freedom worldwide

Ideal gestaltete **Krankenversicherung**

6 LEISTUNGSTABELLE

Freedom Worldwide	Diamond	Platinum	Gold	Silver	Bronze
Höchstbetrag pro Versicherungsjahr	**2.000.000**	**1.000.000**	**750.000**	**500.000**	**500.000**
Währung	**€/£/$**	**€/£/$**	**€/£/$**	**€/£/$**	**€/£/$**

A.	**Leistungen für stationäre Patienten und Tagespatienten**					
1	Krankenhausunterbringung: Kosten für ein Standardeinzelzimmer mit eigenem Bad	Voll abgedeckt				Voll abgedeckt
2	Pflegekosten, Arztkosten und Zusatzgebühren					
3	Verschreibungspflichtige Arzneimittel und Verbandsmaterial					
4	Kosten für Operationssaal, chirurgische Medikamente und Verbandsmaterial					
5	Chirurgen-, Anästhesisten- und Facharztgebühren					
6	Chirurgische Hilfsmittel, die ein fester oder wesentlicher Bestandteil des Körpers sind, ausgenommen Neurostimulatoren und Herzschrittmacher, wie in den Ausschlüssen beschrieben.					
7	Organtransplantation: chirurgischer Eingriff, um folgende Organ- oder Gewebetransplantationen durchzuführen: Herz, Herz/Klappe, Herz/Lunge, Leber, Bauchspeicheldrüse, Bauchspeicheldrüse/Niere, Niere, Knochenmark, Nebenschilddrüse, Muskel-/Skelett- und Hornhauttransplantationen.	Abgedeckt bis zu 300.000	Abgedeckt bis zu 200.000	Abgedeckt bis zu 200.000	Abgedeckt bis zu 100.000	Kein Versicherungsschutz verfügbar
8	Oralchirurgische Eingriffe, wie in unserer Definition beschrieben.	Voll abgedeckt				Voll abgedeckt
9	Notfallzahnbehandlung, die zur Wiederherstellung der Mundgesundheit aufgrund eines schweren, anrechenbaren Unfalls erforderlich ist und die Ihre Einweisung ins Krankenhaus erfordert. Wir verweisen auf die Definition der stationären Notfallzahnbehandlung.					
10	Diagnosetests, einschließlich Pathologie und Radiologie					
11	Kernspintomographie/Computertomographie/ PET-Scan					
12	Arzt- und Therapeutengebühren, einschließlich Physiotherapie während eines stationären Aufenthalts					
13	Psychiatrische Behandlung. Es gilt eine 12-monatige Karenzfrist.	Voll abgedeckt für bis zu max. 28 Tage	Abgedeckt bis zu 10.000 für max. 28 Tage	Abgedeckt bis zu 5.000 für max. 28 Tage		Kein Versicherungsschutz verfügbar
14	Unterbringung eines Elternteils, um bei einem versicherten Kind unter 16 Jahren zu bleiben.	Voll abgedeckt				
16	Krankenhaustagegeld, wenn eine Behandlung erhalten und keine Gebühren berechnet wurden	100 pro Nacht, bis zu max. 50 Nächte				

B.	Zusatzleistungen				
1	Komplikationen während der Geburt: Abgedeckt sind folgende Beschwerden, die während der Geburt auftreten können und ein anerkanntes geburtshilfliches Verfahren erforderlich machen: Nachgeburtsblutung und Plazentarückstände. Komplikationen bei der Geburt werden nur bezahlt, wenn der Versicherungsschutz auch routinemäßige Schwangerschaftsleistungen beinhaltet. In diesem Fall beziehen sich Komplikationen bei der Geburt auch auf einen medizinisch notwendigen Kaiserschnitt. **Es gilt eine 12-monatige Karenzfrist.**	Abgedeckt bis zu 10.000	Abgedeckt bis zu 5.000	Abgedeckt bis zu 2.500	Kein Versicherungsschutz verfügbar
2	Komplikationen während der Schwangerschaft aufgrund einer unnormalen Geburtslage, versäumten Abtreibung, Präklampsie, Schwangerschaftsdiabetes oder Blasenmole, die in den pränatalen Schwangerschaftsstadien auftreten. **Es gilt eine 12-monatige Karenzfrist.**				
3	Hormonersatztherapie	Abgedeckt bis zu 250			Kein Versicherungsschutz verfügbar
4	Leistung für häusliche Pflege. Sofort nach oder anstatt eines stationären Aufenthaltes.	Abgedeckt bis zu 3.500	Abgedeckt bis zu 2.000	Abgedeckt bis zu 1.500	Kein Versicherungsschutz verfügbar
5	Lokaler Krankentransport	Voll abgedeckt			

C.	Leistungen für ambulante Patienten					
1	Arzt-, Spezialisten- und Facharztgebühren, verschriebene Medikamente, Arzneimittel und Verbandsmaterial	Voll abgedeckt	Abgedeckt bis zu 10.000	Abgedeckt bis zu 2.500	Abgedeckt bis zu 1.500	Abgedeckt bis zu 1.000
2	Diagnosetests, einschließlich Pathologie und Radiologie					
3	Physiotherapie bei einem zugelassenen Physiotherapeuten, wenn Sie durch einen Allgemeinarzt oder Facharzt überwiesen wurden. ^ Die Physiotherapie ist zunächst auf sechs Sitzungen pro Beschwerde beschränkt, danach muss die Behandlung durch den überweisenden Arzt überprüft werden. Sollten weitere Sitzungen erforderlich sein, muss uns ein Verlaufsbericht übermittelt werden, in dem die medizinische Notwendigkeit jeder weiteren Behandlung aufgeführt ist.		^ Punkt C3 begrenzt auf 1000 ^ Punkt C4 begrenzt auf 1000 ^ Punkt C5 begrenzt auf 1000 ^ Punkt C6 begrenzt auf 200	^ Punkt C3 begrenzt auf 500 ^ Punkt C4 begrenzt auf 500 ^ Punkt C5 begrenzt auf 500 ^ Punkt C6 begrenzt auf 200	^ Punkt C3 begrenzt auf 500 ^ Punkt C4 begrenzt auf 500 ^ Punkt C5 begrenzt auf 500 ^ Punkt C6 begrenzt auf 100	Punkt C1 bis C4 nach einem stationären chirurgischen Eingriff bis zu 90Tage
4	Chiropraktische, osteopathische, homöopathische und chinesische Kräutermedizin sowie Akupunktur.					
5	Psychiatrische Behandlung.* **Es gilt eine 12-monatige Karenzfrist.**	Abgedeckt bis zu 2.000				Kein Versicherungsschutz
6	Routinemäßige Gesundheitschecks, einschließlich Impfungen*	Abgedeckt bis zu 300				Kein Versicherungsschutz
7	Kernspintomographie/Computertomographie/ PET-Scans	Voll abgedeckt.				
8	Ambulante Operationen	Voll abgedeckt.				

LEISTUNGSTABELLE (Fortsetzung)

D.	Krebsleistungen					
1	Onkologische Tests, Arzneimittel, Facharzt-gebühren, einschließlich des Versicherungs-schutzes für Chemo- und Radiotherapie, wenn die Behandlung zur Heilung des Krebses dienen soll.	Voll abgedeckt.				
2	Behandlungen als stationärer Patient, Tages-patient oder ambulanter Patient, die zur Pflege, Kontrolle und Linderung der Krebs-symptome dienen, der als eine chronische Krankheit diagnostiziert wurde.	Im Rahmen der in Punkt E2 aufgeführten Beschränkungen abgedeckt				Kein Versich-erungsschutz verfügbar
3	Palliative Behandlungen und ärztliche Versorgung im Endstadium des Krebses, der als tödliche Krankheit diagnostiziert wurde.	Im Rahmen der in Punkt F1 aufgeführten Beschränkungen abgedeckt				Kein Versich-erungsschutz verfügbar

E.	Leistungen bei chronischen Krankheiten					
1	Behandlung eines akuten Schubs einer chronischen Krankheit, bei dem Ihr Gesund-heitszustand medizinisch unstabil wird.	Im Rahmen der in den Punkten A und C aufgeführten Beschränkungen abgedeckt				
2	Behandlungen, die zur Pflege, Kontrolle und Linderung der Symptome dienen, einschließ-lich palliativer Behandlungen einer chroni-schen Krankheit als stationärer Patient, Tagespatient oder ambulanter Patient.	Abgedeckt bis zu einem Grenzbetrag von 50.000 pro Laufzeit	Abgedeckt bis zu einem Grenzbetrag von 40.000 pro Laufzeit	Abgedeckt bis zu einem Grenzbetrag von 30.000 pro Laufzeit	Abgedeckt bis zu einem Grenzbetrag von 20.000 pro Laufzeit	Kein Versich-erungsschutz verfügbar

F.	Leistungen bei tödlichen Krankheiten					
1	Palliative Behandlungen und ärztliche Versorgung im Endstadium bei einer als tödlich diagnostizierten Krankheit.	Abgedeckt bis zu einem Grenzbetrag von 50.000 pro Laufzeit	Abgedeckt bis zu einem Grenzbetrag von 40.000 pro Laufzeit	Abgedeckt bis zu einem Grenzbetrag von 30.000 pro Laufzeit	Abgedeckt bis zu einem Grenzbetrag von 20.000 pro Laufzeit	Kein Versich-erungsschutz verfügbar

G.	Leistungen bei ambulanten Zahnbehandlungen					
1	Routinemäßige Zahnbehandlungen: ein jährlicher Check-up, eine Zahnsteinentfern-ung und Politur pro Jahr	Bis 75% von 3.000 abgedeckt	Bis 75% von 1.000 abgedeckt	Bis 75% von 500 abgedeckt	Kein Versich-erungsschutz verfügbar	Kein Versich-erungsschutz verfügbar
2	Diagnosetests wie Röntgen					
3	Klinisch notwendige Zahnbehandlungen zur Wiederherstellung Ihrer Zähne und der Mundgesundheit, wie z.B. Füllungen, Zahnfleischbehandlungen, Kronen, Brücken, Inlays und Extraktionen.					
4	Ambulante Notfallzahnbehandlungen: Behandlungen, die zur sofortigen Linderung von Zahnschmerzen durchgeführt werden, einschließlich vorübergehender Füllungen, was auf 3 Füllungen pro Versicherungs-laufzeit begrenzt ist, und/oder Reparatur eines durch einen Unfall verursachten Schadens. Die Behandlung muss innerhalb von 24 Stunden, nachdem der Notfall eingetreten ist, durchgeführt werden. Dies schließt keine Zahnprothesen oder Wurzelkanalbehandlungen mit ein.					
5	Zahnchirurgie, unter anderem das Ziehen von Zähnen und Wurzelkanalchirurgie					
6	Kieferorthopädische Behandlungen nur für versicherte Personen unter 18 Jahren. Es gilt eine 12-monatige Karenzfrist.					

H.	Leistungen für medizinische Evakuierung & Rückführung		
1	Medizinische Evakuierung, wenn eine versicherte Person auf eine Liste für Patienten in kritischem Zustand gesetzt wird oder unserer Meinung nach eine geeignete Behandlung vor Ort oder, im Falle eines Notfalls, angemessen getestetes Blut nicht verfügbar ist. Sollte eine medizinische Evakuierung berechtigt sein, verlegen wir die versicherte Person in das nächstgelegene geeignete medizinische Zentrum (dass sich innerhalb oder außerhalb des Heimatlandes der versicherten Person befinden kann) oder, sofern erforderlich, bemühen wir uns, einen Transport von getestetem Blut und Transfusionsgeräten zu veranlassen. Die medizinische Evakuierung findet auf dem kostengünstigsten Weg unter Berücksichtigung des Gesundheitszustandes statt.	Voll abgedeckt	Voll abgedeckt, wenn eine Einweisung als stationärer oder ambulanter Patient erforderlich ist.
2	Unterbringung nach einer medizinischen Evakuierung, wenn Sie nach der Entlassung nicht in der Lage sind zu reisen. Sollte die Verlegung oder der Transport des versicherten Mitglieds nach dessen Entlassung nach einer stationären Behandlung aus medizinischen Gründen nicht möglich sein, übernehmen wir die angemessenen Kosten für die Hotelunterbringung für bis zu max. 7 Tage, wobei ein Einzelzimmer mit eigenem Bad besorgt wird. Wir übernehmen nicht die Kosten für eine Unterbringung in einer Hotelsuite oder in einem 4- oder 5-Sterne Hotel. Die Hotelunterbringung einer Begleitperson ist nicht abgedeckt.		
3	Kosten für den Rückflug in das Heimatland in der Economyklasse: Nach Beendigung der Behandlung übernehmen wir die Kosten für die Rückreise in der Economyklasse der verlegten versicherten Person, damit diese in das Land ihres Hauptwohnsitzes zurückkehren kann. Die Rückreise muss innerhalb von einem Monat nach Beendigung der berechtigten Behandlung stattfinden.		
4	Wenn die versicherte Person für eine laufende Behandlung in das nächstgelegene geeignete medizinische Zentrum verlegt wurde, sind wir damit einverstanden, die berechtigten Kosten für die Hotelunterbringung zu übernehmen, wobei ein Einzelzimmer mit eigenem Bad besorgt wird. Eine solche Unterbringung muss kostengünstiger sein als die Folgekosten für einen Transport zu/von dem nächstgelegenen geeigneten medizinischen Zentrum oder in das/aus dem Hauptwohnsitzland.		
5	Reisekosten einer Begleitperson in der Economyklasse: Wir übernehmen die vorher genehmigten Kosten für die Reise einer nahestehenden Begleitperson oder eines Familienangehörigen der versicherten Person in der Economyklasse, die Unterbringung und den Rückflug in der Economyklasse, wenn die versicherte Person für eine medizinische Evakuierung in medizinischen Notfällen begleitet werden muss; diese Leistung gilt nur, wenn die versicherte Person verlegt wird, da sie auf eine Liste für Patienten in kritischem Zustand gesetzt wurde.		
6	Rückführung sterblicher Überreste: Die Kosten für den Transport der sterblichen Überreste des Verstorbenen vom Hauptwohnsitz in das Land, in dem die Beerdigung stattfinden soll. Abgedeckt sind unter anderem die Kosten für die Einbalsamierung, einen gesetzlich zugelassenen Transportbehälter, die Transportkosten und die erforderlichen behördliche Genehmigungen. Die Kosten für die Einäscherung sind nur abgedeckt, wenn dies aus rechtlichen Gründen erforderlich ist. Kosten, die einer Begleitperson entstehen, sind nicht abgedeckt. Die Abdeckung von Kosten in Verbindung mit der Rückführung sterblicher Überreste muss vorher von uns genehmigt werden.		Voll abgedeckt

LEISTUNGSTABELLE (Fortsetzung)

I.	Leistungen im Falle eines Trauer-/Notfallbesuch	
1	Die Kosten, die einer versicherten Person bis zum Alter von 70 Jahren für einen Rückflug in der Economyklasse vom Hauptwohnsitz entstanden sind, um einen nahen Familienangehörigen zu besuchen, wenn dieser nahe Familienangehörige auf eine Liste für Patienten in kritischem Zustand gesetzt wurde oder verstorben ist. Dies ist auf eine Rückreise pro versicherter Person und Versicherungsjahr beschränkt.	Voll abgedeckt

J.	Mütterleistung Nur für weibliche Mitglieder zwischen 18 und 44 Jahren verfügbar. Der Versicherungsschutz ist nur für Behandlungen, die 11 Monate nach Versicherungsbeginn durchgeführt werden, verfügbar.					
1	Alle medizinisch notwendig entstandenen Kosten während einer üblichen Schwangerschaft oder Geburt ohne Komplikationen, einschließlich der Krankenhauskosten, Spezialistengebühren, prä- und postnatalen Versorgung der Mutter und Hebammengebühren. Wir übernehmen nur die Kosten für eine 2D-Ultraschalluntersuchung pro Trimester.	Abgedeckt bis zu 7.500	Abgedeckt bis zu 5.000	Abgedeckt bis zu 2.500	Kein Versicherungsschutz verfügbar	Kein Versicherungsschutz verfügbar
	Neugeborenenversorgung nach einer abgedeckten Schwangerschaft: Wir übernehmen die Kosten für eine angemessene und übliche Unterbringung Ihres neugeborenen Kindes. Wir übernehmen außerdem die Kosten für notwendige Untersuchungen vor der Entlassung, dies umfasst: • eine körperliche Untersuchung • Vitamin K • Hepatitis-B-Impfstoff • BCG-Impfstoff • Bluttests für PKU, angeborene Schilddrüsenunterfunktion und G6PD.					
2	Medizinisch notwendige Kaiserschnitte	Im Rahmen der in Punkt B1 aufgeführten Beschränkungen abgedeckt				
	Geburtsfehler und angeborene Anomalien	Abgedeckt bis zu 20.000	Abgedeckt bis zu 15.000	Abgedeckt bis zu 10.000		
	Unterbringung des neugeborenen Kindes für bis zu 10 Nächte, wenn es zusammen mit der Mutter im Krankenhaus bleibt.	Voll abgedeckt				

K.	Medizinischer Notfallschutz (außerhalb des Bereiches)					
1	Abdeckung medizinischer Notfallbehandlungen außerhalb des Bereiches des Versicherungsschutzes	Abgedeckt bis zu 50.000	Abgedeckt bis zu 40.000 für bis zu max. 60 Tage	Abgedeckt bis zu 30.000 für bis zu max. 30 Tage	Kein Versicherungsschutz verfügbar	Kein Versicherungsschutz verfügbar

L.	Leistungen bei Unfalltod			
1	Tod einer versicherten Person aufgrund eines Unfalls.	100.000	Kein Versicherungsschutz	Kein Versicherungsschutz

Bitte beachten Sie: Soweit nicht anders angegeben, gelten alle oben genannten Beschränkungen pro Versicherungsjahr.

Freedom Health Insurance bietet Produkte auf dem deutschen Markt gemäß EU-Vermittlerrichtlinien an. Um jeden Zweifel auszuschließen, Produkte von Freedom Health Insurance sind kein Ersatz für eine deutsche Krankenversicherungspflicht (Versicherungsaufsichtsgesetz - Insurance Supervision Act - VAG).

Freedom Health Insurance is a trading name of Freedom Healthnet Limited.
Freedom Healthnet Ltd is authorised and regulated by the Financial Conduct Authority with the registration number 312282.
Registered address: County Gates House, 300 Poole Road, Poole. BH12 1AZ, United Kingdom. Company registration number: 04815524.