

**Vertragsgrundlage 066**  
**Tarif Komfort-U**  
**Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die**  
**Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung**

**Teil III: Krankheitskostentarif für stationäre Wahlleistungen (Ein- oder Zweibettzimmer und wahlärztliche Leistungen) für gesetzlich Krankenversicherte**

<p><b>A. Versicherungsfähigkeit</b></p>	<p>Versicherungsfähig sind Personen, die bei einer gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland (GKV) versichert sind. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, das Bestehen einer gesetzlichen Krankenversicherung nachzuweisen und ihren Fortfall dem Versicherer unverzüglich zu melden. Mit Ende der Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung endet die Versicherung im Tarif Komfort-U.</p>
<p><b>B. Leistungen des Versicherers</b></p> <p>(1) Stationäre Heilbehandlung</p>	<p>Die folgenden Leistungen sind nur erstattungsfähig, wenn die gesetzliche Krankenversicherung die Kosten für die allgemeine Krankenhausleistung übernimmt.</p> <p><b>100%</b> der verbleibenden erstattungsfähigen Kosten nach Vorleistung einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung einschließlich Aufnahme- und Abschlussuntersuchungen wegen Krankheit, Unfallfolgen, Schwangerschaft und Entbindung in einem Krankenhaus in Deutschland, das nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPFV) abrechnet (ergänzend zu § 4 Abs. 4 MB/KK 2009). Wünschen Sie eine Behandlung in einem anderen Krankenhaus, besteht ein Anspruch auf Erstattung nur, wenn und soweit wir dies vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt haben. Bei einer notfallmäßigen Einweisung ist eine schriftliche Zusage nicht erforderlich. Erstattungsfähig sind die Kosten für:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- gesondert berechenbare Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer, sowie vom Krankenhaus gesondert berechenbare Zuschläge für Komfortleistungen (z.B. Verpflegung, Bereitstellung eines Telefons und/ oder eines Fernsehers), die der Höhe nach und im Umfang der gemeinsamen Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung entsprechen.</li> <li>- privatärztliche Heilbehandlung - in Erweiterung der Nr. 18 TB 2012 "Gebührenordnungen" werden die Kosten für vom liquidationsberechtigtem Arzt persönlich erbrachte Leistungen im tariflichen Rahmen auch ohne vorherige Zusage bis zum 5-fachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte erstattet, wenn eine rechtsgültige, individuelle "abweichende Vereinbarung" gemäß § 2 der Gebührenordnung für Ärzte getroffen wurde.</li> <li>- Mehrkosten, die gegebenenfalls nach § 39 Absatz 2 SGB V anfallen, weil die versicherte Person ein anderes als in der Einweisung genanntes Krankenhaus wählt,</li> <li>- Belegärzte</li> </ul> <p><b>100%</b> der verbleibenden erstattungsfähigen Kosten nach Vorleistung einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung für eine ambulante Operation in einem Krankenhaus in Deutschland, das nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPFV) abrechnet (ergänzend zu § 4 Abs. 4 MB/KK 2009), die im gemäß § 115b SGB V erstellten Katalog unter Kategorie 2 aufgeführt sind. Erstattungsfähig sind die Kosten für:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- privatärztliche Heilbehandlung- in Erweiterung der Nr. 18 TB 2012 "Gebührenordnungen" werden die Kosten für vom liquidationsberechtigtem Arzt persönlich erbrachte Leistungen im tariflichen Rahmen auch ohne vorherige Zusage bis zum 5-fachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte erstattet, wenn eine rechtsgültige, individuelle "abweichende Vereinbarung" gemäß § 2 der Gebührenordnung für Ärzte getroffen wurde.</li> <li>- Belegärzte</li> <li>- sowie je eine im Zusammenhang mit der ambulanten Operation stehende Vor- und Nachuntersuchung im Krankenhaus.</li> </ul> <p><b>100%</b> der verbleibenden erstattungsfähigen Kosten nach Vorleistung einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung für einen medizinisch notwendigen Transport zum oder vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.</p>
<p>(2) Zusatzleistungen für eine Begleitperson bei stationärer Behandlung von Kindern</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 Kosten der Unterkunft der Begleitperson sind nicht mit den allgemeinen Krankenhausleistungen gemäß des Krankenhausentgeltgesetzes bzw. der Bundespflegesatzverordnung 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>

(3) Ersatzleistung Krankenhaustagegeld	<p>1. Die Ersatzleistung beträgt pro Tag bei Verzicht auf die Wahlleistung Unterbringung 40,- Euro.</p> <p>2. Die Ersatzleistung beträgt pro Tag bei Verzicht auf die privatärztliche Behandlung 20,- Euro.</p> <p>Für Kinder/Jugendliche reduziert sich die Ersatzleistung auf 50 % der genannten Beträge. Die Reduzierung entfällt, sofern nach Nr. 47 TB 2012 das Eintrittsalter 20 Jahre beträgt bzw. das vollendete 20. Lebensjahr erreicht wird.</p>
(4) Beitragsfreiheit für neugeborene Kinder	<p>Für neugeborene Kinder besteht während der ersten 4 Monate nach der Geburt beitragsfreier Versicherungsschutz, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- es besteht für ein Elternteil eine Versicherung nach dem Tarif Komfort-U</li> <li>- die Anmeldung des Kindes zur Versicherung im Tarif Komfort-U spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend erfolgt.</li> </ul> <p>Die beitragsfreie Versicherung des Neugeborenen ist ausgeschlossen, wenn zum Zeitpunkt der Beantragung der Krankenversicherung nach Tarif Komfort-U die Schwangerschaft bereits ärztlich festgestellt oder das Kind bereits geboren wurde.</p>
C. Leistungsbegrenzungen / Leistungsausschlüsse	<p>1. Die im Tarif genannten Prozentsätze beziehen sich stets auf den erstattungsfähigen Rechnungsbetrag.</p> <p>2. Die folgenden Leistungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB) sind in Ihrer Zusatzversicherung nicht eingeschlossen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland (Nr. 5 TB 2012, Nr. 6 TB 2012, Nr. 20 TB 2012, Nr. 39 Abs. 2 und 3 TB 2012)</li> </ul>
D. Wartezeiten	Für Entbindung gilt eine Wartezeit von 8 Monaten.

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 2012)

-----  
Gültig ab 04/2014

**Wichtige Information zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif Komfort-U  
oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden.**

#### Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?

- ambulante Heilbehandlungen (Ausnahme: je eine ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung im Rahmen einer stationären Behandlung als Privatpatient sowie ambulante Operationen nach Kategorie 2 des Kataloges nach § 115 b SGB V)
- Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen
- stationäre Vorsorgeuntersuchung (z.B. „großer Check-up“)
- Hospizversorgung
- Der gesetzliche Eigenanteil ist nicht Gegenstand des versicherten Tarifes.

#### Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

Als Inhaber unserer Card für Privatversicherte können Sie bei der Aufnahme ins Krankenhaus alle Formalitäten schnell und bequem erledigen. Es sind keine Vorauszahlungen für den Ein- oder Zweibettzimmer- Zuschlag zu leisten.

Die Rechnung des Krankenhauses über den Unterbringungszuschlag wird dann unmittelbar an uns geschickt. Der Arzt richtet seine Liquidation an Ihre Anschrift. Reichen Sie uns diese Rechnung dann bitte im Original ein.