

Tarif ARL.57/Gruppe

Krankheitskostengruppenversicherung für ambulante und stationäre Heilbehandlung (langfristige Auslandsaufenthalte von mehr als 91 Tagen)

Fassung Januar 2027

Wesentliche Merkmale des Tarifs ARL.57/Gruppe

Ambulante und stationäre Heilbehandlung

- 100% Kostenerstattung für ärztliche Leistungen
- 100% Kostenerstattung für Fahrten und Transporte gemäß Tarif
- 100% Kostenerstattung für Röntgen-, Radium-, Isotopen-Diagnostik und -Therapie
- 100% Kostenerstattung für ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel
- 100% Kostenerstattung für Heilmittel gemäß Tarif
- 100% Kostenerstattung für Hilfsmittel, jedoch nicht in Luxusausführung
- 100% Kostenerstattung für Vorsorgeuntersuchungen gemäß Tarif
- 100% Kostenerstattung für Schutzimpfungen
- 100% Kostenerstattung für Unterkunft, Verpflegung und Pflege im Krankenhaus

Zahnärztliche Leistungen

- 100% Kostenerstattung für Zahnbehandlung
- 50% Kostenerstattung für Zahnersatz und kieferorthopädische Maßnahmen gemäß den Rechnungshöchstbeträgen in den ersten 4 Kalenderjahren
- Zusätzlich 30% für Zahnersatz und 50% für kieferorthopädische Maßnahmen aus dem Rechnungsrestbetrag.

Krankenrücktransport aus dem Ausland

Digitale Gesundheitsanwendungen

Der Tarif ist nur gültig in Verbindung mit den zugehörigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die spezielle Vollkosten-Auslandskranken-Gruppenversicherung.

I. Versicherungsfähigkeit

In diesen Tarif können alle nach dem Gruppenversicherungsvertrag versicherbaren Personen aufgenommen werden, die vorübergehend im Auftrag des Versicherungsnehmers (Arbeitgeber) ins Ausland reisen (Hauptversicherte). Mitreisende Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) und Kinder des Hauptversicherten können mitversichert werden (mitversicherte Personen).

Die Versicherungsdauer beträgt maximal fünf Jahre. Nach Ablauf der maximalen Vertragsdauer ist dreimalig eine erneute Aufnahme in diesen Tarif möglich – mit neuem Eintrittsalter – sofern die sonstigen Voraussetzungen weiterhin erfüllt sind. Die erneute Aufnahme im unmittelbaren Anschluss an das ursprüngliche Versicherungsverhältnis erfolgt dann ohne neue Risikoprüfung. Laufende Versicherungsfälle sind in diesem Zusammenhang in den Versicherungsschutz einbezogen.

II. Versicherungsleistungen

1. Ambulante und stationäre Heilbehandlung

Bei einer medizinisch notwendigen ambulanten oder stationären Heilbehandlung werden die Kosten mit 100% des Rechnungsbetrages ersetzt, und zwar für:

1.1 Arztbehandlungen

Hierzu gehören Beratungen, Besuche (Visiten), Sonderleistungen sowie Operationen (vgl. jedoch II.2.).

1.2 Hebammenhilfe

1.3 Wegegebühren des nächsterreichbaren Arztes

1.4 Fahrten und Transporte

Fahrten zum und vom nächsterreichbaren geeigneten Arzt bei

- Gehunfähigkeit,
- Dialyse,
- Tiefenbestrahlung,
- Chemotherapie.

Transporte in Notfällen bis zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt.

1.5 Strahlen-Diagnostik und -Therapie

1.6 Ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel

1.7 Ärztlich verordnete Heilmittel

Es besteht Versicherungsschutz für folgende Heilmittel:

Krankengymnastik/Bewegungsübungen, Heilgymnastik, Massagen, physiotherapeutische Palliativversorgung, Packungen/Hydrotherapie/Bäder, Inhalationen, Kälte- und Wärmebehandlung, elektrische und physikalische Heilbehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie, Bestrahlungen, Logopädie, Ergotherapie (Beschäftigungstherapie), Podologie, Ernährungstherapie. Für eine Geburtsvorbereitung sowie Rückbildungsgymnastik wird insgesamt einmalig ein Zuschuss in Höhe von 50 € erstattet.

1.8 Ärztlich verordnete Hilfsmittel

Erstattet werden die Aufwendungen für Hilfsmittel (sächliche und technische Mittel sowie Körperersatzstücke),

- die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen (z.B. Krankenfahrstühle, Prothesen),
- die zur Therapie und Diagnostik erforderlich sind (z.B. Blutdruckmessgeräte),
- die zur Lebenserhaltung erforderlich sind (lebenserhaltende Hilfsmittel wie z. B. Beatmungsgeräte).
- Sehhilfen (nicht in Luxusausführung)

Erstattet wird ferner die Anschaffung und Ausbildung eines Blindenhundes.

Erstattet werden auch Aufwendungen für Instandsetzung und Reparatur von Hilfsmitteln, ausgenommen Reparaturen von Sohlen und Absätzen von orthopädischen Maßschuhen.

Nicht erstattungsfähig sind Hilfsmittel,

- deren Kosten die deutsche Pflegepflichtversicherung dem Grunde nach zu erstatten hat,
- die dem Fitness-, Wellness- und/oder Entspannungsbereich zuzuordnen sind,
- die Gebrauchsgegenstände und Hygieneartikel des täglichen Lebens sind (z.B. Fieberthermometer, Anti-Allergie-Bettwäsche).

Hilfsmittel, die für einen eingrenzbaaren Zeitraum benötigt werden, sollen vorrangig mietweise bezogen werden.

1.9 Vorsorgeuntersuchungen

Hierzu gehören Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen gesetzlich eingeführter Programme in der Bundesrepublik Deutschland.

1.10 Schutzimpfungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Gripeschutzimpfungen, Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Tollwut, Poliomyelitis (Kinderlähmung) und für Zeckenschutzimpfungen.

Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für Einzel- und Mehrfachimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut (STIKO) empfohlen werden; ausgenommen sind Impfungen, die aus Anlass einer Auslandsreise angeraten sind und Impfungen wegen beruflicher Tätigkeit, zu deren Angebot der Arbeitgeber aufgrund gesetzlicher Vorschriften verpflichtet ist.

1.11 Unterkunft, Verpflegung und Pflege im Krankenhaus

1.12 Notwendigen Transport zur stationären Heilbehandlung

Notwendigen Transport zur stationären Heilbehandlung in das nächstgelegene nach § 4 Nummer 4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen anerkannte Krankenhaus und zurück.

1.13 Übergangspflege im Krankenhaus

Erstattungsfähig sind Leistungen für Übergangspflege im Krankenhaus, wenn Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen der sozialen oder Privaten Pflegepflichtversicherung erforderlich sind aber nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden können. Die Übergangspflege muss im unmittelbaren Anschluss an eine medizinisch notwendige Heilbehandlung in einem Krankenhaus erfolgen.

Die Leistungen für Übergangspflege umfassen die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die Aktivierung der Versicherten, die Grund- und Behandlungspflege, ein Entlassmanagement, Unterkunft und Verpflegung sowie die im Einzelfall erforderliche ärztliche Behandlung.

Wahlleistungen sind nicht erstattungsfähig.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden

- für maximal zehn Tage je Krankenhausbehandlung und
- je Tag höchstens bis zu dem Betrag, der für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre,

erstattet.

2. Künstliche Befruchtung

Aufwendungen für künstliche Befruchtung (auch bei stationärer Behandlung) sind erstattungsfähig, sofern die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die Maßnahme ist nach ärztlicher Feststellung erforderlich.
- Es besteht nach ärztlicher Feststellung hinreichende Aussicht, dass durch die Maßnahme eine Schwangerschaft herbeigeführt wird; diese besteht nicht mehr, wenn die Maßnahme dreimal ohne Erfolg durchgeführt worden ist.
- Die Personen, die diese Maßnahme in Anspruch nehmen wollen, sind miteinander verheiratet.
- Es werden ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehegatten verwendet.
- Die Maßnahme entspricht dem deutschen Embryonen-Schutzgesetz.

Weiterhin gilt:

Erstattungsfähig sind nur Behandlungen für Versicherte, die das 25. Lebensjahr vollendet haben; keine Erstattungsfähigkeit besteht für weibliche Versicherte, die das 40. und für männliche Versicherte, die das 50. Lebensjahr vollendet haben. Vor Beginn der Behandlung ist dem Versicherer ein Behandlungsplan zur Genehmigung vorzulegen. Bei Nichtvorlage besteht kein Leistungsanspruch.

Erstattet werden 50% der mit dem Behandlungsplan genehmigten Aufwendungen.

3. Kryokonservierung

Erstattungsfähig sind nach vorheriger schriftlicher Zusage die Aufwendungen für eine einmalige Kryokonservierung von Ei- bzw. Samenzellen oder Keimzellgewebe. Dabei werden die Kosten für

- die Vorbereitung und die Entnahme,
- die Aufbereitung,
- den Transport,
- das Einfrieren,
- die Lagerung und
- das spätere Auftauen

von Ei- bzw. Samenzellen oder Keimzellgewebe erstattet.

Die Zusage wird erteilt, wenn die versicherte Person

- eine medizinisch notwendige, voraussichtlich keimzellschädigende Therapie erhält und
- Leistungen für künstliche Befruchtung nach II.2 beanspruchen könnte.

Die Kosten für die Lagerung werden nur erstattet, solange die versicherte Person Leistungen für künstliche Befruchtung nach II.2 beanspruchen könnte.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100% erstattet.

4. Zahnleistungen

4.1 Zahnbehandlungen

Für Zahnbehandlungen, einschließlich notwendiger einfacher Zahnfüllungen (zur Zahnbehandlung gehören nicht Zahnersatz, Zahnkronen, Kiefer- und Zahnregulierungen; vgl. hierzu Punkt II.4.2) werden die Kosten mit 100% des Rechnungsbetrages ersetzt.

4.2 Zahnersatz und kieferorthopädische Maßnahmen

Für Zahnersatz, Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen), Zahnkronen, Zahnbrücken und Stiftzähne und für kieferorthopädische Maßnahmen (Kiefer- und Zahnregulierungen) einschließlich operativer Behandlungen sowie Parodontose-Behandlung werden die Kosten mit 50% des Rechnungsbetrages ersetzt.

Für die Leistungen in II. 4.2 gelten für die nachstehend aufgeführten Kalenderjahre die folgenden Rechnungshöchstbeträge, aus denen die Leistung erbracht wird:

insgesamt

im 1. und 2. Kalenderjahr zusammen bis zu 1.000 €,
im 1. bis 3. Kalenderjahr zusammen bis zu 2.000 €,
im 1. bis 4. Kalenderjahr zusammen bis zu 3.000 €,
ab dem 5. Kalenderjahr unbegrenzt.

Zusätzlich erstatten wir 30% für Zahnersatz und 50% für kieferorthopädische Maßnahmen aus dem Rechnungsrestbetrag.

Der jeweilige Höchstbetrag bezieht sich auf die für Behandlungen in den jeweiligen Kalenderjahren anfallenden erstattungsfähigen Aufwendungen.

Die Begrenzung der erstattungsfähigen Aufwendungen gilt nicht für einen durch Unfall verursachten Versicherungsfall, sofern sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat und durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen wird.

Bei Zahnersatz mit einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von 2.500 € oder mehr ist vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorzulegen.

5. Ferner werden erstattet:

5.1 Rücktransport

Ein Rücktransport im Sinne dieses Tarifes ist ein Transport, für den gilt:

Auslösende Bedingungen

An Ort und Stelle bzw. in zumutbarer Entfernung ist eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet und dadurch eine Gesundheitsschädigung zu befürchten oder nach Art und Schwere der Erkrankung bzw. Unfallfolgen würde eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung einen Zeitraum von zwei Wochen übersteigen.

Die Fachleute unserer Notrufzentrale sind rund um die Uhr unter der Nummer 0711 6603-3930 erreichbar.

Zielland

Inland oder das Land, in dem sich der Hauptversicherte im Auftrag seines Arbeitgebers aufhält.

Verkehrsmittel

Transportmittel, in denen für den Krankentransport besondere Vorkehrungen zur medizinischen Betreuung getroffen wurden.

Erstattet werden 100% der medizinisch notwendigen Aufwendungen abzüglich der Rückreisekosten, die bei normalem Verlauf der Reise entstanden wären, soweit dem Versicherten wegen der Nichtinanspruchnahme Erstattungsansprüche zustehen.

5.2 Überführung im Todesfall ins Inland oder Bestattung im Ausland

Erstattet werden 100% der notwendigen Aufwendungen bis zu einer Höhe von 15.000 €.

6. Digitale Gesundheitsanwendungen

6.1 Zu 100% erstattungsfähig sind im Versicherungsfall Aufwendungen für im Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (vgl. § 139e Abs. 1 SGB V siehe Anhang) enthaltene digitale Gesundheitsanwendungen bis zu den dort genannten Preisen, falls diese Anwendungen

- a) nach Verordnung des behandelnden Arztes oder des behandelnden Psychotherapeuten, oder
- b) nach vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherten

in Anspruch genommen werden.

6.2 Zu 80% bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.000 € jährlich erstattungsfähig sind im Versicherungsfall auch andere digitale Gesundheitsanwendungen, soweit der Versicherer deren Erstattung vor ihrer Anwendung schriftlich zugesagt hat.

6.3 Die Leistungen werden zunächst für höchstens 12 Monate erbracht. Danach ist jeweils eine erneute Verordnung bzw. vorherige schriftliche Zusage erforderlich.

6.4 Der Versicherer kann anstelle der Leistung von Aufwendungsersatz die digitalen Gesundheitsanwendungen auch selbst zur Verfügung stellen. Die Begrenzung nach II.6.3 gilt in diesem Fall entsprechend.

6.5 Die erstattungsfähigen Aufwendungen umfassen ausschließlich die Kosten für den Erwerb der Nutzungsrechte an der digitalen Gesundheitsanwendung. Nicht erstattet werden die Kosten im Zusammenhang mit der Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendungen, insbesondere für die Anschaffung und den Betrieb mobiler Endgeräte oder PCs einschließlich Internet-, Strom- und Batteriekosten.

Anhang

Lebenspartnerschaftsgesetz

§ 1 Form und Voraussetzungen

(1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.

(2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

(4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann nicht auf Begründung der Lebenspartnerschaft geklagt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Sozialgesetzbuch Fünftes Buch [SGB V]

§ 139e Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen; Verordnungsermächtigung

(1) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte führt ein Verzeichnis erstattungsfähiger digitaler Gesundheitsanwendungen nach § 33a. Das Verzeichnis ist nach Gruppen von digitalen Gesundheitsanwendungen zu strukturieren, die in ihren Funktionen und Anwendungsbereichen vergleichbar sind. Das Verzeichnis und seine Änderungen sind vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte im Bundesanzeiger bekannt zu machen und im Internet zu veröffentlichen.

Tariff ARL.57/Group

Health group insurance for out-patient and hospital treatment (long-term stays abroad of more than 91 days)

As per January 2026

Essential Parts of Tariff ARL.77/Group

Out-patient and hospital medical treatment

- 100% reimbursement of medical services
- 100% reimbursement of way-charges and transports as per the tariff
- 100% reimbursement of X-ray, radium, isotope diagnosis and therapy
- 100% reimbursement of medicaments and dressings prescribed by a physician
- 100% reimbursement of remedies as per the tariff
- 100% reimbursement of aids, however no luxury types
- 100% reimbursement of medical check-ups as per the tariff
- 100% reimbursement of vaccinations
- 100% reimbursement of accommodation, boarding and nursing in hospital

Dental benefits

- 100% reimbursement of dental treatment
- 50% reimbursement of dentures and orthodontic measures as per the maximum invoice amounts during the first 4 calendar years
- Additionally 30% for dentures and 50% for orthodontic measures of the remaining invoice amount.

Repatriation from abroad

Digital health applications

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

I. Eligibility

Every person insurable according to the group insurance contract who is temporarily ordered abroad by the policy holder (employer) may be insured as per this tariff (main person insured). Accompanying spouses, homosexual partners as per § 1 of the German Lebenspartnerschaftsgesetz (Civil Partnership Law) and children of the main insured person travelling with the expat may be insured as well (co-insured persons).

The period of insurance is limited to five years. A renewal of the contract is possible three times after expiry of the maximum period of insurance - with a new entry age - if the other requirements remain fulfilled. A check of the state of health is not necessary, if the renewal is effected immediately after the previous insurance agreement. Ongoing claims are included in the coverage.

II. Insurance Benefits

1. Out-patient and hospital treatment

In case of a medically necessary out-patient or hospital treatment, the insurer reimburses 100 % of the invoice amount for:

1.1 Medical treatment

Medical services such as counseling, consultations (visits), extra services as well as operations (however see point 2)

1.2 Services of a mid-wife

1.3 Way charges of the nearest physician

1.4 Transportation

To and from the nearest responsible physician in case of

- disability to walk,
- dialysis
- deep X-ray therapy
- chemotherapy.

Transportation in case of emergency to the nearest physician.

1.5 X-ray, radium, isotope diagnosis and therapy

1.6 Medicaments and dressings prescribed by a physician

1.7 Medically prescribed remedies

The following remedies are covered: physiotherapy/kinesitherapy, remedial exercises, massages, physiotherapy in palliative care, packs/hydrotherapy/baths, inhalations, cryotherapy and thermotherapy, electrical and physical medical treatment, electrotherapy, phototherapy, exposure, speech therapy, ergotherapy, chiropody, nutrition therapy. A lump-sum of € 50 will be paid for any prenatal classes as well as for regression therapy after pregnancy.

1.8 Medically prescribed aids

The costs for aids (objective and technical devices as well as body replacements),

- which directly palliate or balance handicaps, sequelae of diseases or accidents (e.g. wheel chairs, prostheses)
- which are necessary for a therapy and diagnostics (e.g. blood pressure monitor),
- which are decisive for the life support (life-preserving aids such as oxygen resuscitation apparatus)
- Visual aids (no luxury types)
Furthermore we reimburse the costs of the purchase and the training of a guide dog.

Furthermore the costs for the repair and reparation of aids, except the repair of soles and heels of orthopaedic made-to-measure shoes are reimbursed.

Aids are not reimbursable,

- if the German Compulsory Nursing Care Insurance covers these,
- if they are within the range of fitness, wellness and / or relaxing,
- if they are articles of daily use and hygiene articles of daily use (such as clinical thermometer, anti allergy bed linen).

Aids which are required for a limited period of time should be leased.

1.9 Medical check-ups

Within the frame of programmes introduced by law (programmes introduced by law in the Federal Republic of Germany)

1.10 Vaccinations

The costs for vaccinations against influenza, tetanus, diphtheria, rabies, poliomyelitis as well as tick bites are reimbursable.

The costs for single or multiple vaccinations recommended by the German Permanent Committee (STIKO – Ständige Impfkommision) with the Robert Koch-Institut are reimbursable; not reimbursable are vaccinations which are recommended before a stay abroad and vaccinations as a result of professional activity which the employer has to offer on the basis of legal prescriptions.

1.11 Accommodation, boarding and care in hospital

1.12 Medically necessary transportation

To and from the nearest hospital which is recognized according to § 4 para. 4 of the General Conditions of Insurance.

1.13 Transitional care in hospital

Benefits for transitional care in hospital are eligible for reimbursement if home nursing care, short-term care, medical rehabilitation benefits or care benefits under compulsory social or private long-term care insurance are required but cannot be provided or can only be provided at considerable expense. Transitional care must be provided immediately following medically necessary treatment in a hospital.

The benefits for transitional care include the provision of medicaments, remedies and medical aids, the activation of the insured person, basic and treatment care, discharge management, accommodation and meals as well as the medical treatment required in individual cases.

Optional services are not eligible for reimbursement.

The reimbursable expenses are

- for a maximum of 10 days per hospital treatment and
- per day up to a maximum of the amount that would have to be paid for the treatment of an insured person covered by statutory health insurance,

reimbursed.

2. Artificial insemination

The costs for an artificial insemination (even in case of a hospital stay) are reimbursable, if the following conditions are met:

- The measure is necessary as a result of a medical diagnosis.
- The medical findings have good prospects for a pregnancy; these prospects do not exist any more, if three trials are unsuccessful.
- The persons who take advantage of this measure are married.
- Only the spermia and ovocytes of the spouses are used.
- The measure is taken out according to the German Embryonen-Schutzgesetz (EschG) – German law to protect embryos.

Furthermore is decisive:

Only the following treatments are reimbursable: Persons insured have to be 25 years or older, no reimbursement is made for female persons insured having reached the age of 40 and male persons insured having reached the age of 50. Before starting the treatment the insurer has to be handed out a tentative treatment plan for agreement. If no treatment plan is handed out, no reimbursement will be made.

We reimburse 50% of the costs agreed upon as per the treatment plan.

3. Cryopreservation

Expenses for a one-time cryopreservation of egg cells and/or sperm cells or germ cell tissue are reimbursable after prior written consent. We will therefore reimburse the costs for

- the preparation and collection,
- the processing,
- the transport,
- the freezing,
- the storage and
- the subsequent thawing

of egg and/or sperm cells or germ cell tissue.

We will grant cover when the insured person

- receives a medically necessary therapy which is likely to damage germ cells and
- can claim benefits for artificial insemination according to II.2.

We will only reimburse the costs for storage as long as the insured person could claim benefits for artificial insemination in accordance with II.2.

100% of the eligible expenses will be reimbursed.

4. Dental Benefits

4.1 Dental treatment

100% of the invoice costs for dental treatment, including necessary simple fillings will be reimbursed (dentures, crowns, adjustment of jaw and teeth are no dental treatment; see number II.4.2)

4.2 Dentures and orthodontic measures

50% of the invoice costs for dentures, restoration of the function of dentures (reparation), crowns, bridges, pivot teeth and orthodontic measures (adjustment of jaw and teeth) including surgical services as well as periodontosis care will be reimbursed.

The benefits in II. 4.2 will be paid according to the maximum amounts mentioned below:

a total of
in the 1st and 2nd calendar year up to € 1,000,
in the 1st to 3rd calendar year up to € 2,000,
in the 1st to 4th calendar year up to € 3,000,
from the 5th calendar year unlimited.

Additionally we reimburse 30% for dentures and 50% for orthodontic measures of the remaining invoice amount.

Each maximum amount refers to the reimbursable amounts for medical treatments in the respective calendar years.

This limitation of reimbursement is not valid for events insured against occurring as a result of an accident, if the accident occurred after the conclusion of the contract and if it is medically proven.

If the probable invoice amount for dentures is € 2,500 or more, we ask you to give us a tentative treatment plan of the dentist before the beginning of the dental treatment.

5. We reimburse furthermore the costs of:

5.1 Return transport

A return transport according to this tariff is a transport which is carried through because of the following causes:

Arousing factors

On the spot or at a reasonable distance there is no sufficient medical service and therefore health is at danger or according to the type and severity of the disease or accident a medically necessary hospital treatment would last more than two weeks.

The professionals of our emergency hotline are available 24 hours a day on +49 711 6603-3930.

Country of return

Home country or the country in which the main person insured stays on behalf of his/her employer.

Means of transport

in which special arrangements are made for the medical care during transport.

Reimbursement of 100% of the medically necessary costs less the costs which would have been to be paid by the person insured if he or she has a claim for reimbursement of the costs which would have occurred for a normal return.

5.2 Repatriation in case of death or burial abroad

100% of the necessary costs are reimbursed up to the amount of € 15,000.

6. Digital health applications

6.1 In the event of an insured case, expenses for digital health applications included in the list of digital health applications of the Federal Institute for Drugs and Medical Devices (compare with § 139e (1) SGB V, see Annex 2) are reimbursable at 100% up to the prices specified therein, if these applications

a) are according to the prescription of the attending physician or the attending psychotherapist, or

b) are claimed for after prior written consent of the insurer.

6.2 Other digital health applications are also reimbursable at 80% up to an invoice amount of € 2,000 per year in the event of an insured case, provided that the insurer has agreed to reimburse them in writing prior to their use.

6.3 The benefits are initially provided for a maximum of 12 months. Thereafter, a new prescription or prior written consent is required in each case.

6.4 Instead of providing reimbursement of expenses, the insurer can also provide the digital health applications itself. The limitation according to II.6.3 applies accordingly in this case.

6.5 The reimbursable expenses will exclusively include the costs for the acquisition of the rights of use to the digital health application. We will not reimburse any costs in connection with the use of the digital health applications, in particular for the acquisition and operation of mobile end devices or computers, including internet, electricity and battery costs.

•

Appendix

Civil Partnerships Law – Lebenspartnerschaftsgesetz

§ 1 Form and Conditions

(1) Two persons of the same sex set up a civil partnership if they personally and in each other's presence declare before a registrar that they wish to enter into a civil partnership for life (life partner). The declarations may not be subject to a condition or a time limit.

(2) The registrar should ask each life partner in turn whether they wish to establish a civil partnership. If both life partners respond in the affirmative, the registrar shall declare that the civil partnership is now established. The establishment of the civil partnership can take place in the presence of up to two witnesses.

(3) A civil partnership cannot become established in law

1. with a person being minor or married or who has already entered into a civil partnership with another person;

2. between persons who are directly related to each other;

3. between brothers and sisters or half-brothers and half-sisters;

4. if the life partners agree when entering into the civil partnership that they do not wish to accept any of the obligations set out in § 2.

(4) The promise to establish a civil partnership does not lead to the right to claim for the establishment of such a partnership. § 1297 (2) and §§ 1298 to § 1302 of the German Bürgerliches Gesetzbuch – civil law – apply accordingly.

Social Security Act, Fifth Book [Sozialgesetzbuch, SGB]

§ 139e Directory for digital health applications; authorisation to prescribe

(1) The Federal Institute for Medication and Medical Devices will maintain a list of reimbursable digital health applications in accordance with § 33a. The directory will be structured according to groups of digital health applications which are comparable in their functions and areas of application. The Federal Institute for Medication and Medical Devices will publish the list and any amendments thereto in the Federal Gazette and on the Internet.