

## Tarifbeschreibung private Krankenversicherung, PKV

Mit dieser PDF erhalten Sie ab Seite 2 die gewünschte originale Tarifbeschreibung Ihrer PKV. Das Dokument wurde von der Versicherungsgesellschaft erstellt und von hc consulting AG, Köln veröffentlicht.

[Kurzbeschreibung der hc consulting AG:

Die hc consulting AG ([www.hcconsultingag.de](http://www.hcconsultingag.de)) ist Marktführer in der zu 100 % kostenlosen Beratung zum PKV-Tarifwechsel innerhalb der bestehenden Versicherung nach § 204 VVG.

Warum mit der hc consulting AG keine Kosten entstehen, können Sie hier nachlesen:

[www.hcconsultingag.de/tarifwechsel-private-krankenversicherung-und-kosten/](http://www.hcconsultingag.de/tarifwechsel-private-krankenversicherung-und-kosten/).

Wir haben mehr als 15.000 PKV-Versicherte kostenlos beraten. Eine PKV-Tarifoptimierung „auf eigene Faust“ ist nicht zu empfehlen. Kosten dürfen durch die Beratung aber nicht entstehen, der PKV-Kunde ist auf die Ersparnis nach dem Tarifwechsel von Anfang an angewiesen.]

**V ertragsgrundlage 526**

**V I T A L - N**

**für ambulante und stationäre Heilbehandlung**

**Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die**

**Krankheitskosten- und Krankenhausstagegeld-Versicherung**

**Teil III: Krankheitskostentarif**

Tarife	V ita B00-N / V ita K00-N / V ita P00-N
<p><b>A . Leistungen des Versicherers</b> <b>(1) A m bulante B ehandlung</b></p>	<p style="text-align: center;">100%</p> <p>für ambulante Heilbehandlung - außer Psychotherapie - einschließlich Arznei- und Verbandsmittel.</p> <p style="text-align: center;">100%</p> <p>für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlichen Programmen ohne Einhaltung von Altersgrenzen.</p> <p style="text-align: center;">100%</p> <p>für ambulante Heilbehandlung durch Heilpraktiker - außer Psychotherapie - einschließlich verordneter Arzneimittel bis zu einer Gesamtleistung von 1.000,- Euro pro Versicherungsjahr.</p> <p>Für ambulante Psychotherapie werden erstattungsfähige Aufwendungen je Versicherungsfall zu</p> <p style="text-align: center;">100%</p> <p style="text-align: center;">für die 1. bis zur 30. Sitzung</p> <p style="text-align: center;">80%</p> <p style="text-align: center;">für die 31. bis zur 60. Sitzung</p> <p style="text-align: center;">70%</p> <p style="text-align: center;">ab der 61. Sitzung</p> <p>erstattet.</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.</p> <p>Der Versicherer macht von seiner Kürzungsbefugnis auf 75% der erstattungsfähigen Aufwendungen keinen Gebrauch bei</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- orthopädischen Schuhzurichtungen/Schuhanlagen sowie Bandagen;</li> <li>- Hilfsmitteln mit summarischer Begrenzung gemäß Nr. 11 Abs. 3 TB 2009;</li> <li>- 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.</li> </ul> <p style="text-align: center;">100%</p> <p>für Sehhilfen ( Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen). Die Gesamtleistung für zwei aufeinanderfolgende Versicherungsjahre ist auf insgesamt 250,- Euro begrenzt. Ein Anspruch bis zu 250,- Euro besteht auch im ersten Versicherungsjahr.</p> <p style="text-align: center;">90%</p> <p>für Heilmittel.</p> <p style="text-align: center;">100%</p> <p>der Transportkosten zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung/Therapieeinrichtung bei ärztlich bestätigter Gehunfähigkeit sowie bei Unfall/N otfall, wenn für die Erstversorgung eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist.</p> <p style="text-align: center;">100%</p> <p>für Schutzimpfungen gemäß Nr. 11 Abs. 4 TB 2009.</p> <p>Serviceleistungen ambulante Behandlung Hilfsmittel, Medikamente und Vorsorgeuntersuchungen:</p> <p>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 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>(2) Stationäre Behandlung</p> <p>(3) Ersatzleistungen/Eigenanteile</p> <p>(4) Zusatzleistungen für eine Begleitperson bei stationärer Behandlung von Kindern</p> <p>(5) Beitragsfreiheit während des Bezuges von Elterngeld</p>	<p style="text-align: center;">100%</p> <p>für Kosten einer stationären Heilbehandlung im Krankenhaus wegen Krankheit, Unfall, Schwangerschaft und Entbindung.</p> <p>Erstattungsfähig sind alle Kosten für:          Krankenhauspflege, Verpflegung und Unterkunft, privatärztliche Heilbehandlung, Hebammen und medizinisch notwendige Transporte zum oder vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus bei Inanspruchnahme</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• eines Zweibettzimmers</li> <li>• eines Einbettzimmers, sofern die stationäre Heilbehandlung aufgrund eines Unfalles erforderlich wird. Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.</li> </ul> <p>In Erweiterung der Nr. 10 TB 2009 "Gebührenordnungen" werden für vom Liquidationsberechtigten Chefarzt persönlich erbrachte Leistungen im tariflichen Rahmen auch ohne vorherige Zusage Kosten bis zum 5-fachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte erstattet, wenn eine rechtsgültige, individuelle "abwägende Vereinbarung" gemäß § 2 der Gebührenordnung für Ärzte getroffen wurde.</p> <p><b>Serviceleistungen stationäre Behandlung:</b>          Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an. Wir nennen Ihnen geeignete Krankenhäuser, in denen Sie über Behandlungsmethoden und holen für Sie eine ärztliche Zweiteinung ein. Ist ein Rücktransport aus dem Ausland notwendig, organisieren wir diesen.</p> <p>Pauschale bei Entbindung einer versicherten Person in der Wohnung 500,- Euro          - bei Mehrlingsgeburten das entsprechend Vielfache -</p> <p>Bei Verzicht oder Teilverzicht auf versicherte stationäre Leistungen bzw. Inanspruchnahme nicht-versicherter Leistungen gilt folgendes:</p> <p>Ersatzleistung pro Tag bei Verzicht auf</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- privatärztliche Behandlung 40,- Euro</li> <li>- Zweibettzimmer 30,- Euro</li> </ul> <p>Eigenanteil pro Tag bei          Unterbringung im Einbettzimmer 50,- Euro          kein Eigenanteil bei unfallbedingten Behandlungen</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"> <li>1. Das Kind hat das 5. Lebensjahr noch nicht vollendet.</li> <li>2. Die Begleitperson ist nach einem AXA Krankenhauskosten tariff versichert.</li> <li>3. Die Kosten der Unterkunft der Begleitperson sind nicht mit den allgemeinen Krankenhausleistungen nach § 2 BPFV abgegolten.</li> </ol> <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>Während der ersten 6 Monate während des Bezuges von Elterngeld besteht beitragsfreier Versicherungsschutz. Die Beitragsfreiheit gilt nur für die versicherte Person, die Elterngeld bezieht. Der Bezug von Elterngeld ist innerhalb von 3 Monaten nach Bezugsbeginn nachzuweisen.</p> <p>Die Beitragsfreiheit ist ausgeschlossen, wenn bei Beantragung des Tarifes die Schwangerschaft nachweislich bereits festgestellt wurde oder die Entbindung bereits stattgefunden hat.</p>
<p>B. Selbstbehalt pro Versicherungsjahr</p>	<p>Stufe V 300-N : 300,- Euro          Stufe V 600-N : 600,- Euro          Stufe V 900-N : 900,- 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.</p> <p>Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlichen Programmen und Schutzimpfungen sowie die Pauschale/Ersatzleistungen unter A. (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>C. Leistungsbegrenzungen</p>	<p>Die im Tarif genannten Prozentsätze beziehen sich stets auf den erstattungsfähigen Rechnungsbetrag.</p> <p>Für stationäre Kuren werden keine Leistungen erbracht. Insoweit gilt Nr. 18 TB 2009 "Stationäre Kur- und Sanatoriumsbehandlung" nicht.</p> <p>Zahnärztliche und kieferorthopädische Behandlung sowie Zahnersatz sind nicht versichert.</p>
<p>D. Bonifikationen</p> <p>(1) Beitragsrückerstattung</p> <p>(2) Verhaltensbonus</p> <p>(3) Auszahlung</p>	<p>Für leistungsfreie Versicherungsjahre kann der Versicherte nach Maßgabe der Tarifbedingung Nr. 14 Abs. 3 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 weitere Bonuszahlungen ausloben (Verhaltensbonus). Art, Umfang und Voraussetzungen der Bonifikationen werden den Versicherten zu Beginn jedes Versicherungsjahres mitgeteilt.</p> <p>Die Bonifikationen werden ausbezahlt.</p>

**E. Umwandlungsoption**  
**(1) Umfang/Inhalt der Umwandlungsoption**

**(2) Ereignisse für Inanspruchnahme einer Option auf eine höherwertige Krankheitskostenvollversicherung**

**(3) Frist zur Wahrnehmung der Optionen**

Versicherte Personen dieses Tarifes können durch Ausübung dieser Option beiden 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. 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.

Eine weitere Voraussetzung dieser Option ist, dass in dem gewünschten Krankheitsvollkostentarif oder der beihilfefunktionellen Krankheitskostenvollversicherung Versicherungsfähigkeit besteht.

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 Altersrückstellung. Wird 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.

Folgende Ereignisse können einen Wechsel ermöglichen:

- 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) 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 beihilfefunktionelle Krankheitskostenvollversicherung und den Neuausschluss eines Tarifes für stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer bei einem Krankenhausaufenthalt und / oder des jeweils zutreffenden Beihilfegänzungsstarifes und / oder den Neuausschluss bzw. Erhöhung einer Krankenhausstagegeldversicherung 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 Umstellungszeitraum 5 Versicherungsjahre lang ununterbrochener Versicherungsschutz bestand.

Die Umwandlungsoption nach h) gilt nicht für versicherte Personen, die nach den Bestimmungen für die Kinderversicherung versichert wurden.

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 h) muss der Antrag bis zum Umstellungsterm in vorliegen.
- b) Die Umstellung erfolgt zu Beginn des 6. Versicherungsjahres.
- c) 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.
- d) In allen übrigen Fällen beträgt die Frist zwei Monate ab Eintritt des Ereignisses. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung.

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

Gültig ab 12/10

Wichtige Information zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif V ita300-N, V ita600-N, V ita900-N  
oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden.

Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

Eine Kostenerstattung erfolgt generell auch bei noch nicht bezahlten Rechnungen.

Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlichen Programmen

Zum Beispiel sind nach gesetzlichen Programmen folgende Vorsorgeuntersuchungen vorgesehen:

- Kindervorsorgeuntersuchungen U 1 - U 9, U 7a und J1
- Diabetesvorsorge
- Früherkennung von Herz- und Kreislauferkrankungen
- Krebsvorsorge
- Früherkennung von Nierenerkrankungen

Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen der gesetzlichen Programme werden von uns erstattet - ohne Anrechnung auf den Selbstbehalt.

Schutzimpfungen

Die Ständige Impfkommission gibt jährlich eine offizielle Empfehlung für Schutzimpfungen heraus. Diese sind z. B. folgende:

- Diphtherie
- FSME (sogenannte Zeckenschutzimpfung)
- Grippeimpfungen
- Hepatitis-A - nur für Ärzte, Zahnärzte, Krankenschwestern und med. techn. Angestellte
- Hepatitis-B
- Keuchhusten, Kinderlähmung, Masern, Mumps, Röteln
- Windstarrkrampf
- Varizellen (Windpocken)

Welche Schutzimpfung für Sie im Einzelfall sinnvoll ist, stimmen Sie am besten mit Ihrem Arzt ab. Impfungen im Rahmen dieser Empfehlungen werden von uns erstattet - ohne Anrechnung auf den Selbstbehalt.

Nicht versichert sind Auslandsreiseschutzimpfungen, die ausschließlich bei geplanten nicht berufsbedingten Aufenthalten im Ausland notwendig sind.

Vor dem Bezug von Hilfsmitteln (außer Sehhilfen):

Bitte sprechen Sie mit uns!

Axax 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.

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, Lichtenstein und Norwegen an - haben Sie Versicherungsschutz, ohne dass eine Begrenzung auf die Deutschland üblichen Kosten erfolgt. 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.

In beiden Fällen 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 bzw. bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in ein Land der EU oder des EWR 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.

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.