

Versicherungsschutz für Auslandsaufenthalte

Europa ohne Schweiz*

mit Wertbeständigkeit
ohne Prämienrückerstattung

Tarifbestimmungen zum Tarif QEXPYC 3 2022/B

Die nachstehenden Leistungen stehen bis zu einer Höchstsumme von insgesamt EUR 3.063.000,00 pro Kalenderjahr zur Verfügung.

I. Stationärer Bereich (Punkt 5.8. bis 5.14. Allgemeine Versicherungsbedingungen; Punkt A. Ergänzende Versicherungsbedingungen)

Der Versicherungsschutz umfasst Leistungen für medizinisch notwendige stationäre Krankenhausaufenthalte in der allgemeinen Gebührenklasse eines allgemeinen öffentlichen Krankenhauses in Europa (siehe Europaliste) - ausgenommen Schweiz - wegen Krankheit, Unfall oder Entbindung im folgenden Umfang:

1. KOSTENDECKUNGSGARANTIE

1.1. Bei stationären Krankenhausaufenthalten in der allgemeinen Gebührenklasse eines allgemeinen öffentlichen Krankenhauses in Europa (siehe Europaliste) - ausgenommen Schweiz - werden, sofern vor der stationären Aufnahme das SOSservice von UNIQA (siehe SOS-Karte) kontaktiert wird und durch dieses die Abwicklung des Versicherungsfalles erfolgt, die Kosten in direkter Verrechnung voll übernommen.

1.2. Bei Nichtinanspruchnahme des SOSservice von UNIQA (siehe SOS-Karte) werden die Kosten eines stationären Krankenhausaufenthaltes in der allgemeinen Gebührenklasse eines allgemeinen öffentlichen Krankenhauses in Europa (siehe Europaliste) - ausgenommen Schweiz - nach Vorlage der saldierten Originalrechnung abzüglich eines 20%igen Selbstbehaltes vergütet. Der Selbstbehalt beträgt maximal EUR 4.590,00 pro Krankenhausaufenthalt.

Der Selbstbehalt wird nicht eingewendet, wenn die Dringlichkeit der stationären Heilbehandlung die vorherige Kontaktaufnahme mit dem SOSservice von UNIQA sowie die Abwicklung des Versicherungsfalles durch dieses nicht zulässt.

2. BEGLEITPERSON

Bei unter Versicherungsschutz stehenden Aufenthalten von Kindern bis 18 Jahre werden für eine Begleitperson - wenn der Aufenthalt nach Punkt 1.1. vergütet wird, die Kosten voll übernommen - wenn es sich um einen Aufenthalt nach Punkt 1.2. handelt, die Kosten nach Vorlage der saldierten Originalrechnung abzüglich eines 20%igen Selbstbehaltes vergütet. Der Selbstbehalt beträgt maximal EUR 459,00 pro Krankenhausaufenthalt.

Der Selbstbehalt entfällt, sofern für den stationären Aufenthalt des versicherten Kindes kein Selbstbehalt zur Anwendung kommt.

3. KRANKENHAUS-TAGEGELD, ENTBINDUNGSPAUSCHALE

Wenn dem Versicherer bei einem stationären Krankenhausaufenthalt keine Kosten entstehen, wird pro Tag ein Krankenhaus-Tagegeld von EUR 184,00, im Falle einer Entbindung eine Entbindungspauschale von EUR 1.840,00 erbracht.

II. Teilstationärer bzw. tagesklinischer Bereich (in Erweiterung von Punkt 5.8. und in Abänderung von Punkt 5.10. Allgemeine Versicherungsbedingungen; Punkt A. Ergänzende Versicherungsbedingungen)

1. Erfordert eine medizinisch notwendige Heilbehandlung in Europa (siehe Europaliste) - ausgenommen Schweiz - einen Krankenhausaufenthalt von weniger als 24 Stunden und ist aus medizinischer Sicht eine Übernachtung nicht notwendig, werden, sofern das SOSservice von UNIQA (siehe SOS-Karte) kontaktiert wird und durch dieses die Abwicklung des Versicherungsfalles erfolgt, die Kosten voll übernommen. In jenen Fällen, in denen eine direkte Verrechnung nicht möglich ist, werden die Kosten nach Vorlage der saldierten Originalrechnung vergütet.

2. Bei Nichtinanspruchnahme des SOSservice von UNIQA (siehe SOS-Karte) werden die Kosten der teilstationären bzw. tagesklinischen Behandlung in Europa (siehe Europaliste) - ausgenommen Schweiz - nach Vorlage der saldierten Originalrechnung abzüglich eines 20%igen Selbstbehaltes vergütet. Der Selbstbehalt beträgt maximal EUR 4.590,00 pro Behandlung.

Der Selbstbehalt wird nicht eingewendet, wenn die Dringlichkeit der stationären Heilbehandlung die vorherige Kontaktaufnahme mit dem SOSservice von UNIQA sowie die Abwicklung des Versicherungsfalles durch dieses nicht zulässt.

III. Krankentransport (ergänzend zu Punkt 5.12. Allgemeine Versicherungsbedingungen; Punkt A. Ergänzende Versicherungsbedingungen)

1. Der Kostenersatz für medizinisch notwendige Transporte in Europa (siehe Europaliste) - ausgenommen Schweiz - zu einer Heilbehandlung nach Punkt I oder Punkt II beträgt pro Kalenderjahr maximal EUR 2.300,00.

2. Sofern ein medizinisch notwendiger Transport aus medizinischen Gründen nur mittels Hubschrauber möglich ist, erhöht sich der unter Punkt 1 angeführte Jahreshöchstbetrag auf EUR 4.590,00.

IV. Ambulanter Bereich (Punkt 5.2. bis 5.7. und 5.13. bis 5.15. Allgemeine Versicherungsbedingungen; Punkt A. Ergänzende Versicherungsbedingungen)

Der Versicherungsschutz umfasst Leistungen für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlungen in Europa (siehe Europaliste) - ausgenommen Schweiz - wegen Krankheit, Unfall oder Schwangerschaft im folgenden Umfang:

1. Vergütet werden die vollen Kosten für:

- ambulante ärztliche Behandlung (einschließlich Komplementärmedizin)
- ärztlich verordnete Arzneimittel (einschließlich homöopathische Mittel)
- ärztlich verordnete Hilfsmittel (Heilbehelfe)
- ärztlich verordnete physiotherapeutische Heilbehandlung (Heilmittel), Ergotherapie, Logopädie
- ärztlich verordnete psychotherapeutische Heilbehandlung, welche durch Personen, die zur selbstständigen Ausübung der Psychotherapie berechtigt sind, durchgeführt wurde

insgesamt bis EUR 7.660,00 pro Kalenderjahr.

Bei lebensbedrohlichen Erkrankungen (Onkologische Erkrankungen, Immun- oder Autoimmunerkrankungen bzw. bei Störungen der Blutgerinnung) werden die Kosten der dafür erforderlichen ärztlich verordneten Arzneimittel und Blutersatzstoffe nach Überschreitung dieses Höchstsatzes weiterhin zur Gänze übernommen.

Innerhalb dieses Höchstsatzes werden die Kosten für Sehhilfen (Brillen oder Kontaktlinsen) pro zwei Kalenderjahre bis EUR 459,00

ersetzt.

Ist der unter IV.1 angeführte Jahreshöchstbetrag erschöpft, werden 80% der Kosten für

a) ambulante ärztliche Behandlungen (Punkt IV.1.a)

- pro ärztlicher Ordination bis EUR 53,90
- pro fachärztlicher Ordination bis EUR 86,20
- pro ärztlichem Hausbesuch bis EUR 86,20

b) ambulante ärztliche Sonderleistungen (z.B.: Injektion, Infusionen, EKG)

- pro ärztlicher Ordination bis EUR 107,80
- pro fachärztlicher Ordination bis EUR 172,40
- pro ärztlichem Hausbesuch bis EUR 172,40

2. Für medizinisch notwendige Dialyse werden
- in Vertragseinrichtungen die vollen Kosten
- in allen anderen Fällen pro Behandlung
bis EUR 459,00
vergütet.

V. Zahnbereich (Punkt 5.2. und 5.5. sowie 5.13. und 5.14. Allgemeine Versicherungsbedingungen; Punkt A. Ergänzende Versicherungsbedingungen)

Der Versicherungsschutz umfasst Leistungen für zahnärztliche Behandlungen in Europa (siehe Europaliste) - ausgenommen Schweiz - im folgenden Umfang:

Vergütet werden pro Kalenderjahr 80% der Kosten für:

- a) konservierende Zahnbehandlung
- b) Zahnrontgen
- c) Zahnextraktion
- d) prothetische Versorgung (z.B. Kronen, Brücken)
- e) kieferchirurgische Behandlung
- f) Zahnimplantologie
- g) Parodontose
- h) Kieferregulierung
- i) prophylaktische Maßnahmen, die der Zahnerhaltung oder der Zahnpflege dienen, wie z.B. Mundhygiene, Zahnsteinentfernung, Fluoridierung und Fissurenversiegelung

insgesamt bis EUR 3.830,00
pro Kalenderjahr.

Innerhalb dieses Höchstsatzes werden die Kosten für prothetische Versorgung, kieferorthopädische Behandlung und Kieferregulierung bis EUR 766,00

ersetzt.

Ist dieser Höchstbetrag erschöpft, stehen für weitere zahnärztliche Ordinationen pro Kalenderquartal bis EUR 261,60 zur Verfügung.

VI. Hausentbindung (Punkt A. Ergänzende Versicherungsbedingungen)

Für eine Hausentbindung in Europa (siehe Europaliste) - ausgenommen Schweiz - werden anstelle aller anderen Leistungen EUR 1.840,00 zur Verfügung gestellt.

VII. Rehabilitation (in Abänderung von Punkt 5.10. Allgemeine Versicherungsbedingungen; Punkt A. Ergänzende Versicherungsbedingungen)

Die Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Rehabilitationsbehandlung in Europa (siehe Europaliste) - ausgenommen Schweiz, die im Zusammenhang mit einer vorangegangenen unter Versicherungsschutz stehenden stationären Heilbehandlung wegen einer Herz-/Kreislauf-erkrankung, TBC-Erkrankung oder wegen eines Unfalls steht, werden pro Tag bis EUR 230,00 für längstens 90 Tage vergütet.

VIII. Kur (in Abänderung von Punkt 5.10. Allgemeine Versicherungsbedingungen)

Für medizinisch notwendige Kuraufenthalte in Europa (siehe Europaliste) - ausgenommen Schweiz, die ärztlich verordnet sind und deren Kurmittel- und Aufenthaltskosten nachgewiesen werden, wird innerhalb von 2 Kalenderjahren für längstens 28 Tage ein Kurtagegeld von EUR 53,60 geleistet.

IX. Bergungskosten (Punkt A. Ergänzende Versicherungsbedingungen)

Bergungskosten in Europa (siehe Europaliste) - ausgenommen Schweiz - werden pro Fall bis EUR 2.300,00 vergütet.

X. Krankenrücktransport und Überführung eines Verstorbenen (ergänzend zu Punkt 5.12. Allgemeine Versicherungsbedingungen; Punkt A. Ergänzende Versicherungsbedingungen)

1. Krankenrücktransport

Der Versicherungsschutz umfasst Leistungen für Krankenrücktransporte in Europa (siehe Europaliste) - ausgenommen Schweiz - wegen Krankheit oder Unfall in folgendem Umfang:

Vergütet werden die vollen Kosten

a) eines medizinisch begründeten Krankentransportes aus dem europäischen Ausland in ein Krankenhaus des Entsendungs- oder Heimatlandes bzw. an den Wohnsitz des Entsendungs- oder Heimatlandes.

b) der Mitbeförderung einer dem Transportierten nahestehenden Person

Der Krankenrücktransport muss vom SOSservice von UNIQA (siehe SOS-Karte) organisiert werden, ansonsten werden maximal EUR 2.910,00 vergütet.

Die vorgenannten Leistungen werden nicht erbracht, wenn der Krankenrücktransport im Zusammenhang mit einer geplanten Heilbehandlung steht.

2. Überführung eines Verstorbenen

Vergütet werden die vollen Kosten der standardmäßigen Überführung eines Verstorbenen innerhalb Europas (siehe Europaliste) - ausgenommen Schweiz - in den Heimatort.

Die Überführung muss vom SOSservice von UNIQA (siehe SOS-Karte) organisiert werden, ansonsten werden bis EUR 1.230,00 vergütet.

A. Ergänzende Bedingungen

1. Wartezeiten (Punkt 3. Allgemeine Versicherungsbedingungen)

Die allgemeine Wartezeit entfällt.

Die besondere Wartezeit beträgt für Leistungen gemäß Punkt V (Zahnbereich) - ausgenommen für Zahnbehandlungen, die der unmittelbaren Schmerzbekämpfung sowie der Erstversorgung nach Unfällen dienen - sowie für Entbindungen, Fehlgeburten, Schwangerschaftsuntersuchungen und -erkrankungen und deren Folgen 8 Monate. Für Früh- oder Fehlgeburten, die bei normalem Verlauf der Schwangerschaft zu einer Entbindung nach Ablauf von 8 Monaten geführt hätten, besteht Versicherungsschutz.

2. Kostendeckungsgarantie

Voraussetzung für die Kostendeckungsgarantie und Direktverrechnung ist (weilers)

- ein gültiger Auftrag zur Direktverrechnung, welcher für den konkreten Leistungsfall erteilt wurde und
- eine gültige Einzelzustimmungserklärung für den Fall, dass zur Leistungsprüfung weitere Gesundheitsdaten erforderlich sind.

3. Zahn- und Kieferbehandlungen

Die Vergütung von Kosten für Zahn- und kieferchirurgische Behandlungen, Zahnrontgen, Zahnersatz sowie Kieferregulierungen erfolgt ausschließlich aus Punkt V (Zahnbereich).

4. Ambulanter Bereich (Punkt IV)

In Erweiterung von Punkt 1.2. und 5.15. Allgemeine Versicherungsbedingungen stehen auch Heilbehandlungen, die nach komplementärmedizinischen Erkenntnissen (Heilmethoden wie z.B. Homöopathie, Akupunktur, Chiropraktik) erfolgen und von einem Arzt durchgeführt werden, einschließlich ärztlich verordneter homöopathischer Mittel, unter Versicherungsschutz.

5. Rehabilitation (Punkt VII)

Versicherungsschutz besteht für Rehabilitationsbehandlungen in geeigneten, behördlich anerkannten, stationären Einrichtungen.

6. Bergungskosten (Punkt IX)

Bergungskosten sind die nachgewiesenen Kosten des Suchens nach der versicherten Person und ihres Transportes bis zur nächsten befahrbaren Straße oder bis zum, dem Unfallort nächstgelegenen, Krankenhaus.

Sie werden ersetzt, wenn die versicherte Person einen Unfall erlitten hat oder in Berg- oder Wassernot geraten ist und verletzt oder unverletzt geborgen werden muss bzw. durch einen Unfall oder infolge Berg- oder Wassernot den Tod erleidet und ihre Bergung erfolgen muss. Einem Unfall ist gleichzuhalten, wenn der Versicherte unverzüglich wegen eines Krankheitsgeschehens geborgen werden muss. Die Leistung für eine Bergung unter Einsatz eines Hubschraubers wird erbracht, wenn die Bergung nicht auf anderem Wege durchgeführt werden konnte.

7. Krankenrücktransport (Punkt X)

a) Voraussetzung für den Krankenrücktransport ist neben der Transportfähigkeit der versicherten Person, dass

- eine lebensbedrohende Störung des Gesundheitszustandes besteht oder
- ein stationärer Krankenhausaufenthalt von mehr als 5 Tagen zu erwarten ist.

b) Im Falle eines Krankenrücktransportes ist das SOS-Service von UNIQA zu verständigen. Um die erforderlichen Maßnahmen treffen zu können, benötigt das SOSservice die

auf der SOS-Karte geforderten Angaben. Aufgrund der mitgeteilten Angaben nimmt das SOSservice Verbindung mit dem behandelnden Arzt auf und entscheidet anhand der im Punkt a) festgelegten Kriterien über die Durchführung und die Art des Transportes (je nach Lage des Falles mittels Krankenwagen, Bahn, Passagierflugzeug oder Ambulanzjet). Die Entscheidung erfolgt in Abstimmung mit den vor Ort behandelnden Ärzten, die endgültige Entscheidung liegt jedoch beim Arzt des SOSservice.

8. Auszahlung der Versicherungsleistung

In Ergänzung zu Artikel 7 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind Rechnungen in deutscher, englischer oder französischer Sprache vorzulegen.

9. Subsidiarität

Eine allfällige bestehende gesetzliche Sozialversicherung oder andere Privatversicherung sowie Ansprüche aufgrund gesetzlicher Bestimmungen oder aufgrund von Vereinbarungen sind vorrangig in Anspruch zu nehmen. Hat UNIQA Leistungen erbracht, so gehen gleichwertige Ansprüche des Versicherten gegen Dritte auf sie über.

10. Beendigung der Auslandstätigkeit, Rückkehr an den ständigen Wohnsitz, Verzug ins Ausland

Der Versicherungsschutz (Tarif) ist auf eine Auslandsentsendung bzw. auf eine vorübergehende Tätigkeit im Ausland abgestellt. In folgenden Fällen ist eine Änderung der Versicherung jedenfalls erforderlich:

- Beendigung der Auslandsentsendung bzw. der vorübergehenden Tätigkeit im Ausland
- Rückkehr an den ständigen Wohnsitz (Heimatland)
- Verlegung des ständigen Wohnsitzes ins Ausland

Damit bei Eintritt eines dieser Ereignisse weiterhin ein geeigneter Versicherungsschutz erhalten bleibt, ist eine umgehende Verständigung des Versicherers unbedingt erforderlich. Der Versicherer wird in weiterer Folge eine den neuen Gegebenheiten angepasste Tarifänderung vornehmen.

11. Umstellung von Kinder- auf Erwachsenenprämie

Hat ein versichertes Kind das 18. Lebensjahr vollendet, so sind wir berechtigt, die Prämie auf denjenigen Betrag anzuheben, den der betreffende Tarif für Versicherte vorsieht, die mit diesem Alter in die Versicherung eintreten (siehe dazu Punkt B 3. Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes).

B. Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes

1. Wir sind berechtigt, die Prämie oder den Versicherungsschutz nach Vertragsabschluss einseitig zu ändern. Maßgebende Umstände für Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes sind die Veränderungen folgender Faktoren:

1.1. des von der Bundesanstalt "Statistik Österreich" (Statistik Austria) veröffentlichten Verbraucherpreisindex (VPI) 2015,

1.2. der durchschnittlichen Lebenserwartung,

1.3. der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwendigkeit, bezogen auf die zu diesem Tarif Versicherten,

1.4. des Verhältnisses zwischen den vertraglich vereinbarten Leistungen und den entsprechenden Kostenersätzen der gesetzlichen Sozialversicherungen,

1.5. der durch Gesetz, Verordnung, sonstigen behördlichen Akt oder durch Vertrag zwischen dem Versicherer und im Versicherungsvertrag bezeichneten Einrichtungen des Gesundheitswesens festgesetzten Entgelte für die Inanspruchnahme dieser Einrichtungen und

1.6. des Gesundheitswesens und der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen.

1.7. für Gruppenversicherungen zusätzlich zu den in 1.1 bis 1.6 genannten Umständen: auch eine Änderung der in 1.2 und 1.3 genannten Umstände bloß bei den zu dieser Gruppe gehörenden Versicherten, auch infolge einer Änderung des Durchschnittalters der Gruppe.

2. Die Erklärung der Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes gemäß Punkt 1 wirkt erst ab dem der Absendung folgenden Monatsersten. Wenn wir die Prämie nach Punkt 1 erhöhen, werden wir dem Versicherungsnehmer (in der Gruppenversicherung dem Hauptversicherten) auf dessen Verlangen die Fortsetzung des Vertrages mit höchstens gleichbleibender Prämie und angemessen geänderten Leistungen anbieten.

3. Hat ein versichertes Kind das 18. Lebensjahr vollendet, so wird die Prämie ab dem Monatsersten, der dem 18. Geburtstag folgt, auf denjenigen Betrag angehoben, den dieser Tarif (Tarifbezeichnung siehe Kopfzeile auf der ersten Seite) unter Berücksichtigung zwischenzeitiger Anpassungen nach § 178f Abs 2 VersVG für Versicherte vorsieht, die mit diesem Alter in die Versicherung eintreten. Von einer solchen Prämienanhebung werden wir den Versicherungsnehmer (in der Gruppenversicherung den Hauptversicherten) mindestens einen Monat vor Wirksamkeit der Anhebung unter Bekanntgabe der angehobenen Prämie verständigen und ihm die Möglichkeit einräumen, den Versicherungsvertrag hinsichtlich der von der Prämienanhebung betroffenen Person vom Zeitpunkt des Erhalts der Verständigung binnen vier Wochen zu kündigen, ohne dass die Prämienanhebung wirksam wird. In der Gruppenversicherung können wir mit dem Versicherungsnehmer (Gruppenvertragspartner) ein anderes für die Prämienanhebung maßgebliches Lebensalter vereinbaren, wobei dieses Lebensalter aber nicht über 20 Jahren liegen darf.

4. Erklärungen der Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes gemäß Punkt 1 erfolgen vier Mal jährlich zu folgenden Stichtagen: 1. Februar, 1. März, 1. Mai und 1. August. Die Anpassung in der Gruppenversicherung kann durch Vereinbarung mit dem Versicherungsnehmer von den oben genannten Zeitpunkten abweichen.

5. Veröffentlicht die Statistik Austria den in Punkt 1.1 vereinbarten Index nicht mehr, so tritt an seine Stelle jener Index, den die Statistik Austria als seinen Nachfolgeindex bezeichnet; in Ermangelung eines solchen Nachfolgeindex jener von der Statistik Austria oder ihrer Nachfolgeorganisation veröffentlichte Index, der dem Index laut Punkt 1.1 am nächsten kommt.

6. Die Anpassung der Prämien kann dazu führen, dass diese während der Vertragslaufzeit erheblich ansteigen.

C. Sonstige Hinweise

SOS-Karte

Bei stationären, bei teilstationären bzw. tagesklinischen Behandlungen sowie bei Krankenrücktransporten und Überführung eines Verstorbenen nehmen Sie bitte mit dem SOSservice von UNIQA unter der auf der SOS-Karte angeführten Telefonnummer Kontakt auf.

EUROPALISTE

Albanien	Irland	Niederlande	Serbien
Andorra	Island	Nordmazedonien	Slowakei
Belgien	Italien	Norwegen	Slowenien
Bosnien-Herzegowina	Kosovo	Österreich	Spanien
Bulgarien	Kroatien	Polen	Tschechien
Dänemark	Lettland	Portugal	Türkei
Deutschland	Liechtenstein	Rumänien	Ukraine
Estland	Litauen	Russland	Ungarn
Finnland	Luxemburg	San Marino	Weißrussland
Frankreich	Malta	Schweden	Zypern
Griechenland	Moldawien		
Großbritannien und Nordirland	Monaco		
	Montenegro		

* In der Schweiz besteht Versicherungsschutz ausschließlich für die Erstversorgung nach einem Unfall in dem, dem Unfallort nächstgelegenen, geeigneten Krankenhaus.

Prämienanpassung eines vergleichbaren Tarifes QEXPY 3 2022 während der letzten 5 Jahre:

Jahr	Erhöhung in %
2021	2,92
2020	3,39
2019	3,86
2018	3,19
2017	3,09

Die in der Vergangenheit erfolgten Prämienanpassungen lassen keine Rückschlüsse auf die künftige Entwicklung der Prämienhöhe zu.

Insurance coverage for stays abroad**Europe without Switzerland***

with stable value

Tariff conditions for the tariff QEXPYC 3 2022/B

Expatriates Gold

The following benefits are available up to a maximum amount of EUR 3.063.000,00 per calendar year.

I. In-hospital treatment (Items 5.8. to 5.14. of the General Conditions of Insurance); Item A. Supplementary Insurance Conditions)

The insurance coverage includes services for medically-indicated in-patient hospital stays in the general fee category of a general public hospital in Europe (see Europe List) - except Switzerland - due to illness, accident or child delivery to the following extent:

1. FULL GUARANTEE OF COST COVERAGE

1.1. In case of in-patient hospital stays in the general fee category of a general public hospital in Europe (see Europe List) - except Switzerland, the costs are paid fully and directly, insofar as UNIQA SOSservice (see SOS card) is contacted before the in-patient admittance and it handles the insurance case.

1.2. If UNIQA SOSservice (see SOS card) is not called upon the costs of an in-patient hospital stays in the general fee category of a general public hospital in Europe (see Europe List) - except Switzerland - are reimbursed upon presentation of the settled original invoice less a 20% excess. The excess amounts to a maximum of EUR 4.590,00 per hospital stay.

The excess will not be deducted if the urgency of the in-patient treatment does not allow the prior establishment of contact with UNIQA SOSservice and its handling of the insurance case.

2. ACCOMPANYING PERSON

For hospital stays of children up to age 18 insured according to this tariff, the costs for an accompanying person

- are paid in full if the stay is reimbursed according to Item 1.1
- if the stay is as listed in Item 1.2, the costs will be reimbursed upon presentation of the settled original invoices less a 20% excess. The excess amounts to a maximum of EUR 459,00 per hospital stay.

The excess is omitted if no excess is applicable for the in-patient stay of the insured child.

3. PER DIEM HOSPITAL ALLOWANCE, CHILD DELIVERY FLAT FEE

If no costs arise for the insurer for an in-patient hospital stay, a daily hospital allowance

of EUR 184,00 will be paid, in the case of child delivery a child delivery flat fee

of EUR 1.840,00 will be paid.

II. Day hospital or day clinic area (supplementary to Item 5.8 and in amendment to Item 5.10. of the General Conditions of Insurance); Item A. Supplementary Insurance Conditions)

1. If a medically-indicated treatment in Europe (see Europe List) - except Switzerland - requires a hospital stay of less than 24 hours and an overnight stay is not

medically necessary, insofar as UNIQA SOSservice (see SOS card) is contacted and it handles the insurance case, the costs will be paid in full. In cases in which direct settlement is not possible, the costs will be reimbursed upon presentation of the settled original invoice.

2. If UNIQA SOSservice (see SOS card) is not called upon, the costs of the day hospital or day clinic treatment in Europe (see Europe List) - except Switzerland - will be reimbursed upon presentation of the settled original invoice less a 20% excess. The excess amounts to a maximum of EUR 4.590,00 per treatment.

The excess will not be deducted if the urgency of the in-patient treatment does not allow the prior establishment of contact with UNIQA SOSservice and its handling of the insurance case.

III. Patient transport (supplementary to Item 5.12. of the General Conditions of Insurance); Item A. Supplementary Insurance Conditions)

1. Cost reimbursement for medically-indicated transports in Europe (see Europe List) - except Switzerland - for a treatment according to Item I or Item II amounts to a maximum of EUR 2.300,00 per calendar year.

2. Insofar as for medical reasons a medically-indicated transport is only possible via helicopter, the annual maximum amount listed under Item I increases to EUR 4.590,00.

IV. Out-patient treatment (Items 5.2 to 5.7 and 5.13 to 5.15 General Conditions of Insurance); Item A. Supplementary Insurance Conditions)

The insurance coverage includes services for medically-indicated out-patient treatments in Europe (see Europe List) - except Switzerland - due to illness, accident or pregnancy to the following extent:

1. The full costs will be reimbursed for:

- a) Out-patient medical treatment (including complementary medicine)
- b) Medically-indicated medicines (including homeopathic remedies)
- c) Medically-indicated auxiliaries (treatment aids)
- d) Medically-indicated physiotherapeutic treatment (treatment aids), ergotherapy, logopedics
- e) Medically-indicated psychotherapeutic treatment provided by persons who are authorised to practice psychotherapy independently

up to a total of EUR 7.660,00 per calendar year.

In case of life threatening disease (oncological illness, immune - or autoimmune disease respectively dysfunction of blood coagulation) and after reaching the above mentioned maximum rate for outpatient reimbursement, the costs are paid fully for medically indicated drugs and blood substitute.

Up to this maximum rate expenses will be reimbursed for -Visual aids (glasses and contact lenses) per two calendar years up to EUR 459,00.

If the annual maximum amount listed under item IV.1. has been exhausted, 80% of the costs for

- a) out-patient medical treatments (item IV.1.a)
- per medical consultation up to EUR 53,90
 - per specialised medical consultation up to EUR 86,20
 - per medical housecall up to EUR 86,20

b) out-patient medical special services (e.g.: injections, infusions, EKG)

- per medical consultation up to EUR 107,80
- per specialised medical consultation up to EUR 172,40
- per medical housecall up to EUR 172,40

2. For medically-indicated dialysis,

- in contracting facilities, the full costs
- in all other cases, per treatment up to EUR 459,00 will be paid.

V. Dental treatment (Items 5.2. and 5.5. as well as 5.13. and 5.14. of the General Conditions of Insurance); Item A. Supplementary Insurance Conditions)

The insurance coverage includes benefits for dental treatment in Europe (see Europe List) - except Switzerland - to the following extent:

80% of the costs will be reimbursed per calendar year for:

- a) Preservative dental treatment
- b) Dental x-rays
- c) Tooth extraction
- d) Prosthetic care (e.g. crowns, bridges)
- e) Oral surgery
- f) Dental implantology
- g) Periodontosis
- h) Dentofacial orthopedics
- i) Prophylactic measures to help preserve and maintain teeth such as oral hygiene, removal of dental calculus, fluoridation and fissure sealing

up to a total of EUR 3.830,00 per calendar year.

Up to this maximum rate expenses will be replaced for Prosthetic care and Dentofacial orthopedics up to a total of EUR 766,00.

If this annual maximum amount is exhausted, for additional dental consultations, up to EUR 261,60 is available per calendar quarter.

VI. Child delivery at home (Item A. Supplementary Insurance Conditions)

For a child delivery at home in Europe (see Europe List) - except Switzerland, EUR 1.840,00 is reimbursed in lieu of all other benefits.

VII. Rehabilitation (in amendment to Item 5.10. of the General Conditions of Insurance); Item A. Supplementary Insurance Conditions)

The costs of a medically-indicated in-patient rehabilitation treatment in Europe (see Europe List) -

A. Supplementary Conditions

1. Waiting periods (Item 3. of the General Conditions of Insurance)

The general waiting period does not apply.

except Switzerland - related to previous insured in-hospital treatment due to a cardiac or circulatory illness, TBC illness or due to an accident will be reimbursed per day up to EUR 230,00, for a maximum of 90 days.

VIII. Cure (in amendment to Item 5.10. of the General Insurance Conditions)

For medically-indicated rehabilitation stays in Europe (see Europe List) - except Switzerland, that have been prescribed by a physician and for which the cost of the therapy and stay have been verified, a rehabilitation per diem allowance of EUR 53,60 is paid during a 2 calendar year period for a maximum of 28 days.

IX. Rescue costs (Item A. Supplementary Insurance Conditions)

Rescue costs in Europe (see Europe List) - except Switzerland - will be reimbursed per case up to EUR 2.300,00.

X. Patient repatriation and transport of a deceased person (supplementary to Item 5.12. of the General Insurance Conditions; Item A. Supplementary Insurance Conditions)

1. Patient repatriation

The insurance coverage includes services for patient repatriations in Europe (see Europe List) - except Switzerland - due to illness or accident to the following extent:

the full costs will be reimbursed for:

a) a medically-indicated patient repatriation from the European foreign country to a hospital in the dispatch or homeland or to the residence in the dispatch or homeland.

b) The transport of a person close to the person transported

The patient repatriation must be organised by UNIQA SOSservice (see SOS card), otherwise a maximum of EUR 2.910,00 shall be reimbursed.

The aforementioned benefits will not be paid if the patient repatriation is in conjunction with a planned treatment.

2. Transport of a deceased person

The full costs of standard transport of a deceased person within Europe (see Europe List) - except Switzerland - to their home will be reimbursed.

The transport must be organised by UNIQA SOSservice (see SOS card), otherwise up to EUR 1.230,00 will be reimbursed.

miscarriages that under normal circumstances would have led to childbirth after 8 months.

2. Cost coverage guarantee

The prerequisites for the cost coverage guarantee and direct settlement in the (listed) hospitals under contract are (furthermore)

- a valid mandate for direct settlement, which was granted for the specific service and
- a valid individual consent declaration for the case that further health data are required for the examination.

3. Dental and dentofacial treatments

The reimbursement of costs for dental and oral surgery treatments as well as tooth x-rays is strictly in accordance with Item V (dental treatment).

4. Out-patient treatment (Item IV)

In addition to Items 1.2. and 5.15. of the General Conditions of Insurance the insurance coverage also includes treatments provided by a physician in accordance with complementary medical findings (curative methods such as homeopathy, acupuncture, chiropractics), including homeopathic remedies prescribed by a physician.

5. Rehabilitation (Item VII)

Insurance coverage is provided for rehabilitation treatments in suitable, in-patient facilities recognised by the authorities.

6. Rescue costs (Item IX)

Rescue costs are the confirmed costs of searching for the insured person and their transport to the next passable road or to the hospital nearest the accident location.

They will be reimbursed if the insured person has suffered an accident or has fallen into distress in the mountains or water and must be rescued, injured or uninjured, or if they have been killed as a consequence of distress in the mountains or water and their body must be recovered. Equivalent to an accident is if the insured person has to be rescued immediately due to a health event. The benefit for rescue by helicopter is paid if the rescue could not be performed in any other way.

7. Patient repatriation (Item X)

a) The prerequisite for patient repatriation is, in addition to the ability of the insured person to be transported, that:

- there is a life-threatening disturbance of his/her state of health
- an in-patient hospital stay of more than 5 days can be expected.

b) in case of a patient repatriation, the UNIQA SOSservice must be informed. In order to be able to take the required measures, the SOSservice requires the details requested on the SOS card. Based on the details communicated, the SOSservice contacts the treating physician and decides given the criteria specified in Item a) about the execution and type of transport (depending on the situation using an ambulance, train, passenger airplane or ambulance jet). The decision is made in cooperation with the physicians treating on location; however the final decision will be made by the SOSservice physician.

8. Payment of the insurance benefit

Complementing Article 7 of the General Insurance Conditions, invoices must be presented in German, English or French.

9. Secondary liability

Any existing legal social insurance or other private insurance as well as claims based on legal provisions or agreements must be claimed preferentially. If UNIQA has paid benefits, then equivalent claims of the insured party against third parties are transferred to them.

10. End of work abroad, return to the permanent place of residence, relocation abroad

The insurance coverage (tariff) is based on a secondment abroad or temporary work abroad. An adjustment to the insurance is required in the following cases:

- end of the secondment abroad or temporary work abroad
- a return to the permanent place of residence (home country)
- a relocation of the permanent place of residence abroad

The insurer must be notified immediately if one of these events occurs in order to ensure that appropriate insurance coverage is still maintained. The insurer will then make an adjustment to the tariffs in line with the new circumstances.

11. Transfer from child to adult premiums

If an insured child has reached 18 years of age, we are entitled to increase the flat-rate premium to the amount provided for in the relevant tariff for insured persons who enter the insurance at this age (see Point B 3. Changes to flat-rate premium or insurance coverage).

B. Changes to flat-rate premium or insurance coverage

1. We are entitled to unilaterally change the flat-rate premium or the insurance coverage after the closing of a contract. Decisive circumstances for changes in the flat-rate premium or insurance coverage are changes in the following factors:

1.1. the consumer price index published by the "Federal Statistical Office of Austria" (Statistics Austria) (VPI) 2015,

1.2. the average life expectancy,

1.3. the frequency of claiming benefits and their costliness according to the type of contract and its complexity, applied to the persons insured under this tariff,

1.4. the ratio between the benefits agreed under this contract and the equivalent reimbursement of costs of legally-stipulated social insurance,

1.5. the charges determined by law, regulation, other public act or by contract between the insurer and the healthcare institutions stipulated in the insurance contract for the use of these institutions and

1.6. the healthcare and the legal conditions that apply.

1.7. for group insurance in addition to the circumstances mentioned in 1.1 to 1.6: also a change in the circumstances mentioned in 1.2 and 1.3 merely among the insured persons belonging to this group, also as a result of a change in the average age of the group.

2. The declaration of a change in flat-rate premium or insurance coverage according to Point 1 shall only take effect from the first day of the month following its issue. If we increase the flat-rate premium in accordance with Point 1, we will offer the policy holder (in the case of group insurance, the main person insured), at their request, the opportunity to continue the contract with at least the same flat-rate premium and appropriately amended benefits.

3. If an insured child has reached 18 years of age, the flat-rate premium will be increased from the first day of the month following their 18th birthday to the amount

provided for in the relevant tariff (for tariff designation, see header on the first page) for insured persons who enter the insurance at this age, considering interim premium changes in accordance with § 178f para 2 of the Austrian Insurance Contract Act (VersVG). We will notify the policy holder (in the case of group insurance, the main person insured) of such a premium increase at least one month prior to when the increase takes effect, stating the increased premium and giving them the option of cancelling the existing insurance of the person affected by the premium increase within four weeks of receiving the notification, without the premium increase taking effect. For group insurance, we can agree with the policy holder (group contract partner) a different age that is decisive for the premium increase, but this age must not exceed 20 years of age.

4. Declarations of changes in flat-rate premium or insurance coverage according to Point 1 shall be made four times each year on the following reference dates: 1st February, 1st March, 1st May and 1st August. The adjustment to group insurance may deviate from the above-mentioned dates by agreement with the policy holder.

5. If Statistics Austria no longer publishes the index agreed in Point 1.1, it shall be replaced by the index which Statistics Austria designates as its successor index; in the absence of such a successor index, it shall be replaced by

the index published by Statistics Austria or its successor organisation which comes closest to the index according to Point 1.1.

6. Adjusting flat-rate premiums can lead to them increasing significantly during the contract period.

C. Miscellaneous

SOS card

For in-patient, day hospital or clinic treatments as well as for patient repatriations and the transport of a deceased person, please make contact with UNIQA SOSservice at the telephone number on the SOS card.

EUROPE LIST

Albania	Finland	Luxemburg	San Marino
Andorra	France	Malta	Serbia
Austria	Germany	Moldova	Slovakia
Belarus	Greece	Monaco	Slovenia
Belgium	Hungary	Montenegro	Spain
Bosnia-Herzegovina	Iceland	Netherlands	Sweden
Bulgaria	Ireland	Northern Macedonia	Turkey
Croatia	Italy	Norway	Portugal
Cyprus	Kosovo	Poland	Ukraine
Czech Republic	Latvia	Romania	United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland
Denmark	Liechtenstein	Russia	
Estonia	Lithuania		

* Insurance coverage in Switzerland only applies to primary care after an accident, in a suitable hospital located closest to the site of the accident.

Adjustment of premium of a comparable tariff QEXPY 3 2022 over a period of the last 5 years:

Year	Increase per %
2021	2,92
2020	3,39
2019	3,86
2018	3,19
2017	3,09

The adjustments of premium in the past do not allow any conclusion for the future progression of the premium level.