

Vertragsgrundlage 523
Tarif ELBonus-N
für ambulante und stationäre Heilbehandlung
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)
für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung

Teil III: Krankheitskostentarif

Tarif	ELBonus-N
A. Selbstbehalt pro Versicherungsjahr	<p>360,- Euro Für Kinder und Jugendliche beträgt der Selbstbehalt bis zum 31. Dezember des Jahres, in dem diese das 19. Lebensjahr vollenden, 180,- Euro. Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen und Schutzimpfungen gemäß A (2) sowie Ersatzleistungen unter A (5) unterliegen nicht dem Selbstbehalt.</p>
(2) Erstattung bei ambulanter Heilbehandlung	<p>Der Versicherer erstattet</p> <p style="text-align: center;">75%</p> <p>des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige Heilbehandlung - außer Psychotherapie - durch Ärzte einschließlich verordneter Arzneimittel bzw.</p> <p style="text-align: center;">100%</p> <p>des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige Heilbehandlung - außer Psychotherapie - durch Ärzte einschließlich verordneter Arzneimittel, wenn für die Behandlung ein Arzt für Allgemeinmedizin / praktischer Arzt, ein Facharzt für Gynäkologie, für Augenheilkunde (Augenarzt), für Kinder- und Jugendmedizin (Kinderarzt) oder ein Not- bzw. Bereitschaftsarzt in Anspruch genommen wird oder der Versicherte von einem der vorgenannten Ärzte zur Mit-/Weiterbehandlung an einen anderen Facharzt überwiesen wird. Die Erstbehandlung ist durch die Erstbehandlungsrechnung zu belegen.</p> <p style="text-align: center;">100%</p> <p>des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen ohne Beschränkung auf Altersgrenzen sowie für Schutzimpfungen gemäß Nr. 11 Abs. 4 TB 2009.</p> <p style="text-align: center;">75%</p> <p>für die erstattungsfähigen Aufwendungen für Heilmittel gemäß den in der Heilmittelliste genannten Leistungsinhalten und Höchstsätzen. Die Heilmittelliste ist Teil der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).</p> <p style="text-align: center;">100%</p> <p>des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen). Innerhalb von 2 aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren ist dabei die Gesamtleistung auf 100,- Euro begrenzt. Wird eine Fehlsichtigkeit operativ beseitigt oder vermindert, beteiligt sich der Versicherer an den entstehenden Kosten bis zu insgesamt 300,- Euro (für ein oder zwei Augen). In diesem Fall erbringt der Versicherer Leistungen für Sehhilfen frühestens wieder im sechsten Versicherungsjahr nach der Operation.</p> <p style="text-align: center;">100%</p> <p>für Hilfsmittel gemäß Nr. 11 Abs. 3 TB 2009 - 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. 11 Abs. 3 TB 2009 - außer Sehhilfen - anderweitig, so ist der Versicherer berechtigt, die Erstattung auf</p> <p style="text-align: center;">75%</p> <p>der erstattungsfähigen Aufwendungen zu kürzen. Der Versicherer macht von dieser Kürzungsbefugnis keinen Gebrauch bei: - orthopädischen Schuhzurichtungen/Schuheinlagen sowie Bandagen, - Hilfsmitteln mit summenmäßiger Begrenzung gemäß Nr. 11 Abs. 3 TB 2009, - 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> <p style="text-align: center;">75%</p> <p>des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für ambulante Heilbehandlung - außer Psychotherapie - durch Heilpraktiker einschließlich verordneter Arzneimittel. Die Gesamtleistung ist dabei auf 1.000,- Euro pro Versicherungsjahr begrenzt.</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 Behandler 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 aufgrund Ihres Antrages zur Verfügung. Benötigen Sie aufgrund einer chronischen Erkrankung über einen langen Zeitraum Medikamente, erhalten Sie Informationen über die Möglichkeiten einer optimalen wirksamen Medikation.</p> <p>Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für ambulante psychotherapeutische Behandlung, Fahrtkosten zu einer ambulanten Behandlung, Sterilisation, Maßnahmen zur Vorbereitung und Durchführung einer künstlichen Befruchtung sowie ambulante Kuren und Rehabilitationsmaßnahmen (siehe auch unter B. Leistungsausschlüsse).</p>
<p>(3) Erstattung bei stationärer Heilbehandlung</p>	<p>Der Versicherer erstattet</p> <p style="text-align: center;">100%</p> <p>der erstattungsfähigen Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung wegen Krankheit, Unfallfolgen, Schwangerschaft oder Entbindung.</p> <p>Erstattungsfähig sind ausschließlich die Kosten der allgemeinen Krankenhausleistungen, nicht aber die der privatärztlichen Behandlung und der gesondert berechenbaren Unterbringung.</p> <p style="text-align: center;">100%</p> <p>der erstattungsfähigen Aufwendungen eines medizinisch notwendigen Transports zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.</p> <p style="text-align: center;">100%</p> <p>der erstattungsfähigen Aufwendungen für einen Belegarzt, Beleghebammen und -entbindungspfleger bei stationärer Heilbehandlung in einem Krankenhaus.</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> <p>Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für stationäre Kuren und Rehabilitationsmaßnahmen, Sterilisation, Maßnahmen zur Vorbereitung und Durchführung einer künstlichen Befruchtung sowie die Kosten eines Schwangerschaftsabbruchs aus nicht medizinischen Gründen (siehe auch unter B. Leistungsausschlüsse).</p>
<p>(4) 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 Begleitperson ist nach einem AXA Krankenhauskostentarif versichert. 3. Die Kosten der Unterkunft der Begleitperson sind nicht mit den allgemeinen Krankenhausleistungen nach § 2 BpflV abgegolten. <p>Die Kosten werden für längstens 5 Tage erstattet. Erstattet wird die Zuschlagshöhe, die für die Unterbringung einer Begleitperson bei medizinisch notwendiger Mitaufnahme berechnet werden kann (§ 2 der Vereinbarung für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17 b Abs. 1 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes).</p>
<p>(5) Zusatzleistung bei Hausentbindung</p>	<p>100,- Euro bei Entbindung einer versicherten Person in der Wohnung (Hausentbindung) - bei Mehrlingsgeburten das entsprechende Vielfache.</p>
<p>B. Leistungsausschlüsse</p>	<p>Leistungsausschlüsse ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB). Darüber hinaus sind folgende Leistungen im Tarif ELBonus-N nicht im Versicherungsschutz enthalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ambulante und stationäre Kuren bzw. Rehabilitationsmaßnahmen; für Anschlussheilbehandlungen in Gemischten Krankenanstalten wird unter den Voraussetzungen der Nummer 13b Abs. 2 TB 2009 geleistet. - ambulante psychotherapeutische Behandlung; - Schwangerschaftsunterbrechungen aus nicht medizinischen Gründen; - Sterilisation und Maßnahmen zur Vorbereitung und Durchführung einer künstlichen Befruchtung; - Fahrtkosten zur ambulanten ärztlichen Behandlung. <p>Insoweit finden Nr. 2, Nr. 18 und Nr. 19 Abs. 2 TB 2009 keine Anwendung.</p>
<p>C. Umwandlungsoption (1) Umfang/Inhalt der Umwandlungsoptionen</p>	<p>Versicherte Personen des Tarifs ELBonus-N können durch Ausübung dieser Option bei den unter Punkt (2) genannten Ereignissen ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten sowohl die Umstellung einen bestehenden Tarif des Versicherers mit höheren als auch mit umfassenderen Leistungen verlangen. 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>Eine weitere Voraussetzung dieser Option ist, dass in dem gewünschten Krankheitsvollkostentarif oder der beihilfekonformen Krankheitskostenvollversicherung Versicherungsfähigkeit besteht.</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 den Tarif ELBonus-N 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 im Tarif ELBonus-N 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>(3) Frist zur Wahrnehmung der Optionen</p>	<p>Folgende Ereignisse können einen Wechsel ermöglichen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Einmalig bei Abschluss einer Berufsausbildung bzw. -qualifikation (z. B. Hochschulstudium, Steuerberaterprüfung) der versicherten Person; b) 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. c) bei Geburt eines eigenen Kindes oder Adoption eines Kindes durch die versicherte Person, allerdings erst ab dem auf die Geburt / Adoption folgenden Tag. d) Bei Beginn der Berufsausbildung eines Kindes der Versicherten Person (1x pro Kind), e) Beruflicher Statuswechsel zwischen Anstellung und Selbstständigkeit; f) Beruflicher Statuswechsel von einer Anstellung oder Selbstständigkeit in ein Beamtenverhältnis. Die Option beinhaltet den Wechsel in eine beihilfekonforme Krankheitskostenvollversicherung und Neuabschluss eines Tarifs für stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer bei einem Krankenhausaufenthalt und / oder des jeweils zutreffenden Beihilfeergänzungstarifes und / oder den Neuabschluss bzw. Erhöhung einer Krankenhaustagegeldversicherung bis maximal in der Höhe der stationären Beihilfekürzungen. g) Entsendung der versicherten Person ins Ausland sofern der Auslandsaufenthalt an die berufliche Tätigkeit gebunden ist oder im Rahmen eines universitären Studienaufenthalts stattfindet; h) 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. <p>Die Umwandlungsoption h) gilt nicht für versicherte Personen, die nach den Bestimmungen für die Kindernachversicherung versichert wurden.</p> <p>Der Antrag auf Wahrnehmung dieser Option hat dem Versicherer unter Beifügung eines Nachweises über den Eintritt des Ereignisses innerhalb folgender Frist zuzugehen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Bei einer Umstellung nach h) 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>D. Beitragsanpassung</p>	<p>Hinsichtlich des Vmhundertsatzes gemäß § 8b (1) MB/KK 2009 gilt: Der Versicherer kann unter den in § 8b (1) MB/KK 2009 genannten Voraussetzungen bereits bei einer Abweichung von mehr als 5% die Beiträge des Tarifs anpassen.</p>
<p>E. Bonifikationen</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) Beitragsrückerstattung (2) Verhaltensbonus (3) Auszahlung 	<p>Für leistungsfreie Versicherungsjahre kann der Versicherte jährlich eine Beitragsrückerstattung erhalten.</p> <p>Für bestimmte vom Versicherer vorgegebene Verhaltensweisen des Versicherten, die die Qualität oder Wirtschaftlichkeit einer Heilbehandlung steigern, kann der Versicherer Bonuszahlungen ausloben (Verhaltensbonus). Art, Umfang und Voraussetzungen des Verhaltensbonus werden vom Versicherer zu Beginn jeden Versicherungsjahres festgelegt.</p> <p>Die Bonifikationen werden ausgezahlt.</p>
<p>F. Versicherungsfähigkeit/ Aufnahmefähigkeit</p>	<p>Versicherungsfähigkeit/Aufnahmefähigkeit sind ausschließlich Personen, für die weder bei AXA Krankenversicherung noch bei einem privaten Krankenversicherer neben dem Tarif ELBonus-N eine Krankenkostenversicherung für stationäre Heilbehandlung mit Leistungen für privatärztliche Behandlung und/oder gesondert berechenbare Unterkunft besteht, mit Ausnahme des Tarifes KG-SU-N, der Wahlleistungen ausschließlich bei schweren Erkrankungen und schweren Unfallfolgen vorsieht.</p>
<p>G. Wegfall der Versicherungsfähigkeit</p>	<p>Erlangt der Versicherer Kenntnis davon, dass für eine versicherte Person eine andere Krankheitskostenversicherung für stationäre Heilbehandlung besteht, so endet für diese Person die Versicherung nach Tarif ELBonus-N zu Beginn des Folgemonats nach Kenntnisnahme. Der Versicherte kann dann in einen anderen Tarif für ambulante oder stationäre Heilbehandlung wechseln, sofern für diesen Tarif Versicherungsfähigkeit besteht und der Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender ist als der des Tarifs ELBonus-N.</p>

Gültig in Verbindung mit AVB Teil 1 Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der AXA Krankenversicherung AG (TB 2009)

Gültig ab 12/10

Primärarzt-Prinzip bei ambulanter Heilbehandlung

Als Patient/in haben Sie die freie Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten. Sie entscheiden in jedem Krankheitsfall darüber, welchen Arzt/Ärztin Sie aufsuchen.

Der von Ihnen gewählte Tarif sieht für die ambulante Heilbehandlung das sogenannte Primärarzt-Prinzip vor. Das bedeutet, dass eine 100%ige Erstattung der Kosten medizinisch notwendiger ambulanter Heilbehandlung erfolgt, wenn Sie die Behandlung durch einen Primärarzt durchführen lassen.

Primärärzte sind

- Ärzte für Allgemeinmedizin,
- Praktische Ärzte,
- Fachärzte für Gynäkologie,
- Fachärzte für Augenheilkunde (Augenärzte),
- Fachärzte für Kinder- und Jugendlichenmedizin (Kinderärzte),
- Not- oder Bereitschaftsärzte.

Alle anderen Fachärzte zählen für Versicherte des Tarifes EL Bonus nicht zu den Primärärzten.

Die Erstattungsquote von 100% gilt aber auch, wenn Sie zuerst einen Primärarzt konsultieren, die weitere Behandlung dann aber - nach Überweisung durch den Primärarzt - von einem/mehreren Facharzt/Fachärztinnen durchgeführt wird. Diese Regel gilt jeweils für alle Behandlungen, die einen Krankheitsfall (Versicherungsfall) betreffen.

Solange der weiterbehandelnde Facharzt wegen der ursprünglichen Diagnose konsultiert wird, benötigen wir keine neue Überweisung. Ändert sich allerdings das Krankheitsbild, muss zunächst wieder der Primärarzt aufgesucht werden.

Sollten Sie es für sich für zweckmäßig halten, direkt einen Facharzt aufzusuchen, der nicht Primärarzt ist, tragen Sie von den Kosten der medizinisch notwendigen Behandlung sowie sonstiger Therapiekosten 25% selbst; der Erstattungssatz beträgt also 75%. Wird eine eventuelle Folgebehandlung dann durch einen Primärarzt durchgeführt bzw. durch einen Facharzt nach Überweisung durch den Primärarzt, werden diese Kosten zu 100% erstattet. Die Wahl eines Facharztes bei der Erstbehandlung führt also nicht zwingend dazu, dass sämtliche Folgebehandlungen zu 25% von Ihnen zu tragen sind. Sie beeinflussen den Kostenerstattungssatz dadurch, dass Sie die Zweitbehandlung / Folgebehandlung durch einen Primärarzt durchführen lassen. Nachträgliche Überweisungen können wir jedoch nicht anerkennen.

Bei einem Arztwechsel von einem Primärarzt zu einem (anderen) Facharzt lassen Sie sich bitte eine Überweisung ausstellen, die Sie uns mit den Rechnungen zuleiten. Außerdem benötigen wir dann die Rechnungen des Primärarztes und des weiter behandelnden Arztes zusammen.

Vor dem Bezug von Hilfsmitteln (außer Sehhilfen):

Bitte sprechen Sie mit uns!

AXA Krankenversicherung kann verordnete Hilfsmittel (z. B. Hör- und Sprechhilfen, Krankenfahrräder, 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.

Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?

Bei ambulanter Behandlung:

z. B. ambulante Psychotherapie, ambulante Kuren und Rehabilitationsmaßnahmen, Fahrtkosten zur und von der ambulanten Behandlung, Schwangerschaftsunterbrechung aus nicht medizinischen Gründen, Sterilisation, Maßnahmen zur Vorbereitung und Durchführung einer künstlichen Befruchtung, Sonnenbrillen, einige Schutzimpfungen, Nähr- und Stärkungsmittel (z. B. Vitamin- und Mineralstoffpräparate), nicht rezeptpflichtige Entfettungsmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer und Badezusätze.

Bei stationärer Behandlung:

Kosten, die durch die Wahlleistungen privatärztlicher Behandlung (Chefarztbehandlung) und/oder eine gesonderte berechenbare Unterkunft (Ein- oder Zweibett-Zimmer) entstehen, sind von Ihnen selbst zu tragen.

Außerdem sind z. B. Schwangerschaftsunterbrechung aus nicht medizinischen Gründen, Sterilisation, Maßnahmen zur Vorbereitung und Durchführung einer künstlichen Befruchtung, Krankenhausnebenkosten für Sonderservice wie Telefongespräche, Fernsehen oder Video, stationäre Kur und Rehabilitationsmaßnahmen, (für Anschlussheilbehandlungen in Gemischten Krankenanstalten wird unter den Voraussetzungen der Nummer 13b Abs. 2 TB 2009 geleistet), stationäre Versorgungsuntersuchung ("großer Check-up") nicht versichert.

Was ist darüber hinaus im Versicherungsfall zu beachten?

Bei ambulanter Behandlung:

In der Arztrechnung müssen die Bezeichnung der Krankheit (Diagnose), die Behandlungstage und die Ziffer 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.

Eine Kostenerstattung erfolgt auch bei noch nicht bezahlten Rechnungen.

Facharztrechnungen (außer Gynäkologie, Kinder- und Augenarzt) reichen Sie bitte zusammen mit der Überweisung und der Rechnung des Primärarztes ein.

Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel müssen vor dem Bezug (fach-)ärztlich verordnet werden.

Für Sehhilfen ist eine vorherige augenärztliche Verordnung erforderlich.

Beabsichtigen Sie, sich nach alternativen Methoden untersuchen oder behandeln zu lassen, so fordern Sie bitte vor Behandlungsbeginn von uns eine Kostenübernahmeerklärung an.

Bei stationärer Behandlung:

Als Inhaber der AXA Card für Privatversicherte oder der Klinik Card können Sie bei der Aufnahme in ein Krankenhaus, mit dem ein Klinik-Card-Vertrag besteht, alle Formalitäten schnell und bequem erledigen. Es sind keine Vorauszahlungen für Unterbringungskosten zu leisten. Die Rechnung des Krankenhauses wird unmittelbar an uns geschickt.

Portabilität der Altersrückstellung ab 1. Januar 2009

Sofern die Versicherung in diesem Tarif durch Kündigung beendet und gleichzeitig ein neuer substitutiver Krankheitskostenversicherungsvertrag bei einem anderen Unternehmen abgeschlossen wird, werden wir die kalkulierte Altersrückstellung entsprechend der Vertragsdauer der jeweiligen versicherten Person in Höhe des nach dem 1. Januar 2009 im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG (2009) an den neuen Versicherer übertragen. Sollten allerdings Beitragsrückstände bestehen, können wir den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.