

Evolution Health Plan (EU)

Evolution Gesundheitsplan (EU)

Table of benefits Leistungstabelle

| Standard | Standard Plus | Comprehensive | Premium | Elite |
|----------|---------------|---------------|---------|--------|
| £/\$/€ | £/\$/€ | £/\$/€ | £/\$/€ | £/\$/€ |

Overall maximum limit Maximale Gesamtversicherungssumme

This is the maximum amount of money we will pay to, or on behalf of, each insured person in each period of insurance
Dies ist die maximale Geldsumme, die wir jeder oder im Namen jeder versicherten Person während jeder Versicherungsperiode zahlen.

| | | | | |
|---------|---------|-----------|-----------|-----------|
| 500,000 | 750,000 | 1,000,000 | 1,500,000 | 2,000,000 |
| 500.000 | 750.000 | 1.000.000 | 1.500.000 | 2.000.000 |

1 Hospital benefits Leistungen bei Krankenhausbehandlung

*Pre-authorization is required for benefits A, B, D, G, H and I
Vorabgenehmigung ist notwendig für Leistungen A, B, D, G, H, und I*

A. In-patient hospital stay, including Stationäre Krankenhausbehandlung inklusive

| | | | | | |
|---|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| Hospital accommodation, nursing, theatre and ICU/HDU costs Die Kosten der Krankenhausunterbringung, Pflege, Operationssaalkosten und Intensivstation/HDU | Full refund Volle Erstattung | Full refund Volle Erstattung | Full refund Volle Erstattung | Full refund Volle Erstattung | Full refund Volle Erstattung |
| Surgeons', anaesthetists' consultants and physicians' fees Chirurgen-, Narkosearzt-, Facharzt – und Arztkosten | Full refund Volle Erstattung | Full refund Volle Erstattung | Full refund Πλήρης αποζημίωση | Full refund Πλήρης αποζημίωση | Full refund Volle Erstattung |
| Physiotherapy Krankengymnastik | Full refund Volle Erstattung | Full refund Volle Erstattung | Full refund Πλήρης αποζημίωση | Full refund Πλήρης αποζημίωση | Full refund Volle Erstattung |
| Internal prostheses, medical aids/devices where used as an integral part of a surgical procedure Innere Prothesen, medizinische Hilfen/Hilfsmittel und Produkte, die als wesentlicher Teil eines chirurgischen Verfahrens benutzt werden | Full refund Volle Erstattung | Full refund Volle Erstattung | Full refund Volle Erstattung | Full refund Volle Erstattung | Full refund Volle Erstattung |

| Standard | Standard Plus | Comprehensive | Premium | Elite |
|----------|---------------|---------------|---------|--------|
| £/\$/€ | £/\$/€ | £/\$/€ | £/\$/€ | £/\$/€ |

1

Hospital benefits — continued
Leistungen bei stationärer Behandlung — fortgesetzt

Pre-authorisation is required for benefits A, B, D, G, H and I
Vorabgenehmigung ist notwendig für Leistungen A, B, D, G, H, und I

| | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|
| Prescribed drugs and medicines Verschriebene Medikamente und Arzneien | Full refund Volle Erstattung | Full refund Volle Erstattung | Full refund Volle Erstattung | Full refund Volle Erstattung | Full refund Volle Erstattung |
| Diagnostic procedures including x-rays, pathology and MRI/CT/PET scans Diagnostische Untersuchungen, mit Röntgen, Pathologie, Kernspintomograph/CT Untersuchungen und PET Scan | Full refund Volle Erstattung | Full refund Volle Erstattung | Full refund Volle Erstattung | Full refund Volle Erstattung | Full refund Volle Erstattung |
| B. Day-patient treatment when a period of recovery is required in a hospital bed Ambulante Behandlung bei einer notwendigen Erholungsphase in in einem Krankenhausbett. | Full refund Volle Erstattung | Full refund Volle Erstattung | Full refund Volle Erstattung | Full refund Volle Erstattung | Full refund Volle Erstattung |
| C. Parental hospital stay for one insured person to stay with an insured child (under age 19) who is an in-patient Krankenhausunterbringung der Eltern , wenn eine versicherte Person bei einem versichertem Kind bleibt (unter 19 Jahre alt), das stationär behandelt wird | Full refund Volle Erstattung | Full refund Volle Erstattung | Full refund Volle Erstattung | Full refund Volle Erstattung | Full refund Volle Erstattung |
| D. In-patient psychiatric treatment up to the number of nights shown in each period of insurance Stationäre psychiatrische Behandlung , bis zu der Anzahl der angegebenen Nächte während jeder Versicherungsperiode | Not covered Δεν καλύπτονται | Full refund - <i>Maximum 15 nights</i> Volle Erstattung - <i>Maximum 15 Nächte</i> | Full refund - <i>Maximum 15 nights</i> Volle Erstattung - <i>Maximum 15 Nächte</i> | Full refund - <i>Maximum 30 nights</i> Volle Erstattung - <i>Maximum 30 Nächte</i> | Full refund - <i>Maximum 30 nights</i> Volle Erstattung - <i>Maximum 30 Nächte</i> |
| E. Accident and emergency room treatment which results in eligible in-patient, day-patient treatment Notaufnahme und Unfallstationsbehandlung aus der eine förderfähige stationäre, oder teilstationäre Behandlung hervorgeht | Full refund Volle Erstattung | Full refund Volle Erstattung | Full refund Volle Erstattung | Full refund Volle Erstattung | Full refund Volle Erstattung |
| F. External prosthesis related to a surgical operation Externe Prothesen im Zusammenhang mit einem chirurgischen Eingriff | 2,500 2.500 | 2,500 2.500 | 2,500 2.500 | 2,500 2.500 | 2,500 2.500 |
| G. Rehabilitation care received on an in-patient basis related to an accident/illness/injury that occurred whilst insured on the plan Rehabilitationsversorgung erhalten im Zusammenhang mit einem Unfall/Krankheit/Verletzung, der innerhalb des Versicherungszeitraum des Planes auftrat | Full refund - <i>Maximum 13 weeks</i> Volle Erstattung - <i>Maximum 13 Wochen</i> | Full refund - <i>Maximum 13 weeks</i> Volle Erstattung - <i>Maximum 13 Wochen</i> | Full refund - <i>Maximum 13 weeks</i> Volle Erstattung - <i>Maximum 13 Wochen</i> | Full refund - <i>Maximum 13 weeks</i> Volle Erstattung - <i>Maximum 13 Wochen</i> | Full refund - <i>Maximum 13 weeks</i> Volle Erstattung - <i>Maximum 13 Wochen</i> |

| Standard | Standard Plus | Comprehensive | Premium | Elite |
|----------|---------------|---------------|---------|--------|
| £/\$/€ | £/\$/€ | £/\$/€ | £/\$/€ | £/\$/€ |

1

Hospital benefits — continued
Leistungen bei stationärer Behandlung — fortgesetzt

Pre-authorization is required for benefits A, B, D, G, H and I
Vorabgenehmigung ist notwendig für Leistungen A, B, D, G, H, und I

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| <p>H. Kidney dialysis benefit when required temporarily for sudden kidney failure resulting from a disease or injury which is covered by the plan, and affects another part of the body. The maximum lifetime limit applies to this benefit Nierendialyseleistungen wenn es zeitbegrenzt notwendig ist bei plötzlichem Nierenversagen, durch eine Krankheit oder eine Verletzung, die durch den Plan abgedeckt ist, und bei der ein anderes Körperteil beeinträchtigt. Das Lebenszeit Limit trifft auf diese Leistung zu</p> | <p>Not covered Nicht abgedeckt</p> | <p>Up to 20,000 lifetime limit Bis zu 20,000 Lebenszeit Limit</p> | <p>Up to 20,000 lifetime limit Bis zu 20,000 Lebenszeit Limit</p> | <p>Up to 20,000 lifetime limit Bis zu 20,000 Lebenszeit Limit</p> | <p>Up to 20,000 lifetime limit Bis zu 20,000 Lebenszeit Limit</p> |
| <p>I. Organ implantation benefit for kidney, liver, heart, lung, stem cell, bone marrow, and skin grafts Organimplantationsleistung für Nieren, Leber, Herz, Lunge, Stammzellen, Knochenmark und Hauttransplantationen</p> | <p>Not covered Nicht abgedeckt</p> | <p>100,000 100.000</p> | <p>200,000 200.000</p> | <p>250,000 250.000</p> | <p>300,000 300.000</p> |
| <p>J. Day-patient psychiatric cover up to four separate day admissions in each period of insurance Psychiatrische Tagespatientenaufenthaltsabdeckung für bis zu vier verschiedenen Tagesaufnahmen in jeder einzelnen Versicherungsperiode.</p> | <p>Not covered Nicht abgedeckt</p> | <p>Full refund <i>Limited to 4 separate day case admissions per period of cover</i> Volle Erstattung – Begrenzt auf 4 verschiedene Tagesfall-Aufnahmen pro Deckungszeitraum</p> | <p>Full refund <i>Limited to 4 separate day case admissions per period of cover</i> Volle Erstattung – Begrenzt auf 4 verschiedene Tagesfall-Aufnahmen pro Deckungszeitraum</p> | <p>Full refund <i>Limited to 4 separate day case admissions per period of cover</i> Volle Erstattung – Begrenzt auf 4 verschiedene Tagesfall-Aufnahmen pro Deckungszeitraum</p> | <p>Full refund <i>Limited to 4 separate day case admissions per period of cover</i> Volle Erstattung – Begrenzt auf 4 verschiedene Tagesfall-Aufnahmen pro Deckungszeitraum</p> |
| <p>K. Local Ambulance Services when required for transportation to hospital in the event of a medical emergency Leistungen des örtliche Rettungsdienstes, wenn sie im Fall eines medizinischen Notfalls zum Transport ins Krankenhaus erforderlich sind.</p> | <p>Full refund Volle Erstattung</p> | <p>Full refund Volle Erstattung</p> | <p>Full refund Volle Erstattung</p> | <p>Full refund Volle Erstattung</p> | <p>Full refund Volle Erstattung</p> |
| <p>L. In-patient chronic conditions benefit diagnosed after the start date of the policy or agreed to be covered in writing at application stage. 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.</p> | <p>Full refund Volle Erstattung</p> | <p>Full refund Volle Erstattung</p> | <p>Full refund Volle Erstattung</p> | <p>Full refund Volle Erstattung</p> | <p>Full refund Volle Erstattung</p> |

| Standard | Standard Plus | Comprehensive | Premium | Elite |
|----------|---------------|---------------|---------|--------|
| £/\$/€ | £/\$/€ | £/\$/€ | £/\$/€ | £/\$/€ |

2 Cancer care benefit
Krebsbehandlungsabdeckung *Pre-authorization required*
Vorgenehmigung erforderlich

| | | | | | |
|---|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| A. Cancer treatment from the date an insured person is diagnosed as suffering from cancer, all and any treatment will be assessed and paid for under this benefit Krebsbehandlungsabdeckung von dem Datum an, an dem eine versicherte Person als krebskrank diagnostiziert wird, werden alle und jede Behandlung unter diesem Punkt eingeschätzt und bezahlt | Full refund Volle Erstattung | Full refund Volle Erstattung | Full refund Volle Erstattung | Full refund Volle Erstattung | Full refund Volle Erstattung |
|---|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|

3 Out-patient benefits
Leistungen bei ambulanter Behandlung *Benefit I is subject to a 12 month waiting period*
Für Leistung I gilt eine 12-monatige Wartezeit

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|-------------------------------------|
| A. Out-patient minor surgery where no period of recovery is required in a hospital bed Ambulante kleinere Operationen , wo keine Erholungszeit in einem Krankenhausbett notwendig ist | Full refund Volle Erstattung | Full refund Volle Erstattung | Full refund Volle Erstattung | Full refund Volle Erstattung | Full refund Volle Erstattung |
| B. Out-patient services, including Ambulante Dienstleistungen, inklusive Physician and consultants fees Prescribed drugs, medication and dressings Arzt und Kosten für den beratenden Arzt Verschriebene Medikamente, Arzneien und Verbandmaterial | 1,000 for treatment received within 6 weeks following an eligible in-patient hospital stay 1.000 für erhaltene Behandlung, die innerhalb von 6 Wochen nach einem zulässigen stationären Krankenhaus aufenthalt stattfindet | Combined limit of 2,500 Kombiniertes Limit von 2.500 | Combined limit of 5,000 Kombiniertes Limit von 5.000 | Combined limit of 10,000 Kombiniertes Limit von 10.000 | Full refund Volle Erstattung |

Hier Text eintragen

| Standard | Standard Plus | Comprehensive | Premium | Elite |
|----------|---------------|---------------|---------|--------|
| £/\$/€ | £/\$/€ | £/\$/€ | £/\$/€ | £/\$/€ |

3

Out-patient benefits — continued
Leistungen bei ambulanter Behandlung — fortgesetzt

*Benefit I is subject to a 12 month waiting period
Für Leistung I gilt eine 12-monatige Wartezeit*

| | | | | | |
|---|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| C. Diagnostic tests, x-rays, pathology Diagnostische Tests, Röntgen, Pathologie | Not covered Nicht abgedeckt | kombiniertes Limit von 2.500 | kombiniertes Limit von 5000 | kombiniertes Limit von 10.000 | volle Erstattung |
| D. Out-patient chronic conditions benefit diagnosed after the start date of the policy or agreed to be covered in writing at application stage. Ambulante Behandlung von chronischen Erkrankungen, die nach dem Beginn des Versicherungszeitraums diagnostiziert wurden oder deren Deckung in der Phase des Versicherungsantrags schriftlich vereinbart wurde. | Not covered Nicht abgedeckt | Kombiniertes Limit von 2.500 | Kombiniertes Limit von 5.000 | kombiniertes Limit von 10.000 | volle Ersattung |
| E. MRI/CT/PET scans Kernspintomograph/CT Untersuchungen und PET Scan | Not covered Nicht abgedeckt | Full refund Volle Erstattung | Full refund Volle Erstattung | Full refund Volle Erstattung | Full refund Volle Erstattung |
| F. Physiotherapy Physiotherapie | Not covered Nicht abgedeckt | 500 500 | 1,000 1.000 | 1,500 1.500 | 2,000 2.000 |
| G. Medical aids and devices including the hire of mobility aids Medizinische Hilfsmittel und Geräte inklusive das Ausleihen von Mobilitätshilfen | Not covered Nicht abgedeckt | 500 500 | 1,000 1.000 | 1,500 1.500 | 2,000 2.000 |
| H. Complementary therapies , including chiropractic, homeopathy, osteopathy, acupuncture, ayurvedic, herbal and Chinese medicines, with registered practitioners and associated prescribed drugs and medicines Ergänzende Therapien, inklusive Chiropraktiker, Homeopathie, Osteopathie, Akupunktur, ayurvedische Heilkunst, Kräuter- und chinesische Medizin, mit eingetragenen Praktikern und den entsprechenden verschriebenen Arzneimittel und Medikamenten | Not covered Nicht abgedeckt | 500 500 | 1,000 1.000 | 1,500 1.500 | 2,000 2.000 |
| I. Hormone replacement therapy to relieve the symptoms of the menopause Hormonersatztherapie zur Erleichterung der Symptome der Wechseljahre | Not covered Nicht abgedeckt | Not covered Nicht abgedeckt | Not covered Nicht abgedeckt | 250 250 | 350 350 |

| Standard | Standard Plus | Comprehensive | Premium | Elite |
|----------|---------------|---------------|---------|--------|
| £/\$/€ | £/\$/€ | £/\$/€ | £/\$/€ | £/\$/€ |

3

Out-patient benefits — continued
Leistungen bei ambulanter Behandlung — fortgesetzt

*Benefit I is subject to a 12 month waiting period
Für Leistung I gilt eine 12-monatige Wartezeit*

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| <p>J. Out-patient psychiatric treatment, when referred by a physician Ambulante psychiatrische Behandlung, wenn durch einen Arzt überwiesen</p> | <p>Not covered Nicht abgedeckt</p> | <p>Full refund - Maximum 5 visits Volle Erstattung - Maximum 5 Besuche</p> | <p>Full refund - Maximum 10 visits Volle Erstattung - Maximum 10 Besuche</p> | <p>Full refund - Maximum 15 visits Volle Erstattung - Maximum 15 Besuche</p> | <p>Full refund - Maximum 30 visits Volle Erstattung - Maximum 30 Besuche</p> |
| <p>K. Home nursing on the recommendation of a physician immediately following an in-patient hospital stay Pflege zu Hause auf die Empfehlung eines Arztes unmittelbar nach eines stationären Krankenhausaufenthalts</p> | <p>Not covered Nicht abgedeckt</p> | <p>Full refund - Maximum 3 weeks Volle Erstattung - Maximum 3 Wochen</p> | <p>Full refund - Maximum 12 weeks Volle Erstattung - Maximum 12 Wochen</p> | <p>Full refund - Maximum 26 weeks Volle Erstattung - Maximum 26 Wochen</p> | <p>Full refund - Maximum 26 weeks Volle Erstattung - Maximum 26 Wochen</p> |

4

Chronic condition benefits
Leistungen für die Behandlung chronischer Erkrankungen

*A two year waiting period applies to Benefit C and pre-authorization is required
Eine zweijährige Wartezeit trifft auf Leistung C zu und eine Vorgehmigung ist notwendig*

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| <p>A. Hospice care treatment for an insured person who is terminally ill and cared for in a hospice Behandlung in einem Hospiz für eine versicherte Person die unheilbar krank ist und in einem Hospiz versorgt wird</p> | <p>Full refund - Maximum 14 nights Volle Erstattung - Maximum 14 Nächte</p> | <p>Full refund - Maximum 14 nights Volle Erstattung - Maximum 14 Nächte</p> | <p>Full refund - Maximum 14 nights Volle Erstattung - Maximum 14 Nächte</p> | <p>Full refund - Maximum 14 nights Volle Erstattung - Maximum 14 Nächte</p> | <p>Full refund - Maximum 14 nights Volle Erstattung - Maximum 14 Nächte</p> |
| <p>B. HIV and AIDS treatment where contracted as a result of a blood transfusion Medizinische Behandlung für HIV und AIDS als Resultat einer Infektion bei einer Blutübertragung</p> | <p>Not covered Nicht abgedeckt</p> | <p>Not covered Nicht abgedeckt</p> | <p>2,500 each insured period Up to 37,500 lifetime limit 2.500 - Bis zu 37.500 Lebenszeit Limit</p> | <p>5,000 each insured period Up to 37,500 lifetime limit 5.000 - Bis zu 37.500 Lebenszeit Limit</p> | <p>7,500 each insured period Up to 37,500 lifetime limit 7.500 - Bis zu 37.500 Lebenszeit Limit</p> |

| Standard | Standard Plus | Comprehensive | Premium | Elite |
|----------|---------------|---------------|---------|--------|
| £/\$/€ | £/\$/€ | £/\$/€ | £/\$/€ | £/\$/€ |

5

**Wellness benefits
Leistungen bei Wellness**

*All benefits under this item are subject to a 12 month waiting period
Alle Leistungen unter diesem Punkt sind unterliegen einer 12 monatiger Wartezeit*

| | | | | | |
|---|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| A. Wellness screening including cancer screening and routine health tests for early diagnosis of medical conditions Wellness Vorsorgeuntersuchungen, inklusive Krebsvorsorge und routinemäßige Gesundheitsuntersuchungen für die Frühdiagnose von Krankheiten | 50 50 | 100 100 | 200 200 | 500 500 | 1,000 1.000 |
| B. Travel vaccinations/preventative medications for overseas travel Reiseimpfungen/Präventivmedikamenten für Fernreisen | Not covered Nicht abgedeckt | 50 50 | 75 75 | 100 100 | 150 150 |
| C. Child vaccinations for prevention of illness, up to the age of 10 Impfungen für Kinder zur Krankheitsverhütung bis zum Alter von 10 Jahren | Not covered Nicht abgedeckt | 50 50 | 75 75 | 100 100 | 150 150 |
| D. Optical benefit for one annual eye test Optische Leistungen für den jährlichen Sehtest | Not covered Nicht abgedeckt | Not covered Nicht abgedeckt | Not covered Nicht abgedeckt | Full refund Volle Erstattung | Full refund Volle Erstattung |
| E. Vision benefit for the cost of spectacles/contact lenses Optische Leistungen für die Kosten von Brille/Kontaktlinsen | Not covered Nicht abgedeckt | Not covered Nicht abgedeckt | Not covered Nicht abgedeckt | 100 100 | 300 300 |
| F. Laser eye benefit for surgery to correct vision Laserleistung für Operation zur Sehkorrektur | Not covered Nicht abgedeckt | Not covered Nicht abgedeckt | Full refund Volle Erstattung | Full refund Volle Erstattung | Full refund Volle Erstattung |
| G. Hearing test benefit for one annual hearing test Hörtestleistung für den jährlichen Hörtest | Not covered Nicht abgedeckt | Not covered Nicht abgedeckt | Not covered Nicht abgedeckt | Full refund Volle Erstattung | Full refund Volle Erstattung |
| H. Hearing aid benefit for the cost of a hearing aid Hörtesthilfeleistung für die Kosten eines Hörgerätes | Not covered Nicht abgedeckt | Not covered Nicht abgedeckt | Not covered Nicht abgedeckt | 150 150 | 300 300 |

| Standard | Standard Plus | Comprehensive | Premium | Elite |
|----------|---------------|---------------|---------|--------|
| £/\$/€ | £/\$/€ | £/\$/€ | £/\$/€ | £/\$/€ |

6

Dental treatment benefits
Dentale Leistungen

*A 10% co-insurance and a 6 month waiting period applies to benefits B, C, D and E of this item
Eine Mitversicherung von 10% und eine 6 monatige Wartezeit treffen auf die Leistungen B, C, D und E unter diesem Punkt zu*

| | | | | | |
|---|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <p>A. Emergency dental treatment - dental treatment required immediately following an accident to repair sound natural teeth Zahnärztliche Notfallbehandlung - Zahnärztliche Behandlung für sofortige Schmerzlinderung wenn ein Unfall die direkte Ursache ist</p> | Full refund Volle Erstattung | Full refund Volle Erstattung | Full refund Volle Erstattung | Full refund Volle Erstattung | Full refund Volle Erstattung |
| <p>B. Non-emergency routine dental treatment including routine examinations, x-rays, moulds, cleaning/polishing, fillings, extractions (except wisdom teeth) Nicht notfallbedingte routinemäßige Zahnbehandlung inklusive zahnärztliche Routineuntersuchungen, Röntgenaufnahmen, Abdrücke, Reinigen/Polieren von Füllungen und die Behandlung von Infektionen</p> | Not covered Nicht abgedeckt | Not covered Nicht abgedeckt | 750 750 | 1,000 1.000 | 1,500 1.500 |
| <p>C. Non-emergency major dental treatment including crowns, inlays, bridges, dentures, root canal treatment and treatment of infections Nicht notfallbedingte größere Zahnbehandlungen inklusive Kronen, Inlays, Brücken, Zahnersatz, Wurzelbehandlung und die Behandlung von Infektionen.</p> | Not covered Nicht abgedeckt | Not covered Nicht abgedeckt | 750 750 | 1,000 1.000 | 1,500 1.500 |
| <p>D. Extraction of wisdom teeth as an in-patient, out-patient or day-patient Das Ziehen von Weisheitszähnen stationär, ambulant oder als Tagespatient</p> | Not covered Nicht abgedeckt | Not covered Nicht abgedeckt | Full refund Volle Erstattung | Full refund Volle Erstattung | Full refund Volle Erstattung |
| <p>E. Orthodontic treatment for insured children under age 19 Kieferorthopädische Behandlung für versicherte Kinder unter 19 Jahre alt</p> | Not covered Nicht abgedeckt | Not covered Nicht abgedeckt | Not covered Nicht abgedeckt | 500 500 | 1,000 1.000 |

| Standard | Standard Plus | Comprehensive | Premium | Elite |
|----------|---------------|---------------|---------|--------|
| £/\$/€ | £/\$/€ | £/\$/€ | £/\$/€ | £/\$/€ |

7

Maternity benefits
Leistungen bei Schwangerschaft

*A 10 month waiting period applies and pre-authorisation is required
Eine 10 monatige Wartezeit trifft zu und Vorgehmigung ist erforderlich*

| | | | | | |
|---|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| A. Complications of pregnancy and childbirth Komplikationen bei Schwangerschaft und Geburt | Not covered Nicht abgedeckt | 2,500 2.500 | 10,000 10.000 | 15,000 15.000 | Full refund Volle Erstattung |
| B. Normal pregnancy and childbirth Normale Schwangerschaft und Geburt | Not covered Nicht abgedeckt | Not covered Nicht abgedeckt | Not covered Nicht abgedeckt | 7,500 7,500 | 10,000 10,000 |
| C. Paediatric benefit for the initial medical check-up of a newborn Pädiatrische Beitragsleistung zur ersten Kindervorversorgungsuntersuchung eines neugeborenen Kindes | Not covered Nicht abgedeckt | Not covered Nicht abgedeckt | Not covered Nicht abgedeckt | 150 150 | 300 300 |
| D. Premature baby treatment received within the first two months following birth Frühgeburtbehandlung, die innerhalb der ersten zwei Monate nach der Geburt stattfand | Not covered Nicht abgedeckt | Not covered Nicht abgedeckt | Not covered Nicht abgedeckt | Full refund Volle Erstattung | Full refund Volle Erstattung |

| Standard | Standard Plus | Comprehensive | Premium | Elite |
|----------|---------------|---------------|---------|--------|
| £/\$/€ | £/\$/€ | £/\$/€ | £/\$/€ | £/\$/€ |

8

Additional benefits
Zusätzliche Leistungen

*A 12 month waiting period applies to Benefit A and C
Eine 12 monatige Wartezeit trifft auf Leistung A und C zu*

| | | | | | |
|---|--|--|--|---|---|
| <p>A. Congenital benefit for conditions not discovered at birth but which can subsequently be corrected with surgery. A maximum lifetime limit applies to this benefit Leistungen für angeborene Krankheiten, die bei der Geburt nicht entdeckt wurden und die nachfolgend chirurgisch korrigiert werden können. Ein maximales Lebenszeit Limit trifft auf diese Leistung zu</p> | <p>Not covered Nicht abgedeckt</p> | <p>Not covered Nicht abgedeckt</p> | <p>Not covered Nicht abgedeckt</p> | <p>Full refund - Up to 20,000 lifetime limit Volle Erstattung- Bis zu 20,000 Lebenszeit Limit</p> | <p>Full refund - Up to 20,000 lifetime limit Volle Erstattung- Bis zu 20,000 Lebenszeit Limit</p> |
| <p>B. Congenital/birth defects benefit for conditions diagnosed within one year of birth for babies conceived by natural means. A maximum lifetime limit applies to this benefit Leistungen für angeborene/Geburtskrankheiten oder Krankheiten, die innerhalb eines Jahres nach der natürlichen Geburt von Babies, festgestellt wurden</p> | <p>Not covered Nicht abgedeckt</p> | <p>Not covered Nicht abgedeckt</p> | <p>Not covered Nicht abgedeckt</p> | <p>Full refund - Up to 20,000 lifetime limit Volle Erstattung- Bis zu 20,000 Lebenszeit Limit</p> | <p>Full refund - Up to 20,000 lifetime limit Volle Erstattung- Bis zu 20,000 Lebenszeit Limit</p> |
| <p>C. Infertility benefit investigations into the medical cause of infertility, where both members are insured under this policy and when the couple's treating physician believes there are symptoms and/or evidence to suggest a medical cause Untersuchung zur medizinischen Ursache von Unfruchtbarkeit, wenn beide Mitglieder unter dieser Police versichert sind und wenn der behandelnde Arzt des Paares glaubt, dass es Symptome und/oder Hinweise auf eine medizinische Ursache gibt</p> | <p>Not covered Nicht abgedeckt</p> | <p>Not covered Nicht abgedeckt</p> | <p>Not covered Nicht abgedeckt</p> | <p>2,000 2.000</p> | <p>3,000 3.000</p> |

| Standard | Standard Plus | Comprehensive | Premium | Elite |
|----------|---------------|---------------|---------|--------|
| £/\$/€ | £/\$/€ | £/\$/€ | £/\$/€ | £/\$/€ |

9

Cash benefits
Leistungen bei Geldzuwendungen

*Benefit B is subject to a 10 month waiting period
Leistung B unterliegt einer 10 monatigen Wartezeit*

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| <p>A. Hospital cash benefit when in-patient treatment received is free of charge Krankenhaus Barleistung zahlbar wenn der stationäre Aufenthalt des Patienten kostenlos ist</p> | <p>50 per night - Maximum 30 nights 50 pro Nacht - Maximum 30 Nächte</p> | <p>100 per night - Maximum 30 nights 100 pro Nacht - Maximum 30 Nächte</p> | <p>100 per night - Maximum 30 nights 100 pro Nacht - Maximum 30 Nächte</p> | <p>200 per night - Maximum 30 nights 200 pro Nacht - Maximum 30 Nächte</p> | <p>200 per night - Maximum 30 nights 200 pro Nacht - Maximum 30 Nächte</p> |
| <p>B. Maternity cash benefit payable on the birth of a child when no claim has been made under the maternity benefit Mutterschaftsgeldleistung zahlbar nach der Geburt jedes Kindes, wenn keine Ansprüche unter der Mutterschaftsgeldleistung geltend gemacht wurde</p> | <p>Not covered Nicht abgedeckt</p> | <p>Not covered Nicht abgedeckt</p> | <p>Not covered Nicht abgedeckt</p> | <p>250 250</p> | <p>500 500</p> |
| <p>C. Convalescence cash benefit payable for each complete week of confinement to home (excluding first week) - benefit limited to 4 weeks in each period of insurance Genesungsbargeld zahlbar für jede vollständige Woche zu Hause verbrachter Bettruhe (mit Ausnahme der ersten Woche), Leistung ist auf 4 Wochen in jedem Versicherungszeitraum beschränkt</p> | <p>Not covered Nicht abgedeckt</p> | <p>Not covered Nicht abgedeckt</p> | <p>Not covered Nicht abgedeckt</p> | <p>Not covered Nicht abgedeckt</p> | <p>500 500</p> |

10

Medical evacuation and repatriation benefits
Leistungen bei medizinischem Patiententransport und Evakuierung

*Pre-authorization is required
Vorabgenehmigung ist erforderlich*

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| <p>A. Emergency medical transportation of an insured person to the nearest suitable hospital when local medical care is inadequate and returning them to their country of residence after treatment, including the costs of a medical escort if necessary Die Kosten für den medizinischen Transport einer versicherten Person zum nächsten geeigneten Krankenhaus wenn medizinische Versorgung vor Ort unzureichend ist und Rücktransport der versicherten Person in ihr Wohnsitzland nach der Behandlung, inklusive der Kosten für eine medizinische Begleitperson, falls notwendig</p> | <p>Full refund Volle Erstattung</p> | <p>Full refund Volle Erstattung</p> | <p>Full refund Volle Erstattung</p> | <p>Full refund Volle Erstattung</p> | <p>Full refund Volle Erstattung</p> |
|--|---|---|---|---|---|

Medical evacuation and repatriation benefits — continued

Leistungen bei medizinischem Patiententransport und Evakuierung — fortgesetzt

*Pre-authorisation is required
Vorabgenehmigung ist erforderlich*

| | Standard | Standard Plus | Comprehensive | Premium | Elite |
|---|--|--|--|--|--|
| | £/\$/€ | £/\$/€ | £/\$/€ | £/\$/€ | £/\$/€ |
| B. Companion travel costs when accompanying an insured person during emergency medical transportation Die Kosten einer medizinischen Begleitperson , die eine versicherte Person während eines medizinischen Notfalltransports begleitet | Full refund Volle Erstattung | Full refund Volle Erstattung | Full refund Volle Erstattung | Full refund Volle Erstattung | Full refund Volle Erstattung |
| C. Companion accommodation costs when accompanying an insured person during an emergency medical transportation Begleiterunterkunftskosten für einen Freund oder Verwandten, um die versicherte Person während des medizinischen Krankentransports zu begleiten | Not covered Nicht abgedeckt | 100 - Maximum 10 nights per event 100 - Maximum 10 Nächte | 150 - Maximum 10 nights per event 150 - Maximum 10 Nächte | 200 - Maximum 10 nights per event 200 - Maximum 10 Nächte | 250 - Maximum 10 nights per event 250 - Maximum 10 Nächte |
| D. Medical assistance costs including referral, medical advice and obtaining essential prescription medication Medizinische Assistenzkosten inklusive ärztlicher Überweisung, medizinischer Beratung und beim Ersetzen von grundlegenden verschriebenen Medikamenten | Full refund Volle Erstattung | Full refund Volle Erstattung | Full refund Volle Erstattung | Full refund Volle Erstattung | Full refund Volle Erstattung |
| E. Dependent child travel costs for children under age 19 to travel to a destination of the insured person's choice following their emergency medical transportation, or for a relative to travel to the destination of the children Reisekosten für abhängige Kinder unter 19 Jahren zu einem Zielort nach Wahl der versicherten Person oder für einen Verwandten der zum Aufenthaltsort der Kinder reist | Economy Return Air Ticket Economy Hin—und Rückflugticket | Economy Return Air Ticket Economy Hin—und Rückflugticket | Economy Return Air Ticket Economy Hin—und Rückflugticket | Economy Return Air Ticket Economy Hin—und Rückflugticket | Economy Return Air Ticket Economy Hin—und Rückflugticket |
| F. Repatriation of the deceased when death occurs outside the home country Rücktransport einer verstorbenen Person wenn der Tod ausserhalb des Wohnortslandes stattfand | Full refund Volle Erstattung | Full refund Volle Erstattung | Full refund Volle Erstattung | Full refund Volle Erstattung | Full refund Volle Erstattung |
| G. Local burial or cremation when death occurs outside the home country Örtliches Begräbnis oder Feuerbestattung, im Lande wenn der Tod außerhalb des Wohnortsland eintrat | 1,000 1.000 | 1,000 1.000 | 2,000 2.000 | 2,000 2.000 | 5,000 5.000 |

| Standard | Standard Plus | Comprehensive | Premium | Elite |
|----------|---------------|---------------|---------|--------|
| £/\$/€ | £/\$/€ | £/\$/€ | £/\$/€ | £/\$/€ |

11

Out of area treatment benefit Leistungen für Behandlung außerhalb des Gebietes

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|---|
| <p>A. Emergency out of area treatment for emergency medical treatment and acute episodes of existing covered medical conditions, whilst the insured person is temporarily travelling outside their selected geographical area Notfallbehandlung außerhalb des Versicherungsgebiets für medizinische Notfallbehandlung und von akuter Episoden vorhandener abgedeckter Erkrankungen während die versicherte Person sich außerhalb seines ausgewählten geographischen Versicherungsgebietes befindet</p> | 25,000 - | 25,000 - | 40,000 - | 70,000 - | 100,000 - |
| | <i>Up to 30 days travel only</i> | <i>Up to 30 days travel only</i> | <i>Up to 30 days travel only</i> | <i>Up to 30 days travel only</i> | <i>Up to 30 days travel only</i> |
| | 25.000 – <i>nur bis zu 30 Reisetagen pro Jahr</i> | 25.000 – <i>nur bis zu 30 Reisetagen pro Jahr</i> | 40.000 – <i>nur bis zu 30 Reisetagen pro Jahr</i> | 70.000 – <i>nur bis zu 30 Reisetagen pro Jahr</i> | 100.000 – <i>nur bis zu 30 Reisetagen pro Jahr</i> |

12

Evacuation to home country Rücktransport in das Wohnortland

*Pre-authorization is required. Optional benefit only applicable if you have selected this benefit
 Vorabgenehmigung ist erforderlich. Optionaler Vorteil nur anwendbar, wenn Sie diese Vorteil ausgewählt haben.*

| | | | | | |
|--|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| <p>A. Home country evacuation to an insured person's home country (when the home country is within the selected geographical area). This only applies if this additional benefit has been purchased Rücktransport in das Wohnortland einer versicherten Person (wenn das Wohnortland sich innerhalb des ausgewählten geographischen Versicherungsgebietes befindet). Dies gilt nur, wenn diese zusätzliche Leistung gekauft wurde</p> | Full refund | Full refund | Full refund | Full refund | Full refund |
| | Volle Erstattung | Volle Erstattung | Volle Erstattung | Volle Erstattung | Volle Erstattung |

IF YOU HAVE SELECTED A POLICY EXCESS, IT WILL NOT APPLY TO 5. WELLNESS BENEFITS, 6. DENTAL TREATMENT BENEFITS, 9. CASH BENEFITS AND 10. MEDICAL EVACUATION AND REPATRIATION BENEFITS.
 WENN SIE EINEN SELBSTBEHALT GEWÄHLT HABEN, WIRD ES NICHT GELTEN FÜR 5. WELLNESS-LEISTUNGEN, 6. ZAHNBEHANDLUNGSLEISTUNGEN, 9. GELDLEISTUNGEN UND 10. MEDIZINISCHE EVAKUIERUNGS- UND RÜCKFÜHRUNGSLEISTUNGEN.

Haftungsausschluss

Es gibt keine Garantie und/oder Zusicherung bezüglich der Richtigkeit der deutschen Übersetzung, weder einzeln, noch als Ganzes. Es wird klargestellt, dass die deutsche Fassung eine Übersetzung des englischen Originals ist und der Information dient, und Morgan Price International Healthcare Ltd übernimmt keine Haftung für Fehler und/oder Ungenauigkeiten in der Übersetzung. Es wird klargestellt, dass die englische Fassung Vorrang vor allen Fragen bezüglich der Unrichtigkeit oder Interpretation des Inhalts des Plans/Produkts hat, einschließlich der allgemeinen Geschäftsbedingungen.