

Leistungsverzeichnis

ALLE LEISTUNGEN GELTEN FÜR DAS NETZWERK VON LEISTUNGSERBRINGERN ODER BEDÜRFEIN EINER VORABGENEHMIGUNG, WENN SIE AUSSERHALB DES NETZWERKS ANFALLEN.

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

Allgemeine Höchstgrenze

Dies ist der Höchstbetrag, den wir an jede versicherte Person oder in ihrem Namen in jeder Versicherungsperiode zahlen.

500,000	750,000	1,000,000	1,500,000	2,000,000
---------	---------	-----------	-----------	-----------

1 Krankenhausleistungen

Für die Leistungen A, B, D, G, H und I ist eine Vorabgenehmigung erforderlich

	Standard	Standard Plus	Comprehensive	Premium	Elite
A. Stationärer Krankenhausaufenthalt, einschließlich					
Krankenhausaufenthalt, Krankenpflege, OP-Saal und Kosten für Intensivstation/IMC	Volle Erstattung				
Honorare von Chirurgen, Anästhesisten, Fachärzten und Ärzten	Volle Erstattung				
Physiotherapie	Volle Erstattung				
Innere Prothesen, medizinische Hilfsmittel/Vorrichtungen, wenn sie als integraler Bestandteil eines chirurgischen Verfahrens benutzt werden	Volle Erstattung				
Verschriebene Arzneimittel und Medikamente	Volle Erstattung				
Diagnostische Verfahren, einschließlich Röntgenaufnahmen, Pathologie und MRT-/CT-/PET-Scans	Volle Erstattung				
B. Teilstationäre Behandlung, wenn eine Erholungsphase in einem Krankenhausbett erforderlich ist	Volle Erstattung				
C. Krankenhausaufenthalt eines Elternteils für eine versicherte Person, die bei einem stationär behandelten Kind (unter 19 Jahren) bleibt.	Volle Erstattung				

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

1 Krankenhausleistungen — Fortsetzung

Für die Leistungen A, B, D, G, H und I ist eine Vorabgenehmigung erforderlich

D. Stationäre psychiatrische Behandlung bis zur Anzahl der Nächte, die für jede Versicherungsperiode angegeben ist	Nicht versichert	Volle Erstattung - Maximal 15 Nächte	Volle Erstattung - Maximal 15 Nächte	Volle Erstattung - Maximal 30 Nächte	Volle Erstattung - Maximal 30 Nächte
E. Unfall- und Notfallbehandlung, die zu einer erstattungsfähigen stationären oder teilstationären Behandlung führt	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
F. Äußere Prothesen, die mit einem chirurgischen Eingriff verbunden sind	2,500	2,500	2,500	2,500	2,500
G. Rehabilitationsversorgung auf stationärer Basis, die im Zusammenhang mit einem Unfall, einer Verletzung oder einer Krankheit stehen, welche/r während der Versicherungsdauer aufgetreten ist	Volle Erstattung - Maximal 13 Wochen	Volle Erstattung - Maximal 13 Wochen	Volle Erstattung - Maximal 13 Wochen	Volle Erstattung - Maximal 13 Wochen	Volle Erstattung - Maximal 13 Wochen
H. Nierendialyse-Leistungen bei vorübergehender Notwendigkeit bei plötzlichem Nierenversagen infolge einer Krankheit oder Verletzung, die durch den Plan abgedeckt ist. Für diese Leistung gilt eine Lebensdauer-Höchstbegrenzung	Lebensdauer- Begrenzung bis 20,000	Lebensdauer- Begrenzung bis 20,000	Lebensdauer- Begrenzung bis 20,000	Lebensdauer- Begrenzung bis 20,000	Lebensdauer- Begrenzung bis 20,000
I. Leistung für Organtransplantation für Nieren-, Leber-, Herz-, Lungen-, Stammzellen-, Knochenmark- und Hauttransplantationen	100,000	100,000	200,000	250,000	300,000
J. Teilstationäre psychiatrische Leistungen für bis zu vier separate teilstationäre Aufnahmen pro Versicherungsperiode	Nicht versichert	Volle Erstattung <i>begrenzt auf vier verschiedene teilstationäre Aufnahmen pro Versicherungsperiode</i>			
K. Örtliche Ambulanzdienste, wenn benötigt für den Transport ins Krankenhaus im Falle eines medizinischen Notfalls	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
L. Leistungen für stationäre Patienten mit chronischen Erkrankungen, die nach dem Beginn des Versicherungszeitraums diagnostiziert wurden oder deren Deckung in der Phase des Versicherungsantrags schriftlich vereinbart wurde.	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung

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

2 Leistung bei Krebsbehandlung

Vorabgenehmigung erforderlich

A. Krebsbehandlungen: Ab dem Datum, an dem bei einer versicherten Person Krebs diagnostiziert wird, werden alle Behandlungen im Rahmen dieser Leistung bewertet und bezahlt	Volle Erstattung				
---	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------

3 Ambulante Leistungen

Für Leistung J gilt eine 12-monatige Wartezeit und eine Vorabgenehmigungspflicht

A. Ambulante kleinere chirurgische Eingriffe, bei denen keine Erholungsphase im Krankenhausbett erforderlich ist	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
B. Ambulante Dienste, einschließlich Arzt- und Facharztgebühren Verordnete Medikamente, Arzneimittel und Verbände	1.000 für Behandlungen, die vor oder nach einer Operation oder innerhalb von sechs Wochen nach einem erstattungsfähigen stationären Aufenthalt erhalten werden	Kombinierter Höchstbetrag von 2,500	Kombinierter Höchstbetrag von 5,000	Kombinierter Höchstbetrag von 10,000	Volle Erstattung
C. Diagnostische Tests, Röntgenaufnahmen, Pathologie	Nicht versichert				
D. Leistungen für ambulante Patienten mit chronischen Erkrankungen, die nach dem Beginn des Versicherungszeitraums diagnostiziert wurden oder deren Deckung in der Phase des Versicherungsantrags schriftlich vereinbart wurde.	Nicht versichert				
E. MRT-/CT-/PET-SCANS	Nicht versichert	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
F. Physiotherapie	Nicht versichert	500	1,000	1,500	2,000

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

3 Ambulante Leistungen — Fortsetzung

Für Leistung J gilt eine 12-monatige Wartezeit und eine Vorabgenehmigungspflicht

G. Medizinische Hilfsmittel und Vorrichtungen, einschließlich Miete von Mobilitätshilfen	Nicht versichert	500	1,000	1,500	2,000
H. Komplementäre Therapien, einschließlich Chiropraktik, Homöopathie, Osteopathie, Akupunktur, ayurvedische, pflanzliche und chinesische Medizin, mit registrierten Praktikern und zugehörige verschriebene Medikamente und Arzneimittel	Nicht versichert	500	1,000	1,500	2,000
I. Hormonersatztherapie zur Linderung von Menopausesympomen	Nicht versichert	Nicht versichert	Nicht versichert	250	350
J. Ambulante psychiatrische Behandlung nach Überweisung durch einen Arzt	Nicht versichert	Volle Erstattung - Maximal 5 Besuche	Volle Erstattung - Maximal 10 Besuche	Volle Erstattung - Maximal 15 Besuche	Volle Erstattung - Maximal 30 Besuche
K. Häusliche Krankenpflege auf Empfehlung eines Arztes direkt im Anschluss an einen stationären Krankenhausaufenthalt	Nicht versichert	Volle Erstattung - Maximal 3 Wochen	Volle Erstattung - Maximal 12 Wochen	Volle Erstattung - Maximal 26 Wochen	Volle Erstattung - Maximal 26 Wochen

4 Leistungen bei chronischen Erkrankungen

Vorabgenehmigung erforderlich. Für Leistung B gilt eine 2-jährige Wartezeit.

A. Hospizpflege für eine versicherte Person, die unheilbar krank ist und in einem Hospiz gepflegt wird	Volle Erstattung - Maximal 14 Nächte	Volle Erstattung - Maximal 14 Nächte	Volle Erstattung - Maximal 14 Nächte	Volle Erstattung - Maximal 14 Nächte	Volle Erstattung - Maximal 14 Nächte
B. HIV- und AIDS Behandlung, wenn die Krankheit durch eine Bluttransfusion verursacht wurde	Nicht versichert	Nicht versichert	2,500 in jeder Versicherungsperiode bis zu einer Lebensdauer- Begrenzung von 37,500	5,000 in jeder Versicherungsperiode bis zu einer Lebensdauer- Begrenzung von 37,500	7,500 in jeder Versicherungsperiode bis zu einer Lebensdauer- Begrenzung von 37,500

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

5 Gesundheitsfördernde Leistungen

Für alle Leistungen unter diesem Punkt gilt eine 12-monatige Wartezeit

A. Kontrolluntersuchungen, routinemäßige Gesundheits checks zur frühen Diagnose von Erkrankungen. Dies gilt nicht für versicherte Personen unter 16 Jahren.	300	300	300	500	1,000
B. Einschließlich Krebsvorsorge Checks zur frühen Diagnose von krebs.	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
C. Reiseimpfungen/präventive Medikation für Fernreisen	Nicht versichert	50	75	100	150
D. Impfungen für Kinder bis zum Alter von 10 Jahren zur Prävention von Krankheiten	Nicht versichert	50	75	100	150
E. Leistung für einen Seetest pro Jahr	Nicht versichert	Nicht versichert	Nicht versichert	Volle Erstattung	Volle Erstattung
F. Leistung für die Kosten von Sehhilfen (Brille, Kontaktlinsen)	Nicht versichert	Nicht versichert	Nicht versichert	100	300
G. Leistung für Augenlaserchirurgie zur Korrektur von Sehschwächen	Nicht versichert	Nicht versichert	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
H. Leistung für einen Hörtest pro Jahr	Nicht versichert	Nicht versichert	Nicht versichert	Volle Erstattung	Volle Erstattung
I. Leistung für die Kosten eines Hörgerätes	Nicht versichert	Nicht versichert	Nicht versichert	150	300

6 Zahnbehandlungsleistungen

Ein prozentualer Selbstbehalt von 10 % und eine 6-monatige Wartezeit gelten für Leistungen unter Punkt B, C, D und E

A. Notfallzahnbehandlung – notwendige Zahnbehandlung unmittelbar nach einem Unfall zur Wiederherstellung gesunder eigener Zähne	Volle Erstattung				
B. Zahnärztliche Routinebehandlung ohne Notfall, einschließlich Routineuntersuchungen, Röntgenaufnahmen, Modellanfertigungen, Reinigen/Polieren, Füllungen, Extraktionen (außer Weisheitszähne)	Nicht versichert	Nicht versichert	750	1,000	1,500

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

6 Zahnbehandlungsleistungen — Fortsetzung

Ein prozentualer Selbstbehalt von 10 % und eine 6-monatige Wartezeit gelten für Leistungen unter Punkt B, C, D und E

C. Größere zahnärztliche Behandlungen ohne Notfall, einschließlich Kronen, Inlays, Brücken, Zahnersatz, Wurzelbehandlung und Behandlung von Entzündungen	Nicht versichert	Nicht versichert	750	1,000	1,500
D. Stationäre, teilstationäre oder ambulante Extraktion von Weisheitszähnen	Nicht versichert	Nicht versichert	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
E. Kieferorthopädische Zahnbehandlung für versicherte Kinder unter 19 Jahren	Nicht versichert	Nicht versichert	Nicht versichert	500	1,000

7 Mutterschaftsleistungen

Es gilt eine 10-monatige Wartezeit und eine Vorabgenehmigungspflicht

A. Komplikationen bei Schwangerschaft und Geburt	Nicht versichert	2,500	10,000	15,000	Volle Erstattung
B. Normale Schwangerschaft und Geburt	Nicht versichert	Nicht versichert	Nicht versichert	7,500	10,000
C. Kinderärztliche Leistung für die ärztliche Erstuntersuchung eines Neugeborenen	Nicht versichert	Nicht versichert	Nicht versichert	150	300
D. Behandlung eines Frühgeborenen während der ersten zwei Monate nach der Geburt	Nicht versichert	Nicht versichert	Nicht versichert	Volle Erstattung	Volle Erstattung

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

8 Zusatzleistungen

Für Leistungen unter A und C gilt eine 12-monatige Wartezeit

A. Leistungen für angeborene Krankheiten, die bei der Geburt nicht entdeckt wurden, die aber später operativ korrigiert werden können. Für diese Leistung gilt eine Lebensdauer-Höchstbegrenzung.	Nicht versichert	Nicht versichert	Nicht versichert	Volle Erstattung – Bis 20,000 Lebensdauer-Begrenzung	Volle Erstattung – Bis 20,000 Lebensdauer-Begrenzung
B. Leistungen für angeborene Krankheiten/Geburtsfehler 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.	Nicht versichert	Nicht versichert	Nicht versichert	Volle Erstattung – Bis 20,000 Lebensdauer-Begrenzung	Volle Erstattung – Bis 20,000 Lebensdauer-Begrenzung
C. Leistungen bei Unfruchtbarkeit für Untersuchungen der medizinischen Ursache der Unfruchtbarkeit, wenn beide Partner unter dieser Police versichert sind und wenn der behandelnde Arzt des Paares der Auffassung ist, dass Symptome und/oder Beweise für eine medizinische Ursache vorliegen.	Nicht versichert	Nicht versichert	Nicht versichert	2,000	3,000

9 Geldleistungen

Für Leistung B gilt eine 10-monatige Wartezeit.

A. Krankenhaus-Geldleistung bei kostenloser stationärer Behandlung	50 pro Nacht - Maximal 30 Nächte	100 pro Nacht - Maximal 30 Nächte	100 pro Nacht - Maximal 30 Nächte	200 pro Nacht - Maximal 30 Nächte	200 pro Nacht - Maximal 30 Nächte
B. Mutterschafts-Geldleistung, die bei der Geburt eines Kindes gezahlt wird, wenn kein Anspruch im Rahmen der Mutterschaftsleistung geltend gemacht wurde	Nicht versichert	Nicht versichert	Nicht versichert	250	500
C. Geldleistung für Rekonvaleszenz, zahlbar für jede vollständige Woche, die Patienten ans Haus gebunden sind (außer die erste Woche) – die Leistung ist auf vier Wochen pro Versicherungsperiode begrenzt	Nicht versichert	Nicht versichert	Nicht versichert	Nicht versichert	500

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

10 Leistungen für medizinische Evakuierung und Rückführung

Vorabgenehmigung erforderlich

A. Die Kosten für den Transport einer versicherten Person bei einem medizinischen Notfall, wenn die lokalen Einrichtungen ungeeignet sind, und für den Rücktransport zum Land ihres Wohnsitzes nach der Behandlung, einschließlich der Kosten für eine medizinische Begleitung, falls notwendig.	Volle Erstattung				
B. Reisekosten für eine Begleitperson, wenn sie eine versicherte Person bei einem medizinischen Notfalltransport begleitet	Volle Erstattung				
C. Unterbringungskosten für eine Begleitperson, wenn sie eine versicherte Person bei einem medizinischen Notfalltransport begleitet	Nicht versichert	100 – Maximal 10 Nächte pro Ereignis	150 – Maximal 10 Nächte pro Ereignis	200 – Maximal 10 Nächte pro Ereignis	250 – Maximal 10 Nächte pro Ereignis
D. Kosten für medizinische Hilfe, einschließlich Überweisung, medizinischer Beratung und Beschaffung wichtiger verschreibungspflichtiger Medikamente.	Volle Erstattung				
E. Reisekosten von angehörigern Kindern unter 19 Jahren zu einem Zielort nach Wahl der versicherten Person im Anschluss an ihren medizinischen Notfalltransport oder für die Reise eines Verwandten zum Zielort der Kinder	Hin- und Rückflugticket in Economy Class Flugticket				
F. Rückführung eines Verstorbenen, der außerhalb seines Heimatlandes gestorben ist	Volle Erstattung				
G. Beerdigung oder Einäscherung vor Ort, wenn der Verstorbene außerhalb seines Heimatlandes gestorben ist	1,000	1,000	2,000	2,000	5,000

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

11 Leistung für Behandlung außerhalb der Region

A. Notfallbehandlung außerhalb der Region für medizinische Notfallbehandlungen und akute Episoden bestehender, versicherter Krankheiten, während die versicherte Person sich vorübergehend auf Reisen außerhalb der von ihr gewählten Region befindet.	25,000 – Nur bis zu 30 Reisetage pro Jahr	25,000 - Nur bis zu 30 Reisetage pro Jahr	40,000 - Nur bis zu 30 Reisetage pro Jahr	70,000 - Nur bis zu 30 Reisetage pro Jahr	100,000 - Nur bis zu 30 Reisetage pro Jahr
--	---	---	---	---	--

12 Evakuierung in das Heimatland

Vorabgenehmigung erforderlich. Optionale Leistung und nur anwendbar, wenn Sie diese Leistung gewählt haben

A. Evakuierung in das Heimatland einer versicherten Person (wenn das Heimatland innerhalb der gewählten Region liegt). Gilt nur, wenn Sie diese Zusatzleistung erworben haben	Volle Erstattung				
---	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------

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