

Tarifbedingungen (AVB Teil II) für den Tarif

FlexMed Auslandsreise

Als Zusatzversicherung zur gesetzlichen und privaten Krankenversicherung

Diese Tarifbedingungen (AVB Teil II) gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung bei Reisen für die Tarifreihe FlexMed (ohne FlexMed Privat) (AVB-R Teil I, 07.2016). Sie ergänzen und ändern die AVB-R Teil I im nachfolgenden Umfang.

A. Leistungen des Versicherers	
A. Leistungen für Behandlungen bei Reisen ins Ausland	
I. Ersatz der im Ausland entstandenen Aufwendungen zu 100% ohne Höchstsatz für,	
	<ol style="list-style-type: none"> 1. ärztliche Behandlung einschließlich Arzt-Wegegebühren und Taxikosten zum Arzt, wenn am Aufenthaltsort kein Arzt praktiziert; 2. Arznei- und Verbandmittel; 3. Folgende Heil-/Hilfsmittel: ärztlich verordnete Bäder, Massagen, medizinische Packungen, Inhalationen, Heil-/Krankengymnastik, Bestrahlungen und andere Anwendungen elektrischen Stroms. Die medizinisch notwendigen Gehstützen und Liegeschalen in einfacher Ausfertigung. 4. Röntgen-, Strahlenbehandlung und -Diagnostik; 5. Krankenhausbehandlung; 6. Transportkosten zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus; 7. schmerzstillende Zahnbehandlung und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung, nicht aber Zahnersatz jeglicher Art einschließlich Inlays/Onlays oder kieferorthopädischer Leistungen.
II. Ersatz der Mehrkosten für einen Rücktransport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus am Wohnort der versicherten Person) zu 100% sofern,	
	<ol style="list-style-type: none"> 1. dieser medizinisch sinnvoll sowie vertretbar ist und 2. vom Versicherer bzw. dessen Assistance organisiert wird oder vorab eine Zusage des Versicherers erfolgte. <p>Medizinisch sinnvoll ist ein Rücktransport insbesondere, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ die Krankenhausbehandlung im Ausland nach der Prognose des behandelnden Arztes am Aufenthaltsort die Dauer von 14 Tagen übersteigen wird oder ▪ die Kosten der Behandlung im Ausland voraussichtlich die Kosten für den Rücktransport übersteigen. <p>Die Entscheidung darüber, ob der Rücktransport medizinisch sinnvoll und vertretbar ist erfolgt durch einen beratenden Arzt des Versicherers bzw. dessen Assistance, der sich hierzu mit dem behandelnden Arzt am Aufenthaltsort berät.</p> <p>Liegen lediglich die in Ziffer 1 genannten Voraussetzungen vor, so werden die Mehrkosten eines</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rücktransportes innerhalb Europas nur bis zur Höhe von 5.000,00 EURO erstattet. ▪ Rücktransporte darüberhinausgehend nur bis zur Höhe von 10.000,00 EURO erstattet.
III. Darüber hinaus erstatten wir für:	
	<ul style="list-style-type: none"> – Überführung aus Europa bis 5.000,- Euro – aus dem übrigen Ausland bis 10.000,- Euro <p>Alle Überführungen müssen mit dem Versicherer abgestimmt werden.</p>
IV. Krankenhaustagegeld wird anstelle des Kostenersatzes geleistet bei,	
	stationärer Krankenhausbehandlung im Ausland, wenn insoweit keine Kosten geltend gemacht werden, in Höhe von täglich 30,00 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

Der Versicherungsschutz gilt jeweils für die ersten 56 Tage aller innerhalb eines Versicherungsjahres begonnenen Auslandsreisen. Endet das Versicherungsjahr während der ersten 56 Tage einer solchen Reise, gilt der Versicherungsschutz nur fort, wenn der Vertrag nicht gekündigt ist. Die Nachleistung bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit gemäß § 7 Abs. 2 AVB-R gilt auch bei Ende des Versicherungsschutzes.

Versicherungsfähig sind die Mitarbeiter/innen der Versicherungsnehmerin die unter den in § 1 des Gruppen(-rahmen) vertrages bezeichneten Personenkreis fallen und

1. Mitglieder einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung sind, oder
2. für die bei einem privaten Krankenversicherer eine Krankheitskostenversicherung nach § 193 Absatz 3 Versicherungsvertrags-gesetz (VVG) besteht, sowie
3. Familienangehörige (Ehegatten/Kinder sowie diesen gesetzlich gleichgestellten Personen) der in Ziffer 1 und 2 bezeichneten Mitarbeiter/innen, die ihrerseits Mitglieder oder Familienversicherte einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung sind oder die Voraussetzungen nach Ziffer 2 erfüllen.

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.

Gültig ab 02.2016

Wichtig bei Notfällen im Ausland – die 24-Stunden-Notrufnummer

Bei Notfällen im Ausland oder wenn ein medizinisch notwendiger Rücktransport wird – rufen Sie unsere **24-Stunden-Notrufnummer** an:

Vorwahl für Deutschland, i.d.R. (0049) 2 21 / 148 36 525

AXA organisiert dann den Rücktransport nach Deutschland