

**Vertragsgrundlage 035
 Tarif VZ600-U
 Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die
 Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung**

Teil III: Krankheitskostentarif für ambulante und stationäre Heilbehandlung mit Selbstbehalt für Zahnärzte und deren Familienangehörige

<p>A. Versicherungsfähigkeit/Wegfall</p>	<p>Versicherungsfähig in diesem Tarif sind Zahnärzte sowie deren Familienangehörige. Familienangehörige sind Ehe- bzw. Lebenspartner und Kinder, solange sie mit dem Zahnarzt in häuslicher Gemeinschaft leben; Kinder darüber hinaus, solange sie von ihm wirtschaftlich abhängig sind.</p> <p>Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person unverzüglich zu melden. In diesem Fall erfolgt die Umstellung in einen bestehenden Tarif mit gleichem oder ähnlichem Leistungsinhalt ohne erneute Gesundheitsprüfung zum ersten des Folgemonats, in dem die Versicherungsfähigkeit entfällt.</p> <p>Ebenfalls versicherungsfähig sind Studenten der Zahnmedizin, solange sie die Voraussetzungen von Abschnitt I erfüllen.</p> <p>Erlangt der Versicherer von dem Wegfall der Versicherungsfähigkeit erst später Kenntnis, erfolgt die Umstellung rückwirkend zum Ende des Monats, in dem die Versicherungsfähigkeit entfällt. Eventuelle Beitrags- und Leistungsunterschiede zwischen dem neuen Tarif und dem bisherigen Tarif sind gegenseitig auszugleichen.</p>
<p>B. Leistungen des Versicherers (1) Ambulante Heilbehandlung</p>	<p>100% für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung - außer Psychotherapie - einschließlich Arznei- und Verbandmittel.</p> <p>100% für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlichen Programmen ohne Beschränkung auf Altersgrenzen sowie für Schutzimpfungen.</p> <p>100% für ambulante Heilbehandlung durch Heilpraktiker - außer Psychotherapie - einschließlich verordneter Arzneimittel bis zu einer Gesamtleistung von 2.000,- Euro pro Versicherungsjahr.</p> <p>Ambulante Psychotherapie wird je Versicherungsfall zu</p> <p>100% für die 1. bis zur 30. Sitzung 80% ab der 31. Sitzung erstattet.</p> <p>100% für Behandlungen wegen unerfüllten Wunsches nach eigenen Kindern (künstliche Befruchtung).</p> <p>100% für Hilfsmittel gemäß Nr. 22 Abs. 3 TB 2012 - außer Sehhilfen -, sofern der Versicherte den Versicherer mit deren Beschaffung beauftragt. Dabei kann ein Hilfsmittel unter Beachtung des individuellen, medizinisch notwendigen Bedarfs und der Wirtschaftlichkeit entweder über den Versicherer bezogen oder auch leihweise von ihm zur Verfügung gestellt werden. Kann ein Hilfsmittel weder vom Versicherer beschafft noch über ihn bezogen werden, erstattet der Versicherer die adäquaten Aufwendungen.</p> <p>Beauftragt der Versicherte den Versicherer nicht mit der Beschaffung und beschafft sich ein Hilfsmittel gemäß Nr. 22 Abs. 3 TB 2012 - außer Sehhilfen - anderweitig, so ist der Versicherer berechtigt, die Erstattung auf</p> <p>75% der erstattungsfähigen Aufwendungen zu kürzen.</p> <p>Der Versicherer macht von seiner Kürzungsbefugnis auf 75% der erstattungsfähigen Aufwendungen keinen Gebrauch bei</p> <ul style="list-style-type: none"> - orthopädischen Schuhzurichtungen/Schuheinlagen sowie Bandagen; - Hilfsmitteln mit summenmäßiger Begrenzung gemäß Nr. 22 Abs. 3 TB 2012; - Hilfsmitteln, die im Rahmen einer unfallbedingten Behandlung aus medizinischen Gründen unmittelbar nach dem Unfall bezogen werden mussten. Die Unmittelbarkeit wird vom Versicherer immer dann anerkannt, falls der Zeitraum zwischen dem Unfall und der Versorgung mit dem Hilfsmittel 2 Tage nicht übersteigt. <p>100% Für Sehhilfen (Brillengläser einschließlich Brillengestelle oder Kontaktlinsen) erstattet der Versicherer innerhalb von 2 Kalenderjahren oder bei dauerhafter Änderung der Sehschärfe seit dem Bezug der letzten Sehhilfe, ausschließlich wie folgt:</p> <p>a) Bei Versorgung einer Fehlsichtigkeit mit Einstärkengläsern oder Einstärkenlinsen bis einschließlich 6 Dioptrien werden die Aufwendungen für Sehhilfen bis zu einem Gesamterstattungsbetrag von 300 Euro, bei stärkerer Fehlsichtigkeit bis 600 Euro ersetzt.</p> <p>b) Bei Verwendung von Mehrstärkengläsern oder Mehrstärkenlinsen werden die Aufwendungen bei einer Fehlsichtigkeit bis einschließlich 6 Dioptrien bis zu einem Gesamterstattungsbetrag von 700 Euro, bei stärkerer Fehlsichtigkeit bis 1.000 Euro ersetzt.</p> <p>100% für operative Sehschärfenkorrektur (z.B. Lasik, Lasek, Linsenimplantate) bei medizinischer Notwendigkeit.</p> <p>100% für Heilmittel gemäß den in der Heilmittelliste genannten Leistungsinhalten und Höchstätzen.</p> <p>100% für Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik sowie Geburtsvorbereitungskurse durch Hebammen.</p>



	<p>100% für Sozialpädiatrie und Frühförderung. 100% für spezialisierte ambulante Palliativversorgung. 100% für Soziotherapie. 100% für Haushaltshilfe nach vorheriger Zusage. 100% für häusliche Krankenpflege (Bitte setzen Sie sich vor Inanspruchnahme der Leistung mit uns in Verbindung). 100% der Transportkosten zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung/Therapieeinrichtung bei ärztlich bestätigter Geh- oder Sehfähigkeit sowie bei Unfall/Notfall, wenn für die Erstversorgung eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist. 75% für Serienfahrten bei Strahlentherapie/Chemotherapie oder Nierendialyse zu und von der nächstgelegenen geeigneten Therapieeinrichtung. 100% bei Organisation durch den Versicherer.</p> <p>Digitale Gesundheitsanwendungen: Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen. Die digitalen Gesundheitsanwendungen werden denjenigen der oben genannten Leistungen zugerechnet (z. B. ambulante Heilbehandlung, ambulante Psychotherapie, Heilmittel), für die sie verordnet wurden. Umfang und Höhe der Erstattung erfolgt nach Maßgabe der für die jeweilige Leistung geltenden tariflichen Regelungen. Betragsmäßige Höchstsätze der Heilmittelpreisliste gelten für digitale Gesundheitsanwendungen nicht.</p> <p>Serviceleistungen ambulante Behandlung Hilfsmittel, Medikamente und Vorsorgeuntersuchungen: Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an. Wir informieren Sie, insbesondere auch bei Notwendigkeit psychotherapeutischer Behandlung, über Behandlungsmethoden, nennen Ihnen Leistungserbringer im Gesundheitswesen und sind bei der Terminvereinbarung behilflich. Bei den Hilfsmitteln, die wir aufgrund Ihres Auftrages zur Verfügung stellen, organisieren wir darüber hinaus Ihre Versorgung. Wir stehen Ihnen bei Fragen zu Vorsorgeuntersuchungen jederzeit zur Verfügung. Benötigen Sie aufgrund einer chronischen Erkrankung über einen langen Zeitraum Medikamente, erhalten Sie Informationen über die Möglichkeiten einer optimalen wirksamen Medikation.</p>
(2) Stationäre Heilbehandlung	<p>100% einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung im Krankenhaus wegen Krankheit, Unfallfolgen, Schwangerschaft und Entbindung.</p> <p>Erstattungsfähig sind die Kosten für:</p> <ul style="list-style-type: none"> - allgemeine Krankenhausleistungen gemäß Krankenhausentgeltgesetz bzw. Bundespflegesatzverordnung einschließlich Belegärzte - privatärztliche Heilbehandlung und Hebammenleistungen - gesondert berechenbare Unterbringung im Einbettzimmer. <p>100% für einen medizinisch notwendigen Transport zum oder vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus. 100% für voll- oder teilstationäre Hospizversorgung.</p> <p>Serviceleistungen stationäre Behandlung: Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an. Wir nennen Ihnen geeignete Krankenhäuser, informieren Sie über Behandlungsmethoden und holen für Sie eine ärztliche Zweitmeinung ein. Ist ein Rücktransport aus dem Ausland notwendig, organisieren wir diesen.</p>
(3) Ersatzleistungen/Eigenanteile	<p>Anstatt der Aufwendungen für Krankenhausleistungen werden gegen Vorlage eines Geburtsnachweises 500,- Euro bei häuslicher Entbindung eines Kindes gezahlt, bei Mehrlingsgeburten das entsprechend Vielfache (Entbindungspauschale).</p> <p>Bei Verzicht oder Teilverzicht auf versicherte stationäre Leistungen gilt folgendes: Ersatzleistung pro Tag bei Verzicht auf</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wahlleistungen (Ein- und Zweibettzimmer) 30,- Euro
(4) Zusatzleistungen für eine Begleitperson bei stationärer Behandlung von Kindern	<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>
(5) Rücktransport und Überführung aus dem Ausland	<p>Bei einem Auslandsaufenthalt werden auch die Kosten für einen aus medizinischen Gründen erforderlichen Rücktransport, soweit sie Reismehrkosten sind, erstattet, wenn am Ort der Erkrankung im Ausland bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet ist.</p> <p>Unter Beachtung der medizinischen Gegebenheiten ist die jeweils kostengünstigste Transportart zu wählen. Anderenfalls ist der Versicherer berechtigt, die Erstattung der Kosten entsprechend zu kürzen. Sofern der Versicherer bei vorheriger Benachrichtigung den Rücktransport selbst organisiert oder die Kostenübernahme der entstehenden Aufwendungen für eine bestimmte Transportart schriftlich zugesagt hat, wird insoweit auf eine Kürzung der Erstattung verzichtet.</p> <p>Es sind auch Überführungskosten bis zu 5.200,- Euro in das Heimatland erstattungsfähig.</p>



<p>(6) Beitragsfreiheit während des Bezuges von Elterngeld</p>	<p>a) Während der ersten 6 Monate des Bezuges von Elterngeld besteht beitragsfreier Versicherungsschutz. Der Bezug von Elterngeld ist innerhalb von 3 Monaten nach Bezugsbeginn nachzuweisen.</p> <p>b) Darüber hinaus gewährt der Versicherer den beitragsfreien Versicherungsschutz von bis zu 6 Monaten auch in den Fällen, in denen die versicherte Person nur aufgrund einer Überschreitung der Einkommensgrenzen des § 1 Abs. 8 Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz (BEEG) keinen Anspruch auf Elterngeld hat, ein Anspruch auf Elterngeld nach den bis zum 31.03.2024 geltenden Einkommensgrenzen (250.000 Euro für Alleinerziehende und 300.000 Euro für Paare) im Übrigen aber bestanden hätte. Der beitragsfreie Versicherungsschutz muss innerhalb von 3 Monaten beim Versicherer beantragt werden, nachdem die Anspruchsvoraussetzungen für einen Elterngeldbezug nach § 1 BEEG unter Berücksichtigung der bis zum 31.03.2024 geltenden Einkommensgrenzen erstmalig vorgelegen hätten. Die Voraussetzungen für die Beitragsfreiheit sind dem Versicherer innerhalb dieser Frist durch geeignete Unterlagen nachzuweisen.</p> <p>c) Die Beitragsfreiheit gilt nur für die versicherte Person, die Elterngeld bezieht (Beitragsfreiheit nach a)) bzw. hätte beziehen können (Beitragsfreiheit nach b)) und nur, wenn für die Person keine besonderen Bedingungen für Personen in Berufsausbildung bestehen. Die Beitragsfreiheit ist ausgeschlossen, wenn bei Beantragung des Tarifes VZ600-U die Schwangerschaft nachweislich bereits festgestellt wurde oder die Entbindung bereits stattgefunden hat.</p>
<p>C. Gebührenordnung für Ärzte</p>	<p>Es gelten die jeweiligen Höchstsätze der Gebührenordnung. In Erweiterung der Nr. 18 TB 2012 "Gebührenordnungen" werden darüber hinausgehende Mehrkosten im tariflichen Rahmen auch ohne vorherige Zusage erstattet, wenn eine rechtsgültige, individuelle "abweichende Vereinbarung" gemäß § 2 der Gebührenordnung für Ärzte getroffen wurde und die Aufwendung entsprechend der Gebührenordnung abgerechnet wurde.</p>
<p>D. Selbstbehalt pro Versicherungsjahr</p>	<p>Stufe VZ600-U 600,- Euro</p> <p>Für Kinder und Jugendliche gilt bis zum 31. Dezember des Jahres, in dem diese das 19. Lebensjahr vollenden, die Hälfte der oben genannten Selbstbehalte. Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlichen Programmen und Schutzimpfungen sowie die Pauschale/Ersatzleistungen unter B. (3) unterliegen nicht dem Selbstbehalt.</p> <p>Der Versicherer behält sich vor, diesen Tarif mit Wirkung auch für bestehende Verträge mit Zustimmung des Treuhänders um zusätzliche Selbstbehaltstufen zu erweitern, die von den Versicherten gewählt werden können.</p>
<p>E. Leistungsbegrenzungen</p>	<p>Die im Tarif genannten Prozentsätze beziehen sich stets auf den erstattungsfähigen Rechnungsbetrag.</p> <p>Zahnärztliche und kieferorthopädische Behandlung sowie Zahnersatz sind nicht versichert.</p>
<p>F. Besondere Bestimmungen</p>	<p>Berechnen die Krankenhäuser nicht nach der Bundespflegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz sondern nach Pflegeklassen, so entspricht die</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pflegeklasse einem Einbettzimmer, die 2. Pflegeklasse einem Zweibettzimmer und die 3. Pflegeklasse der allgemeinen Krankenhausleistung eines Krankenhauses. <p>Bei verschiedenen Unterbringungsarten während eines Krankenhausaufenthaltes wird anteilig der Zeit der Unterbringung geleistet. Den Nachweis über die Unterbringungsart hat der Versicherungsnehmer zu führen.</p>
<p>G. Bonifikationen (1) Beitragsrückerstattung</p>	<p>Für leistungsfreie Versicherungsjahre kann der Versicherte nach Maßgabe der Allgemeinen Versicherungsbedingungen jährlich eine Beitragsrückerstattung erhalten.</p>
<p>(2) Verhaltensbonus</p>	<p>Für bestimmte vom Versicherer vorgegebene Verhaltensweisen des Versicherten, die die Qualität oder Wirtschaftlichkeit einer Heilbehandlung steigern, kann der Versicherer weitere Bonuszahlungen ausloben (Verhaltensbonus). Art, Umfang und Voraussetzungen der Bonifikationen werden den Versicherten zu Beginn jeden Versicherungsjahres mitgeteilt.</p>
<p>(3) Auszahlung</p>	<p>Die Bonifikationen werden ausgezahlt.</p>
<p>H. Umwandlungsoption (1) Umfang/Inhalt der Umwandlungsoption</p>	<p>Versicherte Personen dieses Tarifes können durch Ausübung dieser Option bei den unter Punkt (2) genannten Ereignissen ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten sowohl die Umstellung in einen bestehenden Tarif des Versicherers mit höheren als auch mit umfassenderen Leistungen verlangen, wenn in dem gewünschten Krankheitsvollkostentarif oder der beihilfekonformen Krankheitskostenvollversicherung Versicherungsfähigkeit besteht. Dies gilt nicht für Tarife, die auch Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie enthalten, wenn die Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie vor Ausübung der Option vom Versicherungsschutz nicht umfasst wurden.</p> <p>Der vom Beginn des neuen Versicherungsschutzes an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person unter Berücksichtigung erworbener Rechte aus der Alterungsrückstellung. Wurde für diesen Tarif eine Erschwerung in Form eines versicherungsmedizinischen Zuschlags, eines Leistungsausschlusses oder einer Leistungseinschränkung vereinbart, so gilt bei Wahrnehmung der Option für den neuen Versicherungsschutz folgendes: Eine Erschwerung wird nur aufgrund der Diagnosen vereinbart, die auch Ursache für die Erschwerung in diesem Tarif waren. Zwischenzeitlich neu aufgetretene Krankheiten usw. führen nicht zu weiteren Erschwerungen.</p>



<p>(2) Ereignisse für Inanspruchnahme einer Option auf eine höherwertige Krankheitskostenvollversicherung</p>	<p>Folgende Ereignisse können einen Wechsel ermöglichen: a) Einmalig bei Abschluss der Berufsausbildung bzw. -qualifikation (z. B. Hochschulstudium) der versicherten Person; b) Erlangung des Facharztstitels; c) Ernennung zum Oberarzt oder Chefarzt; d) Niederlassung; e) Einmalig bei Eheschließung der versicherten Person. In diesem Fall behalten eingetretene Versicherungsfälle den Versicherungsschutz in dem Umfang, in dem er vor Ausübung der Option bestand; f) Bei Geburt eines eigenen Kindes oder Adoption eines Kindes durch die versicherte Person allerdings erst ab dem auf die Geburt / Adoption folgenden Tag; g) Beginn der Berufsausbildung eines Kindes der versicherten Person (1x pro Kind); h) Entsendung der versicherten Person ins Ausland sofern der Auslandsaufenthalt an die berufliche Tätigkeit gebunden ist oder im Rahmen eines universitären Studienaufenthalts stattfindet; i) Versicherte Personen, die erstmalig eine Krankheitskostenvollversicherung bei AXA Krankenversicherung abschließen, können zu Beginn des 6. Versicherungsjahres einmalig eine Umstellung verlangen, sofern vor dem Umstellungszeitpunkt 5 Versicherungsjahre lang ununterbrochener Versicherungsschutz bestand. Die Umwandlungsoption nach i) gilt nicht für versicherte Personen, die nach den Bestimmungen für die Kindernachversicherung versichert wurden.</p>
<p>(3) Frist zur Wahrnehmung der Optionen</p>	<p>Der Antrag auf Wahrnehmung dieser Option hat dem Versicherer unter Beifügung eines Nachweises über den Eintritt des Ereignisses innerhalb folgender Frist zuzugehen: a) Bei einer Umstellung nach i) muss der Antrag bis zum Umstellungstermin vorliegen. Die Umstellung erfolgt zu Beginn des 6. Versicherungsjahres. b) ist der Anlass eine Geburt oder Adoption, besteht die Option bis zu drei Monaten nach der Geburt bzw. Adoption. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung. c) in allen übrigen Fällen beträgt die Frist zwei Monate ab Eintritt des Ereignisses. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung.</p>
<p>I. Besondere Bedingungen für Personen in Berufsausbildung</p>	<p>Versicherungsfähig zu diesen Besonderen Bedingungen sind Personen, die sich nachweislich in einer Schul- oder Berufsausbildung befinden sowie Studenten der Zahnmedizin. Die Besonderen Bedingungen entfallen für die versicherte Person mit Ablauf des Monats, in dem a) die Schul- oder Berufsausbildung endet, b) die Schul- oder Berufsausbildung aufgegeben bzw. für mehr als 6 Monate unterbrochen wird, c) das 39. Lebensjahr vollendet wird (bis zum 31.03.2019 galt: das 34. Lebensjahr vollendet wird). 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. 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. 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 01/2025



Wichtige Information zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif VZ600-U oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden.

Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

ambulante Behandlung

- Eine Kostenerstattung erfolgt generell auch bei noch nicht bezahlten Rechnungen.
- In der Arztrechnung müssen die Bezeichnung der Krankheit (Diagnose), die Behandlungstage und die Ziffern der Gebührenordnung, nach denen der Arzt sein Honorar berechnet, enthalten sein.
- Rezepte sollten Sie möglichst zusammen mit den Arztrechnungen einreichen und Rechnungen erst dann vorlegen, wenn der zu erwartende Leistungsbetrag höher als 100,- Euro ist.

Vor dem Bezug von Hilfsmitteln (außer Sehhilfen):

Bitte sprechen Sie mit uns!

AXA Krankenversicherung kann verordnete Hilfsmittel (z. B. Hör und Sprechhilfen, Krankenfahrstühle, etc.) in vielen Fällen beschaffen - ohne dass Sie sich weiter darum kümmern müssen. Bitte wenden Sie sich deshalb vor Bezug eines Hilfsmittels unbedingt an uns!
 Wir organisieren die Beschaffung und halten außerdem die Leistungsaufwendungen (und damit Ihre Beiträge) so gering wie möglich.

Bitte bedenken Sie, dass wir tarifgemäß unsere Erstattung auf 75% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages kürzen, falls Sie sich vor Bezug eines Hilfsmittels nicht an uns wenden.

- Heilmittel (z. B. Bäder, Massagen, Krankengymnastik) werden nur dann erstattet, wenn sie vorher ärztlich verordnet wurden. Das gleiche gilt auch für Hilfsmittel (z. B. Hör-, Seh- und Sprechhilfen).
- In folgenden Fällen sollten Sie rechtzeitig (vor Behandlungsbeginn) bei uns eine Kostenübernahmeerklärung anfordern:
 - Behandlungen nach alternativen Methoden
 - Psychotherapie

Bitte reichen Sie dazu entsprechende Unterlagen Ihres Leistungserbringers im Gesundheitswesen ein, z. B. Atteste, Behandlungspläne usw.

stationäre Behandlung

- Bei der Aufnahme im Krankenhaus regeln Sie Ihre Formalitäten schnell und bequem, indem Sie dem Krankenhaus Ihre Versicherungsnummer mitteilen und die elektronische Direktabrechnung als Abrechnungsverfahren wählen. Es sind keine Vorauszahlungen zu leisten. Das Krankenhaus übermittelt die Rechnung dann direkt an uns. Wir begleichen diese sodann im tariflichen Umfang.
- Die Kostenerstattung erfolgt auch dann, wenn die Rechnung noch nicht beglichen wurde.
- Für Krankenhäuser, die auch Kur- und Sanatoriumsbehandlungen durchführen ("Gemischte Anstalten"), benötigen Sie vor dem Behandlungsbeginn unsere schriftliche Kostenzusage. Eine vorherige Kostenzusage ist auch immer dann empfehlenswert, wenn Sie ein Krankenhaus wählen, das weit entfernt von Ihrem Wohnort oder im Ausland liegt.

Was müssen Sie beachten, wenn Sie (länger) ins Ausland reisen?

Auslandsaufenthalte im europäischen Wirtschaftsraum (EWR)

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlungen in Staaten des EWR. Derzeit gehören dem EWR alle Staaten der Europäischen Union sowie Island, Liechtenstein und Norwegen an.

Während der ersten 6 Monate eines Auslandsaufenthalts im EWR haben Sie tariflichen Versicherungsschutz.

Bei einem Auslandsaufenthalt im EWR von mehr als 6 Monaten sind die Leistungen im Ausland auf die in Deutschland üblichen Kosten begrenzt. Sie können jedoch einen erweiterten Versicherungsschutz ohne diese Leistungsbegrenzung mit uns vereinbaren, wenn Sie sich vor Ablauf des 6. Monats bei uns melden.

Vorübergehende Auslandsaufenthalte außerhalb des EWR

Bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt in Staaten außerhalb des EWR besteht in den ersten 12 Monaten Ihrer Vertragslaufzeit ein Versicherungsschutz für Reisen bis zu 6 Wochen.

Nach 12 Monaten haben Sie für vorübergehende Aufenthalte mit einer Gesamtdauer von bis zu sechs Monaten tariflichen Versicherungsschutz.

Bei Aufenthalten von mehr als sechs Monaten in Staaten außerhalb des EWR haben Sie nur dann Versicherungsschutz, wenn Sie vor Ablauf des 6. Monats einen Antrag auf Fortsetzung des Versicherungsschutzes bei uns stellen und eine entsprechende Vereinbarung treffen. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir im Rahmen einer solchen besonderen Vereinbarung für Länder mit höheren durchschnittlichen Gesundheitskosten (z. B. USA) Beitragszuschläge für die Dauer des Auslandsaufenthaltes erheben müssen.



Wichtig: In allen Fällen ist Voraussetzung, dass Sie über eine Korrespondenzanschrift in Deutschland und eine deutsche Bankverbindung verfügen. Andernfalls haben Sie keinen Versicherungsschutz.

Gezielter Auslandsaufenthalt zur Behandlung im Ausland außerhalb des EWR

Falls Sie sich in Staaten außerhalb des EWR begeben, um sich dort behandeln zu lassen oder zu entbinden, sind die Mehrkosten im Vergleich zu den Kosten, wie sie in Deutschland entstanden wären, von Ihnen selbst zu tragen. Bitte wenden Sie sich vor einer Auslandsreise zur Heilbehandlung/Entbindung deshalb unbedingt an uns, um den Umfang der Versicherungsleistung zu klären.