Versicherungsbedingungen

für Auslandskrankenversicherungen (VB Teil II – Allianz Partners AWP Health & Life)

Leistungsbeschreibung

	Leistungen	EXPAT INFINITY BASIC	EXPAT INFINITY CLASSIC	EXPAT INFINITY PREMIUM
	Jahreshöchstbetrag	1.000.000 Euro	unbegrenzt	unbegrenzt
A1	**Ambulante Heilbehandlung**	Keine Leistung	**100%** des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung als Privatpatient, ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen und -diagnostiken sowie ärztlich verordnete alternative und komplementärmedizinische Behandlungsmethoden durch Osteopathen, TCM-Therapeuten, Heilpraktiker sowie Homöopathen im Rahmen der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für den entsprechenden Berufsstand, höchstens jedoch bis 20.000 Euro pro Versicherungsjahr. Aufwendungen für Leistungen der Osteopathie, der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM) sowie für Heilpraktiker- und Homöopathen Leistungen – unabhängig davon, ob diese durch die vorgenannten Berufsgruppen oder durch sonstige Behandelnde, insbesondere Ärzte mit entsprechender Zusatzqualifikation, erbracht werden – sowie für in diesem Zusammenhang ärztlich verordnete Arznei-, Verband- und Heilmittel und sonstige Präparate und Zubereitungen (z.B. TCM-Arzneimittel, Tees, Kräutermischungen, Globuli) werden zusammen als Gesamtsumme betrachtet und hierbei bis zu einem Betrag von insgesamt 2.000 Euro pro Versicherungsjahr erstattet (siehe auch Punkt A3). Dieser Betrag ist Bestandteil des vorgenannten Höchstbetrages von 20.000 Euro und wird auf diesen angerechnet.	**100%** des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung als Privatpatient, ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen und -diagnostiken sowie ärztlich verordnete alternative und komplementärmedizinische Behandlungsmethoden durch Osteopathen, TCM-Therapeuten, Heilpraktiker sowie Homöopathen im Rahmen der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für den entsprechenden Berufsstand. Aufwendungen für Leistungen der Osteopathie, der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM) sowie für Heilpraktiker- und Homöopathen Leistungen – unabhängig davon, ob diese durch die vorgenannten Berufsgruppen oder durch sonstige Behandelnde, insbesondere Ärzte mit entsprechender Zusatzqualifikation, erbracht werden – sowie für in diesem Zusammenhang ärztlich verordnete Arznei-, Verband- und Heilmittel und sonstige Präparate und Zubereitungen (z.B. TCM-Arzneimittel, Tees, Kräutermischungen, Globuli) werden zusammen als Gesamtsumme betrachtet und hierbei bis zu einem Betrag von insgesamt EUR 3.000 Euro pro Versicherungsjahr erstattet (siehe auch Punkt A3).

Fortsetzung auf nächster Seite

Stand: 01.10.2026

	Leistungen	EXPAT INFINITY BASIC	EXPAT INFINITY CLASSIC	EXPAT INFINITY PREMIUM
A2	**Stationäre Heilbehandlung**	a) **100%** für medizinisch notwendige Krankenhausbehandlung und behandlungsbedingte Unterbringung. Im Ausland als Privatpatient im Zweibettzimmer, in Deutschland in der allgemeinen Pflegeklasse (bitte beachten Sie hierzu VB Teil I, § 5, Abs. 8). b) **100%** für medizinisch notwendige Operationen, Röntgen-, Strahlenbehandlung und -diagnostik. c) Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2b besteht Versicherungsschutz für medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung. Eine Anschlussheilbehandlung ist eine medizinische Maßnahme zur Wiederherstellung des früheren körperlichen Zustandes nach einer schweren Krankheit/Operation. Für darüber hinausgehende Rehabilitationsmaßnahmen besteht kein Versicherungsschutz.	a) **100%** für medizinisch notwendige Krankenhausbehandlung und behandlungsbedingte Unterbringung. Im Ausland als Privatpatient im Zweibettzimmer, in Deutschland in der allgemeinen Pflegeklasse (bitte beachten Sie hierzu VB Teil I, § 5, Abs. 8). b) **100%** für medizinisch notwendige Operationen, Röntgen-, Strahlenbehandlung und -diagnostik. c) Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2b besteht Versicherungsschutz für medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung. Eine Anschlussheilbehandlung ist eine medizinische Maßnahme zur Wiederherstellung des früheren körperlichen Zustandes nach einer schweren Krankheit/Operation. Für darüber hinausgehende Rehabilitationsmaßnahmen besteht kein Versicherungsschutz.	a) **100%** für medizinisch notwendige Krankenhausbehandlung und behandlungsbedingte Unterbringung als Privatpatient im Einbettzimmer in der einfachsten Form, soweit möglich. b) **100%** für medizinisch notwendige Operationen, Röntgen-, Strahlenbehandlung und -diagnostik. c) Als Ersatz bzw. zur Abkürzung eines medizinisch notwendigen stationären Krankenhausaufenthaltes werden nach vorheriger schriftlicher Leistungszusage des Versicherers bzw. dessen Beauftragten die Kosten für eine häusliche Krankenpflege und hauswirtschaftliche Versorgung pro Versicherungsjahr bis zu 90 Tage, höchstens jedoch bis 100 Euro pro Tag, übernommen. Die häusliche Krankenpflege und hauswirtschaftliche Versorgung muss zusätzlich zur ärztlichen Heilbehandlung erfolgen und darf nur von einer zur Pflegekraft ausgebildeten Person übernommen werden. Die häusliche Krankenpflege und hauswirtschaftliche Versorgung darf nicht für eine dauerhafte Pflegebedürftigkeit eingesetzt werden. d) **100%** der Kosten für die Unterbringung eines Elternteils als Begleitperson bei der stationären Behandlung versicherter Kinder in einem Alter bis einschließlich 12 Jahre. Eine bestehende Versicherung beim BDAE ist für das unterzubringende Elternteil nicht erforderlich. e) Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2b besteht Versicherungsschutz für medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung. Eine Anschlussheilbehandlung ist eine medizinische Maßnahme zur Wiederherstellung des früheren körperlichen Zustandes nach einer schweren Krankheit/Operation. Für darüber hinausgehende Rehabilitationsmaßnahmen besteht kein Versicherungsschutz.
A3	**Arznei-, Verband- und Heilmittel**	Im Rahmen von stationären Heilbehandlungen (Punkt A2).	**100%**, soweit ärztlich verordnet und medizinisch notwendig. Arznei-, Verband- und Heilmittel sowie sonstige Präparate und Zubereitungen (insbesondere TCM-Arzneimittel, Tees, Kräutermischungen, Globuli), die im Zusammenhang mit einer Behandlung der in Punkt A1 genannten Art verordnet wurden – unabhängig davon, ob die Behandlung durch Osteopathen, TCM-Therapeuten, Heilpraktiker, Homöopathen oder sonstige Behandelnde, insbesondere Ärzte mit entsprechender Zusatzqualifikation, erbracht wurde – fallen unter das in Punkt A1 genannte gemeinsame Sublimit von 2.000 Euro und werden darüber hinaus nicht gesondert erstattet.	**100%,** soweit ärztlich verordnet und medizinisch notwendig. Arznei-, Verband- und Heilmittel sowie sonstige Präparate und Zubereitungen (insbesondere TCM-Arzneimittel, Tees, Kräutermischungen, Globuli), die im Zusammenhang mit einer Behandlung der in Punkt A1 genannten Art verordnet wurden – unabhängig davon, ob die Behandlung durch Osteopathen, TCM-Therapeuten, Heilpraktiker, Homöopathen oder sonstige Behandelnde, insbesondere Ärzte mit entsprechender Zusatzqualifikation, erbracht wurde – fallen unter das in Punkt A1 genannte gemeinsame Sublimit von 3.000 Euro und werden darüber hinaus nicht gesondert erstattet.

Fortsetzung auf nächster Seite ▸

Stand: 01.10.2026

	Leistungen	EXPAT INFINITY BASIC	EXPAT INFINITY CLASSIC	EXPAT INFINITY PREMIUM
A4	**Zahnmedizinische Heilbehandlung**	Keine Leistung	a) **100%** des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige ambulante zahnärztliche Behandlung. Inlays und Onlays sind nicht versichert. b) Pro Versicherungsjahr ist zu **100%** des Rechnungsbetrages eine einmalige Vorsorgeuntersuchung mitversichert. c) Vorsorgebehandlungen (professionelle Zahnreinigung und Fluoridierung) sind nicht erstattungsfähig.	a) **100%** des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige ambulante zahnärztliche Behandlung. Inlays und Onlays sind ausschließlich als Zahnersatzbehandlung versichert. b) Pro Versicherungsjahr ist zu **100%** des Rechnungsbetrages eine zweimalige Vorsorgeuntersuchung mitversichert. c) **100%** des Rechnungsbetrages für Vorsorgebehandlungen (professionelle Zahnreinigung und Fluoridierung), höchstens jedoch bis 150 Euro pro Versicherungsjahr.
A5	**Zahnersatz/Kieferorthopädische Maßnahmen**	Keine Leistung	Keine Leistung	Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2q besteht Versicherungsschutz für Versicherungsfälle, die nach Ablauf der Wartezeit von 8 Monaten eingetreten sind für • **90%** des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendigen Zahnersatz und • bis zu einem Alter von 18 Jahren für medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlungen, • höchstens jedoch bis insgesamt 3.000 Euro in den ersten beiden Versicherungsjahren, • bis insgesamt 5.000 Euro in den ersten drei Versicherungsjahren, • ab dem vierten Versicherungsjahr höchstens bis 4.000 Euro pro Versicherungsjahr. Für in der Vertragslaufzeit unfallbedingt erforderlichen Zahnersatz besteht Versicherungsschutz ohne Wartezeit innerhalb der Höchstgrenzen. Bei unterjährigen An-/Abmeldungen werden die genannten Beträge anteilig berechnet.
A6	**Vorsorgeuntersuchungen**	Keine Leistung	Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2f und i besteht Versicherungsschutz für a) ambulante Vorsorgeuntersuchung für Kinder inklusive aller Vorsorgeimpfungen bis zum 18. Lebensjahr bis zu 1.000 Euro pro Versicherungsjahr. b) ambulante Vorsorgeuntersuchungen für Erwachsene zur Früherkennung von Krebserkrankungen sowie allgemeine Check-ups bis 1.000 Euro pro Versicherungsjahr und pro versicherte Person.	Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2f und i besteht Versicherungsschutz für a) ambulante Vorsorgeuntersuchung für Kinder inklusive aller Vorsorgeimpfungen bis zum 18. Lebensjahr bis zu 2.000 Euro pro Versicherungsjahr. Reiseschutzimpfungen für Kinder bis zum 18. Lebensjahr sind bis zu 250 Euro pro Versicherungsjahr inklusive der Impfstoffe sowie Prophylaxe Maßnahmen versichert. b) Impfungen, inklusive Reiseschutzimpfungen ab dem 18. Lebensjahr, inklusive der Impfstoffe sowie Prophylaxe Maßnahmen. c) ambulante Vorsorgeuntersuchungen für Erwachsene zur Früherkennung von Krebserkrankungen. d) allgemeine Check-ups für Erwachsene Pro Versicherungsjahr sind die unter b) - d) genannten Untersuchungen insgesamt bis 2.000 Euro pro versicherte Person versichert.

Fortsetzung auf nächster Seite ▸

Stand:01.10.2026

	Leistungen	EXPAT INFINITY BASIC	EXPAT INFINITY CLASSIC	EXPAT INFINITY PREMIUM
A7	**Leistungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Entbindung**	Keine Leistung	Keine Leistung	Versicherungsschutz besteht für a) ärztliche Behandlungen einschließlich Schwangerschaftsuntersuchungen und Schwangerschaftsbehandlungen, sofern die Schwangerschaft bei Beginn des Versicherungsverhältnisses der versicherten Person noch nicht bestanden hat sowie Behandlungen wegen Fehlgeburt; b) durch akute Beschwerden hervorgerufene, medizinisch notwendige Schwangerschaftsbehandlungen und Behandlungen wegen Fehlgeburt sowie medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche und Entbindungen bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche (Frühgeburt), auch wenn die Schwangerschaft bei Beginn des Versicherungsverhältnisses der versicherten Person bereits bestanden hat, sofern die Behandlungsnotwendigkeit zu diesem Zeitpunkt noch nicht feststand; c) Entbindungen nach Ablauf der Wartezeit von 8 Monaten; d) **100%** der Kosten für die Unterbringung des Ehe-/Lebenspartners bei stationären Entbindungen, sofern dieser auch im Produkt EXPAT INFINITY PREMIUM versichert ist, höchstens jedoch bis 200 Euro pro Tag.
A8	**Unfruchtbarkeitsbehandlungen**	Keine Leistung	Keine Leistung	Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2h besteht nach vorheriger Prüfung und schriftlicher Leistungszusage des Versicherers bzw. dessen Beauftragten sowie nach einer Wartezeit von 24 Monaten pro versichertem Paar Versicherungsschutz für Behandlungen wegen Sterilität, einschließlich künstlicher Befruchtungen bis zu **60%** der gesamten Behandlungskosten, höchstens jedoch bis 6.000 Euro, gerechnet über die gesamte Lebensdauer. Als Paar gelten Ehe- und Lebenspartner, die nachweislich in einer häuslichen Gemeinschaft leben. Für die Übernahme der Kosten sind folgende Vorraussetzungen zu erfüllen: • Die angewandten Behandlungen müssen im Rahmen der in Deutschland geltenden gesetzlichen Vorgaben (u. a. Embryonenschutzgesetz (EschG) und Präimplantationsdiagnostikgesetz (PräimpG)) erfolgen; • Zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns müssen Frauen unter 40 Jahre alt sein sowie Männer unter 50 Jahre; • Die Unfruchtbarkeit muss aufgrund eines natürlichen, organisch bedingten Umstandes bestehen und kann nur durch Maßnahmen der assistierten Reproduktion überwunden werden; • Sowohl die Frau als auch der Mann müssen im Produkt EXPAT INFINITY PREMIUM seit mindestens 24 Monaten versichert sein.

Fortsetzung auf nächster Seite ▸

Stand:01.10.2026

	Leistungen	EXPAT INFINITY BASIC	EXPAT INFINITY CLASSIC	EXPAT INFINITY PREMIUM
A9	**Hilfsmittel**	Lebenserhaltende Hilfsmittel und deren Reparaturkosten sind, sofern ärztlich verordnet und medizinisch notwendig, ohne Limitierung versichert.	Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2g besteht, sofern ärztlich verordnet und medizinisch notwendig, Versicherungsschutz für Hilfsmittel und deren Reparaturkosten jeweils bis zu **80%** des Rechnungsbetrages, höchstens jedoch bis insgesamt 1.000 Euro pro Versicherungsjahr. Lebenserhaltende Hilfsmittel und deren Reparaturkosten sind, sofern ärztlich verordnet und medizinisch notwendig, ohne Limitierung versichert.	Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2g besteht, sofern ärztlich verordnet und medizinisch notwendig, Versicherungsschutz für Hilfsmittel und deren Reparaturkosten jeweils bis zu **80%** des Rechnungsbetrages, höchstens jedoch bis insgesamt 2.000 Euro pro Versicherungsjahr. Lebenserhaltende Hilfsmittel und deren Reparaturkosten sind, sofern ärztlich verordnet und medizinisch notwendig, ohne Limitierung versichert.
A10	**Sehhilfen inkl. Sehtest**	Keine Leistung	Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2g besteht Versicherungsschutz für Sehhilfen nach einer Wartezeit von 12 Monaten. Nach dieser Wartezeit werden alle drei Versicherungsjahre jeweils bis zu 300 Euro pro versicherter Person geleistet. Bei unterjährigen An-/Abmeldungen werden die genannten Beträge anteilig berechnet. Sehtests sind zu **100%** versichert.	Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2g besteht Versicherungsschutz für Sehhilfen nach einer Wartezeit von 12 Monaten. Nach dieser Wartezeit werden alle drei Versicherungsjahre jeweils bis zu 600 Euro pro versicherter Person geleistet. Bei unterjährigen An-/Abmeldungen werden die genannten Beträge anteilig berechnet. Sehtests sind zu **100%** versichert.
A11	**Augenlasern**	Keine Leistung	Keine Leistung	Nach vorheriger Prüfung und schriftlicher Leistungszusage des Versicherers bzw. dessen Beauftragten besteht nach einer Wartezeit von 12 Monaten Versicherungsschutz für eine Laserbehandlung zur Korrektur von Fehlsichtigkeit. Mitversichert sind die für diesen Eingriff medizinisch notwendigen Untersuchungen sowie die Behandlungen vor und nach der Laserbehandlung. Erstattet werden die Kosten bis zu einem Betrag von insgesamt 2.500 Euro je Auge und je Vertragslaufzeit.
A12	**Psychotherapie**	Keine Leistung	Keine Leistung	Abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2e besteht Versicherungsschutz für a) ambulante psychotherapeutische Behandlungen, jeweils bis zu **80%** des Rechnungsbetrages, höchstens jedoch bis 2.000 Euro pro Versicherungsjahr. Bei unterjährigen An-/Abmeldungen werden die genannten Beträge anteilig berechnet. Ansprüche aus einem Versicherungsjahr können nicht auf folgende Versicherungsjahre übertragen werden. b) stationäre psychotherapeutische Behandlungen bis zu 30 Tage pro Vertragslaufzeit. Die Leistungsausschlüsse gemäß VB Teil I, § 6, Abs. 2l und n bleiben hiervon unberührt. Abweichend von VB Teil I, § 5, Abs. 6 sind psychotherapeutische Behandlungen durch Heilpraktiker nicht erstattungsfähig.

Fortsetzung auf nächster Seite ▸

Stand:01.10.2026

	Leistungen	EXPAT INFINITY BASIC	EXPAT INFINITY CLASSIC	EXPAT INFINITY PREMIUM
A13	**Krankentransport/Rücktransport/Überführung**	a) **100%** für Krankentransporte zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare, geeignete Krankenhaus und bei Erstversorgung nach einem Unfall zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt und zurück. b) Der Versicherer erstattet für einen medizinisch notwendigen Rücktransport an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person: • innerhalb eines Kontinentes bis 5.000 Euro, • kontinentübergreifend bis 10.000 Euro. Muss für einen Rücktransport ein zugelassenes Sanitätsflugzeug in Anspruch genommen werden, entfällt die Leistungsbegrenzung. Für den Rücktransport ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen, soweit dies aus medizinischen Gründen möglich ist. Medizinische Notwendigkeit für einen Rücktransport liegt vor, wenn im Aufenthaltsland eine ausreichende medizinische Versorgung nicht gewährleistet ist. Eine ärztliche Bescheinigung des behandelnden Arztes im Ausland über die medizinische Notwendigkeit des Rücktransportes ist vorzulegen. c) Der Versicherer erstattet für eine Überführung an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person: • innerhalb eines Kontinentes bis 5.000 Euro, • kontinentübergreifend bis 10.000 Euro. Für die Überführung ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen.	a) **100%** für Krankentransporte zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare, geeignete Krankenhaus und bei Erstversorgung nach einem Unfall zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt und zurück. b) Der Versicherer erstattet für einen medizinisch notwendigen Rücktransport an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person: • innerhalb eines Kontinentes bis 5.000 Euro, • kontinentübergreifend bis 10.000 Euro. Muss für einen Rücktransport ein zugelassenes Sanitätsflugzeug in Anspruch genommen werden, entfällt die Leistungsbegrenzung. Für den Rücktransport ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen, soweit dies aus medizinischen Gründen möglich ist. Medizinische Notwendigkeit für einen Rücktransport liegt vor, wenn im Aufenthaltsland eine ausreichende medizinische Versorgung nicht gewährleistet ist. Eine ärztliche Bescheinigung des behandelnden Arztes im Ausland über die medizinische Notwendigkeit des Rücktransportes ist vorzulegen. c) Der Versicherer erstattet für eine Überführung an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person: • innerhalb eines Kontinentes bis 5.000 Euro, • kontinentübergreifend bis 10.000 Euro. Für die Überführung ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen.	a) **100%** für Krankentransporte zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare, geeignete Krankenhaus und bei Erstversorgung nach einem Unfall zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt und zurück. b) Der Versicherer erstattet, abweichend von VB Teil I, § 5, Abs. 12, für einen medizinisch sinnvollen Rücktransport an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person: • innerhalb eines Kontinentes bis 5.000 Euro, • kontinentübergreifend bis 10.000 Euro. Muss für einen Rücktransport ein zugelassenes Sanitätsflugzeug in Anspruch genommen werden, entfällt die Leistungsbegrenzung. Für den Rücktransport ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen, soweit dies aus medizinischen Gründen möglich ist. Ein medizinisch sinnvoller Rücktransport liegt vor, wenn im Aufenthaltsland eine ausreichende medizinische Versorgung nicht gewährleistet ist oder am ständigen Wohnsitz der versicherten Person die Aussicht auf den Behandlungserfolg eine höhere ist. Eine ärztliche Bescheinigung des behandelnden Arztes im Ausland über den Rücktransport ist auf Verlangen vorzulegen. c) Der Versicherer erstattet für eine Überführung an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person: • innerhalb eines Kontinentes bis 5.000 Euro, • kontinentübergreifend bis 10.000 Euro. Für die Überführung ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen.
A14	**Nachhaftung**	Keine Leistung	Sofern ein Krankenrücktransport bis zum Ende der Versicherungsdauer wegen Transportunfähigkeit der versicherten Person nicht möglich ist und die Erkrankung auf eine notwendige und nicht planbare ärztliche Behandlung zurückzuführen ist, erstattet der Versicherer die Kosten der Heilbehandlung bis zum Tag der Transportfähigkeit, maximal jedoch für 30 Tage nach Beendigung des Versicherungsschutzes.	Sofern ein Krankenrücktransport bis zum Ende der Versicherungsdauer wegen Transportunfähigkeit der versicherten Person nicht möglich ist und die Erkrankung auf eine notwendige und nicht planbare ärztliche Behandlung zurückzuführen ist, erstattet der Versicherer die Kosten der Heilbehandlung bis zum Tag der Transportfähigkeit, maximal jedoch für 30 Tage nach Beendigung des Versicherungsschutzes.
A15	**Angeborene Leiden**	Keine Leistung	Abweichend von VB Teil I, § 6 Abs. 2r und unter Beachtung von C12 besteht Versicherungsschutz für Behandlungen aufgrund angeborener Leiden.	Abweichend von VB Teil I, § 6 Abs. 2r und unter Beachtung von C12 besteht Versicherungsschutz für Behandlungen aufgrund angeborener Leiden.
A16	**Sonstige Leistungen**	Keine Leistung	Die unter A1, A9 und A10 genannten Höchstbeträge verdoppeln sich, sofern Versicherungsschutz für die Zone 4 beantragt wurde, unabhängig davon, wo die Behandlung tatsächlich stattgefunden hat.	Die unter A2, A5, A6, A8, A9, A10, A11 und A12 genannten Höchstbeträge verdoppeln sich, sofern Versicherungsschutz für die Zone 4 beantragt wurde, unabhängig davon, wo die Behandlung tatsächlich stattgefunden hat.

Stand:01.10.2026