

Wesentliche Merkmale des Tarifs EK./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 unfallbedingte medizinische Hilfsmittel gemäß Tarif
- 100% Kostenerstattung für unfallbedingte Sehhilfen bis 325 €
- tarifliche Kostenerstattung für ambulante Entbindungen und Hausgeburten zzgl. einer Pauschale von 750 € sowie Entbindung in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung
- 100% Kostenerstattung für sonstige Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
- 100% Kostenerstattung für spezialisierte ambulante Palliativversorgung
- 100% Kostenerstattung für häusliche Krankenpflege

Stationäre Heilbehandlung

- 100% Kostenerstattung im Ein-, Zwei- oder Mehrbettzimmer außerhalb der BRD und innerhalb der BRD im Mehrbettzimmer
- 100% Kostenerstattung für privatärztliche Behandlung außerhalb der BRD und innerhalb der BRD für belegärztliche Behandlung

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

Zahnärztliche Leistungen

- 100% Kostenerstattung für schmerzstillende Zahnbehandlung bis max. 750 € pro Person und Jahr
- 80% Kostenerstattung für unfallbedingte Zahnersatzleistungen
- 80% Kostenerstattung für unfallbedingte kieferorthopädische Maßnahmen

Transporte ins und aus dem Ausland

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

Tarif EK./Gruppe

Krankheitskosten-Gruppenversicherung

für kurzfristige Auslandsaufenthalte bis 365 Tage

Fassung Januar 2026

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 Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) und Kinder des Hauptversicherten können mitversichert werden (mitversicherte Personen).

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. Innerhalb der Bundesrepublik Deutschland erfolgt für gesondert vereinbarte privatärztliche stationäre Behandlung keine Leistung aus diesem Tarif.

1.2 Wegegebühren des nächsterreichbaren Arztes

1.3 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.

1.4 Strahlen-Diagnostik und -Therapie

1.5 Arznei- und Verbandmittel

1.6 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, Ergotherapie (Beschäftigungstherapie) und Podologie bei diabetischem Fußsyndrom.

1.7 Unfallbedingte Sehhilfen

Erstattet werden 100% der Aufwendungen für einen durch Unfall verursachten Versicherungsfall bis zur Höhe von insgesamt 325 €.

1.8 Unfallbedingte medizinische Hilfsmittel (mit Ausnahme von Sehhilfen)

Erstattet werden die Aufwendungen für Hilfsmittel (sächliche und technische Mittel sowie Körperersatzstücke), sofern der Versicherungsfall durch einen Unfall verursacht wurde

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

1.9 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 1.8 zur Abgeltung anderweitiger Aufwendungen eine Geburtspauschale von 750 € gezahlt.

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.

1.10 Sonstige Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für medizinische Therapeuten, die nach dem für das jeweilige Aufenthaltsland geltenden Recht zur Heilbehandlung zugelassen sind, sofern die durchgeführte Untersuchungs- oder Behandlungsmethode im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (der Bundesrepublik Deutschland) enthalten ist. Die Höhe des erstattungsfähigen Betrages bemisst sich maximal bis zum jeweiligen im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker aufgeführten Höchstbetrag.

1.11 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.

1.12 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.

2. Unterkunft, Verpflegung und Pflege im Krankenhaus

Findet die Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland statt, so beschränkt sich der Versicherungsschutz bei einem Krankenhausaufenthalt auf die Kosten der allgemeinen 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 der gesondert berechnete Vergütung einer Hebamme und eines Entbindungspflegers ohne individuelle Wahl- oder Zusatzleistungen.

Erstattet werden 100% der Aufwendungen.

3. 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.

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 im Ausland

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 € bezahlt, sofern mindestens ein Kind bis einschließlich 12 Jahre im Haushalt vor Ort lebt und den Krankenhausaufenthalt nicht begleitet.

6. Schmerzstillende Zahnbehandlung

Hierzu gehören unaufschiebbare allgemeine, konservierende und chirurgische Leistungen, Röntgenleistungen, Behandlung von Mund- und Kiefererkrankungen. Kronen und Einlagefüllungen sind nicht Gegenstand des Tarifes.

Erstattet werden 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu einer Höhe von 750 € pro Person und Jahr.

7. Unfallbedingte Zahnersatzleistungen und kieferorthopädische Maßnahmen

Hierzu gehören prothetische Leistungen, Zahnkronen jeder Art, Zahnbrücken und Stiftzähne, 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).

Erstattet werden 80% der erstattungsfähigen Aufwendungen für einen durch Unfall verursachten neu eingetretenen Versicherungsfall.

8. Rücktransport

Erstattet werden 100% der notwendigen Kosten für einen erforderlichen Rücktransport in das Land, in dem sich der Hauptversicherte im Ausland ständig aufhält oder in das Land, aus dem er 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 Inland oder Bestattung im Ausland

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

Erstattet werden 100% der Aufwendungen.

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 § 11 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.

Essential Parts of the Tariff EK./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 required as a result of an accident as per the tariff
- 100% reimbursement of visual aids as a result of an accident up to € 325
- 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 other examination and treatment methods
- 100% reimbursement of specialised out-patient palliative care
- 100% reimbursement of domestic nursing

Hospital medical treatment

- 100% reimbursement of a one, two or more bedded room outside the FRG and a more bedded room in the FRG
- 100% reimbursement of a treatment by the senior consultant outside the FRG and in the FRG for treatments by a doctor who has extra beds in a hospital

- 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 pain-relieving dental treatment up to a maximum of € 750 per person and year
- 80% reimbursement of dentures required as a result of an accident
- 80% reimbursement of orthodontic measures required as a result of an accident

Transports to and from abroad

- 100% reimbursement of repatriations from abroad
- 100% reimbursement of repatriations in case of death or burial abroad 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

Tariff EK./Group

Group-insurance of medical expenses for short-term stays abroad of up to 365 days

As per January 2026

The 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 travels temporarily abroad may be insured according to 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 main person insured may also be insured (co-insured persons).

II. Insurance benefits

1. Out-patient or hospital medical 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. No benefits are granted in the Federal

Republic of Germany for hospital treatment by the senior consultant, which has been agreed upon separately.

1.2 Way charges of the nearest physician

1.3 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.

1.4 X-ray diagnosis and therapy

1.5 Medicaments and dressings

1.6 Remedies

The following remedies are covered:

physiotherapy/kinesiotherapy, 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.

1.7 Visual aids required as a result of an accident

100% of the costs occurred as a result of an accident will be reimbursed up to a total of € 325.

1.8 Medical aids required as a result of an accident (with the exception of visual aids)

The costs for aids (objective and technical devices as well as body replacements) occurred as a result of an accident,

- 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 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 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 1.8 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.

1.10 Other examination and treatment methods

Expenses for medical therapists are reimbursable provided that the therapist is approved for medical treatment in accordance with the laws of the respective country of stay and the examination or treatment method performed is included in the table of costs for non-medical practitioners (of the Federal Republic of Germany). The maximum reimbursable amount is determined based on the respective maximum amount listed in the table of costs for non-medical practitioners.

1.11 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.

1.12 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.

2. Accommodation, boarding and care in hospital

If the hospital treatment takes place in the Federal Republic of Germany, the insurance coverage is reduced to the 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.

100% of the costs are reimbursed.

3. 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.

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 inpatient 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 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. Pain-relieving dental treatment

such as urgent general, preventive, preservative and surgical benefits, X-rays, treatment of a stomatopathy and of diseases of the jaw. Crowns and inlays are not covered.

100% of the reimbursable costs up to € 750 per person and year are reimbursed.

7. Benefits for dentures and orthodontic measures after an accident

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 implants (necessary preparatory surgical measures to build up the jawbone included)..

80% of the reimbursable costs for the event insured newly occurring as a result of an accident are reimbursed.

8. Repatriation

100% of the necessary costs for a repatriation to the country in which the main person insured is staying abroad 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 country of origin or burial abroad

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 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. 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.

Annex

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.