

### Allgemeine Höchstgrenze

\$ / £ / €

Dies ist der Höchstbetrag, den wir an jede versicherte Person oder in ihrem Namen in jeder Versicherungsperiode zahlen. Leistungsvereinbarungen, für die als Höchstbetrag für alle Leistungen in 1–12 (wie in dieser Tabelle aufgeführt) „Volle Erstattung“ angegeben ist, unterliegen gemeinsam dem insgesamt geltenden Höchstbetrag und jede von uns geleistete Zahlung wird darauf angerechnet. Um Zweifel auszuschließen: Wenn eine Leistung unten nicht aufgeführt ist, ist sie nicht durch Ihre Police abgedeckt, es sei denn, wir haben dies als Ausnahme vereinbart.

750,000

## 1 Krankenhausleistungen

### A STATIONÄRE BEHANDLUNG IM KRANKENHAUS – FÜR DIESE LEISTUNG IST EINE VORABGENEHMIGUNG ERFORDERLICH

Volle Erstattung

Jede erforderliche medizinische Behandlung, wenn Sie als registrierter Patient stationär in einem Krankenhaus für einen Zeitraum von mindestens 24 Stunden aufgenommen werden, und nur wenn geeignete diagnostische Maßnahmen und/oder Behandlungen ambulant oder teilstationär nicht verfügbar sind.

Einschließlich:

- Kosten für einen Krankenhausaufenthalt in einem Standard-Einzelzimmer (wenn verfügbar), Krankenpflege, Kosten für Operationssaal, Intensivüberwachungspflege/Intensivpflege/kardiologische Intensivstation und besondere Pflegekosten.
- Honorare von Chirurgen, Anästhesisten, Fachärzten und Ärzten.
- Physiotherapie
- Innere Prothesen, medizinische Hilfsmittel/Vorrichtungen, wenn sie als integraler Bestandteil eines chirurgischen Verfahrens benutzt werden.
- Verschriebene Arzneimittel und Verbände.
- Diagnostische Tests einschließlich Röntgenaufnahmen, Pathologie und MRT-/CT-/PET-Scans.

### B TEILSTATIONÄRE BEHANDLUNG – FÜR DIESE LEISTUNG IST EINE VORABGENEHMIGUNG ERFORDERLICH

Volle Erstattung

Chirurgische oder medizinische Verfahren, die ambulant durchgeführt werden, bei denen aber eine Erholungszeit in einem Krankenhausbett nötig ist. Eingeschlossen sind die Kosten für Krankenhausaufenthalt, Operationssaal, Krankenpflege, Chirurgen, Anästhesisten, Fachärzte und Ärzte, Diagnoseverfahren sowie verschriebene Arzneimittel und Medikamente.

### C KRANKENHAUSAUFENTHALT VON ELTERNTEILEN

Volle Erstattung

Kosten für den Krankenhausaufenthalt einer versicherten Person, um bei einem versicherten minderjährigen Kind zu bleiben, das unter 19 Jahre alt ist und stationär im Krankenhaus für eine durch diese Police versicherte medizinische Behandlung aufgenommen wird.

### D STATIONÄRE PSYCHIATRISCHE BEHANDLUNG – FÜR DIESE LEISTUNG IST EINE VORABGENEHMIGUNG ERFORDERLICH

Volle Erstattung  
– höchstens 15  
Nächte

Medizinische Behandlung, wenn Sie als registrierter Patient stationär in einer anerkannten psychiatrischen Abteilung eines Krankenhauses aufgenommen werden. Eingeschlossen sind die Kosten für den Krankenhausaufenthalt in einem Standard-Einzelzimmer (wenn verfügbar) und die Kosten für den Psychiater/Psychologen, für Diagnoseverfahren sowie verschriebene Arzneimittel und Medikamente.

### E UNFALL- UND NOTFALLBEHANDLUNG

Volle Erstattung

Behandlung in der Unfallstation oder Notaufnahme eines Krankenhauses unmittelbar nach einem Unfall oder einer plötzlichen ernsthaften Erkrankung. Woraus sich eine entsprechende stationäre oder teilstationäre Behandlung ergibt. Mit unmittelbar meinen wir innerhalb von zwei Stunden nach dem Ereignis, das das Problem verursacht hat.

<p><b>F ÄUSSERE PROTHESEN</b> Eine äußere Vorrichtung (z. B. künstliche Gliedmaßen), die einen fehlenden Körperteil ersetzt oder ergänzt.</p>	2,500
<p><b>G REHABILITATIONSVERSORGUNG – FÜR DIESE LEISTUNG IST EINE VORABGENEHMIGUNG ERFORDERLICH</b> Stationäre Behandlung in einer anerkannten Rehabilitationsabteilung, unter Aufsicht und Leitung eines Arztes, um die Gesundheit und Mobilität nach einem Unfall, einer Verletzung oder Krankheit, der oder die von dieser Versicherung gedeckt ist, wiederherzustellen.</p>	Volle Erstattung – höchstens 13
<p><b>H NIEREN-DIALYSE-LEISTUNG – FÜR DIESE LEISTUNG IST EINE VORABGENEHMIGUNG ERFORDERLICH</b> Nierendialyse bei vorübergehender Notwendigkeit bei plötzlichem Nierenversagen infolge einer Krankheit oder Verletzung, die durch ihre Versicherung gedeckt ist.</p>	Bis 20,000 <b>Lebensdauer- Begrenzung</b>
<p><b>I LEISTUNG FÜR ORGANTRANSPLANTATIONEN – FÜR DIESE LEISTUNG IST EINE VORABGENEHMIGUNG ERFORDERLICH</b> Kosten im direkten Zusammenhang mit der Transplantation folgender natürlicher menschlicher Organe: Niere, Leber, Herz, Lunge, Stammzellen, Knochenmark und Hauttransplantate (wenn medizinisch notwendig und nicht für kosmetische Zwecke).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Die Kosten für die Suche nach einem Ersatzorgan oder die Entnahme des Organs aus dem Spender, für Transport oder Verwaltung sind NICHT versichert.</li> <li>Kosten im Zusammenhang mit der Suche nach einem künstlichen und/oder nichtmenschlichen Organ und/oder der Implantation eines solchen sind NICHT versichert.</li> <li>Kosten für Kryokonservierung, Transplantation oder Reimplantation von lebenden Zellen oder lebendem Gewebe, ob autolog oder von einem Spender, sind NICHT versichert.</li> </ul>	100,000
<p><b>J VERSICHERUNG FÜR TEILSTATIONÄRE, PSYCHIATRISCHE BEHANDLUNG</b> Die Kosten für den Krankenhausaufenthalt in einem Standard-Einzelzimmer (wenn verfügbar) in einer zugelassenen psychiatrischen Abteilung wegen einer psychiatrischen Erkrankung, einschließlich der Kosten für den psychiatrischen Facharzt, Diagnoseverfahren sowie verschriebene Arzneimittel und Medikamente.</p>	Volle Erstattung – begrenzt auf vier verschiedene teilstationäre
<p><b>K ÖRTLICHE AMBULANZDIENSTE</b> Die Kosten für den Transport im Krankenwagen zum Krankenhaus im Fall eines medizinischen Notfalls.</p>	Volle Erstattung
<p><b>L LEISTUNGEN FÜR STATIONÄRE PATIENTEN MIT CHRONISCHEN ERKRANKUNGEN</b> Die Behandlung chronischer Krankheiten bei stationären Patienten, die nach dem Beginn des Versicherungszeitraums diagnostiziert wurden oder deren Deckung in der Phase des Versicherungsantrags schriftlich vereinbart wurde. <i>Chronisches oder Nierenversagen im Endstadium, das regelmäßige oder langfristige Dialyse erfordert, ist im Rahmen dieser Leistung nicht versichert.</i></p>	Volle Erstattung

## 2 Leistung bei Krebsbehandlung

<p><b>A KREBSBEHANDLUNG – FÜR DIESE LEISTUNG IST EINE VORABGENEHMIGUNG ERFORDERLICH</b> Ab dem Datum, zu dem eine versicherte Person die Krebsdiagnose erhält, vorausgesetzt, es liegt nach dem Abschluss der Versicherung, egal ob in akutem, chronischem oder Endstadium, wird jede danach durchgeführte Behandlung auf stationärer, teilstationärer oder ambulanter Basis, einschließlich: Konsultationen, diagnostische Untersuchungen, Scans, Untersuchungen, verschriebene Arzneimittel und Verbände, Chemotherapie, Strahlentherapie, Stammzellentransplantation (aus Knochenmark oder Blut), Routinemanagement und Palliativversorgung; beurteilt und im Rahmen dieser Leistung bezahlt.</p> <p><i>Notwendige Kosten, die bis zur Diagnose angefallen sind, fallen nicht unter diese Leistung, können aber im Rahmen von ambulanten Leistungen in Ihrem Plan versichert sein.</i></p>	Volle Erstattung
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------

### 3 Ambulante Leistungen

**A AMBULANTE KLEINERE CHIRURGISCHE EINGRIFFE** Volle Erstattung  
 Kleinere chirurgische Eingriffe, die in einer Arztpraxis/dem Sprechzimmer oder in einem ambulanten Zentrum von einem zugelassenen Arzt vorgenommen werden.

**B AMBULANTE DIENSTE**  
 Die von einem Arzt, der als Allgemeinmediziner, Facharzt oder praktischer Arzt zugelassen ist, verordneten Leistungen, einschließlich verschriebener Arzneimittel, Medikamente und Verbände.

**C DIAGNOSTISCHE TESTS, RÖNTGENAUFNAHMEN, PATHOLOGIE** Kombiniertes Höchstbetrag von 2,500  
 Die Kosten für diagnostische Tests, Untersuchungen wie EKG, Röntgenaufnahmen, Pathologie und Histologie.

**D LEISTUNGEN FÜR AMBULANTE PATIENTEN MIT CHRONISCHEN ERKRANKUNGEN**  
 Die Behandlung chronischer Krankheiten bei ambulanten Patienten, die *nach dem Beginn des Versicherungszeitraums diagnostiziert wurden* oder deren Deckung in der Phase des Versicherungsantrags schriftlich vereinbart wurde.  
 Chronisches oder Nierenversagen im Endstadium, das regelmäßige oder langfristige Dialyse erfordert, ist im Rahmen dieser Leistung nicht versichert.

**E MRT-/CT-/PET-SCANS** Volle Erstattung  
 Die Kosten für MRT-/CT-/PET-Scans, wenn sie von einem Arzt verordnet wurden.

**F PHYSIOTHERAPIE** 500  
 Behandlung durch einen zugelassenen Physiotherapeuten.

**G MEDIZINISCHE HILFSMITTEL UND VORRICHTUNGEN** 500  
 Die Kosten für das Mieten von Mobilitätshilfen und -vorrichtungen, einschließlich Gehstöcke oder Rollatoren, Rollstühle und Krücken.

**H KOMPLEMENTÄRE THERAPIEN** 500  
 Chiropraktik, Homöopathie, Osteopathie, Akupunktur, ayurvedische, pflanzliche und chinesische Medizin, Konsultationen mit registrierten Praktikern, inklusive verschriebene Medikamente und Arzneimittel.

**I HORMONERSATZTHERAPIE** Nicht versichert  
 Behandlung zur Linderung von Menopausesympomen , einschließlich verschriebener Medikamente, Pflaster und Implantate.

**J AMBULANTE PSYCHIATRISCHE BEHANDLUNG – FÜR DIESE LEISTUNG IST EINE VORABGENEHMIGUNG ERFORDERLICH, FÜR DIESE LEISTUNG GILT EINE 12-MONATIGE WARTEZEIT – ERFORDERT DIE ÜBERWEISUNG DURCH EINEN ARZT** Volle Erstattung – höchstens 5 Besuche  
 Behandlung aller psychiatrischen und psychologischen Störungen, die *nach dem Versicherungsbeginn diagnostiziert wurden*, durch einen Facharzt für Psychiatrie/ Psychotherapeuten, einschließlich Konsultationen sowie verschriebene Arzneimittel und Medikamente. Dies erfordert die Überweisung durch einen Primärarzt.

**K HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE** Volle Erstattung – höchstens 3 Wochen  
 Häusliche Krankenpflege, wenn als medizinisch notwendig verordnet, unmittelbar nach einer von dieser Versicherung gedeckten stationären Behandlung. Die Krankenpflege muss durch eine ausgebildete Krankenpflegefachkraft erfolgen und von einem Arzt überwacht und geleitet werden.

## 4 Leistungen bei chronischen Erkrankungen

- |          |                                                                                                                                                                                                                                |                                              |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <b>A</b> | <b>HOSPIZ-PFLEGEBEHANDLUNG – FÜR DIESE LEISTUNG IST EINE VORABGENEHMIGUNG ERFORDERLICH</b>                                                                                                                                     | Volle Erstattung<br>– höchstens 14<br>Nächte |
|          | Unterbringung in einem Hospiz für Palliativbehandlung einer versicherten Person, die eine terminale Prognose erhalten hat.                                                                                                     |                                              |
| <b>B</b> | <b>HIV- UND AIDS-BEHANDLUNG – FÜR DIESE LEISTUNG IST EINE VORABGENEHMIGUNG ERFORDERLICH, FÜR DIESE LEISTUNG GILT EINE ZWEIJÄHRIGE WARTEZEIT</b>                                                                                | Nicht versichert                             |
|          | Medizinische Behandlung von HIV und AIDS einschließlich verwandter Krankheiten, wenn sie als direktes Ergebnis einer Bluttransfusion, die nach Versicherungsbeginn der versicherten Person verabreicht wurde, entstanden sind. |                                              |

## 5 Gesundheitsfördernde Leistungen ALLE LEISTUNGEN UNTERLIEGEN EINER 12-MONATIGEN WARTEZEIT

- |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| <b>A</b> | <b>KONTROLLUNTERSUCHUNGEN</b><br>Einschließlich Messen von Körpertemperatur, Puls, Blutdruck, Atmung, großes Blutbild, Nüchternblutzucker, Lipidprofil (Fette), Nierenfunktionstest, Leberfunktionstest und Schilddrüsentest.<br><i>Dies gilt nicht für versicherte Personen unter 16 Jahren.</i>                                                                                   | 300              |
| <b>B</b> | <b>KREBSVORSORGE</b><br>Abstriche, Mammogramme und Prostata/Kolon/Hoden                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 1,000            |
| <b>C</b> | <b>REISEIMPFUNGEN/PRÄVENTIVE MEDIKATION</b><br>Impfungen und Immunisierungen und präventive Medikation in direktem Zusammenhang mit Fernreisen.                                                                                                                                                                                                                                     | 50               |
| <b>D</b> | <b>IMPFUNGEN VON KINDERN</b><br>Routine- und präventive Impfungen eines versicherten Kindes im Alter von bis zu 10 Jahren.                                                                                                                                                                                                                                                          | 50               |
| <b>E</b> | <b>AUGENLEISTUNGEN</b><br>Ein jährlicher Seh-/ Augentest.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Nicht versichert |
| <b>F</b> | <b>LEISTUNG FÜR SEHHILFEN</b><br>Kostenbeitrag zu Brillen oder Kontaktlinsen, wenn von einem Augenarzt oder Optiker verschrieben.<br><i>Nicht versichert sind: Kontaktlinsen, mit denen Sie nur aus kosmetischen Gründen versorgt werden, jede Art von Sonnenbrillen, Ersatzbrillen oder -kontaktlinsen, die vor Versicherungsbeginn einer versicherten Person getragen wurden.</i> | Nicht versichert |
| <b>G</b> | <b>LEISTUNG FÜR AUGENLASERCHIRURGIE</b><br>Behandlung und Beratungen zu korrekativer Augenlaserbehandlung, wenn sie durch einen qualifizierten Augenchirurg erfolgen.<br><i>Nicht versichert ist: Augenlaserchirurgie, wenn Brillen oder Kontaktlinsen vor Versicherungsbeginn einer versicherten Person getragen wurden.</i>                                                       | Nicht versichert |
| <b>H</b> | <b>LEISTUNG FÜR HÖRTESTS</b><br>Ein jährlicher Hörtest.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Nicht versichert |
| <b>I</b> | <b>LEISTUNG FÜR HÖRGERÄTE</b><br>Kostenbeitrag zu einem Hörgerät, wenn von einem Audiologen/HNO-Arzt verschrieben.                                                                                                                                                                                                                                                                  | Nicht versichert |

## 6 Zahnbehandlungsleistungen

### A NOTFALLZAHNBEHANDLUNG

Volle Erstattung

Zahnbehandlung zur unmittelbaren Schmerzlinderung, wenn als direktes Ergebnis eines Unfalls erforderlich. Nur die Behandlung während der ersten 48 Stunden nach dem Unfall ist versichert.

Wir weisen darauf hin, dass folgende Behandlungen nicht versichert sind:

- Behandlung, wenn die Verletzung auf Essen oder Trinken zurückgeht, auch wenn sich darin ein Fremdkörper befand.
- Behandlung, wenn der Schaden durch normalen Verschleiß entstanden ist.
- Behandlung, wenn der Schaden beim Zähneputzen oder bei einem anderen Verfahren der Mundhygiene entstanden ist.
- Behandlung, wenn die Verletzung auf irgendetwas anderes als eine Einwirkung von außerhalb des Mundes zurückgeht.
- Notfallzahnbehandlung schließt nicht ein: Restauration oder Abhilfeverfahren, Benutzung von Edelmetallen, kieferorthopädische Behandlung jeder Art, zahnchirurgische Behandlung im Krankenhaus, es sei denn, Zahnchirurgie ist das einzige Mittel, um den Schmerz zu lindern.

### B ZAHNÄRZTLICHE ROUTINEBEHANDLUNG OHNE NOTFALL – FÜR DIESE LEISTUNG GILT EINE 6-MONATIGE WARTEZEIT UND ES WIRD EIN PROZENTUALER SELBSTBEHALT VON 10 % ANGERECHNET

Nicht versichert

Einschließlich: Routineuntersuchungen, Reinigung und Politur, Füllungen mit Amalgam oder Verbundwerkstoffen, Zahnziehen (nicht Weisheitszahn), Röntgenaufnahmen, Modellanfertigungen und Entzündungsbehandlung, auch mit Antibiotika und provisorischen Füllungen.

Wir weisen darauf hin, dass folgende Behandlungen nicht versichert sind:

- Die Kosten für Edelmetalle bei einer Zahnbehandlung;
- Gingivitis, Parodontose oder Zahnfleischerkrankung jeder Art.
- Andere Zahnbehandlungen als oben aufgeführt.
- Ersatz von zu Beginn des Versicherungszeitraums bestehenden Kronen, Inlays, Füllungen, Brücken oder fehlenden Zähnen.

### C GRÖßERE ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNG OHNE NOTFALL – FÜR DIESE LEISTUNG GILT EINE 6-MONATIGE WARTEZEIT UND ES WIRD EIN PROZENTUALER SELBSTBEHALT VON 10 % ANGERECHNET

Nicht versichert

Wurzelkanalbehandlung, neue Porzellankrone, neues Inlay, neue Brückenarbeit, Reparaturen von Krone, Inlay oder Brücke.

Wir weisen darauf hin, dass folgende Behandlungen nicht versichert sind:

- Die Kosten für Edelmetalle bei einer Zahnbehandlung;
- Gingivitis, Parodontose oder Zahnfleischerkrankung jeder Art.
- Andere Zahnbehandlungen als oben aufgeführt.
- Ersatz von zu Beginn des Versicherungszeitraums bestehenden Kronen, Inlays, Füllungen, Brücken oder fehlenden Zähnen.

### D ZIEHEN VON WEISHEITZÄHNEN – FÜR DIESE LEISTUNG GILT EINE 6-MONATIGE WARTEZEIT UND ES WIRD EIN PROZENTUALER SELBSTBEHALT VON 10 % ANGERECHNET – FÜR STATIONÄRE BEHANDLUNG IST EINE VORABGENEHMIGUNG ERFORDERLICH

Nicht versichert

Extraktion von eingeschlossenen, retinierten oder nicht durchgebrochenen Weisheitszähnen bei stationären, teilstationären oder ambulanten Patienten.

### E KIEFERORTHOPÄDISCHE BEHANDLUNG – FÜR DIESE LEISTUNG GILT EINE 6-MONATIGE WARTEZEIT UND ES WIRD EIN PROZENTUALER SELBSTBEHALT VON 10 % ANGERECHNET

Nicht versichert

Kieferorthopädische Zahnbehandlung für versicherte Kinder unter 19 Jahren.

## 7 Mutterschaftsleistungen

ES GILT EINE 10-MONATIGE WARTEZEIT UND VORABGENEHMIGUNGSPFLICHT

### A KOMPLIKATIONEN BEI SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT

2,500

Die Behandlungskosten für jegliche Schwangerenbetreuung, Entbindungskosten, Krankenhausaufenthalt für das Neugeborene unmittelbar nach der Geburt, postnatale Versorgung der Mutter, wenn während der Schwangerschaft oder der Entbindung Komplikationen auftreten. Für den Zweck dieser Police gilt lediglich Folgendes als Komplikation bei Schwangerschaft und Geburt: Toxämie, Schwangerschaftshypertonie, Präeklampsie, Eklampsie, extrauterine Schwangerschaft, Blasenmole, ante- und postpartale Hämorrhagie, retinierte Plazentamembrane, Totgeburt, Fehlgeburt, notfall Kaiserschnitt (wenn ein Arzt die medizinische Notwendigkeit bescheinigt hat) und Schwangerschaftsabbruch (wenn ein Facharzt die medizinische Notwendigkeit bescheinigt hat).

Bitte beachten Sie, dass kein Versicherungsschutz besteht für:

- Schwangerschaftsabbrüche aus nichtmedizinischen Gründen.
- Kaiserschnitte, die aufgrund früherer Kaiserschnitte geplant sind (dies wird abgedeckt unter Routineschwangerschaft und Geburt).
- Kosten für Geburtsvorbereitung und Hebamme, wenn nicht in direktem Zusammenhang mit der Entbindung.
- Behandlung des Neugeborenen nach der Erstuntersuchung durch den Kinderarzt, es sei denn, das Kind wird binnen 14 Tagen nach der Geburt in die Versicherung der versicherten Person aufgenommen.
- Schwangerschaft, Entbindung oder Neugeborene fallen nicht unter diese Leistung, wenn irgendeine Form künstlicher Befruchtung erfolgt ist (einschließlich In-vitro-Fertilisation).

### B NORMALE SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT

Nicht versichert

Die Behandlungskosten für jegliche Schwangerenbetreuung, Entbindungskosten, Krankenhausaufenthalt für das Neugeborene unmittelbar nach der Geburt und postnatale Versorgung der Mutter.

Bitte beachten Sie, dass kein Versicherungsschutz besteht für:

- Schwangerschaftsabbrüche aus nichtmedizinischen Gründen.
- Kosten für Geburtsvorbereitung und Hebamme, wenn nicht in direktem Zusammenhang mit der Entbindung.
- Behandlung des Neugeborenen nach der Erstuntersuchung durch den Kinderarzt, es sei denn, das Kind wird binnen 14 Tagen nach der Geburt in die Versicherung der versicherten Person aufgenommen.
- Schwangerschaft, Entbindung oder Neugeborene fallen nicht unter diese Leistung, wenn irgendeine Form künstlicher Befruchtung erfolgt ist (einschließlich In-vitro-Fertilisation).

### C KINDERÄRZTLICHE LEISTUNG

Nicht versichert

Kostenbeitrag für eine kinderärztliche Erstuntersuchung des Neugeborenen.  
*Schwangerschaft, Entbindung oder Neugeborene fallen nicht unter diese Leistung, wenn irgendeine Form künstlicher Befruchtung erfolgt ist (einschließlich In-vitro-Fertilisation).*

### D BEHANDLUNG EINES FRÜHGEBORENEN

Nicht versichert

Kosten für die medizinische Behandlung eines Frühgeborenen während der ersten 2 Monate nach der Geburt.

Bitte beachten Sie, dass kein Versicherungsschutz besteht für:

- Wenn das Baby nicht binnen 14 Tagen nach der Geburt in die Versicherung der versicherten Person aufgenommen wurde.
- Die Fortsetzung der Behandlung nach Ablauf der anfänglichen Periode von zwei Monaten, es sei denn, es handelt sich um neue, davon unabhängige Erkrankungen.
- Behandlung des Neugeborenen nach der Erstuntersuchung durch den Kinderarzt, es sei denn, das Kind wird binnen 14 Tagen nach der Geburt in die Versicherung der versicherten Person aufgenommen.
- Schwangerschaft, Entbindung oder Neugeborene fallen nicht unter diese Leistung, wenn irgendeine Form künstlicher Befruchtung erfolgt ist (einschließlich In-vitro-Fertilisation).

## 8 Zusatzleistungen

<b>A</b>	<b>LEISTUNG BEI ANGEBORENEEN KRANKHEITEN – FÜR DIESE LEISTUNG GILT EINE 12-MONATIGE WARTEZEIT</b> Bei Krankheiten, die bei der Geburt nicht entdeckt wurden, die aber später operativ korrigiert werden können. Für diese Leistung gilt eine Lebensdauer-Höchstbegrenzung. <i>Diese Leistung ist nur verfügbar, wenn die Versicherung für die versicherte Person seit der Geburt besteht.</i>	Nicht versichert
----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------

<b>B</b>	<b>LEISTUNG BEI ANGEBORENEEN KRANKHEITEN/GEBURTSFEHLERN</b> Bei Erkrankungen, die innerhalb eines Jahres nach der Geburt bei Babys diagnostiziert werden, die auf natürliche Weise gezeugt wurden. Für diese Leistung gilt eine Lebensdauer-Höchstbegrenzung. <i>Diese Leistung ist nur verfügbar, wenn die Versicherung für die versicherte Person seit der Geburt besteht.</i>	Nicht versichert
----------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------

<b>C</b>	<b>LEISTUNG BEI UNFRUCHTBARKEIT – FÜR DIESE LEISTUNG GILT EINE 12-MONATIGE WARTEZEIT</b> Untersuchungen der medizinischen Ursache der Unfruchtbarkeit, wenn beide Partner über diese Police versichert sind und wenn der behandelnde Arzt des Paares der Auffassung ist, dass Symptome und/oder Beweise für eine medizinische Ursache vorliegen.  Bitte beachten Sie, dass kein Versicherungsschutz besteht für: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medizinische Behandlung der Unfruchtbarkeit oder einer damit zusammenhängenden Erkrankung, wenn die medizinische Ursache erkannt wurde.</li> </ul>	Nicht versichert
----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------

## 9 Geldleistungen

<b>A</b>	<b>KRANKENHAUS-GELDLLEISTUNG</b> Der zu zahlende Betrag, wenn eine stationäre Behandlung kostenlos im Rahmen eines staatlichen, nationalen Gesundheitsdienstes in Anspruch genommen wurde und dafür kein Anspruch unter einem anderen Punkt dieser Police beantragt/bezahlt wird. <i>Wenn Sie für diese Leistung der Versicherung einen Anspruch geltend machen, können Sie keinen weiteren Anspruch auf eine andere Leistung der Versicherung für dieselbe Erkrankung geltend machen.</i>	100 pro Nacht – maximal 30 Nächte
----------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------

<b>B</b>	<b>MUTTERSCHAFTS-GELDLLEISTUNG – FÜR DIESE LEISTUNG GILT EINE 10-MONATIGE WARTEZEIT</b> Der Betrag, der für die Geburt jedes Kindes gezahlt wird, unter der Bedingung, dass das Kind mindestens 10 Monate nach Versicherungsbeginn der Mutter geboren wurde. Diese Leistung wird nur bezahlt, wenn kein Anspruch wegen Schwangerschaft und/oder Entbindung unter einem anderen Punkt der Versicherung geltend gemacht wurde. <i>Wir weisen darauf hin, dass die Mitteilung über das Hinzufügen eines Neugeborenen nicht dem formellen Antrag auf diese Leistung entspricht.</i> <i>Wenn Sie für diese Leistung der Versicherung einen Anspruch geltend machen, können Sie keinen weiteren Anspruch auf eine andere Leistung der Versicherung für dieselbe Erkrankung geltend machen.</i>	Nicht versichert
----------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------

<b>C</b>	<b>GELDLLEISTUNG FÜR REKONVALESCENZ</b> Der zu zahlende Betrag für jede vollständige Woche (außer der ersten Woche), in der die versicherte Person auf Anweisung des behandelnden Facharztes ans Haus gebunden ist, unmittelbar nach einer stationären Behandlung im Krankenhaus, wegen einer Krankheit, die im Rahmen dieser Police versichert ist. Begrenzt auf vier Wochen pro Versicherungsperiode. <i>Wenn Sie für diese Leistung der Versicherung einen Anspruch geltend machen, können Sie keinen weiteren Anspruch auf eine andere Leistung der Versicherung für dieselbe Erkrankung geltend machen.</i>	Nicht versichert
----------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------

**A TRANSPORT BEI MEDIZINISCHEM NOTFALL**

Volle Erstattung

Die Kosten für den Transport bei einem medizinischen Notfall und die medizinische Versorgung unterwegs für eine versicherte Person mit einer kritischen Erkrankung, wenn die lokalen Einrichtungen ungeeignet oder nicht verfügbar sind. Gemeint sind der Transport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus, entweder im Land des Wohnsitzes, oder einem nahegelegenen Land (nicht unbedingt dem Heimatland) und der Rücktransport der versicherten Person in ihr Wohnsitzland nach der Behandlung.

Bitte beachten Sie, dass kein Versicherungsschutz besteht für:

- Alle anschließenden Transferkosten, die aufgrund derselben Erkrankung entstehen, nachdem wir die versicherte Person in ihr Wohnsitzland zurückgebracht haben.
- Kosten für den Transport bei einem medizinischen Notfall, wenn die versicherte Person nicht zur medizinischen Behandlung in ein Krankenhaus eingeliefert wird oder wenn wir die Kosten nicht vor Reisebeginn genehmigt haben.
- Der Transfer einer schwangeren Frau ins Krankenhaus zur routinemäßigen Entbindung, es sei denn, dies ist aufgrund medizinischer Komplikationen erforderlich.
- Alle Kosten für Transport, Einäscherung oder Beerdigung der sterblichen Überreste vor Ort, wenn der Tod direkt oder indirekt aufgrund einer/eines nicht im Rahmen dieser Police versicherten Krankheit, Behandlung oder Unfalls eingetreten ist.

**B REISEKOSTEN FÜR EINE BEGLEITPERSON**

Volle Erstattung

Reisekosten in angemessener Höhe eines nahen Verwandten oder Freundes, der die versicherte Person bei einem Transport bei einem medizinischen Notfall begleitet. Der nahe Verwandte oder Freund muss sich zum Zeitpunkt des Ereignisses, das den Transport nötig macht, an demselben Ort wie die versicherte Person aufgehalten haben.

Bitte beachten Sie, dass kein Versicherungsschutz besteht für:

- Reise- und Unterbringungskosten, sofern nicht ausdrücklich mit uns vereinbart und vor Reiseantritt schriftlich bestätigt.
- Zusätzliche Reisekosten des genannten nahen Verwandten oder Freundes, wenn wir den Transfer der versicherten Person in ein zweites Krankenhaus innerhalb desselben Landes veranlassen müssen.

**C UNTERBRINGUNGSKOSTEN FÜR EINE BEGLEITPERSON**

 100 – Maximum  
10 Nächte pro  
Ereignis

Übernachungskosten des begleitenden nahen Verwandten oder Freundes, der während der Krankenhausbehandlung bei der versicherten Person bleibt.

Wir weisen darauf hin, dass folgende Behandlungen nicht versichert sind:

- Reise- und Unterbringungskosten, sofern nicht ausdrücklich mit uns vereinbart und vor Reiseantritt schriftlich bestätigt.
- Zusätzliche Reisekosten des genannten nahen Verwandten oder Freundes, wenn wir den Transfer der versicherten Person in ein zweites Krankenhaus innerhalb desselben Landes veranlassen müssen.

**D KOSTEN FÜR MEDIZINISCHE HILFE**

Volle Erstattung

Assistenzdienste für medizinische Überweisungen, einschließlich der Bereitstellung grundlegender medizinischer Beratung per Telefon und Unterstützung beim Ersetzen wesentlicher verschreibungspflichtiger Medikamente.

**E REISEKOSTEN ANGEHÖRIGER KINDER**

 Hin- und  
Rückflugticket in  
Economy Class

Nach einem Transport bei einem medizinischen Notfall organisieren und bezahlen wir den Transport eines Kindes/von Kindern unter 19 Jahren, das/die allein zu Hause ist/sind, an einen bestimmten Ort oder übernehmen die Reisekosten (ein Hin- und Rückflugticket in Economy Class) einer Person, die für das Kind/die Kinder zu Hause sorgt.

**F RÜCKFÜHRUNG DES VERSTORBENEN** Volle Erstattung  
 Die Kosten des Transports der sterblichen Überreste einer versicherten Person, nur wenn diese außerhalb ihres Heimatlandes verstirbt.

**G BEERDIGUNG ODER EINÄSCHERUNG VOR ORT** 1,000  
 Die Kosten der Beerdigung oder Einäscherung vor Ort in dem Land, in dem der Tod eingetreten ist, und Transport der Urne, entweder in das Heimatland oder das Wohnsitzland des Verstorbenen, nur wenn der Tod der versicherten Person außerhalb ihres Heimatlandes eintritt.

Bitte beachten Sie, dass kein Versicherungsschutz besteht für:

- Die Kosten für einen religiösen Praktiker, Blumenschmuck, die Bereitstellung von Musik, Miete von Bestattungsfahrzeugen oder Speisen und Getränke.
- Alle Kosten, wenn die versicherte Person in ihrem Heimatland verstorben ist.
- Alle Kosten für Transport, Einäscherung oder Beerdigung der sterblichen Überreste vor Ort, wenn der Tod direkt oder indirekt aufgrund einer/eines nicht im Rahmen dieser Police versicherten Krankheit, Behandlung oder Unfalls eingetreten ist.

## 11 Leistung für Behandlung außerhalb der Region

**A NOTFALLBEHANDLUNG AUSSERHALB DER REGION** 25,000 – nur bis zu 30 Reisetage pro Jahr  
 Die Kosten für kurzfristige Behandlung bei medizinischen Notfällen, die von Ihrer Police gedeckt sind und auftreten, während Sie außerhalb Ihrer laut Ihres Versicherungsscheins gewählten Region auf Reisen sind. Bei Reisen von maximal 30 Tagen pro Jahr.

Bitte beachten Sie, dass kein Versicherungsschutz besteht für:

- Medizinische Behandlung außerhalb Ihrer Region, wenn kein Notfall vorliegt.
- Medizinische Notfallbehandlung, wenn die Gesamtzahl an Reisetagen in jeder Versicherungsperiode 30 Tage übersteigt.
- Behandlung, wenn Sie speziell in der Absicht verreist sind, sich medizinisch behandeln zu lassen.

## 12 Evakuierung in das Heimatland VORABGENEHMIGUNG ERFORDERLICH. OPTIONALE LEISTUNG NUR ANWENDBAR, WENN SIE DIESE LEISTUNG GEWÄHLT HABEN.

**A EVAKUIERUNG IN DAS HEIMATLAND – OPTIONALE LEISTUNG** Volle Erstattung  
 Die Kosten für medizinischen Notfalltransport und medizinische Versorgung unterwegs für eine versicherte Person mit einer kritischen Erkrankung, wenn die lokalen medizinischen Einrichtungen ungeeignet oder nicht verfügbar sind.  
 Transport in das Heimatland, wenn dies medizinisch möglich ist, Rücktransport der versicherten Person in das Wohnsitzland nach der Behandlung.  
 Wenn Ihr Heimatland die Vereinigten Staaten von Amerika sind, endet Ihre Police automatisch nach 90 Tagen in Ihrem Heimatland.

Bitte beachten Sie, dass kein Versicherungsschutz besteht für:

- Wenn Ihr Heimatland nicht zu der auf Ihrem Versicherungsschein angegebenen Region gehört.
- Alle anschließenden Transferkosten, die aufgrund derselben Erkrankung entstehen, nachdem wir die versicherte Person in ihr Wohnsitzland zurückgebracht haben.
- Reisekosten, wenn diese nicht mit uns ausdrücklich vereinbart und vor dem Reisedatum schriftlich bestätigt wurden.
- Evakuierungskosten, wenn die versicherte Person nicht zur medizinischen Behandlung in ein Krankenhaus eingeliefert wird oder wenn wir die Kosten nicht vor Reisebeginn genehmigt haben.
- Der Transfer einer schwangeren Frau ins Krankenhaus zur routinemäßigen Entbindung, es sei denn, dies ist aufgrund medizinischer Komplikationen erforderlich.

**WENN SIE EINEN SELBSTBEHALT AUSGEWÄHLT HABEN, GILT DIESER NICHT FÜR 5. GESUNDHEITSFÖRDERNDE LEISTUNGEN 6. ZAHNBEHANDLUNGSLEISTUNGEN, 9. GELDLLEISTUNGEN UND 10. LEISTUNGEN FÜR MEDIZINISCHE EVAKUIERUNG UND RÜCKFÜHRUNG**