






Leistungstabelle

					
VfA-International	Diamant	Platin	Gold	Silber	Bronze
Höchstbetrag pro Versicherungsjahr	2.000.000	1.000.000	750.000	500.000	500.000
Währung	Euro €	Euro €	Euro €	Euro €	Euro €

A. Leistungen für stationäre Patienten und Tagespatienten

					
1 Krankenhausunterbringung: Kosten für ein Standard Einzelzimmer mit eigenem Bad	✓	✓	✓	✓	✓
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.	✓ bis zu 300.000	✓ bis zu 200.000	✓ bis zu 200.000	✓ bis zu 100.000	✗
8 Oralchirurgische Eingriffe, wie in unserer Definition beschrieben.	✓	✓	✓	✓	✓
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.	✓	✓	✓	✓	✓

	D	P	G	S	B	
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.	✓ für bis zu max. 28 Tage	✓ bis zu 10.000 für max. 28 Tage	✓ bis zu 5.000 für max. 28 Tage	✓ bis zu 5.000 für max. 28 Tage	✗
14	Unterbringung eines Elternteils, um bei einem versicherten Kind unter 16 Jahren zu bleiben.	✓	✓	✓	✓	✓
15	Krankenhaustagegeld, wenn eine Behandlung erhalten und keine Gebühren berechnet wurden	✓ 100 pro Nacht bis zu max. 50 Nächte	✓ 100 pro Nacht bis zu max. 50 Nächte	✓ 100 pro Nacht bis zu max. 50 Nächte	✓ 100 pro Nacht bis zu max. 50 Nächte	✓ 100 pro Nacht bis zu max. 50 Nächte

B. Zusatzleistungen

	D	P	G	S	B	
1	Komplikationen während der Geburt: Abgedeckt sind folgende Beschwerden, die während der Geburt auftreten können und ein anerkanntes geburtshilfliches Verfahren erforderlich machen: Nachgeburtsblutung und Plazentarrückstände. 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.	✓ bis zu 10.000	✓ bis zu 5.000	✓ bis zu 2.500	✓ bis zu 2.500	✗
2	Komplikationen während der Schwangerschaft aufgrund einer unnormalen Geburtslage, versäumten Abtreibung, Präeklampsie, Schwangerschaftsdiabetes oder Blasenmole, die in den pränatalen Schwangerschaftsstadien auftreten. Es gilt eine 12-monatige Karenzfrist.	✓ bis zu 10.000	✓ bis zu 5.000	✓ bis zu 2.500	✓ bis zu 2.500	✗
3	Hormonersatztherapie	✓ bis zu 250	✓ bis zu 250	✓ bis zu 250	✓ bis zu 250	✗
4	Leistung für häusliche Pflege. Sofort nach oder anstatt eines stationären Aufenthaltes.	✓ bis zu 3.500	✓ bis zu 2.000	✓ bis zu 1.500	✓ bis zu 1.500	✗
5	Lokaler Krankentransport	✓	✓	✓	✓	✓

C. Leistungen für ambulante Patienten

	D	P	G	S	B
1 Arzt-, Spezialisten- und Facharztgebühren, verschriebene Medikamente, Arzneimittel und Verbandsmaterial	✓	✓ bis zu 5.000	✓ bis zu 2.500	✓ bis zu 1.500	✓ bis zu 1.000 nach einem stationären chirurgischen Eingriff bis zu 90Tage
2 Diagnosetests, einschließlich Pathologie und Radiologie	✓	✓ bis zu 5.000	✓ bis zu 2.500	✓ bis zu 1.500	✓ bis zu 1.000 nach einem stationären chirurgischen Eingriff bis zu 90Tage
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.	✓	✓ Begrenzt auf 1.000	✓ Begrenzt auf 500	✓ Begrenzt auf 500	✓ bis zu 1.000 nach einem stationären chirurgischen Eingriff bis zu 90Tage
4 Chiropraktische, osteopathische, homöopathische und chinesische Kräutermedizin sowie Akupunktur.	✓	✓ Begrenzt auf 1.000	✓ Begrenzt auf 500	✓ Begrenzt auf 500	✓ bis zu 1.000 nach einem stationären chirurgischen Eingriff bis zu 90Tage
5 Psychiatrische Behandlung.* Es gilt eine 12-monatige Karenzfrist.	✓ bis zu 2.000	✓ Begrenzt auf 1.000	✓ Begrenzt auf 500	✓ Begrenzt auf 500	✗
6 Routinemäßige Gesundheitschecks, einschließlich Impfungen*	✓ bis zu 300	✓ Begrenzt auf 200	✓ Begrenzt auf 200	✓ Begrenzt auf 100	✗
7 Kernspintomographie/Computertomographie/ PET-Scans	✓	✓	✓	✓	✓
8 Ambulante Operationen	✓	✓	✓	✓	✓

D. Krebsleistungen





	D	P	G	S	B
1 Onkologische Tests, Arzneimittel, Facharztgebühren, einschließlich des Versicherungsschutzes für Chemo- und Radiotherapie, wenn die Behandlung zur Heilung des Krebses dienen soll.	✓	✓	✓	✓	✓

	D	P	G	S	B
2	  Im Rahmen der in Punkt E2 aufgeführten Beschränkungen	  Im Rahmen der in Punkt E2 aufgeführten Beschränkungen	  Im Rahmen der in Punkt E2 aufgeführten Beschränkungen	  Im Rahmen der in Punkt E2 aufgeführten Beschränkungen	 
3	  Im Rahmen der in Punkt F1 aufgeführten Beschränkungen	  Im Rahmen der in Punkt F1 aufgeführten Beschränkungen	  Im Rahmen der in Punkt F1 aufgeführten Beschränkungen	  Im Rahmen der in Punkt F1 aufgeführten Beschränkungen	 





















E. Leistungen bei chronischen Krankheiten








































	D	P	G	S	B
1	  Im Rahmen der in den Punkten A und C aufgeführten Beschränkungen	  Im Rahmen der in den Punkten A und C aufgeführten Beschränkungen	  Im Rahmen der in den Punkten A und C aufgeführten Beschränkungen	  Im Rahmen der in den Punkten A und C aufgeführten Beschränkungen	  Im Rahmen der in den Punkten A und C aufgeführten Beschränkungen
2	  bis zu einem Grenzbetrag von 50.000 pro Laufzeit	  bis zu einem Grenzbetrag von 40.000 pro Laufzeit	  bis zu einem Grenzbetrag von 30.000 pro Laufzeit	  bis zu einem Grenzbetrag von 20.000 pro Laufzeit	 

F. Leistungen bei tödlichen Krankheiten











	D	P	G	S	B
1	  bis zu einem Grenzbetrag von 50.000 pro Laufzeit	  bis zu einem Grenzbetrag von 40.000 pro Laufzeit	  bis zu einem Grenzbetrag von 30.000 pro Laufzeit	  bis zu einem Grenzbetrag von 20.000 pro Laufzeit	 

G. Leistungen bei ambulanten Zahnbehandlungen

	D	P	G	S	B
1	  Bis 75% von 3.000	  Bis 75% von 1.000	  Bis 75% von 500	 	 
2	  Bis 75% von 3.000	  Bis 75% von 1.000	  Bis 75% von 500	 	 

	D	P	G	S	B
3	  Bis 75% von 3.000	  Bis 75% von 1.000	  Bis 75% von 500	 	 
4	  Bis 75% von 3.000	  Bis 75% von 1.000	  Bis 75% von 500	 	 
5	  Bis 75% von 3.000	  Bis 75% von 1.000	  Bis 75% von 500	 	 
6	  Bis 75% von 3.000	  Bis 75% von 1.000	  Bis 75% von 500	 	 

H. Leistungen für medizinische Evakuierung & Rückführung

	D	P	G	S	B
1	 	 	 	 	  wenn eine Einweisung als stationärer oder ambu- lanter Patient erforderlich ist.

	D	P	G	S	B
<p>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.</p>	✓	✓	✓	✓	✓ wenn eine Einweisung als stationärer oder ambulanter Patient erforderlich ist.
<p>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.</p>	✓	✓	✓	✓	✓ wenn eine Einweisung als stationärer oder ambulanter Patient erforderlich ist.
<p>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.</p>	✓	✓	✓	✓	✓ wenn eine Einweisung als stationärer oder ambulanter Patient erforderlich ist.
<p>5 Reisekosten einer Begleitperson in der Economy-klasse: Wir übernehmen die vorher genehmigten Kosten für die Reise einer nahestehenden Begleitperson oder eines Familienangehörigen der versicherten Person in der Economy-klasse, 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.</p>	✓	✓	✓	✓	✓ wenn eine Einweisung als stationärer oder ambulanter Patient erforderlich ist.
<p>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 behördlichen 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.</p>	✓	✓	✓	✓	✓

I. Leistungen im Falle eines Trauer-/Notfallbesuch

	D	P	G	S	B
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.	✓	✓	✓	✓	✓


J. Mütterleistung

i Nur für weibliche Mitglieder zwischen 18 und 44 Jahren verfügbar. Der Versicherungsschutz ist nur für Behandlungen, die 12 Monate nach Versicherungsbeginn durchgeführt werden, verfügbar.

	D	P	G	S	B
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.	✓ bis zu 7.500	✓ bis zu 5.000	✓ bis zu 2.500	✗	✗
2 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: <ul style="list-style-type: none"> • eine körperliche Untersuchung • Vitamin K • Hepatitis-B- Impfstoff • BCG-Impfstoff • Bluttests für PKU, angeborene Schilddrüsenunterfunktion und G6PD. 	✓ bis zu 7.500	✓ bis zu 5.000	✓ bis zu 2.500	✗	✗
3 Medizinisch notwendige Kaiserschnitte	✓ Im Rahmen der in Punkt B1 aufgeführten Beschränkungen	✓ Im Rahmen der in Punkt B1 aufgeführten Beschränkungen	✓ Im Rahmen der in Punkt B1 aufgeführten Beschränkungen	✗	✗
4 Geburtsfehler und angeborene Anomalien	✓ bis zu 20.000	✓ bis zu 15.000	✓ bis zu 10.000	✗	✗
5 Unterbringung des neugeborenen Kindes für bis zu 10 Nächte, wenn es zusammen mit der Mutter im Krankenhaus bleibt.	✓	✓	✓	✗	✗

K. Medizinischer Notfallschutz (außerhalb des Bereiches)

					
1 Abdeckung medizinischer Notfallbehandlungen außerhalb des Bereiches des Versicherungsschutzes	 bis zu 50.000	 bis zu 40.000 für max. 60 Tage	 bis zu 30.000 bis zu max. 30 Tage		

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