

Vertragsgrundlage 553
Tarif Krankenhaus easy
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die
Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Teil III: Krankheitskostentarif für stationäre Wahlleistungen (Ein- oder Zweibettzimmer) für gesetzlich Krankenversicherte	
A. Versicherungsfähigkeit	Versicherungsfähig sind Personen, die bei einer gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland (GKV) versichert sind. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, das Bestehen einer GKV nachzuweisen und ihren Fortfall dem Versicherer unverzüglich zu melden. Mit Ende der Versicherung in der GKV endet auch die Versicherung im Tarif Krankenhaus easy.
B. Beginn des Versicherungsschutzes	Abweichend von § 2 Abs. 1 MB/KK 2009 gilt: Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Davon ist auszugehen, wenn eine stationäre Krankenhausbehandlung als mögliche Behandlung zwischen Arzt und versicherter Person besprochen wurde. Dieses Gespräch muss in den letzten 24 Monaten vor Abgabe der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers erfolgt sein. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 4 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
C. Leistungen des Versicherers	Der Versicherer erbringt Versicherungsleistungen nach diesem Tarif wie folgt:
(1) Stationäre Heilbehandlung	<p>Ersetzt werden 100% der verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung wegen Krankheit, Unfallfolgen, Schwangerschaft und Entbindung in einem Krankenhaus in Deutschland, das nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) abrechnet (ergänzend zu § 4 Abs. 4 MB/KK 2009).</p> <p>Wird eine Behandlung in einem anderen Krankenhaus gewählt, welches nicht den Abrechnungserfordernissen nach dem KHEntgG oder der BPfIV entspricht, besteht ein Anspruch auf Erstattung der neben den allgemeinen Krankenhausleistungen verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen nur, wenn dies vor Beginn der Behandlung vom Versicherer schriftlich zugesagt wurde. Bei einer notfallmäßigen Einweisung ist eine schriftliche Zusage nicht erforderlich.</p> <p>Für allgemeine Krankenhausleistungen gemäß § 2 KHEntgG und § 2 Abs. 2 BPfIV erfolgt kein Aufwendungsersatz aus diesem Tarif. Das gilt auch, wenn weder die GKV noch ein sonstiger gesetzlicher Kostenträger die allgemeinen Krankenhausleistungen erstattet (z.B. Privatklinik oder gemischte Anstalten nach § 4 Abs. 5 MB/KK 2009). Allgemeine Krankenhausleistungen sind z.B. die medizinische Versorgung durch die diensthabenden Ärzte, Krankenpflege, Verpflegung oder die Unterbringung im Mehrbettzimmer.</p> <p><u>Erstattungsfähig sind folgende verbleibende Aufwendungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Aufwendungen für gesondert berechenbare Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer sowie vom Krankenhaus gesondert berechenbare Zuschläge für Komfortleistungen (z.B. Bereitstellung eines Telefons, eines Fernsehers), die der Höhe nach und im Umfang der gemeinsamen Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung entsprechen. <p>Bei einer stationären Entbindung sind auch die Aufwendungen für die Unterbringung in einem Familienzimmer erstattungsfähig, sofern die entbindende Person nach diesem Tarif versichert ist.</p> <p><u>Erstattungsfähig sind im Rahmen einer Anschlussheilbehandlung folgende verbleibende Aufwendungen, sofern der gesetzliche Rehabilitationsträger eine Vorleistung erbracht hat:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Gesondert berechenbare Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer sowie vom Krankenhaus gesondert berechenbare Zuschläge für Komfortleistungen (z.B. Bereitstellung eines Telefons, eines Fernsehers), die der Höhe nach und im Umfang der gemeinsamen Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung entsprechen. - Nr. 27 und Nr. 28 TB 2012 gelten nicht.
(2) Stationäre Heilbehandlung im Ausland	Ersetzt werden 100 % der verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß C. (1) bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung in Europa, sofern die GKV eine Vorleistung erbracht hat.
(3) Zusatzleistungen für eine Begleitperson bei stationärer Behandlung von Kindern	<p>Für versicherte Kinder werden erstattungsfähige Aufwendungen ersetzt, die durch die Unterkunft für eine Begleitperson (Rooming-in) entstehen, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Das Kind hat das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet. 2. Die Unterkunftskosten der Begleitperson sind nicht mit den allgemeinen Krankenhausleistungen gemäß des KHEntgG bzw. der BPfIV abgegolten. <p>Die Aufwendungen werden für längstens 5 Tage ersetzt und je Tag bis zum zweifachen Satz der Wahlleistung für ein Zweibettzimmer des aufgesuchten Krankenhauses erstattet.</p>



(4) Ersatzleistung bei Verzicht auf Wahlleistung Unterbringung	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die Ersatzleistung beträgt bei Verzicht auf die Wahlleistung Unterbringung 50 Euro pro Tag. Für Versicherte, die das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, beträgt die Ersatzleistung 25 Euro pro Tag. 2. Bei einer Anschlussheilbehandlung beträgt die Ersatzleistung bei Verzicht auf die Wahlleistung Unterbringung 25 Euro pro Tag. 3. Entbindet eine versicherte Person ambulant im Krankenhaus, zu Hause oder im Geburtshaus und nimmt dabei keine Leistungen nach diesem Tarif gemäß C. (1) und (2) in Anspruch, wird hierfür eine Pauschale in Höhe von 400 Euro gezahlt.
(5) Beitragsfreiheit für neugeborene Kinder	<p>Für neugeborene Kinder besteht während der ersten 12 Monate nach der Geburt beitragsfreier Versicherungsschutz, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Es besteht für einen Elternteil eine Versicherung nach dem Tarif Krankenhaus easy. 2. Die Anmeldung des Kindes zur Versicherung im Tarif Krankenhaus easy erfolgt spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend. <p>Die beitragsfreie Versicherung des Kindes ist ausgeschlossen, wenn zum Zeitpunkt der Beantragung der Krankenversicherung nach Tarif Krankenhaus easy die Schwangerschaft bereits ärztlich festgestellt oder das Kind bereits geboren wurde.</p>
D. Wartezeiten	<p>Die allgemeine Wartezeit beträgt 3 Monate. Sie entfällt bei Unfällen. Für Entbindung und Psychotherapie gilt eine besondere Wartezeit von 8 Monaten.</p>
E. Leistungsausschlüsse	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die im Tarif genannten Prozentsätze beziehen sich auf den erstattungsfähigen Rechnungsbetrag. 2. Folgenden Regelungen gelten nicht: 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)
F. Beitragsberechnung	<ol style="list-style-type: none"> 1. Der Tarif bildet keine Alterungsrückstellungen. 2. In Abweichung von § 8a Abs. 2 Satz 2 MB/KK 2009 wird bei Änderung der Beiträge keine Alterungsrückstellung angerechnet. 3. In Abweichung von Nr. 47 TB 2012 richten sich die Beiträge nach dem Alter der Person und ergeben sich aus den jeweils gültigen Beitragstabellen. Als Alter der Person gilt der Unterschied zwischen dem jeweils aktuellen Jahr und dem Geburtsjahr. Zum 01.01. des Jahres, in dem die versicherte Person das 15., 20., 25., 30., 35., 40., 45., 50., 55., 60. Lebensjahr vollendet, ist jeweils der dem Alter entsprechende Beitrag zu zahlen. Dies gilt darüber hinaus auch für den 01.01. der Jahre, in denen die versicherte Person jeweils weitere fünf Lebensjahre vollendet.
G. Kündigung durch Versicherungsnehmer	<p>In Abweichung zu § 13 Abs. 1 MB/KK 2009 wird der Vertrag für zwei Jahre fest geschlossen. Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis mit einer Frist von 15 Tagen zum Ende eines jeden Monats, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Vertragslaufzeit von zwei Jahren, kündigen.</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 09/2024

