

# Vertragsgrundlage 047

Tarif: Vision B-U (VisB-U)

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die  
Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung

Seite 1 von 4

## Teil III: Krankheitskostentarif für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung für Beihilfeberechtigte

Tarif und Erstattungssätze	Tarif	Erstattungssatz		Tarif	Erstattungssatz	
		Vorsorge, ambulante und zahnärztliche Behandlung	stationäre Behandlung		Vorsorge, ambulante und zahnärztliche Behandlung	stationäre Behandlung
	VisB 15-U	15 %	15 %	VisB 35-U	35 %	35 %
	VisB 2015-U	20 %	15 %	VisB 4025-U	40 %	25 %
	VisB 20-U	20 %	20 %	VisB 40-U	40 %	40 %
	VisB 2515-U	25 %	15 %	VisB 4530-U	45 %	30 %
	VisB 25-U	25 %	25 %	VisB 45-U	45 %	45 %
	VisB 3015-U	30 %	15 %	VisB 5035-U	50 %	35 %
	VisB 30-U	30 %	30 %	VisB 50-U	50 %	50 %
	VisB 3520-U	35 %	20 %	VisB 50T-U	50 %	50 %
<b>A Leistungen des Versicherers</b>	Erstattungsfähige Aufwendungen werden entsprechend dem jeweils versicherten Prozentsatz erstattet.					
<b>B Erstattungsfähige Aufwendungen</b>	(1) Ambulante Heilbehandlung		Aufwendungen. Beauftragt der Versicherte den Versicherer nicht mit der Beschaffung und beschafft sich ein Hilfsmittel gemäß Nr. 22 Abs. 3 TB 2012 - außer Sehhilfen - anderweitig, so ist der Versicherer berechtigt, die Erstattung auf des versicherten Prozentsatzes der erstattungsfähigen Aufwendungen zu kürzen. Der Versicherer macht von seiner Kürzungsbefugnis auf 80% der erstattungsfähigen Aufwendungen keinen Gebrauch bei:			
	100 %	des versicherten Prozentsatzes für ambulante Heilbehandlung, außer Psychotherapie.				
	100 %	des versicherten Prozentsatzes für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen ohne Beschränkung auf Altersgrenzen sowie für Schutzimpfungen.		80 %		
	100 %	des versicherten Prozentsatzes für ambulante Heilbehandlung durch Heilpraktiker außer Psychotherapie.				
	80 %	des versicherten Prozentsatzes für Arznei- und Verbandsmittel bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.000,00 Euro pro Kalenderjahr und versicherter Person; danach				- orthopädischen Schuhzurichtungen/Schuh-einlagen sowie Bandagen; - Hilfsmitteln mit summenmäßiger Begrenzung gemäß Nr. 22 Abs. 3 TB 2012 - Kompressionsstrümpfe, Stoma-, Tracheostoma-artikel, Inkontinenzartikel, Herzschrittmacher, Blindenstock und Blindenhund, Blutzuckermess-geräte, Blutdruckmessgeräte; - Hilfsmitteln, die im Rahmen einer unfallbeding-ten Behandlung aus medizinischen Gründen un-mittelbar nach dem Unfall bezogen werden mussten. Die Unmittelbarkeit wird vom Versich-erer immer dann anerkannt, wenn der Zeitraum zwischen dem Unfall und der Versorgung mit dem Hilfsmittel 2 Tage nicht übersteigt.
	100 %	des versicherten Prozentsatzes. Bei Kindern und Jugendlichen werden bis zum Ablauf des Kalenderjahres, in dem das 20. Lebensjahr vollendet wird, 100 % der Kosten im Rahmen des entsprechenden tariflichen Erstat-tungssatzes für Arznei- und Verbandsmittel als erstattungsfähig zu Grunde gelegt.				
		Für ambulante Psychotherapie wird je Versicherungsfall zu				
	100 %	des versicherten Prozentsatzes für die 1. bis 30. Therapiesitzung,		100 %		des versicherten Prozentsatzes für Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen). Ab dem 15. Lebensjahr besteht eine Begrenzung bis zu einem Rechnungsbetrag auf 300,00 Euro innerhalb von drei Kalenderjahren. Bis zum 15. Lebensjahr besteht eine Begrenzung auf 100,00 Euro je Kalenderjahr.
	80 %	des versicherten Prozentsatzes ab der 31. Therapiesitzung,				
	70 %	des versicherten Prozentsatzes ab der 61. Therapiesitzung erstattet.				
	100 %	des versicherten Prozentsatzes für Behandlungen wegen unerfüllten Wunsches nach eigenen Kindern (künstliche Befruchtung).		100 %		des versicherten Prozentsatzes für Hörgeräte innerhalb von drei Kalenderjahren bis insgesamt 1.300,00 Euro pro Ohr.
	100 %	des versicherten Prozentsatzes für Hilfsmittel gemäß Nr. 22 Abs.3 TB 2012 - außer Sehhilfen -, sofern der Versicherte den Versicherer mit deren Beschaffung beauftragt. Dabei kann ein Hilfs-mittel unter Beachtung des individuellen, medi-zinisch notwendigen Bedarfs und der Wirtschaft-lichkeit 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 adäquaten		100 %		des versicherten Prozentsatzes für operative Sehschärfenkorrektur (z.B. bei medizinisch notwendiger Lasik, Lasek, Linsenimplantate) bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.000,00 EUR je Auge. Ein erneuter Anspruch besteht nach Ablauf von 10 Jahren.
				100 %		des versicherten Prozentsatzes für Heilmittel, höchstens jedoch bis zur Höhe der nach den Bei-hilferegelungen des Bundes beihilfefähigen Höchstätzen.

## B Fortsetzung

- 100 % des versicherten Prozentsatzes für Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik wie Geburtsvorbereitungskurse durch Hebammen.
- 100 % des versicherten Prozentsatzes für Sozialpädiatrie und Frühförderung.
- 100 % des versicherten Prozentsatzes für spezialisierte ambulante Palliativversorgung.
- 100 % des versicherten Prozentsatzes für Soziotherapie.
- 100 % des versicherten Prozentsatzes für Haushaltshilfe nach vorheriger Zusage.
- 100 % des versicherten Prozentsatzes für häusliche Krankenpflege (bitte setzen Sie sich vor Inanspruchnahme der Leistung mit uns in Verbindung).
- 100 % des versicherten Prozentsatzes der Transportkosten zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung / Therapieeinrichtung bei ärztlich bestätigter Geh- oder Sehfähigkeit sowie bei Unfall / Notfall, wenn für die Erstversorgung eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist.
- 80 % des versicherten Prozentsatzes für Serienfahrten bei Strahlentherapie/ Chemotherapie oder Nierendialyse zu und von der nächstgelegenen geeigneten Therapieeinrichtung. 100% bei Organisation durch den Versicherer.

**Serviceleistungen:**

Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an. Wir informieren Sie über Behandlungsmethoden, nennen Ihnen Leistungserbringer im Gesundheitswesen und sind bei der Terminvereinbarung behilflich. Bei den Hilfsmitteln, die wir aufgrund Ihres Auftrags zur Verfügung stellen, organisieren wir darüber hinaus Ihre Versorgung. Wir stehen Ihnen bei Fragen zu Vorsorgeuntersuchungen jederzeit zur Verfügung. Benötigen Sie aufgrund einer chronischen Erkrankung über einen langen Zeitraum Medikamente, erhalten Sie Informationen über die Möglichkeiten einer optimalen wirksamen Medikation.

**(2) stationäre Behandlung**

- 100 % des versicherten Prozentsatzes für stationäre Heilbehandlung wegen Krankheit, Unfallfolgen, Schwangerschaft und Entbindung. Erstattungsfähig sind ausschließlich die Kosten der allgemeinen Krankenhausleistungen, nicht aber die der privatärztlichen Behandlung und der gesondert berechenbaren Unterbringung. Sind Krankenhausleistungen nicht nach der Bundespflegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz berechnet, werden die Kosten der III. Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) der Erstattung zu Grunde gelegt. Bei Nutzung einer höheren als der versicherten Pflegeklasse werden nur die Kosten der versicherten Pflegeklasse für die Erstattung zu Grunde gelegt.
- 100 % des versicherten Prozentsatzes für einen Belegarzt, Beleghebammen und -entbindungspfleger bei stationärer Heilbehandlung in einem Krankenhaus.
- 100 % des versicherten Prozentsatzes für einen Transport zum oder vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus bei Unfall oder Notfall.
- 100 % des versicherten Prozentsatzes für allgemeine voll- und teilstationäre Hospizversorgung.

**Serviceleistungen stationäre Behandlung:**

Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an. Wir nennen Ihnen geeignete Krankenhäuser, informieren Sie über Behandlungsmethoden und holen für Sie eine ärztliche Zweitmeinung ein. Ist ein Rücktransport aus dem Ausland notwendig, organisieren wir diesen.

**(3) Rücktransport aus dem Ausland**

- 100 % des versicherten Prozentsatzes  
Bei einem Auslandsaufenthalt werden die Aufwendungen die für einen aus medizinischen Gründen erforderlichen Rücktransport, soweit sie Reisemehrkosten sind, erstattet, wenn am Ort der Erkrankung im Ausland 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 Kosten entsprechend zu kürzen. Sofern der Versicherer bei vorheriger Benachrichtigung den Rücktransport selbst organisiert oder die Kostenübernahme der entstehenden Aufwendungen für eine bestimmte Transportart schriftlich zugesagt hat, wird insoweit auf eine Kürzung der Erstattung verzichtet.

**(4) Zahnärztliche Heilbehandlung**

- 100 % des versicherten Prozentsatzes für von Zahnärzten berechneten prophylaktische zahnärztliche Leistungen, namentlich professionelle Zahnreinigung, die Erstellung eines Mundhygienestatus und Unterweisung zur effektiven Mundpflege, Kontrolle des Erfolges der Unterweisung und weitere Anleitung, lokale Fluoridierung zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz sowie die Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren mit aushärtenden Kunststoffen;
- 100 % des versicherten Prozentsatzes für Zahnbehandlung einschließlich kieferorthopädischer Leistungen;
- 100 % des versicherten Prozentsatzes für Zahnersatz, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Behandlungen, wenn vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan eingereicht und vom Versicherer genehmigt wird. Dieser ist nur dann einzureichen, wenn die geplante Maßnahme laut Heil- und Kostenplan den Betrag von 1.000,00 Euro übersteigt. Reicht der Versicherungsnehmer einen Heil- und Kostenplan nicht rechtzeitig zur Prüfung ein, wird der halbe Erstattungsprozentsatz zu Grunde gelegt.

**Zahnersatz:**

Als Zahnersatz gelten prothetische Leistungen einschließlich der Versorgung mit Kronen jeder Art, Inlays, Onlays und gehämmerte Füllungen, Reparaturen, die Eingliederung von Aufbissbehelfen und -schielen.

**Implantate:**

- 100 % des versicherten Prozentsatzes für zwei Implantate pro Kiefer während der gesamten Verweildauer in diesem Tarif, wenn vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan eingereicht und vom Versicherer genehmigt wird, sofern sie wie folgt verwendet werden:
  - zur Versorgung einer Einzelzahnücke, wenn beide benachbarte Zähne intakt und nicht überkronungsbedürftig sind;
  - zur Versorgung einer Freidendücke, wenn mindestens die Zähne acht und sieben fehlen,
  - zur Fixierung einer Totalprothese.
 Mit besonderer Begründung bei Einzelzahnücken oder zur Fixierung einer Totalprothese sind die Aufwendungen für maximal 4 Implantate pro Kiefer (einschließlich bereits vorhandener Implantate) erstattungsfähig. Reicht der Versicherungsnehmer den Heil- und Kostenplan nicht rechtzeitig zur Prüfung ein, wird der halbe Erstattungsprozentsatz zu Grunde gelegt.

<p><b>B Fortsetzung</b></p>	<p>Mit Ausnahme der Aufwendungen für konservierende Zahnbehandlung und prophylaktische Leistungen, sind ab Beginn der Versicherung in diesem Tarif für</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zahnersatz, Implantate, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Behandlungen sowie für</li> <li>- Kieferorthopädie</li> </ul> <p>in den ersten 24 Monaten Aufwendungen höchstens bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.000,00 EUR und in den ersten 48 Monaten insgesamt höchstens bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.000,00 EUR erstattungsfähig. Das jeweilige Behandlungsdatum ist für die Zuordnung zu den genannten Zeiträumen maßgeblich. Bei zahnärztlicher Heilbehandlung aufgrund von Unfällen gibt es keine Begrenzung durch die Zahnstaffel.</p>	<p>Aufwendungen für gesondert berechnungsfähige zahn-technische Material- und Laborkosten erstattet der Versicherer bis zu den in der Sachkostenliste II aufgeführten Höchstbeträgen.</p> <p><b>Serviceleistung zahnärztliche Behandlung:</b> Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an. Wir informieren Sie über Behandlungsmethoden, nennen Ihnen Leistungserbringer im Gesundheitswesen und sind bei der Terminvereinbarung behilflich.</p> <p>(5) Weitere Leistungen der AVB Der Versicherer erstattet auch für alle übrigen in den AVB (Teil I und II) enthaltenen Leistungen entsprechend dem versicherten Prozentsatz.</p>
<p><b>C Auszahlungsverfahren</b></p>	<p>Es werden die entstandenen Aufwendungen erstattet, wenn die zur Erstattung eingereichten Rechnungen einen Betrag von insgesamt 200,00 Euro übersteigen. Erreichen</p>	<p>die Aufwendungen diese Grenze innerhalb von 10 Monaten nicht, können die Belege ungeachtet der vorgenannten Grenze eingereicht werden.</p>
<p><b>D Versicherungsfähigkeit</b></p>	<p>Versicherungsfähig sind aktive sowie pensionierte beihilfeberechtigte Beamte, Richter und Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge. Berücksichtigungsfähige Familienangehörige und Lebenspartner können ebenfalls</p>	<p>in diesem Tarif mitversichert werden. Neben einer Versicherung in diesem Tarif kann eine Versicherung nach den Tarifreihen BN1 und BN2 weder abgeschlossen noch aufrecht erhalten werden.</p>
<p><b>E Besondere Bestimmungen für Beihilfeberechtigte</b></p>	<p>Es können nur Tarife gewählt werden, deren Erstattungsleistungen zusammen mit Beihilfeansprüchen für die versicherte Person 100 % der Aufwendungen für die versicherten Krankheitskosten betragen. Der Versicherer ist berechtigt, den Versicherungsschutz auch während der gesamten Versicherungsdauer ggf. entsprechend herabzusetzen. Eine insoweit erfolgte Tarifumstellung kann jedoch frühestens zum 1. des Monats erfolgen, der der Mitteilung an den Versicherungsnehmer folgt. Erhöht sich der Beihilfeanspruch für eine versicherte Person, wird der Versicherungsschutz entsprechend herabgesetzt. Die Herabsetzung erfolgt rückwirkend zum Änderungszeitpunkt, wenn die Änderung dem Versicherer innerhalb von 6 Monaten nach In-Kraft-Treten der Änderung mitgeteilt wird. Ansonsten wird der Versicherungsschutz ab Zugang der Mitteilung herabgesetzt.</p> <p>Vermindert sich der Beihilfeanspruch für eine versicherte Person oder entfällt er, nimmt der Versicherer auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Erhöhung des Versicherungsschutzes im Rahmen der bestehenden Tarife vor. Die Anpassung wird ohne erneute Risikoprüfung und</p>	<p>Wartezeiten zum Zeitpunkt der Änderung vorgenommen, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- der Antrag innerhalb von sechs Monaten nach In-Kraft-Treten der Änderung gestellt wird,</li> <li>- für die beantragten Leistungen bereits im Rahmen dieses Tarifs Leistungen vereinbart waren und</li> <li>- der Versicherungsnehmer den Versicherungsschutz nur soweit erhöhen will, dass dadurch die Minderung oder der Wegfall des Beihilfeanspruchs ausgeglichen wird (höchstens bis zur vollen Kostendeckung).</li> </ul> <p>Die Gründe für die Änderung des Beihilfeanspruchs sind anzugeben und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen. Wird der Versicherer später informiert, wird der Versicherungsschutz ab dem Zeitpunkt des Zugangs der Mitteilung erhöht. Im Übrigen gilt § 8 a Abs. 4 der MB/KK 2009. Die Versicherung in Tarif VisB 50T-U wird bei Eintritt in den Ruhestand auf den Tarif VisB 30-U umgestellt, spätestens zum Ersten des folgenden Kalenderjahres, in dem der Versicherte die gesetzliche Altersgrenze für den Ruhestand erreicht. Die bisher erworbenen Rechte und die Alterungsrückstellung werden angerechnet.</p>
<p><b>F Besondere Bedingungen für Personen in der Berufsausbildung</b></p>	<p>1. Versicherungsfähig zu diesen Besonderen Bedingungen sind</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst sowie deren berücksichtigungsfähige nicht berufstätige Ehegatten sowie deren berücksichtigungsfähige Lebenspartner, jeweils bis zur Vollendung des 34. Lebensjahres.</li> <li>b) in Berufsausbildung stehende oder studierende Kinder, für die Anspruch auf Beihilfe besteht und die weder Dienstbezüge nach Besoldungsordnungen noch Vergütungen nach Tarifverträgen erhalten.</li> </ul> <p>2. Die Besonderen Bedingungen entfallen für die versicherte Person mit Ablauf des Monats, in dem</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) die Ausbildung endet,</li> <li>b) die Ausbildung aufgegeben oder für mehr als 6 Monate unterbrochen wird (es sei denn, die Unterbrechung erfolgt wegen Elternzeit),</li> <li>c) der Anspruch auf Beihilfe entfällt,</li> <li>d) das 34. Lebensjahr vollendet wird.</li> </ul> <p>Entfallen die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit eines Beamten auf Widerruf, entfallen diese Besonderen Bedingungen auch für den mitversicherten Ehegatten oder Lebenspartner mit Ablauf des Monats, in dem er eine</p>	<p>Berufstätigkeit aufnimmt bzw. er einen eigenen Beihilfeanspruch erhält oder Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erlangt.</p> <p>Der Versicherungsschutz wird ab dem Ersten des Monats, der auf den Eintritt eines der genannten Ereignisse folgt, zu den normalen Bedingungen (AVB) weitergeführt. Ab diesem Zeitpunkt ist der dann geltende Beitrag für den Neuzugang zu zahlen, der dem erreichten Eintrittsalter entspricht. Ändert sich mit dem Wegfall der Besonderen Bedingungen der Beihilfebemessungssatz, passt der Versicherer den Versicherungsschutz auf Antrag des Versicherungsnehmers im Rahmen der für den Neuzugang offenen Tarife mit vergleichbaren Leistungen bedarfsgerecht an. 3. Der zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem Alter der versicherten Person bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter). Nach jeweils 36 Monaten Laufzeit wird der Beitrag dem für Neuzugänge gültigen Beitrag angepasst. Dessen Höhe richtet sich nach dem dann erreichten Alter, welches nach den Grundsätzen zur Berechnung des Eintrittsalters ermittelt wird.</p>

F Fortsetzung	<p>4. In den Beiträgen für die Krankheitskostenversicherung unter Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen ist kein Anteil für die Bildung einer Alterungsrückstellung vorgesehen.</p> <p>5. Zu den unter 2. genannten Ereignissen ist innerhalb</p>	<p>von 2 Monaten seit Eintritt des Ereignisses ein geeigneter Nachweis beim Versicherer einzureichen.</p> <p>Für die Dauer der Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen wird der für die versicherte Person bestehende Tarif durch ein angehängtes "A" gekennzeichnet.</p>
G Umwandlungsoption	<p><b>1. Umfang/Inhalt der Umwandlungsoption</b> Versicherte Personen dieses Tarifs können durch Ausübung dieser Option bei den unter Punkt 2. genannten Ereignissen ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten die Umstellung in einen Tarif mit umfassenderen Leistungen verlangen, wenn in der gewünschten beihilfekonformen Krankheitskostenvollversicherung Versicherungsfähigkeit besteht. Die Option ermöglicht im Rahmen einer beihilfekonformen Krankheitskostenvollversicherung auch den Neuabschluss eines Tarifs für stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer bei einem Krankenhausaufenthalt und / oder des jeweils zutreffenden Beihilfeergänzungstarifs und / oder den Neuabschluss bzw. Erhöhung einer Krankentagegeldversicherung bis maximal in der Höhe der stationären Beihilfekürzungen, sofern dieser Schutz nicht bereits vorhanden ist. 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> <p>Diese Option gilt nicht</p> <p>a) für versicherte Personen, deren Vertrag nur aufgrund einer seitens des Versicherers bestehenden Annahmeverpflichtung zustande gekommen ist oder</p> <p>b) sofern der bei Abschluss dieses Tarifs vorhandene Versicherungsschutz zusammen mit dem Anspruch auf Beihilfe unter oder über 100 % liegt.</p>	<p><b>2. Ereignisse für Inanspruchnahme einer Option auf eine höherwertige Krankheitskostenvollversicherung</b> Folgende Ereignisse können einen Wechsel ermöglichen:</p> <p>a) Erste Verbeamtung auf Probe bzw. erste Verbeamtung auf Zeit;</p> <p>b) Einmalig bei Eheschließung der versicherten Person. In diesem Fall behalten eingetretene Versicherungsfälle den Versicherungsschutz in dem Umfang, in dem er vor Ausübung der Option bestand.</p> <p>c) Bei Geburt eines eigenen Kindes oder Adoption eines Kindes durch die versicherte Person, allerdings erst ab dem auf die Geburt / Adoption folgenden Tag;</p> <p>d) Beginn der Berufsausbildung eines Kindes der versicherten Person (1x pro Kind);</p> <p>e) Wegfall des letzten Kindes der versicherten Person aus der Beihilfe;</p> <p>f) Versicherte Personen, die erstmalig eine Krankheitskostenvollversicherung bei der AXA Krankenversicherung abschließen, können zu Beginn des 6. Versicherungsjahres einmalig eine Umstellung verlangen, sofern vor dem Umstellungszeitpunkt 5 Versicherungsjahre lang ununterbrochener Versicherungsschutz bestand.</p> <p>Die Umwandlungsoption f) gilt nicht für versicherte Personen, die nach den Bestimmungen für die Kindernachversicherung versichert wurden.</p> <p><b>3. Frist zur Wahrnehmung der Option</b> Der Antrag auf Wahrnehmung dieser Option hat dem Versicherer unter Beifügung eines Nachweises über den Eintritt des Ereignisses innerhalb folgender Frist zuzugehen:</p> <p>a) Bei einer Umstellung nach f) muss der Antrag bis zum Umstellungstermin vorliegen. Die Umstellung erfolgt zu Beginn des 6. Versicherungsjahres.</p> <p>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.</p> <p>c) In allen übrigen Fällen beträgt die Frist zwei Monate ab Eintritt des Ereignisses. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung.</p>
H Bonifikation	<p><b>1. Beitragsrückerstattung</b> Für leistungsfreie Versicherungsjahre kann der Versicherte nach Maßgabe der Allgemeinen Versicherungsbedingungen jährlich eine Beitragsrückerstattung erhalten.</p>	<p><b>2. Verhaltensbonus</b> Für bestimmte vom Versicherer vorgegebene Verhaltensweisen des Versicherten, die die Qualität oder Wirtschaftlichkeit einer Heilbehandlung steigern, kann der Versicherer weitere Bonuszahlungen ausloben (Verhaltensbonus). Art, Umfang und Voraussetzungen der Bonifikation werden den Versicherten zu Beginn jeden Versicherungsjahres mitgeteilt.</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 10/2013