

Vertragsgrundlage 528

Vision1

für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung

Teil III: Krankheitskostentarif	
Tarif/Stufe	Vision1-1500, Vision1-3000, Vision1-4500
A. Leistungen des Versicherers	<p>Sie haben einen Versicherungsschutz mit umfassendem medizinischen Service gewählt. Auf Ihren Wunsch unterstützen wir Sie beispielsweise durch:</p> <ul style="list-style-type: none">- allgemeine Gesundheitsberatung- Beratung über Programme zur Vorsorge, zur Begleitung von akut schweren und chronischen Erkrankungen- medizinische und zahnmedizinische Informationen <p>Informationen zu</p> <ul style="list-style-type: none">Arznei - und HeilmittelnBehandlungsmethodenKrankenhausaufenthaltenBehandlernallgemeinen Fragen der Pflege <ul style="list-style-type: none">- Versorgung mit Hilfsmitteln, insbesondere vor dem Hintergrund einer für Sie optimierten Organisation und Rechnungsstellung- Vermittlung von Arzt zu Arzt Gesprächen- Ärztliche und zahnärztliche Zweitmeinungen- Terminvereinbarung mit Behandlern- Organisation des Rücktransportes aus dem Ausland <p>Die Serviceleistungen sind zentrale Bestandteile Ihres Versicherungsschutzes. Sie können die Serviceleistungen in Anspruch nehmen wenn Sie krank sind und auch wenn Sie gesund sind.</p>
1. Erstattung bei ambulanter Behandlung	<p>100%</p> <p>Für ambulante Heilbehandlung - außer Psychotherapie - einschließlich Arznei- und Verbandmittel.</p> <p>100%</p> <p>des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für ambulante Heilbehandlung durch Heilpraktiker - außer Psychotherapie - einschließlich verordneter Arzneimittel bis zu einer Gesamtleistung von 3.000,- Euro pro Versicherungsjahr.</p> <p>100%</p> <p>Für ambulante Psychotherapie werden erstattungsfähige Aufwendungen je Versicherungsfall zu</p> <p>100% für die 1. bis zur 30. Sitzung</p> <p>80% für die 31. bis zur 60. Sitzung</p> <p>70% ab der 61. Sitzung erstattet.</p> <p>100%</p> <p>für Hilfsmittel gemäß Nr. 11 Abs. 3 TB 2009 - außer Sehhilfen -, sowie Motorbewegungsschienen, 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. Beauftragt der Versicherte 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>75%</p> <p>der erstattungsfähigen Aufwendungen zu kürzen. Beschafft sich der Versicherte eine Motorbewegungsschiene ohne Beauftragung des Versicherers erfolgt hierfür keine Erstattung. Der Versicherer macht von seiner Kürzungsbefugnis auf 75% der erstattungsfähigen Aufwendungen keinen Gebrauch bei</p> <ul style="list-style-type: none">- 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 müssten. 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>100%</p> <p>für Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen). Die Gesamtleistung für zwei aufeinanderfolgende Versicherungsjahre ist auf insgesamt 500,- Euro begrenzt. ein Anspruch bis zu 500,- Euro besteht auch im ersten Versicherungsjahr.</p>

	<p style="text-align: center;">100%</p> <p>für Heilmittel. In Abweichung zu Nr. 11, Abs. 2 Satz 2 TB2009 richtet sich die Erstattung von Heilmittelkosten nach den in der "Heilmittelliste für die Tarife Vision1-1500, Vision1-3000, Vision1-4500" (VG533) genannten Leistungsinhalten und Höchstsätzen.</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/Notfall, wenn für die Erstversorgung eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist. Ausserdem leistet der Versicherer für die Fahrt zu und von einer ambulanten Behandlung, wenn die Behandlung für den Versicherten eine Beeinträchtigung zur Teilnahme am Straßenverkehr nach sich zieht. Dies muss ärztlich bescheinigt sein. Je Wegstrecke sind bis zu 30 EUR erstattungsfähig, wenn die Kosten nachgewiesen werden.</p>						
<p>2. Erstattung bei Krankenhaus-Behandlung (stationäre Behandlung)</p>	<p style="text-align: center;">100%</p> <p>für sämtliche medizinisch notwendigen Leistungen im Zusammenhang mit einer stationären Behandlung inklusive der Unterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer sowie der Inanspruchnahme des Privatarztes.</p> <p>In Erweiterung der Nr. 10 TB 2009 "Gebührenordnungen" werden für vom liquidationsberechtigtem 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 "abweichende Vereinbarung" gemäß § 2 der Gebührenordnung für Ärzte getroffen wurde.</p> <p>Wenn Sie auf die Unterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer verzichten und auch den Privatarzt nicht in Anspruch nehmen, zahlen wir als Ausgleich ein Krankenhaustagegeld von 25,00 EUR pro Tag.</p> <p style="text-align: center;">100%</p> <p>für medizinisch notwendige Transporte zum und vom nächstgelegenen aus medizinischer Sicht geeigneten Krankenhaus.</p>						
<p>3. Erstattung bei zahnärztlicher Behandlung</p>	<p>Folgende Aufwendungen für zahnärztliche Behandlungen werden übernommen:</p> <p>a) Zahnbehandlung einschließlich prophylaktischer Maßnahmen zu 100%. Als Zahnbehandlung gelten prophylaktische, konservierende und chirurgische Leistungen sowie Leistungen bei Erkrankung der Mundschleimhaut und des Paradontiums soweit sie nicht unter b) und c) aufgeführt sind. Hierzu gehören auch vom Zahnarzt verordnete Arzneien zur Behandlung von Schmerzzuständen und Erkrankungen im Mund- und Kieferbereich.</p> <p>b) Zahnersatz und funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen zu 75%.</p> <p style="text-align: center;">85%</p> <p>für Zahnersatz, wenn in den drei Versicherungsjahren, die dem Beginn der Zahnersatzmaßnahme vorausgingen, jährlich Zahnprophylaxe durchgeführt wurde und dieser Tarif während dieser Zeit mit voller Beitragszahlung bestanden hat.</p> <p>Als Zahnersatz gelten prothetische Leistungen einschließlich der Versorgung mit Brücken, Kronen jeder Art, Inlays, Onlays und gehämmerte Füllungen, Reparaturen, die Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen sowie implantologische Leistungen.</p> <p>Vor Beginn einer Maßnahme für Zahnersatz ab einem Rechnungsbetrag von 1.000,- Euro ist dem Versicherer ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahmen und eine Kostenaufstellung des zahntechnischen Labors vorzulegen. Der Versicherer verpflichtet sich, diesen Kostenvoranschlag unverzüglich zu prüfen und den vertraglichen Leistungsbetrag verbindlich bekanntzugeben.</p> <p>Wird ein Heil- und Kostenplan vor Behandlungsbeginn nicht vorgelegt, so ermäßigt sich die tarifliche Leistung um die Hälfte.</p> <p style="text-align: center;">85%</p> <p>für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen, wenn in den drei Versicherungsjahren, die der Funktionsanalyse bzw. Funktionstherapie vorausgingen, jährlich Zahnprophylaxe durchgeführt wurde und dieser Tarif während dieser Zeit mit voller Beitragszahlung bestanden hat.</p> <p>c) Kieferorthopädische Maßnahmen zu 90%.</p> <p>Aufwendungen für gesondert berechnungsfähige zahntechnische Material- und Laborkosten erstattet der Versicherer bis zu den in der Sachkostenliste I aufgeführten Höchstbeträgen.</p>						
<p>B. Selbstbehalt pro Versicherungsjahr</p>	<p>Von den tariflichen Versicherungsleistungen wird jährlich ein absoluter Selbstbehalt in folgender Höhe abgezogen:</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>Tarifstufe Vision1-1500</td> <td>1.500,- Euro</td> </tr> <tr> <td>Tarifstufe Vision1-3000</td> <td>3.000,- Euro</td> </tr> <tr> <td>Tarifstufe Vision1-4500</td> <td>4.500,- Euro</td> </tr> </table> <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>	Tarifstufe Vision1-1500	1.500,- Euro	Tarifstufe Vision1-3000	3.000,- Euro	Tarifstufe Vision1-4500	4.500,- Euro
Tarifstufe Vision1-1500	1.500,- Euro						
Tarifstufe Vision1-3000	3.000,- Euro						
Tarifstufe Vision1-4500	4.500,- Euro						

C. Leistungsbegrenzungen

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 2009 keine Anwendung.

In den ersten Versicherungsjahren sind die Leistungen unter A.3 für zahnärztliche Leistungen wie folgt begrenzt (Zahnstaffel):

Versicherungsjahre	Maximale Leistung insgesamt
1. Jahr	2.000,- Euro
1. - 2. Jahr	4.000,- Euro
1. - 3. Jahr	6.000,- Euro
1. - 4. Jahr	8.000,- Euro
1. - 5. Jahr	10.000,- Euro

Bei unfallbedingter zahnärztlicher bzw. kieferorthopädischer Behandlung entfällt die Zahnstaffel.

Hinsichtlich der Erstattung von Sachkosten bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung gilt Nr. 10 a TB 2009 (Sachkosten bei zahnärztlicher Behandlung).

D. 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 Tarif mit höheren als auch mit umfassenderen Leistungen verlangen.

Weitere Voraussetzungen dieser Option sind, dass in dem gewünschten Krankheitsvollkostentarif oder der beihilfekonformen Krankheitskostenvollversicherung Versicherungsfähigkeit besteht und der Tarif für den Neuzugang geöffnet ist.

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.

Folgende Ereignisse können einen Wechsel ermöglichen:

- Einmalig bei Abschluss einer Berufsausbildung bzw. -qualifikation (z. B. Hochschulstudium, Steuerberaterprüfung) der versicherten Person;
- Einmalig bei Eheschließung der versicherten Person. In diesem Fall behalten eingetretene Versicherungsfälle den Versicherungsschutz im dem Umfang, in dem er vor Ausübung der Option bestand.
- Bei Geburt eines eigenen Kindes oder Adoption eines Kindes durch die versicherte Person allerdings erst ab dem auf die Geburt / Adoption folgenden Tag;
- Beginn der Berufsausbildung eines Kindes der Versicherten Person (1x pro Kind);
- Beruflicher Statuswechsel zwischen Anstellung und Selbstständigkeit;
- Beruflicher Statuswechsel von einer Anstellung oder Selbstständigkeit in ein Beamtenverhältnis. Die Option beinhaltet 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 Beihilfeergänzungstarifes und / oder den Neuabschluss bzw. Erhöhung einer Krankenhaustagegeldversicherung bis maximal in der Höhe der stationären Beihilfekürzungen.
- Entsendung der versicherten Person ins Ausland sofern der Auslandsaufenthalt an die berufliche Tätigkeit gebunden ist oder im Rahmen eines universitären Studienaufenthalts stattfindet;
- Versicherte Personen, die erstmalig eine Krankheitskostenvollversicherung bei AXA Krankenversicherung abschließen, können zu Beginn des 6. Versicherungsjahres einmalig eine Umstellung verlangen, sofern folgende Voraussetzungen erfüllt sind:
 - es bestand vor dem Umstellungszeitraum 5 Versicherungsjahre lang ununterbrochener Versicherungsschutz,
 - die versicherte Person hat das 51. Lebensjahr zum Zeitpunkt der Umstellung noch nicht vollendet.

Der Antrag auf Wahrnehmung dieser Option hat dem Versicherer innerhalb folgender Frist zuzugehen:

- Bei einer Umstellung nach h) muss der Antrag bis zum Umstellungstermin vorliegen. Die Umstellung erfolgt zu Beginn des 6. Versicherungsjahres.
- Ist der Anlass eine Geburt oder Adoption, besteht die Option bis zu drei Monaten nach der Geburt bzw. Adoption.
- In allen übrigen Fällen beträgt die Frist zwei Monate ab Eintritt des Ereignisses.

Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung. Dem Antrag ist ein Nachweis über den Eintritt des Ereignisses beizufügen.

E. Bonifikation

Verhaltensbonus

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 Verhaltensboni werden den Versicherten zu Beginn jeden Versicherungsjahres mitgeteilt.

Gültig ab 09/09

Wichtige Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif Vision1 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.
- Bitte händigen Sie Ihrem Zahnarzt rechtzeitig vor Beginn von Maßnahmen für Zahnersatz und Kieferorthopädie die beigefügte Sachkostenliste aus.
- Bei Zahnersatz werden nicht nur die Material- und Laborkosten zu 75% bzw. 85% erstattet, sondern ebenfalls das Honorar des Zahnarztes. Der Erstattungssatz von 75% bzw. 85% gilt also auch für all die Behandlungsleistungen des Zahnarztes, welche er für die Vorbereitung und Umsetzung Ihres Zahnersatzes durchführen muss.
- Die Leistungen des Zahnarztes, welche als Zahnbehandlung gelten, erstatten wir zu 100%. Hierzu zählen z. B. Füllungen, Zahnstein und Zahntentfernungen, Wurzelkanalbehandlungen, Paradontosemaßnahmen.
- Bei Zahnersatz und Kieferorthopädiemaßnahmen ab 1.000,- Euro sollten Sie uns rechtzeitig vor dem Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan des Zahnarztes zusenden, da sich ansonsten der Erstattungsanspruch reduziert. Dies empfehlen wir auch dann, wenn die zu erwartende Erstattung ggf. unter den tariflichen Selbstbehalt fällt, da Sie im Lauf des Jahres unter Umständen noch nicht abschätzen können, ob weitere unvorgesehene Leistungen anfallen. Bitte reichen Sie mit dem Heil- und Kostenplan auch den Kostenvorschlag des zahn-technischen Labors über die Material- und Laborkosten ein. Wir sagen Ihnen dann, welche Leistungen Sie aus dem Versicherungsvertrag zu erwarten haben und wie hoch ggf. Ihr Eigenanteil ist. Die Kosten für die Erstellung des Heil- und Kostenplanes bzw. des Kostenvorschlages übernehmen wir im Rahmen des Tarifes.
- Bitte reichen Sie immer die Originalrechnung des Zahnarztes und ggf. des Labors ein.

Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlichen Programmen

Zum Beispiel sind nach gesetzlichen Programmen folgende Vorsorgeuntersuchungen vorgesehen:

- Kindervorsorgeuntersuchungen U1 - U9
- Jugendlichenvorsorgeuntersuchung J1
- Diabetesvorsorge
- Früherkennung von Herz- und Kreislauferkrankungen
- Krebsvorsorge
- Früherkennung von Nierenerkrankungen

Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen der gesetzlichen Programme werden von uns erstattet.

Schutzimpfungen

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

- Diphtherie
- FSME (sogenannte Zeckenschutzimpfung)
- Gripeschutzimpfungen
- Hepatitis-A - nur für Ärzte, Zahnärzte, Krankenschwestern und med. techn. Angestellte
- Hepatitis-B
- Keuchhusten, Kinderlähmung, Masern, Mups, Röteln
- TBC
- Wundstarrkrampf
- 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.

Wir leisten für Schutzimpfungen, die von der "Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Institutes" empfohlen werden und nicht ausschließlich aus Anlass einer privaten Auslandsreise angeraten sind bzw. durchgeführt werden.

Vor Bezug von Hilfsmitteln (außer Sehhilfen):

Bitte sprechen Sie mit uns!

Wir können 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.

Informationen zu Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen

Wenn Sie detaillierte Informationen zum Leistungsumfang von Impfungen und/oder Vorsorgeuntersuchungen wünschen, bieten wir Ihnen Informationsblätter dazu an:

- Was man zum Thema Impfungen und Immunprophylaxe wissen sollte
Fax-Abwurf-Nr.: 0221 -14861168
- Informationen zu Vorsorgeuntersuchungen
Fax-Abwurf-Nr.: 0221 - 1481145

Selbstverständlich schicken wir Ihnen diese auch per Post zu: Tel. Nr.: 0 180 3 - 55 66 22 (9 Cent je angefangene Minute aus dem deutschen Festnetz, ggf. abweichender Mobilfunktarif)

Was müssen Sie beachten, wenn Sie länger ins Ausland reisen

Der tarifliche Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlungen 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 Versicherungsschutz, ohne dass eine Begrenzung auf die in 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 Aufenthaltes in ein Land der EU oder der EWR keinesfalls, den Antrag auf Fortführung frühzeitig, auf jeden Fall aber fristgerecht zu stellen. Nach Ablauf von sechs Monaten - die Zeiten mehrerer Auslandsaufenthaltes 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 Alterungsrückstellung 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 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.