

Tabelle der Vorteile

ALLE LEISTUNGEN UNTERLIEGEN DEM NETZ DER LEISTUNGSERBRINGER ODER DER VORABGENEHMIGUNG, WENN SIE AUSSERHALB DES NETZES ERBRACHT WERDEN.

Standard	Standard Plus	Umfassend	Prämie	Elite
£/\$/€	£/\$/€	£/\$/€	£/\$/€	£/\$/€

Gesamthöchstgrenze

Dies ist der Höchstbetrag, den wir in jeder Versicherungsperiode an jede versicherte Person oder in ihrem Namen zahlen

500,000	750,000	1,000,000	1,500,000	2,000,000
---------	---------	-----------	-----------	-----------

1 Krankenhausleistungen

Für die Leistungen A, B, D, G, H und I ist eine Vorabgenehmigung erforderlich

	Standard	Standard Plus	Umfassend	Prämie	Elite
A. Stationärer Krankenhausaufenthalt, einschließlich					
Kosten für Krankenhausunterbringung, Krankenpflege, OP und Intensivstation/HDU	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
Honorare von Chirurgen, Anästhesisten und Ärzten	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
Physiotherapie	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
Innere Prothesen, medizinische Hilfsmittel/Vorrichtungen, die als integraler Bestandteil eines chirurgischen Eingriffs verwendet werden	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
Verordnete Medikamente und Arzneimittel	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
Diagnostische Verfahren einschließlich Röntgenaufnahmen, Pathologie und MRI/CT/PET-Scans	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
B. Tagesklinische Behandlung, wenn eine Erholungsphase in einem Krankenhausbett erforderlich ist	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
C. Krankenhausaufenthalt eines Elternteils für einen Versicherten zur Begleitung eines versicherten Kindes (unter 19 Jahren), das sich in stationärer Behandlung befindet	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung

Standard	Standard Plus	Umfassend	Prämie	Elite
£/\$/€	£/\$/€	£/\$/€	£/\$/€	£/\$/€

1 Krankenhausleistungen - Fortsetzung

Für die Leistungen A, B, D, G, H und I ist eine Vorabgenehmigung erforderlich

D. Stationäre psychiatrische Behandlung bis zu der für jeden Versicherungszeitraum angegebenen Anzahl von Übernachtungen	Nicht abgedeckt	Volle Erstattung - Maximal 15 Nächte	Volle Erstattung - Maximal 15 Nächte	Volle Erstattung - Maximal 30 Nächte	Volle Erstattung - Maximal 30 Nächte
E. Behandlung in der Unfall- und Notaufnahme, die zu einer förderfähigen stationären oder teilstationären Behandlung führt	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
F. Externe Prothese im Zusammenhang mit einer chirurgischen Operation	2,500	2,500	2,500	2,500	2,500
G. Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen im Zusammenhang mit einem Unfall/einer Krankheit/Verletzung, der/die während der Versicherungszeit eingetreten ist	Volle Erstattung - Maximal 13 Wochen	Volle Erstattung - Maximal 13 Wochen	Volle Erstattung - Maximal 13 Wochen	Volle Erstattung - Maximal 13 Wochen	Volle Erstattung - Maximal 13 Wochen
H. Nierendialyseleistung bei vorübergehendem plötzlichem Nierenversagen als Folge einer Krankheit oder Verletzung, die durch den Tarif abgedeckt ist und einen anderen Teil des Körpers betrifft. Für diese Leistung gilt die lebenslange Höchstgrenze	Nicht abgedeckt	Bis zu 20.000 lebenslanges Limit	Bis zu 20.000 lebenslanges Limit	Bis zu 20.000 lebenslanges Limit	Bis zu 20.000 lebenslanges Limit
I. Vorteile der Organimplantation bei Nieren-, Leber-, Herz-, Lungen-, Stammzellen-, Knochenmark- und Hauttransplantationen	Nicht abgedeckt	100,000	200,000	250,000	300,000
J. Tagesklinische psychiatrische Leistungen bis zu vier getrennten Tagesaufenthalten pro Versicherungsperiode	Nicht abgedeckt	Nicht abgedeckt	Volle Erstattung Begrenzt auf 4 getrennte Einweisungen in Tageskliniken pro Versicherungszeitraum	Volle Erstattung Begrenzt auf 4 getrennte Einweisungen in Tageskliniken pro Versicherungszeitraum	Volle Erstattung Begrenzt auf 4 getrennte Einweisungen in Tageskliniken pro Versicherungszeitraum
K. Örtliche Ambulanzdienste, wenn sie im Falle eines medizinischen Notfalls für den Transport ins Krankenhaus benötigt werden	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
L. Leistungen bei stationären chronischen Erkrankungen, die nach Versicherungsbeginn diagnostiziert wurden oder die bei Antragstellung schriftlich vereinbart wurden	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung

Standard	Standard Plus	Umfassend	Prämie	Elite
£/\$/€	£/\$/€	£/\$/€	£/\$/€	£/\$/€

2 Leistung bei Krebsbehandlung

Vorabgenehmigung erforderlich

A. Krebsbehandlung ab dem Zeitpunkt, an dem bei einer versicherten Person Krebs diagnostiziert wird; alle Behandlungen werden im Rahmen dieser Leistung bewertet und bezahlt	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------

3 Ambulante Leistungen

Für die Leistung J gilt eine Wartezeit von 12 Monaten, und es ist eine Vorabgenehmigung erforderlich

A. Ambulante kleinere Operationen , die keine Erholungsphase in einem Krankenhausbett erfordern	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
B. Ambulante Dienste, einschließlich Honorare von Ärzten und Beratern Verordnete Drogen, Medikamente und Verbände	1.000 Euro für Behandlungen, die innerhalb von 6 Wochen nach einem förderfähigen stationären Krankenhausaufenthalt erfolgen	Kombinierte Obergrenze von 2.500	Kombinierte Obergrenze von 5.000	Kombinierte Obergrenze von 10.000	Volle Erstattung
C. Diagnostische Tests, Röntgenaufnahmen, Pathologie	Nicht abgedeckt	Kombinierte Obergrenze von 2.500	Kombinierte Obergrenze von 5.000	Kombinierte Obergrenze von 10.000	Volle Erstattung
D. Out-patient chronic conditions benefit diagnosed after the start date of the policy or agreed to be covered in writing at application stage.	Nicht abgedeckt	Kombinierte Obergrenze von 2.500	Kombinierte Obergrenze von 5.000	Kombinierte Obergrenze von 10.000	Volle Erstattung
E. MRI/CT/PET scannt	Nicht abgedeckt	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
F. Physiotherapie	Nicht abgedeckt	500	1,000	1,500	2,000

Standard	Standard Plus	Umfassend	Prämie	Elite
£/\$/€	£/\$/€	£/\$/€	£/\$/€	£/\$/€

3 Ambulante Leistungen - Fortsetzung

Für die Leistung J gilt eine Wartezeit von 12 Monaten, und es ist eine Vorabgenehmigung erforderlich.

G. Medizinische Hilfsmittel und Geräte, einschließlich der Vermietung von Mobilitätshilfen	Nicht abgedeckt	500	1,000	1,500	2,000
H. Komplementärmedizinische Therapien, einschließlich Chiropraktik, Homöopathie, Osteopathie, Akupunktur, ayurvedische, pflanzliche und chinesische Arzneimittel, mit zugelassenen Ärzten und damit verbundenen verschriebenen Arzneimitteln	Nicht abgedeckt	500	1,000	1,500	2,000
I. Hormonersatztherapie zur Linderung der Symptome der Menopause	Nicht abgedeckt	Nicht abgedeckt	Nicht abgedeckt	250	350
J. Ambulante psychiatrische Behandlung, wenn sie von einem Arzt überwiesen wird	Nicht abgedeckt	Volle Erstattung - Maximal 5 Besuche	Volle Erstattung - Maximal 5 Besuche	Volle Erstattung - Maximal 5 Besuche	Volle Erstattung - Maximal 5 Besuche
K. Häusliche Pflege auf Empfehlung eines Arztes unmittelbar nach einem stationären Krankenhausaufenthalt	Nicht abgedeckt	Volle Erstattung - Maximal 3 Wochen	Volle Erstattung - Maximal 12 Wochen	Volle Erstattung - Maximal 26 Wochen	Volle Erstattung - Maximal 26 Wochen

4 Leistungen bei chronischen Erkrankungen

Eine Vorabgenehmigung ist erforderlich. Für die Leistung B gilt eine Wartezeit von 2 Jahren.

A. Hospizpflege für einen Versicherten, der unheilbar krank ist und in einem Hospiz betreut wird	Volle Erstattung - Maximal 14 Nächte	Volle Erstattung - Maximal 14 Nächte	Volle Erstattung - Maximal 14 Nächte	Volle Erstattung - Maximal 14 Nächte	Volle Erstattung - Maximal 14 Nächte
B. HIV- und AIDS-Behandlung bei Ansteckung durch eine Bluttransfusion	Nicht abgedeckt	Nicht abgedeckt	2.500 pro Versicherungsperiode Bis zu 37.500 lebenslanges Limit	5.000 pro Versicherungsperiode Bis zu 37.500 lebenslanges Limit	7.500 pro Versicherungsperiode Bis zu 37.500 lebenslanges Limit

Standard	Standard Plus	Umfassend	Prämie	Elite
£/\$/€	£/\$/€	£/\$/€	£/\$/€	£/\$/€

5 Wellness-Vorteile

Für alle Leistungen unter diesem Posten gilt eine Wartezeit von 12 Monaten

A. Wellness-Screening einschließlich Krebsvorsorge und Routineuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten	50	100	200	500	1,000
B. Reiseimpfungen/Präventivmedikamente für Überseereisen	Nicht abgedeckt	50	75	100	150
C. Kinderimpfungen zur Vorbeugung von Krankheiten, bis zum Alter von 10 Jahren	Nicht abgedeckt	50	75	100	150
D. Optische Leistung für einen jährlichen Sehtest	Nicht abgedeckt	Nicht abgedeckt	Nicht abgedeckt	Volle Erstattung	Volle Erstattung
E. Sehhilfe für die Kosten von Brillen/Kontaktlinsen	Nicht abgedeckt	Nicht abgedeckt	Nicht abgedeckt	100	300
F. Augenlaser-Leistung für Operationen zur Korrektur der Sehkraft	Nicht abgedeckt	Nicht abgedeckt	Nicht abgedeckt	Volle Erstattung	Volle Erstattung
G. Hörtestleistung für einen jährlichen Hörtest	Nicht abgedeckt	Nicht abgedeckt	Nicht abgedeckt	Volle Erstattung	Volle Erstattung
H. Hörgerätebeihilfe für die Kosten eines Hörgeräts	Nicht abgedeckt	Nicht abgedeckt	Nicht abgedeckt	150	300

6 Vorteile der Zahnbehandlung

Für die Leistungen B, C, D und E dieses Artikels gilt eine 10%ige Mitversicherung und eine 6-monatige Wartezeit.

A. Zahnärztliche Notfallbehandlung - zahnärztliche Behandlung, die unmittelbar nach einem Unfall erforderlich ist, um gesunde natürliche Zähne wiederherzustellen	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
B. Zahnärztliche Routinebehandlungen , die keine Notfälle sind, einschließlich Routineuntersuchungen, Röntgenaufnahmen, Abdrücke, Reinigung/Politur, Füllungen, Extraktionen (außer Weisheitszähnen)	Nicht abgedeckt	Nicht abgedeckt	750	1,000	1,500

Standard	Standard Plus	Umfassend	Prämie	Elite
€/\$/€	€/\$/€	€/\$/€	€/\$/€	€/\$/€

6 Leistungen bei Zahnbehandlung - Fortsetzung

Für die Leistungen B, C, D und E dieses Artikels gilt eine 10%ige Mitversicherung und eine 6-monatige Wartezeit.

C. Größere zahnärztliche Behandlungen, die keine Notfälle sind, einschließlich Kronen, Inlays, Brücken, Zahnersatz, Wurzelbehandlung und Behandlung von Infektionen	Nicht abgedeckt	Nicht abgedeckt	750	1,000	1,500
D. Extraktion von Weisheitszähnen stationär, ambulant oder teilstationär	Nicht abgedeckt	Nicht abgedeckt	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
E. Kieferorthopädische Behandlung für versicherte Kinder unter 19 Jahren	Nicht abgedeckt	Nicht abgedeckt	Nicht abgedeckt	500	1,000

7 Leistungen bei Mutterschaft

Es gilt eine 10-monatige Wartezeit und eine Vorabgenehmigung ist erforderlich.

A. Komplikationen bei Schwangerschaft und Geburt		2,500	10,000	15,000	Volle Erstattung
B. Normale Schwangerschaft und Entbindung	Nicht abgedeckt	Nicht abgedeckt	Nicht abgedeckt	7,500	10,000
C. Pädiatrische Leistung für die medizinische Erstuntersuchung eines Neugeborenen	Nicht abgedeckt	Nicht abgedeckt	Nicht abgedeckt	150	300
D. Behandlung von Frühgeborenen innerhalb der ersten zwei Monate nach der Geburt	Nicht abgedeckt	Nicht abgedeckt	Nicht abgedeckt	Volle Erstattung	Volle Erstattung

Standard	Standard Plus	Umfassend	Prämie	Elite
£/\$/€	£/\$/€	£/\$/€	£/\$/€	£/\$/€

8 Zusätzliche Leistungen

Für die Leistungen A und C gilt eine Wartezeit von 12 Monaten.

A. Die Leistung für angeborene Erkrankungen, die bei der Geburt nicht entdeckt wurden, aber später durch eine Operation korrigiert werden können. Für diese Leistung gilt eine lebenslange Höchstgrenze	Nicht abgedeckt	Nicht abgedeckt	Nicht abgedeckt	Volle Erstattung - Bis zu 20.000 lebenslanges Limit	Volle Erstattung - Bis zu 20.000 lebenslanges Limit
B. Leistung für angeborene/geborene Defekte für Krankheiten, die innerhalb eines Jahres nach der Geburt bei auf natürlichem Wege gezeugten Kindern diagnostiziert werden. Für diese Leistung gilt eine lebenslange Höchstgrenze	Nicht abgedeckt	Nicht abgedeckt	Nicht abgedeckt	Volle Erstattung - Bis zu 20.000 lebenslanges Limit	Volle Erstattung - Bis zu 20.000 lebenslanges Limit
C. Leistungen bei Unfruchtbarkeit Untersuchungen zur Ermittlung der medizinischen Ursache der Unfruchtbarkeit, wenn beide Mitglieder im Rahmen dieser Versicherung versichert sind und wenn der behandelnde Arzt des Paares der Ansicht ist, dass Symptome und/oder Anzeichen vorliegen, die auf eine medizinische Ursache hindeuten	Nicht abgedeckt	Nicht abgedeckt	Nicht abgedeckt	2,000	3,000

9 Geldleistungen

Für die Leistung B gilt eine Wartezeit von 10 Monaten

A. Krankenhaustagegeld, wenn die stationäre Behandlung unentgeltlich ist	50 per night - Maximum 30 nights	100 per night - Maximum 30 nights	100 per night - Maximum 30 nights	200 per night - Maximum 30 nights	200 per night - Maximum 30 nights
B. Geldleistung bei Mutterschaft, die bei der Geburt eines Kindes zu zahlen ist, wenn kein Antrag auf Mutterschaftsgeld gestellt wurde	Nicht abgedeckt	Nicht abgedeckt	Nicht abgedeckt	250	500
C. Geldleistung zur Genesung für jede vollständige Woche des Hausarrests (außer der ersten Woche) - die Leistung ist auf 4 Wochen je Versicherungszeitraum begrenzt	Nicht abgedeckt	Nicht abgedeckt	Nicht abgedeckt	Nicht abgedeckt	500

Standard	Standard Plus	Umfassend	Prämie	Elite
£/\$/€	£/\$/€	£/\$/€	£/\$/€	£/\$/€

10 Leistungen für medizinische Evakuierung und Rücktransport

Eine Vorabgenehmigung ist erforderlich

A. Medizinischer Nottransport einer versicherten Person in das nächstgelegene geeignete Krankenhaus, wenn die medizinische Versorgung vor Ort unzureichend ist, und Rücktransport in das Land des Wohnsitzes nach der Behandlung, einschließlich der Kosten für eine medizinische Begleitperson, falls erforderlich	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
B. Reisekosten für Begleitpersonen , die eine versicherte Person während eines medizinischen Notfalltransports begleiten	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
C. Kosten für die Unterbringung einer Begleitperson , die eine versicherte Person während eines medizinischen Nottransports begleitet	Nicht abgedeckt	100 - <i>Maximal 10 Nächte pro Veranstaltung</i>	150 - <i>Maximal 10 Nächte pro Veranstaltung</i>	200 - <i>Maximal 10 Nächte pro Veranstaltung</i>	250 - <i>Maximal 10 Nächte pro Veranstaltung</i>
D. Kosten für ärztliche Hilfe , einschließlich Überweisung, ärztliche Beratung und Beschaffung wichtiger verschreibungspflichtiger Medikamente	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
E. Reisekosten für unterhaltsberechtigte Kinder unter 19 Jahren für die Reise zu einem Zielort nach Wahl des Versicherten im Anschluss an den medizinischen Nottransport oder für die Reise eines Angehörigen zum Zielort der Kinder	Economy- Rückflugticket	Economy- Rückflugticket	Economy- Rückflugticket	Economy- Rückflugticket	Economy- Rückflugticket
F. Rückführung des Verstorbenen , wenn der Tod außerhalb des Heimatlandes eintritt	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
G. Örtliche Bestattung oder Einäscherung , wenn der Tod außerhalb des Heimatlandes eintritt	1,000	1,000	2,000	2,000	5,000

Standard	Standard Plus	Umfassend	Prämie	Elite
£/\$/€	£/\$/€	£/\$/€	£/\$/€	£/\$/€

11 Leistungen für Behandlungen außerhalb des Gebiets

A. Notfallbehandlung außerhalb der Region für medizinische Notfallbehandlungen und akute Episoden bestehender versicherter Krankheiten, während die versicherte Person vorübergehend außerhalb der von ihr gewählten geografischen Region reist	25,000 - <i>Nur bis zu 30 Tage Reisezeit</i>	25,000 - <i>Nur bis zu 30 Tage Reisezeit</i>	40,000 - <i>Nur bis zu 30 Tage Reisezeit</i>	70,000 - <i>Nur bis zu 30 Tage Reisezeit</i>	100,000 - <i>Nur bis zu 30 Tage Reisezeit</i>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------	-----------------------------------------------------	-----------------------------------------------------	-----------------------------------------------------	------------------------------------------------------

12 Evakuierung in das Heimatland

Eine Vorabgenehmigung ist erforderlich. Optionale Leistung nur anwendbar, wenn Sie diese Leistung gewählt haben

A. Evakuierung in das Heimatland einer versicherten Person (wenn das Heimatland innerhalb des gewählten geografischen Gebiets liegt). Dies gilt nur, wenn diese Zusatzleistung erworben wurde	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung	Volle Erstattung
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------

WENN SIE EINE SELBSTBETEILIGUNG GEWÄHLT HABEN, GILT DIESE NICHT FÜR 5. WELLNESS-LEISTUNGEN, 6. ZAHNBEHANDLUNGSLEISTUNGEN, 9. GELDLLEISTUNGEN UND 10. MEDIZINISCHE EVAKUIERUNGS- UND RÜCKFÜHRUNGSLEISTUNGEN.

Haftungsausschluss

Für die Richtigkeit der deutschen Übersetzung wird keine Garantie und/oder Zusicherung gegeben, weder im Einzelnen noch in ihrer Gesamtheit. Es wird klargestellt, dass es sich bei der deutschen Version um eine Übersetzung des englischen Originals handelt. Morgan Price International Healthcare Ltd übernimmt keine Haftung für etwaige Fehler und/oder Ungenauigkeiten in der Übersetzung. Es wird klargestellt, dass die Es wird klargestellt, dass die englische Version für alle Fragen bezüglich der Ungenauigkeit oder Auslegung des Inhalts des Plans/Produkts, einschließlich der Allgemeinen Geschäftsbedingungen, maßgebend ist.

Table of Benefits

ALL BENEFITS ARE SUBJECT TO PROVIDER NETWORK OR PRE-AUTHORISATION IF OUTSIDE OF NETWORK.

Standard	Standard Plus	Comprehensive	Premium	Elite
£/\$/€	£/\$/€	£/\$/€	£/\$/€	£/\$/€

Overall maximum limit

This is the maximum amount of money we will pay to, or on behalf of, each insured person in each period of insurance

Standard	Standard Plus	Comprehensive	Premium	Elite
500,000	750,000	1,000,000	1,500,000	2,000,000

1 Hospital Benefits

Pre-authorization is required for benefits A, B, D, G, H and I

A. In-patient hospital stay, including

Hospital accommodation, nursing, theatre and ICU/HDU costs	Full refund	Full refund	Full refund	Full refund	Full refund
Surgeons', anaesthetists' consultants and physicians' fees	Full refund	Full refund	Full refund	Full refund	Full refund
Physiotherapy	Full refund	Full refund	Full refund	Full refund	Full refund
Internal prostheses, medical aids/devices where used as an integral part of a surgical procedure	Full refund	Full refund	Full refund	Full refund	Full refund
Prescribed drugs and medicines	Full refund	Full refund	Full refund	Full refund	Full refund
Diagnostic procedures including x-rays, pathology and MRI/CT/PET scans	Full refund	Full refund	Full refund	Full refund	Full refund
B. Day-patient treatment when a period of recovery is required in a hospital bed	Full refund	Full refund	Full refund	Full refund	Full refund
C. Parental hospital stay for one insured person to stay with an insured child (under age 19) who is an in-patient	Full refund	Full refund	Full refund	Full refund	Full refund

Standard	Standard Plus	Comprehensive	Premium	Elite
£/\$/€	£/\$/€	£/\$/€	£/\$/€	£/\$/€

1 Hospital Benefits — continued

Pre-authorization is required for benefits A, B, D, G, H and I

D. In-patient psychiatric treatment up to the number of nights shown in each period of insurance	Not covered	Full refund - <i>Maximum 15 nights</i>	Full refund - <i>Maximum 15 nights</i>	Full refund - <i>Maximum 30 nights</i>	Full refund - <i>Maximum 30 nights</i>
E. Accident and emergency room treatment which results in eligible in-patient, day-patient treatment	Full refund	Full refund	Full refund	Full refund	Full refund
F. External prosthesis related to a surgical operation	2,500	2,500	2,500	2,500	2,500
G. Rehabilitation care received on an in-patient basis related to an accident/illness/injury that occurred whilst insured on the plan	Full refund - <i>Maximum 13 weeks</i>	Full refund - <i>Maximum 13 weeks</i>	Full refund - <i>Maximum 13 weeks</i>	Full refund - <i>Maximum 13 weeks</i>	Full refund - <i>Maximum 13 weeks</i>
H. Kidney dialysis benefit when required temporarily for sudden kidney failure resulting from a disease or injury which is covered by the plan. The maximum lifetime limit applies to this benefit	Not covered	Up to 20,000 lifetime limit	Up to 20,000 lifetime limit	Up to 20,000 lifetime limit	Up to 20,000 lifetime limit
I. Organ implantation benefit for kidney, liver, heart, lung, stem cell, bone marrow, and skin grafts	Not covered	100,000	200,000	250,000	300,000
J. Day-patient psychiatric cover up to four separate day admissions in each period of insurance	Not covered	Not Covered	Full refund <i>Limited to 4 separate day case admissions per period of cover</i>	Full refund <i>Limited to 4 separate day case admissions per period of cover</i>	Full refund <i>Limited to 4 separate day case admissions per period of cover</i>
K. Local ambulance services when required for transportation to hospital in the event of a medical emergency	Full refund	Full refund	Full refund	Full refund	Full refund
L. In-patient chronic conditions benefit diagnosed after the start date of the policy or agreed to be covered in writing at application stage.	Full refund	Full refund	Full refund	Full refund	Full refund

Standard	Standard Plus	Comprehensive	Premium	Elite
£/\$/€	£/\$/€	£/\$/€	£/\$/€	£/\$/€

2 Cancer Care Benefit

Pre-authorization is required

A. Cancer treatment from the date an insured person is diagnosed as suffering from cancer, all and any treatment will be assessed and paid for under this benefit	Full refund	Full refund	Full refund	Full refund	Full refund
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

3 Out-Patient Benefits

Benefit J is subject to a 12 month waiting period and pre-authorization is required

A. Out-patient minor surgery where no period of recovery is required in a hospital bed	Full refund	Full refund	Full refund	Full refund	Full refund
B. Out-patient services, including Physician and consultants fees Prescribed drugs, medication and dressings	1,000 for treatment received pre or post op or within 6 weeks following an eligible in-patient stay	Combined limit of 2,500	Combined limit of 5,000	Combined limit of 10,000	Full refund
C. Diagnostic tests, x-rays, pathology	Not covered				
D. Out-patient chronic conditions benefit diagnosed after the start date of the policy or agreed to be covered in writing at application stage.	Not covered				
E. MRI/CT/PET scans	Not covered	Full refund	Full refund	Full refund	Full refund
F. Physiotherapy	Not covered	500	1,000	1,500	2,000

Standard	Standard Plus	Comprehensive	Premium	Elite
£/\$/€	£/\$/€	£/\$/€	£/\$/€	£/\$/€

3 Out-Patient Benefits — continued

Benefit J is subject to a 12 month waiting period and pre-authorization is required

G. Medical aids and devices including the hire of mobility aids	Not covered	500	1,000	1,500	2,000
H. Complementary therapies, including chiropractic, homeopathy, osteopathy, acupuncture, ayurvedic, herbal and Chinese medicines, with registered practitioners and associated prescribed drugs and medicines	Not covered	500	1,000	1,500	2,000
I. Hormone replacement therapy to relieve the symptoms of the menopause	Not covered	Not covered	Not covered	250	350
J. Out-patient psychiatric treatment, when referred by a physician	Not covered	Full refund - Maximum 5 visits	Full refund - Maximum 10 visits	Full refund - Maximum 15 visits	Full refund - Maximum 30 visits
K. Home nursing on the recommendation of a physician immediately following an in-patient hospital stay	Not covered	Full refund - Maximum 3 weeks	Full refund - Maximum 12 weeks	Full refund - Maximum 26 weeks	Full refund - Maximum 26 weeks

4 Chronic Condition Benefits

Pre-authorization is required. Benefit B is subject to a 2 year waiting period.

A. Hospice care treatment for an insured person who is terminally ill and cared for in a hospice	Full refund - Maximum 14 nights	Full refund - Maximum 14 nights	Full refund - Maximum 14 nights	Full refund - Maximum 14 nights	Full refund - Maximum 14 nights
B. HIV and AIDS treatment where contracted as a result of a blood transfusion	Not covered	Not covered	2,500 each insured period Up to 37,500 lifetime limit	5,000 each insured period Up to 37,500 lifetime limit	7,500 each insured period Up to 37,500 lifetime limit

Standard	Standard Plus	Comprehensive	Premium	Elite
£/\$/€	£/\$/€	£/\$/€	£/\$/€	£/\$/€

5 Wellness Benefits

All benefits under this item are subject to a 12 month waiting period

A. Wellness screening including cancer screening and routine health tests for early diagnosis of medical conditions	50	100	200	500	1,000
B. Travel vaccinations/preventative medications for overseas travel	Not covered	50	75	100	150
C. Child vaccinations for prevention of illness, up to the age of 10	Not covered	50	75	100	150
D. Optical benefit for one annual eye test	Not covered	Not covered	Not covered	Full refund	Full refund
E. Vision benefit for the cost of spectacles/contact lenses	Not covered	Not covered	Not covered	100	300
F. Laser eye benefit for surgery to correct vision	Not covered	Not covered	Full refund	Full refund	Full refund
G. Hearing test benefit for one annual hearing test	Not covered	Not covered	Not covered	Full refund	Full refund
H. Hearing aid benefit for the cost of a hearing aid	Not covered	Not covered	Not covered	150	300

6 Dental Treatment Benefits

A 10% co-insurance and a 6 month waiting period applies to benefits B, C, D and E of this item

A. Emergency dental treatment - dental treatment required immediately following an accident to repair sound natural teeth	Full refund	Full refund	Full refund	Full refund	Full refund
B. Non-emergency routine dental treatment including routine examinations, x-rays, moulds, cleaning/polishing, fillings, extractions (except wisdom teeth)	Not covered	Not covered	750	1,000	1,500

Standard	Standard Plus	Comprehensive	Premium	Elite
£/\$/€	£/\$/€	£/\$/€	£/\$/€	£/\$/€

6 Dental Treatment Benefits — continued

A 10% co-insurance and a 6 month waiting period applies to benefits B, C, D and E of this item

C. Non-emergency major dental treatment including crowns, inlays, bridges, dentures, root canal treatment and treatment of infections	Not covered	Not covered	750	1,000	1,500
D. Extraction of wisdom teeth as an in-patient, out-patient or day-patient	Not covered	Not covered	Full refund	Full refund	Full refund
E. Orthodontic treatment for insured children under age 19	Not covered	Not covered	Not covered	500	1,000

7 Maternity Benefits

A 10 month waiting period applies and pre-authorisation is required

A. Complications of pregnancy and childbirth	Not covered	2,500	10,000	15,000	Full refund
B. Normal pregnancy and childbirth	Not covered	Not covered	Not covered	7,500	10,000
C. Paediatric benefit for the initial medical check-up of a newborn	Not covered	Not covered	Not covered	150	300
D. Premature baby treatment received within the first two months following birth	Not covered	Not covered	Not covered	Full refund	Full refund

Standard	Standard Plus	Comprehensive	Premium	Elite
£/\$/€	£/\$/€	£/\$/€	£/\$/€	£/\$/€

8 Additional Benefits

A 12 month waiting period applies to Benefit A and C

A. Congenital benefit for conditions not discovered at birth but which can subsequently be corrected with surgery. A maximum lifetime limit applies to this benefit.	Not covered	Not covered	Not covered	Full refund - Up to 20,000 lifetime limit	Full refund - Up to 20,000 lifetime limit
B. Congenital/birth defects benefit for conditions diagnosed within one year of birth for babies conceived by natural means. A maximum lifetime limit applies to this benefit.	Not covered	Not covered	Not covered	Full refund - Up to 20,000 lifetime limit	Full refund - Up to 20,000 lifetime limit
C. Infertility benefit investigations into the medical cause of infertility, where both members are insured under this policy and when the couple's treating physician believes there are symptoms and/or evidence to suggest a medical cause.	Not covered	Not covered	Not covered	2,000	3,000

9 Cash Benefits

Benefit B is subject to a 10 month waiting period

A. Hospital cash benefit when in-patient treatment received is free of charge	50 per night - Maximum 30 nights	100 per night - Maximum 30 nights	100 per night - Maximum 30 nights	200 per night - Maximum 30 nights	200 per night - Maximum 30 nights
B. Maternity cash benefit payable on the birth of a child when no claim has been made under the maternity benefit	Not covered	Not covered	Not covered	250	500
C. Convalescence cash benefit payable for each complete week of confinement to home (excluding first week) - benefit limited to 4 weeks in each period of insurance	Not covered	Not covered	Not covered	Not covered	500

Standard	Standard Plus	Comprehensive	Premium	Elite
£/\$/€	£/\$/€	£/\$/€	£/\$/€	£/\$/€

10 Medical Evacuation and Repatriation Benefits

Pre-authorisation is required

A. Emergency medical transportation of an insured person to the nearest suitable hospital when local medical care is inadequate and returning them to their country of residence after treatment, including the costs of a medical escort if necessary	Full refund	Full refund	Full refund	Full refund	Full refund
B. Companion travel costs when accompanying an insured person during emergency medical transportation	Full refund	Full refund	Full refund	Full refund	Full refund
C. Companion accommodation costs when accompanying an insured person during an emergency medical transportation	Not covered	100 - <i>Maximum 10 nights per event</i>	150 - <i>Maximum 10 nights per event</i>	200 - <i>Maximum 10 nights per event</i>	250 - <i>Maximum 10 nights per event</i>
D. Medical assistance costs including referral, medical advice and obtaining essential prescription medication	Full refund	Full refund	Full refund	Full refund	Full refund
E. Dependent child travel costs for children under age 19 to travel to a destination of the insured person's choice following their emergency medical transportation, or for a relative to travel to the destination of the children	Economy Return Air Ticket	Economy Return Air Ticket	Economy Return Air Ticket	Economy Return Air Ticket	Economy Return Air Ticket
F. Repatriation of the deceased when death occurs outside the home country	Full refund	Full refund	Full refund	Full refund	Full refund
G. Local burial or cremation when death occurs outside the home country	1,000	1,000	2,000	2,000	5,000

Standard	Standard Plus	Comprehensive	Premium	Elite
£/\$/€	£/\$/€	£/\$/€	£/\$/€	£/\$/€

11 Out of Area Treatment Benefit

A. Emergency out of area treatment for emergency medical treatment and acute episodes of existing covered medical conditions, whilst the insured person is temporarily travelling outside their selected geographical area	25,000 - <i>Up to 30 days travel only</i>	25,000 - <i>Up to 30 days travel only</i>	40,000 - <i>Up to 30 days travel only</i>	70,000 - <i>Up to 30 days travel only</i>	100,000 - <i>Up to 30 days travel only</i>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------	----------------------------------------------	----------------------------------------------	----------------------------------------------	-----------------------------------------------

12 Evacuation to Home Country

Pre-authorisation is required. Optional benefit only applicable if you have selected this benefit

A. Home country evacuation to an insured person's home country (when the home country is within the selected geographical area). This only applies if this additional benefit has been purchased	Full refund	Full refund	Full refund	Full refund	Full refund
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

IF YOU HAVE SELECTED A POLICY EXCESS, IT WILL NOT APPLY TO 5. WELLNESS BENEFITS, 6. DENTAL TREATMENT BENEFITS, 9. CASH BENEFITS AND 10. MEDICAL EVACUATION AND REPATRIATION BENEFITS.

Disclaimer

There is no warranty and/or representation as to the accuracy of the German translation, either individually or as a whole. It is clarified that the German version is a translation of the English original and is for Morgan Price International Healthcare Ltd accepts no liability for any errors and/or inaccuracies in the translation. It is clarified that the English version shall prevail over any question regarding the inaccuracy or interpretation of the contents of the Plan/Product, including the Terms and Conditions.