

Vertragsgrundlage 101

Tarifbedingungen für die Tarife GesundExtra 1-3

Seite 1 von 7

Diese Tarifbedingungen gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Gesundheitsabsicherung (AVB/KGAS), VG012

A. Leistungen des Versicherers

A. (1) Ambulante Heilbehandlung

Erstattungssatz	Erstattungsfähige Aufwendungen
100%	für ambulante Heilbehandlung inkl. Psychotherapie einschließlich Arznei- und Verbandmittel. Darüber hinaus werden nicht verordnete Arzneimittel bis zu einem Gesamtbetrag von 120,- Euro im Kalenderjahr erstattet.
100%	für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen, ohne die dort festgelegten Altersbegrenzungen für Erwachsene jeweils maximal einmal pro Kalenderjahr und folgende weitere Vorsorgeuntersuchungen. - Kindervorsorge U10/U11 (Untersuchung) - Jugendvorsorge J2 (Jugendgesundheitsuntersuchung, Blutabnahme, Glucose) - Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen auch für Frauen (Beratung, Ultraschalluntersuchung, Zuschlag für Duplex-Verfahren, Zuschlag für dopplersonographische Leistung) - Tuberkulose Vorsorge (Beratung, vollständige körperliche Untersuchung, Stempeltest, Röntgen der Brustorgane) - Amniozentese (Ultraschalluntersuchung zur Amniozentese (2x); Amniozentese, Tokographische Untersuchung, Alpha-Fetoprotein /AFP, Chromosomenanalyse (2x). Anlage weiterer Zellkulturen, Differenzierte Färbungen (2x))
100%	für Schutzimpfungen . Der Versicherer leistet für Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Institutes (STIKO) empfohlen werden, auch wenn sie aus Anlass einer privaten Auslandsreise durchgeführt werden.
100%	für die Teilnahme an Präventionskursen . Die Gesamtleistung ist begrenzt auf maximal 300,- Euro pro Kalenderjahr. Die Aufwendungen werden jeweils dem Versicherungsjahr zugerechnet, in dem der Nachweis über die Teilnahme erstellt wird.
100%	für ambulante Heilbehandlung durch Heilpraktiker - außer Psychotherapie - einschließlich verordneter Arzneimittel. Dies umfasst beispielsweise auch chiropraktische und osteopathische Behandlungen durch Heilpraktiker. Erstattungsfähig sind darüber hinaus alle Leistungen eines Heilpraktikers, die im Hufelandverzeichnis aufgeführt sind. Die Gesamtleistung ist begrenzt auf maximal 2.000,- Euro pro Kalenderjahr.
100%	für Behandlungen wegen unerfüllten Wunsches nach eigenen Kindern (künstliche Befruchtung/ Insemination).
100%	für eine einmalige Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellengewebe, sowie die dazugehörigen medizinischen Maßnahmen, wenn sich die versicherte Person aufgrund einer Erkrankung einer keimzellenschädigenden Therapie unterziehen muss.
100%	für Hilfsmittel gemäß § 5 Abs. 5 AVB/KGAS - außer Sehhilfen. Bei Hilfsmitteln mit einem Rechnungsbetrag größer 1.000,- Euro (ausgenommen Hilfsmitteln mit summenmäßiger Begrenzung gemäß § 5 Abs. 5 AVB/KGAS) wird empfohlen, vor Bezug einen Kostenvoranschlag vorzulegen. Der Versicherer prüft, ob ein Bezug zu günstigeren Konditionen oder eine Leihe möglich ist.
100%	für Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen). Die Gesamtleistung ist auf maximal 600,- Euro innerhalb von 2 Kalenderjahren begrenzt.
100%	für operative Korrekturen der Fehlsichtigkeit durch refraktive Chirurgie (z.B. Lasik) einschließlich der Aufwendungen für die Vor- und Nachbehandlung. Die Gesamtleistung ist auf 5.000,- Euro innerhalb von 5 Kalenderjahren begrenzt.
100%	für Heilmittel bis zu 130% der von der Bundesbeihilfe anerkannten Höchstsätze. Dies gilt auch für solche Heilmittel und beihilfefähige Höchstbeträge, die im Vorgriff auf eine beabsichtigte Änderung der Bundesbeihilfeverordnung (Vorgriffsregelung der Beihilfeträger) von der Bundesbeihilfe im Rahmen einer Vorgriffsregelung erstattet werden.
100%	für die Teilnahme an anerkannten Übungsgruppen für Rehabilitationssport und Funktionstraining im Sinne des § 64 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB IX.



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 3 Kalenderjahren je Versicherungsfall.
100%	für Haushaltshilfe . Der Anspruch besteht für maximal 28 Tage - mit Ausnahme von Schwangerschaft und Entbindung - je Versicherungsfall und ist auf maximal 100,- Euro pro Tag begrenzt.
100%	für Häusliche Krankenpflege . Die Leistung ist bei häuslicher Grundpflege, sowie hauswirtschaftlicher Versorgung im Rahmen der Krankenhausvermeidungspflege und Unterstützungspflege auf maximal 28 Tage je Behandlungsfall begrenzt. Die Begrenzung gilt nicht bei einer ambulante Palliativbehandlung. Reichen die Leistungen der Unterstützungspflege nicht aus, besteht ein Anspruch auf Leistungen für eine stationäre Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit im Rahmen des § 5 Abs. 16 AVB/KGAS .
100%	der Transportkosten/Fahrtkosten zu und von der nächstgelegenen geeigneten ambulanten Heilbehandlung/ Therapieeinrichtung bei ärztlich bestätigter Geh- oder Sehfähigkeit, bei ambulanten Operationen (wenn keine aktive Teilnahme am Straßenverkehr erfolgen kann), Schwerbehindertenausweis mit Merkzeichen aG, BI 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 geeigneten Therapieeinrichtung zur Strahlentherapie/Chemotherapie oder Nierendialyse. Bei der Inanspruchnahme wiederkehrenden Transportkosten/Fahrtkosten zu und von der nächstgelegenen geeigneten Therapieeinrichtung zur Strahlentherapie/ Chemotherapie oder Nierendialyse wird empfohlen zwecks Organisation dieser Fahrten/Transporte sich mit dem Versicherer in Verbindung zu setzen.
100%	für ambulante Kurbehandlung . Es werden die Aufwendungen für ärztliche Behandlung, Kurplan, Arznei- und Verbandmittel, physikalische Therapie und Kurtaxe erstattet.

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.

A. (2) Stationäre Heilbehandlung

Erstattungssatz	Erstattungsfähige Aufwendungen
100%	für stationäre Heilbehandlung . Die stationäre Heilbehandlung umfasst die vollstationäre, stationsäquivalente, tagesstationäre, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre Heilbehandlung. Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für: - Allgemeine Krankenhausleistungen gemäß Krankenhausentgeltgesetz, Psych-Entgeltgesetz bzw. Bundespflegesatzverordnung einschließlich Belegärzte - Privatärztliche Heilbehandlung und Hebammenleistungen - Gesondert berechenbare Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer - ein Familienzimmer im Rahmen einer stationären Entbindung, sofern die entbindende Person nach diesem Tarif versichert ist. Sofern ein Krankenhaus nicht unter den Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes, Psych-Entgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung fällt, werden maximal 250% der Entgelte der allgemeinen Krankenhausleistungen gemäß Krankenhausentgeltgesetz bzw. Psych-Entgeltgesetz erstattet. Werden die ärztlichen Leistungen nicht von angestellten Ärzten des Krankenhauses erbracht, so sind Grundlage für die Berechnung der Erstattungshöhe von maximal 250% die Entgelte einer Belegabteilung gemäß Krankenhausentgeltgesetz, Psych-Entgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung.
100%	für einen medizinisch notwendigen Transport zum oder vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.
100%	der Aufwendungen einmalig pro Versicherungsfall für die Verlegung in ein mindestens 50 km entferntes anderes Krankenhaus innerhalb von Deutschland (Wunschverlegung). Die Aufwendungen für die Verlegung sind erstattungsfähig, - wenn die vollstationäre Heilbehandlung nach der Verlegung voraussichtlich noch mindestens sieben Tage andauern wird - und der Transport medizinisch vertretbar ist - und die Verlegung vom Versicherer organisiert wird - und der Krankenhausaufenthalt aufgrund eines Unfalls oder einer anderen notfallmäßigen Einweisung erfolgte.



100%	für voll- oder teilstationäre Hospizversorgung.
100%	für Zusatzleistungen für eine Begleitperson bei stationärer Behandlung von Kindern. Aus der Versicherung eines Kindes werden Aufwendungen erstattet, die durch die Unterkunft für eine Begleitperson entstehen. Voraussetzungen: 1) Das Kind hat das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet. 2) Die Aufwendungen der Unterkunft der Begleitperson sind nicht mit den allgemeinen Krankenhausleistungen nach Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abgegolten.
100%	der Aufwendungen für stationäre Kuren bis zu 50,- Euro je Tag maximal für 28 Tage innerhalb von 3 aufeinander folgenden Kalenderjahren.

Ersatzleistungen bei Verzicht auf stationäre Leistungen

Anstatt der Aufwendungen für Krankenhausleistungen werden gegen Vorlage eines Geburtsnachweises **1.000,- Euro** bei häuslicher Entbindung eines Kindes durch eine versicherte Person 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 **50,- Euro**
- Wahlleistung Unterkunft im Ein-/Zweibettzimmer **50,- Euro**

Die Ersatzleistungen werden bei teilstationärer Behandlung in halber Höhe gezahlt. Teilstationäre Behandlung ist eine stationäre Behandlung, die nicht ganztägig (24 Stunden) durchgeführt wird.

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%	für digitale Gesundheitsanwendungen .
100%	eines Tagessatzes von 100,- Euro bei Erkrankung eines Kindes für maximal 10 Tage im Kalenderjahr. Voraussetzung für den Leistungsanspruch ist, - dass ein nach diesem Tarif versichertes Kind, welches das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert ist, erkrankt und für ein Elternteil eine Krankheitskostenvollversicherung bei der AXA Krankenversicherung besteht und - das Elternteil für diese Zeit weder Entgelt von seinem Arbeitgeber erhält noch von staatlicher Stelle eine Ersatzleistung beanspruchen kann und es nach ärztlicher Bescheinigung erforderlich ist, dass ein Elternteil zur Betreuung des versicherten Kindes der Arbeit fernbleibt und deshalb der beruflichen Tätigkeit nicht nachgehen kann und - keine andere im Haushalt lebende Person die Betreuung übernehmen kann. Die Zahlung des Krankentagegeldes erfolgt aus dem Vertragsteil des im Tarif GesundExtra privat versicherten Kindes.
100%	für Rehabilitationsmaßnahmen . Ein Anspruch auf Erstattung der Aufwendungen einer Rehabilitationsmaßnahme besteht nur einmal im Laufe von 4 Kalenderjahren. Aufwendungen sind bis maximal 150% der Höhe erstattungsfähig, wie sie der Leistungserbringer als Vergütung von einem gesetzlichen Rehabilitationsträger verlangen könnte oder, sofern zwischen dem Leistungserbringer und dem Versicherer eine Vergütungsvereinbarung besteht, bis zu der dort genannten Höhe. Transport- und Fahrtkosten 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 Ein- oder Zweibettzimmer sind nicht erstattungsfähig.
100%	für Anschlussheilbehandlungen . Bei stationären Anschlussheilbehandlungen sind die gesonderte Inanspruchnahme von privatärztlichen Heilbehandlungen und die gesondert berechenbare Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer erstattungsfähig. Transport- und Fahrtkosten werden analog der Regelung unter A. (1) oder A. (2) erstattet.



100%	für Aufwendungen der Übergangspflege im Krankenhaus . Die Aufwendungen für Übergangspflege im Krankenhaus sind längstens bis zu 10 Tage je Krankenhausbehandlung und bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie die Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. vereinbart hat. Andernfalls sind Aufwendungen bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie der Leistungserbringer in einem vergleichbaren Fall als Vergütung von einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse verlangen kann.
100% 80%	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 der erstattungsfähigen Aufwendungen zu kürzen. Der Anspruch ist während der gesamten Vertragslaufzeit auf maximal 3 Entziehungsmaßnahmen begrenzt. Bei stationären Entziehungsmaßnahmen sind die gesonderte Inanspruchnahme von privatärztlichen Heilbehandlungen und die gesondert berechenbare Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer nicht erstattungsfähig.
100%	für außerklinische Intensivpflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen für versicherte Personen mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege (z.B. bei künstlicher Beatmung).
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. Unter Beachtung der medizinischen Gegebenheiten ist die jeweils kostengünstigste Transportart zu wählen. Andernfalls ist der Versicherer berechtigt, die Erstattung der Aufwendungen 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. 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.
100%	für Überführung oder Bestattung . Erstattet werden die Aufwendungen für - 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.

A. (4) Gebührenordnung für Ärzte

Es gelten die Höchstsätze der jeweiligen Gebührenordnung. In Erweiterung von **§ 5 Abs. 2 AVB/KGAS** werden darüber hinausgehende Mehraufwendungen im tariflichen Rahmen auch ohne vorherige Zusage erstattet, wenn eine rechtsgültige, individuelle "abweichende Vereinbarung" gemäß § 2 der Gebührenordnung für Ärzte getroffen wurde und die Aufwendung entsprechend der Gebührenordnung abgerechnet wurde.

B. Selbstbeteiligung pro Person und Kalenderjahr

Von den erstattungsfähigen Aufwendungen nach **Abschnitt A** werden folgende Selbstbeteiligungen abgezogen:

Tarif	GesundExtra 1 (GEXTRA1U)	GesundExtra 2 (GEXTRA2U)	GesundExtra 3 (GEXTRA3U)
Selbstbeteiligung in Euro	0 Euro	450 Euro	900 Euro
Selbstbeteiligung in Euro für Kinder/ Jugendliche*	0 Euro	225 Euro	450 Euro

*Die Selbstbeteiligung für Kinder und Jugendliche gilt bis zum 31. Dezember des Jahres, in dem diese das 19. Lebensjahr vollenden.

Ein Wechsel zwischen den vorgenannten Tarifen ist ohne erneute Risikoprüfung zum 01.01. eines Jahres möglich, sofern der Antrag auf Umstellung bis zu diesem Zeitpunkt vorliegt (Optionsrecht). Diese Option ist ausgeschlossen, sofern in dem Kalenderjahr, das dem Umstellungszeitpunkt vorausgeht, ein Tarifwechsel gemäß § 204 VVG erfolgte.

Leistungen für

- Vorsorgeuntersuchungen nach A. (1),
- Schutzimpfungen nach A. (1),
- Präventionskurse nach A. (1),

unterliegen nicht der Selbstbeteiligung.

Beginnt der Tarif nicht zum 1. Januar, so ermäßigt sich die Selbstbeteiligung für das erste Versicherungsjahr jeweils um ein Zwölftel für jeden nicht versicherten Monat des Kalenderjahres.

Bei unterjährigem Tarifwechsel gilt dies entsprechend für die bisherige und die neue Selbstbeteiligung. Die Regelung zur Selbstbeteiligung bei unterjährigem Tarifwechsel gilt auch für eine unterjährige Anpassung der Selbstbeteiligung (**§ 8 Abs. 3 AVB/KGAS**).



C. Leistungsbegrenzungen

Die im Tarif genannten Prozentsätze (Erstattungssatz) beziehen sich stets auf die erstattungsfähigen Aufwendungen. Zahnärztliche und kieferorthopädische Behandlung sowie Zahnersatz sind nicht versichert.

D. Pauschalerstattung und Beitragsrückerstattung

Pauschalerstattung

Für jede versicherte Person besteht ein Anspruch auf Pauschalerstattung nach folgenden Maßgaben:

Tarif	GesundExtra 1 (GEXTRA1U)	GesundExtra 2 (GEXTRA2U)	GesundExtra 3 (GEXTRA3U)
Pauschalerstattung in Euro	900 Euro	450 Euro	0 Euro
Pauschalerstattung in Euro für Kinder/ Jugendliche*	450 Euro	225 Euro	0 Euro

*Die Pauschalerstattung für Kinder und Jugendliche gilt bis zum 31. Dezember des Jahres, in dem diese das 19. Lebensjahr vollenden.

- Voraussetzung für den Anspruch auf Pauschalerstattung aus den Tarifen GesundExtra 1 und GesundExtra 2 ist, dass für die versicherte Person
 - für das abgelaufene Kalenderjahr keine Leistungen aus diesen Tarifen erstattet wurde. Hiervon ausgenommen sind Leistungen für
 - Vorsorgeuntersuchungen nach **A. (1)**,
 - Schutzimpfungen nach **A. (1)**,
 - Präventionskurse nach **A. (1)**,
 - sowie die Beitragsbefreiung während des Elterngeldbezugs nach **E**.
 - und die Beiträge für das abgelaufene Kalenderjahr bis spätestens zum 31. Januar des Folgejahres voll entrichtet wurden.
- Die Auszahlung der Pauschalerstattung erfolgt im 2. Halbjahr des Folgejahres.
- Beginnt der Tarif nicht zum 1. Januar oder ist der Tarif nicht während des gesamten abgelaufenen Kalenderjahres versichert, so ermäßigt sich die Pauschalerstattung für das abgelaufene Kalenderjahr jeweils um ein Zwölftel für jeden nicht versicherten Monat des Kalenderjahres.
- Bei einem unterjährigen Wechsel zwischen vorgenannten Tarifen wird zur Bestimmung der Höhe der Pauschalerstattung für dieses Kalenderjahr für jeden versicherten Monat ein Zwölftel der Pauschalerstattung der in diesem Monat versicherten Leistungsstufe berücksichtigt.
- Für Kalendermonate, in denen kein Versicherungsschutz in den vorgenannten Tarifen besteht, wird die Pauschalerstattung anteilig gekürzt (z. B. während einer Anwartschaft).

Beitragsrückerstattung

Beitragsrückerstattung für Leistungsfreiheit

Für leistungsfreie Versicherungsjahre kann der Versicherte jährlich eine Beitragsrückerstattung erhalten.

Allgemeine Voraussetzung und Auszahlung

Die Beitragsrückerstattung wird nach Maßgabe der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (§ 5 Abs. 26 AVB/KGAS) ausgezahlt.

E. Beitragsfreiheit während des Bezuges von Elterngeld

- Während der ersten 6 Monate des Bezuges von Elterngeld besteht beitragsfreier Versicherungsschutz. Der Bezug von Elterngeld ist innerhalb von 3 Monaten nach Bezugsbeginn nachzuweisen.
- Darüber hinaus gewährt der Versicherer den beitragsfreien Versicherungsschutz von bis zu 6 Monaten auch in den Fällen, in denen die versicherte Person nur aufgrund einer Überschreitung der Einkommensgrenzen des § 1 Abs. 8 Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz (BEEG) keinen Anspruch auf Elterngeld hat, ein Anspruch auf Elterngeld nach den bis zum 31.03.2024 geltenden Einkommensgrenzen (250.000 Euro für Alleinerziehende und 300.000 Euro für Paare) im Übrigen aber bestanden hätte. Der beitragsfreie Versicherungsschutz muss innerhalb von 3 Monaten beim Versicherer beantragt werden, nachdem die Anspruchsvoraussetzungen für einen Elterngeldbezug nach § 1 BEEG unter Berücksichtigung der bis zum 31.03.2024 geltenden Einkommensgrenzen erstmalig vorgelegen hätten. Die Voraussetzungen für die Beitragsfreiheit sind dem Versicherer innerhalb dieser Frist durch geeignete Unterlagen nachzuweisen.
- Die Beitragsfreiheit gilt nur für die versicherte Person, die Elterngeld bezieht (Beitragsfreiheit nach a)) bzw. hätte beziehen können (Beitragsfreiheit nach b)) und nur, wenn für die Person keine besonderen Bedingungen für Personen in Berufsausbildung bestehen. Die Beitragsfreiheit ist ausgeschlossen, wenn bei Beantragung des Tarifes GesundExtra die Schwangerschaft nachweislich bereits festgestellt wurde oder die Entbindung bereits stattgefunden hat.



F. Personen in Berufsausbildung

Für Personen in Berufsausbildung gelten besondere Bedingungen. Die Beiträge werden für diese Personen abweichend von **§ 8 Abs. 2 AVB/KGAS** 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. Als Alter der Person gilt der Unterschied zwischen dem jeweils aktuellen Jahr und dem Geburtsjahr analog (**§ 8 Abs. 2 Nr. 2 AVB/KGAS**). Zum 01.01. des Jahres, in dem die versicherte Person das 25., 30., 35. Lebensjahr vollendet, ist jeweils der dem Alter entsprechende Beitrag zu zahlen.

Die besonderen Bedingungen entfallen für die versicherte Person mit Ablauf des Monats, in dem

- 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.

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/KGAS** 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.

G. Umwandlungsoptionen

(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 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.

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.

(2) Ereignisse für Inanspruchnahme einer Option auf eine höherwertige Krankheitskostenvollversicherung

Folgende Ereignisse können einen Wechsel ermöglichen:

- a) Bei Abschluss einer Berufsausbildung bzw. -qualifikation (z. B. Hochschulstudium, Steuerberaterprüfung) der versicherten Person. Die Option kann nur einmalig in Anspruch genommen werden.
- b) 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.
- c) Bei Geburt eines eigenen Kindes oder Adoption eines Kindes durch die versicherte Person, allerdings erst ab dem auf die Geburt/Adoption folgenden Tag;
- d) Beginn der Berufsausbildung eines Kindes der versicherten Person (1x pro Kind);
- e) Beruflicher Statuswechsel zwischen Anstellung und Selbstständigkeit;
- f) 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;
- g) Entsendung der versicherten Person ins Ausland, sofern der Auslandsaufenthalt an die berufliche Tätigkeit gebunden ist oder im Rahmen eines universitären Studienaufenthalts stattfindet;
- h) 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.

Die Umwandlungsoption nach h) gilt nicht für versicherte Personen, die nach den Bestimmungen für die Kindernachversicherung versichert wurden.

(3) Frist zur Wahrnehmung der Optionen

Der Antrag auf Wahrnehmung dieser Option hat dem Versicherer unter Beifügung eines Nachweises über den Eintritt des Ereignisses innerhalb folgender Frist zuzugehen:

- a) Bei einer Umstellung nach h) muss der Antrag bis zum Umstellungstermin vorliegen. Die Umstellung erfolgt zum 01.07. des 6. Versicherungsjahres;
- b) 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;
- c) 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

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.

Gültig ab 04/2025

Wichtige Information zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif GesundExtra 1, GesundExtra 2, GesundExtra 3 oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden.

Pauschalerstattung und Beitragsfreiheit während des Bezuges von Elterngeld:

- Die Pauschalerstattung unterliegt nicht der Selbstbeteiligung.
- Der Erhalt der Pauschalerstattung hat keinen Einfluss auf die eventuelle Auszahlung einer erfolgsabhängigen Beitragsrück-
erstattung.
- Die Beitragsfreiheit während des Bezuges von Elterngeld unterliegt nicht der Selbstbeteiligung.
- Die Beitragsfreiheit während des Bezuges von Elterngeld führt nicht zu einer Kürzung der Pauschalerstattung.

Für welche Leistungen benötigen Sie eine Zusage vom Versicherer:

- Anschlussheilbehandlungen, die 21 Tage überschreiten, bedürfen ab dem 22. Tag eine Zusage
- Entziehungsmaßnahmen
- außerklinische Intensivpflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen
- digitale Gesundheitsanwendungen, die nicht im Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) aufgeführt sind

Informationen zum Thema Vorsorgeuntersuchungen

Detaillierte Informationen zum Thema Vorsorgeuntersuchungen entnehmen Sie unserem "Merkblatt Vorsorgeuntersuchungen"

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 Aufenthalt mit einer Gesamtdauer von bis zu 6 Monaten haben Sie 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.

