

Wesentliche Merkmale des Tarifs DOGP *Basic* /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 Heilmittel gemäß Tarif
- 100% Kostenerstattung für Arznei- und Verbandmittel
- 100% Kostenerstattung für medizinische Hilfsmittel gemäß Tarif
- 100% Kostenerstattung für Leistungen durch Hebammen/Entbindungspfleger
- 100% Kostenerstattung für spezialisierte ambulante Palliativversorgung
- 100% Kostenerstattung für häusliche Krankenpflege

Stationäre Heilbehandlung

- 100% Kostenerstattung im Mehrbettzimmer
- 100% Kostenerstattung für belegärztliche Behandlung
- 100% Kostenerstattung für Krankentransport

Zahnärztliche Leistungen

- 100% Kostenerstattung für schmerzstillende Zahnbehandlung bis max. 750 € pro Person und Kalenderjahr
- 100% Kostenerstattung für unfallbedingte Zahnersatzleistungen

Digitale Gesundheitsanwendungen

Selbstbehalt

- Pro Person und Kalenderjahr gilt ein Selbstbehalt von 5.000 €.

Nicht versichert sind

- Vorsorgeuntersuchungen
- Schutzimpfungen
- Psychotherapie
- künstliche Befruchtung
- refraktive Chirurgie
- Sehhilfen
- Transporte aus dem Ausland

Tarif DOGP *Basic*/Gruppe

Krankheitskosten-Gruppenversicherung

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

Fassung Januar 2026

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 einem Gruppenversicherungsvertrag versicherbaren Personen aufgenommen werden, die vorübergehend von einem ausländischen Unternehmen (Muttergesellschaft) zu deren in der Bundesrepublik Deutschland tätigen Tochtergesellschaft (Versicherungsnehmer) delegiert werden (Hauptversicherte). Mitreisende Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) und Kinder des Hauptversicherten können mitversichert werden (mitversicherte Personen). Laufende Versicherungsfälle sind in den Versicherungsschutz einbezogen.

II. Versicherungsleistungen

1. Ambulante Heilbehandlung

1.1 Arztbehandlungen

Hierzu gehören Beratungen, Besuche, Behandlungen, Untersuchungen, Wegegebühren, Operationen sowie Sonderleistungen. Erstattet werden 100% der Aufwendungen.

1.2 Fahrten und Transporte

Fahrten und Transporte zum und vom nächsterreichbaren geeigneten Arzt bei

- Notfällen,
- Gehunfähigkeit,
- Dialyse,
- Tiefenbestrahlung,
- Chemotherapie,
- ambulanten Operationen am Tag der Operation, sofern eine aktive Teilnahme am Straßenverkehr aus medizinischen Gründen nicht erfolgen kann.

Transporte sind erstattungsfähig, wenn während der Beförderung eine fachliche Betreuung oder die besonderen Einrichtungen eines speziellen Transportmittels erforderlich sind.

Erstattet werden 100% der Aufwendungen.

1.3 Strahlen-Diagnostik und -Therapie

Erstattet werden 100% der Aufwendungen.

1.4 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, Geburtsvorbereitung/Schwangerschaftsgymnastik sowie Rückbildungsgymnastik.

Nach vorheriger schriftlicher Zusage besteht darüber hinaus Versicherungsschutz für Rehabilitationssport/Funktionstraining in Gruppen durch hierfür anerkannte Leistungserbringer.

Erstattet werden 100% der Aufwendungen.

1.5 Arznei- und Verbandmittel

Erstattet werden 100% der Aufwendungen.

1.6 Medizinische Hilfsmittel (mit Ausnahme von Sehhilfen)

Erstattungsfähig sind 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).

Erstattungsfähig ist ferner die Anschaffung und Ausbildung eines Blindenhundes. Ebenfalls erstattungsfähig sind Aufwendungen für die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung (z. B. Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscher), sofern dies für die Inanspruchnahme für Leistungen nach diesem Tarif erforderlich ist.

Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für Unterweisung, Wartung 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.

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.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100% erstattet.

1.7 Leistungen durch Hebammen/Entbindungspfleger

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Hebammenhilfe (z. B. Mutterschaftsvorsorge, Schwangerenbetreuung, Geburtshilfe, Wochenbettbetreuung, Wegegebühren), auch wenn diese von Entbindungspflegern erbracht werden.

Bei einer Entbindung in einer von Hebammen oder Entbindungspflegern geleiteten Einrichtung (z. B. Geburtshaus, Hebammenhaus) sind die entstandenen Aufwendungen erstattungsfähig, 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.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100% erstattet.

1.8 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.

1.9 Häusliche Krankenpflege

Erstattungsfähig sind 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, 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:

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

Bei der Krankenhausvermeidungspflege sind 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 erstattungsfähig, sofern keine Pflegebedürftigkeit im Sinne der deutschen Pflegeversicherung besteht. Über vier Wochen hinaus sind diese Aufwendungen nur dann erstattungsfähig, wenn und soweit der Versicherer sie vorher schriftlich zugesagt hat. Eine vorherige schriftliche Zusage wird erteilt, soweit die Voraussetzungen weiter bestehen.

- b) Von den in Absatz a) genannten erstattungsfähigen Aufwendungen werden 100% erstattet, soweit sie angemessen sind. Angemessen sind Aufwendungen bis zur Höhe der allgemein örtlichen 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, liegt Intensiv-Behandlungspflege vor. 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; dies gilt nicht für Intensiv-Behandlungspflege in häuslicher Umgebung bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

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. Stationäre Heilbehandlung

2.1 Allgemeine Krankenhausleistungen

- a) In Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten als Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen Pflegesätze, Sonderentgelte, Fallpauschalen sowie die medizinisch notwendige Aufnahme einer Begleitperson (Rooming-in); hat die versicherte Person zu Beginn der stationären Heilbehandlung das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet, gilt die Aufnahme einer Begleitperson stets als medizinisch notwendig.
- 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 ärztlicher

Leistungen und Nebenkosten, der Leistung einer Hebamme und eines Entbindungspflegers sowie die medizinisch notwendige Aufnahme einer Begleitperson (Rooming-in); hat die versicherte Person zu Beginn der stationären Heilbehandlung das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet, gilt die Aufnahme einer Begleitperson stets als medizinisch notwendig.

Für Aufwendungen dieser Krankenhäuser in Deutschland ist der Versicherer leistungspflichtig, soweit sie die nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung vorgegebenen Entgelte nicht mehr als 100% übersteigen. Maßgeblich für die Berechnung ist der Landesbasisfallwert des Bundeslandes, in dem die versicherte Person behandelt worden ist. Die Begrenzung gilt nicht, wenn im Rahmen eines Notfalles, also einer nicht planbaren Behandlung, das Krankenhaus die nächstgelegene geeignete Behandlungsstätte darstellt.

Als allgemeine Krankenhausleistungen gelten auch die gesondert berechnete Vergütung des Belegarztes, der Beleghebamme und des -entbindungspflegers.

Erstattet werden 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen, bei einem Aufenthalt im Mehrbettzimmer.

2.2 Krankentransport

Hin- und Rücktransport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.

Erstattet werden 100% der Aufwendungen.

2.3 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.

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.

3. Zahnärztliche Leistungen

3.1 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 Kalenderjahr.

3.2. Unfallbedingte Zahnersatzleistungen

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 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen für einen, nach Vertragsabschluss, durch Unfall eingetretenen Versicherungsfall.

4. Digitale Gesundheitsanwendungen

4.1 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 Versicherers

in Anspruch genommen werden.

4.2 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.

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

4.4 Der Versicherer kann anstelle der Leistung von Aufwendersatz die digitalen Gesundheitsanwendungen auch selbst zur Verfügung stellen. Die Begrenzung nach II.4.3 gilt in diesem Fall entsprechend.

4.5 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.

III. Selbstbehalt

Die tarifliche Leistung wird um den vereinbarten Selbstbehalt gekürzt.

Der Selbstbehalt beträgt 5.000 € und bezieht sich auf den Gesamtbetrag der in einem Kalenderjahr für die versicherte Person zu erstattenden Beträge.

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 der Gruppenversicherung für vorübergehende Aufenthalte in Deutschland 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.

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.

Essential Parts of Tariff DOGP *Basic* /Group

Out-patient medical treatment

- 100% reimbursement for out-patient medical treatment
- 100% reimbursement for rides and transports
- 100% reimbursement for X-ray diagnosis and therapy
- 100% reimbursement for remedies as per the tariff
- 100% reimbursement for medicines and dressings
- 100% reimbursement for medical aids as per the tariff
- 100% reimbursement for (male) midwife services
- 100% reimbursement for specialised out-patient palliative care
- 100% reimbursement for home nursing

In-patient medical treatment

- 100% reimbursement for accommodation in a three or more bedded room
- 100% reimbursement for general hospital services by the attending doctor
- 100% reimbursement for patient transport

Dental benefits

- 100% reimbursement for pain-relieving dental treatment up to € 750 per person and calendar year
- 100% reimbursement for accident-related dentures

Digital health applications

Deductible

- A deductible of € 5,000 applies per person and per calendar year.

Excluded are

- medical check-ups
- vaccinations
- psychotherapy
- artificial insemination
- refractive surgery
- visual aids
- transports from abroad

Tariff DOGP *Basic* /Group

Health Group Insurance

for out-patient medical treatment, dental treatment and dentures, in-patient medical treatment and delivery

As per January 2026

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 delegated temporarily by a foreign company (headquarters) to its subsidiary (policyholder) located in Germany may be insured according to this tariff (main insured). Accompanying spouses, homosexual partners as per § 1 of the German Lebenspartnerschaftsgesetz (Civil Partnership Law) and children of the main insured person may also be insured (co-insured persons). Ongoing insured events are included in the insurance coverage.

II. Insurance Benefits

1. Out-patient medical treatment

1.1 Medical treatment

This includes consultations, visits, treatments, examinations, way-charges, surgeries as well as special services.

100% of the expenses are reimbursed.

1.2 Rides and transports

Rides and transports to and from the nearest suitable physician in case of

- emergencies,
- inability to walk,
- dialysis,
- deep X-ray therapy,
- chemotherapy,
- out-patient surgeries on the day of surgery provided that an active participation in traffic is not possible due to medical reasons.

Transports are reimbursable if during the transportation a professional supervision or particular equipment in a special transport vehicle is necessary.

100% of the expenses are reimbursed.

1.3 X-ray diagnosis and therapy

100% of the expenses are reimbursed.

1.4 Remedies

The following remedies are covered:

physiotherapy/kinesiotherapy, remedial exercises, massages, physiotherapy in palliative care, packs/hydrotherapy/baths, inhalations, cryotherapy and thermotherapy, electrical and physical medical treatment, electrotherapy, phototherapy, irradiation, speech therapy, ergotherapy (occupational therapy), chiropody, nutrition therapy, prenatal classes/pregnancy exercises as well as recovery gymnastics.

After prior written agreement rehabilitation sport/functional training in groups and carried out by recognised service providers will also be covered.

100% of the expenses are reimbursed.

1.5 Medicaments and dressings

100% of the expenses are reimbursed.

1.6 Medical aids (with the exception of visual aids)

Expenses for aids (objective and technical devices as well as body replacements)

- that directly palliate or balance handicaps, sequelae of diseases or accidents (e. g. wheel chairs, prostheses),
- that are necessary for a therapy and diagnostics (e.g. blood pressure monitors),
- that are decisive for life support (life-preserving aids such as oxygen resuscitation apparatus) are reimbursable.

Furthermore, the costs for the purchase and the training of a guide dog are reimbursed. Expenses for the consultation of communication assistance according to the regulation of communication assistance (e.g. sign language interpreter, speech-to-text interpreter) are also covered provided that this is necessary in order to claim the benefits according to this tariff.

Moreover, the costs for the instruction, maintenance and repair of aids, except for repairs of soles and heels of orthopaedic made-to-measure shoes, are reimbursed.

Aids are not reimbursable

- if they are covered by the German Compulsory Long-Term Care Insurance,
- if they belong to fitness, wellness and/or relaxing,
- if they are basic commodities and hygiene articles of daily use (e.g. clinical thermometer, anti-allergic bed linen).

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

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

100% of the reimbursable expenses are covered.

1.7 (Male) Midwife services

Expenses for midwife assistance (e.g. prenatal care, care during pregnancy, obstetrics, childbed care, way charges), carried out by a female or male midwife are reimbursable.

In case of a delivery in an institution which is managed by midwives (e.g. birth house, midwife house), the occurred costs will be reimbursed, however only the costs which would have occurred for a correspondent delivery in a hospital. These costs are also reimbursable if the mother has to be admitted to hospital while giving birth (start of labours or rupture of the membranes).

100% of the reimbursable expenses are covered.

1.8 Specialised out-patient palliative care

The costs for a medically prescribed specialised out-patient palliative care whose aim is to enable the care of the insured person in the familiar domestic surroundings or within the family are reimbursable if

- the insured person suffers from an incurable and progressive disease which is already at an advanced stage,
- the limited life expectancy is predicted to be weeks or few months – for children some years – and
- an extremely expensive care will be necessary.

Homes for the elderly, in-patient nursing care facilities and hospices are also deemed to be familiar domestic surroundings.

100% of the reimbursable expenses for specialised out-patient palliative care carried out by doctors and specialists are covered up to the amount which would be invoiced to a person insured in the statutory health insurance.

1.9 Home nursing

Costs for a medically prescribed domestic nursing (consisting of medical treatment care – e.g. change of dressing, giving medications, measuring blood pressure –, daily care and the organisation of the household) outside of in-patient institutions such as nursing homes, hospices and rehabilitation facilities carried out by suitable experts are reimbursed if a person living in the same household of the sick person is not able to nurse and care for the insured person as necessary and if

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

to the extent defined below:

- a) In cases A and B the costs for medical treatments (e.g. wound care, change of dressings) are reimbursed.

In case that a hospital stay can be avoided (case B), also the expenses for the daily care (e.g. personal hygiene, dressing and undressing) and for the organisation of the household (e.g. shopping, cooking) are reimbursable for up to four weeks per claim provided that there is no need for care within the terms of the German Long-Term Care Insurance. Above the period of four weeks the costs will only be reimbursed if the insurer has agreed in writing beforehand. A prior written consent is given as far as the necessary conditions are still met.

- 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.

An intensive medical nursing care occurs if for an expected period of at least 6 months an especially high need of medical care exists, which requires the permanent presence of a suitable nurse for individual control and commitment, especially because nursing measures are unpredictably required during day and night time and of uncertain intensity and frequency, or if the handling or control of a life-sustaining aid (e.g. oxygen resuscitation apparatus) is required day and night. If this intensive medical nursing care can be carried out in the domestic surroundings or in a suitable institution (nursing home) within a radius of 50 km, the respective most favourable costs for this nursing care are regarded as reasonable; this is not applicable if the intensive medical nursing care in the domestic surroundings concerns a person younger than 18 years of age.

The reasonable costs for intensive medical nursing care are also reimbursed for stays in in-patient institutions (e.g. nursing homes).

It is recommended to ask the insurer for a treatment guarantee in order to assess the adequacy of the costs.

2 In-patient medical treatment

2.1 General hospital benefits

- a) In hospitals which charge according to the Krankenhausentgeltgesetz (German Law on Hospital Benefits) or the Bundespflegesatzverordnung (German Regulation on Hospital Care Rates), costs for general hospital benefits are: nursing charges, special costs, case lump-sums as well as the medically necessary admission of an accompanying person (rooming-in); if the insured person did not reach the age of 16 years at the beginning of the in-patient medical treatment, the admission of an accompanying person is always deemed to be medically necessary.
- b) In hospitals which do not charge according to the Krankenhausentgeltgesetz (German Law on Hospital Fees) or the Bundespflegesatzverordnung (German Regulation on Hospital Care Rates), costs for general hospital benefits are: accommodation in a three or more bedded room (standard hospital benefits) including the physician fees and additional costs, fees for a (male) midwife as well as the medically necessary admission of an accompanying person (rooming-in); if the insured person did not reach the age of 16 years at the beginning of the in-patient medical treatment, the admission of an accompanying person is always deemed to be medically necessary.

The insurer is liable to reimburse the expenses from those hospitals in Germany insofar as they do not exceed the fixed charges according to the Krankenhausentgeltgesetz (German Law on Hospital Benefits) or the Bundespflegesatzverordnung (German Regulation on Hospital Care Rates) by 100%. Decisive for the calculation is the state-wide base rate of the federal state in which the insured person has been treated. The limit does not apply when the hospital constitutes the closest suitable medical institution in case of an emergency, hence a not foreseeable treatment.

Separately charged services of a physician who also looks after his patients in a hospital, having extra beds there, and of a (male) mid-wife are included in the general hospital benefits as well.

100% of the reimbursable expenses are covered for a hospital stay in a three or more bedded room.

2.2 Ambulance transport

Transports to and from the closest suitable hospital.

100% of the expenses are reimbursed.

2.3 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 medications, 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.

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.

3. Dental benefits

3.1 Pain-relieving dental treatment

This includes urgent general, preservative and surgical benefits, X-rays and treatment of mouth and jaw diseases. Crowns and fillings are not part of the insurance benefits.

100% of the reimbursable costs are covered up to a total of € 750 per person and calendar year.

3.2 Accident-related dentures

This includes prosthetic benefits, crowns of all kind, bridges and pivot teeth, repair of dentures, dental and occlusal splints, orthodontic measures, functional analytic and therapeutic measures as well as implants (including the therefore necessary preparatory surgical measures to build up the jawbone).

100% of the reimbursable costs are covered for a claim occurred as a consequence of an accident and after conclusion of the contract.

4. Digital health applications

4.1 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.

4.2 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.

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

4.4 Instead of providing reimbursement of expenses, the insurer can also provide the digital health applications itself. The limitation according to II.4.3 applies accordingly in this case.

4.5 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.

III. Deductible

The insured benefits are reduced by the agreed deductible.

The deductible is € 5,000 and refers to the total amount of the reimbursable amounts per person and calendar year.

In case that the insurance coverage does not start at the 1st January of a calendar year, the respective deductible for that year is reduced by 1/12 for every month not covered. If the insurance coverage ends within a calendar year, the deductible is not being reduced.

IV. Further Insurance Coverage

If in the event of a claim benefits can be claimed from other insurance contracts, those benefit obligations shall have priority. This also applies if subordinate liability is stipulated in one of those 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 statutory scope, a maximum of 50% out of this tariff will be reimbursed. In case that the insurance benefits as per II. are not covered with the other insurer, these will be fully reimbursed.

If an entitlement for benefits exists towards service providers other than those specified in § 5 (3) of the General Conditions of the group insurance for temporary stays in Germany, the main insured is free to decide which party to report the claim to. In case the main insured person reports the claim to Hallesche Krankenversicherung a.G. first, it will make an advance payment within the framework of its obligations. Additionally, § 12 of these General Conditions of Insurance applies.

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.