

# VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

## für Auslandsrankenversicherungen (VB Teil II – Allianz Partners AWP Health & Life)

### Leistungsbeschreibung

Leistungen		EXPAT INFINITY BASIC	EXPAT INFINITY CLASSIC	EXPAT INFINITY PREMIUM
	<b>Jahreshöchstbetrag</b>	1.000.000 Euro	unbegrenzt	unbegrenzt
A1	<b>Ambulante Heilbehandlung</b>	Keine Leistung	<b>100%</b> des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung als Privatpatient, ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen im Rahmen der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für den entsprechenden Berufsstand, höchstens jedoch bis 15.000 Euro pro Versicherungsjahr.	<b>100%</b> des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung als Privatpatient, ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen im Rahmen der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für den entsprechenden Berufsstand.
A2	<b>Stationäre Heilbehandlung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) <b>100%</b> für medizinisch notwendige Krankenhausbehandlung und behandlungsbedingte Unterbringung. Im Ausland als Privatpatient im Zweibettzimmer, in Deutschland in der allgemeinen Pflegeklasse (bitte beachten Sie hierzu VB Teil I, § 5, Abs. 8).</li> <li>b) <b>100%</b> für medizinisch notwendige Operationen, Röntgen-, Strahlenbehandlung und -diagnostik.</li> <li>c) Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2b besteht Versicherungsschutz für medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) <b>100%</b> für medizinisch notwendige Krankenhausbehandlung und behandlungsbedingte Unterbringung. Im Ausland als Privatpatient im Zweibettzimmer, in Deutschland in der allgemeinen Pflegeklasse (bitte beachten Sie hierzu VB Teil I, § 5, Abs. 8).</li> <li>b) <b>100%</b> für medizinisch notwendige Operationen, Röntgen-, Strahlenbehandlung und -diagnostik.</li> <li>c) Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2b besteht Versicherungsschutz für medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) <b>100%</b> für medizinisch notwendige Krankenhausbehandlung und behandlungsbedingte Unterbringung als Privatpatient im Einbettzimmer in der einfachsten Form, soweit möglich.</li> <li>b) <b>100%</b> für medizinisch notwendige Operationen, Röntgen-, Strahlenbehandlung und -diagnostik.</li> <li>c) Als Ersatz bzw. zur Abkürzung eines medizinisch notwendigen stationären Krankenhausaufenthaltes werden nach vorheriger schriftlicher Leistungszusage des Versicherers bzw. dessen Beauftragten die Kosten für eine häusliche Krankenpflege und hauswirtschaftliche Versorgung pro Versicherungsjahr bis zu 90 Tage, höchstens jedoch bis 100 Euro pro Tag, übernommen. Die häusliche Krankenpflege und hauswirtschaftliche Versorgung muss zusätzlich zur ärztlichen Heilbehandlung erfolgen und darf nur von einer zur Pflegekraft ausgebildeten Person übernommen werden. Die häusliche Krankenpflege und hauswirtschaftliche Versorgung darf nicht für eine dauerhafte Pflegebedürftigkeit eingesetzt werden.</li> <li>d) <b>100%</b> der Kosten für die Unterbringung eines Elternteils als Begleitperson bei der stationären Behandlung versicherter minderjähriger Kinder.</li> <li>e) Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2b besteht Versicherungsschutz für medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung.</li> </ul>
A3	<b>Arznei-, Verband- und Heilmittel</b>	Im Rahmen von stationären Heilbehandlungen (Punkt A2).	<b>100%</b> , soweit ärztlich verordnet und medizinisch notwendig.	<b>100%</b> , soweit ärztlich verordnet und medizinisch notwendig.
A4	<b>Zahnmedizinische Heilbehandlung</b>	Keine Leistung	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) <b>100%</b> des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige ambulante zahnärztliche Behandlung. Inlays und Onlays sind nicht versichert.</li> <li>b) Pro Jahr Vertragslaufzeit ist zu <b>100%</b> des Rechnungsbetrages eine einmalige Vorsorgeuntersuchung mitversichert.</li> <li>c) Vorsorgebehandlungen (professionelle Zahnreinigung und Fluoridierung) sind nicht erstattungsfähig.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) <b>100%</b> des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige ambulante zahnärztliche Behandlung. Inlays und Onlays sind ausschließlich als Zahnersatzbehandlung versichert.</li> <li>b) Pro Jahr Vertragslaufzeit ist zu <b>100%</b> des Rechnungsbetrages eine zweimalige Vorsorgeuntersuchung mitversichert.</li> <li>c) <b>100%</b> des Rechnungsbetrages für Vorsorgebehandlungen (professionelle Zahnreinigung und Fluoridierung), höchstens jedoch bis 150 Euro pro Jahr Vertragslaufzeit.</li> </ul>

Fortsetzung auf nächster Seite ▶

Leistungen		EXPAT INFINITY <b>BASIC</b>	EXPAT INFINITY <b>CLASSIC</b>	EXPAT INFINITY <b>PREMIUM</b>
A5	<b>Zahnersatz/Kieferorthopädische Maßnahmen</b>	Keine Leistung	Keine Leistung	<p>Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2q besteht Versicherungsschutz für Versicherungsfälle, die nach Ablauf der Wartezeit von 8 Monaten eingetreten sind für</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>90%</b> des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendigen Zahnersatz und</li> <li>• bis zu einem Alter von 18 Jahren für medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlungen,</li> <li>• höchstens jedoch bis insgesamt 3.000 Euro in den ersten beiden Versicherungsjahren,</li> <li>• bis insgesamt 5.000 Euro in den ersten drei Versicherungsjahren,</li> <li>• ab dem vierten Versicherungsjahr höchstens bis 4.000 Euro pro Versicherungsjahr.</li> </ul> <p>Für in der Vertragslaufzeit unfallbedingt erforderlichen Zahnersatz besteht Versicherungsschutz ohne Wartezeit innerhalb der Höchstgrenzen. Bei unterjährigen An-/Abmeldungen werden die genannten Beträge anteilig berechnet.</p>
A6	<b>Vorsorgeuntersuchungen</b>	Keine Leistung	<p>Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2f und i besteht Versicherungsschutz für</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) ambulante Vorsorgeuntersuchung für Kinder, inklusive aller damit verbundenen Impfungen nach in Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen.</li> <li>b) ambulante Vorsorgeuntersuchungen für Erwachsene zur Früherkennung von Krebserkrankungen nach in Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen.</li> </ul>	<p>Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2f und i besteht Versicherungsschutz für</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) ambulante Vorsorgeuntersuchung für Kinder, inklusive aller damit verbundenen Impfungen nach in Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen. Reiseschutzimpfungen für Kinder sind bis zu 250 Euro pro Versicherungsjahr, inklusive der Impfstoffe sowie Prophylaxe Maßnahmen, versichert.</li> <li>b) Impfungen, inklusive Reiseschutzimpfungen ab dem 18. Lebensjahr, bis zu 600 Euro pro Versicherungsjahr, inklusive der Impfstoffe sowie Prophylaxe Maßnahmen.</li> <li>c) ambulante Vorsorgeuntersuchungen für Erwachsene zur Früherkennung von Krebserkrankungen nach in Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen.</li> <li>d) folgende Vorsorgeuntersuchungen: Allgemeine Gesundheitsuntersuchung, EKG, Belastungs-EKG, Cholesterin- und Blutzuckerbestimmung, Harnuntersuchung, höchstens jedoch bis 300 Euro pro Versicherungsjahr und versicherter Person und sofern zusammen mit der Rechnung die Untersuchungsergebnisse eingereicht werden.</li> </ul>

Fortsetzung auf nächster Seite ▶

Leistungen		EXPAT INFINITY BASIC	EXPAT INFINITY CLASSIC	EXPAT INFINITY PREMIUM
A7	<b>Leistungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Entbindung</b>	Keine Leistung	Keine Leistung	<p>Versicherungsschutz besteht für</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) ärztliche Behandlungen einschließlich Schwangerschaftsuntersuchungen und Schwangerschaftsbehandlungen, sofern die Schwangerschaft bei Beginn des Versicherungsverhältnisses der versicherten Person noch nicht bestanden hat sowie Behandlungen wegen Fehlgeburt;</li> <li>b) durch akute Beschwerden hervorgerufene, medizinisch notwendige Schwangerschaftsbehandlungen und Behandlungen wegen Fehlgeburt sowie medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche und Entbindungen bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche (Frühgeburt), auch wenn die Schwangerschaft bei Beginn des Versicherungsverhältnisses der versicherten Person bereits bestanden hat, sofern die Behandlungsnotwendigkeit zu diesem Zeitpunkt noch nicht feststand;</li> <li>c) Entbindungen nach Ablauf der Wartezeit von 8 Monaten;</li> <li>d) Unterbringung bei stationären Entbindungen im Familienzimmer, in der jeweils einfachsten Form. <b>100%</b> der Kosten für die Unterbringung des Ehe-/Lebenspartners, sofern dieser im selbigen Vertrag versichert ist, höchstens jedoch bis 200 Euro pro Tag.</li> </ul>
A8	<b>Unfruchtbarkeitsbehandlungen</b>	Keine Leistung	Keine Leistung	<p>Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2h besteht nach vorheriger Prüfung und schriftlicher Leistungszusage des Versicherers bzw. dessen Beauftragten sowie nach einer Wartezeit von 24 Monaten pro versichertem Paar Versicherungsschutz für Behandlungen wegen Sterilität, einschließlich künstlicher Befruchtungen bis zu <b>60%</b> der gesamten Behandlungskosten, höchstens jedoch bis 6.000 Euro, gerechnet über die gesamte Lebensdauer. Als Paar gelten Ehe- und Lebenspartner, die nachweislich in einer häuslichen Gemeinschaft leben. Für die Übernahme der Kosten sind folgende Voraussetzungen zu erfüllen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die angewandten Behandlungen müssen im Rahmen der in Deutschland geltenden gesetzlichen Vorgaben (u. a. Embryonenschutzgesetz (EschG) und Präimplantationsdiagnostikgesetz (PräimpG)) erfolgen;</li> <li>• Zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns müssen Frauen unter 40 Jahre alt sein sowie Männer unter 50 Jahre;</li> <li>• Die Unfruchtbarkeit muss aufgrund eines natürlichen, organisch bedingten Umstandes bestehen und kann nur durch Maßnahmen der assistierten Reproduktion überwunden werden;</li> <li>• Sowohl die Frau als auch der Mann müssen in selbigem Vertrag seit mindestens 24 Monaten versichert sein.</li> </ul>

Fortsetzung auf nächster Seite ►

Leistungen		EXPAT INFINITY BASIC	EXPAT INFINITY CLASSIC	EXPAT INFINITY PREMIUM
A9	<b>Hilfsmittel</b>	Keine Leistung	Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2g besteht, sofern ärztlich verordnet und medizinisch notwendig, Versicherungsschutz für Hilfsmittel und deren Reparaturkosten jeweils bis zu <b>80%</b> des Rechnungsbetrages, höchstens jedoch bis insgesamt 1.000 Euro pro Versicherungsjahr. Bei unterjährigen An-/Abmeldungen werden die genannten Beträge anteilig berechnet.	Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2g besteht, sofern ärztlich verordnet und medizinisch notwendig, Versicherungsschutz für Hilfsmittel und deren Reparaturkosten jeweils bis zu <b>80%</b> des Rechnungsbetrages, höchstens jedoch bis insgesamt 2.000 Euro pro Versicherungsjahr. Bei unterjährigen An-/Abmeldungen werden die genannten Beträge anteilig berechnet.
A10	<b>Sehhilfen inkl. Sehtest</b>	Keine Leistung	Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2g besteht Versicherungsschutz für Sehhilfen bis zu 50 Euro pro versicherter Person und Versicherungsjahr. Sehtests sind zu <b>100%</b> versichert.	Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2g besteht Versicherungsschutz für Sehhilfen nach einer Wartezeit von 12 Monaten. Nach dieser Wartezeit werden alle drei Versicherungsjahre jeweils bis zu 600 Euro pro versicherter Person geleistet. Bei unterjährigen An-/Abmeldungen werden die genannten Beträge anteilig berechnet. Sehtests sind zu <b>100%</b> versichert.
A11	<b>Augenlasern</b>	Keine Leistung	Keine Leistung	Nach vorheriger Prüfung und schriftlicher Leistungszusage des Versicherers bzw. dessen Beauftragten sowie nach einer Wartezeit von 12 Monaten besteht Versicherungsschutz für Augenlaserbehandlungen sowie alle in diesem Zusammenhang notwendigen Untersuchungen und Behandlungen vor und nach der Laserbehandlung, bis insgesamt 2.500 Euro je Auge und pro Vertragslaufzeit.
A12	<b>Psychotherapie</b>	Keine Leistung	Keine Leistung	Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2e besteht Versicherungsschutz für a) ambulante psychotherapeutische Behandlungen, jeweils bis zu <b>80%</b> des Rechnungsbetrages, höchstens jedoch bis 2.000 Euro pro Versicherungsjahr. Bei unterjährigen An-/Abmeldungen werden die genannten Beträge anteilig berechnet. Ansprüche aus einem Versicherungsjahr können nicht auf folgende Versicherungsjahre übertragen werden. b) stationäre psychotherapeutische Behandlungen bis zu 30 Tage pro Vertragslaufzeit.  Die Leistungsausschlüsse gemäß VB Teil I, § 6, Abs. 2l und n bleiben hiervon unberührt. Abweichend von VB Teil I, § 5, Abs. 6 sind psychotherapeutische Behandlungen durch Heilpraktiker nicht erstattungsfähig.

Fortsetzung auf nächster Seite ►

Leistungen		EXPAT INFINITY <b>BASIC</b>	EXPAT INFINITY <b>CLASSIC</b>	EXPAT INFINITY <b>PREMIUM</b>
A13	<b>Krankentransport/Rücktransport/Überführung</b>	<p>a) <b>100%</b> für Krankentransporte zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare, geeignete Krankenhaus und bei Erstversorgung nach einem Unfall zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt und zurück.</p> <p>b) Der Versicherer erstattet für einen medizinisch notwendigen Rücktransport an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• innerhalb eines Kontinentes bis 5.000 Euro,</li> <li>• kontinentübergreifend bis 10.000 Euro.</li> </ul> <p>Muss für einen Rücktransport ein zugelassenes Sanitätsflugzeug in Anspruch genommen werden, entfällt die Leistungsbegrenzung. Für den Rücktransport ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen, soweit dies aus medizinischen Gründen möglich ist. Medizinische Notwendigkeit für einen Rücktransport liegt vor, wenn im Aufenthaltsland eine ausreichende medizinische Versorgung nicht gewährleistet ist. Eine ärztliche Bescheinigung des behandelnden Arztes im Ausland über die medizinische Notwendigkeit des Rücktransportes ist vorzulegen.</p> <p>c) Der Versicherer erstattet für eine Überführung an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• innerhalb eines Kontinentes bis 5.000 Euro,</li> <li>• kontinentübergreifend bis 10.000 Euro.</li> </ul> <p>Für die Überführung ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen.</p>	<p>a) <b>100%</b> für Krankentransporte zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare, geeignete Krankenhaus und bei Erstversorgung nach einem Unfall zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt und zurück.</p> <p>b) Der Versicherer erstattet für einen medizinisch notwendigen Rücktransport an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• innerhalb eines Kontinentes bis 5.000 Euro,</li> <li>• kontinentübergreifend bis 10.000 Euro.</li> </ul> <p>Muss für einen Rücktransport ein zugelassenes Sanitätsflugzeug in Anspruch genommen werden, entfällt die Leistungsbegrenzung. Für den Rücktransport ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen, soweit dies aus medizinischen Gründen möglich ist. Medizinische Notwendigkeit für einen Rücktransport liegt vor, wenn im Aufenthaltsland eine ausreichende medizinische Versorgung nicht gewährleistet ist. Eine ärztliche Bescheinigung des behandelnden Arztes im Ausland über die medizinische Notwendigkeit des Rücktransportes ist vorzulegen.</p> <p>c) Der Versicherer erstattet für eine Überführung an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• innerhalb eines Kontinentes bis 5.000 Euro,</li> <li>• kontinentübergreifend bis 10.000 Euro.</li> </ul> <p>Für die Überführung ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen.</p>	<p>a) <b>100%</b> für Krankentransporte zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare, geeignete Krankenhaus und bei Erstversorgung nach einem Unfall zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt und zurück.</p> <p>b) Der Versicherer erstattet, abweichend von VB Teil I, § 5, Abs. 12, für einen medizinisch sinnvollen Rücktransport an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• innerhalb eines Kontinentes bis 5.000 Euro,</li> <li>• kontinentübergreifend bis 10.000 Euro.</li> </ul> <p>Muss für einen Rücktransport ein zugelassenes Sanitätsflugzeug in Anspruch genommen werden, entfällt die Leistungsbegrenzung. Für den Rücktransport ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen, soweit dies aus medizinischen Gründen möglich ist. Ein medizinisch sinnvoller Rücktransport liegt vor, wenn im Aufenthaltsland eine ausreichende medizinische Versorgung nicht gewährleistet ist oder am ständigen Wohnsitz der versicherten Person die Aussicht auf den Behandlungserfolg eine höhere ist. Eine ärztliche Bescheinigung des behandelnden Arztes im Ausland über den Rücktransport ist auf Verlangen vorzulegen.</p> <p>c) Der Versicherer erstattet für eine Überführung an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• innerhalb eines Kontinentes bis 5.000 Euro,</li> <li>• kontinentübergreifend bis 10.000 Euro.</li> </ul> <p>Für die Überführung ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen.</p>
A14	<b>Nachhaftung</b>	Keine Leistung	Sofern ein Krankenrücktransport bis zum Ende der Versicherungsdauer wegen Transportunfähigkeit der versicherten Person nicht möglich ist und die Erkrankung auf eine notwendige und nicht planbare ärztliche Behandlung zurückzuführen ist, erstattet der Versicherer die Kosten der Heilbehandlung bis zum Tag der Transportfähigkeit, maximal jedoch für 30 Tage nach Beendigung des Versicherungsschutzes.	Sofern ein Krankenrücktransport bis zum Ende der Versicherungsdauer wegen Transportunfähigkeit der versicherten Person nicht möglich ist und die Erkrankung auf eine notwendige und nicht planbare ärztliche Behandlung zurückzuführen ist, erstattet der Versicherer die Kosten der Heilbehandlung bis zum Tag der Transportfähigkeit, maximal jedoch für 30 Tage nach Beendigung des Versicherungsschutzes.
A15	<b>Angeborene Leiden</b>	Keine Leistung	Abweichend von VB Teil I, § 6 Abs. 2r und unter Beachtung von C12 besteht Versicherungsschutz für Behandlungen aufgrund angeborener Leiden.	Abweichend von VB Teil I, § 6 Abs. 2r und unter Beachtung von C12 besteht Versicherungsschutz für Behandlungen aufgrund angeborener Leiden.
A16	<b>Sonstige Leistungen</b>	Keine Leistung	Die unter A1, A9 und A10 genannten Höchstbeträge verdoppeln sich, sofern Versicherungsschutz für die Zone 4 beantragt wurde, unabhängig davon, wo die Behandlung tatsächlich stattgefunden hat.	Die unter A2, A5, A6, A8, A9, A10, A11 und A12 genannten Höchstbeträge verdoppeln sich, sofern Versicherungsschutz für die Zone 4 beantragt wurde, unabhängig davon, wo die Behandlung tatsächlich stattgefunden hat.

Fortsetzung auf nächster Seite ▶