

Bei etwaigen Abweichungen zwischen der englischen Version der Broschüre und der übersetzten Version hat die englische Version Vorrang.

Unfall- und Krankenversicherungsplan für Studierende 2010

für Studierende der

University of California

Extension

Programme English Language und International Education

abgeschlossen durch

United States Fire Insurance Company

durch Fairmont Specialty, ein Geschäftsbereich von Crum & Forster

ANSPRUCHSBERECHTIGUNG

Internationale Studierende, Gastprofessoren, Dozenten oder andere Personen mit gültigem Reisepass oder Studentenvisum (z. B. Visa des Typs F-1, J-1, M-1 oder B-1/B-2), die sich vorübergehend außerhalb ihres Heimatlandes aufhalten und denen keine Daueraufenthaltserlaubnis gewährt wurde, während sie an der entsprechenden Universität ganztags pädagogischen Aktivitäten nachgehen, sind verpflichtet, sich unter der Police versichern zu lassen. Unter Umständen kann die Universität Personen einen Erlass gewähren, die bereits unter anderen, von der Regierung oder einer Botschaft gesponserten Versicherungsplänen versichert sind. Auch OPT-Studierende (*Optional Practical Training*, optionale praktische Ausbildung) können unter dieser Police versichert werden, wenn Folgendes zutrifft: 1) das OPT des Studierenden folgt unmittelbar auf ein Studium und 2) das OPT des Studierenden erstreckt sich über einen Zeitraum von nicht mehr als 12 Monaten. Detaillierte Auskünfte erteilt Ihnen gerne das International Student Office.

Ein/e Studierende/r gilt unter dieser Police als versicherte Person, wenn sie/er die Zahlung der obligatorischen Prämie geleistet hat. Hierbei ist es erforderlich, dass der Name und das Geburtsdatum der/des Studierenden sowie die Studentenummer in der Erklärung aufgeführt ist, die die Universität oder der entsprechende Sachbearbeiter ausstellt und bei der Versicherungsgesellschaft einreicht. Studierende müssen mindestens während der ersten 31 Tage des geltenden Versicherungszeitraums oder während des gesamten geltenden Versicherungszeitraums, wobei der kürzere Zeitraum bindend ist, aktiv den Unterricht besuchen, es sei denn, es wurde aus medizinischen Gründen eine Freistellung gewährt.

Berechtigte Studierende, die sich versichern lassen, haben auch die Möglichkeit, ihre unterhaltsberechtigten Angehörigen versichern zu lassen. Als qualifizierte unterhaltsberechtigten Angehörige des versicherten Studierenden gelten folgende Personen: 1) im Haushalt des Studierenden lebender Ehepartner oder 2) vom Studierenden finanziell abhängiges unterhaltsberechtigtes Kind im Alter von unter 19 Jahren (25 bei Vollzeitstudierenden).

Sind keine weiteren Versicherungen vorhanden, muss die Versicherung für unterhaltsberechtigten Angehörigen des versicherten Studierenden innerhalb von 31 Tagen nach Abschluss der Versicherung für den Studierenden, nach Ankunft in den Vereinigten Staaten oder nach Auflösung anderer etwaiger Versicherungen abgeschlossen werden. Unter keinen Umständen geht der Versicherungszeitraum über das Verfallsdatum der Versicherung des Studierenden hinaus, unter der die genannten unterhaltsberechtigten Angehörigen versichert sind.

Bei Geburt eines Kindes eines nicht versicherten Studierenden wird das Kind während der ersten 31 Tage ab folgenden Daten unter dem Plan versichert: 1) dem Geburtsdatum des neugeborenen Kindes, 2) dem Datum des Inkrafttretens der Adoption des Kindes durch den Studierenden oder 3) dem Datum des Inkrafttretens des Adoptionspflegeverhältnisses zwischen Kind und Studierendem. Die Versicherung für das Kind deckt medizinisch diagnostizierte Geburtsfehler, Missbildungen, Frühgeburt und Pflege auf einer Säuglingsstation.

Der versicherte Studierende hat das Recht, das Versicherungsverhältnis für das Kind nach Ablauf der 31 Tage fortzusetzen. Um das Versicherungsverhältnis fortzusetzen, muss der versicherte Studierende innerhalb von 31 Tagen ab Geburt, Inkrafttreten der Adoption oder Beginn des Adoptionspflegeverhältnisses: 1) ein vollständig ausgefülltes Antragsformular einreichen und 2) die zusätzlich anfallende Prämie zur Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses begleichen.

Macht der Studierende sein Recht nicht wie hier erläutert geltend, endet das Versicherungsverhältnis für das Kind zum Ende der ersten 31 Tage ab Geburt des Kindes, Inkrafttreten der Adoption oder Beginn des Adoptionspflegeverhältnisses.

Die Versicherungsgesellschaft behält sich das Recht vor, Nachforschungen über den Status des Studierenden (und unterhaltsberechtigten Angehörigen) sowie über Anwesenheitsnachweise anzustellen, um zu überprüfen, ob die Berechtigungsvoraussetzungen erfüllt sind. Falls, und wann immer, die Versicherungsgesellschaft ermittelt, dass die Berechtigungsvoraussetzungen nicht erfüllt sind, besteht ihre einzige Obliegenheit in der Erstattung der Prämie abzüglich bereits erstatteter Forderungsbeträge.

DATUM DES INKRAFTTRETENS UND DER KÜNDIGUNG

Sofern die Berechtigungsvoraussetzungen erfüllt sind, beginnt der Versicherungsschutz um 0:01 Uhr zum entsprechend späteren 1) Datum des Inkrafttretens der Police (31.12.2009), 2) Datum des Inkrafttretens des von der Universität oder vom Administrator des Versicherungsplans angegebenen Versicherungszeitraums oder 3) des Tages, der unmittelbar auf das Datum folgt, an dem der Gesamtbetrag der Prämie sowie der vollständig ausgefüllte Antrag beim Administrator des Versicherungsplans, bei der Universität oder beim Beauftragten des Administrators des Versicherungsplans eingegangen sind.

Des Weiteren beginnt der Versicherungsschutz für internationale Studierende und Dozenten um 0:01 Uhr an dem Datum, an dem die versicherte Person ihr Heimatland bzw. das Land ihres Hauptwohnsitzes verlässt, falls:

1. die versicherte Person direkt zum Ort des von der Universität gesponserten Programms reist und
2. eine solche Abreise innerhalb von 72 Stunden nach dem Datum des Inkrafttretens des Versicherungsschutzes für den zu jenem Zeitpunkt geltenden Vertragszeitraum erfolgt, für den die Prämienzahlung geleistet wurde und
3. die Reise direkt vom Land des Hauptwohnsitzes zum Campus erfolgt und
4. die Reise nicht länger als 48 Stunden dauert.

Der Versicherungszeitraum endet um 0:01 Uhr zum frühesten der folgenden Daten: 1) dem letzten Tag, für den die Prämienzahlung geleistet wurde, 2) dem Datum, an dem die Versicherungsberechtigung der versicherten Person erlischt, 3) dem Datum, an dem der durch die Police gewährte Versicherungsschutz endet (31.12.2010), 4) dem letzten Tag des Zeitraums, für den die Prämienzahlung geleistet wurde, folgend auf das Datum, ab dem der unterhaltsberechtigten Angehörige wie hier erläutert nicht mehr als unterhaltsberechtigter Angehöriger gilt oder 5) dem Datum, ab dem die versicherte Person Militärdienst leistet, in welchem Falle eine anteilige Prämienleistung an eine solche versicherte Person geleistet wird. Prämienleistungen sind erst nach einem Eintreten in den Militärdienst zulässig.

Die Berechtigungsvoraussetzungen müssen bei jeder neuen Prämienzahlung zum Verlängern des Versicherungsschutzes erfüllt sein.

PREFERRED PROVIDERS (PPO, BEVORZUGTE ANBIETER DER GESUNDHEITSFÜRSORGE)

Lesen Sie bitte die folgenden Informationen, um zu erfahren, von welchen Personen oder welcher Gruppe von Anbietern Gesundheitsfürsorgeleistungen in Anspruch genommen werden können.

In den Versicherungsschutz dieses Plans ist der Zugriff auf das FHN-Netzwerk (*First Health Network*) bevorzugter Anbieter (PPO) integriert. Zu den bevorzugten Anbietern zählen Ärzte, Krankenhäuser und andere Anbieter aus der Gesundheitsfürsorge, die vertraglich vereinbarte spezifische Gesundheitsfürsorgeleistungen zu ausgehandelten Preisen anbieten. Die Police bietet die höchste Stufe des Versicherungsschutzes für FHN-PPOs. Aus diesem Grunde erzielen versicherte Personen durch ihre Wahl eines FHN-PPO-Plans die größten finanziellen Einsparungen. Eine nicht vollständige Liste der FHN-PPOs für diesen Versicherungsplan ist auf der folgenden Seite aufgeführt.

Über das Netzwerk werden landesweit Leistungen für versicherte Ausgaben geboten, die zu 100 % der PPO-Gebühren für Verletzung oder Erkrankung übernommen werden, wenn die Behandlung durch einen Anbieter im Netzwerk erfolgt. Leistungen werden weltweit für versicherte Ausgaben geboten, die zu 50 % der gewöhnlichen, angemessenen und üblichen Gebühren (URC, *Usual, Reasonable and Customary Charges*) übernommen werden, wenn die Behandlung durch einen Anbieter außerhalb des Netzwerks erfolgt. **Eine Ausnahme hierzu stellt die Behandlung durch einen Anbieter außerhalb des Netzwerks dar, dessen folgende Leistungen zu 100 % der URC bezahlt werden, wenn diese in einer Einrichtung innerhalb des Netzwerks erfolgen: Arztgebühren für stationäre Behandlung, Radiologiedienste (darunter Gebühren für ambulante Behandlung und Radiologiegebühren der Notaufnahme) sowie Gebühren für Strahlentherapie.** Des Weiteren werden versicherte Ausgaben, die aufgrund eines medizinischen Notfalls angefallen sind, zu 100 % übernommen und es werden, falls in einem Umkreis von 25 Meilen kein bevorzugter Anbieter verfügbar ist, Leistungen zu 100 % übernommen, selbst wenn die Behandlung durch einen Nicht-PPO-Anbieter erfolgt. Andernfalls wird für die Verwendung eines Nicht-PPO-Anbieters oder einer Nicht-PPO-Einrichtung ein Selbstbeteiligungsfaktor von 50 % erhoben, für den die versicherte Person aufkommen muss. Nachdem der PPO-Rabatt von der Krankenhausrechnung abgezogen wurde, ist die versicherte Person für sämtliche Gebühren verantwortlich, die über die Versicherungszahlung hinausgehen.

Beachten Sie bitte, dass die Inanspruchnahme einer Urgent Care Clinic (Notfallversorgungsklinik) anstatt der Notaufnahme eines Krankenhauses die Ausgaben senken kann, für die die versicherte Person selbst aufkommen muss. Urgent Care Clinics (Notfallversorgungskliniken) bieten medizinische Behandlung bei minderschweren Verletzungen oder Erkrankungen, wenn eine sofortige Behandlung erforderlich ist. Sie können eine Urgent Care Clinic (Notfallversorgungsklinik) vor Ort finden, indem Sie auf die FHN-Website zugreifen und unter Provider Type (Anbietertyp) die Option „Facilities“ (Einrichtungen) auswählen. Wählen Sie dann im Feld Facility Type (Einrichtungstyp) die Option „Urgent Care Clinic“ (Notfallversorgungsklinik) aus. Eine Liste mit Urgent Care Clinics (Notfallversorgungskliniken) ist eventuell auch im Student Health Center erhältlich.

Unabhängig vom Anbieter bleibt die versicherte Person weiterhin verantwortlich für die Zahlung ihres Selbstbeteiligungsbetrags, und die Leistungen beginnen erst, nachdem die Zahlung des Selbstbeteiligungsbetrags in vollem Umfang geleistet wurde.

Eine nicht vollständige Liste mit FHN-Krankenhäusern ist nachstehend aufgeführt. Eine vollständige Auflistung der PPO-Krankenhäuser und -Ärzte ist telefonisch unter **1-800-226-5116** oder im Internet unter **www.myfirsthealth.com** erhältlich.

Wenn eine versicherte Person von einem bevorzugten Anbieter aufgrund eines akuten, schweren chronischen Krankheitszustands, aufgrund von Schwangerschaft, aufgrund einer Geburt oder aufgrund einer unheilbaren Krankheit behandelt wird, kann die versicherte Person unter bestimmten Voraussetzungen berechtigt sein, die Behandlung beim Anbieter zu PPO-Preisen fortzuführen. Detaillierte Auskünfte erteilt Ihnen gerne ein Claims Administrator (Sachbearbeiter für Versicherungsleistungen).

Beachten Sie bitte Folgendes: Wenn eine versicherte Person an einem PPO-Krankenhaus behandelt wird, bedeutet dies nicht, dass alle Anbieter an diesem Krankenhaus PPO-Anbieter sind. Wenn eine versicherte Person von einem PPO-Anbieter an einen anderen Anbieter oder eine andere Einrichtung überwiesen wird, bedeutet dies des Weiteren nicht, dass der Anbieter oder die Einrichtung, an die die versicherte Person überwiesen wurde, ebenfalls ein PPO-Anbieter ist.

UNIVERSITY STUDENT HEALTH CENTER

Versicherten Studierenden wird dringend empfohlen, sich im Hinblick auf ambulante Behandlungen zunächst vom University Student Health Center beraten zu lassen (Studierende an der UCLA wenden sich bitte an das UCLA Medical Center), bevor medizinische Ausgaben außerhalb des Campus anfallen. Die Selbstbeteiligungszahlung wird erlassen, wenn der versicherte Studierende zuerst das anerkannte University Student Health Center in Anspruch nimmt und/oder von diesem überwiesen wird (dies gilt nicht für unterhaltsberechtigte Angehörige).

BESCHEINIGUNG VOR DER EINWEISUNG

Im Plan ist eine Kostenbegrenzungsmaßnahme integriert, um anfallende Gesundheitsfürsorgekosten so niedrig wie möglich zu halten, während gleichzeitig die bestmöglichen Leistungen geboten werden. Hierzu ist es erforderlich, dass die versicherte Person und ihr Arzt oder das Krankenhaus für sämtliche Krankenhauseinweisungen, die nicht auf medizinischen Notfällen beruhen, im Voraus eine Bescheinigung einholen.

Alle stationären Aufenthalte müssen bescheinigt werden.

Die versicherte Person hat ihren Arzt über die für diesen Versicherungsplan erforderliche Bescheinigungsanforderung vor der Einweisung in Kenntnis zu setzen:

1. Vorausbescheinigung bei Krankenhauseinweisungen, die nicht auf medizinischen Notfällen beruhen: Der Patient, der Arzt oder das Krankenhaus müssen mindestens fünf (5) Tage vor der geplanten Einweisung die Telefonnummer 1-800-468-4343 anrufen.
2. Benachrichtigung bei Einweisungen, die auf medizinischen Notfällen beruhen: Der Patient, die im Namen des Patienten handelnde Person, der Arzt oder das Krankenhaus müssen innerhalb von zwei (2) Geschäftstagen nach der Einweisung die Telefonnummer 1-800-468-4343 anrufen.

WICHTIG: Eine Vorausbescheinigung stellt keine Garantie dar, dass Leistungen gezahlt werden.

ÜBERSICHT DER LEISTUNGEN

Insgesamte maximale Leistung zu Lebzeiten

USD 250.000 (oder wie nachstehend festgelegt) bei jeder Verletzung oder Erkrankung

Die insgesamt maximale Leistung zu Lebzeiten für Verluste, die infolge von Alkohol- oder Drogeneinfluss für die versicherte Person entstanden sind (außer bei Verabreichung auf Anordnung eines Arztes), umfasst USD 10.000 für jede Verletzung oder Erkrankung.

Selbstbeteiligung

USD 75,00 pro Erkrankung oder Verletzung pro versicherte Person

Eine Selbstbeteiligung wird erlassen, wenn der versicherte Studierende zuerst das anerkannte University Student Health Center in Anspruch nimmt und/oder von diesem überwiesen wird (UCLA Medical Center für Studierende an der UCLA). Dies gilt nicht für unterhaltsberechtigte Angehörige.

Nachdem die Zahlung des Selbstbeteiligungsbetrags in vollem Umfang geleistet wurde, werden Leistungen zu 100 % übernommen, wenn ein Preferred Provider (PPO, bevorzugter Anbieter der Gesundheitsfürsorge) eingesetzt wird, oder zu 50 % bei gewöhnlichen, angemessenen und üblichen Kosten (URC, *Usual, Reasonable and Customary*)

Charges), wenn ein nicht bevorzugter Anbieter (Nicht-PPO) eingesetzt wird, unter Ausnahme der unten aufgeführten Bestimmungen.

Leistungen werden für gedeckte Gebühren für jeden der unten aufgeführten Dienste gezahlt. Gedeckte Gebühren schließen Folgendes ein:

STATIONÄRE BEHANDLUNG	
Unterkunft und Verpflegung bis zum Tagespreis für ein halbprivates Zimmer; allgemeine, durch das Krankenhaus zur Verfügung gestellte Krankenpflege Bei der Berechnung der unter dieser Leistung zu zahlenden Anzahl von Tagen wird der Einweisungstag dazugerechnet, nicht jedoch der Entlassungstag.	100 % Preferred Allowance (zugelassener Höchstbetrag) für PPO; 50 % der URC für Nicht-PPO
Verschiedene Krankenhauskosten einschließlich Kosten für Operationssaal, Labortests, Anästhesie, Medikamente (ausgenommen Medikamente zum Mitnehmen) oder Medizin, therapeutische Dienste und Bedarfsmaterial	100 % Preferred Allowance (zugelassener Höchstbetrag) für PPO; 50 % der URC für Nicht-PPO
Radiologische Dienste	100 % Preferred Allowance (zugelassener Höchstbetrag) für PPO; 50 % der URC für Nicht-PPO (100 % bei Durchführung in einer PPO-Einrichtung)
Chirurg in Übereinstimmung mit von Ingenix zur Verfügung gestellten Daten	100 % Preferred Allowance (zugelassener Höchstbetrag) für PPO; 50 % der URC für Nicht-PPO
Assistenzchirurg	100 % Preferred Allowance (zugelassener Höchstbetrag) für PPO; 50 % der URC für Nicht-PPO
Anästhesist	100 % Preferred Allowance (zugelassener Höchstbetrag) für PPO; 100 % der URC für Nicht-PPO
Dienste durch Registered Nurse (staatlich geprüfte/r Krankenschwester/Krankenpfleger) schließt private Krankenpflege ein	100 % Preferred Allowance (zugelassener Höchstbetrag) für PPO; 50 % der URC für Nicht-PPO
Arztbesuche auf einen Besuch pro Tag beschränkt; gilt nicht in Zusammenhang mit Operationen	100 % Preferred Allowance (zugelassener Höchstbetrag) für PPO; 50 % der URC für Nicht-PPO (100 % bei Behandlung in einer PPO-Einrichtung)
Schwangerschaftsbetreuung und routinemäßige Säuglingspflege auf einer Säuglingsstation	Zahlung wie bei Erkrankungen; bis zu 48 Stunden nach Geburt (96 Stunden bei Kaiserschnitt)
Schwere Geisteskrankheit oder schwere psychische Störung bei einem Kind	Zahlung wie bei allen anderen Erkrankungen

Psychische Störung und Nervenstörung einschließlich Behandlung bei Alkohol- und Drogenmissbrauch	100 % aller Kosten, die an bis zu 10 aufeinanderfolgenden Tagen angefallen sind, danach 50 % an bis zu 35 zusätzlichen Tagen
AMBULANTE BEHANDLUNG	
Kosten bei medizinischen Notfällen Verwendung von Notaufnahmeeinrichtung und Bedarfsmaterial	100 % Preferred Allowance (zugelassener Höchstbetrag) für PPO; 50 % der URC für Nicht-PPO (100 % für Radiologie bei Durchführung in einer PPO-Einrichtung und 100 % der Notfallarztgebühren)
Kosten für Chirurg in Übereinstimmung mit von Ingenix zur Verfügung gestellten Daten	100 % Preferred Allowance (zugelassener Höchstbetrag) für PPO; 50 % der URC für Nicht-PPO
Assistenzchirurg	100 % Preferred Allowance (zugelassener Höchstbetrag) für PPO; 50 % der URC für Nicht-PPO
Anästhesist	100 % Preferred Allowance (zugelassener Höchstbetrag) für PPO; 100 % der URC für Nicht-PPO
Verschiedene Kosten einschließlich Labortests, Anästhesie, Medikamente oder Medizin sowie Bedarfsmaterial	100 % Preferred Allowance (zugelassener Höchstbetrag) für PPO; 50 % der URC für Nicht-PPO
Arztbesuche gilt nicht in Zusammenhang mit Operationen oder Physiotherapie, schließt jedoch Akupunkteur ein	100 % Preferred Allowance (zugelassener Höchstbetrag) für PPO; 50 % der URC für Nicht-PPO (100 % der Notfallarztgebühren)
Radiologische Dienste	100 % Preferred Allowance (zugelassener Höchstbetrag) für PPO; 50 % der URC für Nicht-PPO (100 % bei Durchführung in einer PPO-Einrichtung)
Physiotherapie nur bei Krankheitszuständen, für die eine Operation oder ein Krankenhausaufenthalt erforderlich war: 1) innerhalb der 30 Tage, die einer solchen Physiotherapie unmittelbar vorausgehen, oder 2) innerhalb der 30 Tage, die der Entlassungsanweisung des zuständigen Arztes für die Rehabilitation unmittelbar folgen	100 % Preferred Allowance (zugelassener Höchstbetrag) für PPO; 50 % der URC für Nicht-PPO
Labordienste	100 % Preferred Allowance (zugelassener Höchstbetrag) für PPO; 50 % der URC für Nicht-PPO
Strahlentherapie	100 % Preferred Allowance (zugelassener Höchstbetrag)

	für PPO; 50 % der URC für Nicht-PPO (100 % bei Durchführung in einer PPO-Einrichtung)
Schwere Geisteskrankheit oder schwere psychische Störung bei einem Kind	Zahlung wie bei allen anderen Erkrankungen
Psychische Störung und Nervenstörung einschließlich Behandlung bei Alkohol- und Drogenmissbrauch	50 % der angefallenen Kosten bis zu maximal USD 1.000 pro Jahr der Police
Verschreibungspflichtige Medikamente	50 % der tatsächlichen Gebühren
SONSTIGES	
Dauerhafte medizinische Ausrüstung Mietgebühr oder Verkaufspreis der Ausrüstung, wobei der niedrigere Preis gilt	100 % Preferred Allowance (zugelassener Höchstbetrag) für PPO; 50 % der URC für Nicht-PPO
Zahnspangen und kieferorthopädische Apparate der Forderung muss bei der Einreichung ein schriftliches Rezept beiliegen. Ausgaben für Ersatzzahnspangen und kieferorthopädische Ersatzapparate werden nicht gedeckt.	100 % Preferred Allowance (zugelassener Höchstbetrag) für PPO; 50 % der URC für Nicht-PPO
Krankenwagen Dienst bis zum am nächsten liegenden Krankenhaus	100 % der URC
Zahnbehandlung wenn durch Zahnverletzung erforderlich	URC-Gebühren bis zu USD 100 pro Zahn und USD 500 pro Verletzung
Schwangerschaft einschließlich Komplikationen bei der Schwangerschaft	Zahlung wie bei allen anderen Erkrankungen
Wahlweiser Schwangerschaftsabbruch	Maximal USD 500,-
Rehabilitationsdienste bei medizinisch erforderlicher Behandlung zur Wiederherstellung von Körperfunktionen, die aufgrund einer versicherten Erkrankung oder Verletzung verloren gingen, beschränkt auf Sprachtherapie, Ergotherapie und Kardiotherapie	100 % Preferred Allowance (zugelassener Höchstbetrag) für PPO; 50 % der URC für Nicht-PPO
Brillenreparatur, Kontaktlinsen, Hörgeräte	100 % Preferred Allowance (zugelassener

wenn erforderlich als direkte Folge einer versicherten Verletzung	Höchstbetrag) für PPO; 50 % der URC für Nicht-PPO
---	---

WEITERE MEDIZINISCHE LEISTUNGEN

Unter Vorbehalt der Beschränkungen und Bestimmungen der Police werden Leistungen für die folgenden zusätzlichen versicherten Ausgaben gezahlt: 1) Ausrüstung, Bedarfsmaterial und ambulante Schulung für die Diabetes-Selbstverwaltung, 2) Phenylketonurie (PKU), einschließlich enteraler Ernährungsformeln und spezieller Lebensmittelprodukte, die Teil einer ärztlich verschriebenen Diät sind, 3) Behandlung schwerer Geisteskrankheit, 4) Anästhesiegebühren und für die Einrichtung anfallende Gebühren für Zahnbehandlungen unter bestimmten Umständen, 5) Vorsorge für Kinder bis 16 Jahre gemäß den Empfehlungen für präventive pädiatrische Gesundheitsfürsorge, verabschiedet durch die American Academy of Pediatrics, 6) Mammographie, 7) Untersuchungen auf Prostata-, Kolorektal- und Gebärmutterkrebs und allgemeine medizinisch anerkannte Krebsuntersuchungstests, 8) Brustkrebsuntersuchung, -diagnose und -behandlung, 9) ein durch eine versicherte Person oder ärztlich angeordnetes Zweitgutachten, 10) Teilnahme am AFP-Programm (*Expanded Alpha Feto Protein*, erweitertes Alphafetoprotein), 11) Prothesen zur Wiederherstellung der Sprechkapazität ähnlich wie bei einer Laryngektomie, 12) Diagnose, Behandlung und Umgang mit Osteoporose, 13) klinische Studien zu Krebs, 14) HIV-Tests (bis zu einem Test pro Jahr der Police), 15) AIDS-Impfung, 16) Wiederherstellungschirurgie unter bestimmten Umständen, 17) telemedizinische Dienste, 18) verschriebene Empfängnisverhütungsmittel oder -geräte (bei Leistungen für verschreibungspflichtige Medikamente), 19) Behandlung von Krankheitszuständen, die auf Diethylstilbestrol oder Diethylstilbestrol-Belastung zurückzuführen sind, 20) medizinisch erforderliche chirurgische Behandlung von Zuständen, die sich direkt auf den Ober- oder Unterkiefer oder in Verbindung stehende Knochengelenke auswirken sowie 21) Mutterschaftsdienste, die durch den kalifornischen Versicherungscode Abschnitt 10123.87 (a) zur Verfügung gestellt werden. Die in den Akten der Universität befindliche Police enthält weitere Einzelheiten.

KOSTEN FÜR MEDIZINISCHE EVAKUIERUNG

Wenn die versicherte Person infolge einer Verletzung oder Erkrankung in ein Krankenhaus eingewiesen werden muss, übernimmt die Versicherungsgesellschaft die Kosten für die Evakuierung in das Heimatland der Person oder zu einer Einrichtung, die in Übereinstimmung mit den Gesetzen ihres Heimatlandes in Bezug auf die Pflege und Behandlung verletzter oder kranker Personen betrieben wird, oder zu einer anderen medizinischen Einrichtung in den USA. Eine solche Maßnahme hat auf Empfehlung des Claims Administrator (Sachbearbeiters für Versicherungsleistungen) der Police hin zu erfolgen und muss vom zuständigen Arzt genehmigt werden. Die Versicherungsgesellschaft übernimmt die tatsächlich angefallenen Kosten, die USD 25.000 jedoch nicht übersteigen dürfen, oder aber die in der Police festgelegte insgesamt maximale Leistung, wobei der niedrigere Preis gilt. Durch eine medizinische Evakuierung in das Heimatland einer versicherten Person wird jegliche weitere Deckung unter der Police beendet.

RÜCKFÜHRUNG STERBLICHER ÜBERRESTE

Im Falle des Todes der versicherten Person während des Bestehens des Versicherungsverhältnisses übernimmt das Versicherungsunternehmen die tatsächlich anfallenden Kosten für die Präparation der Überreste und den Transport der Überreste in das Heimatland oder in das Land des Hauptwohnsitzes. Falls zutreffend, werden solche Maßnahmen in Übereinstimmung mit internationalen Bestimmungen durchgeführt. Die Versicherungsgesellschaft übernimmt die tatsächlich angefallenen Kosten, die USD 10.000 bzw. die unter der Police festgelegte insgesamt maximale Leistung jedoch nicht übersteigen dürfen, wobei der niedrigere Preis gilt. Sämtliche Kosten müssen vom Claims Administrator (Sachbearbeiter für Versicherungsleistungen) der Police genehmigt werden, bevor die Überreste für die Rückführung präpariert werden.

LEISTUNGEN BEI UNFALLTOD UND VERLUST VON GLIEDMASSEN

Wenn sich bei der versicherten Person infolge einer Verletzung innerhalb von 365 nach Zuziehen der Verletzung ein Gliedmaßenverlust ergibt, wie unten aufgeführt, zahlt die Versicherungsgesellschaft die entsprechenden Leistungen für den Verlust.

Bei Verlust von:	Höhe der Leistung	
Leben	USD	10.000
Eine Hand	USD	5.000
Ein Fuß.....	USD	5.000
Entweder eine Hand oder ein Fuß und die gesamte Sehkraft eines Auges.....	USD	5.000
Mehr als einer der oben aufgeführten Verluste infolge eines einzigen Unfalls.....	USD	10.000

Verlust von Händen und Füßen bedeutet Gliedmaßenverlust an den oder oberhalb der Hand- oder Fußgelenke(n). Augenverlust bedeutet vollständiger und unwiderruflicher Verlust der gesamten Sehkraft.

Nur einer der oben aufgeführten Beträge wird für Verletzungen gezahlt, die sich infolge eines Einzelunfalls ergeben. Bei dem auf diese Weise gezahlten Betrag handelt es sich um den höchsten zutreffenden Betrag.

AD&D Einschränkungen und Ausschlüsse

Diese Einschränkungen und Ausschlüsse gelten zusätzlich zu den ALLGEMEINEN AUSSCHLÜSSEN.

Unter dieser Bestimmung wird der Verlust nicht versichert, wenn er in irgendeiner Weise aus Folgendem hervorgeht oder durch Folgendes verursacht wurde, oder wenn Folgendes dazu beigetragen hat:

1. Körperliche oder geistige Krankheit, medizinische oder chirurgische Behandlungen außer Behandlungen, die direkt aus einer Operation hervorgehen, die ausschließlich aufgrund einer unter der Police versicherten Verletzungsart unumgänglich wurde, oder
2. Durch eine Infektion, außer wenn diese ausschließlich und unabhängig durch einen versicherten Unfall verursacht wurde.

ÜBERVERSICHERUNG

Die Hauptpolice bietet Leistungen in Übereinstimmung mit allen ihren Bestimmungen ausschließlich in dem Ausmaß, in dem Leistungen nicht durch eine andere gültige Versicherung bzw. durch eine Versicherung, die geltend gemacht werden kann, geboten werden. Wenn die versicherte Person durch eine andere gültige Versicherung bzw. durch eine Versicherung, die geltend gemacht werden kann, versichert ist, werden sämtliche, durch eine solche Versicherung zu zahlenden Leistungen, die über USD 25.000 hinausgehen, festgelegt, bevor Leistungen auf Grundlage der Hauptpolice gezahlt werden. Die Hauptpolice gilt als Zweitkostenträger neben anderen Versicherungen mit Primärstatus oder ohne Abstimmung mit anderen Versicherungsverhältnissen oder Nichtduplizierung zu zahlender Leistungen.

Wenn die versicherte Person unter einer Gruppenversicherung oder Pauschalversicherung versichert ist, die ebenso über eine andere Versicherungsdeckung hinausgeht, werden auf der Grundlage dieses Plans maximal 50 % der Leistungen gezahlt, die andernfalls gezahlt würden.

Die auf der Grundlage der Hauptpolice gezahlten Leistungen dürfen Folgendes nicht überschreiten: 1) alle in der Police festgelegten Höchstbeträge und 2) 100 % der zu erstattenden Kosten, die in Kombination mit Leistungen anfallen, die durch eine andere gültige Versicherung bzw. durch eine Versicherung, die geltend gemacht werden kann, gezahlt werden.

VERLÄNGERUNG VON LEISTUNGSZAHLUNGEN NACH VERTRAGSBEENDIGUNG

Die auf der Grundlage dieser Police gebotene Versicherung endet zum Ablaufdatum. Wenn jedoch für eine versicherte Person innerhalb von 30 Tagen ab Ablaufdatum medizinische Kosten in Zusammenhang mit einer Verletzung oder Erkrankung entstehen, für die vor dem Ablaufdatum Leistungen gezahlt wurden, werden Zahlungen der versicherten Ausgaben für eine solche Verletzung oder Erkrankung so lange fortgesetzt, wie der Krankheitszustand anhält, wobei jedoch ein Zeitraum von 13 Wochen ab Ablaufdatum nicht überschritten werden darf. Nachdem die Bestimmung zur „Verlängerung von Leistungszahlungen nach Vertragsbeendigung“ erschöpft wurde, enden sämtliche Leistungsvereinbarungen, und unter keinen Umständen werden weitere Zahlungen geleistet.

Die im Hinblick auf die versicherte Person insgesamt geleisteten Zahlungen für solche Krankheitszustände sowohl vor als auch nach dem Ablaufdatum können niemals über den Betrag der maximalen Leistung hinausgehen. Ist die

versicherte Person außerdem unter einer nachfolgenden, für den Versicherungsnehmer abgeschlossenen Police versichert, gilt diese Bestimmung zur „Verlängerung von Leistungszahlungen“ nicht.

Diese Bestimmung zur Verlängerung von Leistungszahlungen gilt nur in dem Ausmaß, in dem die versicherte Person während des folgenden Versicherungszeitraums nicht unter dieser oder einer anderen Krankenversicherung für Studierende versichert ist. Unterhaltsberechtigte Angehörige, die während des Zeitraums der Verlängerung von Leistungszahlungen für den versicherten Studierenden neu hinzugetreten sind, sind nicht berechtigt, unter dieser Bestimmung Leistungen in Anspruch zu nehmen.

AUSSCHLÜSSE UND EINSCHRÄNKUNGEN

Es werden keine Leistungen für Verluste oder Ausgaben gezahlt, die durch Folgendes verursacht werden oder aus Folgendem hervorgehen:

1. Dienste und Bedarfsmaterial in Verbindung mit Produkten oder Diensten zum Einstellen des Rauchens,
2. Jedwede Verluste, die durch Arbeiterunfallversicherungen auf staatlicher Ebene oder Bundesebene, das Arbeitgeberhaftungsgesetz, das Berufskrankheitsgesetz oder durch ähnliche Gesetze oder Verordnungen versichert sind,
3. Biofeedback, Dienste und Bedarfsmaterial in Verbindung mit Biofeedback,
4. Angeborene Krankheitszustände, außer wie speziell aufgeführt für Neugeborene oder adoptierte, unterhaltsberechtigte Kinder, Beschneidung,
5. Kosmetische Verfahren außer: a) kosmetische Operation, die zur Korrektur einer Verletzung erforderlich ist, für die andernfalls unter dieser Police Leistungen gezahlt würden, b) Wiederherstellungschirurgie, die durch Trauma, Infektion oder andere Krankheiten des betroffenen Körperteils erforderlich gemacht wurde oder die auf Operationen folgt, die durch Trauma, Infektion oder andere Krankheiten des betroffenen Körperteils erforderlich gemacht wurden oder c) Wiederherstellungschirurgie aufgrund eines angeborenen Krankheitszustands oder einer Anomalie, wie für unterhaltsberechtigte Neugeborene aufgeführt,
6. Zahnbehandlungen, außer wie speziell in der Übersicht der Leistungen aufgeführt,
7. Wahlchirurgie und Wahlbehandlung, außer wenn zur Korrektur einer Verletzung erforderlich, für die andernfalls unter dieser Police Leistungen gezahlt würden (Wahlbehandlungen schließen ein, sind jedoch nicht beschränkt auf, experimentelle Behandlung und Behandlung zu Forschungszwecken, Akne, Allergien und Allergietests, Brustimplantate, Brustreduktion, Beschneidung, Nasenscheidewandverkrümmung, außer bei Behandlung versicherter akuter eitriger Sinusitis, Gynäkomastie, Patienten-kontrollierte Analgesie (PCA), Schlafstörungen, einschließlich Schlaftests, sowie geschlechtsangleichende Operation),
8. Nicht bösartige Warzen, Leberflecke und Läsionen, Haarersatz oder Haarentfernung, Hirsutismus, Haarausfall,
9. Erlittene Verletzung während: a) Teilnahme an zwischen Schulen oder Universitäten stattfindenden oder professionellen Sportveranstaltungen oder Wettkämpfen, b) des Reisens zu oder von einer solchen Sport- oder Wettkampfanstaltung als Teilnehmer oder c) während der Teilnahme an Trainings- oder Konditionstrainingsprogrammen für solche Sport- oder Wettkampfanstaltungen,
10. Augenuntersuchungen, Verschreibungen oder Anpassung von Brillen oder Kontaktlinsen oder andere Behandlung von Sehfehlern oder -problemen, außer wenn als versicherte Ausgabe zu zahlen, die mit einer Erkrankung oder Verletzung in Verbindung steht, die durch die Police gedeckt ist,
11. Höruntersuchungen oder Hörgeräte oder sonstige Behandlung für Gehörfehler und -probleme, außer wenn als versicherte Ausgabe zu zahlen, die mit einer Erkrankung oder Verletzung in Verbindung steht, die durch die Police gedeckt ist,
12. Absichtlich selbst zugefügte Verletzung, Selbstmord oder versuchter Selbstmord,
13. Dienste und Bedarfsmaterial für Krankheitszustände in Zusammenhang mit Lernbehinderungen,
14. Reguläre ärztliche Untersuchungen, Vorsorgetests oder -behandlungen, Screening-Untersuchungen oder - Tests in Abwesenheit von Erkrankung oder Verletzung, außer wie in der Police speziell vorgesehen,
15. Organtransplantationen,
16. Teilnahme an Auf- oder Widerstand gegen die Staatsgewalt, Begehen oder versuchtes Begehen eines Verbrechens,
17. Präventivmedizin, Seren, Impfstoffe, Vitamine,
18. Reproduktionsmedizinische Dienste/medizinische Dienste bei Unfruchtbarkeit, einschließlich, jedoch nicht beschränkt auf: Fruchtbarkeitstests, Unfruchtbarkeit (beim Mann oder bei der Frau), einschließlich von Diensten oder Bedarfsmaterial, die zum Zweck der Empfängniseinleitung bereitgestellt werden (zu Beispielen von Befruchtungsverfahren zählen Ovulationseinleitungsverfahren, In-vitro-Befruchtung, Embryotransfer oder ähnliche Verfahren, die die Reproduktionsfähigkeit steigern oder verstärken), Impotenz

- (organisch oder anderweitig bedingt), Sterilisationsoperationen, Tubenligatur, Vasektomie, geschlechtsangleichende Operation,
19. Dienste und Bedarfsmaterial, die normalerweise kostenlos von der Krankenstation der Universität, ihren Angestellten oder ihren Ärzten zur Verfügung gestellt werden,
 20. Skelettbedingte Unregelmäßigkeiten eines Kiefers oder beider Kiefer, einschließlich kranio-mandibulärer Dysfunktion, außer einer chirurgischen Behandlung solcher Zustände,
 21. Skydiving, Tauchen mit und ohne Geräte, Rennsport oder Geschwindigkeitsrennen, Fallschirmspringen oder Bungee-Jumping, Drachenfliegen, Fliegen in Segelflugzeugen, Parasailing, Segelfliegen oder Fliegen in Flugzeugen beliebiger Art, außer als regulärer Passagier einer kommerziellen Fluggesellschaft,
 22. Behandlung in einem Militär- oder Veteranenkrankenhaus oder in einem Krankenhaus, das vertraglich an eine nationale Regierung oder an deren Vertretung gebunden ist oder durch eine solche betrieben wird, außer wenn Folgendes zutrifft:
 - a. Die Dienste werden auf Grundlage eines medizinischen Notfalls geleistet und
 - b. Es besteht eine gesetzliche Haftpflicht für die im Namen einer versicherten Person anfallenden Gebühren, die in Abwesenheit einer Versicherung für die Dienste entstanden sind,
 23. Krieg oder Kriegshandlungen, erklärt oder nicht erklärt, oder während der Teilnahme an den Streitkräften eines Landes und
 24. Gewichtsmanagement-Dienste und -Bedarfsmaterial in Verbindung mit Adipositasbehandlung.

MUTTERSCHAFTSTEST

Es gibt bestimmte, von Ärzten eventuell routinemäßig durchgeführte Mutterschaftstests, die unter dieser Police eventuell nicht versichert sind. Zusätzliche Informationen stehen Ihnen telefonisch durch die Abteilung für Versicherungsleistungen unter 1-800-468-4343 zur Verfügung.

DEFINITIONEN

Die folgenden wichtigen Definitionen beziehen sich auf diesen Versicherungsplan:

VERSICHERTE AUSGABEN bedeutet Gebühren, für die Folgendes zutrifft:

1. Gehen nicht über gewöhnliche, angemessene und übliche Gebühren hinaus,
2. Gehen nicht über die maximale Höhe der Leistungen hinaus, die, wie hier erläutert, pro geleistetem Dienst zu zahlen sind,
3. Werden für medizinische Dienste und medizinisches Bedarfsmaterial erhoben, die unter dieser Police nicht ausgeschlossen sind und
4. Werden für Dienste und Bedarfsmaterial erhoben, die medizinisch erforderlich sind.

SELBSTBETEILIGUNG bedeutet der Betrag der versicherten Ausgaben, der im Namen einer versicherten Person gezahlt wird, bevor Leistungen unter der Police gezahlt werden.

ARZT bedeutet ein zugelassener Praktiker der Heilkunde, der innerhalb des Gültigkeitsbereichs seiner Zulassung tätig ist. Beim Arzt darf es sich nicht um folgende Personen handeln: 1) die versicherte Person, 2) Ehepartner, unterhaltsberechtigter Angehöriger, Mutter oder Vater, Bruder oder Schwester der versicherten Person oder 3) eine Person, die normalerweise im Haushalt der versicherten Person lebt.

KRANKENHAUS bedeutet eine Einrichtung, für die Folgendes zutrifft:

1. Wird in Übereinstimmung mit gesetzlichen Vorschriften betrieben,
2. Ist in erster Linie und kontinuierlich darin tätig, kranken und verletzten Personen auf stationärer Basis medizinische Versorgung und Behandlung zu bieten,
3. Befindet sich unter der Beaufsichtigung eines Personals von Ärzten,
4. Bietet Pflegedienste auf 24-Stunden-Basis an, die durch eine oder unter Beaufsichtigung einer examinierten Krankenschwester bzw. durch einen oder unter Beaufsichtigung eines examinierten Krankenpflegers (Registered Nurse, R.N.) geleistet werden,
5. Verfügt über medizinische, diagnostische und Behandlungseinrichtungen sowie über große chirurgische Einrichtungen,
 - a. Auf dem Krankenhausgelände oder
 - b. Nach Vorabsprache verfügbar und
6. Stellt seine Dienste in Rechnung.

VERLETZUNG bedeutet Körperschaden, der sich direkt und unabhängig von Krankheit oder körperlicher Gebrechlichkeit aus einem Unfall ergibt. Alle Verletzungen, die sich dieselbe Person während eines einzigen Unfalls zuzieht, einschließlich sämtlicher damit in Zusammenhang stehender Zustände und wiederkehrender Symptome der Verletzung, werden als eine einzige Verletzung erachtet.

MEDIZINISCHER NOTFALL bedeutet das Auftreten eines medizinischen Zustands, der sich in akuten Symptomen hinreichender Schwere (einschließlich schwerer Schmerzen) auf eine Weise äußert, dass ein verständiger Laie mit durchschnittlichem Wissen im Bereich Gesundheit und Medizin vernünftigerweise erwarten kann, dass im Falle nicht geleisteter sofortiger ärztlicher Behandlung Folgendes eintritt:

1. Die Gesundheit der betreffenden Person (bei schwangeren Frauen schließt dies die Gesundheit des ungeborenen Kindes ein) wird ernsthafter Gefahr ausgesetzt,
2. Ernsthafte Beeinträchtigung von Körperfunktionen oder
3. Ernsthafte Funktionsstörung eines Organs oder Körperteils.

Kosten, die für medizinische Notfälle anfallen, werden für eine Erkrankung oder eine Verletzung nur dann gezahlt, wenn die oben aufgeführten Voraussetzungen erfüllt sind. Diese Kosten werden nicht für unwesentliche Erkrankungen oder unwesentliche Verletzungen bezahlt.

MEDIZINISCH ERFORDERLICH bedeutet Dienste oder medizinisches Bedarfsmaterial, die vom Krankenhaus oder Arzt zur Verfügung gestellt oder verschrieben werden:

1. Unerlässlich für die Symptome und Diagnose oder Behandlung der Erkrankung oder Verletzung,
2. Bereitgestellt für die Diagnose oder die direkte Pflege und Behandlung der Erkrankung oder Verletzung,
3. In Übereinstimmung mit den Standards guter medizinischer Praxis,
4. Nicht in erster Linie an der Bequemlichkeit der versicherten Person oder Bequemlichkeit des Arztes der versicherten Person orientiert und
5. Stellen das geeignetste medizinische Bedarfsmaterial oder Dienstleistungsniveau dar, das bei Gewährleistung der Sicherheit geboten werden kann.

SCHWERE PSYCHISCHE STÖRUNG BEI EINEM KIND bedeutet die Behandlung eines Kindes unter 18 Jahren, für das Folgendes zutrifft: 1) leidet an einer oder mehreren psychischen Störung(en), wie in der neusten Ausgabe des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders identifiziert, wobei es sich nicht um eine primäre Drogengebrauchsstörung oder Entwicklungsstörung handelt, die in Verhalten resultiert, das gemäß zu erwartenden entwicklungsgemäßen Normen für das Alter des Kindes unangemessen ist und 2) erfüllt die Kriterien in Paragraph (2) des Unterabschnitts (a) von Abschnitt 5600.3 des Welfare and Institutions Code.

SCHWERE GEISTESKRANKHEIT bedeutet 1) Schizophrenie, 2) schizoaffektive Störung, 3) bipolare Störung (manisch-depressive Erkrankung), 4) erhebliche depressive Störungen, 5) Panikstörung, 6) Zwangsstörung, 7) tiefgreifende Entwicklungsstörung oder Autismus, 8) Magersucht und 9) Bulimie.

ERKRANKUNG bedeutet Krankheit. Erkrankung umfasst auch normale Schwangerschaft und Schwangerschaftskomplikationen. Alle damit in Zusammenhang stehenden Zustände und wiederkehrenden Symptome der Erkrankung werden als eine einzige Erkrankung erachtet.

GEWÖHNLICH, ANGEMESSEN UND ÜBLICH (URC, Usual, Reasonable and Customary) bedeutet:

1. Gebühren und Kosten für medizinische Dienste oder Bedarfsmaterial, bei denen der jeweils niedrigere Preis von Folgendem gilt:
 - a. Die gewöhnlichen Gebühren des Anbieters für den geleisteten Dienst oder das zur Verfügung gestellte Bedarfsmaterial oder
 - b. Die durchschnittlichen Gebühren für den Dienst oder das Bedarfsmaterial an dem geographischen Standort, an dem der Dienst oder das Bedarfsmaterial in Empfang genommen wurde und
2. Behandlung und medizinische Dienste, die im Verhältnis zu dem geleisteten Dienst oder dem zur Verfügung gestellten Bedarfsmaterial sowie zur Schwere des Krankheitszustands angemessen sind.

FORDERUNGSVERFAHREN

1. Lassen Sie sich nach Möglichkeit vom University Student Health Center (UCLA Medical Center für Studierende an der UCLA) behandeln. Die Selbstbeteiligung wird für Studierende erlassen.
2. Im Falle eines medizinischen Notfalls rufen Sie die Telefonnummer 911 an oder begeben sich zur am nächsten gelegenen Urgent Care Clinic (Notfallversorgungsklinik) oder Notaufnahme. Beachten Sie bitte, dass die Inanspruchnahme einer Urgent Care Clinic (Notfallversorgungsklinik) anstatt der Notaufnahme eines Krankenhauses die Ausgaben senken kann, für die Sie selbst aufkommen müssen. Sie können eine Urgent Care Clinic (Notfallversorgungsklinik) vor Ort finden, indem Sie auf die FHN-Website zugreifen und unter Provider Type (Anbietertyp) die Option „Facilities“ (Einrichtungen) auswählen. Wählen Sie dann im

Feld Facility Type (Einrichtungstyp) die Option „Urgent Care Clinic“ (Notfallversorgungsklinik) aus. Eine Liste mit Urgent Care Clinics (Notfallversorgungskliniken) ist eventuell auch im Student Health Center erhältlich. Lassen Sie sich andernfalls vom am nächsten gelegenen Arzt oder Krankenhaus behandeln. Sie können einen beliebigen Arzt oder ein beliebiges Krankenhaus auswählen, wobei jedoch die Wahl von Ärzten und Krankenhäusern aus dem First Health Network (PPO) Ihre Kosten senken kann. Eine vollständige Auflistung dieser PPO-Krankenhäuser und -Ärzte ist telefonisch unter **1-800-226-5116** oder im Internet unter **www.myfirsthealth.com** erhältlich.

3. Stellen Sie beim Besuch einer Arztpraxis oder eines Krankenhauses sicher, dass Sie Ihren Ausweis (in dieser Broschüre enthalten) vorzeigen. Unter diesem Plan versicherte unterhaltsberechtigte Angehörige erhalten keine separaten Ausweise und können den Ausweis des versicherten Studierenden verwenden, um sich behandeln zu lassen. Falls der Arzt oder das Krankenhaus Ihren Versicherungsstatus oder den Ihrer unterhaltsberechtigten Angehörigen überprüfen muss, bitten Sie den Arzt oder das Krankenhaus, Personal Insurance Administrators, Inc. unter der Telefonnummer **1-800-468-4343** anzurufen.

Tragen Sie Ihren Versicherungsausweis immer bei sich.

4. Senden Sie sämtliche Rechnungen (mit Angabe der Einzelposten) und Nachweise aller anderen Ausgaben an Personal Insurance Administrators, Inc. unter Verwendung der nachstehenden Adresse. Fügen Sie Ihrer Sendung alle Rechnungen mit Angabe der Einzelposten bei. Vergessen Sie nicht, Ihre Group Policy Number (Gruppenversicherungsnummer) anzugeben, die auf Ihrem Ausweis angegeben ist.

Personal Insurance Administrators, Inc.

P.O. Box 6040

Agoura Hills, CA 91376-6040

Gebührenfrei (innerhalb USA) 1-800-468-4343

www.piaclaims.com

Eine medizinische Rechnung mit Angabe der Einzelposten ist eine Liste, die Behandlungen/Eingriffe oder Dienste in Verbindung mit den entsprechenden Gebühren des Krankenhauses bzw. der Arztpraxis aufführt.

MEDIZINISCHE RECHNUNGEN MIT ANGABE DER EINZELPOSTEN MÜSSEN INNERHALB VON 90 TAGEN AB SCHADENSTAG BEIM VERSICHERUNGSUNTERNEHMEN EINGEREICHT WERDEN.

Bewahren Sie von allen für Forderungen eingereichten Dokumenten immer eine Kopie für Ihre Unterlagen auf.

RECHT AUF EXTERNE ÜBERPRÜFUNG

Sie haben das Recht, eine unabhängige medizinische Überprüfung anzufordern, wenn Gesundheitsfürsorgedienste auf nicht angemessene Weise abgelehnt, modifiziert oder verzögert wurden.

MEDEX-PROGRAMM

Die folgende Beschreibung des MEDEX-Programms ist zum Nutzen des Studierenden in dieser Broschüre eingeschlossen und wirkt sich in keiner Weise auf die hier erläuterte, durch den Krankenversicherungsplan für Studierende gebotene Versicherung aus.

DIENSTE FÜR MEDEX-MITGLIEDER

Als international Studierender, der an diesem Krankenversicherungsplan für Studierende teilnimmt, sind Sie automatisch als Mitglied des MEDEX-Programms registriert.

Als Teilnehmer bietet Ihnen MEDEX die Hilfsdienste an, die von Mitgliedern, die im Ausland leben und/oder außerhalb des Landes ihres ständigen Wohnsitzes reisen, als direkte Folge daraus in Anspruch genommen werden können, dass das Mitglied während des Mitgliedszeitraums medizinische Notfalldienste in Anspruch nehmen muss oder verstirbt. Alle Evakuierungen, Überführungen an den ständigen Wohnort nach Stabilisierung und/oder Rückführung sterblicher Überreste werden von MEDEX und/oder seinem regionalen medizinischen Berater koordiniert und unterliegen dessen vorheriger Genehmigung. Zu den Hilfsdiensten zählen:

Weltweite gebührenfreie Unterstützung rund um die Uhr (oder R-Gespräche)

MEDEX steht rund um die Uhr zur Verfügung, um bei medizinischen oder bei Reisen entstehenden Problemen behilflich zu sein. Rufen Sie die Telefonnummer 1-800-527-0218 oder 1-410-453-6330 an.

Medizinische Notfall-evakuierung

In dem Fall, dass ein Mitglied in einen Unfall verwickelt ist oder plötzlich und unvorhergesehen erkrankt und medizinische Notfalldienste in Anspruch nehmen muss und keine geeigneten medizinischen Einrichtungen verfügbar sind, wird MEDEX eine medizinisch überwachte Evakuierung zur von MEDEX bestimmten nächstgelegenen Einrichtung koordinieren, um angemessene Betreuung bieten zu können.

Rückführung sterblicher Überreste

MEDEX bietet Unterstützung beim Einholen der erforderlichen Genehmigungen für Einäscherung oder Präparation zur Rückführung der sterblichen Überreste eines Mitglieds.

Notfalltransfers von Medikamenten, Impfstoffen und Blutkonserven

Wenn gesetzlich zulässig, wird MEDEX den Transfer von Medikamenten, Impfstoffen oder Blutkonserven im Anschluss an die Genehmigung des für Verschreibungen zuständigen Arztes koordinieren. Das Mitglied übernimmt die Verantwortung für sämtliche Kosten für Medikamente, Impfstoffe oder Blutkonserven sowie für die Transportkosten.

Unterstützung bei juristischer Vermittlung

Sollte ein Mitglied Rechtsbeistand benötigen, vermittelt MEDEX das Mitglied an einen Rechtsanwalt und bietet zudem Unterstützung beim Einholen von Kauttionen oder anderen Rechtsinstrumenten. Das Mitglied übernimmt die Verantwortung für sämtliche vertraglich anfallenden Rechtskosten.

Übersetzungsdienste

Die MEDEX Multilingual Assistance Coordinators (mehrsprachiger Hilfsdienst von MEDEX) bietet sofortige Übersetzungsunterstützung oder kann Dolmetscherdienste vor Ort vermitteln.

Krankenhausanzahlungen und Notfallbarvorschüsse

Nach Erhalt der Zahlung durch das Mitglied oder nach Erhalt der Rückerstattungszusage des Mitglieds wird MEDEX entweder Geldmittel überweisen oder erforderliche Anzahlungen für die Notaufnahme garantieren oder aber beim Arrangieren von Bargeldüberweisungen der Geldmittel des Mitglieds behilflich sein. MEDEX übernimmt keine Verantwortung für die Zahlung der Kosten, die im Rahmen der Leistung medizinischer Notfalldienste entstanden sind.

Transport zum Standort eines behinderten Mitglieds

Nach der durch MEDEX koordinierten Notfall-evakuierung, und wenn ein Mitglied alleine ist und am Evakuierungsziel während eines Zeitraums von mehr als sieben (7) Tagen hospitalisiert ist, kann MEDEX den Transport für eine einzige, durch das Mitglied bestimmte Person an den Standort des Evakuierungsziels arrangieren.

Weltweite medizinische Überweisungen rund um die Uhr

MEDEX bietet Unterstützung beim Organisieren angemessener medizinischer Versorgung, rund um die Uhr. Medizinische Überweisungen werden je nach erforderlichem Spezialgebiet, Standort des Mitglieds, bevorzugter Sprache, Uhrzeit usw. auf die Patientenbedürfnisse zugeschnitten.

Bewertung und Überwachung der Behandlung

MEDEX-Dienste schließen den Zugriff auf regionale medizinische Berater ein, die sich fortwährend mit behandelnden Ärzten beraten und die Pflegequalität und Behandlungspläne für registrierte Mitglieder beurteilen. Die Bewertung und Überwachung beginnt mit dem ersten Anruf bei MEDEX und erstreckt sich über den gesamten Genesungsprozess.

Unterstützung bei der Koordinierung der Rehabilitation nach einer Evakuierung

MEDEX hilft Mitgliedern, fortdauernde Rehabilitationsbedürfnisse im Anschluss an eine Evakuierung zu koordinieren.

Notfallbenachrichtigungen von Familienmitgliedern

MEDEX kann Notfallbenachrichtigungen zwischen dem Mitglied oder seiner Familie und anderen beteiligten Personen empfangen und weiterleiten.

Regelung für den Ersatz von Medikamenten und Brillen

MEDEX ist dabei behilflich, die verlorengegangenen, gestohlenen oder vergessenen Rezepte und Brillen bzw. ungültig gewordenen Rezepte eines Mitglieds umgehend zu ersetzen.

Über einen gebührenfreien Anruf oder ein R-Gespräch können Sie sich sofort mit einem der hochausgebildeten, mehrsprachigen Unterstützungskordinatoren von MEDEX in Verbindung setzen, während des ganzen Jahres, täglich und rund um die Uhr. Wählen Sie:

1-800-527-0218 oder 1-410-453-6330
Programmnummer: 995

AUGENVERSICHERUNG

Zum Nutzen des Studierenden enthält diese Broschüre die folgende Beschreibung des Eye Care Network Program (Programm des Netzwerks zur Augenbehandlung). Die Augenversicherung steht in keiner Weise mit den Leistungen, Einschränkungen und Ausschlüssen des hierin erläuterten Unfall- und Krankenversicherungsplans für Studierende in Zusammenhang und wirkt sich in keiner Weise auf den darin gebotenen Versicherungsschutz aus.

Als Bestandteil dieses Plans hat die versicherte Person Zugriff auf das Discount-Augenversicherungsprogramm, das durch das Eye Care Network Program (Programm des Netzwerks zur Augenbehandlung) geboten wird. Dieses Programm berechtigt die versicherte Person zum Erhalt eines Rabatts von 20 % auf reguläre Gebühren, wenn die Dienste eines teilnehmenden Anbieters in Anspruch genommen werden. Der Rabatt von 20 % gilt für die folgenden qualifizierten Kosten: routinemäßige Augenuntersuchungen, Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen sowie kosmetische Extras wie Färbungen, Beschichtungen und photochromatische Brillengläser. Der Rabatt gilt nicht für Wegwerfkontaktlinsen oder Ersatzkontaktlinsen, Brillenreparaturen, Werbeangebote oder medizinische/chirurgische Augenbehandlungen. Um den Rabatt in Höhe von 20 % in Anspruch zu nehmen, muss die versicherte Person zum Zeitpunkt der Dienstleistung dem teilnehmenden Anbieter des Discount-Augenversicherungsprogramms ihren Ausweis vorzeigen. Sie können einen teilnehmenden Anbieter finden, indem Sie die Telefonnummer **1-800-793-9288** anrufen oder auf **www.ecndiscount.com** zugreifen. Nur die im Rahmen des Discount-Augenversicherungsprogramms aufgeführten Anbieter bieten den Rabatt von 20 % an.