

## Versicherungsschutz für Auslandsaufenthalte

mit Wertbeständigkeit  
ohne Prämienrückerstattung

## Europa ohne Schweiz\*

Expatriates Gold  
QEXPYA 3 2016/S

Die nachstehenden Leistungen stehen bis zu einer Höchstsumme von insgesamt ..... EUR 2.526.000,00 pro Kalenderjahr zur Verfügung.

### I. Stationärer Bereich (Punkt 5.8. bis 5.14. Allgemeine Versicherungsbedingungen; Punkt A. Ergänzende Versicherungsbedingungen)

Der Versicherungsschutz umfasst Leistungen für medizinisch notwendige stationäre Krankenhausaufenthalte in Europa (siehe Europaliste) wegen Krankheit, Unfall oder Entbindung im folgenden Umfang:

#### 1. KOSTENDECKUNGSGARANTIE

1.1. Bei stationären Krankenhausaufenthalten (Mehrbettzimmer oder Einbettzimmer) in Europa (siehe Europaliste) werden, sofern vor der stationären Aufnahme das SOSservice von UNIQA (siehe SOS-Karte) kontaktiert wird und durch dieses die Abwicklung des Versicherungsfalles erfolgt, die Kosten in direkter Verrechnung voll übernommen.

1.2. Bei Nichtinanspruchnahme des SOSservice von UNIQA (siehe SOS-Karte) werden die Kosten eines stationären Krankenhausaufenthaltes (Mehrbettzimmer oder Einbettzimmer) in Europa (siehe Europaliste) nach Vorlage der saldierten Originalrechnung abzüglich eines 20%igen Selbstbehaltes vergütet. Der Selbstbehalt beträgt maximal ..... EUR 3.790,00 pro Krankenhausaufenthalt.

Der Selbstbehalt wird nicht eingewendet, wenn die Dringlichkeit der stationären Heilbehandlung die vorherige Kontaktaufnahme mit dem SOSservice von UNIQA sowie die Abwicklung des Versicherungsfalles durch dieses nicht zulässt.

#### 2. BEGLEITPERSON

Bei unter Versicherungsschutz stehenden Aufenthalten von Kindern bis 18 Jahre werden für eine Begleitperson - wenn der Aufenthalt nach Punkt 1.1. vergütet wird, die Kosten voll übernommen  
- wenn es sich um einen Aufenthalt nach Punkt 1.2. handelt, die Kosten nach Vorlage der saldierten Originalrechnung abzüglich eines 20%igen Selbstbehaltes vergütet. Der Selbstbehalt beträgt maximal ..... EUR 379,00 pro Krankenhausaufenthalt.

Der Selbstbehalt entfällt, sofern für den stationären Aufenthalt des versicherten Kindes kein Selbstbehalt zur Anwendung kommt.

#### 3. KRANKENHAUS-TAGEGELD, ENTBINDUNGSPAUSCHALE

Wenn dem Versicherer bei einem stationären Krankenhausaufenthalt keine Kosten entstehen, wird pro Tag ein Krankenhaus-Tagegeld von ..... EUR 152,00, im Falle einer Entbindung eine Entbindungspauschale von ..... EUR 1.520,00 erbracht.

### II. Teilstationärer bzw. tagesklinischer Bereich (in Erweiterung von Punkt 5.8. und in Abänderung von Punkt 5.10. Allgemeine Versicherungsbedingungen; Punkt A. Ergänzende Versicherungsbedingungen)

1. Erfordert eine medizinisch notwendige Heilbehandlung in Europa (siehe Europaliste) einen Krankenhausaufenthalt von weniger als 24 Stunden und ist aus medizinischer Sicht eine Übernachtung nicht notwendig, werden, sofern das

SOSservice von UNIQA (siehe SOS-Karte) kontaktiert wird und durch dieses die Abwicklung des Versicherungsfalles erfolgt, die Kosten voll übernommen. In jenen Fällen, in denen eine direkte Verrechnung nicht möglich ist, werden die Kosten nach Vorlage der saldierten Originalrechnung vergütet.

2. Bei Nichtinanspruchnahme des SOSservice von UNIQA (siehe SOS-Karte) werden die Kosten der teilstationären bzw. tagesklinischen Behandlung in Europa (siehe Europaliste) nach Vorlage der saldierten Originalrechnung abzüglich eines 20%igen Selbstbehaltes vergütet. Der Selbstbehalt beträgt maximal ..... EUR 3.790,00 pro Behandlung.

Der Selbstbehalt wird nicht eingewendet, wenn die Dringlichkeit der stationären Heilbehandlung die vorherige Kontaktaufnahme mit dem SOSservice von UNIQA sowie die Abwicklung des Versicherungsfalles durch dieses nicht zulässt.

### III. Krankentransport (ergänzend zu Punkt 5.12. Allgemeine Versicherungsbedingungen; Punkt A. Ergänzende Versicherungsbedingungen)

1. Der Kostenersatz für medizinisch notwendige Transporte in Europa (siehe Europaliste) zu einer Heilbehandlung nach Punkt I oder Punkt II beträgt pro Kalenderjahr maximal ..... EUR 1.890,00

2. Sofern ein medizinisch notwendiger Transport aus medizinischen Gründen nur mittels Hubschrauber möglich ist, erhöht sich der unter Punkt 1 angeführte Jahreshöchstbetrag auf ..... EUR 3.790,00.

### IV. Ambulanter Bereich (Punkt 5.2. bis 5.7. und 5.13. bis 5.15. Allgemeine Versicherungsbedingungen; Punkt A. Ergänzende Versicherungsbedingungen)

Der Versicherungsschutz umfasst Leistungen für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlungen in Europa (siehe Europaliste) wegen Krankheit, Unfall oder Schwangerschaft im folgenden Umfang:

1. Vergütet werden die vollen Kosten für:

- ambulante ärztliche Behandlung (einschließlich Komplementärmedizin)
- ärztlich verordnete Arzneimittel (einschließlich homöopathische Mittel)
- ärztlich verordnete Hilfsmittel (Heilbehelfe)
- ärztlich verordnete physiotherapeutische Heilbehandlung (Heilmittel), Ergotherapie, Logopädie
- ärztlich verordnete psychotherapeutische Heilbehandlung, welche durch Personen, die zur selbstständigen Ausübung der Psychotherapie berechtigt sind, durchgeführt wurde

insgesamt bis ..... EUR 6.310,00 pro Kalenderjahr.

Bei lebensbedrohlichen Erkrankungen (Onkologische Erkrankungen, Immun- oder Autoimmunerkrankungen bzw. bei Störungen der Blutgerinnung) werden die Kosten der dafür erforderlichen ärztlich verordneten Arzneimittel und Blutersatzstoffe nach Überschreitung dieses Höchstsatzes weiterhin zur Gänze übernommen.

Innerhalb dieses Höchstsatzes werden die Kosten für -Sehbehelfe (Brillen oder Kontaktlinsen) pro zwei Kalenderjahre bis ..... EUR 379,00

ersetzt.

Ist der unter IV.1 angeführte Jahreshöchstbetrag erschöpft, werden 80% der Kosten für

a) ambulante ärztliche Behandlungen (Punkt IV.1.a)

- pro ärztlicher Ordination bis ..... EUR 48,30  
- pro fachärztlicher Ordination bis .... EUR 77,30  
- pro ärztlichem Hausbesuch bis ..... EUR 77,30

b) ambulante ärztliche Sonderleistungen (z.B.: Injektion, Infusionen, EKG)

- pro ärztlicher Ordination bis ..... EUR 96,60  
- pro fachärztlicher Ordination bis .... EUR 154,60  
- pro ärztlichem Hausbesuch bis ..... EUR 154,60

2. Für medizinisch notwendige Dialyse werden  
- in Vertragseinrichtungen die vollen Kosten  
- in allen anderen Fällen pro Behandlung  
bis ..... EUR 379,00  
vergütet.

**V. Zahnbereich** (Punkt 5.2. und 5.5. sowie 5.13. und 5.14. Allgemeine Versicherungsbedingungen; Punkt A. Ergänzende Versicherungsbedingungen)

Der Versicherungsschutz umfasst Leistungen für zahnärztliche Behandlungen in Europa (siehe Europaliste) im folgenden Umfang:

Vergütet werden pro Kalenderjahr 80% der Kosten für:

- a) konservierende Zahnbehandlung
- b) Zahnrontgen
- c) Zahnextraktion
- d) prothetische Versorgung (z.B. Kronen, Brücken)
- e) kieferchirurgische Behandlung
- f) Zahnimplantologie
- g) Parodontose
- h) Kieferregulierung
- i) prophylaktische Maßnahmen, die der Zahnerhaltung oder der Zahnpflege dienen, wie z.B. Mundhygiene, Zahnsteinentfernung, Fluoridierung und Fissurenversiegelung

insgesamt bis ..... EUR 3.160,00  
pro Kalenderjahr.

Innerhalb dieses Höchstsatzes werden die Kosten für prothetische Versorgung, kieferorthopädische Behandlung und Kieferregulierung bis ..... EUR 631,00

ersetzt.

Ist dieser Höchstbetrag erschöpft, stehen für weitere zahnärztliche Ordinationen pro Kalenderquartal bis ..... EUR 234,20 zur Verfügung.

**VI. Hausentbindung** (Punkt A. Ergänzende Versicherungsbedingungen)

Für eine Hausentbindung in Europa (siehe Europaliste) werden anstelle aller anderen Leistungen .. EUR 1.520,00 zur Verfügung gestellt.

## A. Ergänzende Bedingungen

**1. Wartezeiten** (Punkt 3. Allgemeine Versicherungsbedingungen)

Die allgemeine Wartezeit entfällt.

**VII. Rehabilitation** (in Abänderung von Punkt 5.10. Allgemeine Versicherungsbedingungen; Punkt A. Ergänzende Versicherungsbedingungen)

Die Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Rehabilitationsbehandlung in Europa (siehe Europaliste), die im Zusammenhang mit einer vorangegangenen unter Versicherungsschutz stehenden stationären Heilbehandlung wegen einer Herz-/Kreislaufkrankung, TBC-Erkrankung oder wegen eines Unfalls steht, werden  
pro Tag bis ..... EUR 189,00  
für längstens 90 Tage vergütet.

**VIII. Kur** (in Abänderung von Punkt 5.10. Allgemeine Versicherungsbedingungen)

Für medizinisch notwendige Kuraufenthalte in Europa (siehe Europaliste), die ärztlich verordnet sind und deren Kurmittel- und Aufenthaltskosten nachgewiesen werden, wird innerhalb von 2 Kalenderjahren für längstens 28 Tage ein Kurtagegeld von ..... EUR 44,00 geleistet.

**IX. Bergungskosten** (Punkt A. Ergänzende Versicherungsbedingungen)

Bergungskosten in Europa (siehe Europaliste) werden pro Fall bis ..... EUR 1.890,00 vergütet.

**X. Krankenrücktransport und Überführung eines Verstorbenen** (ergänzend zu Punkt 5.12. Allgemeine Versicherungsbedingungen; Punkt A. Ergänzende Versicherungsbedingungen)

### 1. Krankenrücktransport

Der Versicherungsschutz umfasst Leistungen für Krankenrücktransporte in Europa (siehe Europaliste) wegen Krankheit oder Unfall in folgendem Umfang:

Vergütet werden die vollen Kosten

a) eines medizinisch begründeten Krankentransportes aus dem europäischen Ausland in ein Krankenhaus des Entsendungs- oder Heimatlandes bzw. an den Wohnsitz des Entsendungs- oder Heimatlandes.

b) der Mitbeförderung einer dem Transportierten nahestehenden Person

Der Krankenrücktransport muss vom SOSservice von UNIQA (siehe SOS-Karte) organisiert werden, ansonsten werden maximal ..... EUR 2.400,00 vergütet.

Die vorgenannten Leistungen werden nicht erbracht, wenn der Krankenrücktransport im Zusammenhang mit einer geplanten Heilbehandlung steht.

### 2. Überführung eines Verstorbenen

Vergütet werden die vollen Kosten der standardmäßigen Überführung eines Verstorbenen innerhalb Europas (siehe Europaliste) in den Heimatort.

Die Überführung muss vom SOSservice von UNIQA (siehe SOS-Karte) organisiert werden, ansonsten werden bis ..... EUR 1.010,00 vergütet.

Die besondere Wartezeit beträgt für Leistungen gemäß Punkt V (Zahnbereich) - ausgenommen für Zahnbehandlungen, die der unmittelbaren Schmerzbekämpfung sowie der Erstversorgung nach Unfällen dienen - sowie für Entbindungen, Fehlgeburten, Schwangerschaftsuntersuchungen und -erkrankungen und deren Folgen 8 Monate. Für Früh- oder

Fehlgeburten, die bei normalem Verlauf der Schwangerschaft zu einer Entbindung nach Ablauf von 8 Monaten geführt hätten, besteht Versicherungsschutz.

## 2. Kostendeckungsgarantie

Voraussetzung für die Kostendeckungsgarantie und Direktverrechnung ist (weilers)

- ein gültiger Auftrag zur Direktverrechnung, welcher für den konkreten Leistungsfall erteilt wurde und
- eine gültige Einzelzustimmungserklärung für den Fall, dass zur Leistungsprüfung weitere Gesundheitsdaten erforderlich sind.

## 3. Zahn- und Kieferbehandlungen

Die Vergütung von Kosten für Zahn- und Kieferchirurgische Behandlungen, Zahnrontgen, Zahnersatz sowie Kieferregulierungen erfolgt ausschließlich aus Punkt V (Zahnbereich).

## 4. Ambulanter Bereich (Punkt IV)

In Erweiterung von Punkt 1.2. und 5.15. Allgemeine Versicherungsbedingungen stehen auch Heilbehandlungen, die nach komplementärmedizinischen Erkenntnissen (Heilmethoden wie z.B. Homöopathie, Akupunktur, Chiropraktik) erfolgen und von einem Arzt durchgeführt werden, einschließlich ärztlich verordneter homöopathischer Mittel, unter Versicherungsschutz.

## 5. Rehabilitation (Punkt VII)

Versicherungsschutz besteht für Rehabilitationsbehandlungen in geeigneten, behördlich anerkannten, stationären Einrichtungen.

## 6. Bergungskosten (Punkt IX)

Bergungskosten sind die nachgewiesenen Kosten des Suchens nach der versicherten Person und ihres Transportes bis zur nächsten befahrbaren Straße oder bis zum, dem Unfallort nächstgelegenen, Krankenhaus.

Sie werden ersetzt, wenn die versicherte Person einen Unfall erlitten hat oder in Berg- oder Wassernot geraten ist und verletzt oder unverletzt geborgen werden muss bzw. durch einen Unfall oder infolge Berg- oder Wassernot den Tod erleidet und ihre Bergung erfolgen muss. Einem Unfall ist gleichzuhalten, wenn der Versicherte unverzüglich wegen eines Krankheitsgeschehens geborgen werden muss. Die Leistung für eine Bergung unter Einsatz eines Hubschraubers wird erbracht, wenn die Bergung nicht auf anderem Wege durchgeführt werden konnte.

## 7. Krankenrücktransport (Punkt X)

a) Voraussetzung für den Krankenrücktransport ist neben der Transportfähigkeit der versicherten Person, dass

- eine lebensbedrohende Störung des Gesundheitszustandes besteht oder
- ein stationärer Krankenhausaufenthalt von mehr als 5 Tagen zu erwarten ist.

b) Im Falle eines Krankenrücktransportes ist das SOS-Service von UNIQA zu verständigen. Um die erforderlichen Maßnahmen treffen zu können, benötigt das SOSservice die auf der SOS-Karte geforderten Angaben. Aufgrund der mitgeteilten Angaben nimmt das SOSservice Verbindung mit dem behandelnden Arzt auf und entscheidet anhand der im Punkt a) festgelegten Kriterien über die Durchführung und die Art des Transportes (je nach Lage des Falles mittels Krankenwagen, Bahn, Passagierflugzeug oder Ambulanzjet). Die Entscheidung erfolgt in Abstimmung mit den vor Ort behandelnden Ärzten, die endgültige Entscheidung liegt jedoch beim Arzt des SOSservice.

## 8. Auszahlung der Versicherungsleistung

In Ergänzung zu Artikel 7 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind Rechnungen in deutscher, englischer oder französischer Sprache vorzulegen.

## 9. Subsidiarität

Eine allfällige bestehende gesetzliche Sozialversicherung oder andere Privatversicherung sowie Ansprüche aufgrund gesetzlicher Bestimmungen oder aufgrund von Vereinbarungen sind vorrangig in Anspruch zu nehmen. Hat UNIQA Leistungen erbracht, so gehen gleichwertige Ansprüche des Versicherten gegen Dritte auf sie über.

## 10. Beendigung der Auslandstätigkeit, Rückkehr an den ständigen Wohnsitz, Verzug ins Ausland

Der Versicherungsschutz (Tarif) ist auf eine Auslandsentsendung bzw. auf eine vorübergehende Tätigkeit im Ausland abgestellt. In folgenden Fällen ist eine Änderung der Versicherung jedenfalls erforderlich:

- Beendigung der Auslandsentsendung bzw. der vorübergehenden Tätigkeit im Ausland
- Rückkehr an den ständigen Wohnsitz (Heimatland)
- Verlegung des ständigen Wohnsitzes ins Ausland

Damit bei Eintritt eines dieser Ereignisse weiterhin ein geeigneter Versicherungsschutz erhalten bleibt, ist eine umgehende Verständigung des Versicherers unbedingt erforderlich. Der Versicherer wird in weiterer Folge eine den neuen Gegebenheiten angepasste Tarifänderung vornehmen.

---

## B. Leistungs- und Prämienanpassung

---

1.a) Die UNIQA verpflichtet sich den Versicherungsschutz in seinem Wert zu erhalten sowie im Falle einer Veränderung der Preise der Gesundheitsleistungen ihre Leistungen so anzupassen, dass die Kostendeckungsgarantie in allen Punkten, in denen sie ausdrücklich vorgesehen ist, aufrecht bleibt.

b) Eine Anpassung hat ebenso zu erfolgen, wenn sich folgende Umstände bzw. Faktoren ändern:  
-die durchschnittliche Lebenserwartung  
-die Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen

2. Die Leistungsanpassung für Punkt I., II. und X. ist entsprechend der Veränderung der Preise der Gesundheitsleistungen sowie der Vertragspartner vorzunehmen.

In allen anderen Punkten hat die Anpassung aufgrund eines Vergleiches des zuletzt verlautbarten Europäischen Verbraucherpreisindex (EVPI) mit demjenigen des Vorjahres bzw. mit demjenigen, der der letzten Anpassung zugrunde zu legen war, zu erfolgen. Die betragsmäßig festgelegten Selbstbehalte sind auch nach diesem Index anzupassen.

Veränderungen des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen, die eine Änderung der Leistungen erforderlich machen, sind bei der Anpassung der Leistungen ebenfalls zu berücksichtigen.

3. Die Anpassung der Leistungen hat ohne Altersbegrenzung, ohne Wartezeit für Mehrleistungen und ungeachtet eines etwa verschlechterten Gesundheitszustandes zu erfolgen.

4. Die Neuberechnung der Prämien hat entsprechend der Leistungsanpassung nach Punkt 1 und 2 und unter Berücksichtigung von Veränderungen der durchschnittlichen Lebenserwartung, der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen und deren Aufwendigkeit sowie des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen zu erfolgen.

5. Die neuen Leistungen und Prämien werden zum 1. des Monats wirksam, der der schriftlichen Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

6. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, innerhalb eines Monats die Leistungs- und Prämienanpassung schriftlich abzulehnen. In diesem Fall wird die Versicherung zu einem Ersatztarif mit geänderten Leistungen fortgesetzt.

## C. Sonstige Hinweise

---

### SOS-Karte

Bei stationären, bei teilstationären bzw. tagesklinischen Behandlungen sowie bei Krankenrücktransporten und Überführung eines Verstorbenen nehmen Sie bitte mit dem SOSservice von UNIQA unter der auf der SOS-Karte angeführten Telefonnummer Kontakt auf.

---

### EUROPALISTE

Albanien	Island	Niederlande	Slowenien
Andorra	Italien	Norwegen	Spanien
Belgien	Kroatien	Österreich	Tschechien
Bosnien-Herzegowina	Lettland	Polen	Türkei
Bulgarien	Liechtenstein	Portugal	Ukraine
Dänemark	Litauen	Rumänien	Ungarn
Deutschland	Luxemburg	Russland	Vereinigtes Königreich von
Estland	Malta	San Marino	Großbritannien und Nordirland
Finnland	Mazedonien	Schweden	Weißrussland
Frankreich	Moldawien	Serbien	Zypern
Griechenland	Monaco	Slowakei	
Irland	Montenegro		

\* In der Schweiz besteht Versicherungsschutz ausschließlich für die Erstversorgung nach einem Unfall in dem, dem Unfallort nächstgelegenen, geeigneten Krankenhaus.