

Vertragsgrundlage 100

Tarifbedingungen für den Tarif ActiveMe-U

Diese Tarifbedingungen gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Gesundheitsversicherung (AVB/KGV), VG010

A. Leistungen des Versicherers	Erstattungssatz	Erstattungsfähige Aufwendungen
A. (1) Ambulante Heilbehandlung	100%	für ambulante Heilbehandlung - außer Psychotherapie - durch Ärzte, wenn für die Behandlung ein Gesundheitslotsen in Anspruch genommen wird oder der Versicherte von einem der Gesundheitslotsen zur Mit-/Weiterbehandlung an einen Facharzt überwiesen wird. Als Gesundheitslotsen werden anerkannt: <ul style="list-style-type: none"> - Ein Arzt für Allgemeinmedizin/praktischer Arzt - Ein Internist ohne Schwerpunktbezeichnung, der die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt hat - Ein Facharzt für Gynäkologie, für Augenheilkunde (Augenarzt), für Kinder- und Jugendmedizin (Kinderarzt) - Ein Not- bzw. Bereitschaftsarzt - Ein Arzt, der über einen von AXA zur Verfügung gestellten telefonischen oder digitalen Service kontaktiert wird Die Erstbehandlung ist durch die Erstbehandlungsrechnung zu belegen. Ansonsten ist der Versicherer berechtigt die Erstattung auf der erstattungsfähigen Aufwendungen zu kürzen.
	80%	
	100%	für Arzneimittel , wenn <ul style="list-style-type: none"> - es sich um ein Generikum handelt. - es sich um ein Originalpräparat handelt, für das es zum Zeitpunkt der Verordnung kein Generikum gibt. - bei einem Notfall oder Unfall auf ein Originalpräparat zurückgegriffen wird. - nicht auf ein Generikum zurückgegriffen werden kann, weil im Zusammenhang mit der Einnahme des Generikums bei der versicherten Person entweder nachweislich allergische Reaktionen auftreten oder die begründete Gefahr allergischer Reaktionen gegen einen der Trägerstoffe zu befürchten sind. - ein Wirkstoff der Substitutionsausschlussliste des Gemeinsamen Bundesausschusses, die zum Zeitpunkt der Verordnung gültig war, bezogen wird. Ansonsten ist der Versicherer berechtigt die Erstattung auf der erstattungsfähigen Aufwendungen zu kürzen.
	80%	
	100%	für Verbandmittel .
	100%	für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen.
	100%	für Schutzimpfungen .
	100%	für die Teilnahme an maximal zwei Präventionskursen pro Versicherungsjahr. Die Gesamtleistung ist begrenzt auf maximal 200,- Euro pro Versicherungsjahr. Die Aufwendungen werden jeweils dem Versicherungsjahr zugerechnet, in dem der Nachweis über die Teilnahme erstellt wird.
	80%	für ambulante Heilbehandlung durch Heilpraktiker - außer Psychotherapie - einschließlich verordneter Arzneimittel. Die Gesamtleistung ist begrenzt auf maximal 1.000,- Euro pro Versicherungsjahr.
	80%	für ambulante Psychotherapie.
80%	für Behandlungen wegen unerfüllten Wunsches nach eigenen Kindern (künstliche Befruchtung/Insemination).	
100%	für Hilfsmittel gemäß § 5 Abs. 4 AVB/KGV - außer Sehhilfen -, sofern der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person 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 Aufwendungen.	



Fortsetzung A. (1) Ambulante Heilbehandlung	80% Beauftragt der Versicherte den Versicherer nicht mit der Beschaffung und beschafft sich ein Hilfsmittel anderweitig, so ist der Versicherer berechtigt, die Erstattung auf der erstattungsfähigen Aufwendungen zu kürzen. Der Versicherer macht von seiner Kürzungsbefugnis auf 80% der erstattungsfähigen Aufwendungen keinen Gebrauch bei <ul style="list-style-type: none"> - orthopädischen Schuhzurichtungen/Schuheinlagen sowie Bandagen; - Kompressionsstrümpfe; - Hilfsmitteln mit summenmäßiger Begrenzung gemäß § 5 Abs. 4 AVB/KGV; - Hilfsmitteln, die im Rahmen einer unfallbedingten Behandlung aus medizinischen Gründen unmittelbar nach dem Unfall bezogen werden mussten. Die Unmittelbarkeit wird vom Versicherer immer dann anerkannt, falls der Zeitraum zwischen dem Unfall und der Versorgung mit dem Hilfsmittel 2 Tage nicht übersteigt.
	100% für Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen). Die Gesamtleistung ist für zwei aufeinanderfolgende Versicherungsjahre auf maximal 250,- Euro begrenzt.
	100% für operative Sehschärfenkorrektur (z. B. Lasik, Lasek, Linsenimplantate). Die Gesamtleistung - inklusive Vor- und Nachuntersuchungen - ist auf maximal 1.000,- Euro je Auge pro Versicherungsfall begrenzt.
	80% für Heilmittel gemäß den in der Heilmittelliste genannten Leistungsinhalten und Höchstsätzen. Die Begrenzung auf 80% erfolgt lediglich bis zu einer Leistung in Höhe von 1.600,- Euro pro Versicherungsjahr. Darüber hinaus werden die erstattungsfähigen Aufwendungen zu 100% erstattet.
	100% für Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik sowie Geburtsvorbereitungskurse durch Hebammen.
	100% für Sozialpädiatrie und Frühförderung .
	100% für spezialisierte ambulante Palliativversorgung .
	100% für Soziotherapie . Der Anspruch besteht für maximal 120 Stunden innerhalb von drei Jahren je Versicherungsfall. Wird die Soziotherapie durch eine Fachkraft für Soziotherapie erbracht, wird für eine Einzeltherapie (Dauer 60 Minuten) maximal ein Rechnungsbetrag in Höhe von 39,50 Euro anerkannt. Bei einer Gruppentherapie (Dauer 60 Minuten) beträgt der maximal anzuerkennende Rechnungsbetrag 20,- Euro bei 2-3 Teilnehmern bzw. 17,- Euro bei 4-6 Teilnehmern.
	100% für Haushaltshilfe nach vorheriger Zusage. Der Anspruch besteht für maximal 14 Tage je Versicherungsfall und ist auf maximal 50,- Euro pro Tag begrenzt.
	100% für häusliche Krankenpflege . Die Leistung ist bei häuslicher Grundpflege, sowie hauswirtschaftlicher Versorgung im Rahmen der Krankenhausvermeidungspflege auf maximal 28 Tage je Behandlungsfall begrenzt. Die Begrenzung gilt nicht bei einer Palliativbehandlung. Nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI sind Leistungen für häusliche Krankenpflege nicht erstattungsfähig.
	100% der Transportkosten / Fahrtkosten zu und von der nächstgelegenen geeigneten ambulanten Heilbehandlung / Therapieeinrichtung bei ärztlich bestätigter Geh- oder Sehfähigkeit, Schwerbehindertenausweis mit Merkzeichen aG, Bl oder H, mindestens Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätseinschränkung, sowie bei Unfall/Notfall, wenn für die Erstversorgung eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist.
	100% für Transportkosten / Fahrtkosten zu und von der nächstgelegenen Therapieeinrichtung zur Strahlentherapie / Chemotherapie oder Nierendialyse, wenn diese durch den Versicherer organisiert wurden. Ansonsten ist der Versicherer berechtigt die Erstattung auf 80% der erstattungsfähigen Aufwendungen zu kürzen.
	100% für ambulante Kurbehandlung . Es werden die Aufwendungen für ärztliche Behandlung, Kurplan, Arznei- und Verbandmittel, physikalische Therapie und Kurtaxe erstattet.
	80% für digitale Produkte , die ärztlich verordnet wurden oder für die vor der Behandlung eine Kostenzusage des Versicherers erteilt wurde, und die dem Anwendungsbereich des Medizinproduktegesetzes unterliegen, einschließlich Zubehör.



	Serviceleistungen ambulante Behandlung, Hilfsmittel, Medikamente und Vorsorgeuntersuchungen	
	Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an oder holen Sie sich online auf unserer Kundenplattform hilfreiche Informationen. Wir informieren Sie, insbesondere auch bei Notwendigkeit psychotherapeutischer Behandlung, über Behandlungsmethoden, nennen Ihnen Leistungserbringer im Gesundheitswesen und sind bei der Terminvereinbarung behilflich. Außerdem bieten wir für verschiedene schwere- und / oder chronische Erkrankungen spezielle Begleitungsprogramme über unseren Gesundheitsservice360° an. Bei den Hilfsmitteln, die wir aufgrund Ihres Auftrages zur Verfügung stellen, organisieren wir darüber hinaus Ihre Versorgung. Wir stehen Ihnen bei Fragen zu Vorsorgeuntersuchungen zur Verfügung.	
A. (2) Stationäre Heilbehandlung	Erstattungssatz	Erstattungsfähige Aufwendungen
	100%	für stationäre Heilbehandlung. Die stationäre Heilbehandlung umfasst die vollstationäre, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre Heilbehandlung. Erstattungsfähig sind die Kosten für: - Allgemeine Krankenhausleistungen gemäß Krankenhausentgeltgesetz, Psych-Entgeltgesetz bzw. Bundespflegesatzverordnung einschließlich Belegärzte - Privatärztliche Heilbehandlung und Hebammenleistungen - Gesondert berechenbare Unterbringung im Zweibettzimmer; Wird eine Unterbringung im Einbettzimmer gewählt, erstattet der Versicherer die Aufwendungen, die bei einer Unterbringung im Zweibettzimmer angefallen wären Sofern ein Krankenhaus nicht unter den Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes, Psych-Entgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung fällt, werden maximal 150% der Fallpauschale gemäß Krankenhausentgeltgesetz bzw. Psych-Entgeltgesetz erstattet. Werden die ärztlichen Leistungen nicht von angestellten Ärzten des Krankenhauses oder von Ärzten, die auf Grund eines sonstigen Dienstvertrages mit dem Krankenhaus zur Erbringung der ärztlichen Leistungen verpflichtet sind (Honorarärzte), erbracht, so sind Grundlage für die Berechnung der Erstattungshöhe von maximal 150% die Entgelte einer Belegabteilung oder die reduzierten Entgelte der Hauptabteilung gemäß Krankenhausentgeltgesetz, Psych-Entgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung.
	100%	für einen medizinisch notwendigen Transport zum oder vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.
	100%	für voll- oder teilstationäre Hospizversorgung.
	100%	für Zusatzleistungen für eine Begleitperson bei stationärer Behandlung von Kindern. Aus der Versicherung eines Kindes werden Kosten erstattet, die durch die Unterkunft für eine Begleitperson entstehen. Voraussetzungen: 1) Das Kind hat das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet. 2) Die Kosten der Unterkunft der Begleitperson sind nicht mit den allgemeinen Krankenhausleistungen nach Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abgegolten.
	Ersatzleistungen bei Verzicht auf stationäre Leistungen	
	Anstatt der Aufwendungen für Krankenhausleistungen werden gegen Vorlage eines Geburtsnachweises 1.000,- Euro bei häuslicher Entbindung eines Kindes gezahlt, bei Mehrlingsgeburten das entsprechend Vielfache (Entbindungspauschale).	
Bei Verzicht oder Teilverzicht auf versicherte stationäre Leistungen gilt folgendes: Ersatzleistung pro Tag bei Verzicht auf - privatärztliche Behandlung 40,- Euro - Zweibettzimmer 30,- Euro Die Ersatzleistungen werden bei teilstationärer Behandlung in halber Höhe gezahlt.		
Serviceleistungen stationäre Behandlung		
Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an. Wir nennen Ihnen geeignete Krankenhäuser, informieren Sie über Behandlungsmethoden und bieten eine ärztliche Zweitmeinung an. Ist ein Rücktransport aus dem Ausland notwendig, organisieren wir diesen.		
A. (3) Weitere versicherte Leistungen	Erstattungssatz	Erstattungsfähige Aufwendungen
	100%	der Betreuungspauschale bei Erkrankung eines Kindes. Voraussetzung für den Leistungsanspruch ist, dass ein nach diesem Tarif versichertes Kind, das das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, erkrankt. Für dessen Betreuung wird ab dem vierten Tag der Erkrankung einmal pro Versicherungsjahr eine Pauschale (Einmalzahlung) von 200,- Euro gezahlt.



<p>Fortsetzung A. (3) Weitere versicherte Leistungen</p>	<p>Die Pauschale wird gezahlt, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> - auch für ein Elternteil eine Krankheitskostenvollversicherung bei der AXA Krankenversicherung besteht, - es nach ärztlicher Bescheinigung erforderlich ist, dass ein Elternteil zur Betreuung des versicherten Kindes der Arbeit fernbleibt und - keine andere im Haushalt lebende Person die Betreuung übernehmen kann. <hr/> <p>100% für Rehabilitationsmaßnahmen. Ein Anspruch auf Erstattung der Aufwendungen einer Rehabilitationsmaßnahme besteht nur einmal im Laufe von 4 Versicherungsjahren. Transport- und Fahrkosten zu ambulanten und stationären Rehabilitationsmaßnahmen werden unter den in A. (1) genannten Voraussetzungen erstattet. Die gesonderte Inanspruchnahme von privatärztlichen Heilbehandlungen und die gesondert berechenbare Unterbringung im Zweibettzimmer sind nicht erstattungsfähig.</p> <hr/> <p>100% für Anschlussheilbehandlungen. Bei stationären Anschlussheilbehandlungen sind die gesonderte Inanspruchnahme von privatärztlichen Heilbehandlungen und die gesondert berechenbare Unterbringung im Zweibettzimmer erstattungsfähig. Transport- und Fahrkosten werden analog der Regelung unter A. (1) oder A. (2) erstattet.</p> <hr/> <p>100% für Entziehungsmaßnahmen, wenn die Beendigung der Maßnahme weder vorzeitig aus disziplinarischen Gründen, noch ohne ärztliches Einverständnis erfolgte. Ansonsten ist der Versicherer berechtigt die Erstattung auf</p> <p>80% der erstattungsfähigen Aufwendungen zu kürzen.</p> <p>Der Anspruch ist während der gesamten Vertragslaufzeit auf max. 3 Entziehungsmaßnahmen begrenzt.</p> <p>Bei stationären Entziehungsmaßnahmen sind die gesonderte Inanspruchnahme von privatärztlichen Heilbehandlungen und die gesondert berechenbare Unterbringung im Zweibettzimmer nicht erstattungsfähig.</p> <hr/> <p>100% der Aufwendungen eines aus medizinischen Gründen erforderlichen Rücktransports aus dem Ausland, wenn am Aufenthaltsort bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet ist.</p> <p>Unter Beachtung der medizinischen Gegebenheiten ist die jeweils kostengünstigste Transportart zu wählen. Anderenfalls ist der Versicherer berechtigt, die Erstattung der Kosten entsprechend zu kürzen. Sofern der Versicherer den Rücktransport organisiert oder die Kostenübernahme der entstehenden Aufwendungen für eine bestimmte Transportart zugesagt hat, wird insoweit auf eine Kürzung der Erstattung verzichtet.</p> <p>Erstattungsfähig sind auch die Aufwendungen für den Rücktransport einer mitversicherten Begleitperson. Voraussetzung hierfür ist, dass die Begleitung medizinisch erforderlich, behördlich angeordnet oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben ist.</p> <hr/> <p>100% für Überführung oder Bestattung. Erstattet werden die Aufwendungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Überführung einer versicherten Person aus dem Ausland an deren letzten Wohnsitz, oder anstelle der Überführung - die Bestattung einer versicherten Person an deren Aufenthaltsort im Ausland bis maximal 10.000,- Euro.
<p>A. (4) Gebührenordnung / - verzeichnisse</p>	<p>Leistungen der Ärzte, Psychologischen Psychotherapeuten/ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Hebammen werden bis zu den in den jeweils gültigen Gebührenordnungen festgelegten Höchstsätzen erstattet. Mehrkosten, die durch eine Honorarvereinbarung gemäß § 2 der Gebührenordnung für Ärzte entstehen, werden</p> <ul style="list-style-type: none"> - im Rahmen einer wahlärztlichen oder belegärztlichen Leistung bei stationärer Behandlung, sowie - bei ambulanten Behandlung nach vorheriger Zusage durch den Versicherer, <p>erstattet.</p> <p>Als Leistungen der Heilpraktiker werden die im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführten Positionen anerkannt und bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen erstattet.</p>



B. Selbstbeteiligung pro Versicherungsjahr	<p>Von dem Erstattungssatz für erstattungsfähige Aufwendungen nach Abschnitt A. werden 80% erstattet. Die hierdurch entstehende Selbstbeteiligung von 20% ist auf maximal 500,- Euro je Versicherungsjahr begrenzt. Die Aufwendungen werden jeweils dem Versicherungsjahr zugerechnet, in dem die versicherte Leistung erbracht wird bzw. die Arzneimittel und Hilfsmittel bezogen werden.</p> <p>Für Kinder und Jugendliche ist die Selbstbeteiligung bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem diese das 19. Lebensjahr vollenden, auf maximal 250,- Euro je Versicherungsjahr begrenzt.</p> <p>Leistungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen nach A. (1), - Schutzimpfungen nach A. (1), - Präventionskurse nach A. (1), - ambulante Psychotherapie nach A. (1), - Heilpraktiker nach A. (1), - Heilmittel nach A. (1), - Künstliche Befruchtung/Insemination nach A. (1), - digitale Produkte nach A. (1), sowie - die stationären Ersatzleistungen nach A. (2) und - die Betreuungspauschale nach A. (3). <p>unterliegen nicht der Selbstbeteiligung.</p> <p>Im ersten Versicherungsjahr wird die Selbstbeteiligung auf den Betrag reduziert, der dem Anteil der versicherten Monate im Verhältnis zum gesamten Kalenderjahr entspricht. Bei unterjährigem Tarifwechsel gelten die Regelungen des vorherigen Satzes entsprechend für die bisherige und die neue Selbstbeteiligung. Die Regelung zur Selbstbeteiligung bei unterjährigem Tarifwechsel gilt entsprechend für eine unterjährige Anpassung der Selbstbeteiligung (§ 8 Abs. 3 AVB/KGV).</p>
C. Leistungsbegrenzungen	<p>Die im Tarif genannten Prozentsätze (Erstattungssatz) beziehen sich stets auf die erstattungsfähigen Aufwendungen. Zahnärztliche und kieferorthopädische Behandlung sowie Zahnersatz sind nicht versichert.</p>
D. Beitragsrückerstattung aus erfolgsabhängiger RfB	<p>Beitragsrückerstattung für Leistungsfreiheit Für leistungsfreie Versicherungsjahre kann der Versicherte jährlich eine Beitragsrückerstattung erhalten. Darüber werden die Versicherten zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres informiert.</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>Allgemeine Voraussetzung und Auszahlung Die Beitragsrückerstattung wird nach Maßgabe der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (§ 5 Abs. 20 AVB/KGV) ausbezahlt.</p>
E. Beitragsreduktion während des Bezuges von Elterngeld	<p>Während der ersten 2 Monate des Bezuges von Elterngeld reduziert sich der für diesen Tarif zu zahlende monatliche Beitrag um 50%. Die Beitragsreduzierung gilt nur für die versicherte Person, die Elterngeld bezieht und nur, wenn für die Person keine besonderen Bedingungen für Personen in Berufsausbildung bestehen. Der Antrag auf Reduzierung des Beitrages ist innerhalb von 3 Monaten nach Bezugsbeginn des Elterngeldes zu stellen und nachzuweisen. Die Beitragsreduktion ist ausgeschlossen, wenn bei Beantragung dieses Tarifes die Schwangerschaft bereits festgestellt oder das Kind bereits entbunden wurde.</p>
F. Personen in Berufsausbildung	<p>Für Personen in Berufsausbildung gelten besondere Bedingungen. Die Beiträge werden für diese Personen abweichend von § 8 Abs. 2 AVB/KGV nach § 10 Abs. 4 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung ohne Alterungsrückstellungen und mit planmäßig steigenden Beiträgen kalkuliert. Versicherungsfähig zu diesen besonderen Bedingungen sind Personen die mindestens 20 Jahre alt sind und sich in einer Schul- oder Berufsausbildung befinden. Das Alter berechnet sich analog § 8 Abs. 2 Nr. 2 AVB/KGV.</p> <p>Die besonderen Bedingungen entfallen für die versicherte Person mit Ablauf des Monats, in dem</p> <ol style="list-style-type: none"> a) die Schul- oder Berufsausbildung endet, b) die Schul- oder Berufsausbildung aufgegeben bzw. für mehr als 6 Monate unterbrochen wird, c) das 39. Lebensjahr vollendet wird. <p>Die besonderen Bedingungen entfallen ab dem Ersten des Monats, der auf den Eintritt eines unter a) bis c) genannten Ereignisses folgt. Ab diesem Zeitpunkt werden die Beiträge nach § 8 Abs. 2 AVB/KGV kalkuliert. 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. Für die Dauer der Vereinbarung dieser besonderen Bedingungen wird der für die versicherte Person bestehende Tarif durch ein angehängtes "A" gekennzeichnet.</p>



G. Umwandlungsoption	(1) Umfang/Inhalt der Umwandlungsoption
	<p>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.</p> <p>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.</p>
	(2) Ereignisse für Inanspruchnahme einer Option auf eine höherwertige Krankheitskostenvollversicherung
H. Angebot zur zusätzlichen Beitragsentlastung im Alter	<p>Folgende Ereignisse können einen Wechsel ermöglichen:</p> <ol style="list-style-type: none"> Bei Abschluss einer Berufsausbildung bzw. -qualifikation (z. B. Hochschulstudium, Steuerberaterprüfung) der versicherten Person; Die Option kann nur einmalig in Anspruch genommen werden. Bei Eheschließung der versicherten Person. In diesem Fall behalten eingetretene Versicherungsfälle den Versicherungsschutz in dem Umfang, in dem er vor Ausübung der Option bestand; die Option kann nur einmalig in Anspruch genommen werden. 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 der AXA Krankenversicherung abschließen, können zum 01.07 des 6. Versicherungsjahres einmalig eine Umstellung verlangen, sofern vor dem Umstellungszeitraum 5 Versicherungsjahre lang ununterbrochener Versicherungsschutz bestand. <p>Die Umwandlungsoption nach h) gilt nicht für versicherte Personen, die nach den Bestimmungen für die Kindernachversicherung versichert wurden.</p>
(3) Frist zur Wahrnehmung der Optionen	
<p>Der Antrag auf Wahrnehmung dieser Option hat dem Versicherer unter Beifügung eines Nachweises über den Eintritt des Ereignisses innerhalb folgender Frist zuzugehen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bei einer Umstellung nach h) muss der Antrag bis zum Umstellungstermin vorliegen. Die Umstellung erfolgt zum 01.07 des 6. Versicherungsjahres; - 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 Antragstellung; - In allen übrigen Fällen beträgt die Frist zwei Monate ab Eintritt des Ereignisses. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung. 	
H. Angebot zur zusätzlichen Beitragsentlastung im Alter	<p>Der Versicherer ist berechtigt, dem Versicherungsnehmer jeweils im dritten Versicherungsjahr einer in diesem Tarif versicherten Person ein befristetes Angebot auf den Abschluss einer Versicherung zur Beitragsentlastung im Alter zu unterbreiten.</p>



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

Hinweis: An dieser Stelle können wir Ihnen nur einen kurzen Einblick in das vielfältige Angebot des Tarif ActiveMe-U bieten.

Ausführliche Informationen, Anleitungen, Erklärungen, Tipps, Beispiele und Hintergrundinformationen finden Sie jederzeit online auf unserem **Kundenportal**.

Dort beantworten wir beispielsweise die Fragen:

- Was steckt hinter dem AXA Service "Online-Arzt" und wofür kann ich ihn nutzen?
- Was sind **digitale Produkte** und welche sind erstattungsfähig?
- Wie finde ich **Generika** für entsprechende Arzneimittel?
- Wie finde ich **Präventionskurse** in meiner Gegend?
- U.v.m.

Wie funktioniert das "Gesundheitslotsen-Prinzip" bei ambulanter Heilbehandlung?

Als Patient haben Sie die freie Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten. Sie entscheiden in jedem Krankheitsfall darüber, welchen Arzt Sie aufsuchen.

Der von Ihnen gewählte Tarif sieht für die ambulante Heilbehandlung das sogenannte Gesundheitslotsen-Prinzip vor. Das bedeutet, dass eine 100%ige Erstattung der Aufwendungen medizinisch notwendiger ambulanter Heilbehandlung erfolgt, wenn Sie die Behandlung durch einen Gesundheitslotsen durchführen lassen.

Gesundheitslotsen sind

- ein Arzt für Allgemeinmedizin/praktischer Arzt,
- ein Internist ohne Schwerpunktbezeichnung, der die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt hat,
- ein Facharzt für Gynäkologie,
- ein Facharzt für Augenheilkunde (Augenarzt),
- ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin (Kinderarzt),
- ein Not- bzw. Bereitschaftsarzt
- oder ein Arzt, der über einen von AXA zur Verfügung gestellten telefonischen oder digitalen Service kontaktiert wird ("Online-Arzt").

Für die Behandlung durch alle weiteren (Fach-)Ärzte benötigen Sie im Tarif ActiveMe-U zunächst eine Überweisung durch einen Gesundheitslotsen, um eine Erstattung von 100% zu erhalten. Diese Regel gilt jeweils für alle Behandlungen, die einen Krankheitsfall (Versicherungsfall) betreffen.

Solange der weiterbehandelnde Facharzt wegen der ursprünglichen Diagnose konsultiert wird, benötigen wir keine neue Überweisung. Ändert sich allerdings das Krankheitsbild, muss zunächst wieder der Gesundheitslotse aufgesucht werden.

Sollten Sie es für sich für zweckmäßig halten, direkt einen Facharzt aufzusuchen, der kein Gesundheitslotse ist, tragen Sie von den Kosten der medizinisch notwendigen Behandlung sowie sonstiger Therapiekosten 20% selbst; der Erstattungssatz beträgt also 80%. Wird eine eventuelle Folgebehandlung dann durch einen Gesundheitslotsen durchgeführt bzw. durch einen Facharzt nach Überweisung durch den Gesundheitslotsen, werden diese Kosten zu 100% erstattet. Die Wahl eines Facharztes bei der Erstbehandlung führt also nicht zwingend dazu, dass sämtliche Folgebehandlungen zu 20% von Ihnen zu tragen sind. Sie beeinflussen den Kostenerstattungssatz dadurch, dass Sie die Zweitbehandlung/Folgebehandlung durch einen Gesundheitslotsen durchführen lassen. Nachträgliche Überweisungen können wir jedoch nicht anerkennen.

Bei einem Arztwechsel von einem Gesundheitslotsen zu einem (anderen) Facharzt lassen Sie sich bitte eine Überweisung ausstellen, die Sie uns mit den Rechnungen zuschicken. Außerdem benötigen wir dann die Rechnungen des Gesundheitslotsen und des weiter behandelnden Arztes zusammen.

Welche Schutzimpfungen sind versichert?

Die Ständige Impfkommission (STIKO) gibt jährlich eine offizielle Empfehlung für Schutzimpfungen heraus.

Welche Schutzimpfungen für Sie im Einzelfall sinnvoll sind, stimmen Sie am besten mit Ihrem Arzt ab. Impfungen im Rahmen der Empfehlungen durch Ihren Arzt und die STIKO werden von uns erstattet - ohne Anrechnung auf den Selbstbehalt- auch wenn sie aus Anlass einer privaten Reise durchgeführt werden.

Sind "ambulante Operationen" versichert?

Erstattungsfähig sind auch ambulante Operationen bei niedergelassenen Ärzten und in Krankenhäusern.

Sind Sterilisationen versichert?

Erstattungsfähig sind medizinisch notwendige Sterilisationen. Eine nicht aufgrund von Krankheit durchgeführte Sterilisation ist nicht erstattungsfähig.

Worauf müssen Sie beim Bezug von Arzneimitteln achten?

Der von Ihnen gewählte Tarif sieht für den Bezug von Arzneimitteln das sogenannte Generika-Prinzip vor. Das bedeutet, dass eine 100%ige Erstattung von Arzneimitteln erfolgt, wenn es sich bei diesen um "Generika" handelt.

Ein Generikum ist ein wirkstoffgleiches Arzneimittel eines bereits auf dem Markt erhältlichen Originalpräparats. Es wird auf den Markt gebracht, sobald der Patentschutz des Originalpräparats ausläuft. Dabei ist ein Generikum denselben hohen Anforderungen an eine Zulassung als Arzneimittel unterworfen, wie das Originalpräparat.

Generika sind jedoch im Durchschnitt rund zwei Drittel günstiger als Originalpräparate, da keine Forschungs- und nur geringe Entwicklungskosten anfallen. Somit tragen Sie aktiv zur Stabilisierung Ihrer Beiträge bei, ohne dass die Versorgungsqualität sinkt.

Sollte es noch kein Generikum für das verordnete Arzneimittel geben, erhalten Sie natürlich auch beim Bezug eines Originalpräparats eine 100%ige Erstattung der angefallenen Aufwendungen. Außerdem können in seltenen Fällen medizinische Gründe gegen eine erstmalige Verordnung von bzw. gegen eine Umstellung auf Generika vorliegen. Sollte dies der Fall und ärztlich nachgewiesen sein, erhalten Sie auch hier eine 100%ige Erstattung der Aufwendungen. Ansonsten wird der Erstattungssatz auf 80% reduziert.

Sprechen Sie am besten direkt Ihren Arzt und/oder Apotheker auf das Thema Generika an, der Sie gerne dazu beraten wird.

Außerdem sind folgende Mittel in der Regel keine Arzneimittel und sind somit vom Versicherungsschutz ausgeschlossen:

- Präparate, die im Rahmen einer Anti-Aging-Behandlung, Lifestyle-Behandlung bzw. kosmetischer Behandlung (z. B. Faltenglättung) eingesetzt werden
- Mittel zur Abmagerung, Appetitzügelung und Regulierung des Körpergewichts,
- Stärkungsmittel
- kosmetische Mittel, Pflegemittel, Badezusätze sowie Mineralwässer, auch wenn sie von einem Leistungserbringer im Gesundheitswesen verordnet sind



Was müssen Sie beachten, wenn Sie ins Ausland reisen?

Auslandsaufenthalte im europäischen Wirtschaftsraum (EWR)

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlungen in Staaten des EWR. Derzeit gehören dem EWR alle Staaten der Europäischen Union sowie Island, Liechtenstein und Norwegen an.

Während der ersten 6 Monate eines Auslandsaufenthalts im EWR haben Sie tariflichen Versicherungsschutz.

Bei einem Auslandsaufenthalt im EWR von mehr als 6 Monaten sind die Leistungen im Ausland auf die in Deutschland üblichen Kosten begrenzt. Sie können jedoch einen erweiterten Versicherungsschutz ohne diese Leistungsbegrenzung mit uns vereinbaren, wenn Sie sich vor Ablauf des 6. Monats bei uns melden.

Auslandsaufenthalte außerhalb des EWR

Bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt in Staaten außerhalb des EWR besteht in den ersten 12 Monaten Ihrer Vertragslaufzeit ein Versicherungsschutz für Reisen bis zu 6 Wochen.

Nach 12 Monaten haben Sie für vorübergehende Aufenthalte mit einer Gesamtdauer von bis zu 6 Monaten tariflichen Versicherungsschutz.

Bei Aufenthalten von mehr als sechs Monaten in Staaten außerhalb des EWR haben Sie nur dann Versicherungsschutz, wenn Sie vor Ablauf des 6. Monats einen Antrag auf Fortsetzung des Versicherungsschutzes bei uns stellen und eine entsprechende Vereinbarung treffen. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir im Rahmen einer solchen besonderen Vereinbarung für Länder mit höheren durchschnittlichen Gesundheitskosten (z. B. USA) Beitragszuschläge für die Dauer des Auslandsaufenthaltes erheben müssen. Darüber hinaus wird die Vereinbarung nur einmalig für die Dauer von maximal 36 Monaten getroffen und nur unter der Bedingung, dass die rechtlichen Bestimmungen des angedachten Aufenthaltslandes eine Vereinbarung zulassen.

Wichtig: In allen Fällen ist Voraussetzung, dass Sie über eine Korrespondenzanschrift in Deutschland und eine deutsche Bankverbindung (zur Beitragsabbuchung und Leistungsauszahlung) verfügen. Andernfalls haben Sie keinen Versicherungsschutz.

Gezielter Auslandsaufenthalt zur Behandlung im Ausland

Falls Sie sich ins Ausland begeben, um sich dort behandeln zu lassen oder zu entbinden, sind die Mehrkosten im Vergleich zu den Kosten, wie sie in Deutschland entstanden wären, von Ihnen selbst zu tragen. Bitte wenden Sie sich vor einer Auslandsreise zur Heilbehandlung/Entbindung deshalb unbedingt an uns, um den Umfang der Versicherungsleistung zu klären.

