

Vertragsgrundlage 081
Tarif Komfort Start-U (Komfort ST-U)
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)
für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung

Teil III: Krankheitskostentarif für stationäre Wahlleistungen (Ein- oder Zweibettzimmer und wahlärztliche Leistungen) für gesetzlich Krankenversicherte

<p>A. Versicherungsfähigkeit</p>	<p>Versicherungsfähig sind Personen, die bei einer gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland (GKV) versichert sind. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, das Bestehen einer gesetzlichen Krankenversicherung nachzuweisen und ihren Fortfall dem Versicherer unverzüglich zu melden. Mit Ende der Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung endet die Versicherung im Tarif Komfort Start-U.</p>
<p>B. Leistungen des Versicherers</p> <p>(1) Stationäre Heilbehandlung</p>	<p>Die folgenden Leistungen sind nur erstattungsfähig, wenn die gesetzliche Krankenversicherung die Kosten für die allgemeine Krankenhausleistung übernimmt.</p> <p>100% der verbleibenden erstattungsfähigen Kosten nach Vorleistung einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung einschließlich Aufnahme- und Abschlussuntersuchungen wegen Krankheit, Unfallfolgen, Schwangerschaft und Entbindung in einem Krankenhaus in Deutschland, das nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) abrechnet (ergänzend zu § 4 Abs. 4 MB/KK 2009). Wünschen Sie eine Behandlung in einem anderen Krankenhaus, besteht ein Anspruch auf Erstattung nur, wenn und soweit wir dies vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt haben. Bei einer notfallmäßigen Einweisung ist eine schriftliche Zusage nicht erforderlich. Erstattungsfähig sind die Kosten für:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gesondert berechenbare Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer, sowie vom Krankenhaus gesondert berechenbare Zuschläge für Komfortleistungen (z.B. Verpflegung, Bereitstellung eines Telefons und/ oder eines Fernsehers), die der Höhe nach und im Umfang der gemeinsamen Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung entsprechen. - privatärztliche Heilbehandlung - in Erweiterung der Nr. 18 TB 2012 "Gebührenordnungen" werden die Kosten für vom liquidationsberechtigtem Arzt persönlich erbrachte Leistungen im tariflichen Rahmen auch ohne vorherige Zusage bis zum 5-fachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte erstattet, wenn eine rechtsgültige, individuelle "abweichende Vereinbarung" gemäß § 2 der Gebührenordnung für Ärzte getroffen wurde. - Mehrkosten, die gegebenenfalls nach § 39 Absatz 2 SGB V anfallen, weil die versicherte Person ein anderes als in der Einweisung genanntes Krankenhaus wählt, - Belegärzte <p>100% der verbleibenden erstattungsfähigen Kosten nach Vorleistung einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung für eine ambulante Operation in einem Krankenhaus in Deutschland, das nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) abrechnet (ergänzend zu § 4 Abs. 4 MB/KK 2009), die im gemäß § 115b SGB V erstellten Katalog unter Kategorie 2 aufgeführt sind. Erstattungsfähig sind die Kosten für:</p> <ul style="list-style-type: none"> - privatärztliche Heilbehandlung- in Erweiterung der Nr. 18 TB 2012 "Gebührenordnungen" werden die Kosten für vom liquidationsberechtigtem Arzt persönlich erbrachte Leistungen im tariflichen Rahmen auch ohne vorherige Zusage bis zum 5-fachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte erstattet, wenn eine rechtsgültige, individuelle "abweichende Vereinbarung" gemäß § 2 der Gebührenordnung für Ärzte getroffen wurde. - Belegärzte - sowie je eine im Zusammenhang mit der ambulanten Operation stehende Vor- und Nachuntersuchung im Krankenhaus. <p>100% der verbleibenden erstattungsfähigen Kosten nach Vorleistung einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung für einen medizinisch notwendigen Transport zum oder vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.</p>
<p>(2) Zusatzleistungen für eine Begleitperson bei stationärer Behandlung von Kindern</p>	<p>Aus der Versicherung eines Kindes werden Kosten erstattet, die durch die Unterkunft für eine Begleitperson entstehen. Voraussetzungen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Das Kind hat das 5. Lebensjahr noch nicht vollendet. 2. Die Kosten der Unterkunft der Begleitperson sind nicht mit den allgemeinen Krankenhausleistungen gemäß des Krankenhausentgeltgesetzes bzw. der Bundespflegesatzverordnung abgegolten. <p>Die Kosten werden für längstens 5 Tage gezahlt und werden je Tag bis zum zweifachen Satz der Wahlleistung für ein Zweibettzimmer des aufgesuchten Krankenhauses erstattet.</p>

<p>(3) Ersatzleistung Krankenhaustagegeld</p>	<p>1. Die Ersatzleistung beträgt pro Tag bei Verzicht auf die Wahlleistung Unterbringung 40,- Euro. 2. Die Ersatzleistung beträgt pro Tag bei Verzicht auf die privatärztliche Behandlung 20,- Euro. Für Kinder/Jugendliche reduziert sich die Ersatzleistung auf 50 % der genannten Beträge. Die Reduzierung entfällt, zum 01.01.des Jahres in dem die versicherte Person das 20. Lebensjahr vollendet.</p>
<p>(4) Beitragsfreiheit für neugeborene Kinder</p>	<p>Für neugeborene Kinder besteht während der ersten 4 Monate nach der Geburt beitragsfreier Versicherungsschutz, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind: - es besteht für ein Elternteil eine Versicherung nach dem Tarif Komfort Start-U - die Anmeldung des Kindes zur Versicherung im Tarif Komfort Start-U spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend erfolgt. Die beitragsfreie Versicherung des Neugeborenen ist ausgeschlossen, wenn zum Zeitpunkt der Beantragung der Krankenversicherung nach Tarif Komfort Start-U die Schwangerschaft bereits ärztlich festgestellt oder das Kind bereits geboren wurde.</p>
<p>C. Leistungsbegrenzungen / Leistungsausschlüsse</p>	<p>1. Die im Tarif genannten Prozentsätze beziehen sich stets auf den erstattungsfähigen Rechnungsbetrag. 2. Die folgenden Leistungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB) sind in Ihrer Zusatzversicherung nicht eingeschlossen: - Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland (Nr. 5 TB 2012, Nr. 6 TB 2012, Nr. 20 TB 2012, Nr. 39 Abs. 2 und 3 TB 2012)</p>
<p>D. Wartezeiten</p>	<p>Für Entbindung gilt eine Wartezeit von 8 Monaten.</p>
<p>E. Umstellung in den Tarif Komfort-U</p>	<p>Der für eine versicherte Person bestehende Tarif Komfort Start-U (ohne Alterungsrückstellung) wird zum 01.04. des Jahres, welches auf den Ablauf des 10. Versicherungsjahres folgt, in den leistungsgleichen Tarif Komfort-U (mit Alterungsrückstellung) umgestellt, frühestens jedoch nach Vollendung des 20. Lebensjahres der versicherten Person. Der Versicherungsnehmer hat das Recht statt der Umstellung die Fortführung der Versicherung im Komfort Start-U innerhalb von einem Monat nach Zugang der entsprechenden Mitteilung zu verlangen. Der Versicherer behält sich bei einem solchen Verlangen das Erstellen von Umstellungsangeboten zu einem späteren Zeitpunkt vor. Das Recht des Versicherungsnehmers auf Wechsel des Tarifes nach § 204 VVG bleibt hiervon unberührt.</p>
<p>F. Beitragsberechnung</p>	<p>1. Der Tarif bildet keine Alterungsrückstellungen. 2. In Abweichung von § 8a Abs. 2 Satz 2 MB/KK 2009 wird bei Änderung der Beiträge keine Alterungsrückstellung angerechnet. 3. In Abweichung von Nr. 47 TB 2012 richten sich die Beiträge nach dem Alter der Person und ergeben sich aus den jeweils gültigen Beitragstabellen. Als Alter der Person gilt der Unterschied zwischen dem jeweils aktuellen Jahr und dem Geburtsjahr. Zum 01.01. des Jahres, in dem die versicherte Person das 15., 20., 31., 41. und 51. Lebensjahr vollendet, ist jeweils der dem Alter entsprechende Beitrag zu zahlen. Dies gilt darüber hinaus auch für den 01.01. der Jahre, in denen die versicherte Person jeweils weitere fünf Lebensjahre vollendet.</p>

Gültig in Verbindung mit AVB, Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der AXA Krankenversicherung AG (TB 2012)

Gültig ab 12/2014

Wichtige Information zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif Komfort Start-U oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden.

Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?

- ambulante Heilbehandlungen (Ausnahme: je eine ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung im Rahmen einer stationären Behandlung als Privatpatient sowie ambulante Operationen nach Kategorie 2 des Kataloges nach § 115 b SGB V)
- Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen
- stationäre Vorsorgeuntersuchung (z.B. „großer Check-up“)
- Hospizversorgung
- Der gesetzliche Eigenanteil ist nicht Gegenstand des versicherten Tarifes.

Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

Als Inhaber unserer Card für Privatversicherte können Sie bei der Aufnahme ins Krankenhaus alle Formalitäten schnell und bequem erledigen. Es sind keine Vorauszahlungen für den Ein- oder Zweibettzimmer- Zuschlag zu leisten.

Die Rechnung des Krankenhauses über den Unterbringungszuschlag wird dann unmittelbar an uns geschickt. Der Arzt richtet seine Liquidation an Ihre Anschrift. Reichen Sie uns diese Rechnung dann bitte im Original ein.

Vertragsgrundlage 077
Tarif MED (EG080-U)
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die
Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung

Teil III: Krankheitskostentarif für ambulante Leistungen für gesetzlich Krankenversicherte und Heilfürsorgeberechtigte

<p>A. Versicherungsfähigkeit</p>	<p>Der Tarif kann nur abgeschlossen und weitergeführt werden, wenn und solange eine Vorleistungsversicherung besteht. Als Vorleistungsversicherung gilt die Versicherung bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder der Anspruch auf Heilfürsorge. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, das Bestehen der Vorleistungsversicherung nachzuweisen und ihren Fortfall dem Versicherer unverzüglich zu melden. Mit Wegfall der Vorleistungsversicherung endet die Versicherung nach Tarif MED (EG080-U).</p>
<p>B. Leistungen des Versicherers</p> <p>(1) Ambulante Heilbehandlung durch Heilpraktiker und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren</p> <p>(2) Arznei- und Verbandmittel</p> <p>(3) Gesamtleistung für (1) und (2)</p> <p>(4) Sehhilfen</p>	<p>80% der erstattungsfähigen Kosten für die Behandlung durch Heilpraktiker inklusive der Therapieformen aus dem Hufeland-Leistungsverzeichnis im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) - einschließlich verordneter Arznei- und Verbandmittel.</p> <p>80% der erstattungsfähigen Kosten für die Behandlung durch Ärzte mit der Zusatzbezeichnung "Naturheilverfahren" im Rahmen der Therapieformen aus dem Hufeland-Leistungsverzeichnis - einschließlich verordneter Arznei- und Verbandmittel.</p> <p>80% der gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen für Arznei- und Verbandmittel, wenn die GKV / Heilfürsorge einen Teil der Kosten übernimmt.</p> <p>80% der erstattungsfähigen Kosten für ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel, wenn die GKV / Heilfürsorge keine Kosten übernimmt.</p> <p>Die Gesamtleistung nach B1 und B2 ist auf 500,- Euro pro Versicherungsjahr begrenzt.</p> <p>80% für Brillen und Kontaktlinsen (nicht Reinigungs- und Aufbewahrungsmittel) höchstens jedoch 130,- Euro innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren.</p>
<p>C. Leistungsausschlüsse/ Leistungsbegrenzungen</p>	<p>Die Gesamtleistung aus Vorleistungsversicherung und Tarif ist beschränkt auf 100 % des Rechnungsbetrages.</p> <p>Die folgenden ambulanten Leistungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB) sind in Ihrer Zusatzversicherung nicht eingeschlossen: Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch, Sozialpädiatrie und Frühförderung, Häusliche Krankenpflege, Spezialisierte ambulante Palliativversorgung, Soziotherapie, Haushaltshilfe, künstliche Befruchtung, ambulante Anschlussheilbehandlung.</p> <p>Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland gelten die folgenden Tarifbedingungen nicht: Nr. 5 TB 2012, Nr. 6 TB 2012, Nr. 20 TB 2012, Nr. 39 Abs. 3 TB2012.</p>
<p>D. Heilbehandlung bei Reisen ins Ausland</p> <p>(1) Leistung des Versicherers bei Reisen ins Ausland</p>	<p>Abweichend von § 1 Abs. 2 a) und b) und Nr. 2 und 3 TB 2012 gilt bei Reisen ins Ausland als Versicherungsfall die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Als Versicherungsfall gilt auch der Tod.</p> <p>Als Ausland gilt nicht das Staatsgebiet, in dem die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat oder ständiger Berufsausübung nachgeht.</p> <p>Ersatz der im Ausland entstandenen Aufwendungen oder der nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung oder der Heilfürsorge verbliebenen Restkosten für unvorhersehbar eintretende Versicherungsfälle für</p> <p>I.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ärztliche Behandlung einschließlich Arzt-Wegegebühren und Taxikosten zum Arzt, wenn am Aufenthaltsort kein Arzt praktiziert; 2. Arznei- und Verbandmittel; 3. folgende Heil-/Hilfsmittel: ärztlich verordnete Bäder, Massagen, medizinische Packungen, Inhalationen, Heil-/Krankengymnastik, Bestrahlungen und andere Anwendungen elektrischen Stroms. Die medizinisch notwendigen Gehstützen und Liegeschalen in einfacher Ausfertigung. 4. Röntgen-, Strahlenbehandlung und -Diagnostik; 5. Krankenhausbehandlung; 6. Transportkosten zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus; 7. schmerzstillende Zahnbehandlung/ -füllungen in einfacher Ausführung, nicht aber Zahnersatz jeglicher Art einschließlich Inlays/Onlays oder kieferorthopädischer Leistungen.

<p>(2) Leistungsausschlüsse bei Reisen ins Ausland</p>	<p>II. Ersatz der Mehrkosten für einen Rücktransport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus am Wohnort der versicherten Person zu 100 %, sofern</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. dieser medizinisch sinnvoll sowie vertretbar ist und 2. vom Versicherer bzw. dessen Assistance organisiert wird oder vorab eine Zusage des Versicherers erfolgte. <p>Medizinisch sinnvoll ist ein Rücktransport insbesondere, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Krankenhausbehandlung im Ausland nach der Prognose des behandelnden Arztes am Aufenthaltsort die Dauer von 14 Tagen übersteigen wird oder - die Kosten der Behandlung im Ausland voraussichtlich die Kosten für den Rücktransport übersteigen. <p>Die Entscheidung darüber, ob der Rücktransport medizinisch sinnvoll und vertretbar ist, erfolgt durch einen beratenden Arzt des Versicherers bzw. dessen Assistance, der sich hierzu mit dem behandelnden Arzt am Aufenthaltsort berät. Wird der Rücktransport nicht vom Versicherer bzw. dessen Assistance organisiert, so gelten folgende Höchstbeträge: innerhalb Europas max. 5.000,- Euro; außerhalb Europas max. 10.000,- Euro.</p> <p>III. Darüber hinaus erstatten wir für: Überführung aus Europa bis 5.000,- Euro; aus dem übrigen Ausland bis 10.000,- Euro. Alle Überführungen müssen mit dem Versicherer abgestimmt werden.</p> <p>IV. Werden keine Kosten bei stationärer Krankenhausbehandlung im Ausland geltend gemacht, wird anstelle des Kostenersatzes ein Krankenhaustagegeld von 30,- Euro täglich gezahlt.</p> <p>V. Der Versicherungsschutz bei Reisen ins Ausland gilt jeweils für die ersten 42 Tage aller innerhalb eines Versicherungsjahres begonnenen Auslandsreisen. Er endet spätestens mit Ende der Reise. Ist die Rückreise bis zum vereinbarten Zeitpunkt aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle über den vereinbarten Zeitpunkt hinaus bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit. Widerspricht die versicherte Person nach der Wiederherstellung der Transportfähigkeit einem medizinisch vertretbaren und zumutbaren Rücktransport in das Heimatland, endet die Leistungspflicht des Versicherers an dem Tag des Widerspruchs durch die versicherte Person.</p> <p>Ergänzend zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen gelten folgende Leistungsausschlüsse:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Behandlungen im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren; - Behandlungen, von denen bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde; - Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für Hypnose und Psychotherapie; - Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Entbindung, Fehlgeburt und Schwangerschaftsabbruch sowie deren Folgen. Kostenersatz wird aber insoweit geleistet, als ärztliche Hilfe im Aufenthaltsland bei akut auftretenden Schwangerschaftskomplikationen inklusive Erstattung bei Früh-/ Fehlgeburt notwendig ist; - Behandlungen wegen Sterilität und künstlicher Befruchtung.
<p>D. Besondere Bedingungen für Personen in Berufsausbildung</p>	<p>Versicherungsfähig zu diesen Besonderen Bedingungen sind Personen, die sich nachweislich in einer Schul- oder Berufsausbildung befinden. Die Besonderen Bedingungen entfallen für die versicherte Person mit Ablauf des Monats, in dem</p> <ol style="list-style-type: none"> a) die Schul-/ Berufsausbildung endet, b) die Schul-/ Berufsausbildung aufgegeben bzw. für mehr als 6 Monate unterbrochen wird, c) das 34. Lebensjahr vollendet wird. <p>Das Versicherungsverhältnis wird ab dem Ersten des Monats, der auf den Eintritt eines unter a) bis c) genannten Ereignisse folgt, zu den normalen Bedingungen (AVB) weitergeführt.</p> <p>Der Eintritt des Ereignisses ist innerhalb von 2 Monaten durch Einreichen eines geeigneten Nachweises zu belegen. Ab diesem Zeitpunkt ist der dann geltende Beitrag für den Neuzugang zu zahlen, der dem nunmehr erreichten Eintrittsalter entspricht.</p> <p>In den Beiträgen für die Krankheitskostenversicherung unter Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen ist kein Anteil für die Bildung einer Alterungsrückstellung vorgesehen. Für die Dauer der Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen wird der für die versicherte Person bestehende Tarif durch ein angehängtes "A" gekennzeichnet.</p>

Gültig in Verbindung mit AVB, Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der AXA Krankenversicherung AG (TB 2012)

Gültig ab 09/2016

**Wichtige Information zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif MED (EG080-U)
oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden.**

Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

Rücktransport aus dem Ausland:

Bitte setzen Sie sich vor einem medizinisch notwendigen Rücktransport mit dem Versicherer in Verbindung. Ohne eine Organisation des Rücktransportes durch den Versicherer sind die Kosten begrenzt:

- innerhalb Europas nur bis 5.000,- Euro
- darüber hinausgehend nur bis 10.000,- Euro

Telefon-Nummer: + 49 221 148-36515