

Versicherungsbedingungen

für Auslandsrankenversicherungen
(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 ►

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 ►

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 ►

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 Voraussetzungen 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 ►

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 ►

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.

Vertragliche Grundlagen

C1	Versicherer	Allianz Partners, Eurosquare 2, 7 rue Dora Maar, 93400 Saint-Ouen, Frankreich						
C2	Versicherungsnehmerin	BDAE Expat GmbH						
C3	Versicherungsberechtigte	Natürliche Personen						
C4	Versicherbare Personen	Natürliche Personen, die ihren ständigen Aufenthaltsort außerhalb des Heimatlandes haben sowie deren Familienangehörige, sofern Versicherungsfähigkeit gemäß der VB Teil I, § 1 gegeben ist. Das Heimatland ist das Land, dessen Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt oder in welchem sie für gewöhnlich ihren Lebensmittelpunkt vor dem Auslandsaufenthalt hat. Als Familienangehörige gelten in häuslicher Gemeinschaft lebende Ehepartner/Lebensgefährten und Kinder. Familienangehörige, die die Staatsangehörigkeit des Aufenthaltslandes besitzen, können mitversichert werden. Das Höchstaufnahmealter beträgt in der Produktvariante EXPAT INFINITY BASIC 67 Jahre und in den Produktvarianten EXPAT INFINITY CLASSIC und PREMIUM 75 Jahre.						
C5	Vertragliche Grundlagen	Versicherungsbedingungen für Auslandskrankenversicherungen - VB Teil I und Teil II (EXPAT INFINITY).						
C6	Geltungsbereich	Versicherungsschutz besteht im jeweils vereinbarten Aufenthaltsland. Hierzu muss pro versicherter Person eine Länderzone (Zone 1, 2, 3 oder 4) gewählt werden, welche abhängig vom geplanten Aufenthaltsland ist sowie von den Ländern, in denen die versicherte Person Leistungen in vollem Umfang in Anspruch nehmen möchte (=Behandlungsland). Der Versicherungsschutz besteht somit im vollen Umfang für all die Länder, die der gewählten Zone zugeordnet sind sowie in allen Ländern, die sich in einer der darunterliegenden Zonen befinden. Die Prüfung, ob die Versicherung den gesetzlichen oder lokalen Bestimmungen des Aufenthaltes- oder Wohnsitzlandes genügt, obliegt dem Versicherungsberechtigten bzw. der versicherten Person. Nicht versicherbar sind dauerhafte Aufenthalte in den Ländern und Regionen, die in der Tabelle „Länderzonen“ als nicht versicherbar gekennzeichnet sind sowie in Deutschland. a) Für urlaubs- oder berufsbedingte Aufenthalte in den nicht versicherbaren Ländern gemäß der Tabelle „Länderzonen“ und in Ländern einer übergeordneten Zone besteht Versicherungsschutz für maximal sechs Wochen (kumuliert) pro Versicherungsjahr. Der Versicherungsschutz ist begrenzt auf akut auftretenden Behandlungsbedarf. Für Krankheiten, deren Behandlung bereits vor der Einreise feststand, besteht kein Versicherungsschutz. Für Behandlungen die über die sechs Wochen hinaus notwendig werden, besteht kein Versicherungsschutz. Beginn und Ende des Aufenthaltes sind auf Verlangen nachzuweisen. b) Für urlaubs- oder berufsbedingte Aufenthalte in Deutschland besteht Versicherungsschutz für bis zu sechs Monate (kumuliert) pro Versicherungsjahr, bei unterjährigen Versicherungsdauern im anteiligen Verhältnis. Beginn und Ende des Aufenthaltes sind auf Verlangen nachzuweisen. Bei dauerhafter Verlegung des ständigen Aufenthaltes in das Heimatland kann der Versicherungsschutz aufrechterhalten bleiben, sofern diese Versicherung den gesetzlichen und lokalen Bestimmungen des Aufenthaltes- oder Wohnsitzlandes genügt. Die Prüfung dessen obliegt dem Versicherungsberechtigten bzw. der versicherten Person. Bei Verlegung des ständigen Aufenthaltes in die nicht versicherbaren Länder gemäß der Tabelle „Länderzonen“ oder nach Deutschland muss die Versicherung zum Ende des aktuellen Versicherungsjahres beendet werden. Der Versicherungsvertrag kann durch den Versicherer bzw. dessen Beauftragten gekündigt werden, wenn sich rechtliche Rahmenbedingungen bezüglich des Versicherungsschutzes in einem Land so verändern, dass dieser Versicherungsschutz gegen nationale Gesetzgebungen verstößt.						
C7	Beginn des Versicherungsschutzes	Der Versicherungsschutz beginnt mit dem in der Versicherungsbestätigung genannten Zeitpunkt, unter Beachtung von VB Teil I, § 4.						
C8	Versicherungsjahr	Jeweils vom 01.10. eines jeden Jahres bis zum 30.09. des darauffolgenden Jahres.						
C9	Dauer des Versicherungsverhältnisses	Die Laufzeit ist im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages unbefristet.						
C10	Kündigung des Versicherungsverhältnisses	Der Versicherungsschutz kann für einzelne versicherte Personen mit einer Frist von einem Monat zum Ende des Versicherungsjahres vom Versicherungsberechtigten oder der versicherten Person gegenüber der Versicherungsnehmerin gekündigt werden. Der Versicherungsvertrag kann durch den Versicherer bzw. dessen Beauftragten gekündigt werden, wenn sich rechtliche Rahmenbedingungen bezüglich des Versicherungsschutzes in einem Land so verändern, dass dieser Versicherungsschutz gegen nationale Gesetzgebungen verstößt.						
C11	Angaben zum Gesundheitszustand	Zur Feststellung des Gesundheitszustandes bei Vertragsabschluss müssen für jede zu versichernde Person die Angaben zum Gesundheitszustand vollständig und wahrheitsgemäß ausgefüllt werden. Ausgenommen hiervon sind Neugeborene gemäß VB Teil I, § 4, Abs. 2. Der Versicherer bzw. dessen Beauftragten behalten sich eine Risikoprüfung vor und entscheiden über die Annahme des Antrages. Je nach Ergebnis der Gesundheitsprüfung behalten sich der Versicherer bzw. dessen Beauftragten das Recht vor, die Versicherungsbedingungen um weitere Bestimmungen zu ergänzen oder einen entsprechenden Risikozuschlag zu erheben.						
C12	Zusätzliche Bestimmungen zu Leistungsausschlüssen	Abweichend von VB Teil I, VB Teil I, § 5, Abs. 4 sowie § 6, Abs. 2a und 2q sind die bei Beginn des Versicherungsschutzes bestehenden und bekannten Krankheiten und Beschwerden in den Versicherungsschutz eingeschlossen, sofern diese vom Versicherer bzw. dessen Beauftragten gegen einen entsprechenden Risikozuschlag in den Versicherungsschutz eingeschlossen wurden und/oder diese bei Antragsstellung bekannt waren. Für Neugeborene, die gemäß VB Teil I, § 4, Abs. 2 innerhalb von zwei Monaten ab Geburt mitversichert werden, besteht abweichend von VB Teil I, § 6, Abs. 2a uneingeschränkter Versicherungsschutz.						
C13	Wartezeit	<table border="1"> <thead> <tr> <th>EXPAT INFINITY BASIC</th><th>EXPAT INFINITY CLASSIC</th><th>EXPAT INFINITY PREMIUM</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keine Wartezeit</td><td>12 Monate für Sehhilfen</td><td>8 Monate für Entbindung, Zahnersatz und kieferorthopädische Maßnahmen. 12 Monate für Sehhilfen, Sehtests und Augenlaserbehandlungen. 24 Monate für Unfruchtbarkeitsbehandlungen.</td></tr> </tbody> </table>	EXPAT INFINITY BASIC	EXPAT INFINITY CLASSIC	EXPAT INFINITY PREMIUM	Keine Wartezeit	12 Monate für Sehhilfen	8 Monate für Entbindung, Zahnersatz und kieferorthopädische Maßnahmen. 12 Monate für Sehhilfen, Sehtests und Augenlaserbehandlungen. 24 Monate für Unfruchtbarkeitsbehandlungen.
EXPAT INFINITY BASIC	EXPAT INFINITY CLASSIC	EXPAT INFINITY PREMIUM						
Keine Wartezeit	12 Monate für Sehhilfen	8 Monate für Entbindung, Zahnersatz und kieferorthopädische Maßnahmen. 12 Monate für Sehhilfen, Sehtests und Augenlaserbehandlungen. 24 Monate für Unfruchtbarkeitsbehandlungen.						

Fortsetzung auf nächster Seite ►

C14	Anwartschaft	a) Der Versicherungsschutz kann während der Vertragslaufzeit auf Anwartschaft gestellt werden. b) Abweichend von VB Teil I, Besondere Bedingungen für die Anwartschaft, § 4 müssen bei der Antragsstellung auf Anwartschaft keine erneuten Angaben zum Gesundheitszustand eingereicht werden. c) Ist der Versicherungsvertrag inkl. Risikozuschlägen geschlossen worden, so werden die Risikozuschläge auch während der Anwartschaft fällig. d) Zusätzliche Voraussetzung für die Anwartschaft ist neben den in VB Teil I, Besondere Bedingungen für die Anwartschaft, § 3 genannten Voraussetzungen, dass die Beendigung einer vorherigen für dieses Produkt gewährten Anwartschaftszeit mindestens 12 Monate zurück liegt. e) Es gelten die VB Teil I, Besondere Bedingungen für die Anwartschaft.
C15	Sonstiges	a) Ein nachträglicher Wechsel innerhalb der Varianten "Basic", "Classic" und "Premium" ist zum Ende des Versicherungsjahres möglich. Dies muss vom Versicherungsberechtigten bzw. der versicherten Person mit einer Frist von zwei Monaten dem Versicherer bzw. dessen Beauftragten mitgeteilt werden. Bei einem Wechsel in eine andere Variante müssen die Angaben zum Gesundheitszustand erneut vollständig und wahrheitsgemäß von den zu versichernden Personen ausgefüllt werden. Der Versicherer bzw. dessen Beauftragten behalten sich das Recht auf eine Risikoprüfung vor und entscheiden über die Annahme des Antrages. Der Versicherer bzw. dessen Beauftragten behalten sich zudem das Recht vor, die Versicherungsbedingungen um weitere Bestimmungen zu ergänzen oder einen entsprechenden Risikozuschlag zu erheben. b) Es werden keine Alterungsrückstellungen gebildet. c) Der Abschluss einer Anwartschaft in der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung wird angeraten. d) Verstirbt der Versicherungsberechtigte, so kann ein Familienangehöriger dessen Stellung als Versicherungsberechtigter übernehmen. Voraussetzung hierfür ist die Vorlage eines geeigneten Nachweises über den Todesfall sowie die Einreichung der vollständig ausgefüllten und vom neuen Versicherungsberechtigten unterzeichneten Antragsunterlagen. Die Beantwortung von Gesundheitsfragen ist in diesem Zusammenhang nicht erforderlich. Der neue Versicherungsbeneficiäre muss volljährig sein; eine Staatsangehörigkeit des jeweiligen Aufenthaltslandes ist zulässig.

Monatlicher Beitrag

Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag, der in gleichen Monatsraten ausgewiesen wird. Er ist jeweils bis zum Ende des Versicherungsjahres im Voraus fällig und zahlbar. Der jeweils gültige Beitrag ergibt sich aus der anliegenden Beitragstabelle, welche Bestandteil der Versicherungsbedingungen ist. Die Höhe des Beitrages richtet sich hier nach der gewünschten Produktvariante (BASIC, CLASSIC oder PREMIUM), der gewünschten Länderzone (Zone 1, 2, 3 oder 4), dem Alter der zu versichernden Person sowie dem gewünschten Selbstbehalt (0 Euro, 250 Euro, 500 Euro oder 1.000 Euro). Der Beitrag kann sich zusätzlich an dem zum Zeitpunkt der Antragsstellung vorliegenden Gesundheitszustand der zu versichernden Person orientieren. In diesen Fällen kann der Versicherer bzw. dessen Beauftragten auf den gültigen Monatsbeitrag einen prozentualen Risikozuschlag erheben.

Erreicht eine versicherte Person eine neue Altersstufe, so erhöht sich der Beitrag ab dem Monat, in dem die versicherte Person das jeweilige Alter der nächsten Altersstufe erreicht. Die Mitteilung über das Erreichen der folgenden Altersstufe erfolgt an den Versicherungsberechtigten bzw. an die versicherte Person spätestens einen Monat vor Wirksamwerden der Beitrags-erhöhung.

Liegt der Versicherungsbeginn nicht auf dem ersten Tag eines Monats oder das Versicherungsende nicht auf dem letzten Tag eines Monats, wird der Beitrag anteilig der versicherten Tage in dem entsprechenden Monat berechnet.

Selbstbehalt

Es kann zwischen einem Selbstbehalt von 0 Euro, 250 Euro, 500 Euro und 1.000 Euro pro versicherter Person und Versicherungsjahr gewählt werden. Ausgenommen vom Selbstbehalt sind die Punkte A5, A6, A9 und A10. Bei unterjährigen Versicherungsdauern wird der Selbstbehalt im anteiligen Verhältnis angerechnet. Ein Wechsel innerhalb der Selbstbehaltstufen kann mit einer Frist von zwei Monaten zum Ende des Versicherungsjahres beantragt werden. Der Versicherer bzw. dessen Beauftragten behalten sich das Recht auf Prüfung eines Wechsels vor.

Ergänzend zu dieser Regelung beträgt in der Produktvariante **EXPAT INFINITY BASIC** der Selbstbehalt **20%** des Rechnungsbetrages für alle erstattungsfähigen Kosten in den auf den nächsten Seiten aufgeführten Krankenhäusern in Hongkong, Singapur und Thailand. Hierbei leistet der Versicherer den versicherten Personen die erstattungsfähigen Kosten abzüglich des jeweiligen Selbstbehaltes bis zur vereinbarten Höhe. Ausgenommen von dieser Regelung sind lebensbedrohlich Notfall- sowie unfallbedingte Behandlungen.

Definition eines lebensbedrohlichen Notfalls:

Ein lebensbedrohlicher Notfall liegt vor, wenn ein plötzliches, unvorhersehbares Ereignis oder eine akute Verschlechterung des Gesundheitszustandes eintritt, die ohne sofortige medizinische Maßnahmen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit:

- unmittelbar zum Tod führen,
- unmittelbar eine schwerwiegende dauerhafte gesundheitliche Schädigung verursachen, oder
- unmittelbar die Funktionsfähigkeit lebenswichtiger Organe erheblich beeinträchtigen würde.

Nicht als Notfall gelten:

- Zustände oder Beschwerden, die keine unmittelbare Lebensgefahr darstellen
- Erkrankungen, deren Diagnose oder Behandlung planbar ist, wie chronische Krankheiten,
- Situationen, deren Behandlung aufgeschoben werden kann, ohne schwerwiegende gesundheitliche Folgen zu riskieren.

Definition eines Unfalls:

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Der Unfallbegriff beinhaltet damit fünf Merkmale: Ereignis, Gesundheitsschädigung, plötzlich, von außen, unfreiwillig. Darüber hinaus bedingt dieser Unfall bei der versicherten Person eine sofortige medizinische Maßnahme und eine unmittelbare Behandlung. Unmittelbar heißt innerhalb von 48 (achtundvierzig) Stunden nach der direkten Ursache des Unfalls.

Krankenhäuser, die in der Produktvariante **EXPAT INFINITY BASIC dem ergänzenden Selbstbehalt unterliegen**

Hongkong

Adventist Medical Center - Causeway Bay, Hongkong, Causeway Bay, 28 Yun Ping Rd, Hong Kong

Adventist Medical Center - Taikoo Place, 119/F Oxford House Taikoo Place, 979 King's Rd, Quarry Bay, Hong Kong

Gleneagles Healthcare South Horizons, Unit 121, 1/F, Marina Square, The West Commercial Block, 12A South Horizon Drive, Ap Lei Chau, Hong Kong

Gleneagles Healthcare Wong Chuk Hang, 10/F, Marina 8, 8 Heung Yip Rd, Wong Chuk Hang, Hong Kong

Gleneagles Hospital Hong Kong, 1 Nam Fung Path, Wong Chuk Hang, Hong Kong

Gleneagles Medical Clinic Central, Unit 2008B, 20/F, New World Tower 1, 16-18 Queen's Road Central, Central, Hong Kong

HKSH Cancer Centre, 1/F, Li Shu Fan Block, 2 Village Road, Happy Valley, Hong Kong

HKSH Eastern Medical Centre, 5 A Kung Ngam Village Road, Shau Kei Wan, Hong Kong

HKSH Healthcare Medical Centre, 21-23/F, One Pacific Place, 88 Queensway, Admiralty, Hong Kong

Hong Kong Adventist Hospital – Stubbs Road, 40 Stubbs Rd, Happy Valley, Hong Kong

Hong Kong Baptist Hospital, 222 Waterloo Road, Kowloon Tong, Hong Kong

Hong Kong Sanatorium & Hospital, 2 Village Road, Happy Valley, Hong Kong

Matilda International Hospital, 41 Mount Kellett Road, The Peak, Hong Kong

Matilda Medical Centre, 3/F, Prosperity Tower, 39 Queen's Road Central, Central, Hong Kong

Singapur

Farrer Park Hospital, 1 Farrer Park Station Rd, #02-01 Connexion, Singapur 217562

Gleneagles Hospital Singapore, 6A Napier Road, Singapore 258500

KK Women's and children's hospital in Singapur, 100 Bukit Timah Rd, Singapur 229899

Mount Elizabeth Hospital (Orchard), 3 Mount Elizabeth, Singapore 228510

Mount Elizabeth Novena Hospital, 38 Irrawaddy Road, Singapore 329563

Mount Elizabeth Fertility Centre @ The Heeren, 260 Orchard Rd #05-01, The Heeren, Singapore 238855

Mount Elizabeth Haematology and Stem Cell Transplant Centre @ The Heeren, 260 Orchard Rd #05-01, The Heeren, Singapore 238855

Parkway East Hospital, 321 Joo Chiat Place, Singapore 427990

Parkway MediCentre, 11 Bidadari Park Drive, The Woodleigh Mall, #02-25/26/27 Singapore 367803

Parkway Shenton Medical Clinic, 9 Raffles Place, #02-04/05, Republic Plaza, Singapore 048619

Parkway Shenton Medical Clinic, 1 Wallich Street, #31-01, Guoco Tower, Singapore 078881

Raffles Hospital, 585 North Bridge Road, #11-00, Singapore 188770

Thailand

Bangkok Heart Hospital, 2 Soi Soonvijai 7 New Petchburi Road, Huaykwang 10310

Bangkok Hospital Chanthaburi International, 25/14 Thaluang Road, Wat Mai, Mueang Chanthaburi, Chanthaburi 22000

Bangkok Hospital Chiang Mai, 88/8-9 Moo 6, Superhighway Chiang Mai - Lampang, Tambon Nong Pa Khrang, Mueang Chiang Mai District, Chiang Mai 50000

Bangkok Hospital Chiang Rai, 369 Moo 13 Phahonyothin road, Nang Lae, Mueang Chiang Rai, Chiang Rai 57100

Bangkok Hospital Hat Yai, 75 Soi 15/2 Phetkasem Rd, Tambon Hat Yai, Hat Yai District, Songkhla 90110

Bangkok Hospital Hua Hin, 888 Petchkasem Rd., Hua Hin Prachuapkhirikhan 77110

Bangkok Hospital Khon Kaen, 888 Moo 16 Maliwan Road, Nai Mueang Subdistrict, Mueang Khon Kaen District, Khon Kaen 40000

Bangkok Hospital Medical Center, 2 Soi Phetchaburi 47 Yaek 10, Bang Kapi, Huai Khwang, Bangkok 10310

Bangkok Hospital Muangraj, 59 3 Na Muang, Mueang Ratchaburi, Ratchaburi 70000

Bangkok Hospital Pakchong, 5/1 Mitrapap Road Nongsarai, Nakhon Ratchasima 30130

Bangkok Hospital Pattaya, 5th floor, Building e, 301 Moo 6 Sukhumvit Road, Km. 143, Banglamung, Chonburi 20150

Bangkok Hospital Pattaya, 301 Moo 6 Sukhumvit Road, Km. 143, Banglamung, Chonburi, Thailand 20150

Bangkok Hospital Phetchaburi, 150 Phet Kasem Rd, Ton Mamuang, Mueang Phetchaburi District, Phetchaburi 76000

Bangkok Hospital Phitsanulok, 138 Pra Ong Dam Rd, Nai Mueang, Mueang Phitsanulok District, Phitsanulok 65000,

Bangkok Hospital Phuket, 2/1 Hongyok Utis Road, Muang District, Phuket, 83000

Bangkok Hospital Ratchasima, 1308, 9 Thanon Mittraphap, Tambon Nai Mueang, Mueang Nakhon Ratchasima District, Nakhon Ratchasima 30000

Bangkok Hospital Rayong, 8 Moo2 Noen Phra Sub-district, Mueang Rayong District, Rayong 21000, Thaïlande

Bangkok Hospital Samui, 57 Moo 3 Thaweerat Phakdee Rd, Amphoe Koh Sa-mui, Surat Thani 84320

Bangkok Hospital Sanamchan, 1194 Phet Kasem Rd, Sanam Chan Sub-district, Mueang Nakhon Pathom District, Nakhon Pathom 73000

Bangkok Hospital Siroj, 44 Chalermprakiat Ror 9 Rd Phuket 83000

Bangkok Hospital Surat, 179,179/1 Moo 1, Wat Pradu, Muang Surat Thani, Surat Thani 84000

Bangkok Hospital Trat, 376 Moo 2 Sukhumvit Road, Wangkrajae, Muangtrat 23000

Bangkok Hospital Udon, 111 Thong-yai Road, Mak-Khaeng Sub-district, Muang District, Udon Thani, 41000

Bdms Wattanasoth Cancer Hospital, 2 Soi Soonvijai 7, New Petchburi Rd., Huaykwang, Bangkok 10310

Bnh Hospital, 9/1 Convent Rd, Silom, Bang Rak, Bangkok 10500

Bumrungrad International Hospital, 33 Soi Sukhumvit 3, Khlong Toei Nuea, Watthana, Bangkok 10110 Wattana 10110

Jomtien Hospital, 234/1 Moo 11 Nongprue, Bang Lamung District, Chonburi 20150

Phyathai 1 Hospital, 364 1 Thanon Si Ayutthaya, Thanon Phaya Thai, Ratchathewi, Bangkok 10400

Phyathai 2 International Hospital, 943 Phahonyothin Rd, Phaya Thai, Bangkok 10400

Phyathai 3 Hospital, 111 Phet Kasem Rd, Pak Khlong Phasi Charoen, Phasi Charoen, Bangkok 10160

Phyathai Nawamin Hospital, 44/505 Nawamin Rd, Nuan Chan, Bueng Kum, Bangkok 10230

Samitivej Chinatown Hospital, 624 Yaowarat Rd, Samphanthawong, Bangkok 10100

Samitivej Chonburi Hospital, 888/88 Village No.3, Sukhumvit Road, Ban Suan, Mueang District, Chonburi, 20000

Samitivej International Children's Hospital, 488 Srinagarindra Rd, Suan Luang, Bangkok 10250

Samitivej Srinakarin Hospital, 488 Srinagarindra Rd, Suan Luang, Bangkok 10250

Samitivej Sriracha Hospital, 8 Soi Lamkaet, Si Racha District, Chon Buri 20110

Samitivej Sukhumvit Hospital, 133 Sukhumvit 49, Klongtan Nua, Vadhana, Bangkok 10110

Samitivej Suvarnabhumi Clinic, Suvarnabhumi Airport, Gate 3 on the 3rd floor, 999 Moo 1, Nongprue, Bang Phli District, Samut Prakan 10540

Samitivej Thonburi Hospital, 337 Somdet Phra Chao Tak Sin Rd, Samre, Thon Buri, Bangkok 10600

Samitivj Children's Hospital Sukhumvit, 133 Sukhumvit 49, Klongtan Nua, Vadhana, Bangkok 10110

Vejthani Hospital, 1 Soi Lat Phrao 111, Khlong Chan, Bang Kapi District, Bangkok 10240

Vichaiyut Hospital, 53 Set Siri Road, Phayathai, Bangkok 10400

Wattanasoth Hospital, 2 Soi Soonvijai 7, New Petchburi Rd., Huaykwang, Bangkok 10310