

NHC GLOBAL AE

VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN NR. 246

VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN NR. 246

KAPITEL 1 - ALLGEMEINE BEDINGUNGEN

- 1.1 Annahme und Beginn der Versicherung
- 1.2 Wer kann die Versicherung abschliessen?
- 1.3 Wer ist versichert?
- 1.4 Geltungsbereich
- 1.5 Versicherungspolice und Bedingungen
- 1.6 Prämienzahlung
- 1.7 Versicherungssumme
- 1.8 Prämien- und Leistungsanpassungen
- 1.9 Berichtigung von Prämien und Bedingungen
- 1.10 Was ist ein Leistungsfall?
- 1.11 Weitergabe von Informationen
- 1.12 Vorgehensweise nach dem Leistungsfall
- 1.13 Zeitlicher Geltungsbereich und Kündigung der Versicherung

KAPITEL 2 - LEISTUNGEN FÜR STATIONÄRE UND AMBULANTE BEHANDLUNG

- 2.1 Stationäre Leistungen und Tagespflege
- 2.2 Transport zum Krankenhaus
- 2.3 Ambulante Tarife
- 2.4 Schwangerschaft und Entbindung
- 2.5 Physiotherapie, Chiropraktik, Akupunktur und Sprachtherapie
- 2.6 Häusliche Pflege
- 2.7 Rehabilitation
- 2.8 Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen
- 2.9 Hospiz
- 2.10 Ausschlüsse

KAPITEL 3 - ZAHNSCHUTZ

KAPITEL 4 - GEMEINSAME BESTIMMUNGEN

- 4.1 Generelle Ausschlüsse
- 4.2 Doppelversicherung
- 4.3 Übertragung von Rechten
- 4.4 Regress
- 4.5 Gerichtsstand und anzuwendendes Recht
- 4.6 Definitionen

KAPITEL 1 - ALLGEMEINE BEDINGUNGEN

1.1 Annahme und Beginn der Versicherung

Die Versicherung ist gültig, wenn Nordic Health Care, hiernach "die Gesellschaft," den Antrag und die Gesundheitsprüfung vom Antragsteller erhalten hat und den Antragsteller über die Bedingungen der Versicherung informiert hat und die abgesprochene Prämie rechtzeitig bezahlt worden ist.

Wenn der gesundheitliche Zustand des Antragsteller sich innerhalb der Zeit vom Angebot bis zur Annahme durch die Gesellschaft ändert, so muss der Antragsteller die Gesellschaft hiervon unverzüglich in Kenntnis setzen.

Wenn eine Erweiterung des Versicherungsschutzes beantragt wird, gilt die Erweiterung als neuer Antrag und der Antragsteller muss ein neues Gesundheitszeugnis zur Risikoprüfung vorlegen.

Die Erweiterung tritt erst nach Annahme durch die Gesellschaft und nach dem Ablauf eventueller Wartezeiten in Kraft. Bis zum Ablauf der Wartezeiten ist der Antragsteller gemäß den Leistungen des alten Tarifes versichert.

1.2 Wer kann die Versicherung abschliessen?

Jeder kann die Versicherung abschließen, unabhängig von Nationalität und Wohnort. Ausnahme sind Personen, die ihren ständigen Aufenthaltsort in den USA oder Kanada haben. Wenn sie in die USA oder Kanada umziehen, endet die Versicherung automatisch zur Hauptfälligkeit, wenn nichts anderes schriftlich mit der Gesellschaft vereinbart wurde.

Personen unter 18 Jahren können nicht allein versichert werden. Personen, die älter als 64 Jahre sind, können den Versicherungsschutz nur nach Genehmigung der Gesellschaft erhalten.

1.3 Wer ist versichert?

Versichert ist der im Versicherungsschein aufgeführte Personenkreis, der nachstehend als der Versicherte/die Versicherte bezeichnet wird.

1.4 Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz gilt weltweit, sofern nichts anderes vereinbart wurde. In den USA und Kanada leistet die Versicherung nur für akut eingetretene Erkrankungen/Leistungsfälle. Wenn der Arzt der Gesellschaft die Entscheidung trifft, dass der medizinische Zustand stabil ist, gilt die Deckung der Versicherung nicht mehr und die weitere Behandlung muss in einem anderen Land (nicht in den USA oder Kanada) fortgesetzt werden.

1.5 Versicherungspolice und Bedingungen

Die Leistungsübersicht enthält eine Aufstellung von verschiedenen, kombinierbaren Tarifen mit unterschiedlichen Versicherungssummen. Um vollständige und detaillierte Informationen zu erhalten, lesen Sie bitte die Versicherungsbedingungen, die die gesetzliche Grundlage der Versicherung bilden. Wenn eine Leistung in der Beschreibung ("Welche Kosten werden von der Versicherung gedeckt?") nicht enthalten ist, sind die Kosten hierfür von der Versicherung nicht gedeckt.

1.6 Prämienzahlung

Die Prämie ist zum Zeitpunkt des Inkrafttretens/zur Fälligkeit der Versicherung im Voraus zu bezahlen. Wenn die Zahlung nicht rechtzeitig eingegangen ist, wird die Gesellschaft eine Mahnung verschicken. Wenn die Prämie danach nicht bezahlt worden ist, besteht für die Gesellschaft ab Zeitpunkt des Inkrafttretens/ letzter Fälligkeit der Versicherung keine Leistungspflicht mehr.

1.7 Versicherungssumme

Die Versicherungssummen und Höchstgrenzen, die in der Leistungsübersicht und in den Bedingungen erwähnt sind, gelten pro Versicherte und pro *Versicherungsjahr*, wenn nichts anderes in den Bedingungen erwähnt ist.

1.8 Prämien- und Leistungsanpassungen

Die Prämien und Versicherungsleistungen werden jährlich zur Hauptfälligkeit mit 5% angepasst. Die Gesellschaft behält sich jedoch vor, wenn notwendig, einen höheren Prozentsatz zu erheben.

Die Versicherungssummen für die Basistarife, Zahnschutz Erweitert, Zahnschutz Standard, die Unfallversicherung und Bestattung werden um jährlich 5% zur Hauptfälligkeit erhöht.

1.9 Berichtigung von Prämien und Bedingungen

Die Altersgruppe, die die Versicherten bei Abschluss des Vertrages hatten, wird während der gesamten Laufzeit beibehalten (die Prämien der Krankenversicherung wird nach Altersgruppen festgesetzt). Bei Erreichen des 18. Lebensjahres gilt die Prämie für Erwachsene ab der nächsten Hauptfälligkeit.

Falls die Gesellschaft Prämien und Versicherungsbedingungen ändert, werden diese Änderungen zur nächsten Hauptfälligkeit gültig. Wenn der Versicherungsnehmer eine Erhöhung der Prämie oder eine Änderung der Bedingungen nicht akzeptiert, muss sich dieser innerhalb von 14 Tagen nach der Mitteilung mit der Gesellschaft in Verbindung setzen. Danach kann die Versicherung nur zur nächsten Hauptfälligkeit gekündigt werden.

1.10 Was ist ein Leistungsfall?

Ein Leistungsfall ist ein oder mehrere Ereignis(se), die gleichzeitig oder nacheinander statt finden und die vom selben Leistungsgrund entstehen.

Kosten, die der Versicherte sich während *eines Versicherungsjahres* zuzieht als Konsequenz desselben Unfalls werden als ein Leistungsfall betrachtet.

Falls die Behandlung länger als *das Versicherungsjahr* dauert, wird der Leistungsfall nach dem Ablauf *des Versicherungsjahres* oder der Versicherung, wenn die Versicherung früher aufhört, als beendet betrachtet.

Die fortgesetzte Behandlung in einem neuen *Versicherungsjahr* wird als einen neuen Leistungsfall betrachtet. Der Fall wird dann bis zu der maximalen Versicherungssumme für das neue *Versicherungsjahr* gedeckt. Teile von der Versicherungssumme, die während *eines Versicherungsjahres* nicht gezahlt worden sind, können nicht während eines späteren *Versicherungsjahres* benutzt werden.

1.11 Weitergabe von Informationen

Es kann während der Bearbeitung des Leistungsfalles für die Gesellschaft notwendig sein, Information und Daten an das internationale Netzwerk der Gesellschaft weiterzugeben. Hierunter fallen z.B. die Alarmzentrale, die globalen Servicebüros, etc. Die Weitergabe der Informationen erfolgt nur zur Verbesserung der Serviceleistungen und um eine optimale Unterstützung zu gewährleisten.

1.12 Vorgehensweise nach dem Leistungsfall

Die Gesellschaft verpflichtet sich, in Leistung zu treten, wenn

- a) der Versicherte für Erstattungen ein vollständig ausgefülltes Erstattungsformular mit allen Originalbelegen der Ausgaben der Gesellschaft zustellt. Wenn der Versicherte durch die Gesellschaft aufgefordert wird, muss er vom behandelnden Arzt oder Krankenhaus weitere Arztberichte zur Verfügung stellen, die Auskunft über Diagnose, Art und Dauer der Behandlung, etc. geben.
- b) der Versicherte sicherstellt, dass der Gesellschaftsarzt Zugang zu allen relevanten medizinischen Berichten erhält. Hierzu gehören auch Informationen zu vorhergehenden Erkrankungen.
- c) der Versicherte im Falle von nicht akut aufgetretenen stationären Behandlungen, Tagespflege, ambulanten Operationen und Geburten die Gesellschaft informiert und sich vorher eine Kostenzusage einholt.
- d) der Versicherte den Leistungsfall innerhalb von 3 Jahren, nachdem der Leistungsfall eingetreten ist, meldet.

1.13 Zeitlicher Geltungsbereich und Kündigung der Versicherung

- a) Die Versicherung kann mit einer Frist von einem Monat zur Hauptfälligkeit vom Versicherungsnehmer gekündigt werden.
- b) Während der Versicherungsdauer garantiert die Gesellschaft eine lebenslange Erneuerung der Basistarife laut den vereinbarten Zahlungsbedingungen ohne eine erneute Gesundheitsprüfung. Die Gesellschaft kann jeden Zusatztarif mit einer Frist von drei Monaten zur Hauptfälligkeit kündigen.
- c) Die Gesellschaft kann einen Tarif mit einer Frist von 3 Monaten zur Hauptfälligkeit einstellen. Der Versicherer verpflichtet sich, dem Versicherten einen vergleichbaren Versicherungsschutz anzubieten.
- d) Die Gesellschaft kann die Versicherung kündigen bzw. vom Vertrag zurücktreten, falls der Versicherungsnehmer oder der Versicherte bei Abschluss wichtige Informationen verschwiegen oder falsche Angaben gemacht hat.
- e) Die Gesellschaft kann die Versicherung kündigen, wenn nachgewiesen werden kann, dass der Versicherungsnehmer oder der Versicherte eine rechtswidrige Handlung in Verbindung mit einem Leistungsfall unternommen hat. Dies gilt auch, wenn falsche Informationen im Leistungsfall weitergeleitet werden.
- f) In Verbindung mit einer Aufhebung der Police infolge des arglistiges Verfahrens erwähnt in d) und e) soll die Gesellschaft als Maximum die Prämie von der letzten Fälligkeit der Versicherung zurückzahlen.

KAPITEL 2 - LEISTUNGEN FÜR STATIONÄRE UND AMBULANTE BEHANDLUNG

2.1 STATIONÄRE LEISTUNGEN UND TAGESPFLEGE

2.1.0 Versicherungssumme - Bitte beachten Sie die Leistungsübersicht

2.1.1 Welche Schadensfälle sind von der Versicherung gedeckt?

Die Versicherung deckt Schäden, die aufgrund von Erkrankungen oder Unfällen entstanden sind.

2.1.2 Welche Kosten werden von der Versicherung gedeckt?

Körperliche Krankheiten

Die Versicherung deckt *gewöhnliche, allgemeine und angemessene Kosten* für

- a) Stationären Aufenthalt - maximal in *einem Standard-Einbettzimmer* - im Krankenhaus,
- b) Behandlung auf der Intensivstation,
- c) Chirurgie, medizinische Behandlung, Untersuchungen, Labortests, Röntgen, Scans, die von autorisierten Ärzten und Krankenschwestern ausgeführt werden,
- d) Arzneimittel, Verbände und Pflege,
- e) Herzschrittmacher und andere medizinische Ausstattung die chirurgisch eingesetzt werden,
- f) Prothesen, die erstmalig erworben/verschrieben werden,
- g) Organtransplantationen,
- h) Ambulante Krebsbehandlung mit Chemo- und Strahlentherapie,
- i) Dialyse,
- j) Rehabilitation während eines Krankenhausaufenthalts,

- k) Ärztlich angeordneter Aufenthalt im Krankenhaus für einen Verwandten, der ein versichertes Kind unter 18 Jahren begleitet,
- l) Krankenhaustagegeld. Wenn der Versicherte in ein Krankenhaus aufgenommen wird und der Gesellschaft für die Behandlung/Unterbringung keine Kosten entstehen, wird ersatzweise ein Krankenhaustagegeld für maximal 30 Tage pro Versicherungsjahr gezahlt.
- m) Behandlung auf der Unfallstation,
- n) Behandlung von HIV/AIDS, unabhängig vom Krankheitsverlauf oder daraus entstandenen Komplikationen, wenn der Versicherte einen medizinischen Antikörpertest vorlegt, der nachweist, dass der Versicherte bei Abschluss der Versicherung HIV-negativ war.

Mentale Störungen

- o) Aufenthalt, Behandlung- maximal im Standard-Einbettzimmer- und Krankenhausverpflegung. Voraussetzung hierfür ist, dass der Aufenthalt und die Behandlung vom behandelnden Psychiater angeordnet wurde und von der Gesellschaft zuvor genehmigt worden ist.

Angeborene Erkrankungen, die diagnostiziert werden, bevor das Kind 3 Jahre alt wird

- p) Behandlung von Geburtsfehlern, Erbkrankheiten, Missbildungen und daraus resultierende Folgeerkrankungen bis zu maximal 2 % der Versicherungssumme pro Versicherungsjahr.

2.2 TRANSPORT ZUM KRANKENHAUS

2.2.0 Versicherungssumme - Bitte beachten Sie die Leistungsübersicht

2.2.1 Welche Schadensfälle werden von der Versicherung gedeckt?

Die Versicherung deckt Schäden, die aufgrund von Erkrankungen oder Unfällen entstanden sind.

2.2.2 Welche Kosten werden von der Versicherung gedeckt?

Die Versicherung deckt *gewöhnliche, allgemeine und angemessene Kosten* für

- a) Transport im Krankenwagen zu und von der Behandlungsstelle, sofern der Transport von einem Arzt angeordnet ist,
- b) medizinisch notwendige Überführung zu einer angemessenen Behandlungsstelle im Fall, dass eine Behandlung nicht ordnungsgemäß ausgeführt werden kann. Voraussetzung hierfür ist, dass die Überführung vom behandelnden Arzt angeordnet und zuvor von der Gesellschaft genehmigt worden ist.
- c) Transport zum nächstgelegenen Bestattungsinstitut im Falle des Todes.

2.3 AMBULANTE LEISTUNGEN

2.3.0 Versicherungssumme - Bitte beachten Sie die Leistungsübersicht

2.3.1 Welche Schadensfälle werden von der Versicherung gedeckt?

Die Versicherung deckt Leistungsfälle, die aufgrund von Erkrankungen oder Unfällen entstanden sind.

2.3.2 Welche Kosten werden von der Versicherung gedeckt?

Körperliche Krankheiten

Die Versicherung deckt *gewöhnliche, allgemeine und angemessene Kosten* für

- a) chirurgische Eingriffe, die von behandelnden Arzt durchgeführt werden. Diese beinhalten eine Nachuntersuchung nach dem Eingriff.
- b) Konsultation und Behandlungen beim Allgemeinmediziner/Spezialisten,
- c) Labortests, Röntgen, Scans und Endoskopien,

- d) Kosten für Unterbringung im Falle einer medizinischen Überführung,
- e) ärztlich verschriebene Arzneimittel,
- f) verschriebene Hilfsmittel, die nicht aufgrund von Altersgebrechen notwendig sind.

Mentale Störungen (Versicherungssumme - Bitte beachten Sie die Leistungsübersicht)

- g) Ambulante psychiatrische Behandlung. Voraussetzung hierfür ist, dass eine solche Behandlung vom behandelnden Psychiater angeordnet worden ist.

Angeborene Erkrankungen, die diagnostiziert werden, bevor das Kind 3 Jahre alt wird

- h) Behandlung von Geburtsfehlern, Erbkrankheiten, Missbildungen und daraus resultierende Folgeerkrankungen bis zu maximal 1 % der Versicherungssumme pro Versicherungsjahr.

2.4 SCHWANGERSCHAFT UND ENTBINDUNG

2.4.0 Versicherungssumme pro Schwangerschaft - Bitte beachten Sie die Leistungsübersicht

2.4.1 Welche Kosten werden von der Versicherung gedeckt?

Die Versicherung deckt *gewöhnliche, allgemeine und angemessene Kosten* - nach frühestens 12 Monaten ab Beginn der Versicherung - für

- a) ambulante Schwangerschaftsuntersuchungen und Geburten, sowohl für normale Geburt, als auch Kaiserschnitt,
- b) Behandlung von Krankheit oder Unfall des Kindes/der Kinder. Diese ist im Versicherungsschutz der Mutter mit den jeweiligen Versicherungssummen während des ersten Monats nach der Geburt enthalten. Ausgenommen sind Schwangerschafts- oder Geburtskomplikationen.

2.4.2 Besondere Bedingungen für die Kindernachversicherung

Kinder können innerhalb von zwei Monaten ab Geburt ohne Gesundheitsprüfung in den Vertrag der Mutter aufgenommen werden. Hierfür reicht es aus, der Gesellschaft die Namen und Geburtsdaten schriftlich mitzuteilen. Es besteht für das Kind/die Kinder der gleiche Versicherungsschutz, den die Mutter zum Zeitpunkt der Geburt versichert hatte. Ein abweichender Versicherungsschutz ist für Kinder nicht möglich. Wird die Versicherung für Kinder erst 3 Monate nach der Geburt abgeschlossen, müssen für jedes Kind Gesundheitsfragen beantwortet werden.

2.4.3 Besondere Bedingungen für Schwangerschaft und Geburt, die nicht durch künstliche Befruchtung entstanden sind

Die Gesellschaft zahlt für Behandlungen von Komplikationen, die während der Schwangerschaft oder Geburt auftreten und die vom Arzt der Gesellschaft als ungewöhnlich definiert werden, siehe Absatz 1-3.

2.4.4 Ausschluss für Schwangerschaft/Geburt, wenn diese durch künstliche Befruchtung zustande gekommen sind

Die Gesellschaft zahlt keine Kosten für die Behandlung von Schwangerschafts-, und Geburtskomplikationen, inklusive Fehlgeburten, siehe Absatz 1-3.

2.5 PHYSIOTHERAPIE, CHIROPRAKTIK, AKUPUNKTUR UND SPRACHTHERAPIE

2.5.0 Versicherungssumme - Bitte beachten Sie die Leistungsübersicht

2.5.1 Welche Schadensfälle werden von der Versicherung gedeckt?

Die Versicherung deckt Leistungsfälle, die aufgrund von Erkrankungen oder Unfällen entstanden sind.

2.5.2 Welche Kosten werden von der Versicherung gedeckt?

Die Versicherung deckt *gewöhnliche, allgemeine und angemessene Kosten* für ambulante Behandlung, die von Physiotherapeuten, Chiropraktikern, Akupunkteuren oder Logopäden ausgeführt werden.

2.6 HÄUSLICHE PFLEGE

2.6.0 Versicherungssumme - Bitte beachten Sie die Leistungsübersicht

2.6.1 Welche Schadensfälle werden von der Versicherung gedeckt?

Die Versicherung deckt Leistungsfälle, die aufgrund von Erkrankungen oder Unfällen entstanden sind.

2.6.2 Welche Kosten werden von der Versicherung gedeckt?

Die Versicherung deckt *gewöhnliche, allgemeine und angemessene Kosten* für Betreuung und Krankenpflege, die im Haus des Versicherten und höchstens 90 Tage *pro Versicherungsjahr* nach einer Krankheit oder einem Unfall ausgeführt werden. Häusliche Krankenpflege muss zuvor von der Gesellschaft genehmigt worden sein.

2.7 REHABILITATION

2.7.0 Versicherungssumme - Bitte beachten Sie die Leistungsübersicht

2.7.1 Welche Schadensfälle werden von der Versicherung gedeckt?

Die Versicherung deckt Leistungsfälle, die aufgrund von Erkrankungen oder Unfällen entstanden sind.

2.7.2 Welche Kosten werden von der Versicherung gedeckt?

Die Versicherung deckt *gewöhnliche, allgemeine und angemessene Kosten* für medizinisch angeordnete Rehamassnahmen nach ernsthafter Krankheit in einer anerkannten Rehaklinik. Der Aufenthalt darf höchstens 90 Tage *pro Versicherungsjahr* dauern. Rehabilitation muss vor der Behandlung von der Gesellschaft genehmigt worden sein.

2.8 IMPFUNGEN UND VORSORGEUNTERSUCHUNGEN

2.8.0 Versicherungssumme - Bitte beachten Sie die Leistungsübersicht

2.8.1 Welche Kosten werden von der Versicherung gedeckt?

Die Versicherung deckt *gewöhnliche, allgemeine und angemessene Kosten* für Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen. Diese Kosten werden erst nach einer Wartezeit von 6 Monaten ab Versicherungsbeginn übernommen.

Für Kinder, die nach der Abschluss der Versicherung geboren worden sind, gilt die sechsmonatige Wartezeit nicht. Kosten werden von Geburt an übernommen.

2.9 HOSPIZ

2.9.0 Versicherungssumme - Bitte beachten Sie die Leistungsübersicht

2.9.1 Welche Schadensfälle werden von der Versicherung gedeckt?

Die Versicherung deckt Leistungsfälle, die aufgrund von Erkrankungen oder Unfällen entstanden sind.

2.9.2 Welche Kosten werden von der Versicherung gedeckt?

Die Versicherung deckt *gewöhnliche, allgemeine und angemessene Kosten* für Aufenthalt, Betreuung und Krankenpflege in einem anerkannten und vom Versicherten gewählten Hospiz, wenn eine ernsthafte Krankheit oder Unfall vorangegangen ist. Aufenthalt und Pflege im Hospiz muss zuvor von der Gesellschaft genehmigt worden sein.

2.10 AUSSCHLÜSSE

Die Versicherung deckt keine Kosten für

- a) Krankheiten, Unfälle und angeborene Krankheiten/Missbildungen (inklusive daraus resultierender Symptome), die vor Abschluss der Versicherung bekannt waren, es sei denn, diese sind ausdrücklich in der Police erwähnt worden oder nach Gesundheitsprüfung von der Gesellschaft genehmigt worden.
- b) stationäre Behandlung, wenn medizinisch vertretbare ambulante Behandlung möglich ist,
- c) Behandlung, die von dem Versicherten selber, Mitglieder der Familie des Versicherten oder einer den vorgenannten Personen gehörenden Firma/Praxis ausgeführt werden,
- d) *zahnärztliche Behandlung*, einschließlich Zahnersatz oder künstliche Zähne,
- e) Behandlung von Kinderlosigkeit, Verhütung oder Schwangerschaftsabbruch oder daraus resultierenden Folgeerkrankungen oder damit verbundenen Komplikationen,
- f) Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen, allgemeine Gesundheitsprüfungen und Check-ups, denen keine vorherige Diagnose vorangeht, es sei denn, der bestehende Versicherungsschutz enthält Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen,
- g) plastische oder kosmetische Chirurgie oder Behandlung, die damit verbunden ist. Es sei denn, die Behandlung ist medizinisch angeordnet und zuvor von der Gesellschaft genehmigt worden,
- h) *Prothesen*, es sei denn, dass Sie zum ersten Mal als Folge akuter Krankheit oder wegen eines Unfalls verschrieben worden ist,
- i) Brillen, Brillengläser, Kontaktlinsen und Hör-, bzw. Sprechhilfen,
- j) Aufenthalte in Pflegeheimen, Erholungsheimen, Spa's oder Kuren
- k) medizinische Behandlung, die nicht von den nationalen Gesundheitsbehörden im Wohnsitzland des Versicherten zugelassen ist,
- l) ergänzende Behandlungen, hierunter Naturheilkunde, frei verkäufliche Produkte, EDTA Behandlung, Homöopathie, Kinesiologie, Chinesische Medizin oder ähnliches,
- m) auftretende Krankheiten oder Komplikationen, die wegen Schwangerschaft oder Geburt innerhalb der ersten 12 Monate ab Versicherungsbeginn auftreten,
- n) Schwangerschaft/Geburt oder daraus resultierende Komplikationen, inklusive Fehlgeburt, wenn der bestehende Versicherungsschutz nicht Leistungen für Schwangerschaft und Geburt enthält,
- o) Leistungsfälle, die in den USA oder Kanada auftreten. Leistungsfälle, die wegen akuter Krankheit oder Unfall während Reisen in vorgenannte Länder auftreten und Geburten, die länger als 4 Wochen vor dem errechneten Termin stattfinden, sind versichert. Sowie der medizinische Zustand stabil ist, muss jede weitere Behandlung außerhalb den USA oder Kanada stattfinden.
- p) psychologische Behandlungen.

KAPITEL 3 - ZAHNSCHUTZ

3.0 Versicherungssumme - Bitte beachten Sie den Versicherungsschein

3.1 Welche Kosten werden von der Versicherung gedeckt?

Die Versicherung deckt *gewöhnliche, allgemeine und angemessene Kosten* für

- a) Kontrollen, Zahnfüllungen und Reinigung, das Ziehen von Zähnen, röntgen, Wurzelbehandlungen, Brücken, Stiftzähne, Paradontose, Goldarbeiten, Kronen und Implantaten. Die Behandlung darf frühestens nach Ablauf der Wartezeiten von 6 Monaten stattfinden. Mit Zahnschutz Standard werden 65 % der Kosten gedeckt, mit Zahnschutz Erweitert werden 80 % der Kosten gedeckt.

- b) Zahnregulierung/Kieferorthopädie für Personen unter 18 Jahren. Die Behandlung darf frühestens nach Ablauf der Wartezeiten von 6 Monaten stattfinden. Mit Zahnschutz Standard werden 65 % der Kosten gedeckt, mit Zahnschutz Erweitert werden 80 % der Kosten gedeckt, jedoch maximal 50 % der Versicherungssumme.
- c) *zahnärztliche Behandlung*, die als Folge eines Unfalls ausgeführt wird.

3.2 Ausschlüsse

Die Versicherung deckt keine Kosten für

- a) Schäden, die während des Kauens entstanden sind, siehe Absatz 3.1 c,
- b) kosmetische Behandlung,
- c) Transport in Verbindung mit der Behandlung.

KAPITEL 4 - GEMEINSAME BESTIMMUNGEN

4.1 Generelle Ausschlüsse

Die Versicherung deckt keine Schadensfälle

- a) deren Kosten nicht *gewöhnlich, allgemein und angemessen* sind.
- b) die an einem Ort eintreten, der als Kriegszone zum Zeitpunkt des Schadensfalls in der Kriegs- und Risikoliste der Gesellschaft genannt ist.

Ausserdem deckt die Versicherung keine Schäden, die direkt oder indirekt von folgenden Umständen entstanden sind:
- c) Infolge vorsätzlichem und fahrlässigem Benehmens des Versicherten,
- d) die aufgrund von Alkoholismus, Drogen, Missbrauch von Medizin oder anderen psychotropischen Substanzen,
- e) die Teilnahme des Versicherten bei professionellem Sport oder Training für diesen,
- f) die Teilnahme des Versicherten an *wissenschaftlichen Expeditionen*.
- g) die Teilnahme des Versicherten an Krieg, inneren Unruhen oder entsprechenden gefährlichen Aktivitäten,
- h) Auslösung von Atomenergie oder anderen radioaktiven Kräften sowie Bestrahlung aus radioaktiven Brennstoffen oder Abfällen.

4.2 Doppelversicherung

Die Versicherung deckt keine Kosten, die von einer anderen Versicherung gedeckt werden. Diese Regelung wird nicht bei der Unfallversicherung angewandt.

4.3 Übertragung von Rechten

Die Rechte des Versicherten können nicht ohne Zustimmung der Gesellschaft abgetreten oder verpfändet werden.

4.4 Regress

Bei Leistungen aus dieser Versicherung tritt die Gesellschaft in alle diesbezüglichen Rechte des Versicherten ein.

4.5 Gerichtsstand und anzuwendendes Recht

Gerichtliche Verfahren gegen die Gesellschaft werden bei einem Gerichtsstand in Übereinstimmung mit entsprechendem Recht des *Heimatlands* des Versicherten angestrengt.

4.6 Definitionen

Im Rahmen dieser Versicherung werden die untenstehenden Wörter wie folgt definiert:

- **Akute Krankheit/akuter Schadensfall.** Körperlicher Schäden oder plötzliche, unerwartete Verletzung oder begründeter Verdacht auf die oben erwähnte.
- **Alkoholismus,** eine grundlegende, chronische Erkrankung die durch unkontrollierten oder übermässigen Konsum von Alkohol zu gesundheitlichen Schäden führt
- **Ambulante Behandlung.** Behandlung die nicht Krankenhauaufenthalte über Nacht zur Folge hat.
- **Gewöhnliche, allgemeine und angemessene Kosten.** Übernahme der ortsüblichen und angemessenen Kosten für Dienstleistungen am Behandlungsort bzw. nach Prüfung der Angemessenheit.
- **Hauptfälligkeit.** Datum für Erneuerung der Versicherung.
- **Heimatland.** Das Land im der Versicherte als Einwohner registriert ist. Das Land muss in der Police angegeben sein.
- **Hilfsmittel,** z.B. Gehhilfen oder Krücken, Verleih von Rollstühlen, Ablassvorrichtungen, Gummistrümpfe, Schuheinlagen, Bruchbänder, etc.
- **Operation.** Chirurgische Behandlung/Intervention einschließlich Endoskopien.
- **Organtransplantation,** operative Transplantation, wobei der Versicherte eine gespendete Lunge, Herz, Niere, Knochenmark, Bauchspeicheldrüse, Hornhaut, etc. aufgrund einer irreversiblen Funktionsstörung erhält.
- **Prothesen** jeglicher Art, die als dauerhaften oder temporären Ersatz eines Organs oder einer Extremität vorgesehen sind, Gewebe, Körperflüssigkeiten, künstliche Extremitäten oder Teile von diesen, jedoch nicht ausschliesslich darauf limitiert.
- **Rauschgifte.** Marihuana, Cannabis, Haschisch, Hanf u. dergl.
- **Standard privates Zimmer.** Zimmer mit einem Bett. Ein Standard-Zimmer ist das billigste Privatzimmer im Krankenhaus.
- **Stationäre Behandlung.** Einweisung in ein Krankenhaus mit mindestens einer Übernachtung.
- **Tagesleistungen.** Blutwäsche, Krebsbehandlung hierunter Chemo/Strahlentherapie die in einem Labor ausgeführt werden und HIV/AIDS-Behandlung.
- **Unfall.** Ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, das unfreiwillig zu einer Gesundheitsschädigung führt.
- **Versicherungsjahr.** Die 12 Monate zwischen jeder Fälligkeit der Versicherung. Die Fälligkeit geht aus dem Versicherungsschein hervor.
- **Versicherungsperiode.** Die Periode in welcher die Gesellschaft für Erstattung von Ersatzforderungen haftet.
- **Wissenschaftliche Expeditionen.** Expeditionen in Gebieten, in denen die örtlichen, öffentlichen Behörden eine Sondergenehmigung für den Aufenthalt fordern.
- **Zahnärztliche Behandlung.** Zahnärztliche Behandlung die wegen Krankheiten, Infektionen oder Schäden an den Zähnen oder im umgebenden Gewebe.
- **Zusätzliche Kosten.** Kosten, die ausschliesslich wegen eines deckungsberechtigten Schadensfalls entstehen. Wenn solche Kosten unabhängig vom Schadensfall bezahlt werden sollten, so werden diese nicht als Zusätzliche Kosten betrachtet.



Europæiske Rejseforsikring A/S
Frederiksberg Allé 3,
DK-1790 København V, Dänemark
Tel. +45 33 27 83 80 – info@nhcglobal.com

www.nhcglobal.de