

Tarifbedingungen (AVB Teil II) für den Tarif

FlexMed Stationäre Unterbringung 1-/2-Bettzimmer

als Zusatzversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Diese Tarifbedingungen (AVB Teil II) gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung für die Tarifrheie FlexMed (ohne FlexMed Privat) (AVB Teil I), gültig ab 03.2023. Sie ergänzen und ändern die AVB Teil I im nachfolgenden Umfang.

A. Leistung des Versicherers*

1. Leistungen für stationäre Behandlung

Im Versicherungsfall werden bei einem stationären Aufenthalt folgende Leistungen erbracht:

100% der Aufwendungen

- für die gesondert berechenbare Unterbringung im Einbettzimmer oder
- für die gesondert berechenbare Unterbringung im Zweibettzimmer und
- für die Inanspruchnahme des Komfortservice und der Wahlleistungsverpflegung

2. Erstattung der Aufwendungen aus anderen Versicherungen

Soweit im Versicherungsfall eine Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen beansprucht werden kann, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor. Meldet die versicherte Person den Versicherungsfall der AXA Krankenversicherung AG, wird diese in Vorleistung treten.

3. Ersatzleistung Krankenhaustagegeld

Werden die unter Ziffer 1. beschriebenen Aufwendungen nicht geltend gemacht beträgt die Ersatzleistung pro Tag 30,00 Euro.

Werden lediglich die Aufwendungen für die gesonderte Unterbringung im Zweibettzimmer geltend gemacht, beträgt die Ersatzleistung pro Tag 20,00 Euro.

B. Beiträge

Die Höhe des Tarifbeitrages richtet sich nach dem jeweils erreichten Alter der versicherten Person. Als erreichtes Alter gilt die Differenz zwischen dem aktuellen Jahr und dem Geburtsjahr.

C. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die

1. Mitarbeiter/innen der Versicherungsnehmerin die unter den in § 1 des Gruppen(-rahmen) Vertrages bezeichneten Personenkreis fallen und Mitglieder einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung sind.
2. Familienangehörige (Ehegatten/Kinder sowie diesen gesetzlich gleichgestellten Personen) dieser Mitarbeiter/innen, die Mitglieder oder Familienversicherte einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung sind, sofern der Rahmenvertrag dies vorsieht.

Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person bei Wegfall einer der genannten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist, sofern der Rahmenvertrag nichts anderes vorsieht.

Die Versicherungsnehmerin und/oder die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person haben dem Versicherer den Wegfall einer Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit unverzüglich in Textform anzuzeigen.

D. Wartezeit

Für Personen nach C.2. gilt für Entbindungen eine Wartezeit von 8 Monaten - gerechnet vom Versicherungsbeginn an.

E. Leistungsausschlüsse

Die im Tarif genannten Prozentsätze beziehen sich stets auf den erstattungsfähigen Rechnungsbetrag.

Gültig ab 02.2024

***Vertragliche Sonderregelung für die Dauer der Zugehörigkeit im Gruppenvertrag:**

Abweichend von den geltenden Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung für die Tariffreie FlexMed (ohne FlexMed Privat) (AVB Teil I) gilt folgende Vereinbarung:

§ 2 Absatz 1, Satz 2 und 3 der AVB für die Tariffreie FlexMed (Teil I) werden durch folgende Regelung ersetzt:

Für zu Beginn des Versicherungsschutzes laufende und/oder angeratene Versicherungsfälle wird geleistet.

Hiervon ausgenommen sind zu Beginn des Versicherungsschutzes auf Grund eines bestehenden Versicherungsfalles laufende Heilbehandlungen der versicherten Person. Jede zukünftige Heilbehandlung auf Grund desselben Versicherungsfalles ist vom Versicherungsschutz umfasst.