

Evolution Health Plan (EU) Evolution Gesundheitsplan (EU)

Standard Plus

Overall maximum limit

\$ / £ / €

Allgemeine Höchstgrenze

This is the maximum amount of money we will pay to, or on behalf of, each insured person in each period of insurance. Benefit provisions where the limit is 'Full Refund' are collectively subject to the overall maximum limit applying. For the avoidance of doubt, if a benefit is not included below then it is not covered by your policy unless agreed by us as an exception.

750,000

Dies ist der Höchstbetrag, den wir an jede versicherte Person oder in ihrem Namen in jedem Versicherungszeitraum zahlen. Leistungsregelungen mit der Begrenzung "Volle Erstattung" unterliegen insgesamt dieser allgemeinen Höchstgrenze. Um alle Zweifel auszuräumen, wenn eine Leistung unten nicht aufgeführt ist, ist sie nicht von unserer Versicherung gedeckt, es sei denn, es besteht eine Ausnahmeregelung.

1

Hospital Benefits Krankenhausleistungen

A IN-PATIENT HOSPITAL STAY – PRE-AUTHORISATION IS REQUIRED FOR THIS BENEFIT

Full Refund

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

Volle Erstattung

All required medical treatment provided to you when you are admitted as a registered in-patient in a hospital for a period of not less than 24 hours, and only when appropriate diagnostic procedures and/or treatment is not available on an out-patient or day-patient basis.

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 als Tagespatient nicht verfügbar sind.

To include:

- Cost of hospital accommodation in a standard single bedded room (where available), nursing, operating theatre fees, high dependency/intensive care/coronary care unit and special nursing fees.
- Surgeons', anaesthetists, consultants and physician fees.
- Physiotherapy.
- Internal prosthesis, medical aids/devices where used as an integral part of a surgical procedure.
- Prescribed drugs and dressings.
- Diagnostic tests including x-rays, pathology and MRI/CT/PET scans.

Einschließlich:

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

B DAY-PATIENT TREATMENT – PRE-AUTHORISATION IS REQUIRED FOR THIS BENEFIT

Full Refund

TAGESPATIENTENBEHANDLUNG – VORABGENEHMIGUNG IST FÜR DIESE LEISTUNG ERFORDERLICH

Volle Erstattung

Any surgical or medical procedures that you receive which are on an out-patient basis, but where you require a period of recovery in a hospital bed. It includes the costs of hospital accommodation, operating theatre, nursing, surgeons, anaesthetists, consultants and physician fees, diagnostic procedures and prescribed drugs and medicines.

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, Pflege, Chirurgen, Anästhesisten, Fachärzte und Ärzte, Diagnoseverfahren sowie verschriebene Arzneimittel und Medikamente.

C PARENTAL HOSPITAL STAY

KRANKENHAUSAUFENTHALT VON ELTERNTEILEN

Hospital accommodation costs for one insured person to stay with an insured child dependant, who is under age 19, and being admitted to hospital as an in-patient for medical treatment covered by this policy.

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.

Full Refund
Volle Erstattung

**D IN-PATIENT PSYCHIATRIC TREATMENT – PRE-AUTHORISATION IS REQUIRED FOR THIS BENEFIT
STATIONÄRE PSYCHIATRISCHE BEHANDLUNG – FÜR DIESE LEISTUNG IST EINE
VORABGENEHMIGUNG ERFORDERLICH**

Medical treatment provided when you are admitted as a registered in-patient in a recognised psychiatric unit of a hospital. It includes the cost of hospital accommodation in a standard single bedded room (where available), consultant psychiatrist's/psychologist's fees, diagnostic procedures and prescribed drugs and medicines.

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.

Full Refund –
Maximum 15
nights
Volle Erstattung
– Höchstens 15
Nächte

**E ACCIDENT AND EMERGENCY ROOM TREATMENT
UNFALL- UND NOTFALLBEHANDLUNG**

Treatment given in a hospital casualty ward or emergency room immediately following an accident or the sudden onset of a serious medical condition. Resulting in eligible in-patient or day-patient treatment. By immediate we mean within 2 hours of the eligible incident causing the problem.

Behandlung in der Unfallstation oder Notaufnahme eines Krankenhauses unmittelbar nach einem Unfall oder einer plötzlichen ernsthaften Erkrankung. Woraus sich eine entsprechende stationäre oder ambulante Behandlung ergibt. Mit unmittelbar meinen wir innerhalb von 2 Stunden nach dem Ereignis, das das Problem verursacht hat.

Full Refund
Volle Erstattung

**F EXTERNAL PROSTHESES
ÄUSSERE PROTHESEN**

An external device (i.e. artificial limbs) that substitutes or supplements a missing part of the body. Eine äußere Vorrichtung (z. B. künstliche Gliedmaßen), die einen fehlenden Körperteil ersetzt oder ergänzt.

2,500

**G REHABILITATION CARE – PRE-AUTHORISATION IS REQUIRED FOR THIS BENEFIT
REHABILITATIONSVERSORGUNG – FÜR DIESE LEISTUNG IST EINE VORABGENEHMIGUNG
ERFORDERLICH**

Treatment received on an in-patient basis in a recognised rehabilitation unit, under the supervision and direction of a physician, to restore health and mobility after an accident, injury or illness covered by this policy.

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.

Full Refund –
maximum 13
weeks
Volle Erstattung
– höchstens 13
Wochen

**H KIDNEY DIALYSIS BENEFIT – PRE-AUTHORISATION IS REQUIRED FOR THIS BENEFIT
NIEREN-DIALYSE-LEISTUNG – FÜR DIESE LEISTUNG IST EINE VORABGENEHMIGUNG
ERFORDERLICH**

Kidney dialysis needed temporarily for sudden kidney failure resulting from a disease or injury, covered by your policy.

Wenn die Dialyse zeitweilig wegen plötzlichen Nierenversagens aufgrund einer Krankheit oder Verletzung, die von Ihrer Versicherung gedeckt ist, nötig ist.

Up to 20,000
Lifetime Limit
Bis zu 20,000
Lebenszeit Limit

<p>I</p>	<p>ORGAN IMPLANTATION BENEFIT – PRE-AUTHORISATION IS REQUIRED FOR THIS BENEFIT LEISTUNG FÜR ORGANIMPLANTAT – FÜR DIESE LEISTUNG IST EINE VORABGENEHMIGUNG ERFORDERLICH</p> <p>Costs directly related to the implantation of the following natural human organs; kidney, liver, heart, lung, stem cell, bone marrow and skin grafts (where medically necessary and not for cosmetic purposes). Kosten im direkten Zusammenhang mit der Implantation 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"> • There is NO cover for the costs associated with locating a replacement organ, or for the removal of the organ from the donor, or any transportation and administration costs. • There is NO cover for costs associated with procurement and/or implantation of an artificial and /or non-human organ. • There is NO costs for medical treatment associated with cryopreservation, implantation or reimplantation of living cells or living tissues whether autologous or provided by a donor. • Die Kosten für die Suche nach einem Ersatzorgan oder die Entnahme des Organs aus dem Spender, für Transport oder Verwaltung sind NICHT gedeckt. • Kosten im Zusammenhang mit der Suche nach einem künstlichen und/oder nichtmenschlichen Organ und/oder der Implantation eines solchen sind NICHT gedeckt. • Kosten für Kryokonservierung, Implantation oder Reimplantation von lebenden Zellen oder lebendem Gewebe, ob autolog oder von einem Spender, sind NICHT gedeckt. 	<p>100,000</p>
<p>J</p>	<p>DAY-PATIENT PSYCHIATRIC COVER DECKUNG VON PSYCHIATRISCHER BEHANDLUNG VON TAGESPATIENTEN</p> <p>The cost of hospital accommodation in a standard single bedded room (where available) in a registered psychiatric unit for a psychiatric illness including, consultant psychiatric fees, diagnostic procedures and prescribed drugs and medicines. 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>	<p>Full Refund - Limited to 4 separate day case admissions per period of cover Volle Erstattung – Begrenzt auf 4 verschiedene Tagesfall-Aufnahmen pro Deckungszeitraum</p>
<p>K</p>	<p>LOCAL AMBULANCE SERVICES KRANKENWAGEN AM ORT</p> <p>The cost of provision of ambulance services to transport you to hospital in the event of a medical emergency. Die Kosten für den Transport im Krankenwagen zum Krankenhaus im Fall eines medizinischen Notfalls.</p>	<p>Full Refund Volle Erstattung</p>
<p>L</p>	<p>IN-PATIENT CHRONIC CONDITION BENEFITS LEISTUNGEN FÜR STATIONÄRE PATIENTEN MIT CHRONISCHEN ERKRANKUNGEN</p> <p>In-patient treatment of chronic medical conditions diagnosed after the start date of the policy or agreed to be covered in writing at application stage. <i>Chronic or end stage renal failure which requires regular or long term dialysis is not covered under this benefit.</i> 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 Endstadium-Nierenversagen, das regelmäßige oder langfristige Dialyse erfordert, ist nicht von dieser Leistung gedeckt.</i></p>	<p>Full Refund Volle Erstattung</p>

2 Cancer Care Benefit Leistung bei Krebsbehandlung

A	CANCER TREATMENT – PRE-AUTHORISATION IS REQUIRED FOR THIS BENEFIT KREBSBEHANDLUNG – FÜR DIESE LEISTUNG IST EINE VORABGENEHMIGUNG ERFORDERLICH From the date an insured person is diagnosed with cancer, subject to it not pre-existing the start date of the policy, whether it is in its acute, chronic or terminal stage, all and any treatment received thereafter on an in-patient, day-patient or out-patient basis involving: consultations, diagnostic tests, scans, investigations, prescribed drugs and dressings, chemotherapy, radiotherapy, stem cell transplants (from either bone marrow or blood), routine management and palliative treatments; will be assessed and paid for under this benefit. <i>Eligible costs incurred up until the point of diagnosis are not assessed under this benefit but may be covered under any out-patient benefit if included in your plan.</i> Ab dem Datum, zu dem ein Versicherter die Krebsdiagnose erhält, vorausgesetzt, dies liegt nach dem Abschluss der Versicherung, egal ob in einem akuten oder chronischen Stadium oder im Endstadium, wird jede danach durchgeführte Behandlung als stationärer, Tages- oder ambulanter Patient, einschließlich Sprechstunden, diagnostischen Untersuchungen, Scans, Nachforschungen, verschriebenen Arzneimitteln und Verbänden, Chemotherapie, Röntgentherapie, Stammzellentransplantaten (aus Knochenmark oder Blut), Routinemanagement und Palliativversorgung, beurteilt und gemäß dieser Leistungsregelung bezahlt. <i>Notwendige Kosten, die bis zur Diagnose angefallen sind, fallen nicht unter diese Leistung, können aber im Rahmen von ambulanten Leistungen in Ihrem Plan gedeckt sein.</i>	Full Refund Volle Erstattung
----------	---	---------------------------------

3 Out-Patient Benefits Ambulante Leistungen

A	OUT-PATIENT MINOR SURGERY AMBULANTE KLEINERE CHIRURGISCHE EINGRIFFE Minor surgical procedures carried out in a doctors clinic/consulting rooms or out-patient centre by a registered medical practitioner. Kleinere chirurgische Eingriffe, die in der Klinik oder den Sprechzimmern eines Arztes oder einem ambulanten Gesundheitszentrum durch einen zugelassenen Arzt vorgenommen werden.	Full Refund Volle Erstattung
B	OUT-PATIENT SERVICES AMBULANTE DIENSTE The services ordered by a physician who is licensed as a general practitioner, consultant or physician, including prescribed drugs, medicines and dressings. Die Dienste, die von einem Arzt, der approbierter Allgemeinmediziner, Facharzt oder Arzt ist, verschrieben werden, einschließlich Medikamenten und Verbänden.	Combined Limit of 2,500 Kombiniertes Limit von 2.500
C	DIAGNOSTIC TESTS, X-RAYS, PATHOLOGY DIAGNOSETESTS, RÖNTGENAUFNAHMEN, PATHOLOGIE The cost of diagnostic tests, investigations including ECG, X-rays, pathology and histology. Die Kosten für Diagnostetests, Untersuchungen wie EKG, Röntgenaufnahmen, Pathologie und Histologie.	
D	OUT-PATIENT CHRONIC CONDITION BENEFITS LEISTUNGEN FÜR AMBULANTE PATIENTEN MIT CHRONISCHEN ERKRANKUNGEN Treatment of chronic medical conditions on an out-patient basis 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. Chronic or end stage renal failure which requires regular or long term dialysis is not covered under this benefit. Chronisches oder Endstadium-Nierenversagen, das regelmäßige oder langfristige Dialyse erfordert, ist nicht von dieser Leistung gedeckt.	

E	MRI/CT/PET SCANS MRT-/CT-/PET-SCANS The cost of MRI/CT/PET scans when ordered by a physician. Die Kosten für MRT-/CT-/PET-Scans, wenn sie von einem Arzt verschrieben werden.	Full Refund Volle Erstattung
F	PHYSIOTHERAPY PHYSIOTHERAPIE Treatment provided by a licensed Physiotherapist. Behandlung durch einen zugelassenen Physiotherapeuten.	500
G	MEDICAL AIDS AND DEVICES MEDIZINISCHE HILFEN UND VORRICHTUNGEN The cost of hiring mobility aids and devices including: walking sticks or frames, wheelchairs and crutches. Die Kosten für das Mieten von Mobilitätshilfen und -vorrichtungen, einschließlich Spazierstöcken oder Rollatoren, Rollstühlen und Krücken.	500
H	COMPLEMENTARY THERAPIES ZUSÄTZLICHE THERAPIEN Chiropractic, homeopathy, osteopathy, acupuncture, ayurvedic, herbal and Chinese medicines, consultations with registered practitioners, including prescribed drugs and medicines. Chiropraktik, Homöopathie, Osteopathie, Akupunktur, Ayurveda, Kräuter- und chinesische Medizin, Sprechstunden bei zugelassenen Allgemeinmedizinerinnen, einschließlich verschriebener Arzneimittel und Medikamente.	500
I	HORMONE REPLACEMENT THERAPY HORMONERSATZTHERAPIE Treatment received to relieve the symptoms of the menopause, including; prescribed medicines, patches and implants. Behandlung zur Erleichterung der Wechseljahressymptome, einschließlich verschriebener Medikamente, Pflaster und Implantate.	Not Covered Nicht versichert
J	OUT-PATIENT PSYCHIATRIC TREATMENT – PRE-AUTHORISATION IS REQUIRED FOR THIS BENEFIT, A 12 MONTH WAIT PERIOD APPLIES TO THIS BENEFIT – MUST BE REFERRED BY A PHYSICIAN AMBULANTE PSYCHIATRISCHE BEHANDLUNG – FÜR DIESE LEISTUNG IST EINE VORABGENEHMIGUNG ERFORDERLICH, FÜR DIESE LEISTUNG GILT EINE 12-MONATIGE WARTEZEIT – ERFORDERT DIE ÜBERWEISUNG DURCH EINEN ARZT Treatment of any psychiatric and psychological disorders by a consultant psychiatrist/ psychotherapist, diagnosed after the start date of the policy, including consultations and prescribed drugs and medicines. This is subject to a referral from a primary physician. Behandlung aller psychiatrischen und psychologischen Störungen, die nach dem Beginn des Versicherungszeitraums diagnostiziert wurden, durch einen Facharzt für Psychiatrie/ Psychotherapeuten, einschließlich ärztlicher Beratung sowie verschriebener Arzneimittel und Medikamente. Dies unterliegt der Überweisung durch einen ersten Arzt.	Full Refund – maximum 5 visits Volle Erstattung – höchstens 5 Besuche
K	HOME NURSING HAUSPFLEGE Nursing at home where prescribed as medically necessary immediately following a period of in-patient treatment covered by this policy. All nursing must be provided by a qualified nurse and must be under the supervision and direction of a physician. Hauspflege, wenn als medizinisch notwendig verschrieben, unmittelbar nach einer von dieser Versicherung gedeckten stationären Behandlung. Die Pflege muss durch eine ausgebildete Krankenschwester erfolgen und von einem Arzt überwacht und geleitet werden.	Full Refund – Maximum 3 weeks Volle Erstattung – höchstens 3 Wochen

4 Chronic Condition Benefits Leistungen bei chronischen Erkrankungen

A HOSPICE CARE TREATMENT - PRE-AUTHORISATION IS REQUIRED FOR THIS BENEFIT
HOSPIZ-PFLEGEBEHANDLUNG – FÜR DIESE LEISTUNG IST EINE VORABGENEHMIGUNG ERFORDERLICH

Accommodation in a hospice for palliative treatment for an insured person who has been given a terminal prognosis.
 Aufnahme in ein Hospiz für Palliativbehandlung einer versicherten Person, die eine terminale Prognose erhalten hat.

Full Refund - maximum 14 nights
 Volle Erstattung – höchstens 14 Nächte

B HIV AND AIDS TREATMENT – PRE-AUTHORISATION IS REQUIRED FOR THIS BENEFIT, A TWO YEAR WAIT PERIOD APPLIES TO THIS BENEFIT
HIV- UND AIDS-BEHANDLUNG – FÜR DIESE LEISTUNG IST EINE VORABGENEHMIGUNG ERFORDERLICH, FÜR DIESE LEISTUNG GILT EINE ZWEIJÄHRIGE WARTEZEIT

Medical treatment for HIV and AIDS including related diseases where contracted as a direct result of a blood transfusion received after the insured persons start date.
 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.

Not Covered
 Nicht versichert

5 Wellness Benefits Wellness-Leistungen

ALL BENEFITS ARE SUBJECT TO A 12 MONTH WAIT PERIOD
ALLE LEISTUNGEN UNTERLIEGEN EINER 12-MONATIGEN WARTEZEIT

A WELLNESS SCREENING
WELLNESS-SCREENING

100

Including cancer screening (cervical smears, mammograms and prostate/colon/testicular), testing for body temperature, pulse, blood pressure, respiration, full blood count, fasting blood sugar, lipid (fats) profile, kidney function panel, liver function panel and thyroid panel.
This is not applicable to insured persons under the age of 16.
 Einschließlich Krebs-Screening (Abstriche, Mammogramm und Prostata/Kolon/Hoden), Untersuchung der Körpertemperatur, Puls, Blutdruck, Atmung, großes Blutbild, Nüchternblutzucker, Lipidprofil (Fette), Nierenfunktionstest, Leberfunktionstest und Schilddrüsentest.
Dies gilt nicht für versicherte Personen unter 16 Jahren.

B TRAVEL VACCINATIONS/PREVENTATIVE MEDICATIONS
REISEIMPFUNGEN/PRÄVENTIVMEDIKAMENTE

50

Vaccinations and immunisations and preventative medications that are directly related to overseas travel requirements.
 Impfungen und Immunisierungen und vorbeugende Medikamente in direktem Zusammenhang mit Überseereisen.

C CHILD VACCINATIONS
IMPFUNGEN VON KINDERN

50

Routine and preventative vaccinations for an insured child up to age 10.
 Routine- und vorbeugende Impfungen eines versicherten Kindes im Alter von bis zu 10 Jahren.

D OPTICAL BENEFIT
OPTIKLEISTUNG

Not Covered
 Nicht versichert

One annual vision/eye test.
 Ein jährlicher Seh-/ Augentest.

E	VISION BENEFIT LEISTUNG FÜR SEHVERMÖGEN Contribution towards the cost of glasses or contact lenses where prescribed by an ophthalmologist or optician. Kostenbeitrag zu Brille oder Kontaktlinsen, wenn von einem Augenarzt oder Optiker verschrieben. <i>This does not cover: contact lenses supplied for cosmetic purposes only, sunglasses of any kind, replacement glasses or contact lenses where they were worn prior to the start date of an insured persons policy.</i> <i>Nicht versichert sind: Kontaktlinsen, die nur aus kosmetischen Gründen geliefert werden, jede Art von Sonnenbrillen, Ersatzbrillen oder -kontaktlinsen, die vor Versicherungsbeginn einer versicherten Person getragen wurden.</i>	Not Covered Nicht versichert
F	LASER EYE BENEFIT LASERLEISTUNG FÜR DIE AUGEN Treatment and consultations related to corrective laser eye treatment when performed by a qualified ophthalmic surgeon. Beratungen zu korrekativer Laserbehandlung des Auges und entsprechende Behandlung, wenn sie durch einen qualifizierten Augenarzt erfolgen. <i>This does not cover: laser eye surgery where glasses or contact lenses were worn prior to the start date of an insured persons policy.</i> <i>Nicht versichert ist: Laserbehandlung der Augen, wenn Brille oder Kontaktlinsen vor Versicherungsbeginn einer versicherten Person getragen wurden.</i>	Not Covered Nicht versichert
G	HEARING TEST BENEFIT HÖRTEST-LEISTUNG One annual hearing test. Ein jährlicher Hörtest.	Not Covered Nicht versichert
H	HEARING AID BENEFIT HÖRGERÄTE-LEISTUNG Contribution towards the costs of a hearing aid where prescribed by an audiologist/ENT Consultant. Kostenbeitrag zu Hörgerät, wenn von einem Audiologen/HNO-Arzt verschrieben.	Not Covered Nicht versichert

6 Dental Treatment Benefits Zahnbehandlungsleistungen

A	EMERGENCY DENTAL TREATMENT NOTFALL-ZAHNBEHANDLUNG Dental treatment for immediate pain relief where required as a direct result of an accident. Only treatment received during the first 48 hours following the date of the accident is covered. Zahnbehandlung zur unmittelbaren Schmerzlinderung, wenn als direktes Ergebnis eines Unfalls erforderlich. Nur die Behandlung während der ersten 48 Stunden nach dem Unfall ist versichert. Please note there is no cover available for: <ul style="list-style-type: none"> • Treatment where the injury was caused by eating or drinking anything, even if it contained a foreign body. • Treatment where the damage was caused by normal wear and tear. • Treatment where the damage was caused by teeth brushing or any other oral hygiene procedure. • Treatment where the injury was caused by any means other than extra-oral impact. • Emergency dental treatment shall not include; restorative or remedial work; the use of any precious metals; orthodontic treatment of any kind; or dental surgery performed in a hospital, unless dental surgery is the only treatment available to alleviate the pain. Wir weisen darauf hin, dass nicht versichert ist: <ul style="list-style-type: none"> • 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. 	Full Refund Volle Erstattung
----------	--	---------------------------------

- 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.
- Notfall-Zahnbehandlung 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 NON-EMERGENCY ROUTINE DENTAL TREATMENT – A 6 MONTH WAIT PERIOD AND A 10% CO-INSURANCE APPLIES TO THIS BENEFIT

Not Covered
Nicht versichert

NICHT NOTFALLMÄSSIGE ZAHNBEHANDLUNG – FÜR DIESE LEISTUNG GILT EINE 6-MONATIGE WARTEZEIT UND IST EINE 10%IGE MITVERSICHERUNG ERFORDERLICH

Including: Routine examinations, cleaning and polishing, fillings using amalgams or composite materials, extractions (not wisdom tooth), x-rays, moulds and treatment for the relief of an infection including antibiotics and temporary fillings.

Einschließlich: Routineuntersuchungen, Reinigung und Politur, Füllungen mit Amalgam oder Verbundwerkstoffen, Zahnziehen (nicht Weisheitszahn), Röntgen, Formen und Entzündungsbehandlung, auch mit Antibiotika und vorübergehenden Füllungen.

Please note there is no cover available for:

- The cost of precious metals in any dental procedure;
- Gingivitis, periodontosis, or gum disease of any kind.
- Dental procedures other than those stated above.
- Replacement of existing crowns, inlays, fillings, bridges or missing teeth apparent at the start date of the policy.

Wir weisen darauf hin, dass 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 NON-EMERGENCY MAJOR DENTAL TREATMENT – A 6 MONTH WAIT PERIOD AND A 10% CO-INSURANCE APPLIES TO THIS BENEFIT

Not Covered
Nicht versichert

GRÖßERE NICHT NOTFALLMÄSSIGE ZAHNBEHANDLUNG – FÜR DIESE LEISTUNG GILT EINE 6-MONATIGE WARTEZEIT UND IST EINE 10%IGE MITVERSICHERUNG ERFORDERLICH

Root canal treatment, new porcelain crown, new inlay, new bridgework, repairs to crown or inlay, repairs to bridge.

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

Please note there is no cover available for:

- The cost of precious metals in any dental procedure;
- Gingivitis, periodontitis, or gum disease of any kind.
- Dental procedures other than those stated above.
- Replacement of existing crowns, inlays, fillings, bridges or missing teeth apparent at the start date of the policy.

Wir weisen darauf hin, dass 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.

<p>D EXTRACTION OF WISDOM TEETH - A 6 MONTH WAIT PERIOD AND A 10% CO-INSURANCE APPLIES TO THIS BENEFIT - PRE-AUTHORISATION REQUIRED FOR IN-PATIENT TREATMENT. ZIEHEN VON WEISHEITSZÄHNEN – FÜR DIESE LEISTUNG GILT EINE 6-MONATIGE WARTEZEIT UND IST EINE 10%IGE MITVERSICHERUNG ERFORDERLICH – FÜR STATIONÄRE BEHANDLUNG IST EINE VORABGENEHMIGUNG ERFORDERLICH</p> <p>Extraction of buried, impacted or un-erupted wisdom teeth on an in-patient, day-patient or out-patient basis.</p> <p>Extraktion von eingeschlossenen, retinierten oder nicht durchgebrochenen Weisheitszähnen bei stationären, Tages- oder ambulanten Patienten.</p>	<p>Not Covered Nicht versichert</p>
---	---

<p>E ORTHODONTIC TREATMENT - A 6 MONTH WAIT PERIOD AND A 10% CO-INSURANCE APPLIES TO THIS BENEFIT KIEFERORTHOPÄDISCHE BEHANDLUNG – FÜR DIESE LEISTUNG GILT EINE 6-MONATIGE WARTEZEIT UND IST EINE 10% IGE MITVERSICHERUNG ERFORDERLICH</p> <p>Orthodontic dental treatment for insured children under age 19.</p> <p>Kieferorthopädische Zahnbehandlung für versicherte Kinder unter 19 Jahren.</p>	<p>Not Covered Nicht versichert</p>
--	---

7 Maternity Benefits **A 10 MONTH WAIT PERIOD APPLIES AND PRE-AUTHORISATION IS REQUIRED**
Mutterschaftsleistungen **ES GILT EINE 10-MONATIGE WARTEZEIT UND ES IST EINE VORABGENEHMIGUNG ERFORDERLICH**

<p>A COMPLICATIONS OF PREGNANCY AND CHILDBIRTH SCHWANGERSCHAFTSKOMPLIKATIONEN UND GEBURT</p> <p>The costs of treatment for all pre-natal care; delivery costs; hospital accommodation for the newborn immediately following birth; and post natal care for the mother, where complications occur during the pregnancy or childbirth. For the purposes of this policy complications of pregnancy and childbirth will only be deemed to include the following: toxæmia, gestational hypertension, pre-eclampsia, ectopic pregnancy, hydatidiform mole, ante and post-partum haemorrhage, retained placenta membrane, stillbirths, miscarriage, caesarean sections (where a physician has certified that it is medically necessary) and abortions (where a physician has certified it is medically necessary).</p> <p>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 diese Versicherung gilt Folgendes als Schwangerschafts- und Entbindungskomplikation: Blutvergiftung, Schwangerschaftshypertonie, Präeklampsie, extrauterine Schwangerschaft, Blasenmole, ante- und postpartale Hämorrhagie, retinierte Plazentamembrane, Totgeburt, Fehlgeburt, Kaiserschnitt (wenn ein Arzt die medizinische Notwendigkeit bescheinigt hat) und Abtreibung (wenn ein Arzt die medizinische Notwendigkeit bescheinigt hat).</p> <p>Please note that no cover is available for:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terminations of pregnancy on non-medical grounds. • Ante-natal classes and midwifery costs when not directly associated with the childbirth delivery. • Treatment received by the newborn after the initial paediatric check up unless the newborn is added to the insured persons policy within 14 days of birth. • There is no cover for the pregnancy, delivery or newborn where the pregnancy has been conceived using any form of assisted reproduction (including in vitro fertilisation) under this benefit. <p>Wir weisen darauf hin, dass nicht versichert sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schwangerschaftsabbrüche aus nichtmedizinischen Gründen. • Kosten für Geburtsvorbereitung und Hebamme, wenn nicht in direktem Zusammenhang mit der Entbindung. • Behandlung des Neugeborenen nach dem ersten Check-up 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). 	<p>2,500</p>
--	--------------

B NORMAL PREGNANCY AND CHILDBIRTH

NORMALE SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT

Not Covered
Nicht versichert

The costs of treatment for all pre-natal care; delivery costs; hospital accommodation for the newborn immediately following birth; and post-natal care for the mother.

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

Please note that no cover is available for:

- Terminations of pregnancy on non-medical grounds.
- Ante-natal classes and midwifery costs when not directly associated with the childbirth delivery.
- Treatment received by the newborn after the initial paediatric check up unless the newborn is added to the insured persons policy within 14 days of birth.
- There is no cover for the pregnancy, delivery or newborn where the pregnancy has been conceived using any form of assisted reproduction (including in vitro fertilisation) under this benefit.

Wir weisen darauf hin, dass nicht versichert sind:

- Schwangerschaftsabbrüche aus nichtmedizinischen Gründen.
- Kosten für Geburtsvorbereitung und Hebamme, wenn nicht in direktem Zusammenhang mit der Entbindung.
- Behandlung des Neugeborenen nach dem ersten Check-up 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 PAEDIATRIC BENEFIT

KINDERARZT-LEISTUNG

Not Covered
Nicht versichert

Contribution towards the costs of an initial paediatric check-up for the newborn.

Kostenbeitrag für einen ersten kinderärztlichen Check-up des Neugeborenen.

There is no cover for the pregnancy, delivery or newborn where the pregnancy has been conceived using any form of assisted reproduction (including in vitro fertilisation) under this benefit.

Schwangerschaft, Entbindung oder Neugeborene fallen nicht unter diese Leistung, wenn irgendeine Form künstlicher Befruchtung erfolgt ist (einschließlich In-vitro-Fertilisation).

D PREMATURE BABY TREATMENT

FRÜHGEBURTENBEHANDLUNG

Not Covered
Nicht versichert

The costs of medical treatment for a premature baby where received during the first 2 months following birth.

Die Kosten für medizinische Behandlung einer Frühgeburt während der ersten 2 Monate nach der Geburt.

Please note that no cover is available:

- Where the baby has not been added to the insured persons policy within 14 days of birth.
- For continuing treatment after the expiry of the initial 2 month period other than for new and unrelated medical conditions.
- Treatment received by the newborn after the initial paediatric check up unless the newborn is added to the insured persons policy within 14 days of birth.
- There is no cover for the pregnancy, delivery or newborn where the pregnancy has been conceived using any form of assisted reproduction (including in vitro fertilisation) under this benefit.

Wir weisen darauf hin, dass nicht versichert ist:

- 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 2 Monaten, es sei denn, es handelt sich um neue, davon unabhängige Erkrankungen.

- Behandlung des Neugeborenen nach dem ersten Check-up 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 Additional Benefits Zusatzleistungen

A CONGENITAL BENEFIT - A 12 MONTH WAIT PERIOD APPLIES TO THIS BENEFIT Not Covered Nicht versichert

LEISTUNG BEI ANGEBORENEN KRANKHEITEN – FÜR DIESE LEISTUNG GILT EINE 12-MONATIGE WARTEZEIT

For conditions not discovered at birth but which can subsequently be corrected with surgery. A maximum lifetime limit applies to this benefit.
Bei Krankheiten, die bei der Geburt nicht entdeckt wurden, die aber später operativ beseitigt werden können.
Für diese Leistung gilt eine Lebensdauer-Höchstbegrenzung.
This benefit is only available if the insured person has been covered on the policy since birth.
Diese Leistung ist nur verfügbar, wenn die Versicherung für den Versicherten seit der Geburt besteht.

B CONGENITAL/BIRTH DEFECTS BENEFIT Not Covered Nicht versichert

LEISTUNG BEI ANGEBORENEN KRANKHEITEN/GEBURTSFEHLERN

For conditions diagnosed within one year of birth for babies conceived by natural means. A maximum lifetime limit applies to this benefit.
Bei Erkrankungen, die innerhalb eines Jahres nach der Geburt bei natürlich empfangenen Babys diagnostiziert werden.
Für diese Leistung gilt eine Lebensdauer-Höchstbegrenzung.
This benefit is only available if the insured person has been covered on the policy since birth.
Diese Leistung ist nur verfügbar, wenn die Versicherung für den Versicherten seit der Geburt besteht.

C INFERTILITY BENEFIT - A 12 MONTH WAIT PERIOD APPLIES TO THIS BENEFIT Not Covered Nicht versichert

LEISTUNG BEI UNFRUCHTBARKEIT – FÜR DIESE LEISTUNG GILT EINE 12-MONATIGE WARTEZEIT

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.
Untersuchungen der medizinischen Ursache der Unfruchtbarkeit, wenn beide Partner hier versichert sind und wenn der behandelnde Arzt des Paares der Auffassung ist, dass Symptome und/oder Beweise für eine medizinische Ursache vorliegen.

Please note that no cover is available:

- For medical treatment for infertility, or any other related condition, once a medical cause has been identified.

Wir weisen darauf hin, dass nicht versichert ist:

- Medizinische Behandlung der Unfruchtbarkeit oder einer damit zusammenhängenden Erkrankung, wenn die medizinische Ursache erkannt wurde.

**Cash Benefits
Barleistungen**

A HOSPITAL CASH BENEFIT

KRANKENHAUS-BARLEISTUNG

The amount payable when in-patient treatment has been received free of charge within the provision of a state run national health service for which no claim is made/paid under any other item of this policy.

Der zu zahlende Betrag, wenn die stationäre Behandlung kostenlos durch einen nationalen Gesundheitsdienst durchgeführt wird, für den keine Bezahlung unter einem anderen Punkt dieser Versicherung verlangt/geleistet wird.

If you make a claim under this benefit of the policy you are unable to make a further claim under any other benefit on the policy for the same medical condition.

Wenn Sie auf diese Leistung der Versicherung einen Antrag stellen, können Sie keinen weiteren Antrag auf eine andere Leistung für dieselbe Erkrankung stellen.

100 per night
– maximum 30
nights
100 pro Nacht
– höchstens 30
Nächte

B MATERNITY CASH BENEFIT – A 10 MONTH WAIT PERIOD APPLIED TO THIS BENEFIT

MUTTERSCHAFTSBARLEISTUNG – FÜR DIESE LEISTUNG GILT EINE 10-MONATIGE WARTEZEIT

The amount payable on the birth of each child subject to the child being born at least 10 months after the mother’s start date. This benefit is only payable where no claim for pregnancy and/or childbirth has been made/paid against any other item of this policy.

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 Antrag wegen Schwangerschaft und/oder Entbindung unter einem anderen Punkt der Versicherung gestellt wurde.

Please note that notification of the addition of a newborn does not constitute a formal claim submission for this benefit.

Wir weisen darauf hin, dass die Mitteilung über die Hinzufügung eines Neugeborenen nicht dem formellen Antrag auf diese Leistung entspricht.

If you make a claim under this benefit of the policy you are unable to make a further claim under any other benefit on the policy for the same medical condition.

Wenn Sie auf diese Leistung der Versicherung einen Antrag stellen, können Sie keinen weiteren Antrag auf eine andere Leistung für dieselbe Erkrankung stellen.

Not Covered
Nicht versichert

C CONVALESCENCE CASH BENEFIT

BARLEISTUNG FÜR REKONVALESCENZ

The amount payable for each complete week of confinement to home (excluding the first week), on the instruction of the treating consultant, immediately following a period of in-patient hospital treatment for a medical condition covered by this policy. Limited to 4 weeks per period of insurance.

Der zahlbare Betrag für jede volle Woche, die auf Anweisung des behandelnden Arztes zu Hause verbracht wird (außer der ersten Woche), unmittelbar nach einer stationären Behandlung im Krankenhaus wegen einer Krankheit, die mit dieser Police versichert ist. Begrenzt auf 4 Wochen pro Versicherungszeitraum.

If you make a claim under this benefit of the policy you are unable to make a further claim under any other benefit on the policy for the same medical condition.

Wenn Sie auf diese Leistung der Versicherung einen Antrag stellen, können Sie keinen weiteren Antrag auf eine andere Leistung für dieselbe Erkrankung stellen.

Not Covered
Nicht versichert

A EMERGENCY MEDICAL TRANSPORTATION
TRANSPORT BEI MEDIZINISCHEM NOTFALL

The costs of emergency medical transportation, and medical care en route, for an insured person who has a critical medical condition and local facilities are inadequate or not available. Transportation will be to the nearest suitable hospital in either their country of residence or a nearby country (not necessarily the home country), returning the insured person to their country of residence after treatment.

Full Refund
 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 nächsten geeigneten Krankenhaus im Land des Wohnsitzes der versicherten Person oder in einem nahegelegenen Land (nicht unbedingt das Heimatland) und ihr Rücktransport in das Land ihres Wohnsitzes nach der Behandlung.

Please note no cover is available:

- For any subsequent transfer costs arising as a result of the same medical condition once we have returned the insured person to their country of residence.
- Emergency medical transportation costs where the insured person is not being admitted to a hospital for medical treatment, or where the costs have not been approved by us prior to travel commencing.
- The transfer of a pregnant woman to hospital for routine childbirth, unless it is necessary due to medical complications.
- Any costs for transportation, cremation or local burial of mortal remains where death has occurred directly or indirectly as a result of a medical condition, treatment or accident, not covered under this policy.

Wir weisen darauf hin, dass nicht versichert sind:

- Kosten für einen folgenden Transfer aufgrund derselben Erkrankung, nachdem wir die versicherte Person in das Land ihres Wohnsitzes 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 zum Krankenhaus für eine Routine-Entbindung, wenn dies nicht wegen medizinischer Komplikationen nötig ist.
- Alle Kosten für Transport, Einäscherung oder lokale Beerdigung der sterblichen Überreste, wenn der Tod direkt oder indirekt aufgrund einer Krankheit, Behandlung oder eines Unfalls eingetreten ist, die nicht mit dieser Police versichert sind.

B COMPANION TRAVEL COSTS
REISEKOSTEN DER BEGLEITUNG

Reasonable travelling costs of a close relative or friend, to accompany the insured person during an emergency medical transportation. The close relative or friend must have been in the same location as the insured person at the time of the event necessitating transportation.

Full Refund
 Volle Erstattung

Reisekosten in annehmbarer 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.

Please note there is no cover available for:

- Travel and accommodation costs unless specifically agreed by us and confirmed in writing prior to the date of travel.
- Any additional travelling costs incurred by the nominated close relative or friend, if it is necessary for us to arrange for the insured person to be transferred to a second hospital within the same country.

Wir weisen darauf hin, dass nicht versichert sind:

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

C COMPANION ACCOMMODATION COSTS
UNTERBRINGUNGSKOSTEN DER BEGLEITUNG

Overnight accommodation costs for the accompanying close relative or friend, to stay with or near the insured person while hospitalised.
 Übernachtungskosten des begleitenden nahen Verwandten oder Freundes, der während der Krankenhausbehandlung bei der versicherten Person bleibt.

100 – Maximum
 10 nights per event
 100 – Höchstens
 10 Nächte pro Ereignis

Please note there is no cover available for:

- Travel and accommodation costs unless specifically agreed by us and confirmed in writing prior to the date of travel.
- Any additional travelling costs incurred by the nominated close relative or friend, if it is necessary for us to arrange for the insured person to be transferred to a second hospital within the same country.

Wir weisen darauf hin, dass nicht versichert sind:

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

D MEDICAL ASSISTANCE COSTS
KOSTEN FÜR MEDIZINISCHE HILFE

Medical referral assistance services including the provision of basic medical advice by telephone and assistance in replacing essential prescription drugs.
 Medizinische Überweisungshilfe einschließlich grundlegender medizinischer Beratung per Telefon und Hilfe beim Ersatz wesentlicher verschreibungspflichtiger Medikamente.

Full Refund
 Volle Erstattung

E DEPENDANT CHILD TRAVEL COSTS
REISEKOSTEN MINDERJÄHRIGER KINDER

Following an emergency medical transportation, we will arrange and pay to transport, to a specified destination, any child/ren under age 19 left at home unattended or pay for the travelling costs (one economy class return ticket), of a person to take care of the child/ren at home.

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

Economy Return
 Air Ticket
 Economy-Class-
 Rückflugticket

F REPATRIATION OF THE DECEASED
REPATRIERUNG DES/DER VERSTORBENEN

The cost of transportation of mortal remains following death of an insured person, available only when the death of the insured person occurs while outside of their home country.

Die Kosten des Transports der sterblichen Überreste einer versicherten Person, nur wenn diese außerhalb ihres Heimatlandes verstirbt.

Full Refund
 Volle Erstattung

G LOCAL BURIAL OR CREMATION
LOKALE BEERDIGUNG ODER EINÄSCHERUNG

The costs of local burial or cremation in the country where death occurred and transportation of the urn to either the deceased's home country or country of residence, available only when the death of the insured person occurs while outside of their home country.

Die Kosten der Beerdigung oder Einäscherung am Ort in dem Land, in dem der Tod eingetreten ist, und Transport der Urne entweder in das Heimatland oder das Land des Wohnsitzes des/der Verstorbenen, nur wenn der Tod der versicherten Person außerhalb ihres Heimatlandes eintritt.

1,000

Please note there is no cover available for:

- The cost of a religious practitioner, floral tributes, musical provision, hire of funeral vehicles or food and beverages.
- Any costs where the insured person has died in their home country.
- Any costs for transportation, cremation or local burial of mortal remains where death has occurred directly or indirectly as a result of a medical condition, treatment or accident, not covered under this policy.

Wir weisen darauf hin, dass nicht versichert sind:

- Die Kosten für einen Pfarrer, Blumenschmuck, Musik, Essen und Trinken oder die Miete für Beerdigungsfahrzeuge.
- Alle Kosten, wenn die versicherte Person in ihrem Heimatland verstorben ist.
- Alle Kosten für Transport, Einäscherung oder lokale Beerdigung der sterblichen Überreste, wenn der Tod direkt oder indirekt aufgrund einer Krankheit, Behandlung oder eines Unfalls eingetreten ist, die nicht mit dieser Police versichert sind.

11

Out of Area Treatment Benefit Leistung für Behandlung im Ausland

A EMERGENCY OUT OF AREA TREATMENT

NOTFALLBEHANDLUNG IM AUSLAND

The costs of short term treatment for emergency medical conditions covered by your policy that occur while you are travelling outside of your elected area of cover as shown on your certificate of insurance. Where such travel is for a maximum of 30 days per annum.

Die Kosten für kurzfristige Behandlung bei medizinischen Notfällen, die von Ihrer Versicherung gedeckt sind, die auftreten, während Sie außerhalb Ihres laut Ihrer Versicherungsbescheinigung gewählten Deckungsbereichs auf Reisen sind. Bei Reisen von maximal 30 Tagen Dauer pro Jahr.

Please note there is no cover available:

- For non-emergency medical treatment outside of your geographical area.
- Emergency medical treatment when the total number of days travelling in each period of insurance exceeds 30 days.
- Treatment where you have specifically travelled with the purpose of obtaining treatment.

Wir weisen darauf hin, dass nicht versichert ist:

- Medizinische Behandlung außerhalb Ihres geografischen Bereichs, wenn kein Notfall vorliegt.
- Medizinische Notfallbehandlung, wenn die Gesamtzahl an Reisetagen in jedem Versicherungszeitraum 30 Tage übersteigt.
- Behandlung, wenn Sie extra in der Absicht verreist sind, sich medizinisch behandeln zu lassen.

25,000 – up to
30 days travel
only per annum
25.000 – nur
bis zu 30
Reisetagen pro
Jahr

12

Evacuation to Home Country Evakuierung in das Heimatland

PRE-AUTHORISATION IS REQUIRED.
OPTIONAL BENEFIT ONLY APPLICABLE IF YOU HAVE SELECTED THIS BENEFIT.
VORABGENEHMIGUNG ERFORDERLICH.
OPTIONALE LEISTUNG NUR ANWENDBAR, WENN SIE DIESE LEISTUNG GEWÄHLT HABEN.

A EVACUATION TO HOME COUNTRY – OPTIONAL BENEFIT

EVAKUIERUNG IN DAS HEIMATLAND – OPTIONALE LEISTUNG

The costs of emergency medical transportation and medical care en route for an insured person who has a critical medical condition and local medical facilities are inadequate or not available. Transportation will be to the home country provided that it is a medically viable option, returning the insured person to their country of residence after treatment.

If your home country is the United States of America, your policy will automatically terminate after 90 days in your home country.

Die Kosten für medizinischen Notfalltransport und medizinische Versorgung unterwegs einer versicherten Person mit einer kritischen Erkrankung, wenn die lokalen medizinischen Einrichtungen ungeeignet oder nicht verfügbar sind.

Transport in das Heimatland, wenn es vom medizinischen Standpunkt aus möglich ist, Rücktransport der versicherten Person in das Land ihres Wohnsitzes nach der Behandlung. Sind die USA Ihr Heimatland, endet Ihre Versicherung automatisch nach 90 Tagen in Ihrem Heimatland.

Full Refund
Volle Erstattung

Please note no cover is available:

- If your home country is not within your selected area of cover shown on your certificate of insurance.
- Any subsequent transfer costs arising as a result of the same medical condition once we have returned the insured person to their home country.
- Travel costs unless specifically agreed by us and confirmed, in writing, prior to the date of travel.
- Evacuation costs where the insured person is not being admitted to a hospital for medical treatment, or where costs have not been approved by us prior to travel commencing.
- The transfer of a pregnant woman to hospital for routine childbirth, unless it is necessary due to medical complications.

Wir weisen darauf hin, dass nicht versichert sind:

- Wenn Ihr Heimatland nicht zu dem von Ihnen gewählten Deckungsbereich auf Ihrer Versicherungsbescheinigung gehört.
- Alle folgenden Transferkosten als Ergebnis derselben Erkrankung, sobald wir die versicherte Person in ihr Heimatland zurückgebracht haben.
- Reisekosten, wenn nicht mit uns ausdrücklich vereinbart und vor dem Reisedatum schriftlich bestätigt.
- 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 zum Krankenhaus für eine Routine-Entbindung, wenn dies nicht wegen medizinischer Komplikationen nötig ist.

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 EINE SELBSTBETEILIGUNG VEREINBART HABEN, IST SIE NICHT FÜR 5 ANWENDBAR. WELLNESSLEISTUNGEN, 6. ZAHNBEHANDLUNGSLEISTUNGEN, 9. BARLEISTUNGEN UND 10. LEISTUNGEN FÜR MEDIZINISCHE EVAKUIERUNG UND REPATRIERUNG.