



2015

Internationale Kranken- und Unfallversicherung

Speziell für internationale Versicherungsnehmer

Ayusa-Versicherungsnehmer

Garantiert von der Student Resources (SPC) Ltd.
Einem Unternehmen der UnitedHealth Group

Inhaltsverzeichnis

Anspruchsberechtigung.....	3
Beginn und Ende der Versicherungslaufzeit.....	3
Verlängerung der Leistungen nach Ende der Laufzeit.....	3
Benachrichtigung vor der Aufnahme.....	3
Informationen zum bevorzugten Anbieter.....	4
Übersicht über medizinische Leistungen.....	5
Überschussleistungen.....	9
Leistungen bei Unfalltod und Verlust von Gliedmaßen.....	10
Definitionen.....	10
Ausnahmen und Einschränkungen.....	14
FrontierMEDEX: Internationale medizinische Nothilfe.....	17
Medizinisches Assistenzprogramm.....	18
Onlinezugang zu den Kontoinformationen.....	18
Versicherungskarten.....	18
UHCSR Mobile App.....	19
Verfahrensweise bei Ansprüchen auf Leistungen wegen Verletzung oder Erkrankung.....	19

Anspruchsberechtigung

Alle berechtigten Versicherungsnehmer werden automatisch in diesen Versicherungstarif aufgenommen.

Das Unternehmen behält sich das Recht vor, die Anspruchsberechtigung oder den Status des Versicherungsnehmers zu überprüfen, um sicherzustellen, dass die Voraussetzungen für die Anspruchsberechtigung erfüllt sind. Wenn das Unternehmen feststellt, dass die Voraussetzungen für die Anspruchsberechtigung nicht erfüllt werden, muss es lediglich die Prämie erstatten.

Berechtigte Versicherungsnehmer können auch Angehörige mitversichern. Anspruchsberechtigte Versicherungsnehmer sind der Ehepartner (Ehegatte oder Ehegattin) oder der Lebensgefährte und versorgungsberechtigte Kinder. Kinder können nur bis zum Ende des Monats mitversichert werden, in dem sie das Alter von 19 Jahren erreichen. Die spezifischen Voraussetzungen für die Anspruchsberechtigung eines Lebenspartners finden Sie im Abschnitt „Definitionen“.

Die Anspruchsberechtigung der Angehörigen endet mit der Anspruchsberechtigung des Versicherungsnehmers.

US-Bürger können sich nach diesem Tarif nicht versichern oder mitversichern.

Beginn und Ende der Versicherungslaufzeit

Die Hauptpolicy tritt am Donnerstag, 1. Januar 2015, 00:01 Uhr in Kraft. Die Versicherungsdeckung des einzelnen Versicherungsnehmers tritt am ersten Tag des Zeitraums in Kraft, für den die Prämie gezahlt wird, frühestens jedoch mit Eingang der Anmeldeformulare und der vollständigen Prämie beim Unternehmen (oder den berechtigten Vertretern). Die Hauptpolicy endet am Donnerstag, 31. Dezember 2015, 23:59 Uhr. Die Versicherungsdeckung endet an diesem Tag oder spätestens mit Ablauf des Zeitraums, für den die Prämie gezahlt wird. Die Versicherung von Angehörigen tritt nicht vor der Versicherung des Versicherten in Kraft und endet spätestens mit dem Ende der Laufzeit der Versicherung für den Versicherten.

Die Erstattung von Prämien ist nur bei Eintritt in die Streitkräfte zulässig.

Die Policy ist eine nicht verlängerbare, befristete Policy.

Verlängerung der Leistungen nach Ende der Laufzeit

Die Versicherungsdeckung im Rahmen dieser Policy endet mit dem Ablaufdatum. Wenn jedoch ein Versicherter zum Ablaufdatum infolge einer versicherten Verletzung oder Krankheit stationär behandelt wird, für die Leistungen vor dem Ende der Versicherungslaufzeit gezahlt wurden, werden die versicherten Behandlungskosten für diese Verletzung oder Krankheit solange übernommen, wie dieser Zustand besteht, jedoch nicht länger als 90 Tage nach dem Ende der Versicherungslaufzeit.

Die Gesamtzahlungen an den Versicherten für diese Erkrankung vor und nach dem Ende der Versicherungslaufzeit dürfen die maximale Versicherungsleistung nicht überschreiten.

Nach Erfüllung der Bestimmungen zur „Fortführung der Leistungen“ werden alle Versicherungsleistungen eingestellt, und es werden keinesfalls weitere Zahlungen übernommen.

Benachrichtigung vor der Aufnahme

UnitedHealthcare muss bei allen Krankenhausaufenthalten vor der Aufnahme informiert werden.

1. Vorab-Benachrichtigung bei geplanten Krankenhausaufenthalten: Der Patient, der Arzt oder das Krankenhaus muss die geplante stationäre Aufnahme mindestens fünf Arbeitstage vorher telefonisch unter 1-877-295-0720 melden.
2. Benachrichtigung bei Notaufnahme: Der Patient, der Vertreter des Patienten, der Arzt oder das Krankenhaus muss die Aufnahme aufgrund eines medizinischen Notfalls innerhalb von zwei Arbeitstagen nach der Aufnahme telefonisch unter 1-877-295-0720 melden.

UnitedHealthcare kann montags bis freitags von 08:00 bis 18:00 Uhr CST telefonisch über die Aufnahme

benachrichtigt werden. Außerhalb der Öffnungszeiten kann eine Nachricht auf dem Anrufbeantworter der Kundendienstabteilung unter 1-877-295-0720 hinterlassen werden.

WICHTIG: Auch wenn das Unternehmen nicht benachrichtigt wird, werden die Leistungen übernommen, die sonst nach dieser Police gezahlt werden; eine Vorab-Benachrichtigung ist jedoch keine Garantie, dass Leistungen übernommen werden.

Informationen zum bevorzugten Anbieter

“**Bevorzugte Anbieter**“ sind Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Pflegeanbieter, die sich vertraglich verpflichtet haben, bestimmte medizinische Dienstleistungen zu Sonderpreisen anzubieten. Bevorzugte Anbieter vor Ort sind:

UnitedHealthcare Options PPO.

Die Verfügbarkeit der jeweiligen Anbieter kann sich ohne vorherige Mitteilung ändern. Die Versicherten müssen immer nachfragen, ob ein bevorzugter Anbieter zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme einer Leistung immer noch bevorzugter Anbieter ist. Dazu kann der Versicherte das Unternehmen unter 1-866-548-8472 anrufen und/oder den Anbieter bei der Terminvereinbarung fragen. Bevorzugte Anbieter finden Sie auch, wenn Sie sich unter www.uhcsr.com in „My Account“ (Mein Konto) anmelden.

“**Zugelassener Höchstbetrag**“ bezieht sich auf den Betrag, den ein bevorzugter Anbieter als Zahlung für die versicherten Behandlungskosten akzeptiert.

“**Andere Anbieter**“ haben keine vorab ausgehandelten Honorare vereinbart. Bei diesen Anbietern können beträchtliche Zusatzkosten entstehen, die die Versicherten aus eigener Tasche zahlen müssen. Kosten, die über die von der Versicherung übernommenen Beträgen hinausgehen, müssen vom Versicherten gezahlt werden.

“**Netzwerkbereich**“ bezieht sich auf einen Radius von 50 Meilen um das Schulgelände der Schule, die die versicherte Person besucht.

Stationäre Behandlungskosten

Bevorzugte Anbieter – Berechtigte stationäre Behandlungskosten bei einem bevorzugten Anbieter werden entsprechend dem im Leistungskatalog festgelegten Unternehmensanteil bis zu der im Leistungskatalog festgelegten Höhe übernommen. Informationen über bevorzugte Krankenhäuser können Sie telefonisch unter 1-866-548-8472 erfragen.

Andere Anbieter - Wenn die stationäre Behandlung nicht von einem bevorzugten Anbieter durchgeführt wird, werden die berechtigten stationären Behandlungskosten entsprechend den Höchstbeträgen im Leistungskatalog übernommen.

Ambulante Behandlungskosten

Die bevorzugten Anbieter können Rabatte für ambulante Behandlungskosten einräumen. Die Leistungen werden entsprechend dem Leistungskatalog bezahlt. Die Versicherten müssen alle Beträge übernehmen, die über dem zugelassenen Höchstbetrag der im Leistungskatalog angegebenen Leistungen liegen.

Beruflich bedingte und sonstige Kosten

Leistungen für die versicherten Behandlungskosten der UnitedHealthcare Options PPO werden entsprechend dem im Leistungskatalog festgelegten Unternehmensanteil oder bis zum im Leistungskatalog festgelegten Höchstbetrag übernommen. Für alle anderen Anbieter werden die im Leistungskatalog festgelegten Höchstbeträge übernommen.

Übersicht über medizinische Leistungen

Leistungen bei Krankheit und Verletzungen

Maximale Leistung bis \$ 500.000 (für jede Verletzung oder Krankheit)

Selbstbeteiligung	\$ 0
Unternehmensanteil bevorzugter Anbieter	100 %, sofern nicht anders festgelegt
Unternehmensanteil bei anderen Anbietern	70 %, sofern nicht anders festgelegt

Der bevorzugte Anbieter für diese Versicherung ist UnitedHealthcare Options PPO.

Bei Verwendung eines bevorzugten Anbieters werden alle versicherten Behandlungskosten in Höhe der Leistungen des bevorzugten Anbieters erstattet. Wenn ein bevorzugter Anbieter im Netzwerkbereich nicht zur Verfügung steht, werden Leistungen in Höhe der Leistungen für bevorzugte Anbieter gezahlt. Entstehen versicherte Behandlungskosten aufgrund eines medizinischen Notfalls, werden die Leistungen in Höhe der Leistungen des bevorzugten Anbieters erstattet.

Die Police übernimmt Leistungen für die versicherten Behandlungskosten einer verletzten Person für Beeinträchtigungen aufgrund einer versicherten Verletzung oder Krankheit bis zu einem Höchstbetrag von \$ 500.000 für jede Verletzung oder Krankheit.

Die Leistungen sind abhängig von den maximalen Leistungen der Police, sofern nichts anderes festgelegt wurde. Die Leistungen werden bis zum maximalen Höchstbetrag für jede Dienstleistung entsprechend der folgenden Aufstellung erstattet. Alle Höchstbeträge für Leistungen gelten für bevorzugte Anbieter und andere Anbieter zusammen, sofern nichts anderes festgelegt wurde. Zu den versicherten Behandlungskosten gehören:

Stationäre Behandlung	Bevorzugter Anbieter	bei anderen Anbietern
Kosten für Zimmer & Unterkunft , Tagessatz für ein Zimmer mit zwei Patienten bei stationärer Behandlung; allgemeine Pflege durch die Klinik.	Zugelassener Höchstbetrag	U&C = übliche und angemessene Kosten
Verschiedene Krankenhauskosten , zum Beispiel Kosten für den OP-Saal, Labortests, Röntgenuntersuchungen, Anästhesie, Arzneimittel (außer für den Hausgebrauch) oder Medikamente, therapeutische Dienstleistungen und Verbrauchsmaterialien. Bei der Berechnung der im Rahmen dieser Leistung zu berücksichtigenden Tage zählt der Tag der Aufnahme, jedoch nicht der Tag der Entlassung.	Zugelassener Höchstbetrag	U&C = übliche und angemessene Kosten
Routinemäßige Neugeborenenpflege	Keine Leistungen	Keine Leistungen
Intensivpflege	Zugelassener Höchstbetrag	U&C = übliche und angemessene Kosten
Physiotherapie	Zugelassener Höchstbetrag	U&C = übliche und angemessene Kosten
Chirurgenhonorare: wenn mindestens zwei Eingriffe durch den gleichen Schnitt oder direkt nacheinander während der gleichen OP durchgeführt werden, werden maximal 50 % des zweiten Eingriffs sowie 50 % aller weiteren Eingriffe gezahlt.	Zugelassener Höchstbetrag	U&C = übliche und angemessene Kosten
Assistenzarzt	Zugelassener Höchstbetrag	U&C = übliche und angemessene Kosten

Stationäre Behandlung	Bevorzugter Anbieter	bei anderen Anbietern
Anästhesist , professionelle Dienstleistungen im Zusammenhang mit einer stationären OP.	Zugelassener Höchstbetrag	U&C = übliche und angemessene Kosten
Dienstleistungen durch staatlich geprüfte Krankenschwestern/-pfleger , private Krankenpflege.	Zugelassener Höchstbetrag	U&C = übliche und angemessene Kosten
Arztbesuche , nicht-chirurgische Dienstleistungen bei stationärer Behandlung. Leistungen gelten nicht im Zusammenhang mit einer OP.	Zugelassener Höchstbetrag	U&C = übliche und angemessene Kosten
Tests vor der Aufnahme , zahlbar innerhalb von 3 Arbeitstagen vor der Aufnahme.	Zugelassener Höchstbetrag	U&C = übliche und angemessene Kosten
Ambulante Behandlung	Bevorzugter Anbieter	Andere Anbieter
Chirurgenhonorare , wenn mindestens zwei Eingriffe durch den gleichen Schnitt oder direkt nacheinander während der gleichen OP durchgeführt werden, werden maximal 50 % des zweiten Eingriffs sowie 50 % aller weiteren Eingriffe gezahlt.	Zugelassener Höchstbetrag	U&C = übliche und angemessene Kosten
Sonstige Kosten pro OP-Tag , sind Kosten für geplante Operationen in einer Klinik einschließlich der Kosten des OP-Raums; Labortests und Röntgenuntersuchungen einschließlich Honorare der Fachärzte; Anästhesie Medikamente oder Drogen und Verbrauchsmaterialien. Die üblichen und angemessenen sonstigen Kosten bei ambulanter OP basieren auf dem Index für ambulante OP-Kosten (Outpatient Surgical Facility Charge Index).	Zugelassener Höchstbetrag	U&C = übliche und angemessene Kosten
Assistenzarzt	Zugelassener Höchstbetrag	U&C = übliche und angemessene Kosten
Anästhesist , professionelle Dienstleistungen im Zusammenhang mit einer ambulanten OP.	Zugelassener Höchstbetrag	U&C = übliche und angemessene Kosten
Arztbesuche , Leistungen für Arztbesuche im Zusammenhang mit einer OP oder Physiotherapie werden nicht erstattet.	Zugelassener Höchstbetrag	U&C = übliche und angemessene Kosten
Physiotherapie , weitere Einschränkungen siehe unter Ausnahme Nr. 40. Physiotherapie umfasst u.a. Folgendes: 1) Physiotherapie; 2) Ergotherapie; 3) kardiologische Rehabilitationstherapie; 4) manipulative Therapie und 5) Logopädie, sofern nicht durch diese Police ausgeschlossen. (maximal \$ 2.500 pro Policenjahr)	Zugelassener Höchstbetrag	U&C = übliche und angemessene Kosten

Stationäre Behandlung	Bevorzugter Anbieter	bei anderen Anbietern
Kosten bei medizinischen Notfällen, Kosten der Einrichtung für die Verwendung der Notaufnahme und Verbrauchsmaterialien. Die Behandlung muss innerhalb von 72 Stunden nach der Verletzung oder dem ersten Auftreten der Krankheit erfolgen. (Die Zuzahlung/Selbstbeteiligung pro Leistung wird bei Aufnahme erlassen.)	Zugelassener Höchstbetrag \$ 250 Zuzahlung pro Krankheit	100 % der üblichen und angemessenen Kosten \$ 250 Selbstbeteiligung pro Krankheit
Diagnostische Röntgenuntersuchungen	Zugelassener Höchstbetrag	U&C = übliche und angemessene Kosten
Strahlentherapie	Zugelassener Höchstbetrag	U&C = übliche und angemessene Kosten
Labordienstleistungen	Zugelassener Höchstbetrag	U&C = übliche und angemessene Kosten
Tests und Verfahren, diagnostische Dienstleistungen und medizinische Verfahren durch einen Arzt, jedoch nicht im Rahmen eines Arztbesuchs, Physiotherapie, Röntgenuntersuchung oder Laborverfahren. Die folgenden Therapien werden im Rahmen dieser Leistung bezahlt: Inhalationstherapie, Infusionstherapie, Lungentherapie und Atemwegstherapie.	Zugelassener Höchstbetrag	U&C = übliche und angemessene Kosten
Injektionen	Keine Leistungen	Keine Leistungen
Chemotherapie	Zugelassener Höchstbetrag	U&C = übliche und angemessene Kosten
Verschreibungspflichtige Medikamente	100 % der üblichen und angemessenen Kosten	100 % der üblichen und angemessenen Kosten
Sonstiges	Bevorzugter Anbieter	bei anderen Anbietern
Krankenwagen	Zugelassener Höchstbetrag	U&C = übliche und angemessene Kosten
Dauerhafte medizinische Geräte, dem Antrag muss beim Einreichen ein Rezept beiliegen. Die Leistungen beschränken sich auf den Erstkauf bzw. einen weiteren Ersatzkauf pro Policenjahr. Zu den dauerhaften medizinischen Geräten gehören externe Prothesen für Gliedmaßen oder Körperteile, jedoch keine Geräte, die vollständig in den Körper implantiert werden.	Zugelassener Höchstbetrag	U&C = übliche und angemessene Kosten
Honorar des beratenden Arztes, sofern dies vom behandelnden Arzt gefordert und genehmigt wird.	Zugelassener Höchstbetrag	U&C = übliche und angemessene Kosten

Stationäre Behandlung	Bevorzugter Anbieter	bei anderen Anbietern
Zahnbehandlung , Leistungen sind auf die Behandlung von Verletzung gesunder, natürlicher Zähne und Notbehandlungen zur Linderung von plötzlichen und unerwarteten Schmerzen im Zusammenhang mit der Infektion des Zahnfleisches oder gesunder natürlicher Zähne beschränkt. Zur Notbehandlung gehören nicht regelmäßige Zahnuntersuchungen, Vorerkrankungen wie Karies/Löcher, Restaurationen, Orthodontie, Dentalausrüstung, Stiftzähne, Kronen, Rekonstruktionen und alle sonstigen Behandlungen, die nichts mit Schmerzlinderung zu tun haben. Bricht ein Zahn beim Essen ab, wird dies von der Versicherung nicht übernommen. (maximal \$ 200 pro Zahn)	100 % der üblichen und angemessenen Kosten	100 % der üblichen und angemessenen Kosten
Mutterschaft	Keine Leistungen	Keine Leistungen
Schwangerschaftskomplikationen	Keine Leistungen	Keine Leistungen
Freiwillige Abtreibung	Keine Leistungen	Keine Leistungen
Behandlung bei Geisteskrankheiten , stationäre oder ambulante Leistungen. (maximal \$ 1.000 pro Policenjahr))	Bezahlt wie bei jeder anderen Krankheit	Bezahlt wie bei jeder anderen Krankheit
Behandlung bei Substanzmissbrauch	Keine Leistungen	Keine Leistungen
Dienstleistungen bei Diabetes	Keine Leistungen	Keine Leistungen
Operative Brustrekonstruktion nach einer Mastektomie , im Zusammenhang mit einer versicherten Mastektomie für: 1) alle Stufen der Rekonstruktion der Brust, bei der eine Mastektomie vorgenommen wurde; 2) OP und Rekonstruktion der anderen Brust zur symmetrischen Anpassung und 3) Prothesen und physische Komplikationen der Mastektomie, zum Beispiel Lymphödeme.	Bezahlt wie bei jeder anderen Krankheit	Bezahlt wie bei jeder anderen Krankheit
Häusliche Pflege , Leistungen durch einen lizenzierten Pflegedienst, die von einem Arzt angeordnet wurden und von einer/einem staatlich geprüften Krankenschwester/-pfleger im Haus des Versicherten und in Übereinstimmung mit einem häuslichen Pflegeplan ausgeführt oder überwacht werden.	Zugelassener Höchstbetrag	U&C = übliche und angemessene Kosten
Qualifizierte Pflegeeinrichtungen , Leistungen bei stationärem Vollzeitaufenthalt in einer qualifizierten Pflegeeinrichtung statt oder innerhalb von 24 Stunden nach einem Krankenhausaufenthalt.	Zugelassener Höchstbetrag	U&C = übliche und angemessene Kosten

Stationäre Behandlung	Bevorzugter Anbieter	bei anderen Anbietern
Notaufnahme , Einrichtungs- oder Klinikgebühr, die durch die Notaufnahme in Rechnung gestellt wird. Alle anderen Leistungen, die während der Visite erbracht werden, werden entsprechend der Leistungsübersicht gezahlt.	Zugelassener Höchstbetrag	U&C = übliche und angemessene Kosten

Überschussleistungen

Wenn Sie eine weitere Versicherung haben, kann der Tarif offene Differenzen und Selbstbeteiligungen abdecken und berechnete Behandlungskosten übernehmen, die nicht von einer anderen Versicherung oder einer Kfz-Versicherung abgedeckt werden. Die Leistungen werden in Höhe der nicht offenen Differenzen gezahlt, nachdem die andere Versicherung ihren Teil erfüllt hat.

Es werden keine Leistungen für Kosten übernommen, die aufgrund einer Verletzung oder Krankheit entstehen, die bereits durch eine andere gültige und ersatzpflichtige Versicherung oder Kfz-Versicherung bezahlt wurde bzw. wird.

Diese Überschussleistungen gelten jedoch nicht für die ersten \$ 100 der anfallenden Behandlungskosten.

Die versicherten Behandlungskosten schließen Beträge aus, die vom primären Versicherungsträger aufgrund von Vertragsstrafen nicht gezahlt wurden, weil der Versicherte die Bestimmungen oder Voraussetzungen der Police nicht erfüllte.

Wichtig: Die Überschussleistungen greifen nicht, wenn Sie keine andere Krankenversicherung besitzen oder die andere Versicherung den Verlust nicht versichert.

Leistungen bei Unfalltod und Verlust von Gliedmaßen

Verlust des Lebens, von Gliedmaßen oder des Augenlichts

Wenn eine Verletzung dieser Art unabhängig von allen anderen Ursachen und innerhalb von 180 Tagen ab dem Zeitpunkt der Verletzung allein zu einem der folgenden Verluste führt, kann die versicherte Person oder der Begünstigte das Unternehmen bitten, den im Folgenden aufgeführten Betrag zusätzlich zu den Zahlungen im Rahmen der Leistungen für Behandlungskosten zu zahlen.

Art des Verlusts

Leben	\$ 100.000
Mindestens zwei Gliedmaßen	\$ 100.000
Eine Gliedmaße	\$ 50.000
Daumen oder Zeigefinger	\$ 25.000

Als „Gliedmaßen“ gelten Hand, Arm, Fuß, Bein oder Auge. Verlust von Hand, Arm, Fuß oder Bein bezieht sich auf den Verlust durch Abtrennung am oder über dem Hand- oder Fußgelenk; der Verlust des Augenlichts bezieht sich auf den vollständigen und unwiderruflichen Verlust der Sehfähigkeit. Es wird nur ein spezifischer Verlust (der größere) bezahlt, der durch eine Verletzung entsteht.

Definitionen

Unternehmensanteil bezieht sich auf den Anteil an den versicherten Behandlungskosten, den das Unternehmen übernimmt.

Komplikationen bei Schwangerschaft bezieht sich auf Beschwerden, die: 1) durch Schwangerschaft verursacht werden; 2) eine medizinische Behandlung vor oder nach Ende der Schwangerschaft erfordern; 3) deren Diagnose nicht die Schwangerschaft selbst betrifft; und 4) die eine klassifizierbare, eindeutige Schwangerschaftskomplikation darstellen. Beschwerden, die lediglich auf eine schwierige Schwangerschaft zurück zu führen sind, werden nicht als Schwangerschaftskomplikation betrachtet.

Zuzahlung bezieht sich auf einen festgelegten Dollarbetrag, den der Versicherte für bestimmte versicherte Behandlungskosten zuzahlen muss.

Versicherte Behandlungskosten bezieht sich auf angemessene Kosten, die: 1) nicht über den üblichen und angemessenen Kosten liegen; 2) den zugelassenen Höchstbetrag nicht übersteigen, wenn die Police die Leistungen von bevorzugten Anbietern umfasst und die Rechnung von einem bevorzugten Anbieter erstellt wird; 3) nicht über den im Leistungskatalog festgelegten Höchstbetrag pro Leistung liegen; 4) sich auf Dienstleistungen und Verbrauchsmaterialien beziehen, die in dieser Police nicht ausgeschlossen sind; 5) sich auf Dienstleistungen und Verbrauchsmaterialien beziehen, die medizinisch notwendig sind; 6) sich auf Dienstleistungen beziehen, die im Leistungskatalog aufgeführt sind und 7) über der ggf. festgelegten Selbstbeteiligung liegen.

Die versicherten Behandlungskosten gelten nur dann als „angefallen“, wenn: 1) die versicherten Dienstleistungen durchgeführt wurden und 2) die versicherte Person eine Rechnung für diese Dienstleistungen erhalten hat.

Pflegerische Betreuung bezieht sich auf eine der folgenden Leistungen:

1. Leistungen, die keine Gesundheitsleistungen sind, beispielsweise Unterstützung bei Aktivitäten.
2. Leistungen aufgrund von Gesundheitsbeschwerden, die primär für den persönlichen Bedarf des Patienten oder zur Aufrechterhaltung einer bestimmten Funktion erbracht werden (auch wenn die spezifischen Leistungen als Fachleistungen betrachtet werden) und die diese Funktion nicht in einem Maße verbessern, dass eine unabhängige Existenz möglich wäre.
3. Leistungen, deren Sicherheit und Effizienz keinen fortlaufenden Einsatz geschulter medizinischer Fachkräfte erfordert.

Selbstbeteiligung bezieht sich auf einen Betrag, der vom Gesamtbetrag der erstattungsfähigen versicherten Behandlungskosten vor der Zahlung der Leistungen abgezogen wird, wenn dieser Betrag im Leistungskatalog oder anderen Unterlagen der Police als Selbstbeteiligung aufgeführt ist. Die Selbstbeteiligung erfolgt entsprechend den Festlegungen im Leistungskatalog.

Angehörige sind der Ehepartner (Ehegatte oder Ehegattin) oder der Lebenspartner des benannten Versicherten und ihre minderjährigen Kinder. Kinder können nur bis zum Ende des Monats mitversichert werden, in dem sie das Alter von 19 Jahren erreichen.

Das Erreichen des Höchstalters beendet nicht die Versicherungsleistungen, wenn das Kind weiterhin:

1. Sich aufgrund einer geistigen oder körperlichen Behinderung nicht selbst versorgen kann und
2. Hauptsächlich von der Unterstützung des Versicherten abhängig ist.

Ein Nachweis der Behinderung und Abhängigkeit muss dem Unternehmen vorgelegt werden: 1) vom Versicherten und 2) innerhalb von 31 Tagen, nachdem das Kind das Höchstalter erreicht hat. Wenn das Kind das Höchstalter erreicht hat, muss dieser Nachweis jährlich erneuert werden.

Wenn ein Antrag im Rahmen dieser Police abgelehnt wird, weil das Kind das Höchstalter für mitversicherte Kinder erreicht hat, muss der Versicherte nachweisen, dass das Kind entsprechend den Ausnahmen (1) und (2) weiterhin auf Hilfe angewiesen ist.

Lebenspartner bezieht sich auf eine Person, die mit dem Versicherten weder verheiratet noch verwandt ist, aber die: 1) der Ehegatte der versicherten Person bzw. eine vergleichbare Person ist; 2) die Person ist, die mit der versicherten Person in der gleichen Wohnung lebt und beabsichtigt, sich dort weiter unbegrenzt aufzuhalten; und 3) die für das Wohlergehen der versicherten Person verantwortlich ist. Diese Lebenspartnerschaft kann durch folgende Unterlagen nachgewiesen werden: 1) gemeinsame Hypothek oder gemeinsamer Mietvertrag; 2) Bezeichnung des Lebenspartners als Begünstigter der Lebensversicherung; 3) Bezeichnung des Lebenspartners als erster Begünstigter im Testament der versicherten Person; 4) Vereinbarung mit dem Lebenspartner; 5) Vollmacht über Eigentum bzw. gesundheitliche Behandlung; und 6) gemeinsamer Besitz eines Motorfahrzeugs, eines Verrechnungskontos oder Kreditkartenkontos.

Planbare Operationen oder Behandlungen bezieht sich auf Gesundheitsleistungen oder Verbrauchsmaterialien, die nicht aufgrund einer Verletzung oder Erkrankung notwendig sind. Planbare Operationen oder Behandlungen sind alle Leistungen, Behandlungen oder Verbrauchsmaterialien, die: 1) vom Unternehmen als Forschung oder als Experiment betrachtet werden; oder 2) in den USA nicht anerkannte und allgemein akzeptierte medizinische Praxis sind.

Klinik ist ein ordnungsgemäß zugelassenes, allgemeines oder lizenziertes Krankenhaus, das: 1) ständig geöffnet ist, 2) sich vorwiegend und laufend mit der Behandlung und Operation von Verletzten und Erkrankten in stationärer Behandlung befasst, 3) unter Aufsicht von Mitarbeitern steht, von denen mindestens einer ein amtlich zugelassener Arzt ist, der ständig verfügbar ist, 4) rund um die Uhr auf seinem Gelände einen Pflegedienst mit geprüften Gesundheits- und Krankenpflegern unterhält, 5) organisierte Einrichtungen zur Diagnose und für größere Operationen auf seinem Gelände bereithält und 6) weder primär eine Klinik, Pflegestelle, Erholungseinrichtung oder ein Genesungsheim noch eine Institution ist, die sich vor allem mit der Behandlung von Geisteskrankheit oder Drogensucht befasst.

Klinikaufenthalt /Klinikbehandlung bezieht sich auf den Aufenthalt zur stationären Behandlung in einer Klinik aufgrund einer Verletzung oder Erkrankung, für die Leistungen gezahlt werden.

Verletzung bezieht sich auf eine körperliche Verletzung, die:

1. direkt und unabhängig durch einen Unfall mit einer anderen Person oder einem anderen Objekt verursacht wurde.
2. nichts mit einer pathologischen, funktionellen oder strukturellen Fehlfunktion zu tun hat.
3. eine Beeinträchtigung darstellt.
4. von einem Arzt innerhalb von 30 Tagen nach dem Unfall behandelt wird.
5. in der Zeit eintritt, in der die versicherte Person durch diese Police versichert ist.

Alle Verletzungen durch einen Unfall, einschließlich aller damit zusammenhängenden Erkrankungen und wiederkehrenden Symptome dieser Verletzungen, gelten als eine Verletzung. Eine Verletzung umfasst nicht die vollständige oder teilweise, direkte oder indirekte Beeinträchtigung durch eine Krankheit oder durch ein anderes körperliches Gebrechen. Versicherte Behandlungskosten aufgrund einer Verletzung, die vor dem in der Police festgelegten Eintrittsdatum der Police auftrat, gelten im Rahmen dieser Police als „Krankheit“.

Stationär bezieht sich auf den ununterbrochenen Aufenthalt nach einer formalen Aufnahme in einem Krankenhaus oder einer qualifizierten Pflegeeinrichtung aufgrund einer Verletzung oder Krankheit, für die Leistungen im Rahmen dieser Police gezahlt werden.

Versicherte Person bedeutet: 1) die namentlich benannte versicherte Person und 2) Versorgungsberechtigte der versicherten Person, sofern: 1) der Versorgungsberechtigte ordnungsgemäß in dem Programm registriert ist und 2) die entsprechende Prämie für den Versorgungsberechtigten gezahlt wurde. Der Begriff "Versicherte" bezieht sich auch auf die versicherte Person.

Intensivpflege bedeutet: 1) eine spezielle Einrichtung in der Klinik, die eine maximale medizinische Pflege ermöglicht; und 2) die nur für Patienten vorgesehen ist, die schwer krank oder verletzt sind. Diese Einrichtung muss von dem OP-Aufwachsraum sowie von den Zimmern, Betten und Stationen getrennt sein, die in der Regel für den Patientenaufenthalt vorgesehen sind. Diese Einrichtung muss: 1) permanent mit speziellen, lebensrettenden Geräten für die Pflege schwer Erkrankter oder Schwerverletzter ausgestattet sein; und 2) ständig und laufend von in Vollzeit tätigen Pflegekräften betreut werden, die ausschließlich für die Intensivpflege zuständig sind. Intensivpflege schließt die folgenden nachrangigen Stationen nicht ein:

1. Erweiterte Pflege
2. Subakute Intensivpflege.
3. Zwischenpflegestationen
4. Privat überwachte Zimmer
5. Beobachtungsstationen
6. Sonstige Einrichtungen, die die Standards für Intensivpflege nicht erfüllen.

Medizinischer Notfall bezieht sich auf das Auftreten einer plötzlichen, schweren und unerwarteten Krankheit oder Verletzung. Wird nicht sofort medizinisch eingegriffen, kann man normalerweise davon ausgehen, dass diese Erkrankung folgende Konsequenzen hat:

1. Tod.
2. Gefährdung der Gesundheit des Versicherten.
3. Schwere Beeinträchtigung der körperlichen Funktionen.
4. Schwere Fehlfunktion eines Organs oder Körperteils.
5. Bei Schwangeren: schwerwiegendes Risiko für die Gesundheit des Fötus.

Die Kosten, die durch einen „medizinischen Notfall“ entstehen, werden nur für Krankheiten oder Verletzungen entsprechend den oben genannten Bedingungen übernommen. Es werden keine Kosten für Bagatellverletzungen oder Bagatellkrankheiten übernommen.

Medizinische Notwendigkeit bezieht sich auf Leistungen oder Verbrauchsmaterialien, die von einem Krankenhaus oder Arzt bereitgestellt oder verschrieben werden und folgende Bedingungen erfüllen:

1. Sie sind notwendig für die Symptome, Diagnose oder Behandlung der Krankheit oder Verletzung.
2. Sie werden für die Diagnose oder die direkte Versorgung und Behandlung der Krankheit oder Verletzung verwendet.
3. Sie entsprechen den Normen der bewährten medizinischen Praxis.
4. Sie sind nicht primär eine Gefälligkeit für den Versicherten oder den Arzt des Versicherten.
5. Sie sind die angemessenste Behandlung oder der angemessenste Behandlungsumfang, die/den der Versicherte gefahrlos erhalten kann.

Die medizinische Notwendigkeit einer stationären Behandlung bedeutet, dass:

1. Der Versicherte akut stationär versorgt werden muss.
2. Der Versicherte ambulant nicht sicher und angemessen versorgt werden kann.

Diese Police umfasst nur die Zahlungen für Leistungen, Verfahren und Verbrauchsmaterialien, die medizinisch notwendig sind. Es werden keine Kosten für Leistungen übernommen, die nicht als medizinisch notwendig gelten, einschließlich einiger oder aller Tage der stationären Behandlung.

Geisteskrankheit ist eine mentale, emotionale oder Verhaltensstörung, die entsprechend den psychologischen oder psychiatrischen Diagnosekategorien in dem aktuell gültigen *Diagnostic and Statistical Manual of the American*

Psychiatric Association (Diagnose- und Statistikhandbuch des Amerikanischen Psychiaterverbandes) aufgelistet ist. Die Tatsache, dass eine Störung in dem *Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association* aufgelistet ist, bedeutet nicht, dass die Kosten für die Behandlung der Krankheit übernommen werden. Sofern nicht in der Police ausgeschlossen oder anderweitig definiert, werden alle psychiatrischen und psychologischen Diagnosen als eine Krankheit betrachtet.

Die Versicherte Person ist ein anspruchsberechtigter, registrierter Versicherungsnehmer, wenn: 1) der Versicherungsnehmer für das Programm korrekt registriert ist; und 2) die entsprechende Prämie für die Versicherungsdeckung gezahlt wurde.

Arzt ist ein amtlich zugelassener, qualifizierter allgemeinpraktischer Arzt, der Behandlung im Rahmen seiner Zulassung anbietet und kein "Mitglied der unmittelbaren Familie" ist.

Unter dem Begriff "Mitglied der unmittelbaren Familie" ist jede Person zu verstehen, die mit einer versicherten Person bis zum dritten Grad verschwägert oder verwandt ist.

Physiotherapie ist jede Form der kurzfristigen Rehabilitationstherapie: Physio- oder mechanische Therapie Diathermie; Ultraschalltherapie; Wärmebehandlung in jeder Form; Manipulation oder Massage durch einen Arzt.

Policenjahr ist der Zeitraum zwischen dem Stichtag für den Beginn der Police und dem Kündigungsdatum der Police.

Vorerkrankung bezieht sich auf: 1) vorhandene Symptome, die eine normale umsichtige Person diagnostizieren, versorgen oder behandeln lassen würde und in den letzten 12 Monaten vor dem in der Police festgelegten Eintrittsdatum des Versicherten aufgetreten sind, oder 2) alle Erkrankungen, die in den letzten 12 Monaten vor dem in der Police festgelegten Eintrittsdatum des Versicherten aufgetreten sind bzw. diagnostiziert, behandelt oder zur Behandlung empfohlen wurden.

Verschreibungspflichtige Medikamente bedeutet: 1) auf Rezept ausgestellte Medikamente; 2) Medikamentenzubereitungen, bei denen mindestens ein Bestandteil ein rezeptpflichtiges Medikament ist; 3) sonstige Medikamente, die nach dem geltenden Recht nur auf Rezept eines Arztes abgegeben werden dürfen, und 4) injizierbares Insulin.

Eine Geprüfte Pflegefachkraft ist eine Fachkrankenschwester, die kein "Mitglied der unmittelbaren Familie" der versicherten Person ist.

Krankheit bezieht sich auf Krankheiten oder Gebrechen des Versicherten, die Beeinträchtigungen verursachen und während der Versicherungslaufzeit eintreten. Alle damit zusammenhängenden Erkrankungen und wiederkehrenden Symptome der gleichen oder einer ähnlichen Erkrankung gelten als eine Krankheit. Versicherte Behandlungskosten, die aufgrund einer Verletzung entstehen, die vor dem in der Police festgelegten Eintrittsdatum der Police auftrat, gelten im Rahmen dieser Police als „Krankheit“.

Qualifizierte Pflegeeinrichtung ist eine Klinik oder eine Pflegeeinrichtung, die über eine Zulassung verfügt und entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen betrieben wird.

Gesunde, natürliche Zähne sind natürliche Zähne, bei denen der überwiegende Teil des einzelnen Zahns noch vorhanden ist, auch wenn Überkronungen oder Füllungen existieren; und weder Karies noch Abszesse oder Fehler vorhanden sind.

Drogenmissbrauch ist eine Erkrankung, die in der aktuellen Fassung des *Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association* (Diagnose- und Statistikhandbuchs des Amerikanischen Psychiaterverbandes) unter "Alkoholismus und Drogenmissbrauch" aufgeführt ist. Die Tatsache, dass eine Störung in dem *Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association* aufgelistet ist, bedeutet nicht, dass die Kosten für die Behandlung der Krankheit übernommen werden. Sofern nicht in der Police ausgeschlossen oder anderweitig definiert, werden alle Beschwerden im Zusammenhang mit Drogenmissbrauch und Alkoholismus als eine Krankheit betrachtet.

Übliche und angemessene Kosten beziehen sich auf den geringeren Betrag der Istkosten oder der angemessenen Kosten, die 1) im Vergleich mit den Kosten für ähnliche Leistungen und Verbrauchsmaterialien üblich und angemessen sind und 2) Personen mit ähnlichen Erkrankungen in der Region berechnet worden sind, in der die

Leistung erbracht wurde. Das Unternehmen bestimmt die üblichen und angemessenen Kosten anhand der Daten von FAIR Health Inc. Im Rahmen dieser Police werden keine Kosten übernommen, die nach Ermessen des Unternehmens über den üblichen und angemessenen Kosten liegen.

Ausnahmen und Einschränkungen

Wir bezahlen keine Leistungen für: a) Verluste oder Kosten, die durch folgende Leiden, Beschwerden oder Behandlungen entstehen, damit zusammenhängen oder sich daraus ergeben, oder b) Behandlungen, Dienstleistungen oder Materialien für, bei oder im Zusammenhang mit folgenden Leiden, Beschwerden oder Behandlungen:

1. Akne;
2. Akupunktur;
3. Allergie, einschließlich Allergietests;
4. Abhängigkeit, zum Beispiel: Nikotin- und Koffeinabhängigkeit, stoffungebundene Sucht, zum Beispiel: Glücksspielsucht, Sexsucht, Kaufsucht, Arbeitssucht und Religionssucht; mehrfache Abhängigkeit;
5. Autistische Erkrankung in der Kindheit, hyperkinetische Syndrome, Milieutherapie, Lernschwierigkeiten, Verhaltensprobleme, intensive Verhaltenstherapien, zum Beispiel angewandte Verhaltensanalyse, Eltern-Kind-Probleme, Aufmerksamkeitsdefizitstörung, Konzeptionsschwäche, Entwicklungsverzögerung oder -störung oder geistige Behinderung;
6. Biofeedback;
7. Gebühren und alle Kosten im Zusammenhang mit allen Reisen in das Gastland zur Sicherung der medizinischen Behandlung oder zum Erwerb von Verbrauchsmaterialien;
8. Injektionen;
9. Chronische Schmerzen;
10. Beschneidung;
11. Angeborene Erkrankungen;
12. Kosmetische Verfahren, außer kosmetischer Chirurgie zur Korrektur einer Verletzung, für die Leistungen im Rahmen dieser Police bezahlt werden;
13. Pflegebetreuung; Pflege in: Pflegeheimen, Kurzentren, Altersheimen, betreutes Wohnen oder Orten zur häuslichen und stationären Pflege; erweiterte Pflege in Drogenentzugsanstalten oder Behandlungszentren zur häuslichen oder stationären Pflege;
14. Zahnbehandlungen entsprechend den speziellen Bestimmungen im Leistungskatalog;
15. Freiwillige Abtreibung;
16. Planbare Operationen oder Behandlungen;
17. Augenuntersuchungen, Augenrefraktionen, Brillen, Kontaktlinsen, Brillen- oder Kontaktlinsenrezepte oder -anpassung, operative Sehkorrekturen oder sonstige Behandlungen von Sehproblemen und -fehlern, es sei denn, dies ist aufgrund einer versicherten Verletzung oder Krankheit notwendig;
18. Plattfüße, Fußstützen, Subluxation des Fußes; Senkfüße; schwache Füße; chronische Fußbelastung; symptomatische Fußbeschwerden sowie Routinefußpflege, zum Beispiel die Pflege, das Ausschälen und Entfernen von Hühneraugen, das Entfernen von Hornhaut, das Schneiden von Fußnägeln und die Behandlung von X- Großzehen (außer Kapsel- und Knochen-OPs);

19. Genmedizin oder genetische Tests einschließlich Amniozentese, genetischer Screenings, Risikobewertung, Prävention und/oder Bestimmung von Veranlagungen, genetischer Beratung und/oder Gentherapie;
20. Aufenthalte in Kuranstalten und ähnlichen Einrichtungen, Stärkungsprogramme;
21. Gehöruntersuchungen; Hörhilfen; Cochlear-Implantate und sonstige Behandlungen wegen Hörbeschwerden und Hörproblemen, mit Ausnahme von Infektion oder Trauma. „Hörprobleme“ bezieht sich auf einen physischen Fehler des Ohrs, der das normale Hören einschränkt bzw. einschränken kann, unabhängig von dem Fortschreiten der Krankheit;
22. Hirsutismus; Alopezie;
23. HIV, AIDS-Virus, Krankheiten im Zusammenhang mit AIDS, ARC-Syndrom und AIDS, einschließlich aller Tests auf diese Erkrankungen sowie Krankheiten, die als Komplikationen dieser Erkrankungen entstehen;
24. Hypnose;
25. Immunisierung; präventive Medikamente oder Impfstoffe, sofern diese nicht zur Behandlung einer versicherten Verletzung erforderlich sind;
26. Verletzungen in Folge von oder in Verbindung mit der Abhängigkeit oder dem Genuss von Alkohol, von Rauschmitteln, Halluzinogenen, illegalen Drogen oder Medikamenten oder Arzneimitteln, die nicht in der vom Arzt des Versicherten empfohlenen Dosierung oder für den vorgeschriebenen Zweck eingenommen wurden;
27. Verletzungen oder Krankheiten, für die Leistungen im Rahmen der Gesetze für Betriebsunfälle oder Berufskrankheiten oder ähnlichen Rechtsvorschriften gezahlt werden bzw. gezahlt werden können;
28. Verletzungen oder Krankheiten im Heimatland des Versicherten;
29. Verletzungen oder Krankheiten außerhalb der Vereinigten Staaten und ihrer Außengebiete, außer bei Reisen im Rahmen akademischer Auslandsprogramme in das oder vom Heimatland des Versicherten;
30. Verletzungen oder Krankheiten, deren Kostenübernahme und/oder Versicherung gesetzlich verboten ist;
31. Verletzungen (a) im Rahmen der Teilnahme an College- oder Profisportereignissen, -wettkämpfen oder -turnieren; (b) auf der Fahrt zu oder von diesen Sportereignissen, Wettkämpfen oder Turnieren als Teilnehmer oder (c) während der Trainings- oder Vorbereitungsprogramme für diese Sportereignisse, Wettkämpfe oder Turniere;
32. Forensische Untersuchungen;
33. Lipektomie;
34. Ehe- oder Familienberatung;
35. Mutterschaft; Schwangerschaft und Komplikationen während der Schwangerschaft;
36. Substanzmissbrauch;
37. Nukleare, chemische oder biologische Kontamination, einerlei ob direkt oder indirekt. „Kontamination“ bezieht sich auf die Kontamination oder Vergiftung von Menschen durch nukleare und/oder chemische und/oder biologische Stoffe, die zu Krankheiten oder zum Tod führt;
38. Organtransplantationen einschließlich Organspende;
39. Orthoptik, visuelle Therapie oder Sehtraining;
40. Ambulante Physiotherapie; außer für eine Erkrankung, für die eine OP oder eine stationäre Behandlung notwendig war: 1) in den letzten 30 Tagen vor dieser Physiotherapie oder 2) in den letzten 30 Tagen nach der Überweisung zur Reha durch den behandelnden Arzt;

41. Teilnahme an einem Aufstand oder Widerstand gegen die Staatsgewalt; Planung und Begehen einer Straftat;
42. Vorerkrankungen, außer bei Einzelpersonen, die mit der Police AuPairCare SP 202859-2 mindestens 3 Monate lang unterbrechungsfrei laufend versichert waren. Die Ausschlussfrist für Vorerkrankungen wird um die Gesamtzahl der Monate reduziert, für die die versicherte Person eine kontinuierliche Versicherungsdeckung durch eine frühere Krankenversicherungspolice dokumentieren kann, die ähnliche Leistungen wie diese Police vorsah, sofern die Versicherungsdeckung der versicherten Person unterbrechungsfrei bis mindestens zum 60. Tag vor dem Eintrittsdatum dieser Police gewährt wurde.
43. Verschreibungspflichtige Arzneimittel, Dienstleistungen oder Verbrauchsmaterialien wie folgt:
 - a. Therapeutische Geräte oder Hilfsmittel, beispielsweise: hypodermische Nadeln, Spritzen, Stützkleidung und sonstige nicht medizinische Stoffe, unabhängig von der beabsichtigten Verwendung, sofern diese nicht speziell in der Police festgelegt sind;
 - b. Verhütungsmittel und/oder Kontrazeptiva (orale oder sonstige Methoden), einerlei ob als Medikament oder physische Barriere und unabhängig von der beabsichtigten Verwendung;
 - c. Immunisierungsmittel, biologisches Serum, ambulant verabreichtes Blut oder Blutprodukte;
 - d. Arzneimittel mit der Kennzeichnung „Caution - limited by federal law to investigational use“ (Achtung –nur für Forschungszwecke) oder Studienmedikamente;
 - e. Produkte für kosmetische Zwecke;
 - f. Medikamente zur Behandlung oder Heilung von Haarausfall; anabole Steroide für den Muskelaufbau;
 - g. Anorektika – Medikamente zur Gewichtskontrolle;
 - h. Medikamente zur Förderung der Fruchtbarkeit oder Potenzmittel, zum Beispiel Parlodel, Pergonal, Clomid, Profasi, Metrodin, Serophen oder Viagra;
 - i. Wachstumshormone;
 - j. Medikamente zur Raucherentwöhnung oder
 - k. Ersatzpackungen über die festgelegte Anzahl oder ein (1) Jahr über das Datum der Verschreibung hinaus.
44. Reproduktive Maßnahmen zur Behandlung von Unfruchtbarkeit, unter anderem: Familienplanung, Fruchtbarkeitstests, Unfruchtbarkeit (beim Mann oder bei der Frau), einschließlich Maßnahmen oder Verbrauchsmaterialien zur Steigerung der Empfängniswahrscheinlichkeit, voreheliche medizinische Untersuchungen; organisch oder anderweitig bedingte Impotenz; Sterilisationsverfahren bei der Frau, Vasektomie, operative Geschlechtsumwandlung; Rückgängigmachung von Sterilisationsverfahren;
45. Forschung oder Untersuchungen im Zusammenhang mit Forschungsstudien oder Behandlungen, für die der Patient oder der Vertreter des Patienten eine Einwilligungserklärung unterzeichnen muss, in der erklärt wird, dass die geplante Behandlung des Patienten im Rahmen einer Forschungsstudie oder einer klinischen Forschungsstudie erfolgt;
46. Routinemäßige Neugeborenenpflege, Vorsorgeuntersuchungen für Säuglinge oder entsprechende Arztkosten;
47. Präventive Pflegedienstleistungen, Routineuntersuchungen und Routinetests, präventive Tests oder Behandlungen, Screenings oder Tests ohne vorhandene Verletzung oder Krankheit;
48. Dienstleistungen, die in der Regel kostenfrei vom Gesundheitsdienst der Einrichtung durchgeführt werden, die der Versicherte besucht;
49. Ober- und/oder Unterkieferfehlstellung, einschließlich Orthognathie und Kiefer-Retrognathie; temporomandibuläre Dysfunktion; Nasenscheidewandverkrümmung, einschließlich submuköser Resektion und/oder eine sonstige operative Korrektur; Nasen- und Nasennebenhöhlenoperationen, außer zur Behandlung einer versicherten Verletzung oder einer chronischen eitrigen Nasennebenhöhlenentzündung;
50. Fallschirmspringen, Drachenfliegen, Gleitschirmfliegen, Segelfliegen oder Fliegen in einem beliebigen Fluggerät außer als Passagier eines Linienfluges einer kommerziellen Fluglinie;
51. Schlafstörungen;
52. Sprachtherapie; Naturheilverfahren;
53. Selbstmord oder Selbstmordversuch im zurechnungsfähigen oder unzurechnungsfähigen Zustand (einschließlich Drogenüberdosis) oder absichtlich selbst zugefügte Verletzungen;

54. Verbrauchsmaterialien, sofern nicht speziell in der Police erwähnt;
55. Operative Brustverkleinerung, Brustvergrößerung, Brustimplantate oder Brustprothesen oder Gynäkomastie; sofern nicht speziell in der Police erwähnt;
56. Behandlung in einem staatlichen Krankenhaus, sofern es nicht gesetzlich vorgeschrieben ist, dass die versicherte Person für diese Behandlung bezahlen muss;
57. Geschlechtskrankheiten;
58. Krieg oder Kriegshandlungen (mit oder ohne Kriegserklärung) oder Dauer des Militärdienstes in einem Land (eine anteilige Prämie wird auf Anfrage für den nicht versicherten Zeitraum erstattet) und
59. Gewichtskontrolle, Gewichtsabnahme, Ernährungsprogramme, Behandlung der Fettleibigkeit, operative Entfernung von überschüssiger Haut oder überschüssigem Fett, Behandlung von Essstörungen, zum Beispiel Bulimie und Anorexie.

FrontierMEDEX: Internationale medizinische Nothilfe

Wenn Sie als versicherte Person nach dieser Police versichert sind, können Sie und Ihr mitversicherter Ehepartner/Lebenspartner und Ihre minderjährigen Kinder die Leistungen von FrontierMEDEX in Anspruch nehmen. Die Leistungen setzen Folgendes voraus:

Internationale Versicherungsnehmer, mitversicherter Ehepartner/Lebenspartner sowie mitversicherte Kinder: Sie haben Anspruch auf die Leistungen von FrontierMEDEX in jedem Land der Welt außer in Ihrem Heimatland.

Die Evakuierung in medizinischen Notfällen erfolgt nicht anstelle der Notfalldienste vor Ort, wenn beispielsweise der Rettungsdienst mit dem Notruf angefordert wird. Alle Leistungen müssen von FrontierMEDEX organisiert und bereitgestellt werden; Beliebiges Leistungen, die nicht durch FrontierMEDEX vereinbart wurden, sind nicht erstattungsfähig. In einem Notfall sollten Sie direkt zum nächsten Arzt oder Krankenhaus gehen und sich dann an das rund um die Uhr erreichbare Notfallzentrum wenden. Wir leiten dann entsprechende Maßnahmen ein, um Sie zu unterstützen und Ihre Betreuung zu überwachen, bis die Situation gelöst ist.

Zu den Hauptdienstleistungen gehören:

- Weitergabe von Versicherungsinformationen an Anbieter medizinischer Leistungen
- Behandlungsüberwachung
- Weitergabe medizinischer Unterlagen
- Medikamente, Impfstoffe und Bluttransfusionen
- Weltweite medizinische und zahnmedizinische Überweisungen
- Entsendung von Ärzten/Spezialisten
- Evakuierung in medizinischen Notfällen
- Vereinfachung der Zahlung von Klinikaufnahmenvorschüssen (sofern in der Registrierung für eine UnitedHealthcare **StudentResources** Krankenversicherungspolice vorgesehen).
- Fahrt zum Besuch eines stationär eingewiesenen Versicherungsnehmers
- Transport nach Stabilisierung
- Ersatz der Korrekturgläser und medizinischen Geräte
- Reiseorganisation im Notfall
- Organisation der Hotelunterbringung zur Genesung
- Laufende Benachrichtigung der Familie und des Hausarztes
- Rückführung minderjähriger Kinder
- Ersatz verlorener oder gestohlener Reisedokumente
- Rückführung sterblicher Überreste
- Weltweite Reisezielinformationen Zielprofile
- Empfehlung eines Rechtsanwalts
- Geldüberweisung
- Nachrichtenübermittlung
- Übersetzungsdienstleistungen

Die FrontierMEDEX-Broschüre mit einer Beschreibung der Leistungen sowie der Ausnahmen und Einschränkungen finden Sie unter www.uhcsr.com/frontiermedex.

Um auf diese Dienstleistungen zurückzugreifen, rufen Sie an unter:
(800) 527-0218 gebührenfrei innerhalb der Vereinigten Staaten
(410) 453-6330 R-Gespräch außerhalb der Vereinigten Staaten

Die Dienstleistungen können auch per E-Mail unter operations@frontiermedex.com aufgerufen werden.

Halten Sie bei Ihrem Anruf der FrontierMEDEX-Zentrale folgende Informationen bereit:

1. Name des Anrufers, Telefon und ggf. Faxnummer sowie die Beziehung zum Patienten;
2. Name des Patienten, Alter, Geschlecht und FrontierMEDEX-Versicherungsnummer (siehe Krankenversicherungskarte);
3. Beschreibung des Zustandes des Patienten;
4. Name, Ort und Telefonnummer des Krankenhauses, falls verfügbar;
5. Name und Telefonnummer des behandelnden Arztes sowie
6. Informationen, wie der Arzt direkt erreicht werden kann.

FrontierMEDEX ist keine Reise- oder Krankenversicherung, sondern ein Dienstanbieter für medizinische Notfälle. Alle anfallenden medizinischen Kosten müssen bei Ihrer Krankenversicherung geltend gemacht werden und unterliegen den Einschränkungen Ihrer Police. Alle Unterstützungsdienstleistungen müssen von FrontierMEDEX organisiert und bereitgestellt werden. Anträge zur Erstattung von Leistungen, die nicht von FrontierMEDEX bereitgestellt werden, werden nicht bearbeitet. Informationen zu FrontierMEDEX sowie Einschränkungen und Ausnahmen finden Sie in „*My Account*“ (Mein Konto) unter www.uhcsr.com/MyAccount.

Medizinisches Assistenzprogramm

Unter der Telefonnummer auf der permanenten Versicherungskarte können Versicherungsnehmer rund um die Uhr medizinischen Rat, Gesundheitsinformationen und Beratung erhalten. Im Rahmen des Assistenzprogramms können staatlich geprüfte Krankenschwestern und lizenzierte Ärzte die Versicherungsnehmer beraten, ob eine medizinische Versorgung notwendig ist, eine Rechts- oder Finanzierungsberatung vermitteln oder als Gesprächspartner in schwierigen Situationen zur Verfügung stehen.

Onlinezugang zu den Kontoinformationen

Die Versicherten der UnitedHealthcare **StudentResources** können online den Status ihrer Erstattungsanträge, Leistungserklärungen, Versicherungskarten, bevorzugte Anbieter, Kontoinformationen sowie den Schriftverkehr aufrufen, wenn sie sich in „*My Account*“ (Mein Konto) unter www.uhcsr.com/myaccount anmelden. Versicherungsnehmer, die noch nicht über ein Onlinekonto verfügen, brauchen nur auf den Link „**Create My Account Now**“ (Mein Konto jetzt erstellen) zu klicken. Folgen Sie einfach den Anweisungen auf dem Bildschirm, um in wenigen Minuten ein Onlinekonto mit Ihrer 7-stelligen Versicherungsnummer oder der gespeicherten E-Mail-Adresse zu erstellen.

Im Rahmen der Umweltschutzinitiativen der UnitedHealthcare StudentResources haben wir verschiedene Maßnahmen eingeführt, um unsere kostbaren Ressourcen zu schonen und gleichzeitig die Sicherheit der personengebundenen Gesundheitsdaten der Versicherungsnehmer zu schützen.

„*My Account*“ (Mein Konto) wurde durch einen Mitteilungsdienst erweitert. Dabei handelt es sich um ein Tool, mit dem Sie schnell E-Mail-Benachrichtigungen von uns anzeigen können. Über den *Mitteilungsdienst* werden Informationen sicher und direkt an die E-Mail-Adresse des Versicherten gesendet. Wenn der Versicherungsnehmer eine Benachrichtigung in Papierform bevorzugt, muss er/sie die elektronische Mitteilung im Bereich *My Email Preferences* (Meine E-Mail-Präferenzen) deaktivieren.

Versicherungskarten

Zum Schutz der Umwelt versenden wir u. a. die **Versicherungskarten** nicht mehr automatisch. Stattdessen erhalten Sie eine E-Mail-Benachrichtigung, sobald Sie die digitale Versicherungskarte im Bereich **My Account** (Mein Konto) herunterladen können. Ein Versicherungsnehmer kann auch unter *My Account* (Mein Konto) die Bereitstellung einer permanenten Versicherungskarte per Post anfordern.

UHCSR Mobile App

Die mobile App UHCSR steht zum Download bei Google Play und im Appstore von Apple zur Verfügung. Die mobile App bietet einfachen Zugang unter anderem zu:

- Versicherungskarten – Sie können diese anzeigen, auf Ihrem Gerät speichern und direkt an Ihren Anbieter faxen oder per E-Mail versenden. Versorgungsberechtigte mit Versicherungsdeckung sind ebenfalls erfasst.
- Anbietersuche – Suche nach einem Anbieter von Gesundheitsleistungen oder psychologischen Behandlungen, der Partner des Netzwerks ist, Anruf in der Praxis oder Niederlassung; Karte anzeigen.
- Ansprüche anzeigen – zeigen Sie die Ansprüche an, die innerhalb der letzten 60 Tage für die erste versicherte Person und die Versorgungsberechtigten mit Versicherungsdeckung eingegangen sind; Mit Anbieter, Datum der Leistung, Status, gefordertem Betrag und bezahltem Betrag.

Verfahrensweise bei Ansprüchen auf Leistungen wegen Verletzung oder Erkrankung.

Bei einer Verletzung oder Krankheit sollte der Versicherungsnehmer:

1. Sich beim Arzt oder im Krankenhaus vorstellen.
2. Alle Arzt- und Krankenhausrechnungen zusammen mit dem Namen des Patienten und dem Namen des Versicherten, der Adresse, der Krankenversicherungsnummer sowie dem Namen des Policeninhabers bei Intrax SP, unter der der Versicherungsnehmer versichert ist, an unten stehende Adresse schicken. Für den Antrag auf Erstattung ist kein spezielles Antragsformular des Unternehmens notwendig.
3. Reichen Sie den Antrag innerhalb von 30 Tagen nach der Verletzung oder der ersten Behandlung einer Krankheit ein. Die Rechnungen sollten innerhalb von 90 Tagen nach der Dienstleistung beim Unternehmen eingehen. Rechnungen, die ein Jahr später eingehen, werden nicht bei der Erstattung berücksichtigt, sofern dies gesetzlich nicht abweichend geregelt ist.

Dieser Versicherungstarif wird von der
Student Resources (SPC) Ltd.,
einem Unternehmen der UnitedHealth Group

Senden Sie alle Anträge und Anfragen an:
UnitedHealthcare **StudentResources**
P.O. Box 809025
Dallas, Texas 75380-9025, USA
1-866-548-8472
customerservice@uhcsr.
com claims@uhcsr.com

Vertriebs-/Marketing-Dienste:
UnitedHealthcare **StudentResources**
805 Executive Center Drive West, Suite
220 St. Petersburg, FL 33702, USA
1-800-237-0903
E-Mail: Info@uhcsr.com

Heben Sie sich diese Broschüre als allgemeine Zusammenfassung der Versicherung auf. Die Hauptpolice ist auf Ayusa SP ausgestellt und dort hinterlegt. Die Hauptpolice enthält alle Bestimmungen, Einschränkungen, Ausnahmen und Voraussetzungen für die Versicherungsleistungen, die u. U. nicht in dieser Broschüre aufgeführt sind. Die Hauptpolice ist das verbindliche Dokument; sie bestimmt und regelt die Zahlung der Leistungen.

Diese Broschüre basiert auf der Police Nr. 2014-202859-2

V3 (NOC 1)

POLICENNUMMER: 2014-202859-2

HINWEIS:

Die hier aufgeführten Leistungen wurden seit der Publikation überarbeitet. Die Überarbeitungen sind im Haupttext des Dokuments enthalten und auf der letzten Seite des Dokuments zum einfachen Nachschlagen zusammengefasst.

NOC # 1 (1/27/2015)

Ausnahmen und Einschränkungen:

Aktualisiert – Vorerkrankungen:

Vorerkrankungen, außer bei Einzelpersonen, die mit der Police AuPairCare SP 202859-2 mindestens 3 Monate lang unterbrechungsfrei laufend versichert waren. Die Ausschlussfrist für Vorerkrankungen wird um die Gesamtzahl der Monate reduziert, für die die versicherte Person eine kontinuierliche Versicherungsdeckung durch eine frühere Krankenversicherungspolice dokumentieren kann, die ähnliche Leistungen wie diese Police vorsah, sofern die Versicherungsdeckung der versicherten Person unterbrechungsfrei bis mindestens zum 60. Tag vor dem Eintrittsdatum dieser Police gewährt wurde.