

Wesentliche Merkmale des Tarifs BDSB/Gruppe

Ambulante Heilbehandlung

- 100% Kostenerstattung für ambulante ärztliche Heilbehandlung
- 100% Kostenerstattung für Fahrten und Transporte
- 100% Kostenerstattung für Strahlen-Diagnostik und -Therapie
- 100% Kostenerstattung für Arznei- und Verbandmittel
- 100% Kostenerstattung für Heilmittel gemäß Tarif
- 100% Kostenerstattung für medizinische Hilfsmittel gemäß Tarif
- 100% Kostenerstattung für Sehhilfen bis 260 €
- 100% Kostenerstattung für Vorsorgeuntersuchungen gemäß Tarif
- 100% Kostenerstattung für Schutzimpfungen
- 100% Kostenerstattung für Psychotherapie
- tarifliche Kostenerstattung für ambulante Entbindungen und Hausgeburt zzgl. einer Pauschale von 750 € sowie Entbindung in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung
- 100% Kostenerstattung für Heilpraktikerbehandlung
- 100% Kostenerstattung für spezialisierte ambulante Palliativversorgung
- 100% Kostenerstattung für häusliche Krankenpflege

Stationäre Heilbehandlung

- 100% Kostenerstattung im Ein-, Zwei- oder Mehrbettzimmer (Tarifstufe BDSB.1) bzw. im Zwei- oder Mehrbettzimmer (Tarifstufe BDSB.2)

- 100% Kostenerstattung für privatärztliche Behandlung
- 100% Kostenerstattung für Krankentransport
- 100% Kostenerstattung für eine Begleitperson
- Kinderbetreuungsgeld im Ausland
- 100% Kostenerstattung für stationäre Hospizversorgung

Zahnärztliche Leistungen

- 100% Kostenerstattung für Zahnbehandlung
- 80% Kostenerstattung für Zahnersatz und für kieferorthopädische Maßnahmen bis max. 1.025 € je Person und Kalenderjahr

Transporte aus dem Ausland

- 100% Kostenerstattung für Rücktransporte aus dem Ausland
- 100% Kostenerstattung für Überführung im Todesfall ins Heimatland oder Bestattung in der Bundesrepublik Deutschland bis max. 15.000 €
- 100% Kostenerstattung für Rückholung von Kindern bis 5.000 € je Kind
- 100% Kostenerstattung für Blutkonserventransport ins Ausland

Selbstbehalt

- Pro Person und Kalenderjahr gilt für die Leistungen für die ambulante Heilbehandlung (nicht bei unfallbedingten Versicherungsfällen) und ambulante künstliche Befruchtung ein Selbstbehalt von 500 €.

Tarif BDSB/Gruppe

Krankheitskosten-Gruppenversicherung

für ambulante Heilbehandlung, Zahnbehandlung und Zahnersatz, stationäre Heilbehandlung und Entbindung

Fassung Januar 2013

Der Tarif ist nur gültig in Verbindung mit den zugehörigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Gruppenversicherung für vorübergehende Aufenthalte in Deutschland.

I. Versicherungsfähigkeit

In diesen Tarif können alle nach dem Gruppenversicherungsvertrag versicherungsfähigen Personen aufgenommen werden, sofern diese mit einem befristeten Aufenthaltstitel für das Inland nach Deutschland reisen (Hauptversicherte). Mitreisende Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) und Kinder des Hauptversicherten können mitversichert werden (mitversicherte Personen), wenn sie ebenfalls einen befristeten Aufenthaltstitel für Deutschland haben.

Die Versicherungsdauer beträgt maximal 5 Jahre (§ 195 Abs. 3 VVG). Gleichzeitiger früherer, befristeter Versicherungsschutz, auch bei einem anderen Versicherer, wird auf die Höchstdauer angerechnet, die sich entsprechend verkürzt (§ 195 Abs. 3 Satz 2 VVG).

Das Versicherungsverhältnis endet spätestens mit dem Ablauf der Höchstversicherungsdauer. Es endet auch mit dem Wegfall des befristeten Aufenthaltstitels für Deutschland. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, sich in einem gleichartigen unbefristeten Tarif innerhalb des Gruppenversicherungsvertrages weiterzuversichern, sofern die Versicherungsfähigkeit in der Gruppenversicherung weiterhin gegeben ist. Es wird dann das Eintrittsalter zum Zeitpunkt des Tarifwechsels zugrunde gelegt. Weiterversicherungsrechte nach den zugehörigen allgemeinen Versicherungsbedingungen bleiben hiervon unberührt.

II. Versicherungsleistungen

1. Ambulante oder stationäre Heilbehandlung

Bei einer medizinisch notwendigen ambulanten oder stationären Heilbehandlung werden die erstattungsfähigen Aufwendungen zu 100 % erstattet, und zwar für:

1.1 Arztbehandlungen

Hierzu gehören Beratungen, Besuche (Visiten), Untersuchungen, Sonderleistungen sowie Operationen (vgl. jedoch Punkt 3).

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 oder zur stationären Heilbehandlung in das nächstgelegene geeignete Krankenhaus und zurück.

1.5 Strahlen-Diagnostik und -Therapie

1.6 Arznei- und Verbandmittel

1.7 Heilmittel

Es besteht Versicherungsschutz für folgende Heilmittel:

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

1.8 Sehhilfen

Erstattet werden 100% der Aufwendungen bis zur Höhe von insgesamt 260 €. Ein Anspruch auf die Leistung für den erneuten Bezug einer Sehhilfe entsteht frühestens nach 2 Jahren seit dem letzten Bezug. Vor Ablauf von 2 Jahren entsteht ein erneuter Anspruch nur bei einer Veränderung der Sehschärfe von mindestens 0,5 Dioptrien.

1.9 Medizinische Hilfsmittel (mit Ausnahme von Sehhilfen)

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).

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 deutschen 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 eingrenzbaren Zeitraum benötigt werden, sollen vorrangig mietweise bezogen werden.

Generell bietet der Versicherer Unterstützung bei der Auswahl und Anschaffung oder Anmietung des geeigneten Hilfsmittels über den Hilfsmittelservice. Daher wird empfohlen, bei Hilfsmitteln ab einem Rechnungsbetrag von 350 € dem Versicherer vor Bezug des Hilfsmittels die ärztliche Verordnung vorzulegen.

1.10 Vorsorgeuntersuchungen

Hierzu gehören Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den gesetzlich eingeführten Programmen in der Bundesrepublik Deutschland.

1.11 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.

1.12 Psychotherapie

1.13 Ambulante Entbindung, Hausgeburt sowie Entbindung in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung

Bei einer ambulanten Entbindung oder Hausgeburt wird neben der Kostenerstattung gemäß II.1.1 bis 1.11 zur Abgeltung anderweitiger Aufwendungen eine Geburtspauschale von 750 € gezahlt. Dieser Betrag wird nicht auf bestehende Selbstbehalte angerechnet.

Bei einer Entbindung in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung (z.B. Geburtshaus, Hebammenhaus) werden anstelle der Geburtspauschale von 750 € die entstandenen Aufwendungen zu 100% erstattet, höchstens jedoch die Aufwendungen, die bei einer entsprechenden Geburt im Krankenhaus entstanden wären. Diese Aufwendungen sind auch erstattungsfähig, wenn nach einer begonnenen Geburt (Einsetzen von Eröffnungswehen oder Blasensprung) die Verlegung in ein Krankenhaus erforderlich wird.

1.14 Ambulante Heilbehandlung durch Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes

Hierzu gehören:

Alle im jeweils gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker aufgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden einschließlich Heilmittel und Wegegebühren bis zum jeweiligen aufgeführten Höchstbetrag sowie Arznei- und Verbandmittel.

1.15 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV), die darauf abzielt, die Betreuung der versicherten Person in der vertrauten häuslichen Umgebung oder dem familiären Bereich zu ermöglichen, wenn

- die versicherte Person an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet,
- eine begrenzte Lebenswartung von Wochen oder wenigen Monaten – bei Kindern auch Jahren – zu erwarten ist und
- eine besonders aufwändige Versorgung notwendig ist.

Als häusliche Umgebung gelten auch Altersheime, stationäre Pflegeeinrichtungen und Hospize.

Erstattet werden 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen durch Ärzte und durch Fachkräfte für spezialisierte ambulante Palliativversorgung bis zu der Höhe des Betrags, der für die Versorgung eines Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre, im Ausland bis zu den ortsüblichen Gebühren.

1.16 Häusliche Krankenpflege

Aufwendungen für ärztlich verordnete häusliche Krankenpflege (bestehend aus medizinischer Behandlungspflege, Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung) außerhalb von stationären Einrichtungen wie Pflegeheimen, Hospizen und Rehabilitationseinrichtungen durch geeignete Fachkräfte werden, wenn und soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann und wenn

- die häusliche Krankenpflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist (Sicherungspflege), oder
- Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht durchführbar ist oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird (Krankenhausvermeidungspflege),

im nachfolgenden Umfang erstattet:

- a) Erstattet werden bei der Sicherungspflege und Krankenhausvermeidungspflege die im Einzelfall erforderlichen Aufwendungen für die medizinische Behandlungspflege (z.B. Wundversorgung, Verbandswechsel).

Bei der Krankenhausvermeidungspflege werden darüber hinaus auch Aufwendungen für die im Einzelfall erforderliche Grundpflege (z.B. Körperpflege, An- und Auskleiden) sowie hauswirtschaftliche Versorgung (z.B. einkaufen, kochen) für bis zu vier Wochen je Versicherungsfall erstattet, sofern keine Pflegebedürftigkeit im Sinne der deutschen Pflegeversicherung besteht. Über vier Wochen hinaus werden diese Aufwendungen nur dann erstattet, wenn und soweit der Versicherer sie vorher schriftlich zugesagt hat.

- b) Von den in Absatz a) genannten Aufwendungen werden 100% erstattet, soweit sie angemessen sind. Angemessen sind Aufwendungen bis zur Höhe der allgemein ortsüblichen Sätze.

Falls auf Dauer voraussichtlich für mindestens 6 Monate, ein besonders hoher Pflegebedarf an medizinischer Behandlungspflege besteht, der die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegekraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erfordert,

insbesondere weil behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität und Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen oder die Bedingung und Überwachung eines lebenserhaltenden Hilfsmittels (z.B. Beatmungsgerätes) am Tag und in der Nacht erforderlich ist (Intensiv-Behandlungspflege)

und ist diese Intensiv-Behandlungspflege sowohl in der häuslichen Umgebung als auch in einer im Umkreis von 50 km hiervon befindlichen geeigneten Einrichtung (Pflegeheim) möglich, gelten die jeweils günstigsten Kosten für die Behandlungspflege als angemessen.

Die angemessenen Aufwendungen für Intensiv-Behandlungspflege werden auch in stationären Einrichtungen (z.B. Pflegeheime) erstattet.

Zur Feststellung der Angemessenheit der Aufwendungen wird empfohlen, eine Kostenzusage des Versicherers einzuholen.

1.17 Unterkunft, Verpflegung und Pflege im Krankenhaus Allgemeine Krankenhausleistungen

a) In Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten als Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen Pflegesätze, Sonderentgelte, Fallpauschalen, die gesondert berechnete Vergütung des Belegarztes, der Beleghebamme sowie des –entbindungspflegers.

b) In Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Aufwendungen für einen Aufenthalt im Drei- oder Mehrbettzimmer (Allgemeine Pflegeklasse) einschließlich die gesondert berechnete Vergütung einer Hebamme und eines Entbindungspflegers ohne individuelle Wahl- oder Zusatzleistungen.

Wahlleistungen

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 erste Pflegeklasse als

Einbettzimmer, die zweite Pflegeklasse als Zweibettzimmer und die dritte Pflegeklasse als Mehrbettzimmer.

Erstattet werden

100% der erstattungsfähigen Aufwendungen, und zwar in Tarifstufe BDSB.1

- bei Aufenthalt im Ein-, Zwei- oder Mehrbettzimmer.

Tarifstufe BDSB.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)

Für nicht in Anspruch genommenen Kostenersatz bei stationärer Heilbehandlung erhält der Hauptversicherte ein Krankentagegeld in nachstehender Höhe:

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

Bei teilstationärer Heilbehandlung wird kein Krankentagegeld gezahlt.

1.18 Stationäre Hospizversorgung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für eine ärztlich verordnete, notwendige stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem Hospiz in dem palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn

- die versicherte Person an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet,
- eine begrenzte Lebenswartung von Wochen oder wenigen Monaten – bei Kindern auch Jahren – zu erwarten ist und
- eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person bzw. eine Versorgung in einer Pflegeeinrichtung nicht mehr angemessen erbracht werden kann.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden nach Abzug anderweitiger Leistungsansprüche, z. B. aus der privaten Pflegepflichtversicherung, bis zu der Höhe erstattet, die für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre, im Ausland bis zu den ortsüblichen Gebühren.

2. Kurbehandlung

Bei einer Kur in einem Heilbad oder Kurort, auch bei einem Aufenthalt in einem Sanatorium, werden die unter II.1.1 bis 1.16 (ambulante Heilbehandlung) genannten erstattungsfähigen Aufwendungen zu den dort genannten Prozentsätzen erstattet.

3. Künstliche Befruchtung

Erstattet werden 50% der mit dem Behandlungsplan genehmigten erstattungsfähigen Aufwendungen.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen der künstliche 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 Samenzellen des Paares verwendet (homologe Befruchtung).
- Die Behandlung entspricht deutschem Recht.
- Vor Behandlungsbeginn wird ein Therapie- und Kostenplan.

Erstattet werden unter den oben genannten Voraussetzungen bis zu

- 8 Inseminationszyklen im Spontanzyklus und
- 3 Inseminationszyklen nach hormoneller Stimulation sowie höchstens insgesamt 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.

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.

4. Erstattung der Kosten für eine Begleitperson

Wird neben einer versicherten Person während einer stationären Heilbehandlung eine Begleitperson stationär aufgenommen, werden auch die gesondert berechenbaren Kosten für die Unterbringung und Verpflegung der Begleitperson erstattet, sofern eine Begleitperson medizinisch notwendig ist.

Die Dauer der Begleitung sowie die Höhe der Unterbringungs- und Verpflegungskosten der Begleitperson sind durch eine Bescheinigung des Krankenhauses nachzuweisen.

5. Kinderbetreuungsgeld

Bei einem medizinisch notwendigen stationären Aufenthalt des versicherten betreuenden Elternteils oder bei dessen stationärem Aufenthalt als Begleitperson (siehe II.4) wird ein Tagegeld in Höhe von 25 € gezahlt, sofern mindestens ein Kind bis einschließlich 12 Jahre im Haushalt vor Ort lebt und den Krankenhausaufenthalt nicht begleitet.

6. Zahnbehandlung

Hierzu gehören allgemeine, konservierende und operative Leistungen, Röntgenleistungen, Behandlung von Mund- und Kiefererkrankungen sowie Parodontose-Behandlung.

Erstattet werden 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen ohne Höchstbegrenzung.

7. Zahnersatz und kieferorthopädische Maßnahmen

Hierzu gehören prothetische Leistungen, Zahnkronen jeder Art, Zahnbrücken und Stützabutments, Reparatur von Zahnersatz, Aufbissbehelfe und Schienen, kieferorthopädische Maßnahmen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen sowie Implantate (einschließlich der in diesem Zusammenhang notwendigen vorbereitenden chirurgischen Maßnahmen zum Aufbau des Kieferknochens).

Kieferorthopädische Maßnahmen, die nach dem 18. Lebensjahr beginnen, sind nicht erstattungsfähig. Dies gilt nicht für Aufwendungen, die durch einen Unfall verursacht wurden.

Erstattet werden 80% der erstattungsfähigen Aufwendungen. Die anfallenden tariflichen Leistungen sind auf 1.025 € je Person und Kalenderjahr begrenzt.

8. Rücktransport

Erstattet werden 100% notwendigen Kosten für einen Rücktransport in die Bundesrepublik Deutschland oder in das Land, aus dem der Hauptversicherte ursprünglich ausgewandert ist, wenn die erkrankte oder verletzte Person nicht mit eigenen oder öffentlichen Mitteln als gewöhnlicher Passagier reisen kann und

- eine Behandlung im Reiseland nicht angemessen möglich ist oder
- nach Art und Schwere der Erkrankung bzw. Unfallfolgen eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung einen Zeitraum von zwei Wochen übersteigen würde oder übersteigt.

Der Anspruch auf Kostenerstattung vermindert sich um die Rückreisekosten, die bei normalem Verlauf der Reise entstanden wären, soweit dem Versicherten wegen der Nichtinanspruchnahme Erstattungsansprüche zustehen.

9. Überführung im Todesfall ins Heimatland oder Bestattung in der Bundesrepublik Deutschland

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

10. Rückholung von Kindern

Erstattungsfähig sind die notwendigen Reisekosten einer Rückholung von mitversicherten Kindern unter 16 Jahren, sofern der Hauptversicherte und alle mitversicherten erwachsenen Personen zurücktransportiert wurden oder verstorben sind. Zu den Reisekosten gehören die Hin- und Rückreisekosten einer Begleitperson sowie die Rückreisekosten für die Kinder.

Erstattet werden je versichertem Kind 100% der Reisekosten in der allgemeinen Beförderungsklasse und der notwendigen Übernachtungskosten; zusammen jedoch nicht mehr als 5.000 €.

11. Blutkonserventransport ins Ausland

Erstattungsfähig sind die Kosten für einen Blutkonserventransport ins Ausland, wenn an einem außereuropäischen Operations-

ort Blutkonserven für eine Operation medizinisch notwendig sind und bei dort vorhandenen Blutkonserven mit Infektionen gerechnet werden muss.

Erstattet werden 100% der Aufwendungen.

III. Selbstbehalt

Die tarifliche Leistung erfolgt nach Abzug eines Selbstbehaltes.

Der Selbstbehalt beträgt je Versicherten 500 € und bezieht sich auf den Gesamtbetrag bei ambulanten Behandlungen der gemäß Nummer II.1.1 - II.1.12, II.1.14 - II.1.16 und II.3 in einem Kalenderjahr für die versicherte Person zu erstattenden Beträge (nicht bei unfallbedingten Versicherungsfällen).

Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar eines Kalenderjahres, so ermäßigt sich der Selbstbehalt für dieses Jahr um jeweils 1/12 für jeden nicht versicherten Monat. Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, ermäßigt sich der Selbstbehalt nicht.

IV. 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.

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.

Versicherungsvertragsgesetz [VVG]

§ 195 Versicherungsdauer

(1) Die Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), ist vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 und der §§ 196 und 199 unbefristet. Wird die nicht substitutive Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben, gilt Satz 1 entsprechend.

(2) Bei Ausbildungs-, Auslands-, Reise- und Restschuldkrankenversicherungen können Vertragslaufzeiten vereinbart werden.

(3) Bei der Krankenversicherung einer Person mit befristetem Aufenthaltstitel für das Inland kann vereinbart werden, dass sie spätestens nach fünf Jahren endet. Ist eine kürzere Laufzeit vereinbart, kann ein gleichartiger neuer Vertrag nur mit einer Höchstlaufzeit geschlossen werden, die unter Einschluss der Laufzeit des abgelaufenen Vertrags fünf Jahre nicht überschreitet; dies gilt auch, wenn der neue Vertrag mit einem anderen Versicherer geschlossen wird.

Essential Parts of Tariff BDSB/Group

Out-patient medical treatment

- 100% reimbursement of out-patient medical treatment
- 100% reimbursement of way-charges and transports
- 100% reimbursement of X-ray diagnosis and therapy
- 100% reimbursement of medicaments and dressings
- 100% reimbursement of remedies as per the tariff
- 100% reimbursement of medical aids as per the tariff
- 100% reimbursement of visual aids up to € 260
- 100% reimbursement of medical check-ups as per the tariff
- 100% reimbursement of vaccinations
- 100% reimbursement of psychotherapy
- reimbursement as per the tariff of out-patient deliveries and delivery at home plus and a lump-sum of € 750 as well as delivery
- 100% reimbursement of treatments by a non-medical practitioner
- 100% reimbursement of specialised out-patient palliative care
- 100% reimbursement of domestic nursing

Hospital medical treatment

- 100% reimbursement of accommodation in a one, two or more bedded room (tariff rate BDSB.1) or in a two or more bedded room (tariff rate BDSB.2)
- 100% reimbursement of treatment by the senior consultant
- 100% reimbursement of transportation
- 100% reimbursement of a person accompanying
- costs for child care abroad
- 100% reimbursement of in-patient care in hospices

Dental benefits

- 100% reimbursement of dental treatment
- 80% reimbursement of dentures and orthodontic measures of up to a maximum of € 1,025 per person and calendar year

Transports to and from abroad

- 100% reimbursement of repatriations from abroad
- 100% reimbursement of repatriations in case of death to the home country or burial in the Federal Republic of Germany up to a maximum of € 15,000
- 100% reimbursement of return transports of children up to € 5,000 per child
- 100% reimbursement of transports of stored blood units abroad

Deductible

- Per person and calendar year a deductible of € 500 is valid for benefits for out-patient medical treatment (not for claims related to an accident) and out-patient artificial insemination.

Tariff BDSB/Group Health Group Insurance for out-patient medical treatment, dental treatment and dentures, in-patient medical treatment and delivery As per January 2013

This tariff is only valid in connection with the General Conditions of Insurance of the Group insurance for temporary stays in Germany.

I. Eligibility

Every person who fulfils the conditions of the group insurance contract and who is travelling with a temporary residence permit to Germany may be insured according to this tariff (main person insured). Accompanying spouses, homosexual partners as per § 1 of the German Lebenspartnerschaftsgesetz (Law of homosexual partnerships) and children of the main person insured may also be insured (co-insured persons), if they also have a temporary residence permit for Germany.

The period of insurance is limited to five years (§ 195 para. 3 Versicherungsvertragsgesetz - German Insurance Contract

Law). Similar previous, temporary coverage, as well with another insurer will be deducted from the maximum insurance period, which is being abbreviated accordingly (§ 195 para. 3 sentence 2 Versicherungsvertragsgesetz - German Insurance Contract Law).

The coverage ends at the latest after the expiry of the maximum insurance period and ends as well in case the temporary residence permit for Germany has been omitted. The insured persons have the right to continue the insurance in an unlimited similar tariff within the group insurance contract, if the eligibility in the group insurance is still given. The reached entry age at the time of the tariff change is to consider. Continued

insurance rights as per the valid General Conditions of Insurance remain unaffected.

II. Insurance Benefits

1. Out-patient medical or hospital treatment

In case of a medically necessary out-patient or hospital treatment the reimbursable costs are paid 100%, that is for

1.1 Medical treatment

Such as consultations, visits, examinations, special services as well as operations (however see point 3).

1.2 Services of a mid-wife

1.3 Way charges of the nearest physician

1.4 Transportation

Transports to and from the nearest suitable physician in case of

- Inability to walk;
- dialysis
- deep X-ray therapy
- chemotherapy.

In case of emergency transports to the nearest suitable doctor or to the hospital treatment in the nearest suitable hospital and back.

1.5 X-ray diagnosis and therapy

1.6 Medicaments and dressings

1.7 Remedies

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

1.8 Visual aids

100 % of the costs will be reimbursed up to a total of € 260. Only after 2 years of the last purchase of visual aids may the person insured make another claim.

1.9 Medical aids (with the exception of visual 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).

Furthermore we reimburse the costs for 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.

Generally, the insurer offers support for the choice and purchase or lease of suitable aids with an aids service provider. Therefore it is recommended to join the medical prescription of aids if the invoice amounts € 350 and more.

1.10 Medical check-ups

Among these are the medical check-ups for early screening of diseases as per the statutory programmes introduced in the Federal Republic of Germany.

1.11 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.

1.12 Psychotherapy

1.13 Out-patient delivery, delivery at home as well as delivery

In case of an out-patient delivery or delivery at home a lump-sum for deliveries of € 750 is paid on top the reimbursement as per II.1.1 to 1.11 to pay other costs.

In case of a delivery in an institution which is lead by midwives (such as a house for deliveries, a midwives' house) 100 % of the costs will be reimbursed instead of the delivery lump-sum of € 750, however only the costs which would have occurred for a delivery in a hospital. These costs are also reimbursable if while giving birth (start of labours or rupture of the membranes) the mother has to be admitted to a hospital.

1.14 Out-patient medical treatment by a non-medical practitioner in the sense of the German Law for Non-Medical Practitioners

Such as:

Every method of examination and treatment mentioned in the respective valid scale of charges for non-medical practitioners, remedies and way charges included up to the respective maximum amount as well as medicaments and dressings.

1.15 Specialised out-patient palliative care

The costs for a medically prescribed specialised out-patient palliative care are reimbursable, if this care aims to enable a care of the person insured in the familiar domestic surroundings or

within the family, if

- the person insured suffers from a disease which is not curable, which has advanced a little or a lot,
- if only a limited life span of weeks or few months – for children some years – is to be expected and
- an extremely expensive care will be necessary

Homes for the elderly, hospital nursing care institutions and hospices.

100% of the reimbursable costs for doctors and specialists of the out-patient palliative care will be reimbursed up to the amount which would be invoiced for a person insured in the statutory health insurance.

1.16 Domestic nursing

The costs for a medically prescribed domestic nursing (consisting of all possible features of care, that is: medical treatment – to mention examples: change of dressing, giving medicaments, to measure blood pressure etc. -, the basic daily care and the care of the household) outside of in-patient institutions such as nursing homes, hospices and homes for rehabilitation by suitable experts, if a person living in the same household of the ill is not able to nurse and to care for him or her properly and if

- the domestic care is necessary to guarantee the aim of the medical treatment or (case A)
- a hospital treatment is recommended, but cannot be carried through or if a hospital treatment can be avoided or shortened with domestic nursing (case B),

will be reimbursed as follows:

- a) In case A and B the costs for medical treatment (change of dressings, giving medicaments etc.) are reimbursed.

In case that a hospital stay can be avoided also the costs for the daily care (such as hygiene, dressing) and for the organisation of the household (such as shopping, cooking) will be paid for up to four weeks per event insured against occurring, if no need of care in the sense of the German Nursing Care exists. Above the period of four weeks the costs will only be reimbursed, if the insurer has given a written consent.

- b) 100% of the costs mentioned in a) are reimbursed, if they are reasonable. The costs are reasonable up to the amount of the general customary rates

If for a period of 6 months at least an especially high need of medical care is given, which requires the permanent presence of a suitable nurse for the individual control and commitment, especially because the nursing measures are unexpectedly required during day time and the night, no matter which intensity and frequency or if a life-sustaining aid (such as an oxygen resuscitation apparatus) is required day and night (intensive medical nursing care) and if this intensive medical nursing care is possible in the domestic surroundings or in a suitable institution (nursing home) within a radius of 50 km, the respective least costs for this nursing care are regarded as reasonable.

The reasonable costs for intensive nursing care are also reimbursed for stays in in-patient institutions (such as nursing homes).

It is recommended to ask the insurer for a take over of charges to be in a position to judge the reasonableness of the costs.

1.17 Accommodation, boarding and care in hospital

General hospital benefits

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 general hospital benefits are: the hospital and nursing charges, special costs, lump-sums, the separately charged services of a doctor who has extra beds in a hospital, the costs for a mid-wife as well as for a delivery nurse who both work for several hospitals.

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 general hospital benefits are: accommodation in a three or more bedded room (General Nursing Class) included the separately charged fees for a mid-wife and a delivery nurse without individual optional or additional benefits.

Services of choice

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 those regulations 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 distinguishes classes of nursing, the following is agreed: the first class of nursing is a one bedded room, the second nursing class is a two bedded room and the third nursing class is a three or more bedded room.

Reimbursed are

100 % of the reimbursable costs, in

tariff rate BDSB.1

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

tariff rate BDSB.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)

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	
		with	without
BDSB.1	one bedded room	-	€ 15
	two bedded room	€ 20	€ 35
	more bedded room	€ 30	€ 45
BDSB.2	one bedded room	-	€ 15
	two bedded room	-	€ 15
	more bedded room	€ 15	€ 30

In case of a semi in-patient medical treatment no daily hospital indemnity is paid.

1.18 In-patient care in hospices

The costs for a medically prescribed necessary in-patient or semi in-patient care in a hospice in which the palliative medical treatment is given are reimbursable,

- if the person insured suffers from a disease which is not curable, which has advanced a little or a lot,
- if only a limited life span of weeks or few months – for children some years – is to be expected and
- if out-patient care in the household or family of the person insured or if care in a nursing institution cannot be given reasonably.

The reimbursable costs will be paid up to the amount which is paid for the care of a person insured in the statutory health insurance less any other reimbursement claims, such as of the private nursing care insurance.

2. Cure treatment

In case of a cure in a spa or health resort, also in case of a stay in a sanatorium the reimbursable costs mentioned in II.1.1 to 1.16 (out-patient medical treatment) are reimbursed as per the percentages mentioned there.

3. Artificial insemination

50% of the reimbursable costs agreed upon in the treatment plan are reimbursed.

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)

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.

4. Reimbursement of costs for a person accompanying

If a person insured is in hospital treatment and is accompanied by a person who is in-patient as well, the costs for accommodation and boarding which are separately charged are reimbursed for that person as well if the accompanying person is medically necessary.

The period of accompanying and the expenses for boarding and accommodation of that person are to be proved by the hospital.

5. Reimbursement of costs for child care abroad

In case of a medically necessary in-patient stay of the parent insured caring for the child or any in-patient stay of the parent as an accompanying person (see II.4) a daily benefit of € 25.00 is paid, if at least one child up to the age of 12 is living in the same household abroad and does not accompany the hospital stay.

6. Dental treatment

Such as general, preventive, preservative and surgical benefits, X-rays, treatment of a stomatopathy and diseases of the jaw as well as periodontosis treatment.

100% of the reimbursable costs without maximum limitation are reimbursed.

7. Dentures and orthodontic measures

such as prosthetic dentures, crowns of all kind, bridges and pivot teeth, reparation of dentures, dental splints, occlusal overlays, orthodontic measures, analytic and therapeutic measures as well as inlays (necessary preparatory surgical measures to build up the jawbone included).

Orthodontic treatments which start after the age of 18 are not reimbursable. This does not apply to expenses which are occurring as a result of an accident.

80% of the reimbursable costs are reimbursed. The benefits are limited to € 1,025 per person and calendar year.

8. Repatriation

100% of the necessary costs for a repatriation to the Federal Republic of Germany or to the country out of which he or she originally has left, if the ill or injured person who is not able to

travel as a regular passenger in the own or public means of transport) and

- no reasonable treatment is possible in the country of residence or
- if according to the type and severity of the disease or accident sequelae a medically necessary hospital treatment would last more than two weeks.

The claim for a reimbursement is reduced by the costs which would have occurred for a normal return, if he or she has a claim for reimbursement of the costs for this normal return.

9. Repatriation in case of death to the home country or burial in the Federal Republic of Germany

100% of the necessary costs will be reimbursed up to the total of € 15,000.

10. Return transport of children

The necessary costs of a return transport of co-insured children under 16 years of age are reimbursable, if the main person insured and all co-insured adults are transported back or have deceased. The travel costs include the costs for a transport to and from the travel destination of an accompanying person as well as the costs for the travel back of children.

100% of the travel costs of the general class of transportation will be reimbursed for each child insured as well as the necessary costs for an overnight stay; however not more than the total of € 5,000.

11. Transport of stored blood units abroad

The costs for a transport of stored blood units abroad are reimbursable, if stored blood units are required for an operation outside Europe and if foreign available blood units may be infected.

100% of the costs are reimbursed.

III. Deductible

The benefits out of this tariff are granted with the reduction of the deductible.

The deductible amounts to € 500 per person insured and refers to the total of benefits of out-patient treatments granted according to II.1.1 up to II.1.12, II.1.14 up to II.1.16 and II. 3 during one calendar year for the person insured (not for claims related to an accident).

If the insurance coverage does not commence on the 1st January of a calendar year, the deductible will be reduced by 1/12 for each month not insured. If the insurance coverage ends during a calendar year, the deductible is not reduced.

IV. 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.

Appendix

German Law of Homosexual Partnerships – Lebenspartnerschaftsgesetz

§ 1 Form and Conditions

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

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

(3) A civil union cannot become established in law if

1. a person is a minor or married or has already entered into a civil union with another person;
2. the persons are directly related to each other;
3. the persons are brothers and sisters or half-brothers and half-sisters;
4. the partners agree when entering into the civil union that they do not wish to accept any of the obligations set out in § 2.

(4) The promise to establish a civil union means that it is not possible to bring an action against the establishment of such a union. § 1297 para. 2 and §§ 1298 to § 1302 of the German Bürgerliches Gesetzbuch – civil law – apply accordingly.

German Insurance Contract Law - Versicherungsvertragsgesetz [VVG]

§ 195 Insurance Period

(1) ¹The health insurance coverage which may replace completely or partly the health or nursing care insurance coverage of the statutory social system (substitute health insurance) is timely unlimited subject to para. 2 and 3 and § 196 and § 199. ²If the non-substitute health insurance is practised as per the life assurance, sentence 1 is valid accordingly.

(2) It is possible to arrange contract periods in case of an apprenticeship, stays abroad, travel and additional coverage insurance.

(3) ¹If a person has a temporary residence permit for Germany it may be agreed that the health insurance ends at the latest after five years. ²In case a shorter period has been arranged it is possible to conclude a similar new contract, if the expired period has been considered and the maximum period of five years has not been exceeded; the new contract may also be concluded with another insurer.