

K
für stationäre Krankenhausbehandlung
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)
für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung

Teil III: Krankheitskostentarif für stationäre Krankenhausbehandlung

Tarif/Klasse	K 2										
A. Leistungen des Versicherers	<p>Erstattung der erstattungsfähigen Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung im Krankenhaus wegen Krankheit, Unfall, Schwangerschaft und Entbindung zu 100%.</p> <p>Erstattungsfähig sind alle Krankenhauskosten (Pflege, Verpflegung und Unterkunft), Arztkosten, Krankenhausnebenkosten, Hebammenkosten und medizinisch notwendige Transportkosten zum oder vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus bei Inanspruchnahme eines Zweibettzimmers als Wahlleistung gemäß Bundespflegesatzverordnung (BpflV) oder der 2. Pflegeklasse.</p> <p>In Erweiterung der Nr. 10 TB 2008 "Gebührenordnungen" werden für vom liquidationsberechtigtem Chefarzt persönlich erbrachte Leistungen für die Operation selbst, nicht jedoch für sonstige im Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen aufgeführte Nummern, im tariflichen Rahmen auch ohne vorherige Zusage Kosten bis zum 5-fachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte erstattet, wenn eine rechtsgültige, individuelle "abweichende Vereinbarung" gemäß § 2 der Gebührenordnung für Ärzte getroffen wurde.</p>										
B. Ersatzleistung und Selbstbehalt	<p>(1) Nehmen Versicherte des Tarifes K 2 versicherte Leistungen nicht in Anspruch, wird als Ersatzleistung ein Krankenhaustagegeld (KHT) gezahlt. Nehmen sie nicht versicherte Wahlleistungen des Krankenhauses in Anspruch, hat der Versicherungsnehmer insoweit einen täglichen Selbsthalt (SB) zu tragen.</p> <p>Im einzelnen gilt:</p> <table border="1" data-bbox="608 1066 1501 1485"> <tr> <td>Unterbringung im Einbettzimmer (1. Pflegeklasse) mit privatärztlicher Behandlung</td> <td>SB: 50 Euro je Tag der stationären Krankenhausbehandlung gelten als nicht erstattungsfähig.</td> </tr> <tr> <td>Unterbringung im Einbettzimmer (1. Pflegeklasse) ohne privatärztliche Behandlung</td> <td>SB: 10 Euro je Tag der stationären Krankenhausbehandlung gelten als nicht erstattungsfähig.</td> </tr> <tr> <td>Unterbringung im Zweibettzimmer (2. Pflegeklasse) ohne privatärztliche Behandlung</td> <td>KHT: 40 Euro</td> </tr> <tr> <td>Unterbringung zu den allgemeinen Krankenhausleistungen nach den §§ 2, 5 und 6 BpflV (3. Pflegeklasse) mit privatärztlicher Behandlung</td> <td>KHT: 30 Euro</td> </tr> <tr> <td>Unterbringung zu den allgemeinen Krankenhausleistungen nach den §§ 2, 5 und 6 BpflV (3. Pflegeklasse) ohne privatärztliche Behandlung</td> <td>KHT: 70 Euro</td> </tr> </table> <p>(2) Bei Entbindung einer versicherten Person in der Wohnung wird gegen Vorlage eines Geburtsnachweises eine Pauschale in Höhe von 512 Euro gezahlt; bei Mehrlingsgeburten das entsprechende Vielfache.</p>	Unterbringung im Einbettzimmer (1. Pflegeklasse) mit privatärztlicher Behandlung	SB: 50 Euro je Tag der stationären Krankenhausbehandlung gelten als nicht erstattungsfähig.	Unterbringung im Einbettzimmer (1. Pflegeklasse) ohne privatärztliche Behandlung	SB: 10 Euro je Tag der stationären Krankenhausbehandlung gelten als nicht erstattungsfähig.	Unterbringung im Zweibettzimmer (2. Pflegeklasse) ohne privatärztliche Behandlung	KHT: 40 Euro	Unterbringung zu den allgemeinen Krankenhausleistungen nach den §§ 2, 5 und 6 BpflV (3. Pflegeklasse) mit privatärztlicher Behandlung	KHT: 30 Euro	Unterbringung zu den allgemeinen Krankenhausleistungen nach den §§ 2, 5 und 6 BpflV (3. Pflegeklasse) ohne privatärztliche Behandlung	KHT: 70 Euro
Unterbringung im Einbettzimmer (1. Pflegeklasse) mit privatärztlicher Behandlung	SB: 50 Euro je Tag der stationären Krankenhausbehandlung gelten als nicht erstattungsfähig.										
Unterbringung im Einbettzimmer (1. Pflegeklasse) ohne privatärztliche Behandlung	SB: 10 Euro je Tag der stationären Krankenhausbehandlung gelten als nicht erstattungsfähig.										
Unterbringung im Zweibettzimmer (2. Pflegeklasse) ohne privatärztliche Behandlung	KHT: 40 Euro										
Unterbringung zu den allgemeinen Krankenhausleistungen nach den §§ 2, 5 und 6 BpflV (3. Pflegeklasse) mit privatärztlicher Behandlung	KHT: 30 Euro										
Unterbringung zu den allgemeinen Krankenhausleistungen nach den §§ 2, 5 und 6 BpflV (3. Pflegeklasse) ohne privatärztliche Behandlung	KHT: 70 Euro										
C. Zusatzleistung für eine Begleitperson bei Kindern	<p>Aus der Versicherung eines Kindes werden Kosten erstattet, die durch die Unterkunft einer das Kind begleitenden Bezugsperson entstehen. Voraussetzungen:</p> <ol style="list-style-type: none"> Das Kind hat sein 5. Lebensjahr noch nicht vollendet. Die Bezugsperson ist nach einem AXA Krankenhauskostentarif versichert. Die Kosten der Unterkunft der Begleitperson sind nicht mit den allgemeinen Krankenhausleistungen nach § 2 BpflV 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>										
D. Sonstiges	<p>Berechnen die Krankenhäuser nicht nach der BpflV, sondern nach Pflegeklassen, so entspricht die</p> <ol style="list-style-type: none"> Pflegeklasse einem Einbettzimmer, die Pflegeklasse einem Zweibettzimmer und die Pflegeklasse der allgemeinen Krankenhausleistung nach § 2 BpflV 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>										

Gültig in Verbindung mit AVB Teil I Musterbedingungen 2008 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2008) und Teil II Tarifbedingungen der AXA Krankenversicherung AG (TB 2008)

Gültig ab 09/08

Wichtige Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif K 2
Oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden.

Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?

- z. B. Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen - bitte wenden Sie sich rechtzeitig an den zuständigen Rentenversicherungsträger (BfA oder LVA). Erst wenn von diesem eine Kostenübernahme abgelehnt wird, können freiwillige Leistungen erbracht werden. In diesem Fall fügen Sie bitte Ihrem Antrag an uns eine Kopie des Ablehnungsbescheides (der BfA oder LVA) bei.
- z. B. stationäre Vorsorgeuntersuchung ("großer Check-up")
- z. B. Krankenhausnebenkosten für Sonderservice wie Telefongespräche, Fernsehen oder Video können nicht übernommen werden. Um diese Kosten aufzufangen, empfiehlt sich der Abschluß einer zusätzlichen Krankenhaustagegeldversicherung.

Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

- 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.
- Als Inhaber der AXA-ChipCard können Sie bei der Aufnahme ins Krankenhaus alle Formalitäten schnell und bequem erledigen.
Es sind keine Vorauszahlungen für Unterbringungskosten zu leisten.
Die Rechnung des Krankenhauses wird unmittelbar an uns geschickt.
- Der Arzt richtet seine Liquidation an Ihre Anschrift.
Reichen Sie uns diese Rechnung dann bitte im Original ein.
- Die Kostenerstattung erfolgt auch dann, wenn die Rechnung noch nicht beglichen wurde.

Für die Unterbringung im Einbettzimmer sieht der Tarif K 2 eine Selbstbeteiligung in Höhe von 40 Euro pro Tag vor.

Berechnet das Krankenhaus einen Einbettzimmer-Zuschlag, so kürzen wir unsere Erstattung um 40 Euro pro Behandlungstag, und zwar unabhängig von der tatsächlichen Höhe des berechneten Zuschlags.

Das Krankenhaus wird Ihnen den entsprechenden Betrag anschließend in Rechnung stellen. Sie können diese Differenz über ein Krankenhaustagegeld bei uns abdecken, welches wir grundsätzlich an Sie auszahlen.

Die Überweisung an das Krankenhaus übernehmen Sie dann bitte selbst.

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

Der tarifliche Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa.

Verlegen Sie jedoch Ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) - derzeit gehören dem EWR alle Staaten der Europäischen Union sowie Island, Liechtenstein und Norwegen an - haben Sie Mehrkosten einer Heilbehandlung im Vergleich zu den Kosten, wie diese in Deutschland entstanden wären, selbst zu tragen. Eine Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes liegt vor, wenn Sie länger als 6 Monate im Ausland sind.

In Staaten außerhalb des EWR haben Sie für Aufenthalte mit einer Gesamtdauer bis zu sechs Monaten tariflichen Versicherungsschutz.

Bei Aufenthalten in Staaten außerhalb des EWR, die länger als sechs Monate dauern, haben Sie die Möglichkeit, Ihren Versicherungsschutz bei uns fortzuführen, egal wie lange Ihr Auslandsaufenthalt dauert. Hierzu ist es aber unbedingt erforderlich, dass Sie vor Ablauf von sechs Monaten bei uns einen schriftlichen Antrag auf Fortsetzung des Versicherungsschutzes stellen. Wir garantieren Ihnen, dass wir mit Ihnen eine besondere Vereinbarung treffen, die Ihren Versicherungsschutz aufrechterhält, sofern Ihr Antrag fristgerecht bei uns eingeht. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir im Rahmen einer solchen besonderen Vereinbarung für Länder mit deutlich höheren durchschnittlichen Gesundheitskosten (z. B. USA) Beitragszuschläge für die Dauer des Auslandsaufenthaltes erheben müssen.

Bitte versäumen Sie bei längeren Auslandsaufenthalten keinesfalls, den Antrag auf Fortführung frühzeitig, auf jeden Fall aber fristgerecht zu stellen. Nach Ablauf von sechs Monaten - die Zeiten mehrerer Auslandsaufenthalte innerhalb eines Jahres werden addiert, wenn die Auslandsaufenthalte in einem direkten Zusammenhang zueinander stehen (z. B. falls Sie einen langfristigen Auslandsaufenthalt durch einen Heimaturlaub in Deutschland unterbrechen) - besteht ohne Vereinbarung kein Versicherungsschutz mehr!

Der gesamte Versicherungsvertrag endet in diesem Fall zum Ablauf des sechsten Monats des Auslandsaufenthaltes.

Falls Sie sich ins Ausland begeben, um sich dort behandeln zu lassen oder zu entbinden, gilt für Staaten, die nicht dem Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) angehören, folgendes:

Mehrkosten einer Heilbehandlung im Ausland im Vergleich zu den Kosten, wie diese in Deutschland entstanden wären, haben Sie selbst zu tragen. Bitte wenden Sie sich vor einer Auslandsreise zur Heilbehandlung/Entbindung deshalb unbedingt an uns, um den Umfang der Versicherungsleistung zu klären.

Bitte nennen Sie uns vor Reiseantritt, spätestens aber zu Beginn des dritten Monats des Auslandsaufenthaltes eine zustellungsfähige Korrespondenzanschrift, um sicherzustellen, dass wir Sie auch während des Auslandsaufenthaltes schriftlich erreichen können; die zusätzliche Nennung einer Telefon oder Fax-Nummer bzw. einer E-Mail-Adresse ist hilfreich. Treffen Sie auch Vorsorge dafür, dass die Beiträge zu Ihrer Krankenversicherung regelmäßig von uns abgebucht werden können bzw. bei uns eingehen. cb