

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

Teil III: Krankheitskostentarif für privatärztliche Behandlung (wahlärztliche Leistungen gemäß Bundespflegesatzverordnung) im Krankenhaus

Tarif/Klasse	KG 3
A. Leistungen des Versicherers	<p>1. Erstattung der Kosten privatärztlicher Behandlung bei einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung im Krankenhaus wegen Krankheit, Unfall, Schwangerschaft und Entbindung zu 100%.</p> <p>In Erweiterung der Nr. 10 TB 2008 "Gebührenordnung" 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> <p>2. Bei Entbindung einer versicherten Person in der Wohnung wird gegen Vorlage eines Geburtsnachweises eine Pauschale in Höhe von 256,00 Euro gezahlt; bei Mehrlingsgeburten das entsprechende Vielfache.</p>
B. Ersatzleistung	<p>Wird auf die Kostenerstattung der privatärztlichen Behandlung verzichtet, zahlen wir je Tag der stationären Heilbehandlung im Krankenhaus 34,00 Euro Krankenhaustagegeld.</p>
C. Zusatzleistung für ambulante Aufnahme- und Abschlußuntersuchung als Privatpatient	<p>Volle Erstattung der rein ärztlichen Kosten der ambulant im unmittelbaren Zusammenhang mit einer leistungspflichtigen Krankenhausbehandlung durchgeführten Aufnahme- und Abschlußuntersuchung durch den liquidationsberechtigten Krankenhaus- oder Belegarzt.</p>
D. Anwartschaftsversicherung	<p>Kinder erwerben mit Vollendung des 15. Lebensjahres und Jugendliche mit Vollendung des 20. Lebensjahres die Option, ohne erneute Risikoprüfung und ohne Wartezeiten eine Versicherung nach Tarif KG 2 zu begründen.</p> <p>Die Option muß innerhalb von zwei Monaten nach Vollendung des 15. beziehungsweise 20. Lebensjahres ausgeführt werden.</p>
E. Besondere Bestimmungen	<p>Der Tarif KG 3 kann nicht in Kombination mit dem Tarif KG 4 versichert werden.</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 01/08

Wichtige Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif KG 3 oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden.

Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?

- z. B. Unterbringungskosten im Ein- oder Zweibettzimmer
- z. B. Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen
Bitte wenden Sie sich rechtzeitig an den zuständigen Rentenversicherungsträger (BfA oder LVA). Erst wenn dort eine Kostenübernahme abgelehnt wird, können freiwillige Leistungen erbracht werden. Fügen Sie in diesem Fall Ihrem Antrag an uns eine Kopie des Ablehnungsbescheides bei.
- z. B. stationäre Vorsorgeuntersuchung ("großer Check-up")

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.
- Bitte schicken Sie uns nach Möglichkeit alle Rechnungen mit der Liquidation des behandelnden Chefarztes, auf der in jedem Fall die genaue Diagnose vermerkt sein muß.
- Die Ärzte richten ihre Liquidation an Ihre Anschrift. Reichen Sie uns diese Rechnungen dann bitte im Original ein. Die Kostenerstattung erfolgt auch dann, wenn die Rechnungen noch nicht bezahlt wurden.