Union Krankenversicherung
Aktiengesellschaft

UKV

Tarif GesundheitGLOBAL Optimal
Auslandsreise-Krankenversicherung für längerfristig aus Deutschland ausreisende Personen

Stand: 01.04.2018, SAP-Nr. 336829, 04.2018

Der Tarif gilt nur in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung für längerfristig aus Deutschland ausreisende Personen (AVB/KK-LA)

1. Welche Tarifstufen werden angeboten?
- GesundheitGLOBAL Optimal A: Normalpreisländer
- GesundheitGLOBAL Optimal B: Hochpreisländer
  Hochpreisländer sind: China, England, Hongkong, Schweiz, Singapur, USA.

2. Wer kann sich versichern?
Versicherungsfähig sind Personen mit ständigem Wohnsitz in Deutschland, die nur vorübergehend ins Ausland reisen.
Die Versicherungsfähigkeit ist auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.
Sind für eine Person die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit nicht gegeben, kommt trotz Beitragszahlung ein Versicherungsvertrag nicht zustande.
In der Tarifstufe GesundheitGLOBAL Optimal A sind Personen, die in Hochpreisländer reisen, nicht versicherungsfähig.

3. Wie lange besteht der Versicherungsvertrag?
Der Versicherungsvertrag muss für mindestens zwei Monate und kann für maximal fünf Jahre abgeschlossen werden (maximale Dauer des Versicherungsschutzes).

4. Welche Versicherungsleistungen werden erbracht?
4.1 Erstattet werden die Aufwendungen für:
a) Beratungen und Behandlungen durch Ärzte und Zahnärzte wegen Krankheit, Unfallfolgen, Schwangerschaft, Schwangerschaftsvorsorge nach den in Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen und Entbindung. Dazu zählen auch unaufschiebbare Operationen, Operationsnebenkosten
b) Leistungen der Hebamme und des Entbindungspflegers während einer stationären Entbindung
c) Arznei- und Verbandmittel nach Verordnung durch einen Arzt oder Zahnarzt
d) Heilmittel nach Verordnung durch einen Arzt oder Zahnarzt bis zu insgesamt 250 Euro im Kalenderjahr
e) Hilfsmittel (ohne Sehhilfen) nach Verordnung durch einen Arzt oder Zahnarzt soweit diese erstmals aufgrund eines während der Vertragslaufzeit eingetretenen Unfalls erforderlich werden und der direkten Behandlung der Unfallfolgen dienen, bis zu insgesamt 150 Euro je Versicherungsfall
f) Röntgendiagnostik, Strahlendiagnostik und Strahlentherapie
g) bei stationären Aufenthalten die vom Krankenhaus berechneten Kosten (z.B. für Unterkunft, Verpflegung und Heilmittel) einschließlich ärztlicher Leistungen
h) Aufwendungen für medizinisch notwendige Transporte zum Krankenhaus oder im Notfall zur Erstversorgung zum nächstgelegenen geeigneten Arzt. Die Aufwendungen werden ebenfalls übernommen, wenn es sich um eine medizinisch notwendige Verlegung in das nächstgelegene geeignete Krankenhaus handelt.
i) schmerzstillende Zahnbehandlung durch Zahnärzte und die damit in Verbindung stehenden notwendigen plastischen Zahnfüllungen, die Anfertigung von provisorischem Zahnersatz, sowie Reparaturen von bestehendem Zahnersatz bis zu insgesamt 500 Euro im Kalenderjahr.
j) Zahnersatz, der nachweislich aufgrund eines Unfalles erstmals erforderlich ist oder repariert werden muss, zu 80 % bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 2.000 Euro im Kalenderjahr

4.2 Während einer vorübergehenden Rückkehr nach Deutschland besteht bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr Versicherungsschutz.
Es gelten folgende Regelungen:
a) Besteht Versicherungsschutz in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung oder besteht eine private Krankenversicherung, die der Versicherungspflicht gemäß § 193 Absatz 3 VVG genügt, so ist diese in Anspruch zu nehmen. In diesem Fall werden aus diesem Auslandsreise-Krankenversicherungsvertrag keine Leistungen erbracht.
b) erstattungsfähig sind:
   - Arzt- und Zahnarztaufwendungen nach den Grundsätzen der GOÄ und GOZ
   - Aufwendungen für Hebammen und Entbindungspfleger nach den Grundsätzen der jeweils geltenden Hebammen-Gebührenverordnung

   Versicherte Leistungen werden bis zu den dort jeweils festgelegten Regelsätzen übernommen.
c) erstattungsfähig sind bei stationären Aufenthalten, einschließlich unaufschiebbarer Operationen, die Kosten für:
   - allgemeine Krankenhausleistungen.

     Als allgemeine Krankenhausleistungen gelten die nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz, dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung berechneten Vergütungen sowie die vom Krankenhaus berechenbaren Kosten einer vor- und nachstationären Behandlung im Sinne von § 115 a Sozialgesetzbuch V.
     In Krankenhäusern, die nicht dem Geltungsbereich der Bundespflegesatzverordnung, dem Krankenhausfinanzierungsgesetz bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Kosten in der preiswertesten Zimmerkategorie. Kosten dieser Krankenhäuser werden nur soweit erstattet, wie sie die nach diesen Rechtsgrundlagen berechenbaren Entgelte um nicht mehr als 50 % überschreiten. Maßgeblich für die Berechnung ist der Landesbasisfallwert des Bundeslandes, in dem die Behandlung durchgeführt wird.
   - Belegärzte
   - Beleghebammen und -entbindungspfleger

4.3 Erstattungsfähig sind alle Aufwendungen für einen medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport (auch Ambulanzflugzeug)

a) an den vor Beginn der Auslandsreise vorhandenen Wohnsitz oder
b) in ein von der versicherten Person benanntes und aus medizinischer Sicht geeignetes Krankenhaus in Deutschland.

Dies ist beispielsweise dann der Fall, wenn eine stationäre Behandlung voraussichtlich länger als 14 Tage dauert oder die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland die Kosten des Rücktransports übersteigen würden.

Wird die versicherte Person beim Rücktransport von einem Mitreisenden begleitet, übernehmen wir die Kosten für eine Begleitperson, wenn die Begleitung medizinisch notwendig, behördlich angeordnet oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben ist. Unabhängig davon, ob für die Begleitperson bei uns zum Zeitpunkt des Rücktransports Versicherungsschutz für Rücktransporte aus dem Ausland besteht oder nicht.

Für den Rücktransport muss das jeweils kostengünstigste Transportmittel gewählt werden, wenn medizinische Gründe nicht entgegenstehen. Wir ersetzen die Aufwendungen ohne Abzug der Kosten, die durch die ursprünglich geplante Rückreise entstanden wären.

4.4 Beim Tode der versicherten Person im Ausland werden die Kosten der Bestattung am Sterbeort oder der Überführung an deren letzten ständigen Wohnsitz erstattet.

4.5 Werden die Kosten einer stationären Krankenhausbehandlung im Ausland von einem anderen Kostenträger ganz oder teilweise übernommen, zahlt der Versicherer neben den verbleibenden

erstattungsfähigen Restkosten ein Krankenhaustagegeld. Das Krankenhaustagegeld errechnet sich wie folgt: Höhe der Kostenbeteiligung geteilt durch die Anzahl der Tage der stationären Behandlung – höchstens 30 Euro täglich. Anstelle jeglicher Kostenerstattung bei stationärer Behandlung kann ein Krankenhaustagegeld von 30 Euro pro Tag gewählt werden.

5. Keine Wartezeiten bei Unfall!
Werden Leistungen erforderlich auf Grund eines Unfalls, bestehen keine Wartezeiten.

6. In welchen Fällen besteht kein Versicherungsschutz?
Kein Versicherungsschutz besteht für:

a) Heilbehandlungen, von denen bei Grenzüberschreitung bzw. vor Beginn des Versicherungsschutzes feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten/eingetragenen Lebens-partners oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde.
Unerwartete Verschlechterungen des Gesundheitszustandes bei chronischen Erkrankungen sind hingegen versichert.
b) Krankheiten und Unfallfolgen, deren Heilbehandlung im Ausland einer der Gründe für den Antritt der Reise war
c) Krankheiten, Krankheitsfolgen oder Unfallfolgen sowie Todesfällen, die durch - aufgrund von Reisewarnungen des Auswärtigen Amts von Deutschland - vorhersehbare Kriegsereignisse oder aktive Teilnahme an inneren Unruhen verursacht worden sind.
Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu kriegerischen Ereignissen.
d) auf Vorsatz, Selbstmord, Selbstmordversuch oder auf Sucht (z. B. Alkohol oder Drogen) beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entgiftungs-, Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen.
e) Kur und Sanatoriumsbehandlung sowie Rehabilitationsmaßnahmen
f) während der Vertragsdauer aufschiebbare Operationen
g) ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Diese Einschränkung entfällt, wenn während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird.
h) Behandlung durch Ehegatten / eingetragenen Lebenspartner, Eltern oder Kinder; nachgewiesene Sachkosten werden nach Ziffer 4 erstattet
i) eine durch Siechtum oder Pflegebedürftigkeit bedingte Behandlung oder Unterbringung
j) die Behandlung und Untersuchung wegen Schwangerschaft, Schwangerschaftsvorsorge und die Entbindung, sofern die Schwangerschaft bei Beginn des Versicherungsvertrags bzw. Beantragung der Verlängerung bereits bestanden hat
k) gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten
l) Impfungen
m) psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlungen
n) Heilbehandlung durch nichtärztliche Leistungserbringer (z.B. Chiropraktiker, Osteopathen und Heilpraktiker)
o) Kosten für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze
p) Kosten für Taxifahrten
q) Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, sonstige Leistungserbringer und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern zum Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall bereits eingetreten ist, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen.

7. Wonach richtet sich der Beitrag?
Der Beitrag richtet sich nach dem Aufenthaltsland sowie dem Eintrittsalter der versicherten Person bei Versicherungsbeginn.
Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Jahr der Geburt.
Bei Vertragsverlängerung wird das ursprüngliche Eintrittsalter beibehalten.

Bei einem Aufenthalt in einem Hochpreisland ab Versicherungsbeginn, erfolgt die Einstufung für die jeweilige Aufenthaltsdauer im Hochpreisland in Tarifstufe B. Bei einer Änderung des Aufenthaltslandes während der Reise, wird die Einstufung in die Tarifstufe zum Zeitpunkt des Wechsels des Reiselandes angepasst. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer eine Änderung des Aufenthaltslandes einer versicherten Person unverzüglich zu melden.

8. Welche Gesundheits-Assistance-Leistungen werden erbracht?
Wir bieten medizinische Hilfe und Beratung vor und während der Reise. Wir informieren, beraten und leisten aktiv Unterstützung bei persönlichen Notfällen während der Reise, wie bei Krankheit, Unfall oder Tod.

Unsere Beratungs- und Hilfe-Leistungen für Sie:

Vor der Reise - unsere medizinische Reisezielberatung:
a) Welche Ziele sind aus medizinischer Sicht sinnvoll?
b) Gibt es am Reiseziel eine geeignete medizinische Versorgung?
c) Welche Impfungen werden benötigt?
d) Gibt es Infektionsrisiken?

Während des Auslandsaufenthaltes - unsere Unterstützung im Leistungsfall:
a) Weltweites Arzt- und Krankenhaus-Navi
b) Wir geben Auskunft, wo Sie vor Ort die bestmögliche medizinische Versorgung finden.
c) Organisation von Rücktransport oder Krankenbesuchen
d) Wir bringen Sie im Notfall sicher nach Hause und sorgen dafür, dass Sie bestens betreut werden.
e) Medizinischer Dolmetscher
f) Wir übersetzen und erklären Ihnen die Diagnose Ihres Arztes vor Ort.

Falls eine Krankenhausbehandlung oder ein Rücktransport erforderlich wird, kümmern wir uns um die Kostenübernahme. Wenden Sie sich in diesen Fällen umgehend an unseren 24-Stunden Notrufservice, den Sie nahezu weltweit sieben Tage die Woche erreichen, unter

+800 - 84408440 (1)

Führt diese Nummer nicht zum Ziel, wählen sie bitte:

+49 211 5363-158 (2)

Für Anrufe aus dem Festnetz ersetzen Sie bitte das Plus-Zeichen durch die jeweilige internationale Verkehrsausscheidungsziffer des Reiselandes (z.B. 00 für alle Länder Europas, 011 für USA und Kanada, 0011 Australien).

(1) aus dem Festnetz gebührenfrei, aus deutschen Mobilfunknetzen höchstens 0,42 Euro pro Minute; Kosten für Anrufe aus ausländischen Mobilfunknetzen können abweichen.
(2) gebührenpflichtig

GesundheitGLOBAL Optimal Rate
Travel Health Insurance for Persons Travelling Outside Germany for longer Periods of Time

Stand: 01.04.2018, SAP No. 336829, 04.2018

This insurance tariff only applies in combination with the General Insurance Terms and Conditions for travel health insurance for people travelling outside Germany for longer periods of time (AVB/KK-LA).

1. What tariff levels are offered?
- GesundheitGLOBAL Optimal A: Standard price countries
- GesundheitGLOBAL Optimal B: High price countries

High price countries are: China, Hong Kong, Switzerland, Singapore, USA, England.

2. Who can take out this insurance cover?
This insurance cover may be taken out by persons whose permanent residence is in Germany and who are only temporarily travelling abroad. Proof of insurability must be provided if so requested by the insurer.
If a person fails to meet the conditions for insurability, an insurance contract is not concluded despite the payment of contributions.

In the GesundheitGLOBAL Optimal A tariff level, persons travelling to high price countries are not insurable.

3. How long does the insurance contract apply?
The insurance contract must be concluded for a minimum period of two months and can be concluded for a maximum period of five years (maximum term of insurance cover).

4. What insurance benefits are provided?
4.1 The following expenses are remunerable:
a) Consultations and treatment by doctors and dentists owing to illness, the consequences of an accident, owing to pregnancy, prenatal care and delivery. It includs operations which can not be delayed and ancillary costs associated with operations
b) Services provided by midwives and obstetric nurses during confinement in hospital
c) Medication and dressings prescribed by a doctor or dentist
d) Medicine provided on basis as prescribed by a doctor or dentist, up to a total sum of 250 Euro per calendar year
e) Aids prescribed (without aids) by a doctor or dentist, provided they are required for the first time as a result of an accident occurring during the contract term, and which serve as direct treatment of the consequences of an accident, to a maximum sum of 150 Euro per insurance claim
f) X-ray diagnostics, radiation diagnostics and radiation therapy
g) Costs billed by a hospital following in-patient treatment (e.g. for accommodation, food and medicine), including medical services
h) Expenses for medically necessary transport to hospital or to the nearest suitable doctor for initial treatment in an emergency. Expenses will also be covered where they concern medically necessary transfers to the nearest suitable hospital.
i) Analgesic dental treatment by dentists and any necessary fillings associated with this, the production of provisional dental prostheses, as well as repairs to existing dental prostheses, up to a total sum of 500 Euro per calendar year
j) Dental prostheses required for the first time or requiring repair as a result of an accident, 80% up to a total invoice sum or 2,000 Euro per calendar year

4.2 Up to six weeks' insurance cover is provided per calendar year for a temporary return to Germany.

The following regulations apply:
a) If insurance cover is available in the German state health insurance system or if private health insurance complying with compulsory insurance as per § 193, section 3 of the VVG, is available, such services must be availed of. In such cases, no benefits will be provided by this foreign travel health insurance contract.
b) - Medical and dental costs in line with the principles of the official statutory scale of fees for doctors (GOÄ) and dentists (GOZ)
- the costs for midwives and obstetric nurses according to the principles of the respectively valid official scale of fees for midwives.

Insured benefits are taken up to the respective statutory rates.
c) Reimbursable for inpatient stays, including deferrals, the cost of:
- general hospital services

General hospital services are regarded as the remunerations billed according to the Hospital Financing Act, the Law on Hospital Fees and/or the German National Hospital Rate Ordinance and the costs to be billed by the hospital for pre- and post-hospitalised treatment as defined in § 115 a of the Social Security Statute Book V (Sozialgesetzbuch V).
In hospitals which are not subject to the scope of applicability of the German National Hospital Rate Ordinance, the Hospital Financing Act or the Law on Hospital Fees, the costs in the least expensive room category shall apply as general hospital services. Costs incurred by these hospitals will only be remunerated insofar as they do not exceed the fees calculated in accordance with these legal principles by more than 50%. Calculation is based on the state-wide base rate for the federal state in which treatment is carried out.
- services provided by attending doctors
- services provided by midwives and obstetric nurses

4.3 All expenses for medically practical and justifiable repatriation are remunerable (including air ambulance).

a) to the place of residence existing before the start of the journey abroad;
b) to a hospital in Germany to be named by the insured person which is suitable from a medical perspective.

This is the case, for example, when in-patient treatment is likely to last longer than 14 days or the likely costs of curative treatment abroad would exceed the costs of repatriation.

If the insured person is accompanied during repatriation by a fellow traveller, we will assume the costs of such an accompanying person if accompaniment is medically necessary, ordered by the authorities or specified by the respective transport company, regardless of whether insurance cover for repatriation from abroad exists with us for the accompanying person at the time of repatriation.

The least expensive means of transport must be selected for repatriation provided this is not in conflict with medical reasons. We remunerate the expenses without deducting the costs which would have been incurred by the return trip originally planned.

4.4 In the event of the insured person's death abroad, the costs of a burial at the place of death or the transfer to the place of residence existing before the start of the foreign journey.

4.5 If the costs of in-patient hospital treatment are assumed in full or part by another payer, the insurer will pay daily hospital benefits along with the remaining remunerable residual costs. Daily hospital benefits are calculated as follows: sum of cost allocation divided by the number of days of in-patient treatment, max. 30 Euro per day. In the event of in-patient treatment, daily hospital benefits of 30 Euro per day can be paid instead of any other type of cost remuneration.

5. No waiting periods in case of accidents!
If insurance benefits are required, there are no waiting periods.

6. What cases are not covered by this insurance policy?
There is no insurance cover for:
a) Treatment of which it was certain at the time of crossing the border into a foreign country or prior to commencement of insurance cover that it would have to be performed if the journey went ahead as scheduled unless the trip has been undertaken owing to the death of a spouse/official partner or immediate relative.
Unexpected deteriorations in health in the case of chronic illness are however insured.
b) Illness or the consequences of an accident whose curative treatment was one of the reasons for undertaking the trip

c) Illnesses, the consequences of illnesses or accidents and deaths attributable to warlike events or active participation in domestic disquiet which were foreseeable on account of travel warnings issued by the German Foreign Office.
Terrorist attacks and their consequences are not regarded as warlike events.
d) Illness and accidents based on criminal intent, suicide, attempted suicide or addiction (e.g. alcohol or drugs), including the consequences thereof as well as for detoxification, drying-out and withdrawal treatment
e) Treatment in curative spas and sanatoria as well as rehabilitation measures
f) Operations which can be delayed during the contract term
g) Out-patient curative treatment in curative spas or health resorts. This restriction does not apply if during a temporary stay curative treatment becomes necessary owing to an illness independent of the purpose of the stay or an accident occurring there.
h) Treatment by spouses/official partners, parents or children; documented costs of materials are remunerated as per 4.
i) Treatment or accommodation necessitated by infirmity or care requirements
j) Treatment and examination due to pregnancy, prenatal care and delivery insofar as the pregnancy existed on commencement of the insurance contract and/or application for extension of the contract
k) Specific medical check-ups serving early detection of illnesses
l) Vaccinations
m) Psychoanalytical and psychotherapeutic treatment
n) Curative treatment by non-medical service-providers (e.g. chiropractors, osteopaths and alternative practitioners)
o) Costs of search, rescue or recovery operations
p) Costs for taxi journeys
q) Treatment by doctors, dentists, other service-providers and hospitals whose bills have been excluded from remuneration for important reasons by the insurer if the insurance claim arises following notification of the insured person as regards this exclusion from benefits. If an insurance claim has already arisen at the time of notification, the insurer will not be liable for any expenses incurred after a period of three months following notification.

7. How is the premium calculated?
The premium is dependent on the respective country as well as the age of the insured person on commencement of insurance.

The age of entry is calculated as the difference between the year of insurance commencing and the insured person's year of birth.

The original age of entry is retained on extension of the contract.

For stays in a high price country on commencement of insurance, the respective duration of the stay in the high price country is classified in tariff level B. If the country is changed during the trip, classification within the tariff level will be adapted at the time of changing the destination. The policyholder is obliged to notify the insurer without delay of any changes in the country in which the insured person is staying.

8. What health assistance benefits are provided?
We offer medical assistance and consulting before and during the trip. We provide information, consulting and active support in personal emergencies during your trip, e.g. illness, accident or death.

Our consulting and assistance services for you:

Prior to your trip – our medical travel destination advice:
a) What destinations are practical from a medical perspective?
b) Is suitable medical care available at the travel destination?
c) What vaccinations are required?
d) Are there any risks of infection?

During your stay abroad – our support in the event of a claim:
a) International data base of doctors and hospitals
b) We provide information on where to find the best possible medical care.
c) Organisation of repatriation or visits
d) In an emergency, we will bring you home safely and ensure that you receive optimum care.
e) Medical interpreter
f) We translate and explain your attending doctor's diagnosis.

If hospital treatment or repatriation is necessary, we will assume the costs. In such cases, please contact our 24-hour emergency service hotline which is available practically world-wide seven days a week on

+800 - 84408440 (1)

If this number is not of help, please dial

+49 211 5363-158 (2)

When making calls from landlines, please substitute the plus symbol with the respective international prefix for the destination country (e.g. 00 for all countries in Europe, 011 for USA and Canada, 0011 Australia).

(1) Calls are free from landlines; max. 0.42 EUR per minute from German mobile networks; the costs of calls from mobile networks abroad can vary.
(2) Subject to charges

This is an English translation of the insurance conditions and makes no claims to be either exhaustive or legally binding. The German version alone is legally binding.