Vertragsgrundlage 491
Tarif 341-N
für stationäre Krankenhausbehandlung
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)
für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung

Teil III : Krankheitskostentarif für stationäre Heilbehandlung

Tarif	Tarif 341-N
A Leistungen des Versicherers	Der Versicherer erstattet die erstattungsfähigen Aufwendungen einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung im Krankenhaus wegen Krankheit, Unfall, Schwangerschaft und Entbindung zu 100 % Erstattungsfähig sind alle Krankenhauskosten (Pflege, Verpflegung und Unterkunft), Arztkosten, Krankenhausnebenkosten, Heilmittel, Hebammenkosten und medizinisch notwendige Transportkosten zum oder vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus bei Inanspruchnahme eines Einbettzimmers als Wahlleistung gemäß Bundespflegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz oder der 1. Pflegeklasse. In Erweiterung der Nr. 10 TB 2009 "Gebührenordnungen" werden für vom liquidationsberechtigtem Chefarzt persönlich erbrachte Leistungen im tariflichen Rahmen auch ohne vorherige Zusage der 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. **Serviceleistung**: 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.
B Ersatzleistung	Nehmen Versicherte dieses Tarifs die versicherte Leistung nicht in Anspruch, wird als Ersatzleistung ein Krankenhaustagegeld (KHT) gezahlt. Das Krankenhaustagegeld beträgt: bei Wahl der 1. Klasse 2. Klasse 3. Klasse Regelklasse EUR 0,00 22,00 40,00 50,00
C Leistungsausschlüsse	Leistungsausschlüsse finden sich in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB). Darüber hinaus sind folgende Leistungen in diesem Tarif nicht enthalten: - stationäre Kur- und Sanatoriumsbehandlung; - ambulante Kurbehandlung. Insoweit finden Nr. 18 und 19 Abs. 2 TB keine Anwendung.
D Klassen der Krankenhausleistungen	Der ersten Klasse entspricht die Inanspruchnahme der allgemeinen Krankenhausleistungen, der Wahlleistung Einbettzimmer und der Wahlleistung Privatarzt. Der zweiten Klasse entspricht die Inanspruchnahme der allgemeinen Krankenhausleistungen, der Wahlleistung Zweibettzimmer und der Wahlleistung Privatarzt oder - wenn Kosten für die Wahlleistung Privatarzt nicht nachgewiesen werden - die Inanspruchnahme der allgemeinen Krankenhausleistungen und der Wahlleistung Einbettzimmer. Der dritten Klasse entspricht die Inanspruchnahme der allgemeinen Krankenhausleistungen und der Wahlleistung Privatarzt oder - wenn Kosten für die Wahlleistung Privatarzt nicht nachgewiesen werden - die Inanspruchnahme der allgemeinen Krankenhausleistungen und der Wahlleistung Zweibettzimmer. Der Regelklasse entspricht die Inanspruchnahme der allgemeinen Krankenhausleistungen. Als Wahlleistung Ein- bzw. Zweibettzimmer gilt die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- bzw. Zweibettzimmer (§ 22 BPflV bzw. § 17 KHEntgG). Als Wahlleistung Privatarzt gelten gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen (§ 22 BPflV, § 17 KHEntgG). Unterscheidet ein Krankenhaus für seine Leistungen nach Pflegeklassen, entspricht die erste Klasse der 1. Pflegeklasse, die zweite Klasse der 2. Pflegeklasse, die dritte Klasse der 3. Pflegeklasse oder der allgemeinen Pflegeklasse. Ergibt sich die Klasse der Krankenhausleistungen nicht aus den vorhergehenden Absätzen, entsprechen die Krankenhausleistungen bei Unterbringung in einem Einbettzimmer der ersten Klasse, bei Unterbringung in einem Zweibettzimmer der zweiten Klasse, bei Unterbringung in einem Dreibettzimmer der dritten Klasse und bei Unterbringung in einem Zimmer mit mehr als drei Betten der Regelklasse.

E Zusatzleistungen für Begleitpersonen	Nach einer Entbindung sind bis zur Entlassung der Mutter aus dem Krankenhaus auch evtl. gesondert in Rechnung gestellte Pflegekosten für den gesunden Säugling erstattungsfähig, sofern dieser ab Geburt bei dem Versicherer versichert wird. Wird eine stillende Mutter durch den Arzt zusammen mit dem Säugling in ein Krankenhaus eingewiesen, sind die Aufwendungen für beide Personen erstattungsfähig, auch wenn nur eine Person erkrankt ist, sofern beide bei dem Versicherer versichert sind.
F Besondere Bedingungen für Personen in Berufsausbildung	Versicherungsfähig zu diesen Besonderen Bedingungen sind Personen, die sich nachweislich in einer Schul- oder Berufsausbildung befinden. 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 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.
G Kostennachweis	Dem Versicherungsnehmer obliegt der Nachweis der gewählten Klasse und deren Kosten.
H Umwandlungsoption 1. Umfang/Inhalt der Umwandlungsoption	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. 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 beihilfekonformen 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 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.
2. Ereignisse für die Inanspruchnahme einer Option auf eine höherwertige Krankheitskostenvollversicherung	**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 Selbständigkeit; f) Beruflicher Statuswechsel von einer Anstellung oder Selbstständigkeit in ein Beamtenverhältnis. Die Option beinhaltet in diesem Fall den Wechsel in eine beihilfekonforme Krankheitskostenvollversicherung und den Neuabschluss eines Tarifes für stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer bei einem Krankenhausaufenthalt und / oder des jeweils zutreffenden Beihilfeergänzungstarifs und / oder den Neuabschluss bzw. Erhöhung einer Krankenhaustagegeld-versicherung 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. Die Umwandlungsoption h) gilt nicht für versicherte Personen, die nach den Bestimmungen für die Kindernachversicherung versichert wurden.

3. Frist zur Wahrnehmung der Optionen	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 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 Antragstelung. c) In allen übrigen Fällen beträgt die Frist zwei Monate ab Eintritt des Ereignisses. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung.
I Beitragsanpassung	Hinsichtlich des Vomhundertsatzes 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.

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 2009)

Gültig ab 01/2010

Wichtige Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif 341-N oder:

Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?
Aufwendungen für ambulante Operationen im Krankenhaus, sowie für Zahnbehandlung, Zahnersatz, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen, implantologische Leistungen und Kieferorthopädie sind, auch im Rahmen eines stationären Aufenthaltes, nicht Gegenstand des Tarifs.

Dieser Tarif kann unabhängig von dem Bestehen anderweitiger Versicherungen abgeschlossen und weitergeführt werden.

Portabilität der Alterungsrückstellung ab 1. Januar 2009
Sofern die Versicherung in diesem Tarif durch Kündigung beendet und gleichzeitig ein neuer substitutiver Krankenheitskostenversicherungsvertrag bei einem anderen Unternehmen abgeschlossen wird, werden wir die kalkulierte Alterungsrückstellung 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.