

# International Health and Hospital Plan

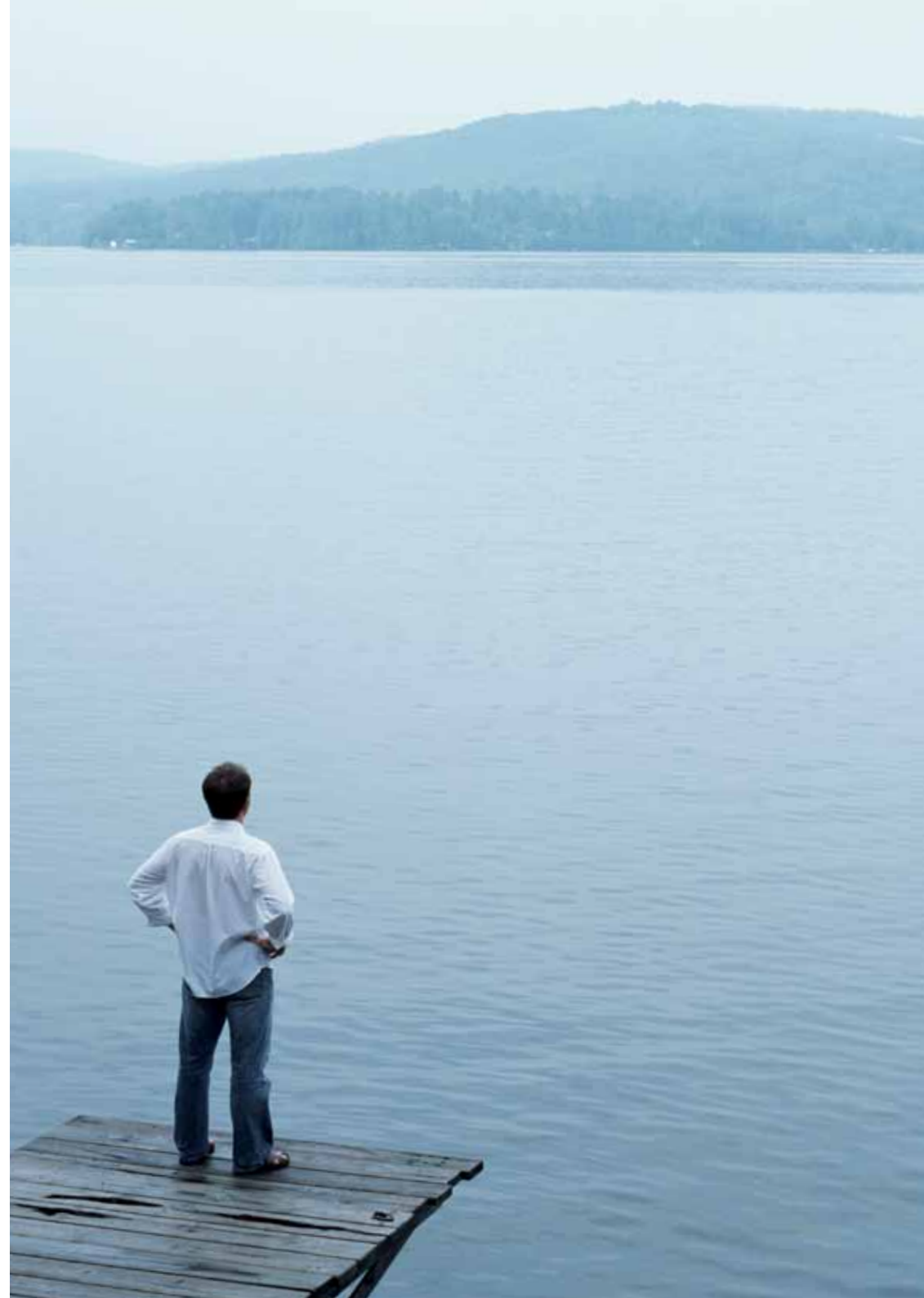
Gültig ab 2011 - EUR




# Inhalt

- 4 Ihre Gesundheit geht vor
- 8 ihi Bupa: Erleben Sie den Unterschied
- 12 Versicherungsschutz - maßgeschneidert
- 14 Was passiert, wenn Sie behandelt werden müssen?
- 20 Ihr Online-Service bei ihi Bupa
- 21 Rückerstattungsübersicht
- 27 Allgemeine Versicherungsbedingungen
- 40 Glossar

*Wir möchten sicher stellen, dass Kunden mit besonderen Bedürfnissen nicht benachteiligt werden. Daher werden unsere Korrespondenz und unser Informationsmaterial auch in Braille-Schrift, Großdruck und als Audio-Dokument erstellt. Bitte teilen Sie uns mit, welche Form Sie vorziehen.*



# Ihre Gesundheit geht vor



Ihr Vorteil:  
eine Versicherung mit  
Verlängerungsgarantie,  
ein Leben lang,  
unabhängig von Alter  
und Gesundheitszustand.

Ganz gleich, ob Sie im Heimatland leben oder im Ausland leben und arbeiten - Ihre Gesundheit sollte stets in besten Händen sein.

Sie und Ihre Familie sollten sich stets darauf verlassen können, dass Ihnen überall auf der Welt und unter allen Umständen sofort eine qualifizierte medizinische Behandlung und die erforderliche Betreuung zuteil werden. Sie sollten die Gewissheit haben, dass Behandlung und Pflege unmittelbar zur Verfügung stehen und die Kosten gedeckt werden, damit Sie sich nur darauf konzentrieren müssen, wieder gesund zu werden. Daher ist die Wahl einer optimalen internationalen Krankenversicherung für Sie und Ihre Familie eine der wichtigsten Entscheidungen, die Sie jemals treffen werden.

ihi Bupas Kernkompetenz ist die internationale Krankenversicherung. Wir bieten unseren Kunden weltweit einen hervorragenden Service. Dazu gehören die Deckung von Behandlungskosten und die Bereitstellung professioneller Beratung im Falle einer Krankheit und/oder eines Unfalls.

Als Kunde bei ihi Bupa können Sie sich darauf verlassen, dass wir Sie nicht als beliebige Policennummer, sondern als individuelle Person behandeln. Jede Kundin, jeder Kunde und jede Situation ist anders, und wir konzentrieren uns darauf, Antworten und Lösungen zu finden, die auf Sie zugeschnitten sind.

Wenn Sie bei ihi Bupa versichert sind, können Sie darauf vertrauen, dass Sie und Ihre Familie im Bedarfsfall durch eine leistungsstarke Versicherung und kompetente Fachkräfte unterstützt werden.

### ihi Bupa - Ihr leistungsfähiger Krankenversicherer

ihi Bupa gehört zur Bupa Gruppe, einer weltweit tätigen Krankenversicherung, die Millionen von Menschen in der ganzen Welt hilft, länger, gesünder und glücklicher zu leben. Zehn Millionen Kunden - 115 Nationalitäten in 190 Ländern weltweit - vertrauen auf den hervorragenden Service von ihi Bupa im Bereich der privaten Gesundheitsfürsorge. Und - wir haben keine Aktionäre. Unsere Gewinne fließen wieder in das Unternehmen zurück.

ihi Bupa kann auf langjährige Erfahrung als weltweiter Versicherer bei Auslandsaufenthalten und im Heimatland zurückblicken - ein weiterer Vorteil für Sie und Ihre Familie. Im Laufe der Jahre haben wir uns zu einem globalen Unternehmen mit Vertretungen in vielen Ländern und einem engmaschigen Netz von Versicherungsmaklern und medizinischen Dienstleistern entwickelt.

Qualitätsbewusstsein und Kundenzufriedenheit stehen bei uns an erster Stelle. Das hat ihi Bupa zu einem Begriff für zuverlässige, kompetente Krankenversicherung gemacht.



# ihi Bupa: Erleben Sie den Unterschied

## Flexibilität und freie Wahl

- Unser International Health and Hospital Plan ist im wahrsten Sinne des Wortes flexibel: Sie wählen nur die Module unserer Versicherungsdeckung, die Ihren Bedürfnissen und denen Ihrer Familienmitglieder entsprechen.
- Sie können in allen Ländern der Welt behandelt werden, in Ihrem Heimatland oder in einem anderen Land Ihrer Wahl.
- Sie können völlig frei zwischen den von uns anerkannten Krankenhäusern und Kliniken, Ärzten oder Spezialisten wählen.

## Kompetente Beratung, erfahrene Mitarbeiter

- Als Kunde werden Sie von unseren professionellen Mitarbeitern individuell betreut.
- Die meisten Mitarbeiter in Kopenhagen können auf eine internationale Ausbildung oder auf Arbeitserfahrung aus anderen Ländern zurückgreifen, und wir beschäftigen Mitarbeiter aus vielen verschiedenen Ländern. Wir sind im wahrsten Sinne des Wortes international. Und wir sind mit Sprache und Kultur in den Ländern vertraut, in denen Sie unsere Hilfe in Anspruch nehmen könnten.
- ihi Bupa beschäftigt ein umfangreiches Team von Ärzten und Gesundheitspersonal.





Unveränderter  
Versicherungsschutz auch bei  
Diagnose einer  
angeborenen,  
erblichen oder  
chronischen  
Krankheit.

#### Beratung und Unterstützung rund um die Uhr

- Während Sie in Behandlung sind, können wir uns um alle praktischen Dinge kümmern. Sie konzentrieren sich nur darauf, wieder gesund zu werden.
- Unser Medical Centre in Kopenhagen ist rund um die Uhr für Sie da, 365 Tage im Jahr. Dort arbeitet ein Team erfahrener Berater, die darin ausgebildet sind, bei geplanten Krankenhausaufenthalten und Notfällen Hilfe zu leisten.
- Die Ärzte unseres hauseigenen Beraterteams können Sie beraten und Ihnen weiterhelfen, ganz gleich, ob es sich um ein unkompliziertes Symptom oder um eine komplexere Diagnose handelt.
- Unsere Berater und ärztlichen Fachkräfte stehen immer zur Verfügung, um Sie bei Fragen der richtigen Behandlung und Betreuung zu beraten.
- Wir sind immer für Sie da, um Sie in komplexen und oftmals auch verwirrenden Situationen zu unterstützen.

#### Wir machen es Ihnen leicht

- Wir sprechen eine Vielzahl verschiedener Sprachen.
- Unsere Policen, Prämien und Formulare sind leicht verständlich formuliert.
- Wir bieten Ihnen Zugriff auf myPage, wo Sie Informationen zu Ihrer persönlichen Police online und Korrespondenz von ihi Bupa einsehen können.
- Bei einem Antrag auf Rückerstattung ist kein Formular erforderlich

#### Sie haben den Überblick - mit unserem Online-Service

- Chatten Sie online mit unseren Kundenberatern
- Informieren Sie sich über Einzelheiten Ihrer Police
- Zahlen Sie Ihre Prämie online
- Schicken Sie Ihren Antrag auf Rückerstattung per E-Mail
- Wählen Sie den Online-Zugriff auf Ihre Dokumente und Korrespondenz
- .... und vieles mehr

# Versicherungsschutz - maßgeschneidert

Der Krankenversicherungsbedarf ist von Land zu Land verschieden, und jede Person hat individuelle Ansprüche. Mit unserem International Health and Hospital Plan können Sie Ihre persönliche, flexible Versicherung zusammenstellen.

## Krankenhausplan

**Ihr Basisplan für die Behandlung in Verbindung mit einem Krankenhausaufenthalt.**

Der Krankenhausplan gibt Ihnen die Sicherheit, dass notwendige Behandlungen gedeckt sind, ganz gleich, ob der Krankenhausaufenthalt geplant war oder es sich um einen Notfall handelt.

Sie können diesen Versicherungsschutz mit einer Selbstbeteiligung als alleinigen Schutz wählen oder ihn um jedes unserer vier Module ergänzen.



## Wählen Sie Ihre Selbstbeteiligung

Die Selbstbeteiligung ist der Beitrag, den Sie jährlich für Ihre Behandlungen zahlen, bevor Ihnen Ihre Kosten rückerstattet werden.

EUR
keine
350
1,050
4,000
8,000
16,000

Sie können Ihre Versicherung mit oder ohne Selbstbeteiligung in jeder der drei Währungen abschließen.

Eine Selbstbeteiligung reduziert Ihre Prämie.

Die Module Medizinische Evakuierung und Rückreise und/oder Zahnbehandlung und Augenoptik sind von einer Selbstbeteiligung ausgenommen.



Wählen Sie zwischen vier Modulen:

### Ambulante Leistungen

#### Modul 1

Medizinische Behandlungen, die keinen Krankenhausaufenthalt erfordern: Behandlungen bei einem Arzt, Spezialisten oder Therapeuten sowie ein jährlicher Gesundheits-Check-up.

### Arzneimittel und Hilfsmittel

#### Modul 2

Verordnete Arzneimittel, Hörgeräte und gemietete Hilfsmittel wie beispielsweise ein Rollstuhl.

### Medizinische Evakuierung/ Rückreise

#### Modul 3

Dieses Modul deckt eine medizinische Evakuierung, eventuell per Flugzeug oder Hubschrauber, wenn vor Ort keine qualitativ angemessene Behandlung verfügbar ist, sowie die Begleitung durch eine nahestehende Person oder ein Familienmitglied.

### Zahnbehandlung und Augenoptik

#### Modul 4A und 4B

Sie haben die Wahl zwischen zwei Leistungsebenen, Zahnärztliche Routine- und Spezialbehandlungen, Brillen oder Kontaktlinsen.



**Ihr maßgeschneiderter International Health and Hospital Plan**

Wichtig: In der Rückerstattungsübersicht ist im Detail aufgelistet, welche Leistungen von den einzelnen Modulen umfasst sind, und welche Beträge maximal rückerstattet werden.

# Was passiert, wenn Sie behandelt werden müssen?

## Geplanter Krankenhausaufenthalt

Setzen Sie sich vor einem geplanten oder nicht-akuten Krankenhausaufenthalt mit uns in Verbindung, damit wir, wenn Sie es wünschen, den praktischen Verwaltungsaufwand in Verbindung mit Ihrem Aufenthalt übernehmen können. Sie müssen sich dann nur darauf konzentrieren, wieder gesund zu werden.

- Wir prüfen Ihre Versicherung und bestätigen, dass Ihre Behandlung durch Ihren Versicherungsschutz gedeckt ist.
- Wenn Sie es wünschen, helfen wir Ihnen bei der Wahl des richtigen Behandlungsortes: Schicken Sie uns einfach die medizinischen Informationen über Ihren Gesundheitszustand, und wir werden Ihnen mitteilen, welche geeigneten Behandlungsmöglichkeiten oder Spezialisten es in den Ländern und/oder Städten Ihrer Wahl gibt.
- Wir werden gegenüber dem Krankenhaus bestätigen, dass Ihre Behandlung von der Versicherungsdeckung umfasst ist, und eine Zahlungsgarantie ausstellen, die der Deckung Ihres Versicherungsplanes entspricht.
- Unsere medizinischen Fachkräfte können Sie auf Wunsch beraten und dazu beitragen, dass Sie die optimale Behandlung erhalten.
- Wenn möglich, werden wir die Rechnung direkt mit dem Krankenhaus begleichen.

ih i Bupa erstattet alle Kosten, die Ihnen in Verbindung mit der Benachrichtigung über eine Einweisung in ein Krankenhaus entstehen (beispielsweise die Kosten eines Auslandstelefonats mit ih i Bupa).

Für jeden  
zahlenden Erwachsenen sind  
zwei Kinder  
unter zehn Jahren  
kostenlos  
mitversichert.



12 Monate nach Abschluss der Versicherung der Eltern sind

## Neugeborene vom Zeitpunkt der Geburt an gedeckt, ungeachtet ihres Gesundheitszustandes.

Ausgenommen sind adoptierte Kinder, Kinder, die als Ergebnis einer Fruchtbarkeitsbehandlung und/oder Kinder, die von einer Leihmutter geboren sind.



### Akute Einweisung ins Krankenhaus

Benachrichtigen Sie uns so schnell wie möglich, entweder direkt, durch den behandelnden Arzt oder durch ein Familienmitglied. Wir benötigen folgende Informationen: das Datum Ihrer Einweisung ins Krankenhaus, Ihre Diagnose, die Behandlung und das voraussichtliche Datum Ihrer Entlassung. Wir werden sicherstellen, dass keine Missverständnisse bezüglich Ihrer Versicherungsdeckung entstehen, und eng mit dem Krankenhaus zusammenarbeiten, damit Sie angemessen behandelt werden.

### Medizinische Evakuierung

Eine medizinische Evakuierung kann nur erfolgen, wenn Sie das Versicherungsmodul Medizinische Evakuierung und Rückreise gewählt haben. Kann die erforderliche Behandlung in Verbindung mit einer akuten Erkrankung und/oder einem Unfall vor Ort nicht bereitgestellt werden, so wird ihi Bupa die Transportkosten decken. Eine medizinische Evakuierung und Rückreise muss von ihi Bupa vorab genehmigt und organisiert werden. Sie müssen uns vor Beginn des Transports informieren, entweder direkt oder durch den behandelnden Arzt.

Unsere medizinischen Berater werden nach Absprache mit dem behandelnden Arzt einen angemessenen Behandlungsort wählen und sich um den Transport kümmern (beispielsweise mit Sanitätsflugzeug, Hubschrauber, Krankenwagen), und wir werden für ihre sofortige Evakuierung sorgen.

Wir organisieren einen Transport von Bett zu Bett: Sie werden dort abgeholt, wo Sie sich befinden,

über Land oder auf dem Luftwege transportiert und im empfangenden Krankenhaus aufgenommen. Wir stellen ebenfalls sicher, dass Sie entsprechend begleitet werden - durch medizinisches oder nicht-medizinisches Personal. Und wir sorgen selbstverständlich dafür, dass Ihre Familie und Ihre Ärzte ständig auf dem neuesten Stand gehalten werden.

### Andere Behandlungen

*Diese Behandlungen sind nur von der Versicherung umfasst, wenn Sie die Module Ambulante Leistungen, Arzneimittel und Hilfsmittel und/oder Zahnbehandlung und Augenoptik gewählt haben.*

Sollten Sie eine ambulante Behandlung benötigen, beispielsweise in Form einer Beratung bei Ihrem Arzt oder einem Spezialisten, oder sollte eine zahnärztliche Untersuchung erforderlich werden, zahlen Sie die Rechnung und schicken diese an uns, damit wir eine Rückerstattung in die Wege leiten können. Um Ihren Rückerstattungsantrag bearbeiten zu können, benötigen wir folgende Belege:

- die quittierten und spezifizierten Rechnungen aus denen der Name der/des Versicherten, die Diagnose, die Leistung und der gezahlte Betrag hervorgehen.
- Ihre Rechnung über Arzneimittel mit dem entsprechenden Rezept, aus dem die Diagnose, der Name der/des Versicherten, das Datum und der gezahlte Betrag hervorgehen.
- bei einer außergewöhnlichen Behandlung eine detailliertere ärztliche Bescheinigung mit Ihrer Diagnose und Behandlung.

### So berechnen wir Ihre Rückerstattung

Bei der Bearbeitung Ihres Antrags auf Rückerstattung werden Ihnen die Beträge in der Höhe ausgezahlt, die aus der Rückerstattungsübersicht hervorgehen, abzüglich einer eventuell von Ihnen gewählten Selbstbeteiligung. Die Selbstbeteiligung ist der Beitrag, den Sie jährlich für Ihre Behandlung zahlen, bevor Ihnen Ihre Kosten rückerstattet werden. Die Selbstbeteiligung wird für jede mitversicherte Person separat berechnet.

Wichtig ist, dass Sie uns alle Anträge übermitteln, auch wenn die Höhe Ihres Antrags auf Rückerstattung unter der eventuellen Selbstbeteiligung liegen sollte. Wir werden Ihnen dann keinen Betrag rückerstatten, aber Ihr Anspruch wird gegen die Selbstbeteiligung aufgerechnet.

Wenn Sie uns Rückerstattungsbelege und originale Rechnungen schicken, die Sie von einem anderen privaten Krankenversicherer (beispielsweise im Rahmen einer nationalen Versicherungsdeckung) eingefordert haben, werden diese ebenfalls gegen Ihre Selbstbeteiligung aufgerechnet, sofern diese Leistungen von Ihrem International Health and Hospital Plan gedeckt worden wären.

Sie werden in jedem Fall eine Leistungsabrechnung erhalten, aus der hervorgeht, welcher Betrag mit Ihrer Selbstbeteiligung verrechnet wurde, und wie viel ausgezahlt worden ist.

Wir können Ihre Rückerstattungen in fast allen Währungen auszahlen.

Bitte geben Sie bei jeder Korrespondenz mit ihi Bupa Ihre Policennummer an.



Ganz gleich,  
welchen Beruf Sie ausüben,  
wie Sie Ihre Freizeit gestalten und  
welchen Sport Sie bevorzugen

- Ihr Versicherungsschutz wird nicht eingeschränkt.

Das gilt ebenso für professionelle Sportler und Hochrisikosportler.

### Noch einfacher - ein E-Antrag

Sie können Ihren Rückerstattungsantrag per E-Mail an ihi Bupa schicken. Scannen Sie einfach Ihre Originalrechnungen und die entsprechenden Rezepte ein, und schicken Sie diese per E-Mail an [eclaim@ihi.com](mailto:eclaim@ihi.com). Bitte geben Sie Ihre Policennummer in der Betreffzeile der E-Mail an.

Schadensformulare sind bei einem Antrag auf Rückerstattung nicht erforderlich. Sollten Sie ein Schadensformular vorziehen, um ganz sicher zu sein, dass uns alle erforderlichen Informationen für eine Sachbearbeitung vorliegen, so können Sie das Formular von unserer Website herunterladen.

Wenn wir Ihren Rückerstattungsantrag per E-Mail erhalten haben, geht Ihnen unsere Leistungsabrechnung auch per E-Mail zu. Sie werden also keine Abrechnung per Post erhalten.

### Wartefristen

In folgenden Fällen tritt das Recht auf Rückerstattung gleichzeitig mit dem Datum des Inkrafttretens der Police in Kraft:

- bei akuter, schwerer Krankheit oder Verletzung
- bei einem Wechsel von einer anderen entsprechenden internationalen Versicherung bei einer anderen Versicherungsgesellschaft zu ihi Bupa.

### Andere Wartefristen

- Es besteht eine allgemeine Wartefrist von vier Wochen nach dem Datum des Inkrafttretens der Police. In diesem Zeitraum werden keine Rückerstattungen geleistet.
- Bei Schwangerschaft und Geburt beträgt die Wartefrist zwölf Monate.
- Haben Sie sich für das Modul 4, Zahnbehandlung und Augenoptik, entschieden, so gilt für Zahnregulierungen eine Wartefrist von 24 Monaten ab dem Datum des Inkrafttretens der Police.

# Ihr Online-Service bei ihi Bupa

## Online-Service

Auf unserer Website [www.ihl.com](http://www.ihl.com) haben Sie Zugriff auf eine ganze Reihe von Dienstleistungen, eine Fülle von Informationen und kompetente Beratung:

- Online-Chat mit unseren Kundenberatern,
- Rückruf-Service - schreiben Sie Ihre Frage an uns, und wir rufen Sie zurück,
- "Facility Finder" - Ihr Wegweiser, um in der Nähe Ihres Wohnsitzes oder in einem bestimmten Land ein Krankenhaus zu finden,
- Anleitungen für Ihren Rückerstattungsantrag,
- "Questions and Answers", häufig gestellte Fragen.

## Verwalten Sie Ihre Police auf myPage

Besuchen Sie [www.ihl.com](http://www.ihl.com), und melden Sie sich für myPage an. Sie haben Zugriff auf Ihre persönlichen Informationen, die Ihre Police betreffen. Dazu gehören:

- Ihre Produktübersichten und Formulare,
- Ihre Dokumente, beispielsweise Police(n), Informationsschreiben über die Erneuerung der Police, Rechnungen, Quittungen und Leistungsbriefe,
- eine vollständige Übersicht über Ihre Police, d.h. die Versicherungsdeckung und die gewählten Versicherungsmodule,
- Ihre Leistungsbriefe für abgeschlossene Anträge,
- Online-Zahlung Ihrer Prämie.

## Werden Sie Online-Kunde

Als Online-Kunde erhalten Sie sämtliche Dokumente und Ihre gesamte Korrespondenz von ihi Bupa über Ihre persönliche myPage. Wir schicken Ihnen eine E-Mail, wenn Ihre myPage aktualisiert wurde, damit Sie jederzeit voll informiert sind. Besuchen Sie [www.ihl.com/services](http://www.ihl.com/services), oder loggen Sie sich auf Ihrer myPage ein, und melden Sie sich als Online-Kunde an. Bitte beachten Sie, dass Sie verpflichtet sind, Ihre Online-Dokumente und -Korrespondenz zu prüfen und uns über jede Änderung Ihrer E-Mail-Adresse zu informieren.

### Sichern Sie sich bis zu 15 % Rabatt bei Abschluss einer ihi Bupa Reiseversicherung

Mit einem International Health and Hospital Plan gewähren wir Ihnen 10 % Rabatt bei Abschluss einer Single Trip- oder Annual Travel-Reiseversicherung und weitere 5 %, wenn Sie diese Versicherung online abschließen. Da unsere Reiseversicherungen keine Selbstbeteiligung einschließen, werden Leistungsansprüche in Verbindung mit Ihrer Reiseversicherung gegen die Selbstbeteiligung Ihres International Health and Hospital Plan verrechnet.

# Rückerstattungsübersicht

Gültig ab 1. Januar 2011



Bitte beachten Sie, dass die Rückerstattungsübersicht Teil der *Allgemeinen Versicherungsbedingungen* ist. Deshalb empfehlen wir Ihnen, sowohl die Rückerstattungsübersicht als auch die *Allgemeinen Versicherungsbedingungen* zu lesen.

Worte, die *kursiv* in der Rückerstattungsliste und den Versicherungsbedingungen gesetzt sind, sind "definierte Termini", die spezifische und für Ihre Deckung relevante Termini sind. Bitte überprüfen Sie ihre Bedeutung im Glossar am Ende dieser Produkthanleitung.

# Krankenhausplan

Die Rückerstattung von Kosten im Rahmen des Krankenhausplans beträgt 100%, es sei denn, Sie haben eine Selbstbeteiligung gewählt. In diesem Falle erfolgt eine Rückerstattung nur dann, wenn die qualifizierten Kosten Ihre Selbstbeteiligung übersteigen. Eine Rückerstattung wird unter keinen Umständen die folgenden Beträge oder die jährliche maximale Deckung von EUR 1,500,000 pro Person pro Versicherungsjahr übersteigen.

## Alle Beträge in EUR

Krankenhausaufenthalt		100%
Krankenhauszimmer halbprivat/privat*		100%
Intensivstation		100%
Zimmer und Unterbringungskosten für einen Elternteil, der ein versichertes Kind begleitet*		100%
Chirurgie		100%
Medizinische Behandlung, Labortests und Röntgen		100%
Arzneimittel während des Krankenhausaufenthaltes		100%
Herzschrittmacher		100%
Psychiatrische Behandlung		100%
Voruntersuchungen und Behandlungen in Verbindung mit einem Spitalaufenthalt sind einen Monat vor Einweisung abgedeckt, Nachuntersuchungen und Behandlungen in Verbindung mit einem Spitalaufenthalt sind bis zu 90 Tage nach der Entlassung abgedeckt. Postoperative Physiotherapie muss von der <i>Gesellschaft</i> geprüft und im Voraus genehmigt werden.		

Ambulante Behandlung im Krankenhaus oder Klinik		
Chirurgie		100%
Chemotherapie, Strahlentherapie		100%
Dialyse		100%
Andere ambulante Behandlungen werden im Rahmen von Modul 1 Ambulante Leistungen rückerstattet		

Mutterschaft	Krankenhausplan	Krankenhausplan einschliesslich Modul 1 - Ambulante Leistungen
Normale Geburt, komplizierte Geburt und selbstgewünschte Kaiserschnittgeburt, einschliesslich prä- und postnataler Behandlung Maximal pro Geburt	100% 5.200	100% 8.800
Ärztlich verordnete Kaiserschnittgeburt, einschliesslich prä- und postnataler Behandlung Maximal pro Geburt	100% 9.650	100% 11.500
Geburt/Kaiserschnittgeburt eines einzelnen Kindes, die nach einer Fertilitätsbehandlung erfolgt. Ausser prä- und postnataler Behandlung, maximal (vgl. Art. 12.2h)	100% 4.000	100% 6.500
Die obengenannten Maximumbeträge für Mutterschaft werden mit der gewählten <i>Selbstbeteiligung</i> verrechnet.		

\*vgl. Glossar: "Unterkunft während eines Krankenhausaufenthaltes"

Mutterschaft - Hausgeburt oder Geburt in einer <i>Geburtsklinik</i>		
Arzt/Facharzt, Hebamme		145
Hauspflege in Verbindung mit Hausgeburt oder Geburt in einer <i>Geburtsklinik</i>		435
Prä- und postnatale Untersuchungen werden im Rahmen des Moduls 1 Ambulante Leistungen vergütet		

Organtransplantation		
Organtransplantation		100%
Für den gesamten Behandlungsverlauf und pro Diagnose, alles inklusive, maximal		270.000
Deckung nur bei Transplantationen von menschlichen Organen. Die Herbeischaffung des Organs muss im voraus von <i>der Gesellschaft</i> genehmigt werden		

Notaufnahme		
Behandlung in der Notaufnahme in Verbindung mit akuter Krankheit oder mit einem Unfall		100%

Lokaler Krankenwagentransport		
Ärztlich verordneter Transport zum und vom Krankenhaus		100%
Pro Versicherungsjahr, maximal		1.500

Rehabilitation		
Ärztlich verordnete Rehabilitation nach einem <i>Krankenhausaufenthalt</i> in einem autorisierten Rehabilitationszentrum (der Aufenthalt muss von <i>der Gesellschaft</i> zuvor befürwortet worden sein)		100%
Maximal pro Tag für maximal drei Monate pro Krankheit		330

Hauspflege		
Für Kosten, die durch die ärztlich verordnete Pflege in Ihrer privaten Wohnung durch eine lizenzierte Krankenschwester entstehen (die Pflege muss von <i>der Gesellschaft</i> zuvor befürwortet worden sein)		100%
Maximal pro Tag, maximal 40 Tage pro Versicherungsjahr		130

Krankenhaustagegeld		
Wenn Zimmer, Verköstigung und Behandlung Ihnen kostenlos zur Verfügung gestellt werden, wird ein Tagegeld gezahlt, maximal pro Tag		90
Maximal 60 Tage pro Versicherungsjahr (muss im voraus von <i>der Gesellschaft</i> genehmigt werden)		

Notfallzahnbehandlung		
Akute Notfallzahnbehandlung, die aufgrund eines schweren Unfalls die Aufnahme in ein Krankenhaus notwendig macht		100%
Im Zweifelsfall trifft der Zahnarzt <i>der Gesellschaft</i> die Entscheidung		

# Modul 1

## Ambulante Leistungen

Die Kostenrückerstattung im Rahmen von Modul 1 beträgt 100%, es sei denn, Sie haben eine *Selbstbeteiligung* gewählt. In diesem Falle erfolgt eine Rückerstattung nur dann, wenn die qualifizierten Kosten Ihre *Selbstbeteiligung* übersteigen. Eine Rückerstattung wird unter keinen Umständen die folgenden Beträge oder die jährliche maximale Deckung von EUR 35.000 übersteigen.

### Alle Beträge in EUR

Praktischer Arzt und Facharzt	
Besuch beim Arzt, pro Besuch	105
Konsultation beim chinesischen Arzt, pro Konsultation (wenn gesondert berechnet) Maximal pro Versicherungsjahr EUR 200	20
Augen- und Ohrenärzte/Andere Fachärzte, pro Besuch	110
Psychiater, pro Besuch	125
Kostenrückerstattung wird maximal für 15 Konsultationen innerhalb von 30 Tagen geleistet	
Therapie	
Besuch bei einem Diätisten oder Logopäden, pro Besuch, Maximal vier Besuche pro Versicherungsjahr	50
Physiotherapie, Ergotherapie, pro Besuch	75
Pro Versicherungsjahr, maximal	1.050
Chiropraktik/Osteopathie, alles inklusive, pro Besuch	65
Pro Versicherungsjahr, maximal	1.050
<b>Ärztlicher Routine Check-up, alles inklusive, pro Jahr</b>	<b>275</b>
Untersuchungen und andere ärztliche Leistungen	
Labortests, Analysen	450
Röntgen	450
EKG	450
Ultraschall und Endoskopie, pro Untersuchung	850
Spritzen und Impfung, pro Spritze/Impfung	85
Akupunktur und homöopathische Behandlung	55
Akupunktur und homöopathische Behandlung werden nur gedeckt, wenn die Behandlung von einem Arzt vorgenommen wird, der über eine im betreffenden Land gültige Approbation verfügt	
Besondere Leistungen	290
<b>Chirurgische Eingriffe</b>	<b>100%</b>

# Modul 2

## Arzneimittel und Hilfsmittel

Die Kostenrückerstattung im Rahmen dieses Moduls erfolgt in Übereinstimmung mit den Sätzen in der nachstehenden Liste. Die Kostenrückerstattung erfolgt nur dann, wenn die qualifizierten Kosten Ihre Selbstbeteiligung übersteigen.

### Alle Beträge in EUR

Hörgeräte	
Verordnete Hörgeräte, pro Hilfsmittel, maximal	300
Es können maximal zwei Hilfsmittel pro Versicherungsjahr rückerstattet werden, maximal	600
Andere Hilfsmittel	
Schlingen und Bandagen	100%
Senkfusseinlage	100%
Miete von medizinischen Hilfsmitteln	100%
Arzneimittel	
Verordnete Arzneimittel und traditionelle chinesische Medizin	100%
Traditionelle chinesische Medizin von einem traditionellen chinesischen Arzt angewendet bis zu zehn Behandlungen pro Versicherungsjahr, bis maximal EUR 250 pro Versicherungsjahr	
Auf anerkannte traditionelle chinesische Ärzte begrenzt, die autorisiert sind örtlich zu praktizieren	
Es erfolgt keine Rückerstattung von homöopathischen Heilmitteln oder von Naturheilmitteln sowie auch nicht von Arzneimitteln, die ohne ärztliches Rezept gekauft werden können	
Arzneimittel und andere Hilfsmittel werden jährlich maximal rückerstattet	2.250

# Modul 3

## Medizinische Evakuierung und Rückreise

Die Zusatzversicherung Medizinische Evakuierung und Rückreise vergütet den Transport zum nächstgelegenen geeigneten Behandlungsort, wenn Sie ernsthaft erkrankt sind oder einen Unfall erlitten haben.

### Alle Beträge in EUR

Medizinische Evakuierung und Rückreise	
Transportkosten bei Transport mit Flugzeug oder Hubschrauber	100%
Krankenbegleiter	100%
Rückreise zur Wohnsitzadresse im Ausland/Heimatland innerhalb von drei Monaten nach Abschluss der Behandlung	100%
Gesetzlich festgelegte Massnahmen bei Todesfällen, wie Einbalsamierung und Zinksarg, Rücktransport der Urne/des Sargs	100%
Ausgaben werden bis zu der maximalen Versicherungssumme Ihrer Police rückerstattet	
In jedem Fall müssen wir benachrichtigt werden, bevor der Transport stattfindet, sei es auf direktem Weg oder durch den behandelnden Arzt	
Medizinische Evakuierung und Rückreise muss im voraus von <i>der Gesellschaft</i> genehmigt werden	

## Module 4A und 4B Zahnbehandlung und Augenoptik

Kostenrückerstattung im Rahmen dieser zwei Module beträgt 50-80%. Die Erstattungen werden jedoch unter keinen Umständen die nachstehenden jährlichen maximalen Beträge von jeweils EUR 5.000 (Modul 4A) und EUR 7.500 (Modul 4B) übersteigen.

### Alle Beträge in EUR

	Modul 4A	Modul 4B
<b>Allgemeine Zahnbehandlung</b>	80%	80%
Untersuchungen, maximal	20	40
Zahnreinigung, maximal	40	60
Füllung, pro Zahn, maximal	60	110
Wurzelbehandlung, pro Zahn, maximal	70	140
Ziehen eines Zahnes, pro Zahn, maximal	40	100
<i>Chirurgie</i> , maximal	73	174
Röntgen, maximal	40	50
Anästhesie, maximal	15	20
Besondere Behandlung, maximal	40	80
<b>Besondere Zahnbehandlung</b>	50%	50%
Zahnbrücken Zahnkronen Periodontitis Zahnkorrekturen Gaumenplatten		
Besondere zahnärztliche Behandlung, pro Versicherungsjahr, maximal	2.000	3.000
	Modul 4A	Modul 4B
<b>Brillen und Kontaktlinsen</b>	80%	80%
Brillen (ausschl. Brillenfassung), eine pro Versicherungsjahr, maximal	160	220
Kontaktlinsen, pro Versicherungsjahr, maximal	100	130
Fassungen und Gläser für Sonnenbrillen werden nicht rückerstattet		

## Allgemeine Versicherungsbedingungen

Gültig ab 1. Januar 2011



Worte, die *kursiv* in *Allgemeinen Versicherungsbedingungen* gesetzt sind, sind "definierte Termini", die spezifische und für Ihre Deckung relevante Termini sind. Bitte überprüfen Sie deren Bedeutung im Glossar am Ende dieser Produkthanleitung.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Art. 1</b>	Aufnahme in die Versicherung
<b>Art. 2</b>	Inkrafttreten der Versicherung
<b>Art. 3</b>	Wartezeiten bei neuen Versicherungsabschlüssen und Deckungserweiterungen
<b>Art. 4</b>	Wer wird durch die Versicherung gedeckt?
<b>Art. 5</b>	Wo wird Versicherungsschutz geboten?
<b>Art. 6</b>	Was wird durch die Versicherung gedeckt?
<b>Art. 7</b>	Der Krankenhausplan
<b>Art. 8</b>	Modul 1 - Ambulante Leistungen
<b>Art. 9</b>	Modul 2 - Arzneimittel und Hilfsmittel
<b>Art. 10</b>	Modul 3 - Medizinische Evakuierung und Rückreise
<b>Art. 11</b>	Modul 4A und 4B - Zahnbehandlung und Augenoptik
<b>Art. 12</b>	Vorbehalte bezüglich der Versicherungsdeckung
<b>Art. 13</b>	Vorgehensweise bei der Anzeige von Leistungsansprüchen
<b>Art. 14</b>	Deckung durch Dritte
<b>Art. 15</b>	Prämienzahlung
<b>Art. 16</b>	Anzeigepflicht
<b>Art. 17</b>	Abtretung, Kündigung und Ablauf
<b>Art. 18</b>	Beschwerden
<b>Art. 19</b>	Geheimhaltung
<b>Art. 20</b>	Entschädigungsregelungen (Financial Services Compensation Scheme, FSCS)
<b>Art. 21</b>	Anwendbares Recht
<b>Glossar</b>	

## Art. 1

### Aufnahme in die Versicherung

1.1: Bupa Insurance Limited, im folgenden "Gesellschaft" genannt, entscheidet, ob der Abschluss der Versicherung akzeptiert werden kann. Bevor der Versicherungsvertrag abgeschlossen und die Gesellschaft Ihr Versicherer werden kann, muss der Versicherungsantrag durch die Gesellschaft akzeptiert und die Prämie an die Gesellschaft bezahlt werden.

1.2: Um durch die Gesellschaft zu allgemeinen Bedingungen in die Versicherung aufgenommen zu werden, muss sich der Antragsteller zum Zeitpunkt der Aufnahme in gutem gesundheitlichen Zustand befinden und darf weder gegenwärtig noch in der Vergangenheit an wiederkehrenden Krankheiten, Verletzungen, körperlichen Gebrechen oder physischer Invalidität leiden oder gelitten haben; zudem darf der Antragsteller zum Zeitpunkt der Aufnahme noch nicht das 60. Lebensjahr erreicht haben.

Falls die Bedingungen in Art. 1.2 nicht erfüllt sind, und unter der Bedingung, dass der Antragsteller zum Zeitpunkt der Aufnahme noch nicht das 80. Lebensjahr erreicht hat, kann die Gesellschaft die Versicherung zu besonderen Bedingungen anbieten. Falls die Gesellschaft sich entscheidet, die Versicherung zu besonderen Bedingungen anzubieten, wird der Versicherungsnehmer eine Versicherungspolice erhalten, in welcher die Bedingungen festgehalten sind.

1.3: Sollte sich der Gesundheitszustand des Antragstellers nach Unterzeichnung des Versicherungsantrages - jedoch vor der Bestätigung der Aufnahme in die Versicherung durch die Gesellschaft - verschlechtern, ist der Antragsteller verpflichtet, der Gesellschaft diese Veränderung umgehend mitzuteilen.

1.4: Die für die Versicherung gewählte Währung kann nach der Annahme des Versicherungsantrags durch die Gesellschaft nicht geändert werden.

## Art. 2

### Inkrafttreten der Versicherung

2.1: Die Versicherung tritt an dem Datum in Kraft, an welchem der Versicherungsantrag durch die Gesellschaft akzeptiert wird. Datum des Inkrafttretens der Versicherung wird in der Versicherungspolice festgehalten. Die Gesellschaft kann nach Absprache mit dem Versicherungsnehmer ein anderes Datum festlegen.

## Art. 3

### Wartezeiten bei neuen Versicherungsabschlüssen und Deckungserweiterungen

3.1: Bei Abschluss eines neuen Versicherungsvertrages tritt das Recht auf Rückerstattung erst vier Wochen nach dem Datum des Inkrafttretens in Kraft. Dies gilt jedoch nicht bei Nachweis eines Wechsels von einer entsprechenden Versicherung bei einer anderen internationalen Krankenversicherungsgesellschaft.

3.1.1: Im Falle einer akuten ernsthaften Erkrankung oder Verletzung tritt das Recht auf Rückerstattung jedoch gleichzeitig mit dem Datum des Inkrafttretens der Police in Kraft.

3.1.2: Die unten aufgeführten Wartezeiten finden für die Versicherungsverträge zusätzlich Anwendung:

- a) Für Behandlungskosten, welche in Verbindung mit Schwangerschaft und Geburt und daraus resultierenden Konsequenzen entstehen, ist ein Leistungsanspruch erst zwölf Monate nach dem Datum des Inkrafttretens der Police möglich.
- b) Für Kosten, welche in Verbindung mit einer Zahnregulierung entstehen, ist ein Leistungsanspruch erst 24 Monate nach dem Datum des Inkrafttretens der Police möglich.

3.2: Der *Versicherte* kann die Versicherungsdeckung auf eine andere Deckung ab dem Erneuerungsdatum ändern, vorausgesetzt, dass *die Gesellschaft* einen Monat vor dem Erneuerungsdatum eine schriftliche Mitteilung erhält. Ferner ist der *Versicherte* weiterhin dem Art. 1 unterstellt.

3.3: *Die Gesellschaft* wird die Deckungserweiterung wie einen Neuantrag behandeln in Übereinstimmung mit dem Art. 1.

3.4: Falls der *Versicherte* eine Deckungserweiterung vom bestehenden Versicherungsvertrag abschliesst, können Leistungen für die erweiterte Deckung erst vier Wochen nach dem *Datum des Inkrafttretens* der Deckungserweiterung beansprucht werden. Jedoch gilt Art. 3.1.2 a) und b) immer. Während der *Wartezeit* gilt die frühere Deckung.

3.4.1: Im Falle einer *akuten ernsthaften Erkrankung* oder *Verletzung* wird der Anspruch auf Leistungen gemäss der erweiterten Versicherungsdeckung am *Datum des Inkrafttretens* der erweiterten Deckung wirksam.

#### Art. 4

##### Wer wird durch die Versicherung gedeckt?

4.1: Die *Versicherung* bietet den in der *Versicherungspolice* namentlich aufgeführten Personen einschliesslich der in der *Versicherungspolice* aufgeführten Kinder Versicherungsschutz.

4.2: Kinder unter zehn Jahren können kostenlos versichert werden, falls sie die *allgemeinen Bedingungen* der Aufnahme gemäss Art. 1.2 erfüllen. Es können maximal zwei Kinder kostenlos pro zahlen den Erwachsenen und maximal insgesamt vier Kinder pro *Versicherung* in die *Versicherung* aufgenommen werden.

4.2.1: Kostenlose *Versicherung* für Kinder ist dadurch bedingt, dass:

- das Kind bei der *Gesellschaft* angemeldet wird,
- eine bereits bei der *Gesellschaft* versicherte Person die Vormundschaft über das Kind hat, und
- das Kind unter derselben Wohnadresse wie die *versicherte* Person, welche die Vormundschaft über das Kind hat, gemeldet ist.

4.3: Für neugeborene Kinder ist ein *Antrag* einzureichen.

4.3.1: Falls die *Versicherung* für einen Elternteil seit mindestens zwölf Monaten in Kraft gewesen ist, können neugeborene Kinder des versicherten Elternteils in die *Versicherung* aufgenommen werden, ohne einen *Antrag* einzureichen, und die im Art. 1.2 aufgeführten Bedingungen finden keine Anwendung, vgl. doch Art. 12.2.h). Eine Kopie der Geburtsurkunde ist jedoch innerhalb von drei Monaten nach der Geburt des Kindes bei der *Gesellschaft* einzureichen.

Geht der *Gesellschaft* nicht innerhalb von drei Monaten nach der Geburt die Geburtsurkunde zu, so ist für das Kind ein Medizinischer Fragebogen einzureichen. Es wird dann das normale Versicherungsverfahren gemäß Art. 1.2 eingeleitet. Die Aufnahme des Kindes erfolgt zum Zeitpunkt der Unterzeichnung des Medizinischen Fragebogens.

4.3.2: Bei Adoption ist ein Medizinischer Fragebogen für das adoptierte Kind einzureichen.

#### Art. 5

##### Wo wird Versicherungsschutz geboten?

5.1: Die *Versicherung* bietet weltweite Deckung mit Ausnahme der in der *Versicherungspolice* ausdrücklich festgehaltenen Einschränkungen.

#### Art. 6

##### Was wird durch die Versicherung gedeckt?

6.1: Die *Versicherung* soll die medizinischen Behandlungskosten für die *versicherte* Person basierend auf dem gewählten Deckungsmodul und den

entsprechenden *Leistungsgrenzen* decken. Die gültigen *Leistungsgrenzen* sind auf der Rückerstattungsübersicht aufgeführt.

6.2: Rückerstattung von Behandlungskosten erfolgt nach Bestätigung durch *die Gesellschaft*, dass die Kosten durch die *Versicherung* gedeckt werden, nachdem die spezifizierten, quittierten und mit der Policennummer und Diagnose versehenen Rechnungen der *Gesellschaft* zugestellt worden sind.

6.3: Kostenrückerstattungen erfolgen, sobald der Rückerstattungsbetrag die jährliche *Selbstbeteiligung* übersteigt. Die durch die versicherte Person eingesandten Rechnungen für Behandlungskosten werden, bis zu den in der geltenden Liste der Rückerstattungsbeträgen aufgeführten maximalen Rückerstattungsbeträgen pro Behandlungsart, gegen die *Selbstbeteiligung* aufgerechnet. Die *Selbstbeteiligung* gilt pro Person und pro Versicherungsjahr.

6.3.1: Im Falle eines Unfalls, in welchem drei oder mehrere bei der *Gesellschaft* versicherte Familienmitglieder involviert sind, wird die höchste *Selbstbeteiligung* verwendet.

6.4: Ärzte, Spezialisten, Zahnärzte usw., welche die Behandlung vornehmen, müssen in dem Land, in welchem die Behandlung vorgenommen wird, über eine entsprechende Approbation verfügen (vgl. Art. 12.2p). Ausserdem gilt, dass die Behandlungsmethode von den Gesundheitsbehörden des betreffenden Landes, in welchem diese vorgenommen wird, anerkannt sein muss. Kosten in Verbindung mit Behandlungsmethoden, die im betreffenden Land Anwendung finden, und die von den öffentlichen Gesundheitsbehörden noch nicht anerkannt worden sind, die aber Gegenstand wissenschaftlicher Forschung sind, werden nur dann durch die *Versicherung* rückerstattet, wenn diese Methoden im Voraus von den Vertrauensärzten der *Gesellschaft* anerkannt worden sind.

6.5: Auf keinen Fall wird die Kostenrückerstattung den auf der Rechnung des Leistungserbringers aufgeführten Gesamtbetrag übersteigen. Sollte versicherte Person durch *die Gesellschaft* eine höhere Kostenrückerstattung erhalten haben als ihr zusteht, ist die *versicherte* Person verpflichtet, den übersteigenden Betrag umgehend zurückzuerstatten. Anderfalls wird *die Gesellschaft* bezüglich dieses Betrages im Rahmen einer jeden anderen Rechenschaft zwischen der *versicherten* Person und der *Gesellschaft* eine Gegenrechnung vornehmen.

6.6: Kostenrückerstattungen sind auf ortsübliche, branchenübliche und angemessene Kostenansätze in dem Land, in welchem die Behandlung erfolgt, beschränkt.

6.7: Ein Rabatt, der direkt zwischen der *Gesellschaft* und den Leistungserbringern verhandelt wird, wird speziell zum Vorteil aller versicherten Personen innerhalb des Versicherungsprodukts als ein Ganzes von der *Gesellschaft* verwendet.

6.8: Ausserordentliche Zahlungen erfolgen nach Ermessen der *Gesellschaft*. Falls *die Gesellschaft* eine Zahlung leistet, zu welcher der *Versicherte* unter der *Versicherung* nicht berechtigt ist, wird diese dennoch mit der jährlichen maximalen Versicherungssumme pro Person pro Versicherungsjahr verrechnet.

#### Art. 7

##### Der Krankenhausplan

7.1: Der obligatorische Krankenhausplan muss vor jedem der Zusatzmodule gewählt werden. Desweiteren gelten die nachstehenden Bedingungen:

7.1.1: Der Krankenhausplan deckt in Übereinstimmung mit der gewählten *Selbstbeteiligung* und den jeweiligen Rückerstattungsbeträgen (auf der Rückerstattungsübersicht) die Kosten für Arzneimittel, die als Folge einer Krankenhausaufnahme entstehen. Der *Versicherte* muss ins Krankenhaus

aufgenommen worden sein, um ein Anrecht auf Kostenrückerstattung geltend machen zu können.

7.1.2: Der *Gesellschaft* muss sofort über eine jede Krankenhausaufnahme benachrichtigt werden. Siehe Art. 13.3.

#### Art. 8

##### Modul 1 - Ambulante Leistungen

8.1: Falls die *Versicherung* um das Modul 1 erweitert worden ist, gelten die nachstehenden Bedingungen:

8.1.1: Modul 1 ist nur als Zusatzversicherung zum Krankenhausplan erhältlich.

8.1.2: Modul 1 deckt die Kosten des *Versicherten* in Übereinstimmung mit der gewählten *Selbstbeteiligung* und mit den jeweiligen Rückerstattungsbeträgen, die auf der Rückerstattungsübersicht aufgeführt sind.

8.1.3: Eine jede Rechnung, die in Verbindung mit *ambulanter Behandlung* ausgestellt wird, muss quittiert sein, die Policennummer tragen, sowie eine detaillierte Aufstellung der Kosten enthalten. Diese Rechnung muss der *Gesellschaft* zugestellt werden. Eine Arztrechnung sollte ebenfalls eine Diagnose der behandelten Krankheit enthalten.

#### Art. 9

##### Modul 2 - Arzneimittel und Hilfsmittel

9.1: Falls die *Versicherung* um das Modul 2 erweitert worden ist, gelten die nachstehenden Bedingungen:

9.1.1: Modul 2 ist nur als Zusatzversicherung zum Krankenhausplan erhältlich.

9.1.2: Modul 2 deckt die Kosten der *Versicherten* in Übereinstimmung mit der gewählten *Selbstbeteiligung* und mit den jeweiligen Rückerstattungsbeträgen, die auf der Rückerstattungsübersicht aufgeführt sind.

9.1.3: Eine jede Rechnung, die in Verbindung mit ambulant verschriebenen Arzneimitteln und Hilfsmitteln ausgestellt wird, muss quittiert sein, die Policennummer tragen, sowie eine detaillierte Aufstellung der Kosten enthalten. Diese Rechnung muss der *Gesellschaft* zugestellt werden. Einer Arzneimittelrechnung sollte ebenfalls eine Kopie des Rezeptes beigelegt werden.

#### Art. 10

##### Modul 3 - Medizinische Evakuierung und Rückreise

10.1: Falls die *Versicherung* um das Modul 3 erweitert worden ist, gelten die nachstehenden Bedingungen:

10.1.1: Modul 3 ist nur als Zusatzversicherung zum Krankenhausplan erhältlich.

10.1.2: Modul 3 deckt die angemessenen Kosten des *Versicherten* für medizinische Evakuierung/ Rückreise in Verbindung mit *akuter ernsthafter Erkrankung*, schwerer Verletzung oder Todesfall in Übereinstimmung mit den jeweiligen Rückerstattungsbeträgen, die auf der Rückerstattungsübersicht aufgelistet sind.

10.1.3: Die Leistungen werden erbracht, sofern sich der behandelnde Arzt und der Vertrauensarzt der *Gesellschaft* über die Notwendigkeit des Krankentransports einig sind und sofern sie sich darüber einigen, ob der *Versicherte* in das Land, in welchem er seinen offiziellen Wohnsitz hat, in sein Heimatland oder an einen anderen angebrachten Behandlungsort in nächster Nähe überführt werden soll. Stimmen die Entscheidungen des Vertrauensarztes der *Gesellschaft* und des behandelnden Arztes nicht überein, so ist die Entscheidung des Vertrauensarztes ausschlaggebend.

Die Evakuierungskosten für einen angemessenen Transport werden nur gedeckt, wenn der Transport durch die *Gesellschaft* organisiert wurde.

10.1.4: Die *Versicherung* deckt angemessene und notwendige Transportkosten für einen Krankenbegleiter.

10.1.5: Pro Krankheitsfall werden nur die Kosten für einen einzigen Transport übernommen.

10.1.6: Modul 3 kommt nur zur Anwendung, wenn die Krankheit im Rahmen der *Versicherung* gedeckt ist.

10.1.7: Sollte der *Versicherte* für medizinische Behandlung evakuiert worden sein, werden die Kosten für die Rückreise des *Versicherten* und des eventuellen Krankenbegleiters zum Wohnsitz/Heimatland des *Versicherten* erstattet. Die Rückreise hat innerhalb von drei Monaten nach Abschluss der medizinischen Behandlung zu erfolgen. Die Kostenrückerstattung für die Rückreise entspricht maximal den Kosten eines Flugtickets in der Economyklasse.

10.1.8: Hat der *Versicherte* nach einer von der *Versicherung* gedeckten Behandlung das *Terminalstadium* erreicht, werden die Kosten für die Rückreise des *Versicherten* und des eventuellen Krankenbegleiters zum Wohnsitz des *Versicherten* erstattet.

10.1.9: Im Todesfall werden die Kosten für den Rücktransport der verstorbenen Person sowie für die obligatorischen Anforderungen, wie Einbalsamierung und einen verzinkten Sarg, übernommen. Die nächsten Angehörigen haben die folgenden Wahlmöglichkeiten:

- a) Einäscherung der verstorbenen Person und Rücktransport der Urne oder
- b) Rücktransport der verstorbenen Person.

10.1.10: Die *Gesellschaft* haftet nicht für Verspätungen oder Auflagen für den Transport, welche durch Wetterverhältnisse, mechanische Probleme, Auflagen der örtlichen Behörden, durch den Piloten oder durch

andere Umstände entstehen, welche ausserhalb des Einflussbereiches der *Gesellschaft* liegen.

#### Art. 11.

##### Modul 4A und 4B - Zahnbehandlung, Brillen und Kontaktlinsen

11.1: Falls die *Versicherung* um die Zusatzversicherung Modul 4 erweitert worden ist, gelten die nachstehenden Bedingungen:

11.1.1: Modul 4 ist nur als Zusatzversicherung zum Krankenhausplan erhältlich.

11.1.2: Modul 4 deckt die Kosten des *Versicherten* für Zahnbehandlung, Brillen und Kontaktlinsen in Übereinstimmung mit den jeweiligen Rückerstattungsbeträgen, die auf der Rückerstattungsübersicht aufgeführt sind.

11.1.3: Eine jede Rechnung, die in Verbindung mit Zahnbehandlung, Brillen und Kontaktlinsen ausgestellt wird, muss quittiert sein, die Policennummer tragen, sowie eine detaillierte Aufstellung der Kosten enthalten. Diese Rechnung muss der *Gesellschaft* zugestellt werden.

#### Art. 12

##### Vorbehalte bezüglich der Versicherungsdeckung

12.1: Die *Versicherung* vergütet keinerlei ärztliche Behandlungskosten für Krankheiten oder Verletzungen, welche dem *Versicherungsnehmer* und/oder dem *Versicherten* schon zum Zeitpunkt des Versicherungsvertragsabschlusses bekannt waren, ausser anderweitig mit der *Gesellschaft* abgemacht.

12.2: Weiterhin ist die *Gesellschaft* nicht verpflichtet zur Rückerstattung von Kosten, welche folgende Umstände betreffen oder aus ihnen resultieren:

- a) Kosmetische Operationen und Behandlungen, ausser wenn sie medizinisch von einem Arzt verschrieben und von der *Gesellschaft* anerkannt worden sind.

- b) Operationen gegen Fettleibigkeit.
- c) Geschlechtskrankheiten, AIDS, in Verbindung mit AIDS und HIV-Antikörpern (HIV-positiv) auftretenden Krankheiten. Gedeckt sind jedoch in Verbindung mit AIDS und HIV-Antikörpern (HIV-positiv) auftretende Krankheiten, soweit diese als Folge einer Blutübertragung nach Inkrafttreten dieser Versicherung oder durch einen Arbeitsunfall bei ausschliesslich einer der folgenden Berufsgruppen aufgetreten sind: Ärzte, Zahnärzte, Krankenschwestern/-pfleger, Laborpersonal, medizinisches Hilfspersonal in Krankenhäusern, medizinische und zahnärztliche Assistenten, Krankenwagenpersonal, Hebammen, Feuerwehrpersonal, Polizeibeamte und Gefängnispersonal. Der/die *Versicherte* hat der *Gesellschaft* jedoch innerhalb von 14 Tagen von einem derartigen Ereignis in Kenntnis zu setzen und einen negativen Test für HIV-Antikörper vorzulegen.
- d) Jede Einnahme bzw. jeder Missbrauch von Alkohol, Drogen und/oder Arzneimitteln, es sei denn, dass dokumentiert werden kann, dass die Krankheit oder Verletzung in keiner Verbindung damit steht.
- e) Absichtliche, selbst verursachte körperliche Verletzungen.
- f) Schwangerschaftsverhütung, u.a. Sterilisation.
- g) Abtreibung, ausser wenn ärztlich verordnet.
- h) Jede Form von Fruchtbarkeitsuntersuchung und/oder -behandlung einschliesslich Hormonbehandlung, Insemination sowie -untersuchungen und jede anderen damit verbundenen Behandlungen, einschliesslich Kosten für Schwangerschaft sowie die Vor- und Nachbehandlung des/der Neugeborenen. Für Kinder, die als Resultat von Fruchtbarkeitsbehandlung geboren sind und/oder von einer Leihmutter geboren sind, ist ein *Antrag* einzureichen und sie werden unter den normalen Antragsformalitäten in die *Versicherung* aufgenommen, laut Art. 1.
- i) Geschlechtsrelatierte Probleme und geschlechtliche Störfunktionen: sexuelle Probleme wie Impotenz, ganz gleich welcher Ursache, oder Geschlechtsumwandlungen oder Geschlechtsangleichungen.
- j) Jede Form von Pflege, die experimentell ist, die nicht einen Teil der medizinischen oder chirurgischen Behandlung ausmacht, u.a. Aufenthalte in Pflegeheimen.
- k) Behandlungen durch Naturheilpraktiker oder Homöopathen und Naturpräparate oder homöopathische Präparate und andere alternative Behandlungsmethoden, ausser wenn in der Rückerstattungsübersicht spezifiziert.
- l) Gesundheitszeugnisse.
- m) Behandlung von Krankheiten während der Militärdienstzeit.
- n) Krankheiten oder Verletzungen, die unmittelbar oder mittelbar durch aktiver Teilnahme an: Krieg, Invasion, Feindesaktivitäten, feindseligen Aktivitäten (unabhängig vom Vorliegen einer Kriegserklärung), Bürgerkrieg, terroristischen Aktivitäten, Rebellionen, Revolution, Aufruhr, Bürgerunruhen, militärisch oder widerrechtlich angeeigneter Macht, Kriegerrecht, Aufständen oder Aktivitäten einer rechtlich befugten Autorität oder Aktivitäten von Heer, Marine oder Luftwaffe (unabhängig vom Vorliegen einer Kriegserklärung), entstanden sind.
- o) Nuklearreaktionen und radioaktive Niederschläge.

- p) Behandlungen, welche durch einen *nicht anerkannter Arzt/nicht anerkannte Einrichtung* durchgeführt werden.
- q) Epidemien, welche unter staatliche Aufsicht gestellt worden sind.
- r) Behandlung durch einen Psychologen.
- s) Behandlung oder Operation zur Korrektur refraktiver Sehfehler (beispielsweise aufgrund von Myopie, Hyperopie/Hypermotropie, Astigmatismus und Presbyopie) wie Laserbehandlung, refraktive Keratotomie und photorefraktive Keratektomie, Klarlinsenextraktion oder akkomodative Intraokularlinsen.

#### Art. 13 Vorgehensweise bei der Anzeige von Leistungsansprüchen

13.1: Jeder Leistungsanspruch auf die Rückerstattung von Kosten der Behandlung durch einen Arzt oder Spezialisten sowie von Kosten für *Krankenhausaufenthalt* und Medikamente ist der *Gesellschaft* durch Zustellung der Rechnungen mit spezifizierter Kostenaufstellung, Diagnose und Quittung sowie Angabe der Policennummer anzuzeigen.

*Die Gesellschaft* scannt eingereichte Rechnungen beim Erhalt ein. Es ist nicht möglich, die eingereichte Rechnung abzufragen.

*Die Gesellschaft* behält sich das Recht vor, jederzeit vom Versicherungsnehmer die Vorlage der Originalrechnungen verlangen zu können.

13.2: Leistungsansprüche sind der *Gesellschaft* umgehend anzuzeigen, jedoch nicht später als drei Monate nachdem die zugrundeliegenden Umstände für den Leistungsanspruch der versicherten Person bekannt worden sind.

13.3: *Die Gesellschaft* ist umgehend von Krankenhausaufnahmen in Kenntnis zu setzen, wobei diese Benachrichtigung unbedingt die ärztliche Diagnose enthalten muss. Alle Anzeigen müssen entweder per Telefon, Fax oder E-Mail erfolgen. *Die Gesellschaft* übernimmt alle bezüglich der Benachrichtigung entstandenen Kosten.

#### Art. 14 Deckung durch Dritte

14.1: Falls eine Deckung einer zweiten *Versicherungspolice* oder Krankenkasse besteht, muss dies der *Gesellschaft* in Verbindung der Beantragung einer Rückerstattung mitgeteilt werden, und die Deckung durch unsere *Versicherung* tritt an zweiter Stelle nach jeder anderen Versicherung oder Krankenkasse.

14.2: Unter diesen Umständen wird *die Gesellschaft* Zahlungen mit anderen Gesellschaften koordinieren, und *die Gesellschaft* wird nicht für mehr als ihren verhältnismässigen Umfang haften.

14.3: Falls Rechnungen ganz oder teilweise von einer Ordnung, einem Plan oder ähnliches einer Institution gedeckt worden sind, haftet *die Gesellschaft* nicht für den gedeckten Betrag.

14.4: Der *Versicherungsnehmer* und/oder die versicherte Person sind verpflichtet, mit der *Gesellschaft* zusammenzuarbeiten und *die Gesellschaft* umgehend im Falle einer Rückerstattung oder Klagebefugnis durch Dritte zu benachrichtigen.

14.5: Weiterhin sollen der *Versicherungsnehmer* und/oder die versicherte Person *die Gesellschaft* benachrichtigen und alle notwendigen Vorkehrungen treffen, falls sie in Verbindung mit einer Rückerstattung Anspruch an eine andere Partei stellen, und die Interessen der *Gesellschaft* wahrnehmen.

14.6: Auf jeden Fall soll *die Gesellschaft* den vollen Anspruch auf *Regress* haben.

## Art. 15

### Prämienzahlung

15.1: Die Prämien werden durch *die Gesellschaft* festgelegt und sind im Voraus zu bezahlen. *Die Gesellschaft* passt die Prämien einmal jährlich am Datum der *Vertragserneuerung* an, basierend auf den Änderungen in der Leistungsübersicht und/oder der Schadenserfahrung in der entsprechenden Versicherungsklasse im vergangenen Kalenderjahr.

15.2: Die Prämie ist altersabhängig und wird jeweils auch am ersten Fälligkeitsdatum der Prämienzahlung nach dem Geburtsdatum der versicherten Person angepasst. Wenn ein mitversichertes Kind sein zehntes Lebensjahr erreicht, wird der Police ab dem zehnten Geburtstag bis zum Verfalltag eine pro Rata Prämie zugefügt.

15.3: Die erste Prämie ist am *Datum des Inkrafttretens* der *Versicherung* fällig. Der *Versicherungsnehmer* kann zwischen vierteljährlicher, halbjährlicher oder jährlicher Prämienzahlung wählen.

15.4: Änderungen bezüglich der Prämienzahlung können nur durch schriftliche Mitteilung unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen vor dem Erneuerungsdatum der Police vorgenommen werden.

15.5: Die Prämienzahlung hat innerhalb von zehn Tagen nach Datum der Fälligkeit der Prämie zu erfolgen.

15.6: Der *Versicherungsnehmer* ist verantwortlich für die pünktliche Zahlung der Prämie an *die Gesellschaft*; geht die Prämie nicht innerhalb von zehn Tagen nach deren Fälligkeit bei der *Gesellschaft* ein, entfällt die Haftung der *Gesellschaft* bei Leistungsansprüchen.

15.7: Der *Versicherungsnehmer* wird auf Art. 6.5 betreffend der Zahlung offener Beträge hingewiesen.

15.8: Abhängig von der Gesetzgebung im Wohnsitzland können für den Versicherungsnehmer weitere Abgaben anfallen, beispielsweise eine Prämiensteuer oder andere Steuern, Abgaben oder Gebühren. Trifft dies auf Sie zu, so sind diese in der Gesamtsumme enthalten, die von Ihnen zu zahlen ist. Diese Steuern und Abgaben können vom *Datum des Inkrafttretens* Ihrer *Versicherung* oder einem späteren Fälligkeitsdatum an erhoben werden. Wenn nicht gesetzlich anders geregelt, so sind diese Steuern oder Abgaben zusammen mit Ihrer Prämienzahlung zu entrichten.

## Art. 16

### Anzeigepflicht

16.1: Der *Versicherungsnehmer* und/oder die versicherte Person sind verpflichtet, *die Gesellschaft* von eventuellen Änderungen von Namen, Adresse und Änderungen der Krankenversicherungsdeckung bei einem anderen Unternehmen, einschließlich einer konsolidierten *Gesellschaft*, schriftlich in Kenntnis zu setzen. *Die Gesellschaft* ist auch im Falle des Todes des *Versicherungsnehmers* oder eines *Versicherten* zu benachrichtigen. *Die Gesellschaft* haftet nicht für eventuelle Folgen, falls der *Versicherungsnehmer* und/oder die versicherte Person es versäumen, *die Gesellschaft* von solchen Veränderungen in Kenntnis zu setzen.

16.2: Der *Versicherungsnehmer* und/oder die versicherte Person sind zudem verpflichtet, der *Gesellschaft* alle nach vernünftigem Ermessen erforderlichen Auskünfte zu geben, welche *die Gesellschaft* für die Bearbeitung der Leistungsansprüche des *Versicherungsnehmers* und/oder der versicherten Person gegenüber der *Gesellschaft* benötigt, und auch auf Verlangen der *Gesellschaft* die Einreichung von Originalrechnungen.

16.3: Zudem ist *die Gesellschaft* berechtigt, Auskünfte über den Gesundheitszustand der versicherten Person zu verlangen und sich diesbezüglich mit Krankenhäusern, Ärzten usw., welche gegenwärtig

oder in der Vergangenheit die versicherte Person bei körperlichen oder geistigen Krankheiten oder Gebrechen behandeln oder behandelt haben, in Verbindung zu setzen. Weiterhin ist *die Gesellschaft* berechtigt, Einblick in die Krankengeschichte oder in schriftliche Berichte bezüglich des Gesundheitszustands der versicherten Person zu verlangen.

## Art. 17

### Abtretung, Kündigung und Ablauf

17.1: Ohne vorgängiges schriftliches Einverständnis seitens der *Gesellschaft* ist keine der Vertragsparteien berechtigt, die Rechte gemäss dieser *Versicherung* zu verrechnen oder diese abzutreten.

17.2: Die *Versicherung* wird bei Ablauf jedes Versicherungsjahres automatisch erneuert.

17.2.1: Die *Versicherung* kann durch den *Versicherungsnehmer* zum Ende eines Kalendermonats unter Einhaltung einer Frist von einem Monat schriftlich gekündigt werden.

17.3: Falls der *Versicherungsnehmer* und/oder die versicherte Person beim Abschluss der *Versicherung* oder zu einem späteren Zeitpunkt in betrügerischer Weise originale *Dokumente* geändert oder falsche Angaben gemacht oder Tatsachen verschwiegen hat, welche für *die Gesellschaft* als wichtig erachtet werden können, wird der *Versicherungsvertrag* annulliert, womit er für *die Gesellschaft* nicht mehr bindend ist.

17.4: Falls der *Versicherungsnehmer* und/oder die versicherte Person falsche Angaben gemacht hat, wird der *Versicherungsvertrag* annulliert, und *die Gesellschaft* ist nicht weiter haftbar, sofern *die Gesellschaft* den *Versicherungsvertrag* bei Vorliegen richtiger Angaben nicht akzeptiert hätte. Falls *die Gesellschaft* den *Versicherungsvertrag* akzeptiert hätte, aber zu anderen Bedingungen, ist *die Gesellschaft* in dem Masse haftbar, zu welchem sie die Verpflichtungen basierend auf der vereinbarten Prämie gedeckt hätte.

17.4.1: Im Falle von Annullierung des *Versicherungsvertrags*, gemäss Art. 17.3 oder Art. 17.4, hat *die Gesellschaft* Anspruch auf eine Gebühr, die als ein festgelegter Prozentsatz der bezahlten Prämie kalkuliert wird.

17.5: Falls der *Versicherungsnehmer* und/oder die versicherte Person bei dem Abschluss der *Versicherung* nicht wusste oder nicht wissen konnte, dass die erteilten Auskünfte nicht richtig waren, bleibt die *Gesellschaft* haftbar, als ob die falschen Angaben nie gemacht worden wären.

17.6: *Die Gesellschaft* kann ein *Versicherungsprodukt* beenden oder einstellen unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Ende eines *Versicherungsjahres* und dem *Versicherten* eine entsprechende *Versicherungsordnung* anbieten.

17.7: Die Haftung der *Gesellschaft* in Verbindung mit der *Versicherung*, einschließlich diejenige für Rückerstattungen medizinischer Kosten einer laufenden Behandlung, Folgeschäden oder Spätwirkungen einer Verletzung oder Krankheit, die während der *Versicherungsdauer* erlitten oder behandelt wurden, endet automatisch bei Ablauf, Rücktritt von oder Kündigung der *Versicherung*.

Entsprechend endet bei Ablauf, Rücktritt von oder Kündigung der *Versicherung* das Recht des *Versicherten* auf Beantragung einer Rückerstattung. Anträge auf Rückerstattungen medizinischer Kosten, die während der *Versicherungsdauer* entstanden sind, müssen spätestens sechs Monate nach Ablauf, Rücktritt von oder Kündigung der *Versicherung* eingereicht werden, um rückerstattet werden zu können.

## Art. 18

### Beschwerden

18.1: Wenn Sie sich beschweren möchten. Wir hören gern von Ihnen, wenn Sie eine Leistung

Ihrer Versicherungsdeckung besonders schätzen oder es etwas gibt, das Ihnen Probleme bereitet hat. Wenn es etwas zu beanstanden gibt, haben wir eine einfache Vorgehensweise entwickelt um sicher zu stellen, dass Ihre Angelegenheit so schnell und effizient wie nur möglich bearbeitet wird.

Bitte richten Sie Ihren Kommentar oder Ihre Beschwerde an unseren Kundendienst, ihi Bupa Customer Service, Telefon +45 33 15 30 99.

Sie können uns auch eine E-Mail an die Adresse [ih@ihi.com](mailto:ih@ihi.com) schicken oder an folgende Adresse schreiben:

ih Bupa  
Palægade 8  
DK-1261 Kopenhagen K  
Dänemark

#### 18.2: Weitere Schritte

Falls Ihr Problem nicht gelöst werden konnte und Sie Ihre Beschwerde an eine weitere Instanz richten möchten, rufen Sie bitte unsere Beschwerdestelle (Complaints Manager) bei ih Bupa an: +45 33 15 30 99 oder wenden Sie sich schriftlich an diese Stelle:

ih Bupa  
Palægade 8  
DK-1261 Kopenhagen K  
Dänemark

Sie können auch eine E-Mail an folgende Adresse schicken: [Complaints-Global@ihi.com](mailto:Complaints-Global@ihi.com).

Es kommt sehr selten vor, dass eine Beschwerde nicht zufriedenstellend geklärt werden kann; sollte dies jedoch der Fall sein, so haben Sie gegebenenfalls die Möglichkeit, Ihre Beschwerde von einer unabhängigen Stelle prüfen zu lassen. Welche Stelle für Sie zuständig ist, hängt von der Art Ihrer Beschwerde ab und auch davon, wo sich die ih Bupa-Geschäftsstelle befindet, die Ursache Ihrer Beschwerde ist.

Wir werden Sie entsprechend informieren. In den meisten Fällen werden entweder der Beschwerdeausschuss des dänischen Versicherungswesens oder der britische Ombudsmann für den Finanzsektor zuständig sein.

Um weitere Informationen über den Beschwerdeausschuss des dänischen Versicherungswesens (Danish Insurance Complaints Board) zu erhalten, können Sie

- an folgende Adresse schreiben:  
Anker Heegaards Gade 2,1  
DK-1572 Kopenhagen V, Dänemark
- anrufen: +45 33158900
- oder sich auf der Website informieren:  
[www.ankeforsikring.dk](http://www.ankeforsikring.dk)

Um weitere Informationen über den britischen Ombudsmann für den Finanzsektor zu erhalten, können Sie

- an folgende Adresse schreiben:  
South Quay Plaza  
183 Marsh Wall  
London E14 9JR, UK
- anrufen: 0845 080 1800 oder  
+44 (0) 20 7964 1000
- oder sich auf der Website des Ombudsmannes informieren: [www.financial-ombudsman.org.uk](http://www.financial-ombudsman.org.uk)

Wir schicken Ihnen auf Anfrage gern ein Exemplar unseres Beschwerdeverfahrens zu. (Keine dieser Verfahren beeinträchtigt Ihre gesetzlich verankerten Rechte.)

#### Art. 19 Geheimhaltung

19.1: Die vertrauliche Handhabung von Patienten- und Kundendaten hat höchste Priorität in den Gesellschaften der Bupa Gruppe. Daher hält ih Bupa in jeder Hinsicht die geltenden Vorschriften zum Datenschutz und zur ärztlichen Schweigepflicht ein. Bupa bedient sich in einigen Fällen der Dienste Dritter, die in unserem Namen Daten verarbeiten.

Diese Art von Datenverarbeitung kann außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) erfolgen; sie unterliegt vertraglich festgelegten Bestimmungen, was die Vertraulichkeit und Sicherheit betrifft, und fällt ebenfalls unter die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes.

#### Art. 20 Entschädigungsregelungen (Financial Services Compensation Scheme, FSCS)

20.1: Wir unterstehen dem FSCS. Im unwahrscheinlichen Fall, dass wir unseren finanziellen Verpflichtungen nicht mehr nachkommen können, könnte Ihnen ein Anspruch auf Entschädigung durch den FSCS zustehen. Dies gilt für Personen mit Wohnsitz im Europäischen Wirtschaftsraum (EWS). Weitere Informationen erhalten Sie telefonisch vom FSCS unter Rufnummer +44 (0) 20 7892 7301 oder auf der Website [www.fscs.org.uk](http://www.fscs.org.uk).

#### Art. 21 Anwendbares Recht

21.1: Ihre Police unterliegt der dänischen Gesetzgebung. Alle Streitigkeiten, die nicht gütlich geklärt werden können, werden von dänischen Gerichten entschieden. Entstehen Streitigkeiten aufgrund der Auslegung dieses Dokuments, so ist die englische Sprachversion zugrunde zu legen und als vorrangig gegenüber allen anderen Sprachversionen anzusehen. Ein Exemplar in englischer Sprache erhalten Sie jederzeit telefonisch von unserem Kundendienst unter der Rufnummer +45 33 15 30 99 oder per E-Mail: [ih@ihi.com](mailto:ih@ihi.com).

# Glossar

Gültig ab 1. Januar 2011



Dieses Glossar mit Definitionen ist ein Teil der Versicherungsbedingungen.

## A

### Akute ernsthafte Erkrankung

Die Existenz einer *akuten ernsthaften Erkrankung* wird nach Beurteilung und Akzeptanz von sowohl dem behandelnden Arzt des *Versicherten* als auch vom Vertrauensarzt der *Gesellschaft* bestimmt.

### Allgemeine Bedingungen

Die *Allgemeinen Versicherungsbedingungen* der *Gesellschaft* ohne *besondere Bedingungen* oder Einschränkungen.

### Allgemeine Versicherungsbedingungen

Die Bedingungen der abgeschlossenen *Versicherung*.

### Ambulante Behandlung

Chirurgische Eingriffe/Behandlung in einem Krankenhaus oder in einer Klinik, wenn ein Bett nicht medizinisch erforderlich ist.

### Antrag

Das Antragsformular und der Medizinische Fragebogen.

### Antragsteller

Die auf dem Antragsformular und dem Medizinischen Fragebogen erwähnte Person, die eine Krankenversicherung beantragt.

## B

### Bereits bestehende Krankheiten

Die Krankengeschichte und die auf dem Medizinischen Fragebogen aufgeführten Erkrankungen und Gebrechen, die auf die Entscheidung der *Gesellschaft* Einfluss haben, inwiefern man versichert werden kann oder nicht und zu welchen Bedingungen.

### Besondere Bedingungen

Einschränkungen oder zusätzlich aufgeführte Bedingungen zu den *Allgemeinen Versicherungsbedingungen*, wie in der *Versicherungspolice* dokumentiert.

## C

### Chirurgie

Eine chirurgische Behandlung/Operation, welche nicht Endoskopien und Ultraschalluntersuchungen umfasst, obwohl diese Anästhesie erfordern können.

## D

### Datum des Inkrafttretens

Das in der *Versicherungspolice* aufgeführte *Datum des Inkrafttretens*, wenn nicht anders in den *Allgemeinen Versicherungsbedingungen* angegeben ist.

### Dokumente

Alle schriftlichen Informationen in Verbindung mit der *Versicherung* einschliesslich Rechnungen, Policen usw.

## E

### Erneuerung

Die automatische *Erneuerung* der *Versicherung* am Hauptverfallsdatum.

### Ernsthafte Verletzung

Eine *ernsthafte Verletzung* liegt vor, wenn der behandelnde Arzt diese als solche beurteilt und der Vertrauensarzt der *Gesellschaft* diese Beurteilung akzeptiert.

## G

### Geburtsklinik

Eine medizinische Einrichtung, oft in Anknüpfung an ein Krankenhaus, die Frauen die Möglichkeit der Geburt in familiärer Atmosphäre bietet.

### Gesellschaft, die

Bupa Insurance Limited, eingetragen in England unter der Nummer 3956433. Unsere Adresse: Bupa House, 15-19 Bloomsbury Way, London WC1A 2BA, UK.

## I

### ihi Bupa (einschl. wir/uns/unser)

Bupa Insurance Limited. ihi Bupa ist ein Markenname der Bupa Insurance Limited.

## K

### Krankenhausaufenthalt

Chirurgische Eingriffe oder medizinische Behandlung in einem Krankenhaus oder in einer Klinik, wenn ein Bett über Nacht medizinisch erforderlich ist.

### Krankenhaustagegeld

Diese Leistung wird Ihnen an der Stelle jeder anderen Leistung für jede Übernachtung in Verbindung mit einer erstattungsfähigen, kostenlosen stationären Behandlung ausgezahlt.

Um diese Leistung beantragen zu können, muss das Krankenhaus ein Schreiben unterzeichnen und mit dem Stempel des Krankenhauses versehen, in dem bestätigt wird, dass Sie kostenlos behandelt wurden.

## L

### Leistungsgrenzen

Der maximale Betrag für Kostenrückerstattung, der im Laufe eines Jahres vom Inkrafttreten des Vertrages oder Hauptverfallsdatum ausbezahlt werden kann, wie auch in den *Allgemeinen Versicherungsbedingungen* beschrieben.

## N

### Nicht anerkannter Arzt/nicht anerkannte

#### Einrichtung

- Behandlung durch einen Arzt, der von den verantwortlichen Behörden in dem Land, wo die Behandlung durchgeführt wurde, nicht als Spezialist oder Facharzt für die Behandlung dieser Erkrankung, Krankheit oder Verletzung dieser Erkrankung, Krankheit oder Verletzung anerkannt ist;
- Behandlung in einem Krankenhaus oder durch einen Arzt oder einen anderen Dienstleister, dem schriftlich mitgeteilt wurde, dass er für unser Versicherungsangebot nicht länger anerkannt ist;
- Behandlung durch jedwede Person, die den gleichen Wohnsitz hat wie der Versicherte oder zu dem Versicherten engen Familienangehörigen gehört oder einem Unternehmen im Besitz einer der oben genannten Personen angeschlossen ist.

## R

### Regress

Das Recht des Versicherers, einen Anspruch des *Versicherten* gegenüber einem Dritten zu erheben und das Recht des Versicherers, eine Rückzahlung vom *Versicherten* zu erfordern, wenn der Versicherer eine Entschädigung geleistet hat, die *der Versicherte* von einem Dritten erhalten hat.

## S

### Schaden

Ein finanzieller Anspruch, der ganz oder teilweise von der *Gesellschaft* rückerstattet wird. Bei Bearbeitung des *Schadens* ist der Zeitpunkt der Behandlung entscheidend und nicht der Zeitpunkt der Entstehung der Verletzung/Erkrankung.

### Selbstbeteiligung

Der von dem *Versicherten* gewählte und in der *Versicherungspolice* aufgeführte Betrag, der jährlich mit den Kostenrückerstattungen verrechnet wird, bevor eine Rückerstattung erfolgen kann.

## T

### Terminalstadium

Wenn das Eintreten des Todes höchstwahrscheinlich ist, und wenn von ärztlicher Seite eine aktive Behandlung abgelehnt worden ist zugunsten von Symptomlinderung und zur Unterstützung des Patienten als auch seiner Familie. Diese Entscheidung muss von den Vertrauensärzten der *Gesellschaft* bestätigt werden.

## U

### Unterkunft während eines Krankenhausaufenthalts

Deckung eines Zimmers, das die Kosten für ein Standard-Einzelzimmer mit eigenem Bad im betreffenden Krankenhaus nicht übersteigt. Kosten für die Verköstigung des Versicherten werden ebenfalls gedeckt. Die Kosten werden für einen Aufenthalt gezahlt, der für die Behandlung, die zur Aufnahme des Versicherten führte, medizinisch angemessen ist, sowie für ein begleitendes Familienmitglied (falls von der Versicherung gedeckt).

## V

### Verfallsdatum

Das Datum an welchem die Prämie bezahlt werden muss.

### Versicherte

Der *Versicherungsnehmer* und oder die Angehörigen, die auf der gültigen *Versicherungspolice* aufgeführt sind.

### Versicherung

Die *Allgemeinen Versicherungsbedingungen* und die *Versicherungspolice* sind Bestandteil des Versicherungsvertrages, der mit der *Gesellschaft* abgeschlossen wurde, und der die Bedingungen für die zu bezahlende Prämie, die *Selbstbeteiligung* und die *Leistungsgrenzen* festlegt.

### Versicherungsnehmer

Die Person, die als *Versicherungsnehmer* auf dem Antragsformular aufgeführt ist.

### Versicherungspolice

Detaillierte Angaben über Art der *Versicherung*, *Selbstbeteiligung* und andere *besondere Bedingungen*.

### Vertragserneuerung

Die *Erneuerung* der *Versicherung*.

## W

### Wartefrist

Eine Sperrfrist, die ab dem *Datum des Inkrafttretens* der *Police* gilt, und vor deren Ablauf keine Versicherungsdeckung erfolgt, es sei denn, es ist anders angegeben, gemäss Art. 3.

### Wohnsitzland

Jedes Land, in dem der Versicherte von den relevanten Behörden als ansässig betrachtet wird.

Gültig ab 1. Januar 2011



Das alles ist Bupa

[www.ihl.com](http://www.ihl.com) • [www.bupa-intl.com](http://www.bupa-intl.com)

**Rufen Sie ihl Bupas "Medical Centre" an. Wir sind rund um die Uhr für Notfälle und medizinische Hilfe für Sie da:**

Tel: +45 33 15 33 00  
 Fax: +45 33 32 25 60  
 E-Mail: [emergency@ihl.com](mailto:emergency@ihl.com)

**Rufen Sie ihl Bupas Kundendienst an wenn Sie Fragen zu Ihrer Police, Zahlungen, Deckung u.a.m. haben:**

**Wochentags von 8 Uhr bis 22 Uhr (MEZ) geöffnet**

Tel: +45 33 15 30 99  
 Fax: +45 33 32 25 60  
 E-Mail: [ihl@ihl.com](mailto:ihl@ihl.com)

**Palægade 8  
 DK-1261 Kopenhagen K  
 Dänemark**

**Anrufe werden aufgezeichnet und können erfasst werden**

**Europäische Adressen:**

**Bupa International**  
 Russell House  
 Russell Mews  
 Brighton BN1 2NR  
 UK

**Bupa Cyprus**  
 3 Ioannis Polemis Street  
 PO Box 5 11 60  
 3502 Limassol  
 Zypern

**Bupa Denmark, filial af Bupa Insurance Limited, England**  
 Palægade 8  
 DK-1261 Kopenhagen K  
 Dänemark

**Bupa France**  
 Nice Etoile 30  
 Avenue Jean Médecin  
 F-06000, Nice, Frankreich

**Bupa Malta**  
 120 The Strand  
 Gzira, Malta

**Bupa Spain**  
 Edif. Santa Rosa 1-D  
 C/ Santa Rosa 20  
 Los Boliches  
 E-29640 Fuengirola (Malaga)  
 Spanien



ihl Bupa ist ein Markenname der Bupa Insurance Limited, England. Eingetragen in England unter der Nummer 3956433.  
 Einzigertragne Geschäftsstelle: Bupa House, 15-19 Bloomsbury Way London WC1A 2BA, UK  
 Bupa Insurance Limited ist eine von der britischen Finanzaufsichtsbehörde, Financial Services Authority (UK), genehmigte Gesellschaft, die den Bestimmungen dieser Behörde unterliegt.

