASSISTANCE

# Inhalt

- Leitfaden für den Versicherten**
- 6**     **1. Worauf haben Sie als Erstes zu achten?**
- 1.1 Wer gehört zum versicherbaren bzw. mitversicherbaren Personenkreis?
- 1.2 Wie erfolgt der Beitritt zum Gruppenversicherungsvertrag?
- 6-7**    **2. Wie gestaltet sich Ihr Versicherungsschutz?**
- 2.1 Was umfasst der Versicherungsschutz?
- 2.2 Was ist ein Versicherungsfall?
- 2.3 Wo gilt der Versicherungsschutz?
- 2.4 Wann beginnt der Versicherungsschutz?
- 2.5 Was ist ein Versicherungsjahr?
- 7**     **3. Was ist versichert, wenn etwas passiert? Unsere tariflichen Leistungen auf einen Blick**
- 8-16**   **4. Welchen Leistungsumfang bietet unser Tarif GLOBALITY?**
- 4.1 Die stationäre Heilbehandlung der Tarifstufen GLOBALITY Stationär Plus und GLOBALITY Vollschutz
- 4.2 Die ambulante Heilbehandlung der Tarifstufe GLOBALITY Vollschutz
- 4.3 Die zahnärztliche Heilbehandlung der Tarifstufe GLOBALITY Vollschutz
- 4.4 Welche Selbstbeteiligungen sind in der Tarifstufe GLOBALITY Vollschutz möglich?
- 4.5 Wann werden die Höchstbeträge und Pauschalen verdoppelt?
- 4.6 Welche weiteren Leistungsvoraussetzungen gibt es?
- 4.6.1 Welche Grundsätze sind bei stationärer, ambulanter und zahnärztlicher Heilbehandlung zu beachten?
- 4.6.2 Welche Voraussetzungen sind im Rahmen der medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung nach Nr. 4.1 zu beachten?
- 4.6.3 Welche Voraussetzungen sind im Rahmen ambulanter Heilbehandlung nach Nr. 4.2 zu beachten?
- 4.6.4 Welche Voraussetzungen sind im Rahmen zahnärztlicher Heilbehandlung nach Nr. 4.3 zu beachten?
- 17-19**   **5. Wann ist unsere Leistungspflicht eingeschränkt?**
- 5.1 Wann erhalten Sie bzw. die Mitversicherten keine Leistungen?
- 5.2 Welche weiteren Einschränkungen unserer Leistungspflicht gibt es?
- 19-21**   **6. Wie wickeln Sie einen Versicherungsfall mit uns ab?**
- 6.1 Über welchen Anspruch auf Versicherungsleistungen verfügen Sie?
- 6.2 Was ist im Schadenfall zu tun?
- 6.3 Was müssen die Kostenbelege enthalten?
- 6.4 Wie erfolgt die Erstattung Ihrer Aufwendungen?
- 6.5 In welcher Währung werden Ihre Aufwendungen abgerechnet?
- 6.6 Wie können Sie Kontakt mit unserem Service aufnehmen?
- 21**     **7. Welche sind Ihre Obliegenheiten?**
- 7.1 Ihre Obliegenheiten
- 7.2 Mit welchen Rechtsfolgen ist zu rechnen, wenn gegen die vorgenannten Pflichten verstoßen wird?

21	<b>8. Welche Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen sind bei Ansprüchen gegen Dritte zu beachten?</b>	25	<b>16. Was können Sie tun, wenn Sie mit uns nicht zufrieden sind?</b> 16.1 Sagen Sie uns Ihre Meinung 16.2 Sie können sich auch an die Aufsichtsbehörde wenden 16.3 Gerichtsstand
22	<b>9. Wann sind Aufrechnungen möglich?</b>		
22	<b>10. Wie erfolgt die Beitragszahlung/Beitragsberechnung?</b> 10.1 Beitragszahlung 10.2 Beitragsberechnung	26 27	<b>Leitfaden Assistance</b> <b>1. Hilfe und Unterstützung durch unsere Assistance-/Serviceleistungen</b>
22-23	<b>11. Können wir die Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Tarifs GLOBALITY ändern?</b>	28-31	<b>2. Welche Assistance-/Serviceleistungen beinhaltet der Tarif GLOBALITY?</b> 2.1 Welche Assistance-/Serviceleistungen im Rahmen der Tarifstufen GLOBALITY Stationär Plus und GLOBALITY Vollschutz bieten wir ? 2.2 Welche zusätzlichen Assistance-/Serviceleistungen im Rahmen der Tarifstufe GLOBALITY Vollschutz bieten wir? 2.3 Erläuterung der unter den Nrn. 2.1 und 2.2 genannten Assistance-/Serviceleistungen
23	<b>12. Wann enden die Versicherungen?</b>		
24	<b>13. Wann endet der Versicherungsschutz?</b>		
24	<b>14. Was ist bei der Versicherung von Neugeborenen zu beachten?</b>		
24	<b>15. Weitere Informationen</b> 15.1 Was gilt für Willenserklärungen und Anzeigen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen? 15.2 Sie sind umgezogen? Sie haben, z. B. durch Heirat, einen neuen Namen angenommen? 15.3 Ihre Bankverbindung hat sich geändert? 15.4 Ihre Kreditkartendaten haben sich geändert? 15.5 Sie sind oft unterwegs?	32-35 36-38 39-40	<b>Glossar</b> Erläuterung verwendeter Begriffe im Sinne des Tarifs GLOBALITY  <b>Medizinisches Glossar</b> Erläuterung verwendeter Begriffe im Sinne des Tarifs GLOBALITY  <b>Verbraucherinformationen</b>

# Leitfaden für den Versicherten

## Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankenversicherung nach Tarif GLOBALITY

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Tarifs GLOBALITY bestehen aus dem Leitfaden für den Versicherten sowie dem Leitfaden der Assistance.

Im Nachfolgenden sind Sie angesprochen und zwar als

- a) Versicherter, für den Ihr Versicherungsnehmer (Ihr Arbeitgeber, Ihr Interessenverband, Ihre Organisation, oder eine durch die Zuvorgenannten bevollmächtigte Gesellschaft oder Person, z. B. ein Makler) einen Versicherungsvertrag mit uns geschlossen hat und
- b) unser Ansprechpartner, wenn es um Ihren mitreisenden Ehepartner oder Lebenspartner und Ihre mitreisenden Kinder geht (das sind die sogenannten Mitversicherten).

Dieser Leitfaden informiert Sie über alle Rechte (insbesondere den Leistungsumfang) und Pflichten (z. B. „Was ist zu tun im Schadenfall?“, Beitragszahlung) aus dem Versicherungsvertrag. Er enthält darüber hinaus wichtige Informationen wie zur Leistungserstattung, zum Ende der Versicherung und zur Fortführung der Versicherung. Bitte lesen Sie den Leitfaden in Ihrem eigenen Interesse sorgfältig durch.

Wir freuen uns auf eine harmonische und partnerschaftliche Vertragszeit mit Ihnen.

## Haben Sie Fragen zu Ihrem Versicherungsschutz? Wenden Sie sich an Ihren Versicherungsnehmer – oder an uns.

Wir sind rund um die Uhr für Sie da, auf der ganzen Welt:

**DKV Deutsche Krankenversicherung AG**  
**Abteilung Internationale Krankenversicherung**  
**Firmen**  
**Aachener Str. 300**  
**D-50933 Köln**

**Telefon:** +49 / 2 21 / 5 78 22 99

**Telefax:** +49 / 2 21 / 5 78 41 10

**E-Mail:** [globality@dkv.com](mailto:globality@dkv.com)

**Internet:** [www.globality.dkv.com](http://www.globality.dkv.com)

### Erste Informationen: Ihre Versicherungsunterlagen

Innerhalb des Gruppenversicherungsvertrages ist Ihr Versicherungsnehmer (als unser Vertragspartner) dafür zuständig, Sie über die wesentlichen Bestimmungen des Vertrages zu unterrichten. Hierzu soll insbesondere dieser Leitfaden dienen, der alle wesentlichen Rechte und Pflichten aus dem Vertrag dokumentiert. Sie erhalten ein Exemplar dieses Leitfadens, einen Leitfaden der Assistance, eine Abschrift des Gruppenversicherungsvertrages, die Verbraucherinformationen und Ihren Versicherungsausweis.

### Besonderheiten Ihres Versicherungsschutzes nach DKV-Standard

Mit der bei uns vereinbarten Krankenversicherung haben Sie sich für Qualität und Sicherheit entschieden. Für das uns entgegengebrachte Vertrauen danken wir Ihnen. Auf einen Blick wollen wir Ihnen einige der Vorteile aufzeigen, die den besonderen DKV-Standard im internationalen Vergleich ausmachen:

- **Umfassender Versicherungsschutz, nur in wenigen Fällen auf das Jahr begrenzte Erstattungsbeträge**  
Wir gewähren Ihnen innerhalb des beschriebenen Umfangs Versicherungsschutz. Eine summen- oder mengenmäßige Begrenzung der Versicherungsleistungen ist nur für besondere Leistungen, wie z. B. Sehhilfen, ambulante Psychotherapie oder Zahnersatz, vorgesehen.
- **Leistungen auch bei Schwangerschaft und Entbindung**
- **unbefristete Versicherung(en) während Ihres vorübergehenden Auslandsaufenthaltes**
- **Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten im Rahmen der Tarifstufe GLOBALITY Vollschutz**
- **ein breites Spektrum an Assistance- und Serviceleistungen**

### Kurze Anleitung zum Handling der nachfolgenden Bestimmungen

„**Fett kursiv**“ gedruckte Wörter:

Das Glossar am Ende dieser Seiten definiert die Bedeutung bestimmter von uns verwendeter medizinischer und versicherungstechnischer Wörter und Begriffe im Sinne des Tarifs GLOBALITY. Wenn Sie also im Verlauf des Textes Wörter finden, die in „fett kursiv“ gedruckt sind, sollten Sie deren genaue Bedeutung im Glossar nachsehen.

### Symbole

Symbole sollen Ihnen die Orientierung in unserem Leitfaden erleichtern und helfen, Sachverhalte verständlicher darzustellen. Folgende Symbole haben wir verwendet:

- ✓ Das ist versichert, d. h. die erstattungsfähigen Aufwendungen übernehmen wir zu 100 Prozent
- 🔔 **Achtung: Leistungsbegrenzung!!**  
Es gelten die im Tarif genannten Höchstbeträge, Höchstleistungsdauern und Pauschalen sowie vorherige schriftliche Leistungszusagen oder andere aufgeführte Begrenzungen
- 📖 Bitte beachten Sie die rechtlichen Bestimmungen (s. Verbraucherinformationen)
- ☎ Hier wird Ihnen telefonisch geholfen
- @/✉ Bitte schreiben Sie uns!
- ✍ Checkliste

## 1. Worauf haben Sie als Erstes zu achten?

### 1.1 Wer gehört zum versicherbaren bzw. mitversicherbaren Personenkreis?

- a) Versicherbar sind alle Mitarbeiter bzw. Mitglieder des **Versicherungsnehmers**, seiner Tochterunternehmen und Beteiligungsgesellschaften, Mitarbeiter von Organisationen bzw. Mitglieder von Verbänden, die sich in dessen/deren Auftrag bzw. zur Ausübung einer beruflichen Tätigkeit vorübergehend für mindestens 12 Monate im Ausland aufhalten. Mitversicherbar sind mitreisende Ehepartner oder Lebenspartner und Kinder. Sofern kein mit dem Tarif GLOBALITY vergleichbarer Versicherungsschutz besteht, müssen diese Personen mitversichert werden.
- b) Für Mitarbeiter, die vorübergehend nach Deutschland entsandt/versetzt werden, bzw. für Mitglieder/Mitarbeiter von Verbänden und Organisationen, die sich zwecks Ausübung einer beruflichen Tätigkeit vorübergehend in Deutschland aufhalten, gilt Nr. 1.1 a) entsprechend, soweit die Aufenthaltsdauer in Deutschland kürzer als 5 Jahre bzw. 60 Monate ist.

### 1.2 Wie erfolgt der Beitritt zum Gruppenversicherungsvertrag?

Der Beitritt zum Gruppenversicherungsvertrag erfolgt für Sie mittels einer sogenannten Beitrittserklärung, mit der Sie auch die Mitversicherung des Ehepartners oder Lebenspartners und der Kinder beantragen können. Entsprechende Vordrucke erhalten Sie von Ihrem Versicherungsnehmer oder auch von uns.

Sind in der Beitrittserklärung auch Fragen zum Gesundheitszustand und zu **Vorerkrankungen** gestellt, so müssen diese ausführlich beantwortet werden. Die Beitrittserklärung ist in einem verschlossenen Umschlag Ihrem Versicherungsnehmer zu übergeben und von diesem an uns weiterzuleiten. Weitere Hinweise, insbesondere zu den Folgen bei Verletzung dieser vor Abschluss des Vertrages zu erfüllenden Pflichten, enthält die Beitrittserklärung.

## 2. Wie gestaltet sich Ihr Versicherungsschutz?

### 2.1 Was umfasst der Versicherungsschutz?

Wir bieten Versicherungsschutz für in der **Zielregion** eintretende Krankheiten, Unfälle und andere in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannten Ereignisse. Im Versicherungsfall gewähren wir dabei Ersatz von Aufwendungen für medizinisch notwendige **Heilbehandlung** und sonstige vereinbarte Leistungen.

Wir übernehmen für alle versicherbaren bzw. mitversicherbaren Personen, für die uns eine ordnungsgemäß ausgefüllte Beitrittserklärung vorliegt, Versicherungsschutz.

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Gruppenversicherungsvertrag, dem Versicherungsausweis, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

### 2.2 Was ist ein Versicherungsfall?

Der Versicherungsfall ist Ihre medizinisch notwendige Heilbehandlung bzw. die der **Mitversicherten** wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

Soweit die vereinbarte **Tarifstufe** Erstattungsleistungen hierfür vorsieht, gelten als Versicherungsfall auch:

- Ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten
- Untersuchungen und medizinisch notwendige Behandlungen wegen Schwangerschaft und Entbindung
- Aufwendungen für den Krankenhausaufenthalt des gesunden Säuglings nach der Entbindung im Falle der Versicherung gemäß Nr. 14
- Ihr bzw. der Tod eines Mitversicherten

### 2.3 Wo gilt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz gilt in folgenden Zielregionen:

- Zielregion I** = Weltweit mit USA  
**Zielregion II** = Weltweit ohne USA

Wurde für Sie bzw. die Mitversicherten Versicherungsschutz für die „Zielregion II = Weltweit ohne USA“ vereinbart, so gelten folgende Besonderheiten: Bei vorübergehender Ausreise (d. h. für maximal 6 Wochen) aus dem **Aufenthaltsland** gewähren wir Versicherungsschutz für medizinische **Notfälle**, Unfallfolgen sowie bei Tod auch in der Zielregion I. Unter Notfall verstehen wir den plötzlichen, akuten Eintritt einer Krankheit oder die akute Verschlechterung des Gesundheitszustandes, welche eine unmittelbare Bedrohung Ihrer Gesundheit oder die der betroffenen Mitversicherten darstellt. Reisen zum Zwecke einer Heilbehandlung in die Zielregion I sind nicht versichert.

Ein dauerhafter Wechsel der Zielregion ist uns unverzüglich durch den Versicherungsnehmer anzuzeigen; dieser kann sich auf die Beitragsstruktur auswirken (s. Nr. 10.2).

#### 2.4 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Für Sie und die Mitversicherten beginnt der Versicherungsschutz mit dem 1. Tag Ihrer **Entsendung/Versetzung** ins Ausland (= der 1. Tag, an dem Sie das Ausreiseland verlassen und sich ins Ausland begeben, um die Entsendung/Versetzung anzutreten = **Versicherungsbeginn**), jedoch nicht vor Beginn des mit Ihrem Versicherungsnehmer geschlossenen Gruppenversicherungsvertrages sowie nicht vor dem Zugang der Beitrittserklärung bzw. des Antrages auf Mitversicherung bei uns. Sofern die Mitversicherten erst später ins Ausland nachziehen, beginnt deren Versicherungsschutz jeweils mit deren Abreise aus dem **Ausreiseland**.

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn fällt.

Bei Vertragsänderungen gelten die in diesem Absatz beschriebenen Regelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

#### 2.5 Was ist ein Versicherungsjahr?

Für die einzelnen Versicherungen aus dem Gruppenversicherungsvertrag endet das Versicherungsjahr mit dem Ende des 12. Monats nach Versicherungsbeginn.

## 3. Was ist versichert, wenn etwas passiert?

### Unsere tariflichen Leistungen auf einem Blick:

Der **Tarif GLOBALITY** besteht aus den **Tarifstufen GLOBALITY Stationär Plus** und **GLOBALITY Vollschutz**.

Nach der Tarifstufe **GLOBALITY Stationär Plus** leisten wir im Wesentlichen für:

- Aufwendungen im Rahmen einer stationären Behandlung
- Transportkosten zum Krankenhaus
- Aufwendungen für **stationersetzende ambulante Operationen**
- Ambulante Entbindung (Pauschale)
- Aufwendungen für vor- und nachstationäre Behandlung
- Aufwendungen für stationäre Anschlussrehabilitation
- Ersatzleistungen für die Nichtinanspruchnahme bestimmter Leistungen im Krankenhaus
- Assistance-Leistungen

Nach der Tarifstufe **GLOBALITY Vollschutz** leisten wir im Wesentlichen für:

- Die kompletten Leistungen der Tarifstufe GLOBALITY Stationär Plus
- Den Ersatz von Aufwendungen für **ambulante** Heilbehandlung
- Den Ersatz von Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen
- Den Ersatz von Aufwendungen für **zahnärztliche** Heilbehandlung
- Erweiterte Assistance-Leistungen

Die Tarifstufe **GLOBALITY Vollschutz** ist damit eine umfassende Krankheitskostenvollversicherung.

In den nachfolgenden Tabellen (s. Nrn. 4.1 bis 4.3) sind die Versicherungsleistungen bezogen auf die jeweilige Tarifstufe im Einzelnen dargestellt. Die einzelnen Assistance-Leistungen können Sie dem beiliegenden Leitfaden der Assistance entnehmen. Beachten Sie dabei, dass sich, sofern für Sie und den Mitversicherten Versicherungsschutz nach der Zielregion I vereinbart wurde, die im Leistungsumfang unter den Nrn. 4.1 bis 4.3 genannten Euro-Höchstbeträge und Pauschalen verdoppeln (s. Nr. 4.5)

## 4. Welchen Leistungsumfang bietet unser Tarif GLOBALITY?

### 4.1 Die stationäre Heilbehandlung der Tarifstufen GLOBALITY Stationär Plus und GLOBALITY Vollschutz

inklusive der gem. den Nrn. 4.1. f), k), s) und u) aufgeführten Leistungen im Rahmen einer ambulanten Heilbehandlung

#### LEISTUNGSUMFANG

Erstattungsfähig im Rahmen oder anstelle eines medizinisch notwendigen stationären Aufenthaltes sind Aufwendungen für:	GLOBALITY Stationär Plus	GLOBALITY Vollschutz
a) Allgemeine Krankenhausgrundleistungen (Unterkunft und Verpflegung), s. Nr. 4.6.2	✓	✓
b) Gesondert berechenbarer Zuschlag für Unterkunft im Zwei- oder Einbettzimmer	✓	✓
c) Ärztliche Leistungen inklusive Diagnostik, Therapie, Röntgen und Computertomographie im Rahmen einer stationären Heilbehandlung, s. Nr. 4.6.2	✓	✓
d) Krankenpflege durch Pflegefachkräfte nach Anweisung eines Arztes im Rahmen einer stationären Heilbehandlung	✓	✓
e) Sonstige Nebenkosten im Rahmen einer stationären Heilbehandlung, s. Nr. 4.6.2	✓	✓
f) Operationen (inkl. stationsersetzende ambulante Operationen), s. Nr. 4.6.2	✓	✓
g) Arznei- und Verbandmittel im Rahmen einer stationären Heilbehandlung, s. Nr. 4.6.2	✓	✓
h) Heilmittel/Physiotherapie, wie Krankengymnastik und Massagen, im Rahmen einer stationären Heilbehandlung, s. Nr. 4.6.2	✓	✓
i) Hilfsmittel im Sinne dieses Tarifs, wie Herzschrittmacher, Kunstglieder/Prothesen (ausgenommen Zahnprothesen), im Rahmen einer stationären Heilbehandlung, s. Nr. 4.6.2	✓	✓
j) Ärztliche Leistungen bei Schwangerschaft und Entbindung, Leistungen einer Hebamme bzw. eines Entbindungspflegers im Krankenhaus, mit Ausnahme von Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft, s. Nrn. 4.6.2 und 5.1	✓	✓
k) Ambulante Entbindung, s. Nr. 4.6.2, ohne Kostennachweis und mit Vorlage der Geburtsurkunde zahlen wir eine Pauschale von 500 EUR je Neugeborenem	 Pauschale von 500 EUR	 Pauschale von 500 EUR

l) <b>Chemotherapie, Arzneimittel und ärztliche Leistungen der Onkologie</b> (z. B. bei einer Krebserkrankung) <b>im Rahmen einer stationären Heilbehandlung</b>	✓	✓
m) <b>Transportkosten</b> zum und vom nächsterreichbaren geeigneten Krankenhaus durch anerkannte Rettungsdienste in der Situation angemessenen Transportmitteln	✓	✓
n) <b>Knochenmark- bzw. Organtransplantation im Rahmen einer stationären Heilbehandlung</b> , s. Nr. 4.6.2	✓	✓
o) <b>Stationäre Psychotherapie</b> , für stationäre Psychotherapie leisten wir nur dann, wenn und soweit wir vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Zusage gegeben haben, s. Nr. 4.6.2	🔔	🔔
p) <b>Mitaufnahme eines Elternteils bei stationärer Behandlung von Kindern</b> bis Alter 18, s. Nr. 4.6.2	✓	✓
q) <b>Häusliche Krankenpflege und hauswirtschaftliche Versorgung</b> bis zu einer Dauer von insgesamt 14 Tagen, s. Nr. 4.6.2	🔔	🔔
r) <b>Ersatz-Krankenhaustagegeld</b> von pauschal 100 EUR pro Tag, für durchgeführte ganztägige (24-stündige) med. notwendige und ärztlich angeordnete stationäre Behandlungen, für die keine Kostenerstattung bei uns beansprucht wurde, s. Nr. 6.3 b)	✓	✓
s) <b>Bis zu zwei Monate vorstationäre bzw. bis zu sechs Monate nachstationäre Heilbehandlung</b> , s. Nr. 4.6.2	✓	✓
t) <b>Stationäre Anschlussrehabilitation</b> , s. Nr. 4.6.2, die erstattungsfähigen Aufwendungen übernehmen wir für eine Dauer von insgesamt bis zu 21 Tagen pro Versicherungsjahr	🔔	🔔
u) <b>Weiterführende ambulante Heilbehandlung bestimmter schwerer Krankheiten („Critical Illness“)</b> im Sinne des Tarifs GLOBALITY im Anschluss an einen stationären Krankenhausaufenthalt, für den wir Leistungen übernommen haben, s. Nr. 4.6.2	🔔	🔔

**Die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus den obigen Ausführungen ergeben, ersetzen wir zu 100 Prozent, sofern sich aus unseren Ausführungen unter Nrn. 4.6.1 sowie 4.6.2 (bei Nr. 4.1 u) auch aus den Nrn. 4.2 und 4.6.3) und dem Glossar nicht etwas anderes ergibt. Pauschalen und Höchstleistungsdauern gelten pro Versichertem bzw. Mitversichertem und pro Versicherungsjahr.**

## 4.2 Die ambulante Heilbehandlung der Tarifstufe GLOBALITY Vollschutz

Beachten Sie: die Tarifstufe GLOBALITY Stationär Plus sieht für die nachfolgenden Leistungen keine Erstattung vor!

### LEISTUNGSUMFANG

Erstattungsfähig sind Aufwendungen im Rahmen ambulanter Heilbehandlung für:	GLOBALITY Vollschutz
<p>a) <b>Ärztliche Leistungen</b> (bei freier Arztwahl), s. Nrn. 4.6.1 und 4.6.3 einschließlich ärztlicher Leistungen für</p> <p>aa) Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zur Früherkennung von Krebserkrankungen</li> <li>- zur Früherkennung von Herz- und Kreislauferkrankungen, Nierenerkrankungen und Zuckerkrankheit</li> <li>- zur Sicherung der normalen körperlichen und geistigen Entwicklung des Kindes.</li> </ul> <p>An den erstattungsfähigen Aufwendungen der unter aa) aufgeführten Leistungen beteiligen wir uns pro Versicherungsjahr mit insgesamt bis zu 250 EUR.</p> <p>ab) Schutzimpfungen aller Art inklusive der Impfstoffe sowie <b>Prophylaxemaßnahmen</b>, soweit diese für das jeweilige Aufenthaltsland empfohlen sind, s. Nr. 4.6.3</p> <p>ac) Schwangerschaft inklusive Vorsorgeuntersuchungen, Entbindung, Hebamme und Entbindungspfleger</p>	<p>✓</p> <p> bis zu 250 EUR</p> <p>✓</p> <p>✓</p>
<p>b) Akupunktur (Nadeltechnik), Homöopathie, Osteopathie und Chiropraktik einschließlich Arznei- und Verbandmittel, s. Nr. 4.6.3. An den erstattungsfähigen Aufwendungen beteiligen wir uns pro Versicherungsjahr mit insgesamt bis zu 1.000 EUR.</p>	<p> bis zu 1.000 EUR</p>
<p>c) <b>Leistungen des Logopäden bzw. Sprachheiltherapeuten</b>, sofern wir Ihnen vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Leistungszusage gegeben haben, s. Nr. 4.6.3</p>	<p></p>
<p>d) <b>Ambulante Psychotherapie</b>, Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für bis zu 20 Sitzungen pro Versicherungsjahr, sofern wir Ihnen vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Leistungszusage gegeben haben, s. Nr. 4.6.3</p>	<p></p>
<p>e) <b>Arznei- und Verbandmittel</b>, s. Nr. 4.6.3</p>	<p>✓</p>
<p>f) <b>Heilmittel/Physiotherapie</b>, wie Krankengymnastik und Massagen, s. Nr. 4.6.3</p>	<p>✓</p>
<p>g) <b>Hilfsmittel im Sinne des Tarifs GLOBALITY</b>, wie Einlagen zur Fußkorrektur und Bandagen, s. Nr. 4.6.3 Aufwendungen für Sehhilfen sind bis zu 200 EUR innerhalb von 24 Monaten erstattungsfähig.</p>	<p></p>
<p>h) <b>Transport zum nächsterreichbaren Arzt oder Krankenhaus</b> zur Erstversorgung nach einem Unfall oder Notfall durch anerkannte Rettungsdienste in der Situation angemessenen Transportmitteln</p>	<p>✓</p>

**Die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus den obigen Ausführungen ergeben, ersetzen wir zu 100 Prozent, sofern sich aus unseren Ausführungen unter Nrn. 4.6.1 und 4.6.3 sowie dem Glossar nicht etwas anderes ergibt. Höchstbeträge und Höchstleistungsdauern gelten pro Versichertem bzw. Mitversichertem und pro Versicherungsjahr (Ausnahme s. Nr. 4.2 g)).**

Wurde für Sie bzw. einen Mitversicherten eine **Selbstbeteiligung** vereinbart? Wenn ja, kann sich unsere Erstattung mindern. Bitte lesen Sie unsere ausführlichen Hinweise unter Nr. 4.4.

### 4.3 Die zahnärztliche Heilbehandlung der Tarifstufe GLOBALITY Vollschutz

Beachten Sie: die Tarifstufe GLOBALITY Stationär Plus sieht für die nachfolgenden Leistungen keine Erstattung vor!

#### LEISTUNGSUMFANG

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

GLOBALITY Vollschutz

a) Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten



b) Zahnbehandlung, s. Nr. 4.6.4

Die Erstattungsfähigkeit bei Einlagefüllungen ist begrenzt auf eine metallische Ausführung ohne Verblendung.



c) Zahnersatz

Als Zahnersatz gelten prothetische Leistungen (z. B. Brücken, Prothesen) sowie Zahnkronen. Die Erstattungsfähigkeit bei Zahnkronen und Brücken ist begrenzt auf eine metallische Ausführung mit Verblendung bis zum Zahn 5; ab Zahn 6 ist sie begrenzt auf eine metallische Ausführung ohne Verblendung.



Für c) Zahnersatz, Zahnkronen

d) implantologische Leistungen

e) funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

f) kieferorthopädische Leistungen

g) zahntechnische Laborarbeiten und Materialien

h) die Erstellung eines Heil- und Kostenplans

einschließlich der mit den vorgenannten Leistungen in Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen **ist unsere Erstattung** ab Versicherungsbeginn **auf folgende Höchstbeträge begrenzt:**

im 1. Versicherungsjahr auf bis zu 500 EUR

im 2. Versicherungsjahr auf bis zu 1.000 EUR

im 3. Versicherungsjahr auf bis zu 2.000 EUR

im 4. Versicherungsjahr auf bis zu 3.000 EUR

im 5. Versicherungsjahr auf bis zu 4.000 EUR

Ab dem 6. Versicherungsjahr ist die Erstattung auf bis zu 5.000 EUR pro Versicherungsjahr begrenzt.

d) **Implantologische Leistungen, wenn andere Behandlungsmöglichkeiten nicht zur Verfügung stehen**

Die Erstattungsfähigkeit ist auf das Einbringen von bis zu 4 Implantaten pro Kiefer und den darauf zu befestigenden Zahnersatz begrenzt.

e) Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

f) Kieferorthopädische Leistungen

g) Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien

h) Erstellen eines Heil- und Kostenplans, s. Nr. 4.6.4

Maßgeblich für die zeitliche Zuordnung sind die Tage, an denen die Behandlung durchgeführt worden ist.

Werden zahnärztliche Leistungen infolge eines Unfalles erforderlich, so entfallen die Höchstbeträge.

**Die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus den obigen Ausführungen ergeben, ersetzen wir zu 100 Prozent, sofern sich aus unseren Ausführungen unter Nrn. 4.6.1 und 4.6.4 sowie dem Glossar nicht etwas anderes ergibt. Höchstbeträge gelten pro Versichertem bzw. Mitversichertem und pro Versicherungsjahr.**

Wurde für Sie bzw. einen Mitversicherten eine Selbstbeteiligung vereinbart? Wenn ja, kann sich unsere Erstattung mindern. Bitte lesen Sie unsere ausführlichen Hinweise unter Nr. 4.4.

#### 4.4 Welche Selbstbeteiligungen sind in der Tarifstufe GLOBALITY Vollschutz möglich?

Sind Sie oder ein Mitversicherter nach der Tarifstufe GLOBALITY Vollschutz versichert und wurde für Sie und/oder einen Mitversicherten eine prozentuale Selbstbeteiligung oder eine absolute Selbstbeteiligung vereinbart? Wenn ja, finden Sie hierüber eine Dokumentation in Ihrem Versicherungsausweis.

Die vereinbarte Selbstbeteiligung gilt je Kalenderjahr und je Versichertem bzw. je Mitversichertem.

Wurde eine prozentuale Selbstbeteiligung vereinbart, übernehmen wir die erstattungsfähigen Aufwendungen unter deren Anrechnung. Die prozentuale Selbstbeteiligung erstreckt sich über Aufwendungen sowohl für ambulante Heilbehandlung nach Nr. 4.2 als auch für zahnärztliche Heilbehandlung nach Nrn. 4.3 a) und b).

Wurde eine absolute Selbstbeteiligung vereinbart, ersetzen wir die erstattungsfähigen Aufwendungen zu 100 Prozent, soweit sie die Selbstbeteiligung übersteigen. Die Selbstbeteiligung erstreckt sich nur über Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung nach Nr. 4.2.

Die Aufwendungen werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die **Behandler**, z. B. der **Arzt**, in Anspruch genommen, die **Arznei-, Verband- und Hilfsmittel** bezogen werden.

Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar, wird die absolute Selbstbeteiligung um jeweils ein Zwölftel für jeden am vollen Kalenderjahr fehlenden Monat gemindert. Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, mindert sich die Selbstbeteiligung nicht.

Die prozentuale Selbstbeteiligung gilt für jeden Versicherungsmonat des Kalenderjahres.

#### 4.5 Wann werden die Höchstbeträge und Pauschalen verdoppelt?

Sofern für Sie und die Mitversicherten Versicherungsschutz nach der Zielregion I vereinbart wurde, werden die im Leistungsumfang unter den Nrn. 4.1 bis 4.3 genannten Euro-Höchstbeträge und Pauschalen verdoppelt. Wurde eine Leistung auf eine bestimmte Anzahl von Tagen begrenzt, so gilt diese Begrenzung unverändert weiter. Sofern eine Selbstbeteiligung vereinbart ist, bleibt diese unverändert bestehen.

#### 4.6 Welche weiteren Leistungsvoraussetzungen gibt es?

##### 4.6.1 Welche Grundsätze sind bei stationärer, ambulanter und zahnärztlicher Heilbehandlung zu beachten?

Ihnen bzw. den Mitversicherten steht die Wahl unter allen Ärzten bzw. **Zahnärzten** frei, die in dem Land, in dem die Behandlung erfolgt, zur ärztlichen bzw. zahnärztlichen Heilbehandlung zugelassen sind und unter anderen Behandlern, die über eine auf ihrem Behandlungsgebiet anerkannte und fundierte Ausbildung verfügen. Aufwendungen sind nur für die ärztlichen bzw. zahnärztlichen Leistungen erstattungsfähig, die nach den Regeln der ärztlichen bzw. zahnärztlichen Kunst für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung erforderlich sind.

Erstattungsfähig sind ärztliche und zahnärztliche Leistungen sowie die Leistungen anderer Behandler, soweit die Gebühren im Rahmen der landestypischen **Bemessungsgrundlagen** (z. B. offizielle Gebührenordnung für Ärzte) berechnet 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 z. B. Masseur, Hebammen oder Heilpraktiker, für die im Aufenthaltsland möglicherweise keine eigene Bemessungsgrundlage existiert, werden wir uns an den vergleichbaren Vergütungen für Ärzte bzw. an den üblichen Preisen im Aufenthaltsland orientieren.

Bei der Erstattung zahntechnischer Laborarbeiten und Materialien legen wir 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 überwiegend anerkannt sind. Wir leisten 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; wir können unsere Leistungen

jedoch auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden und Arzneimittel angefallen wäre.

#### 4.6.2 Welche Voraussetzungen sind im Rahmen der medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung nach Nr. 4.1 zu beachten?

##### zu a) Allgemeine Krankenhausgrundleistungen (Unterkunft und Verpflegung)

Bei stationärer – auch vor-, nach- oder *teilstationärer* – Heilbehandlung haben Sie bzw. die Mitversicherten ein geeignetes, im Aufenthaltsland allgemein anerkanntes **Krankenhaus** aufzusuchen, das unter ständiger ärztlicher Leitung steht, über ausreichend diagnostische sowie therapeutische Möglichkeiten verfügt und Krankengeschichte führt. Für medizinisch notwendige Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die obigen Voraussetzungen erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn wir diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt haben. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet. Für die Dauer der stationären Heilbehandlung gewähren wir die Leistungen ohne zeitliche Begrenzung.

Die Einschaltung unseres Services ist vor oder bei Aufnahme in das Krankenhaus erforderlich.

 SERVICE: +49 / 2 21 / 5 78 22 99 @/🇩🇪

##### zu c) Ärztliche Leistungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die im Rahmen einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung erforderlichen Maßnahmen für Untersuchung, Diagnostik und Therapie. Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für Pathologie, Radiologie, Computertomographie sowie für Chemotherapie und andere ärztliche Leistungen der Onkologie (z. B. bei Krebserkrankung).

##### zu e) Sonstige Nebenkosten

Hierunter verstehen wir sonstige Kosten für die Nutzung von Spezialeinrichtungen, wie Operationsaal, Intensivstation und Labor.

##### zu f) Operationen (inkl. stationersetzende ambulante Operationen)

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die hierbei erforderlichen Leistungen, wie z. B. ärztliche Leistungen, Anästhesie und die Nutzung von Spezialeinrichtungen.

Aufwendungen für stationersetzende ambulante Operationen sind ebenfalls erstattungsfähig. Die Tarifstufe GLOBALITY Stationär Plus übernimmt darüber hinaus bei stationersetzenden ambulanten Operationen die Aufwendungen der notwendigen weiterführenden Behandlung für die Dauer eines Monats. Die stationersetzende ambulante Operation kann sowohl im Krankenhaus als auch in einer hierfür im Aufenthaltsland autorisierten Facharztpraxis durchgeführt werden. Die Erstattung von Aufwendungen für darüber hinausgehende ambulante Behandlungen sieht ausschließlich die Tarifstufe GLOBALITY Vollschutz vor.

Bei „Critical Illness“ s. Nr. 4.6.2 u) und Glossar.

##### zu g) Arznei- und Verbandmittel im Rahmen einer stationären Heilbehandlung

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

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

##### zu h) Heilmittel/Physiotherapie im Rahmen einer stationären Heilbehandlung

Das sind physikalisch-medizinische Leistungen (Inhalationen, Krankengymnastik und Bewegungsübungen, Massagen, Packungen, Hydrotherapie und medizinische Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie oder Lichttherapie). Die physikalisch-medizinischen Leistungen müssen von einem Arzt bzw. dem Inhaber eines staatlich anerkannten Diploms für medizinische Assistenzberufe (Masseur, Masseur und medizinischen Bademeister, Krankengymnasten oder Physiotherapeuten) durchgeführt und von einem Arzt im Rahmen der stationären Heilbehandlung verordnet werden. Die Verord-

nung muss vor Behandlungsbeginn ausgestellt worden sein und Diagnose, Art und Anzahl der Maßnahmen enthalten.

Nicht als Heilmittel/Physiotherapie gelten sonstige Leistungen wie z. B. Thermal-, Sauna- und ähnliche Bäder sowie Mehraufwendungen für die Behandlung in der Wohnung des Versicherten bzw. Mitversicherten.

**zu i) Hilfsmittel im Sinne des Tarifs GLOBALITY im Rahmen einer stationären Heilbehandlung**

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für diejenigen Hilfsmittel, die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen, wie Herzschrittmacher, 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.

**zu j) Ärztliche Leistungen bei Schwangerschaft und Entbindung, Leistungen einer Hebamme bzw. eines Entbindungspflegers im Krankenhaus, mit Ausnahme von Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft**

Wir übernehmen die erstattungsfähigen Aufwendungen für eine Entbindung (auch Früh- oder Fehlgeburt), wenn diese im Krankenhaus, in einem Entbindungsheim oder einer vergleichbaren Einrichtung erfolgt.

**zu k) Ambulante Entbindung**

Eine ambulante Entbindung liegt bei einer Hausegeburt vor oder wenn die Wöchnerin 2 bis 24 Stunden nach der Niederkunft aus dem Krankenhaus, dem Entbindungsheim oder einer vergleichbaren Einrichtung entlassen wird. Die Entbindungspauschale gewähren wir auf Vorlage der Geburtsurkunde je Neugeborenem.

**zu n) Knochenmark- und Organtransplantation im Rahmen einer stationären Heilbehandlung**

Bei einer Knochenmark- bzw. Organtransplantation (z. B. Herz, Niere, Leber, Bauchspeicheldrüse) übernehmen wir 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 Aufwendun-

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

**zu o) Stationäre Psychotherapie**

Voraussetzung für unsere 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 leisten wir nur dann, wenn und soweit wir vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Zusage gegeben haben.

**zu p) Mitaufnahme eines Elternteils bei stationärer Behandlung von Kindern**

Wir erstatten die Mehraufwendungen für die ärztlich verordnete Mitaufnahme eines Elternteils bei der stationären Behandlung von Kindern bis Alter 18.

**zu q) Häusliche Krankenpflege und hauswirtschaftliche Versorgung**

Wir übernehmen die erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztlich verordnete häusliche Krankenpflege und hauswirtschaftliche Versorgung durch geeignete, zur Pflegekraft ausgebildete Personen bis zu einer Dauer von 14 Tagen 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.

**zu s) Bis zu 2 Monate vorstationäre bzw. bis zu 6 Monate nachstationäre Heilbehandlung**

Wir übernehmen die erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztliche Leistungen, Arznei- und Verbandmittel sowie Heilmittel/Physiotherapie, sofern uns der direkte Bezug zur Krankenhausbehandlung nachgewiesen wird. Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft werden jedoch nicht übernommen (s. Nr. 4.6.2 f) und j)).

**zu t) Stationäre Anschlussrehabilitation**

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für stationäre Anschlussrehabilitationen, die der Weiterführung einer medizinisch notwendigen stationären Krankenhausbehandlung (z. B. nach Bypass-OP, Herzinfarkt, Transplantation von

Organen sowie Operation an großen Knochen oder Gelenken) dienen, wenn und soweit wir dies vorher schriftlich zugesagt haben.

Die Anschlussrehabilitation muss grundsätzlich innerhalb von 2 Wochen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus angetreten werden.

Kurmaßnahmen und Aufenthalte in Kurzentren, Badezentren, Sanatorien und Erholungsheimen sowie in Pflegeheimen sind nicht versichert.

**zu u) Weiterführende ambulante Heilbehandlung bestimmter schwerer Krankheiten („Critical Illness“ im Sinne des Tarifs GLOBALITY)**

Ist im Anschluss an einen stationären Krankenhausaufenthalt, für den wir Leistungen aus der Tarifstufe GLOBALITY Stationär Plus erbracht haben, eine weiterführende ambulante Heilbehandlung erforderlich, so übernehmen wir für folgende Krankheiten, die wir als „Critical Illness“ im Sinne des Tarifs GLOBALITY bezeichnen, auch im Rahmen der Tarifstufe GLOBALITY Stationär Plus die Aufwendungen für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung: *AIDS, Alzheimer-Krankheit, Morbus Crohn, Krebs (einschließlich Leukämie, Morbus Hodgkin, malignem Melanom, nicht jedoch andere Arten von Hautkrebs), Diabetes mellitus, Enzephalitis, Meningitis, Milzbrand, Mukoviszidose, chronisches Nierenversagen mit Dialyse Notwendigkeit, Cholera, Diphtherie, Hepatitis A und B, Malaria, Tetanus, Tuberkulose, Typhus/Paratyphus.*

**4.6.3 Welche Voraussetzungen sind im Rahmen einer ambulanten Heilbehandlung nach Nr. 4.2 zu beachten?**

**zu a) Ärztliche Leistungen**

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die im Rahmen einer ärztlichen ambulanten Heilbehandlung erforderlichen Maßnahmen für Untersuchung, Diagnostik und Therapie. Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für Pathologie, Radiologie, Computertomographie sowie für Chemotherapie und andere ärztliche Leistungen der Onkologie (z. B. bei Krebserkrankung) sowie für Schutzimpfungen und Prophylaxemaßnahmen, die von der ständigen Impfkommision des zuständigen Bundesinstitutes empfohlen sind.

**zu b) Akupunktur (Nadeltechnik), Homöopathie, Osteopathie und Chiropraktik**

An den erstattungsfähigen Aufwendungen beteiligen wir uns 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. In Deutschland wären dies z. B. Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes.

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

**zu c) Leistungen des Logopäden bzw. Sprachheiltherapeuten**

Bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen übernehmen wir die erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztlich verordnete Übungsbehandlungen, sofern diese von einem Arzt oder Logopäden bzw. Sprachheiltherapeuten durchgeführt werden.

**zu d) Ambulante Psychotherapie**

Voraussetzung für unsere 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 ambulante Psychotherapie leisten wir nur dann, wenn und soweit wir vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Zusage gegeben haben.

**zu e) 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.

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

**zu f) Heilmittel/Physiotherapie**

Das sind physikalisch-medizinische Leistungen (Inhalationen, Krankengymnastik und Bewegungsübungen, Massagen, Packungen, **Hydrotherapie** und medizinische Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie oder Lichttherapie). Diese müssen von einem Arzt in eigener Praxis oder einem in eigener Praxis tätigen Inhaber eines staatlich anerkannten Diploms für medizinische Assistenzberufe (Masseur, Masseur und medizinischen Bademeister, Krankengymnast oder Physiotherapeut) ausgeführt werden und von einem Arzt verordnet worden sein. Die Verordnung muss vor Behandlungsbeginn ausgestellt worden sein und Diagnose, Art und Anzahl der Maßnahmen enthalten.

Nicht als Heilmittel/Physiotherapie gelten sonstige Leistungen wie z. B. Thermal-, Sauna- und ähnliche Bäder sowie Mehraufwendungen für die Behandlung in der Wohnung des Versicherten bzw. Mitversicherten.

**zu g) Hilfsmittel im Sinne des Tarifs GLOBALITY**

Erstattungsfähig sind Aufwendungen 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: Sehhilfen (das sind Brillenfassung und Gläser sowie Kontaktlinsen), 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 unserer vorherigen Leistungszusage 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 (z. B. Heizkissen und Massagegeräte) sowie für Gebrauch und Pflege von Hilfsmitteln.

**4.6.4 Welche Voraussetzungen sind im Rahmen zahnärztlicher Heilbehandlung nach Nr. 4.3 zu beachten?****zu b) Zahnbehandlung**

Als Zahnbehandlung gelten

- Allgemeine zahnärztliche Leistungen
- Konservierende Leistungen wie z. B. Einlagefüllungen (Inlays), nicht jedoch Kronen
- Chirurgische Leistungen
- Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Paradontiums

**zu h) Erstellen eines Heil- und Kostenplans**

Legen Sie uns bei geplanten, umfangreicheren Zahnersatz- oder Sanierungsmaßnahmen sowie bei Kieferorthopädie vor Beginn der Behandlung einen Heil- und Kostenplan des Arztes bzw. Zahnarztes vor. Sie erhalten dann eine Mitteilung über die Höhe unserer Erstattungsleistungen.

## 5. Wann ist unsere Leistungspflicht eingeschränkt?

### 5.1 Wann erhalten Sie bzw. die Mitversicherten keine Leistungen?

#### Vorerkrankungen

Vorerkrankungen sind bei Beginn des Versicherungsschutzes dem Versicherten bzw. Mitversicherten bekannte Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen und sonstige Gesundheitsstörungen – unabhängig davon, ob der Versicherte bzw. Mitversicherte in den letzten 24 Monaten vor Beitritt zum Gruppenversicherungsvertrag ärztlich bzw. zahnärztlich behandelt oder beraten wurde. Ebenfalls besteht kein Anspruch auf Leistung bei Krankheiten, die innerhalb der ersten 24 Monate seit Beginn des Versicherungsschutzes eintreten und mit den vor Versicherungsbeginn aufgetretenen gesundheitlichen Störungen in ursächlichem Zusammenhang stehen.

**Abweichende Regelungen können im Gruppenrahmenvertrag getroffen sein.**

#### Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, Entbindung, Wochenbettkrankungen und deren Folgen

Aufwendungen anlässlich einer der Versicherten bzw. Mitversicherten bei Beginn des Versicherungsschutzes bekannten Schwangerschaft, sowie mit dieser Schwangerschaft im Zusammenhang stehende Aufwendungen für Schwangerschaftsabbruch, Entbindung sowie für Wochenbettkrankungen und deren Folgen werden nicht erstattet. Versichert ist jedoch die Behandlung von für die Versicherte bzw. Mitversicherte nicht vorhersehbaren, akut eingetretenen Schwangerschaftskomplikationen, einschließlich Frühgeburten vor Beendigung der 32. Schwangerschaftswoche und Fehlgeburten. Für die medizinisch notwendige Heilbehandlung des Frühgeborenen im Rahmen der Frühgeburt besteht insoweit auch Versicherungsschutz.

**Abweichende Regelungen können im Gruppenrahmenvertrag getroffen sein.**

#### Krieg, innere Unruhen, nukleare oder chemische Kontaminationen sowie ähnliche Ereignisse

Hierunter fassen wir solche Krankheiten und deren Folgen sowie Folgen von Unfällen und Todesfälle, die durch Krieg oder innere Unruhen verursacht worden oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind sowie durch nukleare oder chemische Kontamination ausgelöst wurden, sofern sie nicht ausdrücklich in den Vertrag mit eingeschlossen sind.

#### auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen

Eine Krankheit oder ein Unfall gelten als vorsätzlich herbeigeführt, wenn der Handelnde von den Folgen seiner Handlung zumindest eine Vorstellung hatte und den herbeigeführten Schaden billigend in Kauf nahm.

**Entziehungsmaßnahmen einschließlich  
Entziehungskuren**

Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren bei Drogenkonsum und Alkoholismus stehen nicht unter Versicherungsschutz. Unbeschadet dessen gewähren wir jedoch für eine erstmalige Entziehungsmaßnahme, für die anderweitig kein Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung geltend gemacht werden kann, die vertraglichen Leistungen, wenn wir diese vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt haben. Die Zusage kann von einer Begutachtung über die Erfolgsaussichten durch einen von uns beauftragten Arzt abhängig gemacht werden. Bei einer stationären Entziehungsmaßnahme sind nur die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausgrundleistungen inklusive ärztlicher Leistungen und Arzneimittel erstattungsfähig.

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

Hierunter fallen Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte, andere Behandler und in Krankenhäusern, deren Rechnungen wir aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen haben. Wir sind jedoch nur für die Versicherungsfälle leistungsfrei, die eintreten, nachdem der Versicherungsnehmer (d. h. z. B. Ihr Arbeitgeber) über diesen Leistungsausschluss informiert wurde. Sofern zum Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall bereits besteht, entfällt unsere Leistungspflicht erst für die nach Ablauf von 3 Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen.

**kosmetische/plastische Chirurgie**

Für kosmetische/plastische Operationen leisten wir nur im Rahmen einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung.

**Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für  
Rehabilitationsmaßnahmen gesetzlicher  
Rehabilitationsträger**

Für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie für Rehabilitationsmaßnahmen gesetzlicher Rehabilitationsträger leisten wir nicht. Allerdings beteiligen wir uns an den erstattungsfähigen Aufwendungen einer Anschlussrehabilitation (s. Nr. 4.1 t)).

**Heilbehandlung durch Ehe- bzw. Lebens-  
partner, Eltern oder Kinder**

Für Aufwendungen von Heilbehandlungen durch den Ehepartner bzw. Lebenspartner, den Eltern oder den Kindern sind wir leistungsfrei. Allerdings erstatten wir die für die Behandlung erforderlichen und uns nachgewiesenen Sachkosten tarifgemäß.

**Pflegebedürftigkeit und Verwahrung**

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

## 5.2 Welche weiteren Einschränkungen unserer Leistungspflicht gibt es?

Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, sind wir insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus einer gesetzlichen Krankenversicherung, gesetzlichen oder privaten Unfallversicherung oder gesetzlichen Rentenversicherung, aus einer gesetzlichen Heilfürsorge oder gesetzlichen Unfallfürsorge oder auf Leistungen eines anderen Leistungserbringers bzw. Institution, so sind wir nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz dieser Leistungen notwendig bleiben.

Haben Sie bzw. die Mitversicherten wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

## 6. Wie wickeln Sie einen Versicherungsfall mit uns ab?

Es ist nur verständlich, dass Sie sich im Krankheitsfall nicht mit unnötigen Schreiarbeiten beschäftigen wollen. Wir werden versuchen, Sie dabei so weit wie möglich zu unterstützen. Die nachfolgenden Regelungen sollen bei einer schnellen Abwicklung helfen.

### 6.1 Über welchen Anspruch auf Versicherungsleistungen verfügen Sie?

Sie haben uns gegenüber einen unmittelbaren Anspruch auf die Versicherungsleistungen (s. aber auch Nr. 6.2 a) 4. Spiegelstrich).

### 6.2 Was ist im Schadenfall zu tun?

Wir wollen einen Leistungsfall auch in Ihrem Sinne möglichst schnell abwickeln. Dazu ist es erforderlich, dass der Anspruch auf Versicherungsleistungen unverzüglich nach der Beendigung der Behandlung durch Vorlage von Kostenbelegen geltend gemacht wird.

- a) Zuerst müssen Sie wissen, dass wir nur dann zur Leistung verpflichtet sind, wenn die von uns geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden unser Eigentum. Wir behalten uns das Recht vor, diese auf Mikrofilm zu speichern. Weiterhin müssen Sie beachten:
- Senden Sie die Nachweise direkt an die DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Aachener Str. 300, 50933 Köln, Deutschland, es sei denn, im Schadenfall treffen wir mit Ihnen eine abweichende Vereinbarung.
  - Bei Kostenbelegen müssen Sie immer Originalunterlagen einreichen, die den jeweiligen landestypischen Rechtsvorschriften für die Rechnungserstellung entsprechen. Wir können Sie dazu auffordern, uns die vorherige Bezahlung, z. B. einer Arztrechnung, nachzuweisen.
  - Sofern sich ein anderer Krankenversicherer bzw. eine andere Institution (s. Nr. 5.2) an den Kosten beteiligt hat, genügen Zweitschriften der Kostenbelege mit dessen/deren Original-Erstattungsvermerk.
  - Wir sind verpflichtet, an die mitversicherte Person zu leisten, wenn Sie uns diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt haben. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, können nur Sie als Versicherter die Leistung verlangen.
- b) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit unserer Leistungen aus § 14 Versicherungsvertragsgesetz/VVG (s. Verbraucherinformationen Seite 1).
-  § 14 VVG
- c) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Ausnahme s. Nr. 6.4 b).

### 6.3 Was müssen die Kostenbelege enthalten?

Bitte verwenden Sie zur Beantragung von Erstattungsleistungen nach Möglichkeit unser „Behandlungsformular“, welches wir Ihnen zur Verfügung stellen; dieses muss vom Leistungserbringer (z. B. Arzt) unterschrieben sein.

- a) Rechnungen müssen enthalten:
- Vor- und Zunamen sowie das Geburtsdatum des Versicherten bzw. Mitversicherten
  - Möglichst die genaue Krankheitsbezeichnung (Diagnose) bzw. andernfalls eine Umschreibung des Beschwerdebildes

- 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.

b) Weiterhin ist zu beachten:

- Alle Belege sind möglichst in englischer, deutscher, französischer, niederländischer oder spanischer Sprache und unter Verwendung arabischer Ziffern und lateinischer Schriftzeichen (1, 2, 3 ... a, b, c ...) sowie des **ICD-Codes 9** bzw. 10 (International Classification of Disease) einzureichen.
- Aus den Rezepten müssen der Vor- und Zuname sowie das Geburtsdatum des Versicherten bzw. Mitversicherten, das verordnete Arzneimittel, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen.
- Reichen Sie Rezepte zusammen mit der dazugehörigen Arztrechnung sowie Rechnungen über Heil- und Hilfsmittel zusammen mit der Verordnung ein.
- Beantragen Sie bzw. der Mitversicherte anstelle von Kostenersatz ein Krankenhaustagegeld (s. Nr. 4.1 r)), 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.

#### 6.4 Wie erfolgt die Erstattung Ihrer Aufwendungen?

Wir gewähren Ihnen in aller Regel Leistungen nach dem Kostenerstattungsprinzip, d. h. wir ersetzen die im Rahmen einer Heilbehandlung entstandenen erstattungsfähigen Kosten.

#### a) Im Normalfall zahlen wir unsere Erstattungsleistung an Sie:

Sie bzw. die Mitversicherten sind Vertragspartner des behandelnden Arztes bzw. sonstigen Behandlers. Bei Behandlungsbeginn schließt dieser mit Ihnen bzw. den Mitversicherten einen Behandlungsvertrag ab, auf dessen Basis er später seine Rechnung ausstellt. Sie können diese Rechnung dann bei uns einreichen, woraufhin wir die vertraglich vereinbarten Versicherungsleistungen an Sie auszahlen (s. aber auch Nr. 6.2 a) 4. Spiegelstrich).

#### b) Besonderer Service:

Als besonderen Service können wir auf Ihren Wunsch hin unseren Erstattungsbetrag direkt an den Rechnungsaussteller zahlen. So z. B. in Notfallsituationen oder wenn es sich um besonders hohe Rechnungsbeträge handelt.

☎ SERVICE: +49 / 2 21 / 5 78 22 99 @/🇩🇪

#### c) Im Falle eines stationären Aufenthaltes versuchen wir, immer direkt mit dem Krankenhaus abzurechnen:

Feststehende Kosten, z. B. der Pflegesatz oder Unterkunftszuschlag im Krankenhaus oder das Entgelt für einen Rettungstransport, zahlen wir auf Ihren Wunsch auch direkt an den Rechnungsaussteller. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, dass Sie Ihre jeweiligen Erstattungsansprüche, die Sie gegen uns haben, an den Leistungserbringer abtreten, z. B. durch eine sogenannte Abtretungserklärung gegenüber dem Krankenhaus. Eine direkte Abrechnung ist jedoch nur mit Einverständnis des Krankenhauses möglich und sofern die landestypischen Gegebenheiten dies erlauben.

☎ SERVICE: +49 / 2 21 / 5 78 22 99 @/🇩🇪

#### 6.5 In welcher Währung werden Ihre Aufwendungen abgerechnet?

Die Erstattung erfolgt in der mit Ihrem Versicherungsnehmer im Rahmen der Gruppenversicherung vereinbarten Währung.

Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in die Vertragswährung umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Wechselkurs der Europäischen Zentralbank für die vereinbarte Vertragswährung. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt wurden, gilt der Kurs gemäß „Währungen der Welt“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, Sie weisen durch Bankbeleg nach, dass Sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben haben.

#### 6.6 Wie können Sie Kontakt mit unserem Service aufnehmen?

Sie können rund um die Uhr mit uns Kontakt aufnehmen. Adressen, Rufnummern oder E-Mail-Adresse finden Sie in allen unseren Dokumenten. Sollten Sie bzw. der Mitversicherte nach Eintritt eines schwerwiegenden Versicherungsfalles,

insbesondere nach einem Unfall, Notfall oder bei stationärer Heilbehandlung, unseren Service einschalten, so bieten wir Ihnen einen umgehenden Rückruf an.

 SERVICE: +49 / 2 21 / 5 78 22 99 @/✉

## 7. Welche sind Ihre Obliegenheiten?

### 7.1 Ihre Obliegenheiten

- a) Bitte zeigen Sie bzw. die Mitversicherten uns jede Krankenhausbehandlung unverzüglich, möglichst innerhalb von 10 Tagen nach ihrem Beginn, an. Hierzu reicht auch eine Mitteilung an unseren Service.
- b) Sie und der als empfangsberechtigt benannte Mitversicherte (siehe Nr. 6.2 a) 4. Spiegelstrich) haben auf unser Verlangen bzw. das unseres Services jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder unserer Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist sowie uns bzw. unserem Service die Einholung von hierfür erforderlichen Auskünften zu ermöglichen (insbesondere durch die Entbindung von der Schweigepflicht).
- c) Sie bzw. die Mitversicherten sind verpflichtet, sich auf unser Verlangen hin durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen. Die Aufwendungen für die Untersuchung sowie evtl. notwendige Fahrtkosten zum Arzt übernehmen wir nach Vorlage eines Nachweises.
- d) Sie bzw. die Mitversicherten haben nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- e) Wird für Sie oder für die Mitversicherten bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen, oder machen Sie oder die Mitversicherten von einer Versicherungsberechtigung in einer gesetzlichen oder sozialen Krankenversicherung Gebrauch, so sind Sie verpflichtet, uns von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

### 7.2 Mit welchen Rechtsfolgen ist zu rechnen, wenn gegen die vorgenannten Pflichten verstoßen wird?

Wenn eine der in Nr. 7.1 a) bis e) genannten Obliegenheiten nicht eingehalten wird, sind wir mit den in den rechtlichen Bestimmungen (§ 28 Abs. 2 bis 4 VVG, s. Verbraucherinformationen Seite 1) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei.

Wird die in Nr. 7.1 e) genannte Obliegenheit verletzt, können wir unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (s. Verbraucherinformationen Seite 1) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.

Die Kenntnis und das Verschulden der Mitversicherten stehen Ihrer Kenntnis und Ihrem Verschulden gleich.

 § 28 Abs. 1 – 4 VVG

## 8. Welche Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen sind bei Ansprüchen gegen Dritte zu beachten?

- 8.1 Haben Sie oder die Mitversicherten Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (s. Verbraucherinformationen Seite 2), die Verpflichtung, diese Ansprüche – bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird – schriftlich an uns abzutreten.
- 8.2 Sie oder die Mitversicherten haben ihren Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch uns soweit erforderlich mitzuwirken.
- 8.3 Verletzen Sie oder die Mitversicherten vorsätzlich die in den Absätzen 8.1 und 8.2 genannten Obliegenheiten, sind wir zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als wir infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen können. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

- 8.4 Steht Ihnen oder den Mitversicherten ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die wir auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht haben, sind die Absätze 8.1 bis 8.3 entsprechend anzuwenden.

 § 86 VVG

## 9. Wann sind Aufrechnungen möglich?

Sie bzw. der Versicherungsnehmer können gegen Forderungen unsererseits nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung von uns unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

## 10. Wie erfolgt die Beitragszahlung/Beitragsberechnung?

### 10.1 Beitragszahlung

Die Zahlungsmodalitäten und Fälligkeit des Beitrages richten sich nach den im Gruppenversicherungsvertrag getroffenen Vereinbarungen. Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an für die Dauer der Versicherung berechnet.

Beginnt die Versicherung nicht am 1. eines Kalendermonats bzw. endet die Versicherung nicht am letzten Tag eines Kalendermonats, ist für den ersten Versicherungsmonat bzw. für den letzten Versicherungsmonat nur der anteilige Betrag des monatlichen Beitrags zu zahlen.

Wird die Versicherung durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (s. Verbraucherinformationen Seite 1) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht uns der Beitrag bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu.

 § 19 VVG

Der erste Versicherungsmonat beginnt mit dem im Versicherungsausweis bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn); er endet mit dem letzten Kalendertag dieses Monats. Die folgenden Versicherungsmonate beginnen jeweils mit dem ersten Kalendertag.

Achtung: Wird der erste Beitrag oder werden spätere Beiträge nicht bzw. nicht rechtzeitig gezahlt, kann dies unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (s. Verbraucherinformationen

Seiten 1 und 2) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen!

 §§ 37, 38 VVG

### 10.2 Beitragsberechnung

Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.

Der jeweilige Beitrag bzw. das jeweilige Beitragsystem wird innerhalb des Gruppenversicherungsvertrages pro Region/Tarif festgesetzt. Grundlage hierfür sind die beitragsrelevanten Kriterien (Merkmalsausprägungen) der jeweiligen Gruppe. Kalkulatorisch werden standardmäßig folgende Kriterien berücksichtigt:

Tarifstufe, Zielregion, Alter, Geschlecht, bisherige Verweildauer der versicherten Personen im Ausland.

Im Falle des Vorliegens von Schadenstatistiken/Leistungsbeschreibungen und anderen vergleichbaren Kalkulationsgrundlagen aus Vorverträgen kann der zu versichernden Gruppe bei Vertragsbeginn der Beitrag bzw. das Beitragsystem auf ein gruppenspezifisches risikogerechtes Niveau adjustiert werden. Grundsätzlich können bei Bestandsübernahmen auch bislang kalkulatorisch nicht vorgesehene risikoerhebliche Einflussgrößen bedacht werden.

Vorerkrankungen bzw. Schwangerschaften können beitragsmäßig berücksichtigt werden. Liegt bei einer Änderung des Versicherungsschutzes ein erhöhtes Risiko vor, steht uns für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für unseren Geschäftsbetrieb zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

## 11. Können wir die Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Tarifs GLOBALITY ändern?

- 11.1 Ja, bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der

Versicherten erforderlich erscheinen und angemessen sind. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an Sie als Versicherter folgt.

**11.2** Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, können wir sie durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung der Versicherung notwendig ist oder wenn das Festhalten an der Versicherung ohne neue Regelung für Sie oder uns auch unter Berücksichtigung der Interessen der jeweils anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherten angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem Ihnen die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe mitgeteilt worden sind, Bestandteil der Versicherung.

**11.3** Die Änderungen nach Nr. 11.1 gelten als genehmigt, wenn Sie die betroffenen Personen nicht innerhalb eines Monats nach Zugang der Bekanntgabe von der Teilnahme am Gruppenversicherungsvertrag bzgl. Tarif GLOBALITY zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung abmelden (s. auch Nr. 12.1 e).

**11.4** Sollte diese Bedingungsänderungsklausel ganz oder zum Teil unwirksam sein, tritt an die Stelle der unwirksamen Regelung eine solche, die dem zuvor Gewollten am nächsten kommt, soweit die gesetzlichen Vorschriften keine Regelung enthalten, die an ihre Stelle tritt.

## 12. Wann enden die Versicherungen?

**12.1** Die für Sie bzw. die Mitversicherten vereinbarten Versicherungen enden:

- a) Wenn Ihr Versicherungsnehmer oder wir den Gruppenversicherungsvertrag beenden.
- b) Wenn Sie bzw. die Mitversicherten aus dem versicherbaren bzw. mitversicherbaren Personenkreis (s. Nr. 1.1) ausscheiden, z. B. bei Wechsel des Arbeitgebers oder wenn Ihr durch Ihren Arbeitgeber veranlasster Auslandsaufenthalt endet.

- c) Wenn durch Tod die Voraussetzung für eine Teilnahme an diesem Gruppenversicherungsvertrag entfällt.
- d) Wenn wir eine außerordentliche Kündigung, eine Anfechtung oder einen Rücktritt erklären (sogenannte gesetzliche Gestaltungsrechte); diese Rechtsbehelfe können wir auch Ihnen gegenüber geltend machen.  
Sie können, sofern wir die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne Mitversicherte erklären, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem Ihnen unsere Erklärung zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
- e) Wenn diese von einer Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (s. hierzu Nr. 11.3 bzw. Ihren Gruppenversicherungsvertrag) betroffen sind und auf Grund dessen aufgehoben werden.

**12.2** Sind Sie als Versicherter Beitragsschuldner, können Sie sich und/oder die Mitversicherten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten von der Teilnahme am Gruppenversicherungsvertrag abmelden. Scheiden Sie aus dem Gruppenversicherungsvertrag aus, so enden gleichzeitig die Versicherungen der Mitversicherten.  
Die Abmeldung ist nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass die betroffenen Mitversicherten von der Abmeldung Kenntnis erlangt haben.

**12.3** Vereinbaren wir und Ihr Versicherungsnehmer eine Erhöhung der Beiträge oder der Selbstbeteiligung, so können Sie die Aufhebung der betroffenen Versicherung für sich und die Mitversicherten innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung verlangen. Die Abmeldung ist nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass die betroffenen Mitversicherten von der Abmeldung Kenntnis erlangt haben.

**12.4** Werden Sie und/oder die Mitversicherten kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so können Sie binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht die Aufhebung der Versicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht verlangen. Die Aufhebung kann nicht verlangt werden, wenn Sie

den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweisen, nachdem wir Sie hierzu in Textform aufgefordert haben, es sei denn, Sie haben die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Machen Sie von Ihrem Recht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später können Sie die Aufhebung der Versicherung zum Ende des Monats verlangen, in dem Sie den Eintritt der Versicherungspflicht nachweisen. Uns steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende der Versicherung zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

Die Aufhebung ist nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass die betroffenen Mitversicherten von der Aufhebung Kenntnis erlangt haben.

### 13. Wann endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende, d. h. noch andauernde Versicherungsfälle – grundsätzlich mit Beendigung der Versicherung (s. Nr. 12). Bei Beendigung der Versicherung nach Nr. 12.1 a) und c) leisten wir jedoch für schwebende Versicherungsfälle bis zu einer Höchstdauer von vier Wochen weiter.

### 14. Was ist bei der Versicherung von Neugeborenen zu beachten?

Herzlichen Glückwunsch zur Geburt! Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge ab Vollendung der Geburt. Sofern die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt ist, besteht keine Einschränkung des Versicherungsschutzes. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender sein, als der eines versicherten Elternteils.

Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind zum Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Prämienzuschlags höchstens bis zu 100 Prozent zulässig.

## 15. Weitere Informationen

### 15.1 Was gilt für Willenserklärungen und Anzeigen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?

Willenserklärungen und Anzeigen, die das Versicherungsverhältnis betreffen, müssen – sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist – stets schriftlich an uns erfolgen.

### 15.2 Sie sind umgezogen? Sie haben, z. B. durch Heirat, einen neuen Namen angenommen?

Dann teilen Sie uns bitte Ihre neue Anschrift bzw. Ihren neuen Namen unverzüglich mit. Ansonsten kann es passieren, dass Sie wichtige Mitteilungen von uns nicht, oder erst verspätet, erhalten.

### 15.3 Ihre Bankverbindung hat sich geändert?

Bitte teilen Sie uns Ihre neue Kontonummer umgehend mit, damit wir unsere Erstattungsleistungen richtig anweisen können.

### 15.4 Ihre Kreditkartendaten haben sich geändert?

Bitte teilen Sie uns Ihre neuen Kreditkartendaten (neues Gültigkeitsdatum, neue Sicherheitsnummer oder neues Bankinstitut) umgehend mit.

### 15.5 Sie sind oft unterwegs?

Dann sollten Sie uns eine an Ihrem Wohnort im jeweiligen Aufenthaltsland ansässige Person benennen, die bevollmächtigt ist, unsere Mitteilungen für Sie entgegenzunehmen (Zustellbevollmächtigter).

## 16. Was können Sie tun, wenn Sie mit uns nicht zufrieden sind?

### 16.1 Sagen Sie uns Ihre Meinung

Ja, Ihre Meinung interessiert uns, und zwar gerade dann, wenn Sie einmal nicht mit uns zufrieden sind. Unstimmigkeiten, über die man spricht, lassen sich oft schnell und unbürokratisch aus der Welt schaffen.

@/✉

**DKV Deutsche Krankenversicherung AG**  
**Abteilung Internationale Krankenversicherung**  
**Firmen**  
**Aachener Str. 300**  
**D-50933 Köln**

**Telefon:** +49 / 2 21 / 5 78 22 99  
**Telefax:** +49 / 2 21 / 5 78 41 10  
**E-Mail:** [globality@dkv.com](mailto:globality@dkv.com)  
**Internet:** [www.globality.dkv.com](http://www.globality.dkv.com)

### 16.2 Sie können sich auch an die Aufsichtsbehörde wenden

Natürlich können Sie sich auch an die allen deutschen privaten Krankenversicherern übergeordnete Aufsichtsbehörde, die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn, Deutschland, wenden.

### 16.3 Gerichtsstand

Gegen uns gerichtete Klagen können bei dem Gericht an Ihrem Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt oder bei dem Gericht an unserem Sitz in Köln, Deutschland, anhängig gemacht werden.

Für unsere Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen Sie ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem Sie Ihren Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

# Leitfaden der Assistance

## **Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankenversicherung nach Tarif GLOBALITY**

Wir sind rund um die Uhr für Sie da, auf der ganzen Welt!

**DKV Deutsche Krankenversicherung AG  
Abteilung Internationale Krankenversicherung  
Firmen  
Aachener Str. 300  
D-50933 Köln**

**Telefon: +49 / 2 21 / 5 78 22 99**

**Telefax: +49 / 2 21 / 5 78 41 10**

**E-Mail: [globality@dkv.com](mailto:globality@dkv.com)**

**Internet: [www.globality.dkv.com](http://www.globality.dkv.com)**

## 1. Hilfe und Unterstützung durch unsere Assistance-/Serviceleistungen

Wenn Sie bzw. die Mitversicherten im Ausland erkranken oder einen Unfall erleiden, haben Sie einiges zu bewältigen: eine fremde Sprache, eine Ihnen fremde medizinische Infrastruktur, eventuell Schwierigkeiten bei der Kontaktaufnahme zu Ihren behandelnden Ärzten bzw. Krankenhäusern und Ihrer Familie im Ausreise- oder Heimatland.

Deshalb bieten wir Ihnen zusätzlich zu Ihrem Krankenversicherungsschutz einen umfangreichen Katalog von Assistance-/Serviceleistungen, die Teil Ihres Versicherungsschutzes sind und mit denen wir Sie aktiv bei Ihrer Entsendung unterstützen wollen.

Wir bieten Ihnen Unterstützung bei Problemfällen sowie sinnvolle organisatorische Hilfe an, die mit zu dem Erfolg Ihres Auslandsaufenthaltes beitragen sollen.

Diese Assistance-/Serviceleistungen bieten wir 24 Stunden am Tag, 7 Tage in der Woche, 365 Tage im Jahr. Unter der in Ihren Versicherungsunterlagen und in Ihrem Versicherungsausweis angegebenen Rufnummer erhalten Sie rund um die Uhr Unterstützung durch unsere mehrsprachigen Mitarbeiter und Assistance-Koordinatoren sowie Ärzte.

Sie bzw. die Mitversicherten eines Gruppenversicherungsvertrages nach Tarif GLOBALITY können diese Assistance-/Serviceleistungen bei einem Versicherungsfall oder Notfall in Anspruch nehmen. Sobald die Versicherung nach Tarif GLOBALITY für Sie bzw. die Mitversicherten endet, endet auch der Anspruch auf unsere Assistance-/Serviceleistungen (s. hierzu Nrn. 12 und 13 des Leitfadens für den Versicherten).

Den Überblick über die genauen Krankenversicherungsleistungen entnehmen Sie bitte dem Leitfaden für den Versicherten sowie dem Gruppenversicherungsvertrag. Den Überblick über die Assistance-/Serviceleistungen geben wir Ihnen mit diesem Leitfaden der Assistance.

## 2. Welche Assistance-/Serviceleistungen beinhaltet der Tarif GLOBALITY?

24-Stunden-Kundenservice, 7 Tage in der Woche, 365 Tage im Jahr

### 2.1 Welche Assistance-/Serviceleistungen im Rahmen der Tarifstufen GLOBALITY Stationär Plus und GLOBALITY Vollschutz bieten wir?

#### LEISTUNGSUMFANG

Leistungsumfang der Assistance im Rahmen eines Versicherungsfalls Die Erläuterung der unter Nr. 2.1 a) bis g) aufgeführten Leistungen finden Sie unter Nr. 2.3	GLOBALITY Stationär Plus	GLOBALITY Vollschutz
a) <b>Information über medizinische Infrastruktur</b> (ärztliche Versorgung vor Ort und Benennung mehrsprachiger Ärzte)	✓	✓
b) <b>Betreuung und Information</b> (unser ärztlicher Dienst, Second Opinion, Beobachtung des Krankheitsverlaufs)	✓	✓
c) <b>Kostenübernahmegarantie und/oder Zahlung eines Vorschusses</b> (Vorbereitung des Krankenhausaufenthalts)	✓	✓
d) <b>Zusätzliche Unterstützung</b> (Organisation von Krankenbesuchen, Beschaffung und Versand lebensnotwendiger Medikamente)	✓ / 🔔	✓ / 🔔
e) <b>Organisation des Krankentransports</b>	✓	✓
f) <b>Organisation des Rücktransports oder der Betreuung Ihrer Kinder</b> (bei notwendigen stationären Heilbehandlungen Einschaltung eines Kinderdienstes vor Ort oder Rücktransport)	✓	✓
g) <b>Unterstützung im Trauerfall</b>	✓ / 🔔	✓ / 🔔

### 2.2 Welche zusätzlichen Assistance-/Serviceleistungen im Rahmen der Tarifstufe GLOBALITY Vollschutz bieten wir?

- **Beachten Sie: die Tarifstufe GLOBALITY Stationär Plus sieht für die nachfolgenden Leistungen keine Erstattung vor!**

#### LEISTUNGSUMFANG

Leistungsumfang der Assistance im Rahmen eines Versicherungsfalls Die Erläuterung der unter Nr. 2.2 a) bis d) aufgeführten Leistungen finden Sie unter Nr. 2.3	GLOBALITY Vollschutz
a) <b>Zusätzliche medizinisch sinnvolle Unterstützung</b> (Auskünfte über Art, mögliche Ursachen und Heilbehandlungsmöglichkeiten der Erkrankung)	✓

b) Hilfe bei eventuell durch die Entsendung entstehenden psychischen Problemen  
(psychologisch-therapeutische Maßnahmen via Telefon)



c) Dokumentendepot  
(Hinterlegung, Hilfe bei Ersatzbeschaffung)



d) Vermittlung von Hilfe bei rechtlichen Schwierigkeiten



✓ Erstattung zu 100 Prozent Achtung: Leistungsbegrenzung!!

## 2.3 Erläuterung der unter den Nrn. 2.1 und 2.2 genannten Assistance-/Serviceleistungen

### zu 2.1

#### zu a) Information über medizinische Infrastruktur

Über unseren Service erhalten Sie im Versicherungsfall bzw. Notfall Auskünfte über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung vor Ort. Ebenfalls erfolgt durch unseren Service sowohl die Benennung von vor Ort verfügbaren deutsch-, englisch-, französisch- oder spanischsprachigen Ärzten und Krankenhausdiensten als auch die von Krankenhäusern, Spezialkliniken und Verlegungsmöglichkeiten.

#### zu b) Betreuung und Information

Es ist bereits bei einer notwendigen medizinischen Erstbetreuung vor Ort für Sie bzw. die Mitversicherten möglich, den ärztlichen Dienst unseres Services telefonisch einzuschalten.

Unser Service kann auf Ihren bzw. den Wunsch der Mitversicherten Ihre Angehörigen über den Versicherungsfall bzw. Notfall informieren – soweit dies technisch möglich ist.

Sie bzw. die Mitversicherten können sich durch unseren Service eine ärztliche Zweitmeinung (Second Opinion), d. h. einen zweiten ärztlichen Befund, bei lebensbedrohlichen Erkrankungen und schwerwiegenden, bleibenden gesundheitlichen Störungen einholen lassen.

Unser Service gewährt Ihnen bzw. den Mitversicherten im Rahmen einer stationären Heilbehandlung Unterstützung bei der Aufnahme- und Entlassungsplanung.

Eine Beobachtung des Krankheitsverlaufs durch Ärzte unseres Services und durch Assistance-Koordinatoren ist bei stationärer Heilbehandlung und bei Heilbehandlungen, die zur Vermeidung stationärer Aufnahme ambulant durchgeführt werden, möglich. Außerdem kann eine Abstimmung der Heilbehandlung und des Krankheitsverlaufs durch Arzt-zu-Arzt-Gespräche bei stationärer Heilbehandlung und bei Heilbehandlungen, die zur Vermeidung einer stationären Aufnahme ambulant durchgeführt werden, erfolgen.

#### zu c) Kostenübernahmegarantie und/oder Zahlung eines Vorschusses

Bei einem Notfall mit stationärer Heilbehandlung ist die Einschaltung unseres Services unverzüglich bzw. spätestens bei Aufnahme in das Krankenhaus erforderlich. Bei einer geplanten stationären Heilbehandlung ist spätestens 7 Tage vor Aufnahme die Einschaltung unseres Services erforderlich; dies gilt auch bei stationsersetzenden ambulanten Operationen.

Nur hierdurch kann bei geplanten stationären Heilbehandlungen oder bei stationären Notfallbehandlungen die Regelung einer Kostenübernahmegarantie und/oder Zahlung eines Vorschusses gegenüber den Ärzten bzw. dem Krankenhaus inklusive der ärztlichen Prüfung der Angemessenheit der medizinischen Rechnungen durch unseren Service erfolgen. Darüber hinaus stimmen wir auf Ihren Wunsch hin mit den Krankenhäusern den Rechnungsversand und die Zahlungsmodalitäten ab und bemühen uns um die Organisation einer zentralisierten Bezahlung.

In diesem Fall werden Sie bzw. die Mitversicherten von unserem Service über die Vorgehensweise schriftlich oder per E-Mail informiert.

**zu d) Zusätzliche Unterstützung**

Sind Sie bzw. die Mitversicherten auf die Einnahme lebensnotwendiger, im Aufenthaltsland jedoch nicht erhältlicher Medikamente angewiesen, können Sie unseren Service bitten, sich um die Beschaffung und den Versand dieser – gesetzlich zugelassenen – Medikamente zu kümmern.

Bei einer Verzögerung der Rückreise aus dem Aufenthaltsland wegen medizinischer Notfälle, die zu einer Reiseunfähigkeit führen, sorgt unser Service für die Umbuchung von Hotels und Flügen. Wir übernehmen die dabei entstehenden **Mehrkosten** bis zu einem Betrag von 2.000 EUR.

Erfolgt bei Ihnen bzw. den Mitversicherten eine stationäre Heilbehandlung aufgrund eines medizinischen Notfalls (sowohl im Aufenthaltsland als auch bei einer Urlaubs- oder Geschäftsreise) wird für die Organisation eines Krankenbesuches durch einen Familienangehörigen gesorgt. Hierfür organisiert unser Service die Reise eines Ihrer bzw. Familienangehörigen der Mitversicherten zum Ort des Krankenhauses und von dort zurück zum Wohnort, wenn der Krankenhausaufenthalt länger als 7 Tage dauert. Wir übernehmen die Kosten für ein Beförderungsmittel (Bahnfahrt 1. Klasse, Flug Economy Class) und eine Hotelunterkunft (bis 7 Tage) bis zu insgesamt 3.000 EUR – allerdings nur bei vorheriger Einschaltung unseres Services.

**zu e) Organisation des Krankentransports**

Unser Leistungsumfang im Hinblick auf einen Krankentransport ist im Leitfaden für den Versicherten geregelt (s. Nrn. 4.1 m) und 4.2 h)). Darüber hinaus haben Sie bei unzureichender stationärer medizinischer Versorgung einen Anspruch auf Krankentransport.

In diesem Fall erfolgt die Übernahme der Kosten für den Krankentransport unter folgenden Voraussetzungen:

- der Krankentransport muss ärztlich angeordnet und medizinisch notwendig sein
- eine vorherige Kostenzusage durch unseren Service muss erfolgt sein.

Der Krankentransport erfolgt nach Abstimmung zwischen unserem Service und dem behandelnden Arzt

- an einen für die weiteren Heilbehandlungen

geeigneteren Ort in einem Drittland (innerhalb der gewählten Zielregion)

- bei Heilbehandlungen außerhalb des Aufenthaltslandes an Ihren aktuellen Wohnsitz im Aufenthaltsland
- an Ihren letzten ständigen Wohnsitz im Ausreise- oder Heimatland.

Ein weltweites medizinisches Netz ermöglicht die Rückholung auch aus entlegenen Gebieten. Bei medizinischer Notwendigkeit wird auch die Transportbegleitung durch einen Arzt organisiert.

**zu f) Organisation des Rücktransports oder der Betreuung Ihrer Kinder**

Sollte aufgrund eines medizinischen Notfalls eine stationäre Heilbehandlung beider Eltern im Aufenthaltsland notwendig sein, übernehmen wir die Organisation einer Betreuung vor Ort durch einen Kinderdienst für die Dauer der stationären Heilbehandlung.

Tritt während einer Urlaubsreise (maximal 6 Wochen) ein medizinischer Notfall beider Eltern mit notwendiger stationärer Heilbehandlung ein, so haben Sie einen Anspruch auf einen begleiteten Rücktransport Ihres Kindes/Ihrer Kinder (bis 18 Jahre) an Ihren aktuellen Wohnsitz im Aufenthaltsland.

**zu g) Unterstützung im Trauerfall**

Der Todesfall im Ausland ist für die Angehörigen doppelt belastend. Auch hier hilft Ihnen unser Service. Er

- besorgt die Sterbeurkunde oder den Unfallbericht, soweit die gesetzlichen Bestimmungen dies zulassen
- stellt Kontakte zu den Behörden und Konsulaten im Ausland her
- stellt fest, welche Hinterbliebenen zu einer Überführungs- oder Einäscherungsverfügung berechtigt sind
- leitet gemäß den Bestimmungen des jeweiligen Landes alle Formalitäten für eine Überführung bzw. Einäscherung oder eine Bestattung vor Ort ein.

Wir erstatten bis zu einer Höhe von 10.000 EUR

- die unmittelbaren Kosten einer Überführung des Verstorbenen in das Ausreise- oder Heimatland (inklusive der Formalitäten)

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

Es erfolgt keine Übernahme der originären Bestattungskosten.

## zu 2.2

**Diese Assistance-/Serviceleistungen gelten ausschließlich für die Tarifstufe GLOBALITY Vollschutz!**

### zu a) Zusätzliche medizinisch sinnvolle

#### Unterstützung

Unser Service informiert Sie bzw. die Mitversicherten über allgemeine (Auskünfte über das Land, Zollformalitäten) und medizinische (Impfberatung, ärztliche telefonische Information) Reisevorbereitungen und gibt Ihnen Tipps bezüglich des Inhalts und der Beschaffung der Reiseapotheke bzw. des Verbandskastens.

Im Falle, dass Sie bzw. die Mitversicherten erkranken, können Sie durch unseren Service allgemeine Informationen über die Art, mögliche Ursachen und Heilbehandlungsmöglichkeiten der Erkrankung sowie Erklärung der medizinischen Fachbegriffe erlangen. Für Auskünfte zu Medikamenten bzw. identischen/vergleichbaren Präparaten und deren Neben- und Wechselwirkungen ist ebenfalls unser Service zuständig.

Bei ambulanten Heilbehandlungen klärt unser Service die Heilbehandlung und den Krankheitsverlauf gegebenenfalls durch Arzt-zu-Arzt-Gespräche ab und beobachtet den Verlauf und die weitere Betreuung dieser.

### zu b) Hilfe bei eventuell durch die Entsendung entstehenden psychischen Problemen

Sollte aufgrund der Entsendung bei Ihnen bzw. den Mitversicherten eine psychische Konfliktsituation entstehen, bietet unser Service psychologisch-therapeutische Maßnahmen via Telefon im Umfang von bis zu fünf Telefongesprächen und vermittelt bei Bedarf eine geeignete Hilfestellung vor Ort.

### zu c) Dokumentendepot (Hinterlegung, Hilfe bei Ersatzbeschaffung)

Kopien von Reisedokumenten (z. B. Pass, Personalausweis, Visum, Kreditkarte, Führerschein, Fahrzeugschein, Fahrzeugbrief, Impfaus-

weis, Allergiepass, Geschäftsunterlagen bis zu 20 Seiten A4) können bei unserem Service in einem verschlossenen Umschlag mit persönlichem Kennwort hinterlegt werden. Im Falle des Verlustes der Originale erfolgt Hilfe bei der Ersatzbeschaffung durch den Versand der Kopien per Post, per Kurierdienst oder per Telefax. Die Laufzeit des Dokumentendepots beträgt fünf Jahre, sofern keine Aktualisierungen durch Sie bzw. die Mitversicherten stattfinden.

### zu d) Vermittlung von Hilfe bei rechtlichen Schwierigkeiten

Unser Service benennt deutsch-, englisch-, französisch oder spanischsprachige Rechtsanwälte oder Gutachter weltweit. Bei Bedarf vermittelt unser Service einen Vorschuss für Rechtsanwaltskosten, einen Gerichtskostenvorschuss oder einen Strafkautionsvorschuss. Es erfolgt kein Vorschuss durch unseren Service; er stellt den Kontakt z. B. zur Hausbank, zu Verwandten oder zu Ihrem Versicherungsnehmer her und hilft gegebenenfalls beim Transfer des Betrages.

# Glossar

## ERLÄUTERUNG VERWENDETER BEGRIFFE IM SINNE DES TARIFS GLOBALITY

<b>Arzt</b>	Ein Arzt ist ein Mediziner (Allgemeinmediziner oder Spezialist) oder Inhaber eines medizinischen Diploms, der gesetzlich anerkannt ist und in dem Land, in dem die Behandlung erfolgt, zur ärztlichen Heilbehandlung zugelassen ist (s. Heilbehandlung). Sie bzw. die Mitversicherten können den Arzt, der diese Kriterien erfüllt, frei wählen.
<b>Anschluss-rehabilitation</b>	Eine Anschlussrehabilitation ist eine medizinische Maßnahme zur Wiederherstellung des früheren körperlichen Zustandes nach einer schweren Krankheit/Operation, z. B. nach Bypass-OP, Herzinfarkt, Transplantation von Organen sowie Operation an großen Knochen oder Gelenken, oder eines schweren Unfalles. Weitere Informationen zum Leistungsumfang erhalten Sie unter Nrn. 4.1 t) und 4.6.2.
<b>Assisteur</b>	Der Assisteur ist darauf spezialisiert, Versicherten in Notsituationen bzw. bei Krankenhausaufenthalten mit Rat und Tat zur Seite zu stehen. Zusätzliche Serviceleistungen, die Ihnen und den Mitversicherten den Aufenthalt in der Fremde erleichtern sollen sowie die Erstattung bestimmter Kosten, wie z. B. Rücktransportkosten, werden über unseren Assisteur erbracht. Das komplette Leistungsspektrum können Sie dem beiliegenden Leitfaden der Assistance entnehmen.
<b>Aufenthaltsland</b>	Das Aufenthaltsland ist das Land, in welches Sie z. B. Ihr Arbeitgeber für mindestens 1 Jahr entsendet hat (s. Ausreiseland und Heimatland).
<b>Ausreiseland</b>	Das Ausreiseland ist das Land, aus dem z. B. Ihr Arbeitgeber Sie entsendet hat und in dem Sie sich vor der Entsendung dauerhaft aufgehalten haben (s. Aufenthaltsland).
<b>Behandler</b>	Behandler 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 Behandler fassen wir: Heilpraktiker, Logopäden/Sprachheiltherapeuten und Hebammen/Entbindungspfleger sowie die in eigener Praxis tätigen Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe (z. B. Masseur, Masseur und medizinischer Bademeister, Krankengymnast oder Physiotherapeut). Sie bzw. der Mitversicherte können den Behandler, der diese Kriterien erfüllt, frei wählen.
<b>Beitrag</b>	Der Beitrag ist der Preis der Versicherung.
<b>Beitrittserklärung/Anmeldung</b>	Der Beitritt zum Gruppenversicherungsvertrag erfolgt für Sie mittels einer sogenannten Beitrittserklärung, mit der Sie auch die Mitversicherung des Ehepartners oder Lebenspartners und der Kinder beantragen können.
<b>Bemessungsgrundlagen</b>	Die Bemessungsgrundlagen sind die Grundlagen, auf denen die Berechnungen der ärztlichen bzw. zahnärztlichen Leistungen beruhen. Sie können sich von Land zu Land unterscheiden. In Deutschland sind die Bemessungsgrundlagen und Höchstsätze für ärztliche bzw. zahnärztliche Leistungen in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) festgelegt.
<b>Berechnungsgrundlagen</b>	Die Berechnungsgrundlagen sind unsere technischen Grundlagen zur Beitragskalkulation.

<b>Ersatz-Krankenhaus-tagegeld</b>	Sollten Sie oder ein Mitversicherter für eine unter Versicherungsschutz stehende, medizinisch notwendige stationäre Krankenhausbehandlung keine Kostenerstattung bei uns beanspruchen, zahlen wir als Ersatz pauschal 100 EUR pro Tag eines ärztlich verordneten und durchgeführten Krankenhausaufenthaltes (s. Nrn. 4.1 r) und 6.3 b)).
<b>Entsendung</b>	Eine Entsendung ist ein vom Arbeitgeber indizierter beruflicher langfristiger Auslandsaufenthalt, der einen speziellen Entsendungsvertrag zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer voraussetzt.
<b>Heilbehandlung</b>	Unter Heilbehandlung verstehen wir 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 medizinisch notwendig, wenn es nach den objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Behandlung vertretbar war, sie als medizinisch notwendig anzusehen.
<b>Heilmittel</b>	Die Erläuterung des Begriffes finden Sie unter Nrn. 4.6.2 zu h) und 4.6.3 zu f).
<b>Hilfsmittel</b>	Die Erläuterung des Begriffes finden Sie unter Nrn. 4.6.2 zu i) und 4.6.3 zu g).
<b>Heimatland</b>	Das Heimatland ist das Land, dessen Staatsangehörigkeit Sie bzw. die Mitversicherten besitzen oder in das Sie bzw. die Mitversicherten im Todesfall überführt werden wollen (s. Aufenthaltsland und Ausreiseland).
<b>Krankenhaus</b>	Einrichtung zur stationären und teilweise ambulanten Heilbehandlung, die in dem Land, in dem sie betrieben wird, anerkannt und zugelassen ist. Für unsere Kostenübernahme ist erforderlich, dass das Krankenhaus unter ständiger ärztlicher Leitung steht, über ausreichende diagnostische sowie therapeutische Möglichkeiten verfügt und Krankengeschichten führt. Für medizinisch notwendige Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die obigen Voraussetzungen erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn wir diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt haben. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet. Folgende Einrichtungen gelten nicht als Krankenhaus: Erholungs- und Pflegeheime, Kureinrichtungen, Kur- oder Badezentren sowie Sanatorien.
<b>Notfall</b>	Unter Notfall verstehen wir den plötzlichen, akuten Eintritt einer Krankheit oder die akute Verschlechterung des Gesundheitszustandes, welche eine unmittelbare Bedrohung Ihrer Gesundheit oder die der betroffenen Mitversicherten darstellt.
<b>Obliegenheiten</b>	Obliegenheiten sind Verhaltensnormen, deren Einhaltung die Voraussetzung für den Erhalt der Leistungsansprüche aus dem Versicherungsvertrag sind.
<b>Onkologie</b>	Die Onkologie (s. Nr. 4.1 l)) ist ein Teilgebiet der inneren Medizin, das sich mit der Entstehung und Behandlung von Tumoren und tumorbedingten Krankheiten befasst.
<b>Second Opinion</b>	Second Opinion oder ärztliche Zweitmeinung ist eine medizinische Beratung durch einen anderen, bisher nicht beteiligten Arzt bei lebensbedrohlichen Erkrankungen und schwerwiegenden, bleibenden gesundheitlichen Störungen.
<b>Selbstbeteiligung</b>	Eine Selbstbeteiligung bewirkt, dass der Versicherte einen bestimmten Teil der Kosten selbst trägt. Eine Selbstbeteiligung kann sowohl eine absolute als auch eine prozentuale Eigenbeteiligung des Versicher-

ten bzw. des Mitversicherten an unseren Erstattungsleistungen sein. Wurde eine Selbstbeteiligung vereinbart, so dokumentieren wir diese im Versicherungsausweis. Eine Selbstbeteiligung kann nur im Vollschutz vereinbart werden (s. Nr. 4.4).

<b>Tarifstufe</b>	Der Tarif GLOBALITY besteht aus den Tarifstufen GLOBALITY Stationär Plus für stationäre Aufwendungen und GLOBALITY Vollschutz für stationäre, ambulante und zahnärztliche Aufwendungen. Die GLOBALITY Vollschutz Varianten mit Selbstbehalt sind in Ihrem Ausweis als solches mit den absoluten bzw. prozentualen Zahlen numerisch ausgewiesen.
<b>Teilstationärer Aufenthalt</b>	Als teilstationär 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.
<b>Umwandlung</b>	Eine Umwandlung ist die Änderung eines bei uns bestehenden Versicherungsschutzes, z. B. durch die Vereinbarung einer geänderten Selbstbeteiligung bzw. Selbstbehaltes, unter Wahrung der Rechte, die Sie bzw. die Mitversicherten aus den vorher ununterbrochen bei uns bestandenen Versicherungen erworben haben.
<b>Versicherter/ Mitversicherter</b>	Versicherter sind Sie z. B. als Arbeitnehmer, da Ihr Arbeitgeber oder Verband oder Ihre Organisation mit uns zu Ihren Gunsten einen Versicherungsvertrag abgeschlossen hat. Mitreisende Ehepartner oder Lebenspartner und Kinder müssen grundsätzlich mitversichert werden.
<b>Versicherungsbeginn/ Beginn des Versicherungsschutzes</b>	Für Sie und die Mitversicherten beginnt der Versicherungsschutz mit dem ersten Tag Ihrer Entsendung ins Ausland (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Beginn des mit Ihrem Versicherungsnehmer geschlossenen Gruppenversicherungsvertrages sowie nicht vor dem Zugang der Beitrittserklärung bzw. des Antrages auf Mitversicherung bei uns. Sofern die Mitversicherten erst später ins Ausland nachziehen, beginnt deren Versicherungsschutz jeweils mit deren Abreise aus dem Ausreiseland. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn fällt.
<b>Versicherungsausweis</b>	Den für Sie und den Mitversicherten vereinbarten Versicherungsschutz sowie den jeweils zu zahlenden Beitrag (s. Nr. 10) dokumentieren wir in einem Versicherungsausweis. Sie erhalten ein Exemplar dieses Leitfadens, des Leitfadens der Assistance, eine Abschrift des Gruppenversicherungsvertrages, die Verbraucherinformationen und Ihren Versicherungsausweis.
<b>Versicherungsende</b>	Die Erläuterung des Begriffes finden Sie unter Nr. 12.
<b>Versicherungsfall</b>	Der Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung von Ihnen oder der Mitversicherten wegen Krankheit oder Unfall bzw. deren Folgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Soweit die vereinbarte Tarifstufe Erstattungsleistungen hierfür vorsieht, gelten als Versicherungsfall auch: <ul style="list-style-type: none"> <li>- ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten jeglicher Art</li> <li>- Untersuchungen und medizinisch notwendige Behandlungen wegen Schwangerschaft und die Entbindung sowie</li> <li>- Aufwendungen für den Krankenhausaufenthalt des gesunden Säuglings nach der Entbindung im Falle der Versicherung nach Nr. 14</li> <li>- Ihr Tod bzw. der Tod der Mitversicherten</li> </ul>

<b>Versicherungsnehmer</b>	Versicherungsnehmer ist z. B. Ihr Arbeitgeber, Ihr Verband oder Ihre Organisation. Zwischen ihm und uns wurde der Gruppenversicherungsvertrag geschlossen.
<b>Vorerkrankungen</b>	Vorerkrankungen sind bei Versicherungsbeginn bestehende Krankheiten und deren Folgen sowie Folgen von Unfällen, die Ihnen oder den Mitversicherten bekannt sind bzw. behandelt werden. Durch besondere Vereinbarung mit dem Versicherungsnehmer können diese in den Gruppenversicherungsvertrag grundsätzlich eingeschlossen werden.
<b>Zahnarzt</b>	Behandler, der sich vorrangig mit den Erkrankungen der Zähne und dem Mundraum beschäftigt.
<b>Zielregion</b>	Der Versicherungsschutz gilt in folgenden Zielregionen: Zielregion I: Weltweit mit USA Zielregion II: Weltweit ohne USA

---

# Medizinisches Glossar

ERLÄUTERUNG VERWENDETER BEGRIFFE IM SINNE DES TARIFS GLOBALITY

(Ausführlichere Definitionen finden Sie auf unserer Homepage [www.dkv.com](http://www.dkv.com))

<b>AIDS</b>	AIDS ist die Abkürzung für Acquired Immune Deficiency Syndrome, d.h. „Erworbenes Immundefekt-syndrom“. Schwere Immunschwächekrankheit.
<b>Akupunktur</b>	Die Akupunktur 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; schulmedizinisch bisher in erster Linie zur Behandlung von Schmerzen anerkannt.
<b>Alzheimer Krankheit</b>	Die Alzheimer Krankheit ist eine fortschreitende, degenerative Erkrankung, die das Gehirn befällt und Gedächtnis, Verhalten und Intelligenz stark beeinträchtigt.
<b>Arzneimittel</b>	Arzneimittel sind Wirkstoffe, die allein oder im Gemisch mit anderen Substanzen in der Diagnostik oder der Therapie von Krankheiten, Leiden, Körperschäden oder krankhaften Beschwerden angewandt werden. Als Arzneimittel gelten nicht Lebensmittel, kosmetische Mittel, Körperpflegemittel. Arzneimittel müssen vom Arzt verordnet und aus der Apotheke bezogen werden. Synonyme Begriffe: Medikamente, Pharmaka.
<b>Chiropraktik</b>	Die Chiropraktik wird auch als manuelle Therapie bezeichnet. Durch bestimmte Handgriffe werden gegeneinander verschobene oder verrenkte Wirbelkörper oder andere Gelenke wieder „eingrichtet“.
<b>Critical Illness</b>	Unter Critical Illness versteht man den Eintritt einer schwerwiegenden, potentiell lebensbedrohlichen Erkrankung. Critical Illness im Sinne des Tarifs GLOBALITY beschränkt sich auf die explizit in den AVB aufgezählten Erkrankungen.
<b>Diabetes Mellitus</b>	Beim Diabetes Mellitus (allgemein auch als „Zuckerkrankheit“ bekannt) handelt es sich um eine chronische Stoffwechselerkrankung, die durch einen erhöhten Blutzuckerspiegel gekennzeichnet ist.
<b>Dialyse</b>	Die Dialyse, allgemein auch als „Blutwäsche“ bekannt, ist ein Verfahren zur Entfernung harnpflichtiger Substanzen, überflüssigen Wassers und von Giftstoffen aus dem Blut mit Hilfe einer künstlichen Niere. Sie wird notwendig, wenn die Funktion der natürlichen Nieren hochgradig eingeschränkt ist.
<b>Diphtherie</b>	Diphtherie ist eine akute, manchmal lebensbedrohliche bakterielle Infektion, die in den meisten Fällen die oberen Atemwege befällt. Die Infektion erfolgt über Tröpfcheninfektion von Mensch zu Mensch, also durch Husten und Niesen.
<b>Enzephalitis</b>	Enzephalitis ist eine Infektion der Gehirns substanz durch verschiedene Erreger.
<b>Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen</b>	Der zahnärztlichen Heilbehandlung zuzuordnende Untersuchungs- und Behandlungsmethode zur Diagnose von Störungen und Erkrankungen des gesamten Kauapparates.
<b>Hepatitis A und B</b>	Bei Hepatitis A und B handelt es sich um eine Entzündung der Leber durch die Hepatitis Viren vom Typ A bzw. Typ B

<b>Hauswirtschaftliche Versorgung</b>	Hauswirtschaftliche Versorgung ist ein Teil der häuslichen Pflegehilfe. Sie umfasst Hilfeleistungen bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung, wie das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.
<b>Homöopathie</b>	Homöopathie 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.
<b>Hydrotherapie</b>	Hydrotherapie ist die gezielte Heilbehandlung durch Anwendung von Wasser.
<b>ICD-Codes</b>	ICD steht für International Classification of Diseases. Es ist ein internationales System zur Verschlüsselung und Klassifikation aller bekannten Diagnosen.
<b>Implantologische Leistungen</b>	Unter implantologischen Leistungen versteht man das Einsetzen zahnärztlicher Implantate (Metall- oder Keramikkörper) als Zahnwurzelersatz oder in unbezahnte Kiefer.
<b>Konservierende Leistungen</b>	Konservierende Leistungen sind Maßnahmen, die der Erhaltung der Zähne (z. B. Füllungstherapie, Wurzelkanalbehandlungen) dienen.
<b>Krebs</b>	Krebs 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.
<b>Kur- und Sanatoriumsbehandlung</b>	Eine Kur- bzw. Sanatoriumsbehandlung dient der Festigung des Gesundheitszustandes.
<b>Leukämie</b>	Unter Leukämie versteht man eine Krebserkrankung der weißen Blutzellen (Leukozyten). Man unterscheidet dabei zwischen akuten und chronischen Leukämien.
<b>Malaria</b>	Malaria ist eine Infektionskrankheit, die durch den Stich der Anophelesmücke von einem Menschen auf den anderen übertragen wird. Bei Reisen in Malariagebiete empfiehlt sich dringend eine Malariaprophylaxe.
<b>Malignes Melanom</b>	Das maligne Melanom (schwarzer Hautkrebs) ist ein bösartiger Tumor, der von den Pigmentzellen der Haut ausgeht. Die wichtigsten Risikofaktoren für die Entstehung eines Melanoms sind ein heller Hauttyp und die Einwirkung von UV-Strahlen.
<b>Meningitis</b>	Unter Meningitis versteht man die Entzündung der Hirnhäute (Meningen).
<b>Milzbrand</b>	Milzbrand ist eine bakterielle Infektionskrankheit. Beim Menschen tritt die Krankheit vor allem in warmen Regionen mit intensiver Viehzucht auf. Der Erreger kann durch kleine Hautwunden in den Körper gelangen; außerdem können infektiöse Partikel durch die Inhalation über die Luft in die Lunge gelangen oder mit der Nahrung durch ungenügend gekochtes Fleisch aufgenommen werden.
<b>Morbus Crohn</b>	Morbus Crohn ist eine chronische, überwiegend schubweise verlaufende Entzündung aller Schichten der Darmwand.

<b>Morbus Hodgkin</b>	Als Morbus Hodgkin bezeichnet man Lymphdrüsenkrebs; die Krankheit beginnt schleichend mit schmerzlosen, geschwollenen Lymphdrüsen, die auch versteckt im Brustkorb oder in der Bauchhöhle sitzen können.
<b>Mukoviszidose</b>	Mukoviszidose ist eine erbliche, nicht heilbare Erkrankung, die zu schweren Störungen von Atmung und Verdauung führt.
<b>Onkologie</b>	Die Onkologie ist ein Teilgebiet der inneren Medizin, das sich mit der Entstehung, Diagnostik und Behandlung von Tumoren und tumorbedingten Krankheiten befasst.
<b>Osteopathie</b>	Die osteopathische 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.
<b>Prophylaxemaßnahmen</b>	Prophylaxemaßnahmen 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.).
<b>Schulmedizin</b>	Schulmedizin ist die an Universitäten gelehrt, wissenschaftlich fundierte und daher allgemein anerkannte und angewandte Form der Medizin (Heilkunde).
<b>Stationersetzende ambulante Operationen</b>	Operationen, die ambulant sowohl beim Arzt als auch im Krankenhaus durchgeführt werden können, bei denen aber keine anschließende Übernachtung und kein anschließender stationärer Aufenthalt im Krankenhaus erforderlich ist.
<b>Tetanus</b>	Tetanus ist eine schwere, akute Infektionskrankheit, die durch das Gift der Tetanusbakterien hervorgerufen wird und sich in einer krampfartigen Starre der Muskulatur äußert (Wundstarrkrampf). Den besten Schutz vor Tetanus erhält man durch eine Impfung, die nach der Grundimpfung (drei Impfungen im Säuglingsalter) alle zehn Jahre aufgefrischt werden muss.
<b>Tuberkulose</b>	Tuberkulose (abgekürzt Tbc) ist eine chronisch verlaufende bakterielle Infektionskrankheit, die in erster Linie die Lunge befällt.
<b>Typhus</b>	Bei Typhus handelt es sich um eine schwere Durchfallerkrankung; die bakterielle Infektion erfolgt über fäkal verunreinigte Lebensmittel und Wasser.
<b>Verbandmittel</b>	Verbandmittel sind Mittel zur Durchführung von Verbänden.

# Verbraucherinformationen

## Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

### § 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

### § 19 Anzeigepflicht

(1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

### § 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Ver-

hältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

### § 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

(2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

### § 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungs-

nehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

### **§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen**

(1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.







DKV Deutsche Krankenversicherung AG  
Abteilung Internationale Krankenversicherung Firmen

50594 Köln  
Telefon 02 21/5 78 22 99  
Telefax 02 21/ 5 78 41 10  
[globality@dkv.com](mailto:globality@dkv.com), [www.globality.dkv.com](http://www.globality.dkv.com)