

Vorschlag zur KRANKENVERSICHERUNG

bei der DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung
Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung AG

Der Vorschlag gilt vorbehaltlich Ihrer Antragstellung, der Antragsprüfung sowie der Antragsannahme.

Für **Frau**
Andrea Musterfrau

Geboren am 01.01.1992

Der Versicherungsschutz ist abgestimmt auf die Beihilfavorschriften als Beihilfeberechtigter mit max. 1 Kind in Bayern.

Ihr Beihilfebemessungssatz

- bei ambulanter Heilbehandlung 50 %
 - bei zahnärztlicher Behandlung 50 %
 - bei Krankenhausaufenthalt im Mehrbettzimmer (Regelleistungen) 50 %
 - bei Krankenhausaufenthalt im Zweibettzimmer (Wahlleistungen) gekürzt um EUR 7,50 50 %
 - bei Krankenhausaufenthalt und Inanspruchnahme der privatärztlichen Behandlung (Wahlleistungen) gekürzt um EUR 25,00 50 %
- Mehrkosten der Unterbringung und Verpflegung im Einbettzimmer sind nicht beihilfefähig.

Unser Vorschlag für Sie (Beginn 01.10.2020)	Tarif	Beitrag in EUR monatlich
Ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung		
50% für ambulante Behandlungen	VisB 50T-U	182,45
50% für stationäre Behandlungen (Regelleistungen)		
50% für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie		
Option auf höheren Versicherungsschutz		
Gesetzlicher Zuschlag		10,95
Stationäre Heilbehandlung, Ergänzung		
50% für Behandlung durch den Chefarzt oder Spezialisten	BW2 50T-U	15,57
Freie Krankenhauswahl		
Unterbringung im Zweibettzimmer		
Gesetzlicher Zuschlag		0,93
Beihilfeergänzung		
Beihilfeergänzung	BN3/2 50-U	4,47
Gesetzlicher Zuschlag		0,45
Stationäre Heilbehandlung, Ergänzung		
100% der Differenzkosten für die Unterbringung im Einbettzimmer	BWE-U	5,83
Gesetzlicher Zuschlag		0,58
Pflegepflichtversicherung		
Tarifbeitrag	PVB	17,79

Krankenhaustagegeld		
EUR 33 Krankenhaustagegeld	KHT-U/033	7,46
Kurkosten-Versicherung		
EUR 250 Kostenersatz je Tag bei einer Genesungskur,	KUR-U/250	4,75
EUR 2.500 Kostenersatz insgesamt bei einer sonstigen Kur		
Gesetzlicher Zuschlag		0,48
<hr/>		
Summe der monatlichen Beiträge		238,32
Gesetzlicher Zuschlag zur Sicherung der Beiträge im Alter		13,39
monatlicher Gesamtbeitrag inklusive gesetzlichem Zuschlag		251,71

Tarifbeschreibung zum Vorschlag zur KRANKENVERSICHERUNG

bei der DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung
Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung AG vom 13.07.2020

Für **Andrea Musterfrau, 01.01.1992**

Ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung (Tarif Vision B-U)

die Krankenversicherung für Beamtinnen und Beamte – mit medizinischem Service.

Ambulant (Leistungshöhe: je nach versichertem Prozentsatz)

Erstattet werden:

- die Kosten für Arzt- und Heilpraktikerbehandlung (bei freier Arzt- und Heilpraktikerwahl)
- die Kosten für Arznei- und Verbandmittel
- die Kosten für physikalisch-medizinische Behandlungen, z.B. Massagen, Inhalationen, Krankengymnastik
- die Kosten für Hilfsmittel
- die Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen
- Schutzimpfungen
- Psychotherapie durch niedergelassene Ärzte mit psychotherapeutischer Facharztausbildung oder entsprechender Zusatzqualifikation, approbierte Psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Medizinische Serviceleistungen

- Information bei Notwendigkeit psychotherapeutischer Behandlung
- Informationen über Behandlungsmethoden
- Nennen von Behandlern
- Hilfe bei der Terminvereinbarung

Besondere Leistungsaussagen

- GOÄ-Begrenzung:
Tarifliche Leistungen erfolgen bis zum Höchstsatz der Gebührenordnung für Ärzte.
- Leistungen der Heilpraktiker werden im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) erstattet.
- Homöopathie:
tarifliche Erstattung bei Verordnung durch Arzt/Heilpraktiker
- Arznei- und Verbandmittel sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.000 EUR zu 80% erstattungsfähig. Darüber hinaus zu 100%. (Bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres entfällt die 80%-Regelung.)
- Physikalisch-medizinische Behandlungen: Erstattung bis zur Höhe der nach den Beihilfevorschriften des Bundes beihilfefähigen Höchstsätze.
- Sehhilfen (einschließlich Brillenfassungen) werden ab dem 15. Lebensjahr innerhalb von 3 Kalenderjahren bis zu einem Rechnungsbetrag von 300 EUR, bis zum 15. Lebensjahr bis zu einem Rechnungsbetrag von 100 EUR je Kalenderjahr erstattet.
- Hörgeräte sind innerhalb von drei Kalenderjahren bis insgesamt 1.300 EUR pro Ohr erstattungsfähig
- Erstattungsfähige Hilfsmittel:
Sofern die Beschaffung über den Versicherer erfolgt (Sehhilfen, Hörgeräten beispielsweise ausgenommen) sind 100% des versicherten Prozentsatzes erstattungsfähig – bei anderweitiger Beschaffung kann die Erstattung auf 80% des versicherten Prozentsatzes gekürzt werden.
- tarifliche Leistungen für Impfungen, die von der ‚Ständigen Impfkommision des Robert-Koch-Institutes‘ (STIKO) empfohlen werden, ausgenommen Impfungen für Fernreisen
- Psychotherapie: Erstattungsfähig sind je Behandlungsfall bis zur 30. Therapiesitzung 100%, ab der 31. Therapiesitzung 80%, ab der 61. Therapiesitzung 70% der Aufwendungen bis zu den Höchstsätzen der in Deutschland geltenden Gebührenordnung. Eine Zusage vor Behandlungsbeginn ist nicht erforderlich.

Stationär (Leistungshöhe: je nach versichertem Prozentsatz)

Erstattet werden:

- die Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen (bei freier Wahl des Krankenhauses, jedoch ohne die Wahlleistungen)
- die Kosten für einen medizinisch notwendigen Transport zum und vom nächstgelegenen aus medizinischer Sicht geeigneten Krankenhaus, sowie für einen medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten Rücktransport aus dem Ausland

Medizinische Serviceleistungen

- Nennung von Krankenhäusern

- Information zu Behandlungsmethoden
- Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung
- Organisation des notwendigen Rücktransportes

Besondere Leistungsaussagen

- Anstalten, gemischte:
Leistung im Falle einer medizinisch notwendigen Weiterbehandlung im unmittelbaren Anschluss an die stationäre Behandlung nach Herztransplantation, Bypassoperation, akutem Herzinfarkt und/oder Reinfarkt, Bandscheibenoperation, Gelenkersatzoperation, Nierentransplantation, Hirninfarkt und -blutung (Schlaganfall), schweren Schädel-Hirnverletzungen oder Krebsoperation bzw. -bestrahlung. Ferner leisten wir bei Aufnahme infolge Unfalls oder akuter Behandlungsbedürftigkeit. Bei medizinisch notwendiger Psychotherapie leisten wir, sofern wir vor Beginn der Behandlung Leistungen schriftlich zugesagt haben.
- Rücktransport Ausland:
ja, bei medizinischer Notwendigkeit zur stationären Behandlung in ein geeignetes Krankenhaus in Deutschland
- Schwangerschaftsunterbrechung:
tarifliche Leistung bei medizinischer, genetischer und kriminologischer Indikation
- Sterilisation:
tarifliche Leistung bei Vorliegen der medizinischen Notwendigkeit
- Weltgeltung:
6 Monate, darüber hinaus solange Transportunfähigkeit besteht

Zahnärztliche Behandlung (Leistungshöhe: je nach versichertem Prozentsatz)

Erstattet werden:

- nach der Gebührenordnung für Zahnärzte berechnete prophylaktische zahnärztliche Leistungen inklusive professioneller Zahnreinigung
(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 ausgehärteten Kunststoffen).
- die Kosten für Zahnbehandlung
- die Kosten für Zahnersatz, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen.
- die Kosten für Implantate. Die Leistung ist beschränkt auf zwei Implantate pro Kiefer (einschließlich bereits vorhandener Implantate). In Ausnahmefällen werden die Aufwendungen für maximal 4 Implantate pro Kiefer (einschließlich bereits vorhandener Implantate) erstattet (mit besonderer Begründung bei Einzelzahnlücken oder zur Fixierung einer Totalprothese).
- GOZ-Begrenzung:
tarifliche Leistungen erfolgen bis zum Höchstsatz der Gebührenordnung für Zahnärzte
- Material- und Laborkosten bis zur Höhe der im Preisverzeichnis angegebenen Beträge

Vor Beginn von Maßnahmen für Zahnersatz, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie Implantate ab einem Rechnungsbetrag von 1.000 EUR ist ein Heil- und Kostenplan vorzulegen. Wird dieser vor Behandlungsbeginn nicht vorgelegt, so ermäßigt sich die tarifliche Leistung um die Hälfte.

Zahnstaffel gilt für

- Zahnersatz, Implantate, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Behandlungen, Kieferorthopädie. Sie entfällt bei Unfällen.
- In den ersten 24 Monaten sind Aufwendungen höchstens bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.000 EUR erstattungsfähig.
- In den ersten 48 Monaten sind Aufwendungen höchstens bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.000 EUR erstattungsfähig.

Medizinische Serviceleistungen

- Information über Behandlungsmethoden
- Nennung von Behandlern
- Hilfe bei Terminvereinbarung

Auszahlungsverfahren

Belege können eingereicht werden, sobald die eingereichten Rechnungen einen Betrag von insgesamt 200 EUR übersteigen. Erreichen die Aufwendungen diese Grenze innerhalb von 10 Monaten nicht, können die Belege unabhängig von diesem Erstattungsbetrag eingereicht werden.

Umwandlungsoption

Sie können zu bestimmten Anlässen ohne erneute Gesundheitsprüfung Ihren Tarif in einen umfassenderen oder höherwertigeren Krankenversicherungsschutz umstellen. Anlässe sind:

- Erste Verbeamtung auf Probe bzw. auf Zeit
- Einmalig bei Eheschließung
- Geburt eines Kindes
- Beginn der Berufsausbildung eines Kindes
- Wegfall des letzten Kindes aus der Beihilfe

Darüber hinaus können Sie zu Beginn des 6. Versicherungsjahres in einen umfassenderen oder höherwertigeren Krankenversicherungsschutz umstellen, wenn der Versicherungsschutz 5 Jahre ununterbrochen bestanden hat und nicht im Rahmen einer Kindernachversicherung abgeschlossen wurde. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem Tarifblatt.

Beitragsrückerstattung

Tarife, Verwendung und Höhe der Beitragsrückerstattung werden jährlich vom Vorstand des Versicherers neu festgelegt. Für 2020 gilt:

Unter folgenden Voraussetzungen können Sie für Tarif Vision B-U eine Beitragsrückerstattung erhalten:

- Aus Tarif Vision B-U werden von Ihnen während des gesamten Kalenderjahres - außer für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlichen Programmen und Schutzimpfungen - keine Leistungen in Anspruch genommen und
- Sie bleiben während des gesamten Kalenderjahres im Tarif Vision B-U ununterbrochen versichert und
- Sie bleiben über das Jahr hinaus mindestens bis zum 30.06. des folgenden Jahres im Tarif Vision B-U weiter versichert.

Sofern Sie Vision B-U als Ausbildungstarif versichert haben, erhalten Sie 50% der gezahlten Beiträge für alle versicherten Ausbildungstarife mit Ausnahme des Krankenhaustagegeldes und der Kurkostenversicherung. Ausgezahlt wird jeweils der Beitrag ohne gesetzlichen Zuschlag.

Für alle übrigen versicherten Personen gilt:

Die Höhe der Beitragsrückerstattung (BRE) ist abhängig vom Alter und der versicherten Prozentstufe für ambulante Leistungen.

Alter	Höhe der BRE
bis 19	5 EUR je Prozentstufe für ambulante Leistungen
ab 20	10 EUR je Prozentstufe für ambulante Leistungen

Beispiel: Tarife VsiB 50T-U, VisB 5035-U, Alter ab 20
 BRE = 50 * 10 EUR = 500 EUR.

Eine Beitragsrückerstattung wird nur für versicherte Zeiten mit Leistungsanspruch gewährt, also z.B. nicht während einer Anwartschaftsversicherung.

Die Beitragsrückerstattung wird im Herbst des folgenden Jahres ausgezahlt.

Verhaltensbonus

Tarife, Verwendung und Höhe der Verhaltensboni werden jährlich vom Vorstand des Versicherers neu festgelegt. Für 2020 gilt:

Versicherte ab 20 Jahre können folgende Verhaltensboni bekommen:

- 25 EUR pro Jahr, wenn Sie im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung einen Body-Maß-Index im Normalbereich nachweisen.
- 50 EUR pro Jahr bei Vorlage des Nachweisformulars über die aktive Mitgliedschaft in einem Fitness-Studio oder Vorlage eines aktuellen deutschen Sportabzeichens.

Stationäre Heilbehandlung; Ergänzung (Tarif BW2-U)

Erstattet werden gemäß dem versicherten Prozentsatz

- die Kosten für die gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer und für gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen bei stationärer Heilbehandlung wegen Krankheit, Unfall, Schwangerschaft, Entbindung und Fehlgeburt.
Erstattung auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus bei rechtsgültiger Vereinbarung gemäß §2 GOÄ. In diesem Rahmen werden auch nach Anrechnung von Beihilfeleistungen verbleibende Kosten erstattet.
- die Unterbringungskosten (max. 5 Tage) für eine Begleitperson eines Kindes bis zum 5. Lebensjahr.
- Werden keine Wahlleistungen im vereinbarten Umfang in Anspruch genommen, besteht neben der Kostenerstattung ein Anspruch auf Krankenhaustagegeld.

Beihilfeergänzung (Tarif BN3-U)

In diesem Tarif erstatten wir nach Vorleistung durch die Beihilfe und unter Anrechnung der Leistungen aus dem Tarif Vision B die verbleibenden Aufwendungen für

- für Heilpraktikerleistungen im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH)
Diese sind üblicherweise bis zum Mindestsatz des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) beihilfefähig. Heilpraktiker stellen jedoch in der Regel höhere Kosten in Rechnung. Der Tarif BN3 leistet für den verbleibenden Kostenanteil, wenn der Heilpraktiker einen höheren Satz innerhalb des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker berechnet.
- Hilfsmittel gemäß dem für Tarif Vision B genannten Hilfsmittelkatalog.
Sofern die Beschaffung über den Versicherer erfolgt (Sehhilfen, Hörgeräten beispielsweise ausgenommen) sind 100% des versicherten Prozentsatzes erstattungsfähig – bei anderweitiger Beschaffung kann die Erstattung auf 80% des versicherten Prozentsatzes gekürzt werden.
- Sehhilfen (einschließlich Brillenfassungen). Die im Tarif Vision B vereinbarten Höchstsätze gelten auch für den Tarif BN3 (diese sind: Sehhilfen (einschließlich Brillenfassungen) werden ab dem 15. Lebensjahr innerhalb von 3 Kalenderjahren bis zu einem Rechnungsbetrag von 300,00 EUR, bis zum 15. Lebensjahr bis zu einem Rechnungsbetrag von 100,00 EUR je Kalenderjahr erstattet).
- Hörgeräte. Die im Tarif Vision B vereinbarten Höchstsätze gelten auch für den Tarif BN3 (diese sind: Hörgeräte sind innerhalb von 3 Kalenderjahren bis insgesamt 1.300,00 EUR pro Ohr erstattungsfähig)
- für besonders berechnete Material und Laborkosten bei Zahnersatz entsprechend der Zahn-Sachkostenliste II.
- Die Aufwendungen für Material- und Laborkosten sind in der Regel nur noch zwischen 40% und 60% bis zur angemessenen Preislage beihilfefähig (Abweichungen in einzelnen Bundesländern). Der Tarif Vision BN3 leistet den verbleibenden Kostenanteil, soweit die Material- und Laborkosten die in der Zahn-Sachkostenliste II angegebenen Rechnungshöchstbeträge nicht übersteigen. Erstattungsfähig sind nur die Aufwendungen, für die ein Leistungsanspruch nach Tarif Vision B besteht. Die Zahnstaffel des Tarifes Vision B findet auch in der Tarifgruppe BN3 Anwendung.

Behandlungen bei Auslandsaufenthalten

Die Beihilfe erkennt Kosten für die Heilbehandlung bei privaten Auslandsreisen maximal bis zum ortsüblichen Satz im Inland an. Kosten für einen medizinisch notwendigen Rücktransport aus dem Ausland sind nicht beihilfefähig. Der Tarif Vision BN3 erstattet nach Vorlage der Rechnungen sowie des entsprechenden

Beihilfebescheids bei einem vorübergehenden Aufenthalt im Ausland bis zu 6 Monaten Dauer die

- verbleibenden Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlung und medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten Rücktransport,
- außerdem Überführungskosten der Leiche beim Tod der versicherten Person im Ausland bis zu 10.000,00 EUR oder
- Bestattungskosten im Ausland bis zu 5.000,00 EUR.

Selbstbeteiligungen und Kostendämpfungspauschalen des Beihilfeberechtigten sind nicht erstattungsfähig.

Stationäre Heilbehandlung; Ergänzung (Tarif BWE-U)

Erstattet werden:

- die Differenzkosten zwischen dem Zuschlag für die Unterkunft im Ein- und dem im Zweibettzimmer zu 100%.
- Ist der Tarif BWE versichert und wird ein Zweibettzimmer aufgesucht, wird ein Krankenhaustagegeld von 25,00 EUR gezahlt.

Pflegepflichtversicherung für Beihilfeberechtigte (Tarif PVB)

1. Häusliche Pflege (inkl. Beihilfeanspruch)

Im Pflegefall werden die Pflegekosten für eine Fachkraft erstattet, oder ein Pflegegeld für die Pflege durch Laien (Verwandte/ Freunde) gezahlt. Eine Kombination ist ebenfalls möglich. Die monatlichen Höchstsätze in Euro sind nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit gestaffelt:

Pflege durch Fachkraft		Pflege durch Laien	
Pflegegrad 1 :	125,00	Pflegegrad 1 :	0,00
Pflegegrad 2 :	689,00	Pflegegrad 2 :	316,00
Pflegegrad 3 :	1.298,00	Pflegegrad 3 :	545,00
Pflegegrad 4 :	1.612,00	Pflegegrad 4 :	728,00
Pflegegrad 5 :	1.995,00	Pflegegrad 5 :	901,00

Ist eine Pflegeperson verhindert z.B. durch Unfall, sind Leistungen bis 1.612,00 EUR je Kalenderjahr vorgesehen.

2. Stationäre Pflege (inkl. Beihilfeanspruch)

Bei Pflege in Pflegeheimen werden die Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen erstattet. Die monatlichen Höchstsätze in Euro:

Pflegegrad 1 :	125,00
Pflegegrad 2 :	770,00
Pflegegrad 3 :	1.262,00
Pflegegrad 4 :	1.775,00
Pflegegrad 5 :	2.005,00

3. Hilfsmittel und Verbesserung des Wohnumfeldes (inkl. Beihilfeanspruch)

Erstattet werden Aufwendungen für technische Hilfsmittel (sofern leihweise Überlassung nicht möglich), zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel bis 40,00 EUR pro Monat sowie Aufwendungen zur Verbesserung des Wohnumfeldes bis 4.000,00 EUR je Maßnahme.

Krankenhaustagegeld (Tarif KHT-U)

Für den Fall einer stationären Heilbehandlung bringt eine Krankenhaustagegeldversicherung viele Vorteile. Die Auszahlung ist steuerfrei und kann nach Ihren Wünschen genutzt werden, z.B. für

- zusätzlichen Service im Krankenhaus wie Telefon, TV, Taxikosten für die Familie
- Beschäftigung einer Haushaltshilfe
- Ausgleich für entgangene Überstundenzulagen, Provisionen, Spesen
- die Zahlung von Zuschlägen z.B. für die Unterbringung im Einbettzimmer

Sie erhalten das versicherte Krankenhaustagegeld für jeden Tag einer stationären Heilbehandlung im Krankenhaus wegen Krankheit, Unfallfolgen, Schwangerschaft und Entbindung.

Bei ärztlicher Einweisung in einen Sanitätsbereich oder eine diesem gleichstehende Einrichtung wird das Krankenhaustagegeld nach einem ununterbrochenen Aufenthalt von 7 Tagen für jeden folgenden Tag eines solchen Aufenthaltes gezahlt.

Wir zahlen das Krankenhaustagegeld auch bei Psychotherapie, soweit sie in einem öffentlichen und privaten Krankenhaus durchgeführt wird, das unter ständiger ärztlicher Leitung steht, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügt und Krankengeschichten führt, jedoch für höchstens 30 Behandlungstage im Kalenderjahr.

Kurkosten-Versicherung (Tarif KUR-U)

Bei einer Genesungskur in einem Kur- oder Badeort sowie in einer Heilstätte (Sanatorium) erstattet der Versicherer folgende Aufwendungen:

- Unterkunft und Verpflegung
- Leistungen der Ärzte
- Arznei- und Verbandmittel
- Heilmittel
- Kurplan und Kurtaxe

Diese Aufwendungen werden bis zu 1,- EUR täglich je versicherter Stufe (längstens bis zur Dauer von 30 Tagen) erstattet. Anstelle des Kostenersatzes kann auch ein Kurtagegeld von 0,50 EUR je versicherter Stufe (längstens für die Dauer von 30 Tagen) in Anspruch genommen werden.

Als Genesungskur gilt ein medizinisch notwendiger Kuraufenthalt, der spätestens 6 Monate nach Ablauf einer stationären Krankenhausbehandlung von mind. 15-tägiger Dauer oder einer Krankenhausbehandlung von mind. 10-tägiger Dauer in Verbindung mit einer Operation beginnt

Bei einer sonstigen Kur in einem Kur- oder Badeort sowie in einer Heilstätte (Sanatorium) erstattet der Versicherer folgende Aufwendungen:

- Leistungen der Ärzte
- Arznei- und Verbandmittel
- Heilmittel
- Kurplan und Kurtaxe

Diese Aufwendungen werden bis zu 10,- EUR erstattet. Anstelle des Kostenersatzes kann auch eine Kurpauschale von 5,- EUR je

versicherter Stufe in Anspruch genommen werden.

Als sonstige Kur gilt ein medizinisch notwendiger Kuraufenthalt, der die Voraussetzungen für eine Genesungskur (s.o.) nicht erfüllt.

Alle Leistungen dieses Tarifs können nur einmal innerhalb von 3 aufeinander folgenden Kalenderjahren in Anspruch genommen werden.

Wir sind da, wenn Sie uns brauchen - mit dem gesundheitsservice360° von AXA

Präventionsangebote zum Erhalt Ihrer Gesundheit, qualifizierte medizinische Beratung rund um die Uhr, umfassende Versorgung im Krankheitsfall und Gesundheitsexperten, die sich direkt vor Ort kümmern - mit dem gesundheitsservice360° unterstützt AXA Sie bei allen Gesundheitsthemen.