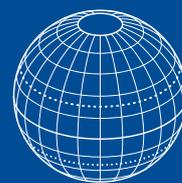


A photograph of a man and a young girl. The man is on the left, looking towards the right with a smile. The girl is in the foreground, wearing a white shirt with large red and yellow floral patterns, and she is smiling broadly. The background is a soft, out-of-focus indoor setting.

Internationale Kranken- versicherungs- tarife

Über uns	Seite 3
Risikoprüfung	Seite 4
Ausarbeitung Ihres Versicherungstarifs	Seite 5
Tarifliche Leistungszusage	Seite 6
Unsere Services für Versicherte	Seite 12
Unsere Bearbeitung von Erstattungsanträgen	Seite 14
Antrag auf Versicherungsschutz	Seite 15
Häufig gestellte Fragen	Seite 17



Ein wahrhaft globales Unternehmen...



Bearbeitung
vollständig ausgefüllter
Erstattungsformulare
innerhalb von

48 Stunden

Mehrsprachige
Helpline und Hilfe
im Notfall rund
um die Uhr
(24 Stunden/
7 Tage die Woche)

Annahme der bei der
Helpline eingehenden
Anrufe innerhalb von

7 Sekunden
(Durchschnitt in 2013)



...mit einer wahrhaft globalen Lösung.



- Globales medizinisches Netzwerk
- Geschäftsstellen von Allianz Worldwide Care und Partnern
- Ärzte und Netzwerkmanager
- Vertriebsmitarbeiter

Über uns

Allianz Worldwide Care hat sich auf die Bereitstellung internationaler Krankenversicherung für Firmenkunden, deren Angestellte und ihre Familien sowie Privatpersonen spezialisiert – wo auch immer diese sich auf der Welt aufhalten. Wir bieten weltweit Krankenversicherungsschutz für ins Ausland entsandte Mitarbeiter, ausländische Mitarbeiter im Inland, Mitarbeiter aus Drittländern sowie für lokale Mitarbeiter vor Ort. Als hundertprozentige Tochtergesellschaft der Allianz Gruppe kann das Unternehmen auf die Ressourcen und Erfahrungen einer der weltweit führenden Versicherungs- und Finanzdienstleistungsgesellschaften zurückgreifen.



Kunden-
bindungsrate von

95%

Mitarbeiter

60

verschiedener
Nationalitäten



Getreu unserer Philosophie sind wir stets bestrebt, eine starke Kundenbindung durch erstklassigen Kundenservice aufzubauen und aufrechtzuerhalten. Angefangen von der Gestaltung unserer branchenführenden Krankenversicherungsprodukte bis hin zur Organisation von Behandlungen für unsere Versicherten ist jeder einzelne Schritt wohl überlegt, so dass unsere Kunden einen erstklassigen Service erhalten. Aus diesem Grund verlängern 95% unserer Kunden – darunter viele Fortune Global 500-Unternehmen – ihre Verträge mit uns.

Unserer Auffassung nach ist die kundenorientierte Denk- und Handelsweise aller Mitglieder unseres Teams der Baustein dafür, dass die Erwartungen unserer Kunden erfüllt oder sogar übertroffen werden. Das beginnt bereits in der Einstellungsphase mit der sorgfältigen Auswahl unserer Teammitglieder und wird durch die kontinuierliche Aus- und Weiterbildung unserer Mitarbeiter ergänzt. In Anerkennung dieses Engagements haben wir vor kurzem die Auszeichnung „Excellence Through People Standard ISO 1000:2012 for Human Resource Management“ erhalten.



Der Kunde ist Zentrum
unseres Denkens

Risikoprüfung

Wir bieten Versicherungsschutz für die meisten Vor- und chronischen Erkrankungen, so dass Sie sich keine Sorgen machen müssen, wenn solche Erkrankungen bei Ihnen oder Ihren Familienangehörigen bestehen. Dabei kann ein Zuschlag berechnet werden. Wir möchten jedoch betonen, dass bei durchschnittlich 70% aller Anträge der Standardtarif ohne zusätzliche Gebühren berechnet wird. Wenn wir einen Zuschlag erheben müssen, können wir dem Antragsteller zwei Möglichkeiten anbieten: Er kann sich entweder für einen Versicherungsschutz mit Zuschlag entscheiden oder die Erkrankungen vom Versicherungsschutz ausschließen.

Unser Versicherungsschutz kann beispielsweise folgende Vor-/chronische Erkrankungen einschließen:

- Allergische Rhinitis
- Epilepsie
- Gicht
- Hypertonie
- Prostatentzündung (Prostatitis)
- Asthma
- Gastritis
- Hypercholesterinämie
- Übergewicht/Untergewicht
- Schilddrüsenerkrankungen

Unser Serviceangebot für Sie:

Freie Arzt- und Krankenhauswahl

Versicherungsunterlagen und Website in sechs Sprachen verfügbar: Englisch, Deutsch, Französisch, Spanisch, Italienisch und Portugiesisch

Mehrsprachige Helpline und Hilfe im Notfall rund um die Uhr (24 Stunden/7 Tage die Woche)

Kostenloser medizinischer Informationsdienst „MediLine“

Medizinische Überführung und medizinischer Rücktransport mit Unterstützung vor Ort

Direkte Abrechnung von stationären Behandlungskosten mit medizinischen Dienstleistern

Große Auswahl an Online Services

Ausarbeitung Ihres Versicherungstarifs

Durch unseren modularen Tarifaufbau bieten wir flexible Versicherungslösungen. Sie können den für Ihre Bedürfnisse am besten geeigneten Versicherungsschutz individuell zusammenstellen.

1. Schritt:

Auswahl eines Haupttarifs



Premier, Club, Classic oder Essential

Wir bieten vier verschiedene Haupttarife zur Auswahl an: Premier, Club, Classic und Essential, wobei jeder Tarif unterschiedliche Leistungen umfasst (weitere Informationen finden Sie unter „Tarifliche Leistungszusage“ auf Seite 6). Unsere Haupttarife bieten Versicherungsschutz für eine Vielzahl stationärer und teilstationärer Behandlungen sowie weitere Leistungen wie medizinischen Rücktransport, häusliche Pflege und Rehabilitationsmaßnahmen.



Optionale Selbstbeteiligung am Haupttarif

Wenn Sie den Beitrag für Ihren Haupttarif verringern möchten, können Sie eine optionale Selbstbeteiligung auswählen, die Ihren Beitrag senkt.

2. Schritt:

Auswahl eines Ambulanttarifs



Gold, Silver, Bronze oder Crystal

Nachdem Sie einen Haupttarif ausgewählt haben, können Sie einen optionalen Ambulanttarif hinzufügen. Wir bieten vier verschiedene Ambulanttarife an: Gold, Silver, Bronze und Crystal, wobei jeder Tarif unterschiedlich hohe Erstattungsbeträge für Ihre ambulanten Behandlungskosten vorsieht.

Optional



Optionale Selbstbeteiligung am Ambulanttarif

Sofern Sie in Schritt 1 keine Selbstbeteiligung am Haupttarif ausgewählt haben, können Sie den Beitrag für Ihren Ambulanttarif durch die Auswahl einer Selbstbeteiligung reduzieren. Bitte beachten Sie, dass eine Selbstbeteiligung nur am Haupttarif oder am Ambulanttarif ausgewählt werden kann.

3. Schritt:

Auswahl zusätzlicher Tarife

Neben unseren Haupt- und Ambulanttarifen bieten wir eine Auswahl an zusätzlichen Tarifen an. Durch die Auswahl eines Mutterschafts-, Zahn- und Rücktransporttarifs können Sie Ihren Versicherungsschutz erweitern.



Mutterschaftstarif
Premier oder Club

Optional



Zahntarif
Dental 1 oder Dental 2

Optional



Rücktransporttarif

Optional

4. Schritt:

Auswahl des geografischen Geltungsbereichs Ihrer Versicherung



Sie haben die Auswahl zwischen drei verschiedenen geografischen Geltungsbereichen:
„Weltweit“, „Weltweit ohne USA“ und „Nur Afrika“.

Tarifliche Leistungszusage

1. Schritt:

Auswahl eines Haupttarifs



Eine vorherige Kostenzusage ist für alle Leistungen erforderlich, die in den nachstehenden Tabellen mit einer 1 oder 2 gekennzeichnet sind, und kann auch für weitere Leistungen notwendig sein. Bitte beachten Sie dazu Punkt 2 der „Anmerkungen“.

Haupttarife

Leistungen in den Haupttarifen	Premier Individual	Club Individual	Classic Individual	Essential Individual
Höchstleistungsbetrag GBP (£)	£1.867.500	£1.245.000	£934.000	£415.000
Höchstleistungsbetrag EUR (€)	€2.250.000	€1.500.000	€1.125.000	€500.000
Höchstleistungsbetrag USD (\$)	\$3.037.500	\$2.025.000	\$1.518.750	\$675.000
Höchstleistungsbetrag CHF	CHF2.925.000	CHF1.950.000	CHF1.462.500	CHF650.000
Stationäre Leistungen¹ – Bitte beachten Sie dazu Punkt 2 zur vorherigen Kostenzusage				
Unterbringung im Krankenhaus ¹	Einbettzimmer	Einbettzimmer	Einbettzimmer	Zweibettzimmer
Intensivpflege ¹	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
Verschreibungspflichtige Arzneimittel und Materialien ¹ (nur bei stationärer und teilstationärer Behandlung)	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
Operationskosten einschl. Kosten für Anästhesie und OP-Saal ¹	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
Kosten für Ärzte und Therapeuten ¹ (nur bei stationärer und teilstationärer Behandlung)	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
Chirurgische Hilfsmittel und Prothesen ¹	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
Diagnostische Untersuchungen ¹ (nur bei stationärer und teilstationärer Behandlung)	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
Organtransplantation ¹	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	£8.300/€10.000/ \$13.500/CHF13.000
Psychiatrie und Psychotherapie ¹ (nur bei stationärer und teilstationärer Behandlung) (nach einer Wartezeit von 10 Monaten)	Volle Erstattung	£4.980/€6.000/ \$8.100/CHF7.800	£4.150/€5.000/ \$6.750/CHF6.500	£4.150/€5.000/ \$6.750/CHF6.500
Kosten der Unterbringung im Krankenhaus für einen Elternteil, der ein versichertes Kind unter 18 Jahren begleitet ¹	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
Stationäre zahnärztliche Notfallbehandlung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
Weitere Leistungen – Bitte beachten Sie dazu Punkt 2 zur vorherigen Kostenzusage				
Teilstationäre Behandlung/Tagesklinik ²	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
Nierendialyse ²	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
Ambulante Operationen ²	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
Häusliche Pflege oder Aufenthalt in einem Genesungsheim ² (unmittelbar nach oder anstelle einer stationären Behandlung)	£3.525/€4.250/ \$5.740/CHF5.525	£2.350/€2.830/ \$3.820/CHF3.680	£2.075/€2.500/ \$3.375/CHF3.250	£2.075/€2.500/ \$3.375/CHF3.250
Rehabilitationsmaßnahmen ² (stationär, teilstationär und ambulant: müssen innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung aus der medizinischen Einrichtung aufgrund einer akuten medizinischen und/oder chirurgischen Behandlung beginnen)	£3.670/€4.420/ \$5.970/CHF5.750	£2.490/€3.000/ \$4.050/CHF3.900	£2.075/€2.500/ \$3.375/CHF3.250	£1.660/€2.000/ \$2.700/CHF2.600
Lokaler Krankentransport	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	£415/€500/ \$675/CHF650
Notfallbehandlung außerhalb des Geltungsbereichs (für Reisen von maximal sechs Wochen)	Volle Erstattung, max. 42 Tage	Volle Erstattung, max. 42 Tage	Volle Erstattung, max. 42 Tage	Bis zu £8.300/€10.000/ \$13.500/CHF13.000, max. 42 Tage
Medizinische Überführung ²				
<ul style="list-style-type: none"> falls die notwendige Behandlung nicht vor Ort erbracht werden kann, wird die versicherte Person in die nächstgelegene geeignete medizinische Einrichtung überführt² 	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
<ul style="list-style-type: none"> falls laufende Behandlungen erforderlich sind, erstatten wir die Kosten für eine Unterbringung in einem Hotel² 	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
<ul style="list-style-type: none"> Überführung falls keine ausreichend kontrollierten Blutkonserven vorhanden sind² 	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
<ul style="list-style-type: none"> wenn aus medizinischen Gründen nach Beendigung einer stationären Behandlung und der Entlassung aus dem Krankenhaus die versicherte Person nicht überführt werden kann, übernehmen wir die Kosten für eine Unterbringung in einem Hotel² 	Volle Erstattung, max. 7 Tage			

Leistungen in den Haupttarifen (Fortsetzung)	Premier Individual	Club Individual	Classic Individual	Essential Individual
Kosten für eine Begleitperson im Falle einer medizinischen Überführung ²	£2.490/€3.000/ \$4.050/CHF3.900	£2.490/€3.000/ \$4.050/CHF3.900	£2.490/€3.000/ \$4.050/CHF3.900	£2.490/€3.000/ \$4.050/CHF3.900
Reisekosten für versicherte Familienmitglieder im Falle einer Überführung ²	£1.660/€2.000/ \$2.700/CHF2.600, pro Überführung	£1.660/€2.000/ \$2.700/CHF2.600, pro Überführung	£1.660/€2.000/ \$2.700/CHF2.600, pro Überführung	£1.660/€2.000/ \$2.700/CHF2.600, pro Überführung
Rücktransport im Todesfall ²	£8.300/€10.000/ \$13.500/CHF13.000	£8.300/€10.000/ \$13.500/CHF13.000	£8.300/€10.000/ \$13.500/CHF13.000	£8.300/€10.000/ \$13.500/CHF13.000
Reisekosten für versicherte Familienmitglieder im Falle einer Überführung der sterblichen Überreste ²	£1.660/€2.000/ \$2.700/CHF2.600, pro Überführung	£1.660/€2.000/ \$2.700/CHF2.600, pro Überführung	£1.660/€2.000/ \$2.700/CHF2.600, pro Überführung	£1.660/€2.000/ \$2.700/CHF2.600, pro Überführung
Computer- und Kernspintomografie (stationär und ambulant)	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
Positronenemissions ² - und Computer-Positronenemissionstomografie ² (stationär und ambulant)	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
Onkologie ² (stationär, teilstationär und ambulant)	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
Komplikationen während der Schwangerschaft ² (stationär und ambulant) (nach einer Wartezeit von 10 Monaten)	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Nicht versichert
Laseraugenkorrektur (maximal eine Behandlung auf Lebenszeit)	£830/€1.000/ \$1.350/CHF1.300, auf Lebenszeit	£415/€500/ \$675/CHF650, auf Lebenszeit	Nicht versichert	Nicht versichert
Krankenhaustagegeld (pro Nacht) (wenn die Behandlung kostenlos erfolgte)	£125/€150/ \$205/ CHF195, max. 25 Nächte			
Ambulante Notfallbehandlung (wenn die aufgeführten Erstattungsbeträge erreicht sind, werden die Restkosten gemäß den Bedingungen eines evtl. separat gewählten Ambulanttarifs erstattet)	£625/€750/ \$1.015/CHF975	£625/€750/ \$1.015/CHF975	£625/€750/ \$1.015/CHF975	Nicht versichert
Ambulante zahnärztliche Notfallbehandlung (wenn die aufgeführten Erstattungsbeträge erreicht sind, werden die Restkosten gemäß den Bedingungen eines evtl. separat gewählten Zahntarifs erstattet)	£625/€750/ \$1.015/CHF975	£415/€500/ \$675/CHF650	Nicht versichert	Nicht versichert
Palliativmedizinische Betreuung ²	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
Langzeitpflege ²	Volle Erstattung, max. 90 Tage auf Lebenszeit			
Todesfallleistung bei Unfällen (für versicherte Personen im Alter von 18 bis 70 Jahren)	£8.300/€10.000/ \$13.500/CHF13.000	Nicht versichert	Nicht versichert	Nicht versichert



Selbstbeteiligungen am Haupttarif

Um den Beitrag für Ihren Haupttarif zu reduzieren, wählen Sie einfach eine optionale Selbstbeteiligung aus der folgenden Tabelle aus. Den entsprechenden Beitragsnachlass finden Sie in den Spalten rechts daneben. Die Höhe des Beitragsnachlasses richtet sich danach, ob Sie einen Mutterschaftstarif gewählt haben. Beachten Sie bitte, dass entweder eine Selbstbeteiligung am Haupttarif ODER eine Selbstbeteiligung am Ambulanttarif gewählt werden kann. Eine Selbstbeteiligung gilt pro Person und Versicherungsjahr. Unsere Beiträge werden in ganzen Beträgen dargestellt (d. h. ohne Cent- oder Pence-Beträge etc.). Beachten Sie daher bitte, dass die unten genannten Prozentwerte etwas höher oder niedriger ausfallen können als hier angegeben.

Optionale Selbstbeteiligungen am Haupttarif	Beitragsnachlass wenn kein Mutterschaftstarif in der Police enthalten ist	Beitragsnachlass wenn ein Mutterschaftstarif Teil der Police ist
Keine Selbstbeteiligung	0% Beitragsnachlass	0% Beitragsnachlass
£374/€450/\$610/CHF585 Selbstbeteiligung	5% Beitragsnachlass	2,5% Beitragsnachlass
£625/€750/\$1.015/CHF975 Selbstbeteiligung	10% Beitragsnachlass	5% Beitragsnachlass
£1.245/€1.500/\$2.025/CHF1.950 Selbstbeteiligung	20% Beitragsnachlass	10% Beitragsnachlass
£2.490/€3.000/\$4.050/CHF3.900 Selbstbeteiligung	35% Beitragsnachlass	17,5% Beitragsnachlass
£4.980/€6.000/\$8.100/CHF7.800 Selbstbeteiligung	50% Beitragsnachlass	25% Beitragsnachlass
£8.300/€10.000/\$13.500/CHF13.000 Selbstbeteiligung	60% Beitragsnachlass	30% Beitragsnachlass

2. Schritt:

Auswahl eines Ambulanttarifs



Die folgenden Ambulanttarife können nur zusammen mit einem unserer Haupttarife abgeschlossen werden. Sie stehen nicht einzeln zur Verfügung.

Leistungen in den Ambulanttarifen	Gold Individual	Silver Individual	Bronze Individual	Crystal Individual
Höchsterstattungsbetrag	Kein Limit	£7.450/€9.000/ \$12.150/CHF11.700	£4.570/€5.500/ \$7.425/CHF7.150	£2.075/€2.500/ \$3.375/CHF3.250
Allgemeinmedizinerkosten und verschreibungspflichtige Arzneimittel	Volle Erstattung	Volle Erstattung	£830/€1.000/ \$1.350/CHF1.300	£830/€1.000/ \$1.350/CHF1.300
Facharztkosten	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
Diagnostische Untersuchungen	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
Impfungen	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Nicht versichert
Chiropraktik, Osteopathie, Homöopathie, Traditionelle Chinesische Medizin und Akupunktur (max. 12 Sitzungen pro erstellter Diagnose jeweils für chiropraktische und für osteopathische Untersuchungen im Rahmen des maximalen Erstattungsbetrags)	Volle Erstattung	Volle Erstattung	£934/€1.125/ \$1.520/CHF1.463	£415/€500/ \$675/CHF650
Verordnete Physiotherapie (anfänglich auf 12 Sitzungen pro erstellte Diagnose beschränkt; Beschränkung gilt auch bei einer Kombination von verordneter und nicht verordneter Physiotherapie)	Volle Erstattung	Volle Erstattung	£934/€1.125/ \$1.520/CHF1.463	£415/€500/ \$675/CHF650
- Nicht verordnete Physiotherapie	5 Sitzungen	5 Sitzungen	5 Sitzungen	5 Sitzungen
Verordnete Sprachtherapie, Okulomotorthherapie und Beschäftigungstherapie ²	Volle Erstattung	Volle Erstattung	£934/€1.125/ \$1.520/CHF1.463	£415/€500/ \$675/CHF650
Vorsorgeuntersuchungen, inkl. Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten Untersuchungen sind beschränkt auf:	£665/€800/ \$1.080/CHF1.040	£498/€600/ \$810/CHF780	Nicht versichert	Nicht versichert
<ul style="list-style-type: none"> • ärztliche Untersuchung • Blutuntersuchungen (vollständiges Blutbild, Biochemie, Fettspiegel, Schilddrüsenfunktionstest, Leberfunktionstest, Nierenfunktionstest) • Herz-Kreislauf-Untersuchungen (ärztliche Untersuchung, EKG, Blutdruck) • Neurologische Untersuchungen (ärztliche Untersuchung) • Krebsvorsorgeuntersuchungen <ul style="list-style-type: none"> - Jährlicher Pap-Abstrich - Mammografie (alle zwei Jahre für Frauen ab 45 Jahren, oder jünger bei familiärer Vorbelastung) - Prostata-Untersuchungen (jährlich für Männer ab 50 Jahren, oder jünger bei familiärer Vorbelastung) - Darmspiegelung (alle fünf Jahre für Versicherte ab 50 Jahren, oder ab 40 Jahren bei familiärer Vorbelastung) - Jährlicher Test auf verstecktes Blut im Stuhl • Knochendichtemessung (alle fünf Jahre für Frauen ab 50 Jahren) • Kindervorsorgeuntersuchungen (für Kinder bis zum Alter von 6 Jahren, maximal 15 Untersuchungen pro Kind auf Lebenszeit) • BRCA1 und BRCA2 Gentests (bei direkter familiärer Vorbelastung, ausschließlich im Gold Individualtarif) 		Nicht versichert	Nicht versichert	Nicht versichert
Behandlung bei Unfruchtbarkeit (nach einer Wartezeit von 18 Monaten)	£9.960/€12.000/ \$16.200/CHF15.600, auf Lebenszeit	£9.960/€12.000/ \$16.200/CHF15.600, auf Lebenszeit	Nicht versichert	Nicht versichert
Psychiatrie und Psychotherapie (nach einer Wartezeit von 18 Monaten)	30 Sitzungen	20 Sitzungen	Nicht versichert	Nicht versichert
Verschriebene medizinische Hilfsmittel	Volle Erstattung	£2.075/€2.500/ \$3.375/CHF3.250	Nicht versichert	Nicht versichert
Verschriebene Brillen und Kontaktlinsen inklusive Augenuntersuchung	£165/€200/ \$270/CHF260	£149/€180/ \$245/CHF234	Nicht versichert	Nicht versichert
Ernährungsberaterkosten	4 Sitzungen	Nicht versichert	Nicht versichert	Nicht versichert
Verschriebene Arzneimittel (müssen von einem Arzt verschrieben werden, auch wenn ein Rezept für den Kauf nicht erforderlich ist)	£42/€50/ \$70/CHF 65	Nicht versichert	Nicht versichert	Nicht versichert



Selbstbeteiligungen am Ambulanttarif

Um den Beitrag für Ihren Ambulanttarif zu reduzieren, wählen Sie einfach eine optionale Selbstbeteiligung aus der folgenden Tabelle aus. Den entsprechenden Beitragsnachlass finden Sie in der rechten Spalte der Tabelle. Beachten Sie bitte, dass entweder eine Selbstbeteiligung am Ambulanttarif ODER eine Selbstbeteiligung am Haupttarif gewählt werden kann. Eine Selbstbeteiligung gilt pro Person und Versicherungsjahr. Unsere Beiträge werden in ganzen Beträgen dargestellt (d. h. ohne Cent- oder Pence-Beträge etc.). Beachten Sie daher bitte, dass die unten genannten Prozentwerte etwas höher oder niedriger ausfallen können als hier angegeben.

Optionale Selbstbeteiligungen am Ambulanttarif	Beitragsnachlass
Keine Selbstbeteiligung	0% Beitragsnachlass
£83/€100/\$135/CHF130 Selbstbeteiligung	10% Beitragsnachlass
£165/€200/\$270/CHF260 Selbstbeteiligung	20% Beitragsnachlass



Mutterschaftstarife

Der Mutterschaftstarif „Premier Maternity“ kann nur in Kombination mit dem **Haupttarif „Premier Individual“** abgeschlossen werden. Der Mutterschaftstarif „Club Maternity“ kann nur in Kombination mit dem **Haupttarif „Club Individual“** abgeschlossen werden. Bitte beachten Sie, dass falls ein Mutterschaftstarif gewünscht wird, auch ein Ambulanttarif hinzugefügt werden muss. Die Mutterschaftstarife können von Paaren und Familien gewählt werden, d. h. ein **Ehepartner/Partner muss im Rahmen des Versicherungsvertrags mitversichert sein**.

Leistungen in den Mutterschaftstarifen	Premier Maternity	Club Maternity
Reguläre Schwangerschaft ² (stationär und ambulant) (nach einer Wartezeit von 10 Monaten)	£6.225/€7.500/\$10.125/CHF9.750, pro Schwangerschaft	£4.150/€5.000/\$6.750/CHF6.500, pro Schwangerschaft
Komplikationen bei der Entbindung ² (stationär) (nach einer Wartezeit von 10 Monaten)	£12.450/€15.000/\$20.250/CHF19.500, pro Schwangerschaft	£8.300/€10.000/\$13.500/CHF13.000, pro Schwangerschaft



Zahntarife

Der **Zahntarif Dental 1** kann nur zusammen mit dem **Premier Individual Haupttarif** und dem **Gold Individual Ambulanttarif** abgeschlossen werden. Der **Zahntarif Dental 2** kann in Verbindung mit **allen Haupttarifen** abgeschlossen werden. **Beide Zahntarife stehen nicht einzeln zur Verfügung.**

Leistungen in den Zahntarifen	Dental 1	Dental 2
Höchstleistungsbetrag	Kein Limit	£1.700/€2.050/\$2.770/CHF2.665
Zahnbehandlung	100% Erstattung	80% Erstattung
Chirurgisch zahnärztliche Eingriffe	100% Erstattung	80% Erstattung
Zahnärztliche Parodontalbehandlung	80% Erstattung	80% Erstattung
Kieferorthopädie und Zahnersatz (nach einer Wartezeit von 10 Monaten)	65% Erstattung, bis zu £4.150/€5.000/\$6.750/CHF6.500	50% Erstattung



Rücktransporttarif

Der folgende Tarif kann nur zusammen mit einem der Haupttarife abgeschlossen werden. Er steht nicht einzeln zur Verfügung.

Leistungen im Rücktransporttarif	
Medizinischer Rücktransport ²	Volle Erstattung
<ul style="list-style-type: none"> falls die notwendige Behandlung nicht vor Ort erbracht werden kann, können Sie sich dafür entscheiden, in Ihr Heimatland rücktransportiert zu werden anstatt in die nächstgelegene geeignete medizinische Einrichtung² falls laufende Behandlungen erforderlich sind, erstatten wir die Kosten für eine Unterbringung in einem Hotel² Rücktransport falls keine ausreichend kontrollierten Blutkonserven vorhanden sind² wenn aus medizinischen Gründen nach Beendigung einer stationären Behandlung und der Entlassung aus dem Krankenhaus die versicherte Person nicht überführt werden kann, übernehmen wir die Kosten für eine Unterbringung in einem Hotel² 	Volle Erstattung Volle Erstattung Volle Erstattung Volle Erstattung, max. 7 Tage
Kosten für eine Begleitperson im Falle eines medizinischen Rücktransports ²	£2.490/€3.000/\$4.050/CHF3.900
Reisekosten für versicherte Familienmitglieder im Falle eines Rücktransports ²	£1.660/€2.000/\$2.700/CHF2.600, pro Rücktransport
Reisekosten für Versicherte, die ein in Lebensgefahr schwebendes oder ein verstorbenes Familienmitglied begleiten	£1.245/€1.500/\$2.025/CHF1.950, auf Lebenszeit



- Weltweit
- Weltweit ohne USA
- Nur Afrika



Hinweise zur Tariflichen Leistungszusage

Vorherige Kostenzusage

Für Leistungen, die in der Tariflichen Leistungszusage mit einer 1 oder einer 2 gekennzeichnet sind, ist eine vorherige Kostenzusage erforderlich. Das bedeutet, dass zur Vorabgenehmigung Ihrer Behandlungskosten ein vollständig ausgefülltes Kostenzusageformular mindestens fünf Tage vor Behandlungsbeginn eingereicht werden muss. Dadurch haben wir genügend Zeit, eine direkte Abrechnung der Kosten mit Ihrem medizinischen Dienstleister zu vereinbaren, d. h. dass wir, wenn möglich, Ihre Kosten mit dem Krankenhaus direkt abrechnen. Der Prozess der vorherigen Kostenzusage ist in Abschnitt „Unsere Bearbeitung von Erstattungsanträgen“ auf Seite 14 näher erläutert.

Bitte beachten Sie folgendes:

- Wenn für mit 1 gekennzeichnete Leistungen keine vorherige Kostenzusage eingeholt wird, behalten wir uns das Recht vor, den Erstattungsantrag abzulehnen. Bei später nachgewiesener medizinischer Notwendigkeit der Behandlung werden lediglich **80%** der erstattungsfähigen Kosten erstattet.
- Wenn für mit 2 gekennzeichnete Leistungen keine vorherige Kostenzusage eingeholt wird, behalten wir uns das Recht vor, den Erstattungsantrag abzulehnen. Bei später nachgewiesener medizinischer Notwendigkeit der Behandlung werden lediglich **50%** der erstattungsfähigen Kosten erstattet.

Maximale Erstattungsbeträge

In der Tariflichen Leistungszusage wird zwischen zwei Arten von Erstattungsbeträgen unterschieden. Der **Höchsterstattungsbetrag**, der für einige Tarife angegeben wird, ist der maximale Gesamtbetrag, der für sämtliche Leistungen des Tarifs pro versicherte Person und pro Versicherungsjahr insgesamt erstattet wird. Daneben gibt es **spezifische Erstattungsbeträge**, z. B. für die Leistung „Häusliche Pflege oder Aufenthalt in einem Genesungsheim“. Spezifische Erstattungsbeträge können sich auf verschiedene Ereignisse beziehen und z. B. „pro Versicherungsjahr“, „auf Lebenszeit“, „pro Reise“, „pro Sitzung“ oder auch „pro Schwangerschaft“ gelten. In manchen Fällen ist ein bestimmter Prozentsatz der Kosten einer bestimmten Leistung erstattungsfähig, z. B. „65% Erstattung, bis zu £4.150/€5.000/\$6.750/CHF6.500“. Wenn ein bestimmter maximaler Erstattungsbetrag oder eine „Volle Erstattung“ angegeben werden, so erfolgt die Erstattung immer innerhalb des angegebenen maximalen Erstattungsbetrags für den Tarif, soweit einer auf Ihren Tarif bzw. Ihre Tarife zutrifft. Alle Erstattungsbeträge gelten pro versicherter Person und pro Versicherungsjahr, sofern nicht anderweitig in der Tariflichen Leistungszusage angegeben.

Optionen für die Zahlung des Versicherungsbeitrags

Unsere Tarife werden in folgenden Währungen angeboten: Sterling, Euro, US Dollar und Schweizer Franken.

Die Versicherungsbeiträge können per Banküberweisung, Scheck oder Kreditkarte gezahlt werden, wobei die Zahlungsfrequenz (wahlweise jährlich, halbjährlich und vierteljährlich) von der von Ihnen gewählten Zahlungsweise abhängt.



Unsere Services für Versicherte

Als kundenorientiertes Unternehmen legen wir größten Wert darauf, unseren Versicherten einen erstklassigen Service zu bieten. Nachstehend finden Sie einige Leistungen, die wir Ihnen als Kunde bei Allianz Worldwide Care anbieten können:



Helpline-Service



Die professionelle mehrsprachige Helpline von Allianz Worldwide Care steht Ihnen für allgemeine Fragen (z. B. Bestätigung des Versicherungsschutzes oder Auskunft zum Status Ihrer Leistungsansprüche) und als Notfallhilfe (z. B. Organisation einer medizinischen Überführung) 7 Tage die Woche rund um die Uhr zur Verfügung.

Bearbeitung von Erstattungsanträgen innerhalb von 48 Stunden



Die Bearbeitung aller vollständig ausgefüllten Erstattungsformulare und die Ausstellung der Zahlungsanweisung an Ihre Bank erfolgen innerhalb von 48 Stunden nach Erhalt.

Verzeichnis medizinischer Dienstleister



Sie können den medizinischen Dienstleister, bei dem Sie sich behandeln lassen möchten, frei wählen. Wenn Sie Hilfe bei der Suche nach einem Dienstleister benötigen, können Sie unser Verzeichnis medizinischer Dienstleister verwenden. In diesem Online-Verzeichnis können Sie nach Krankenhäusern, Kliniken, Ärzten und Fachärzten in einzelnen Ländern suchen sowie Ihre Suche auf bestimmte Regionen und Städte eingrenzen. Außerdem können Sie nach bestimmten Ärztekategorien, wie z. B. Internisten, oder nach Fachgebieten, wie z. B. Allgemeine Chirurgie, Neurochirurgie oder Traumatologie suchen.

Mehrsprachige Versicherungsunterlagen



Sie erhalten Ihre Versicherungsunterlagen wahlweise in Englisch, Deutsch, Französisch, Spanisch, Italienisch oder Portugiesisch. Einige wichtige Dokumente (z. B. Erstattungsformulare) sind auch in weiteren Sprachen wie Arabisch, Chinesisch und Russisch erhältlich.

Medizinischer Informationsdienst „MediLine“

Bei diesem Service bietet Ihnen ein erfahrenes, Englisch sprechendes medizinisches Team Informationen und Beratung zu einer Fülle von Themen wie u. a.:



Fragen zum Lebensstil
(z. B. Ernährung, Sportverletzungen, Rauchen und Alkoholkonsum)



Medikamente
(z. B. Informationen zur Verwendung und zu Nebenwirkungen)



Reiseinformationen
(vor und nach Reisen, z. B. zu Impfungen)



Umfassende medizinische Informationen



Ratschläge zu prä- und postoperativer Behandlung

Online Services



Als Versicherter erhalten Sie Anmeldedaten für den Zugriff auf Ihr persönliches Konto in unserem sicheren, mehrsprachigen Online Services-Bereich. Die Online Services ermöglichen Ihnen den Zugriff auf diverse Funktionen. So können Sie beispielsweise Ihre persönlichen Daten anzeigen und ändern, Ihre Tarifliche Leistungszusage einsehen und die verbleibenden Restbeträge bis zum jeweiligen tariflichen Erstattungsbetrag überprüfen, den Status der bei uns eingereichten Erstattungsanträge prüfen und Korrespondenz zu Leistungsansprüchen anzeigen.

Ressourcen zum Thema Gesundheit und Wohlbefinden



Wir verstehen, dass Ihre Gesundheit für Sie oberste Priorität hat. Als Anbieter von Krankenversicherungen möchten wir es Ihnen so einfach wie möglich machen, sich um Ihre Gesundheit und die Gesundheit Ihrer Angehörigen zu kümmern. Vor diesem Hintergrund bieten wir eine Fülle von Online-Ressourcen zum Thema Gesundheit und Wohlbefinden, um unsere Versicherten dabei zu unterstützen, einen gesünderen und aktiveren Lebensstil zu führen. Diese Ressourcen umfassen u. a. die Ermittlung der persönlichen Gesundheitsrisiken, Tipps zur Stressbewältigung und zur Gewichtsreduzierung, einen Leitfaden zur Raucherentwöhnung, einen Ratgeber für gesunden Schlaf und weitere Themen wie Fitness und Ernährung.

Unsere Bearbeitung von Erstattungsanträgen

Direkte Abrechnung von stationären Behandlungskosten mit medizinischen Dienstleistern



Für alle stationären Behandlungen und einige ambulanten Behandlungen ist von Ihnen/Ihrem medizinischen Dienstleister vor Behandlungsbeginn ein vollständig ausgefülltes Formular zur vorherigen Kostenzusage

einzureichen. Unser Medical Services Team prüft Ihren Versicherungsschutz für die gewünschte Behandlung und setzt sich mit Ihrem medizinischen Dienstleister in Verbindung, damit die Krankenhausaufnahme reibungslos verläuft, vereinbart die direkte Abrechnung Ihrer Krankenhauskosten und überwacht Ihre Behandlung.

Wenn die Behandlung innerhalb von weniger als **72 Stunden** erfolgen soll, können Versicherte unsere Helpline anrufen, die dann alle Angaben für das Kostenzusageformular telefonisch entgegennimmt.

Bei Notfallbehandlungen muss das Kostenzusageformular nicht im Voraus eingereicht werden. Wir müssen jedoch innerhalb von **48 Stunden** nach Eintritt des Notfalls über Ihre Krankenhausaufnahme informiert werden. Dazu reicht ein kurzer Anruf bei unserer Helpline. Das gibt uns die Gelegenheit, sofern möglich, eine direkte Abrechnung der Kosten mit dem Krankenhaus zu vereinbaren.

Erstattung der Kosten für ambulante und zahnärztliche Behandlungen

Bei einer ambulanten oder zahnärztlichen Behandlung zahlen Versicherte dem medizinischen Dienstleister die anfallenden Kosten zum Behandlungszeitpunkt und beantragen anschließend die Erstattung dieser Kosten durch die Einreichung eines vollständig ausgefüllten Erstattungsformulars nebst zugehörigen Dokumenten (z. B. Rechnungen, Quittungen usw.). Nach Erhalt aller notwendigen Informationen werden wir den Erstattungsantrag innerhalb von 48 Stunden bearbeiten.

Das Erstattungsformular kann von unserer Website heruntergeladen werden. Vollständig ausgefüllte Erstattungsformulare können per Fax, E-Mail oder Post eingereicht werden.



Antrag auf Versicherungsschutz

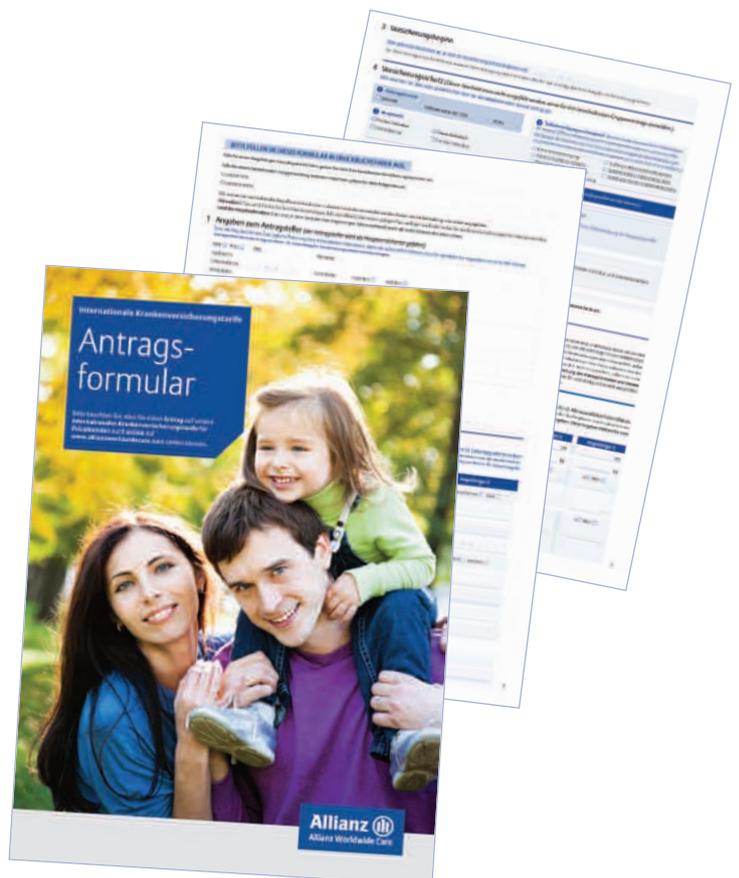


Wenn Sie Hilfe zu Ihren Krankenversicherungsoptionen benötigen, ein Angebot erhalten oder den Versicherungsschutz bei Allianz Worldwide Care beantragen möchten, sollten Sie mit Ihrem Versicherungsmakler sprechen, der Sie gern zu den für Sie am besten geeigneten Optionen berät.

Wenn Sie einen unserer internationalen Krankenversicherungstarife für Individualkunden beantragen möchten, erhalten Sie von Ihrem Makler ein Antragsformular. In das Antragsformular können Sie auch Ihren Ehe-/Lebenspartner und/oder Kinder aufnehmen.

Ausgefüllte Antragsformulare sollten direkt an unser Risikoprüfungsteam gesandt werden. Alle Anträge für Individualkunden unterliegen einer Risikoprüfung, in deren Rahmen wir Ihren Gesundheitszustand (sowie den Gesundheitszustand Ihrer Angehörigen, sofern zutreffend) gemäß Ihren im Antragsformular gemachten Angaben prüfen werden. Wir werden Sie dann über unsere Annahmebedingungen und den für Sie gültigen Versicherungsbeitrag in Kenntnis setzen.

Der Versicherungsschutz für Sie (und etwaige Angehörige) beginnt unmittelbar nach Annahme Ihres Antrags. Ihre Versicherungsunterlagen werden Ihnen unverzüglich in elektronischer Form, per E-Mail oder über unseren Online Services-Bereich zur Verfügung gestellt (auf Wunsch sind sie auch in gedruckter Form erhältlich).





Antworten auf häufig gestellte Fragen

Frage: Wer kann Versicherungsschutz beantragen?

Antwort: Wir können Antragsteller bis zu dem Tag vor ihrem 76. Geburtstag für Versicherungsschutz berücksichtigen.

Frage: Kann ich meine Familienangehörigen mitversichern?

Antwort: Ja. Sie können Ihren Ehe-/Lebenspartner sowie Kinder unter 18 Jahren bzw. unter 24 Jahren, die sich in einer Vollzeit-Ausbildung befinden, als Angehörige mitversichern.

Frage: Sind Vorerkrankungen, die ich vor Abschluss meiner Versicherung hatte, durch meinen Versicherungstarif abgedeckt?

Antwort: Wir berücksichtigen Vorerkrankungen des Antragstellers von Fall zu Fall im Rahmen unserer Risikoprüfung. Zu diesem Zweck müssen Sie ein Antragsformular ausfüllen und die Fragen im Abschnitt „Gesundheitsangaben“ auf Basis Ihrer eigenen medizinischen Vergangenheit und der Ihrer Angehörigen (sofern zutreffend) vollständig beantworten. Wenn Sie Zweifel haben, ob ein Fakt wesentlich ist oder nicht, sollten Sie ihn grundsätzlich angeben.

Frage: Was ist eine Selbstbeteiligung, und wie ist diese anzuwenden?

Antwort: Eine Selbstbeteiligung ist der Anteil Ihrer Behandlungskosten, der von Ihnen zu zahlen und von der erstattungsfähigen Summe abzuziehen ist.

Frage: Was passiert, wenn ich in ein anderes Land ziehe oder in mein Heimatland zurückkehre?

Antwort: Wenn Sie Ihr Aufenthaltsland wechseln, sollten Sie uns umgehend informieren, da sich dieser Wechsel auf Ihren Versicherungsschutz oder -beitrag auswirken kann, selbst wenn Sie in Ihr Heimatland oder in ein Land ziehen, das innerhalb Ihres versicherten Geltungsbereichs liegt. Wenn Sie in ein Land außerhalb des aktuellen Geltungsbereichs Ihrer Versicherung ziehen, sind Sie dort nicht versichert. Sie sollten sich daher so schnell wie möglich mit uns in Verbindung setzen. Bitte beachten Sie, dass der Versicherungsschutz in manchen Ländern lokalen Gesetzgebungen für Krankenversicherungen unterliegt, insbesondere für Personen mit ständigem Wohnsitz in diesem Land. Wenn Sie beispielsweise Ihren ständigen Wohnsitz in die USA oder nach Brasilien verlegen, können wir Ihnen leider keinen Versicherungsschutz mehr anbieten, weil unsere Tarife nicht den lokalen gesetzlichen Bestimmungen dieser Länder entsprechen.

Frage: Welche Krankenhäuser kann ich aufsuchen?

Antwort: In unserem Online-Verzeichnis medizinischer Dienstleister können Sie nach Krankenhäusern und Ärzten weltweit suchen. Sie sind jedoch nicht auf Dienstleister aus diesem Verzeichnis beschränkt. Bitte beachten Sie, dass vor stationären Behandlungen sowie anderen in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegebenen Behandlungen eine vorherige Kostenzusage erforderlich ist. Wir werden dann, wenn möglich, Ihre stationären Behandlungskosten mit dem medizinischen Dienstleister direkt abrechnen.



Notizen



Der Kunde ist Zentrum unseres Denkens

Wir arbeiten als Team um exzellenten Service zu erbringen und um unsere Kunden täglich positiv zu überraschen.

Weitere Informationen erhalten Sie von Ihrem Versicherungsmakler:

Name und Stempel des Vermittlers



Auf folgender Website finden Sie ein kurzes Video über Allianz Worldwide Care:
www.allianzworldwidecare.com/movie

Dieses Dokument ist eine Übersetzung des original auf Englisch verfassten „Brochure for Individual International Healthcare Plans“. Die englische Originalversion gilt ausschließlich als rechtlich verbindlich. Auch wenn Unterschiede zwischen der übersetzten Version und der englischen Originalversion bestehen, gilt die englische Version als rechtlich verbindlich.

Allianz Worldwide Care SA, handelt durch ihre irische Niederlassung, ist eine durch den Code des Assurances geregelte Aktiengesellschaft. Registriert in Frankreich unter der Nr.: 401 154 679 RCS Paris. Registernummer der irischen Niederlassung: Schwebend. Anschrift der irischen Niederlassung: 18B Beckett Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irland.