

Vertragsgrundlage 083
Tarif MED Komfort-U
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die
Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung

Teil III: Krankheitskostentarif für ambulante Leistungen für gesetzlich Krankenversicherte und Heilfürsorgeberechtigte

<p>A. Versicherungsfähigkeit</p>	<p>Der Tarif MED Komfort-U kann nur von Personen, die Mitglied einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder bei einer solchen familienversichert sind oder Anspruch auf Heilfürsorge haben, als Ergänzung zu den damit verbundenen Leistungen abgeschlossen werden. Mit Wegfall der vorgenannten Voraussetzung endet auch die Versicherung nach Tarif MED Komfort-U.</p>
<p>B. Leistungen des Versicherers</p> <p>(1) Ambulante Heilbehandlung durch Heilpraktiker und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren</p> <p>(2) Arznei- und Verbandmittel</p> <p>(3) Zuzahlungen für Arznei-, Heil-, Hilfsmittel</p> <p>(4) Vorsorgeuntersuchungen/ Impfungen</p> <p>(5) Gesamtleistung für (1) bis (4)</p> <p>(6) Sehhilfen</p> <p>(7) Operation zur Sehschärfenkorrektur</p> <p>(8) Hörhilfen</p>	<p>80% der erstattungsfähigen Kosten für die Behandlung durch Heilpraktiker inklusive der Therapieformen aus dem Hufeland-Leistungsverzeichnis im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) - jeweils einschließlich verordneter Arznei- und Verbandmittel.</p> <p>80% der erstattungsfähigen Kosten für die Behandlung durch Ärzte mit der Zusatzbezeichnung "Naturheilverfahren" im Rahmen der Therapieformen aus dem Hufeland-Leistungsverzeichnis - jeweils einschließlich verordneter Arznei- und Verbandmittel.</p> <p>80% der erstattungsfähigen Kosten für ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel, wenn die GKV/ Heilfürsorge keine Kosten übernimmt.</p> <p>80% der gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen für Arznei- und Verbandmittel, Heil- und Hilfsmittel, wenn die GKV/ Heilfürsorge einen Teil der Kosten übernimmt.</p> <p>80% der erstattungsfähigen Kosten für Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen, welche durch Ärzte durchgeführt oder verordnet werden.</p> <p>Zu den Vorsorgeuntersuchungen nach diesem Tarif zählen z.B. : Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen für Kinder/ Jugendliche, wie z.B. Audiocheck, Schielvorsorge, Kinder-Intervall-Check, erweiterte Kinder- und Jugenduntersuchungen. Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, wie z.B. Mammographie, Untersuchungen zu Haut- und Prostatakrebs, inkl. PSA-Test. Hierbei müssen bestimmte Altersklassen nicht erreicht sein. Schwangerschaftsvorsorge, wie z.B. Nackentransparenzmessung oder zusätzliche Sonographie-Untersuchungen. Vorsorge bzgl. Herz-Kreislauf-System, wie z.B. Schlaganfallvorsorge, EKG oder Untersuchungen zu den Werten von Blut, Leber, Niere, Fette, Zucker. Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen zum Auge, wie z.B. die Glaukom-Untersuchung. Impfungen inkl. der Impfstoffe nach Empfehlung des Robert-Koch-Instituts für Reise-Impfungen, sowie Gripeschutz-Impfung. Die Voraussetzungen gemäß § 1 Abs. 2 b MB/KK gesetzliche Programme und Nr. 22 Abs. 4 TB (Teil II der AVB) Ständige Impfkommission (StIKo) sind nicht einzuhalten.</p> <p>Nicht zu den Vorsorgeuntersuchungen nach diesem Tarif zählen: Gen-Tests.</p> <p>Die Leistung für sämtliche Vorsorgemaßnahmen und Impfungen aus dem Tarif vermindern sich um eine evtl. Vorleistung der GKV, um Fürsorge- oder Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger. Bei Vorsorgeuntersuchungen mit einem Rechnungsbetrag ab 500 Euro empfehlen wir vorab eine Zusage seitens AXA einzuholen.</p> <p>Die Gesamtleistung von B (1) bis (4) ist auf 2.000 Euro innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren begrenzt.</p> <p>100% für Brillen und Kontaktlinsen (nicht Reinigungs- und Aufbewahrungsmittel), höchstens jedoch 300 Euro innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren.</p> <p>100% für die erstattungsfähigen Kosten einer Operation zur Sehschärfenkorrektur mit Laser an beiden Augen bis insgesamt 1.000 Euro. Ein Anspruch auf diese Leistung besteht zweimal innerhalb der gesamten Vertragslaufzeit. Zwischen den Zeitpunkten der Inanspruchnahme müssen mindestens 5 Jahre liegen. In den ersten drei Jahren sind die Leistungen begrenzt - auf 200 Euro im ersten Jahr, auf 400 Euro in den ersten beiden Jahren, und auf 600 Euro in den ersten drei Jahren.</p> <p>80% für Hörgeräte, höchstens jedoch 500 Euro innerhalb von fünf aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren.</p>

C. Leistungsausschlüsse/ Leistungsbegrenzungen	<p>Die Gesamtleistung aus Vorleistungsversicherung und Tarif MED Komfort-U ist beschränkt auf 100% des Rechnungsbetrages.</p> <p>Folgende ambulante Leistungen aus Teil I und II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB) sind in diesem Tarif nicht eingeschlossen: Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch, Sozialpädiatrie und Frühförderung, häusliche Krankenpflege, spezialisierte ambulante Palliativversorgung, Soziotherapie, Haushaltshilfe, künstliche Befruchtung, ambulante Anschlussheilbehandlung.</p> <p>Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland gelten die folgenden Tarifbedingungen nicht: Nr. 5 TB 2012, Nr. 6 TB 2012, Nr. 20 TB 2012, Nr. 39 Abs. 3 TB 2012.</p>
D. Wartezeiten	<p>Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt bei Unfällen.</p> <p>Die besondere Wartezeit für Entbindung beträgt acht Monate.</p>
E. 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"> - es besteht für ein Elternteil eine Versicherung nach Tarif MED Komfort-U - die Anmeldung des Kindes zur Versicherung im Tarif MED Komfort-U erfolgt spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend. <p>Die beitragsfreie Versicherung des Neugeborenen ist ausgeschlossen, wenn zum Zeitpunkt der Beantragung der Krankenversicherung nach Tarif MED Komfort-U die Schwangerschaft bereits ärztlich festgestellt oder das Kind bereits geboren wurde.</p>
F. Bonifikation	<p>Für bestimmte vom Versicherer vorgegebene Verhaltensweisen des Versicherten, welche die Qualität oder Wirtschaftlichkeit einer Heilbehandlung steigern, kann der Versicherer Bonuszahlungen ausloben. Art, Umfang und Voraussetzungen eventueller Bonifikationen werden den Versicherten rechtzeitig mitgeteilt.</p>

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 09/2016