

Wesentliche Merkmale des Tarifs EWB./Gruppe

Stationäre Heilbehandlung

- 100% Kostenerstattung im Ein-, Zwei- oder Mehrbettzimmer (Tarifstufe EWB.1) bzw. im Zwei- oder Mehrbettzimmer (Tarifstufe EWB.2) innerhalb der BRD
- 100% Kostenerstattung für privatärztliche Behandlung innerhalb der BRD

Tarif EWB./Gruppe

Krankheitskostengruppenversicherung für langfristige Auslandsaufenthalte von mehr als 91 Tagen Fassung Dezember 2012

Vollkostenversicherung
Restkostenversicherung

EWBV./Gruppe
EWBR./Gruppe

Der Tarif gilt nur in Verbindung mit den zugehörigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslandskranken-Gruppenversicherung.

I. Versicherungsfähigkeit

In diesen Tarif können alle nach einem Gruppenversicherungsvertrag versicherbaren Personen aufgenommen werden, die vorübergehend ins Ausland reisen (Hauptversicherte). Mitreisende Personen können mitversichert werden (mitversicherte Personen).

Der Tarif kann nur gemeinsam mit dem Tarif ELW./Gruppe versichert werden. Endet die Versicherung nach diesem Tarif, dann endet auch die Versicherung nach dem Tarif EWB./Gruppe.

II. Versicherungsleistungen

Der Versicherer leistet

- bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenhäusern sowie in Tbc-Heilstätten und Tbc-Sanatorien;
- künstlicher Befruchtung
Erstattungsfähig sind Aufwendungen der künstlichen Befruchtung (Maßnahmen der assistierten Reproduktionsmedizin zur Kinderwunschbehandlung) nach vorheriger schriftlicher Zusage, wenn über die medizinische Notwendigkeit hinaus folgende Voraussetzungen erfüllt sind:
 - Bei der versicherten Person besteht eine organisch bedingte Sterilität, die ausschließlich mittels reproduktionsmedizinischer Maßnahmen überwunden werden kann.
 - Zum Zeitpunkt der Behandlung hat die Frau das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet.
 - Die Behandlung wird bei Ehepaaren oder Paaren in eheähnlicher Gemeinschaft durchgeführt und es werden

ausschließlich Ei und Spermienzellen des Paares verwendet (homologe Befruchtung).

- Die Behandlung entspricht deutschem Recht.
- Vor Behandlungsbeginn wird ein Therapie- und Kostenplan vorgelegt.

Erstattet werden unter den oben genannten Voraussetzungen bis zu

- 8 Inseminationszyklen im Spontanzyklus und
- 3 Inseminationszyklen nach hormoneller Stimulation sowie höchstens bis zu 3 Versuche aus folgenden Maßnahmen:
 - In-vitro-Fertilisation (IVF)
 - intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) (einschließlich der dabei erforderlichen IVF)
 - intratubaren Gametentransfer (GIFT), hiervon max. 2 Versuche.

Die Anzahl der erstattungsfähigen Versuche erhöht sich um die Anzahl der Versuche, in denen eine klinisch nachgewiesene Schwangerschaft eintrat, diese aufgrund von Komplikationen (z.B. wegen Abort) jedoch erfolglos verlaufen ist. Erstattet werden 50% der mit dem Behandlungsplan genehmigten erstattungsfähigen Aufwendungen (unter Berücksichtigung von Punkt III Satz 3).

Wenn für die versicherte Person oder deren Partner bei einem anderen Leistungsträger (z.B. gesetzliche oder private Krankenversicherung) Anspruch auf Leistungen für reproduktionsmedizinische Verfahren besteht, geht dieser Anspruch der Leistungspflicht des Versicherers vor. Der Versicherer ist in diesem Fall nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung des anderen Leistungsträgers verbleiben.

- bei Vorsorgeuntersuchungen, wenn diese aus medizinischen Gründen stationär durchgeführt werden müssen;
- bei einem Krankenhausaufenthalt wegen Schwangerschaft und Entbindung.

1. Erstattungsfähig sind die Kosten für

Wahlleistungen innerhalb der Bundesrepublik Deutschland;

a) In Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten als Wahlleistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer (Zuschlag zum Pflegesatz) und die gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung.

b) In Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten als Wahlleistungen die zusätzlichen Kosten für ein Ein- oder Zweibettzimmer und die gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung.

Unterscheidet ein Krankenhaus nach Pflegeklassen, so gilt für die nachstehenden Leistungsaussagen die 1. Pflegeklasse als Einbettzimmer, die 2. Pflegeklasse als Zweibettzimmer und die 3. Pflegeklasse als Mehrbettzimmer.

2. Erstattet werden

100% der erstattungsfähigen Kosten, und zwar in

EWBV.1, EWBR.1

- bei Aufenthalt im Ein-, Zwei- oder Mehrbettzimmer

EWBV.2, EWBR.2

- bei Aufenthalt im Zwei- oder Mehrbettzimmer,
- bei Aufenthalt im Einbettzimmer beschränkt auf die privatärztliche Behandlung sowie die sonstigen erstattungsfähigen Kosten, die bei einem Aufenthalt im Zweibettzimmer entstanden wären. Können diese nicht nachgewiesen werden, so gelten die entsprechenden Kosten des nächstgelegenen vergleichbaren Krankenhauses.

(vgl. jedoch künstliche Befruchtung)

3. Für nicht in Anspruch genommenen Kostenersatz erhält der Hauptversicherte ein Krankenhaustagegeld in nachstehender Höhe:

Versichert	Unterkunft	mit ohne privatärztliche/r Behandlung	
		mit	ohne
EWBV.1 EWBR.1	Einbettzimmer	-	15 €
	Zweibettzimmer	20 €	35 €
	Mehrbettzimmer	30 €	45 €
EWBV.2 EWBR.2	Einbettzimmer	-	15 €
	Zweibettzimmer	-	15 €
	Mehrbettzimmer	15 €	30 €

Bei teilstationärer Heilbehandlung wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt.

III. Anderweitiger Versicherungsschutz

Kann im Versicherungsfall eine Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen beansprucht werden, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor. Dies gilt auch dann, wenn in einem dieser Versicherungsverträge ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart ist, unabhängig davon wann die anderen Versicherungsverträge abgeschlossen wurden. Die erstattungsfähigen Kosten verringern sich um den vom Vorversicherer erstatteten Betrag. Leistet der Vorversicherer nicht im vertraglichen bzw. gesetzlichen Umfang, so werden aus diesem Tarif maximal 50% des Rechnungsbetrages erstattet. Sind Versicherungsleistungen gemäß II. beim Vorversicherer nicht mitversichert, werden diese in vollem Umfang erbracht.

Besteht Anspruch auf Leistungen gegen andere als in den § 5 Abs. 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslands-Gruppenversicherung genannten Leistungsträgern, steht es dem Hauptversicherten frei, wem er den Schaden meldet. Meldet der Hauptversicherte den Versicherungsfall zuerst der HALLESCHE Krankenversicherung a G, wird diese im Rahmen ihrer Verpflichtungen in Vorleistung treten. Ergänzend gilt § 12 dieser Versicherungsbedingungen.

Essential Parts of the Tariff EWB./Group

Hospital medical treatment

- 100 % reimbursement of a one, two or more bedded room (tariff rate EWB.1) or in a two or more bedded room (tariff rate EWB.2) in the FRG
- 100 % reimbursement of a treatment by the senior consultant in the FRG

Tariff EWB./Group

Group-insurance of medical expenses for long-term stays abroad of more than 91 days As per December 2012

Comprehensive coverage
Additional coverage

EWBV./Group
EWBR./Group

This tariff is only valid in connection with the General Conditions of insurance for health group insurance abroad.

I. Eligibility

Every person who fulfils the conditions of the group insurance contract and who is temporarily ordered abroad may be insured according to this tariff (main person insured). Persons travelling with the expat may also be insured (co-insured persons). This tariff may only be taken out together with tariff ELW./Group. If the coverage of one of these tariffs ends, the coverage of tariff EWB./Group will end as well.

II. Insurance benefits

The insurer reimburses the costs for

- a medically necessary hospital treatment as well as a treatment in a tuberculosis hospital and sanatorium;
- artificial insemination
The costs for an artificial insemination (measures of the assisted reproduction medicine to support the wish for a child) are reimbursable after a prior written consent, if besides the medical necessity the following conditions are met:
 - The person insured suffers from an organic sterility which can only be treated with reproduction medicine.
 - At the time of the treatment the woman is younger than 40 years of age.
 - The treatment is carried through with spouses or couples living together similar as spouses and only the eggs and sperma of the couple is used (homologue insemination).
 - The treatment is taken out according to German law.
 - Before starting the treatment the insurer has to be handed out a tentative therapy and cost plan.

Reimbursed under the above-stated conditions up to

- 8 insemination cycles in the spontaneous cycle and
- 3 insemination cycles according to hormonal stimulation

as well as a maximum total of up to 3 attempts from the following measures:

- in vitro fertilisation (IVF)
- intracytoplasmic sperm injection (ICSI) (including the necessary IVF)
- intra-tubal gamete transfer (GIFT), a max of 2 attempts hereof.

The number of reimbursable attempts increases by the number of attempts in which a clinically proven pregnancy occurs, however, this is unsuccessful due to complications (e.g. due to abortion)

50% of the reimbursable costs agreed upon in the treatment plan are reimbursed (considering para. III. sentence 3).

If the insured person or their partner has claim for benefits at a different service provider (e.g. statutory or private health insurance) for reproductive medical procedures, this claim for benefits shall override the obligation of the insurer to provide benefits. The insurer is only obligated to provide benefits for such expenses that remain after advance payment of the other service provider.

- medical check-ups, if these have to be carried out in a hospital due to medical reasons;
- a hospital stay in case of pregnancy and delivery.

1. Reimbursable are costs for

services of choice in the Federal Republic of Germany;

a) In hospitals which liquidate according to the Krankenhausentgeltgesetz - *German Law of Costs for Hospital Benefits* or according to the Bundespflegesatzverordnung – *German regulation of hospital charges* - costs for services of choice according to that regulation are the costs for separately calculable accommodation in a one or two bedded room (surcharge to the nursing

costs) and the treatment by the senior consultant which has been separately agreed upon.

b) In hospitals which do not liquidate according to the Krankenhausentgeltgesetz - *German Law of Costs for Hospital Benefits* or according to the Bundespflegesatzverordnung – *German regulation of hospital charges* - costs for services of choice are the additional costs for a one or two bedded room and the treatment by the senior consultant which has been separately agreed upon.

If a hospital makes any difference between the nursing classes the following benefits are equalled: 1st nursing class means one bedded room, 2nd nursing class means two bedded room and 3rd nursing class means three or more bedded room.

2. Reimbursed are

100 % of the reimbursable costs, in

EWBV.1, EWBR.1

- a stay in a one, two or more bedded room

EWBV.2, EWBR.2

- a stay in a two or more bedded room
- a stay in a one bedded room limited to the treatment by the senior consultant as well as further reimbursable costs which would have occurred during a stay in a two bedded room. If these cannot be proved the respective costs in a comparable neighbouring hospital are billed.

(however see artificial insemination)

3. The main person insured gets a daily hospital indemnity for all claims not laid, which amounts to:

tariff insured	accommodation	with treatment by the senior consultant	without treatment by the senior consultant
EWBV.1	one bedded room	-	€ 15
EWBR.1	two bedded room	€ 20	€ 35
	more bedded room	€ 30	€ 45
EWBV.2	one bedded room	-	€ 15
EWBR.2	two bedded room	-	€ 15
	more bedded room	€ 15	€ 30

No daily hospital indemnity will be paid if the person insured is half in and half out of hospital.

III. Further Insurance Coverage

In the event of a claim, if benefits can be claimed from other insurance contracts, these benefit commitments take precedence. This also applies if subordinate liability is stipulated in one of these insurance contracts, irrespective of when the other insurance contracts were concluded. The reimbursable costs are reduced by the amount reimbursed by the other insurer. If the other insurer does not reimburse within the contractual or statutorily extent, a maximum of 50% out of this tariff will be reimbursed. If the insurance benefits as per II. are not covered with the other insurer, these will be fully reimbursed.

If a claim for benefits exists towards service providers other than those specified in § 5 para. 3 of the General Conditions of the group insurance for temporary stays in Germany, the main person insured is at liberty to decide which party to report the claim to. If the claim is reported by the main person insured to HALLESCHE Krankenversicherung AG first, it will make an advance payment within the framework of its obligations. Additionally, § 12 of these Terms of Insurance applies.