

Vertragsgrundlage 032
Tarif ELBonus-U
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die
Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung

Teil III: Krankheitskostentarif für ambulante und stationäre Heilbehandlung mit Selbstbehalt

A. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind ausschließlich Personen, für die weder bei der AXA Krankenversicherung noch bei einem anderen privaten Krankenversicherer neben dem Tarif ELBonus-U eine Krankheitskostenversicherung für stationäre Heilbehandlung mit Leistungen für privatärztliche Behandlung und/oder gesondert berechenbare Unterkunft besteht, mit Ausnahme der KGSU-Tarife, die Wahlleistungen ausschließlich bei schweren Erkrankungen und schweren Unfallfolgen vorsehen.

Erlangt der Versicherer Kenntnis davon, dass für eine versicherte Person eine andere Krankheitskostenversicherung für stationäre Heilbehandlung besteht, so endet für diese Person die Versicherung nach Tarif ELBonus-U zu Beginn des Folgemonats nach Kenntnisnahme. Der Versicherte kann dann in einen anderen bestehenden Tarif für ambulante oder stationäre Heilbehandlung wechseln, sofern für diesen Tarif Versicherungsfähigkeit besteht und der Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender ist als der des Tarifs ELBonus-U.

B. Leistungen des Versicherers
(1) Ambulante Heilbehandlung

- 75% für ambulante Heilbehandlung - außer Psychotherapie - durch Ärzte einschließlich verordneter Arznei- und Verbandmittel bzw.
- 100% für ambulante Heilbehandlung - außer Psychotherapie - durch Ärzte einschließlich verordneter Arznei- und Verbandmittel, wenn für die Behandlung ein Arzt für Allgemeinmedizin/praktischer Arzt, ein Facharzt für Gynäkologie, für Augenheilkunde (Augenarzt), für Kinder- und Jugendmedizin (Kinderarzt) oder ein Not- bzw. Bereitschaftsarzt in Anspruch genommen wird oder der Versicherte von einem der vorgenannten Ärzte zur Mit-/Weiterbehandlung an einen anderen Facharzt überwiesen wird. Die Erstbehandlung ist durch die Erstbehandlungsrechnung zu belegen.
- 100% für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen ohne Beschränkung auf Altersgrenzen sowie für Schutzimpfungen.
- 75% für ambulante Heilbehandlung - außer Psychotherapie - durch Heilpraktiker einschließlich verordneter Arzneimittel. Die Gesamtleistung ist dabei auf 1.000,- Euro pro Versicherungsjahr begrenzt.
- 70% für ambulante psychotherapeutische Behandlung. Die Leistungen sind auf 50 Sitzungen je Versicherungsjahr begrenzt.
- 50% für Behandlungen wegen unerfüllten Wunsches nach eigenen Kindern (künstliche Befruchtung).
- 100% für Hilfsmittel gemäß Nr. 22 Abs. 3 TB 2012 - außer Sehhilfen -, sofern der Versicherte den Versicherer mit deren Beschaffung beauftragt. Dabei kann ein Hilfsmittel unter Beachtung des individuellen, medizinisch notwendigen Bedarfs und der Wirtschaftlichkeit 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 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 75% der erstattungsfähigen Aufwendungen zu kürzen. Der Versicherer macht von seiner Kürzungsbefugnis auf 75% der erstattungsfähigen Aufwendungen keinen Gebrauch bei:
 - orthopädischen Schuhzurichtungen/Schuheinlagen sowie Bandagen,
 - Hilfsmitteln mit summenmäßiger Begrenzung gemäß Nr. 22 Abs. 3 TB 2012,
 - Hilfsmitteln, die im Rahmen einer unfallbedingten Behandlung aus medizinischen Gründen unmittelbar nach dem Unfall bezogen werden mussten. Die Unmittelbarkeit wird vom Versicherer immer dann anerkannt, falls der Zeitraum zwischen dem Unfall und der Versorgung mit dem Hilfsmittel 2 Tage nicht übersteigt.
- 100% für Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen). Innerhalb von 2 aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren ist dabei die Gesamtleistung auf 100,- Euro begrenzt.
- 100% für operative Sehschärfenkorrektur (z.B. medizinisch notwendige Lasik, Lasek, Linsenimplantate). Die Leistungen - inklusive Vor- und Nachuntersuchungen - sind auf 400 Euro je Auge begrenzt; ein erneuter Anspruch besteht nach Ablauf von zehn Jahren.
- 75% für Heilmittel gemäß den in der Heilmittelliste genannten Leistungsinhalten und Höchstsätzen.
- 100% für Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik sowie Geburtsvorbereitungskurse durch Hebammen.
- 100% für Sozialpädiatrie und Frühförderung.
- 100% für spezialisierte ambulante Palliativversorgung.
- 100% für Soziotherapie.
- 100% für Haushaltshilfe nach vorheriger Zusage.
- 100% für häusliche Krankenpflege (Bitte setzen Sie sich vor Inanspruchnahme der Leistung mit uns in Verbindung).
- 100% der Transportkosten zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung/Therapieeinrichtung bei Unfall/Notfall, wenn für die Erstversorgung eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist.

	<p>Serviceleistungen ambulante Behandlung, Hilfsmittel, Medikamente und Vorsorgeuntersuchungen:</p> <p>Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an. Wir informieren Sie, insbesondere auch bei Notwendigkeit psychotherapeutischer Behandlung, über Behandlungsmethoden, nennen Ihnen Leistungserbringer im Gesundheitswesen und sind bei der Terminvereinbarung behilflich. Bei den Hilfsmitteln, die wir aufgrund Ihres Auftrages zur Verfügung stellen, organisieren wir darüber hinaus Ihre Versorgung. Wir stehen Ihnen bei Fragen zu Vorsorgeuntersuchungen jederzeit aufgrund Ihres Antrages zur Verfügung. Benötigen Sie aufgrund einer chronischen Erkrankung über einen langen Zeitraum Medikamente, erhalten Sie Informationen über die Möglichkeiten einer optimalen wirksamen Medikation.</p>
(2) Stationäre Heilbehandlung	<p>100% für stationäre Heilbehandlung wegen Krankheit, Unfallfolgen, Schwangerschaft und Entbindung. Erstattungsfähig sind die Kosten für:</p> <ul style="list-style-type: none"> • allgemeine Krankenhausleistungen gemäß Krankenhausentgeltgesetz bzw. Bundespflegesatzverordnung, • Belegärzte, Beleghebammen und Belegentbindungspfleger, • freiberufliche Hebammen, • nicht aber für privatärztliche Behandlung und gesondert berechenbare Unterbringung. <p>Berechnen die Krankenhäuser nicht nach der Bundespflegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz sondern nach Pflegeklassen, so entspricht die 3. Pflegeklasse der allgemeinen Krankenhausleistung eines Krankenhauses. Bei verschiedenen Unterbringungsarten während eines Krankenhausaufenthaltes wird anteilig der Zeit der Unterbringung geleistet. Den Nachweis über die Unterbringungsart hat der Versicherungsnehmer zu führen.</p> <p>100% für einen medizinisch notwendigen Transport zum oder vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus bei Unfall oder Notfall.</p> <p>100% für voll- oder teilstationäre Hospizversorgung.</p> <p>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.</p>
(3) Zusatzleistungen für eine Begleitperson bei stationärer Behandlung von Kindern	<p>Aus der Versicherung eines Kindes werden Kosten erstattet, die durch die Unterkunft für eine Begleitperson entstehen. Voraussetzungen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Das Kind hat das 5. Lebensjahr noch nicht vollendet. 2. Die Kosten der Unterkunft der Begleitperson sind nicht mit den allgemeinen Krankenhausleistungen gemäß des Krankenhausentgeltgesetzes bzw. der Bundespflegesatzverordnung abgegolten. <p>Die Kosten werden für längstens 5 Tage erstattet. Erstattet wird die Zuschlagshöhe, die für die Unterbringung einer Begleitperson bei medizinisch notwendiger Mitaufnahme berechnet werden kann (§ 2 der Vereinbarung für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17b Abs. 1 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes).</p>
(4) Ersatzleistungen	<p>Anstatt der Aufwendungen für Krankenhausleistungen werden gegen Vorlage eines Geburtsnachweises 100,- Euro bei häuslicher Entbindung eines Kindes gezahlt, bei Mehrlingsgeburten das entsprechende Vielfache (Entbindungspauschale).</p>
(5) Rücktransport und Überführung aus dem Ausland	<p>Bei einem Auslandsaufenthalt werden auch die Kosten für einen aus medizinischen Gründen erforderlichen Rücktransport, soweit sie Reismehrkosten sind, erstattet, wenn am Ort der Erkrankung im Ausland bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet ist.</p> <p>Unter Beachtung der medizinischen Gegebenheiten ist die jeweils kostengünstigste Transportart zu wählen. Anderenfalls 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. Es sind auch Überführungskosten bis zu 5.200,- Euro in das Heimatland erstattungsfähig.</p>
C. Selbstbehalt pro Versicherungsjahr	<p>360,- Euro</p> <p>Für Kinder und Jugendliche beträgt der Selbstbehalt bis zum 31. Dezember des Jahres, in dem diese das 19. Lebensjahr vollenden, 180,- Euro.</p> <p>Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen und Schutzimpfungen gemäß B (1) sowie Ersatzleistungen unter B (4) unterliegen nicht dem Selbstbehalt.</p>
D. Leistungsbegrenzungen/ Leistungsausschlüsse	<p>Die im Tarif genannten Prozentsätze beziehen sich stets auf den erstattungsfähigen Rechnungsbetrag.</p> <p>Leistungsausschlüsse ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB). Darüber hinaus sind folgende Leistungen im Tarif ELBonus-U nicht im Versicherungsschutz enthalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sterilisation aus nicht medizinischen Gründen. <p>Zahnärztliche und kieferorthopädische Behandlung sowie Zahnersatz sind nicht versichert.</p>
E. Umwandlungsoption (1) Umfang/Inhalt der Umwandlungsoption	<p>Versicherte Personen des Tarifs ELBonus-U 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 Zahn-</p>

	<p>behandlung, 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 Krankheitsvollkosten- tarif oder der beihilfekonformen Krankheitskostenvollversicherung Versicherungsfähigkeit besteht.</p> <p>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 den Tarif ELBonus-U 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 im Tarif ELBonus-U waren. Zwischenzeitlich neu aufgetretene Krankheiten usw. führen nicht zu weiteren Erschwerungen.</p>
<p>(2) Ereignisse für Inanspruchnahme einer Option auf eine höherwertige Krankheitskostenvollversicherung</p>	<p>Folgende Ereignisse können einen Wechsel ermöglichen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Einmalig bei Abschluss einer Berufsausbildung bzw. -qualifikation (z. B. Hochschulstudium, Steuerberaterprüfung) der versicherten Person; 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; 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) Bei 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 Tarifs für stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer bei einem Krankenhausaufenthalt und/oder des jeweils zutreffenden Beihilfenergänzungsstarifes 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 AXA Krankenversicherung abschließen, können zu Beginn des 6. Versicherungsjahres einmalig eine Umstellung verlangen, sofern vor dem Umstellungszeitpunkt 5 Versicherungsjahre lang ununterbrochener Versicherungsschutz bestand. <p>Die Umwandlungsoption nach h) gilt nicht für versicherte Personen, die nach den Bestimmungen für die Kindernachversicherung versichert wurden.</p>
<p>(3) Frist zur Wahrnehmung der Optionen</p>	<p>Der Antrag auf Wahrnehmung dieser Option hat dem Versicherer unter Beifügung eines Nachweises über den Eintritt des Ereignisses innerhalb folgender Frist zuzugehen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Bei einer Umstellung nach h) muss der Antrag bis zum Umstellungstermin vorliegen. Die Umstellung erfolgt zu Beginn 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.
<p>F. Bonifikation (1) Beitragsrückerstattung</p>	<p>Für leistungsfreie Versicherungsjahre kann der Versicherte jährlich eine Beitragsrückerstattung erhalten.</p>
<p>(2) Verhaltensbonus</p>	<p>Für bestimmte vom Versicherer vorgegebene Verhaltensweisen des Versicherten, die die Qualität und/oder Wirtschaftlichkeit einer Heilbehandlung steigern, kann der Versicherer weitere Bonuszahlungen ausloben (Verhaltensbonus). Art, Umfang und Voraussetzungen der Gesundheits- und Verhaltensboni werden vom Versicherer zu Beginn jedes Versicherungsjahres festgelegt.</p>
<p>(3) Auszahlung</p>	<p>Die Bonifikationen werden ausgezahlt.</p>
<p>G. Besondere Bedingungen für Personen in der Berufsausbildung</p>	<p>Versicherungsfähig zu diesen Besonderen Bedingungen sind Personen, die sich nachweislich in einer Schul- oder Berufsausbildung befinden.</p> <p>Die Besonderen Bedingungen entfallen für die versicherte Person mit Ablauf des Monats, in dem</p> <ul style="list-style-type: none"> a) die Schul- oder Berufsausbildung endet, b) die Schul- oder Berufsausbildung aufgegeben bzw. für mehr als 6 Monate unterbrochen wird, c) das 34. Lebensjahr vollendet wird. <p>Das Versicherungsverhältnis wird ab dem Ersten des Monats, der auf den Eintritt eines unter a) bis c) genannten Ereignisses folgt, zu den normalen Bedingungen (AVB) weitergeführt.</p> <p>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.</p>

In den Beiträgen für die Krankheitskostenversicherung unter Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen ist kein Anteil für die Bildung einer Alterungsrückstellung vorgesehen.

Für die Dauer der Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen wird der für die versicherte Person bestehende Tarif durch ein angehängtes „A“ gekennzeichnet.

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

Wichtige Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif ELBonus-U oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden.

Primärarzt-Prinzip bei ambulanter Heilbehandlung

Als Patient/in haben Sie die freie Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten. Sie entscheiden in jedem Krankheitsfall darüber, welchen Arzt/Ärztin Sie aufsuchen.

Der von Ihnen gewählte Tarif sieht für die ambulante Heilbehandlung das sogenannte Primärarzt-Prinzip vor. Das bedeutet, dass eine 100%ige Erstattung der Kosten medizinisch notwendiger ambulanter Heilbehandlung erfolgt, wenn Sie die Behandlung durch einen Primärarzt durchführen lassen.

Primärärzte sind

- Ärzte für Allgemeinmedizin,
- Praktische Ärzte,
- Fachärzte für Gynäkologie,
- Fachärzte für Augenheilkunde (Augenärzte),
- Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin (Kinderärzte),
- Not- oder Bereitschaftsärzte.

Alle anderen Fachärzte zählen für Versicherte des Tarifes ELBonus-U nicht zu den Primärärzten.

Die Erstattungsquote von 100% gilt aber auch, wenn Sie zuerst einen Primärarzt konsultieren, die weitere Behandlung dann aber - nach Überweisung durch den Primärarzt - von einem/mehreren Facharzt/Fachärzten durchgeführt wird. Diese Regel gilt jeweils für alle Behandlungen, die einen Krankheitsfall (Versicherungsfall) betreffen.

Solange der weiterbehandelnde Facharzt wegen der ursprünglichen Diagnose konsultiert wird, benötigen wir keine neue Überweisung. Ändert sich allerdings das Krankheitsbild, muss zunächst wieder der Primärarzt aufgesucht werden.

Sollten Sie es für sich für zweckmäßig halten, direkt einen Facharzt aufzusuchen, der nicht Primärarzt ist, tragen Sie von den Kosten der medizinisch notwendigen Behandlung sowie sonstiger Therapiekosten 25% selbst; der Erstattungssatz beträgt also 75%. Wird eine eventuelle Folgebehandlung dann durch einen Primärarzt durchgeführt bzw. durch einen Facharzt nach Überweisung durch den Primärarzt, werden diese Kosten zu 100 % erstattet. Die Wahl eines Facharztes bei der Erstbehandlung führt also nicht zwingend dazu, dass sämtliche Folgebehandlungen zu 25 % von Ihnen zu tragen sind. Sie beeinflussen den Kostenerstattungssatz dadurch, dass Sie die Zweitbehandlung/Folgebehandlung durch einen Primärarzt durchführen lassen. Nachträgliche Überweisungen können wir jedoch nicht anerkennen.

Bei einem Arztwechsel von einem Primärarzt zu einem (anderen) Facharzt lassen Sie sich bitte eine Überweisung ausstellen, die Sie uns mit den Rechnungen zuleiten. Außerdem benötigen wir dann die Rechnungen des Primärarztes und des weiter behandelnden Arztes zusammen.

Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?

Bei ambulanter Behandlung:

z. B. ambulante Kuren, Sonnenbrillen, einige Schutzimpfungen, Nähr- und Stärkungsmittel (z. B. Vitamin- und Mineralstoffpräparate), Schlankheitsmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer und Badeszusätze.

Bei stationärer Behandlung:

Kosten, die durch die Wahlleistungen privatärztliche Behandlung (Chefarztbehandlung) und/oder eine gesondert berechenbare Unterkunft (Ein- oder Zweibett-Zimmer) entstehen, sind von Ihnen selbst zu tragen.

Außerdem sind z. B. Sterilisation aus nicht medizinischen Gründen, Krankenhausnebenkosten für Sonderservice wie Telefongespräche, Fernsehen oder Video, stationäre Kur und Rehabilitationsmaßnahmen, stationäre Vorsorgeuntersuchung ("großer Check-up") nicht versichert.

Was ist darüber hinaus im Versicherungsfall zu beachten?

Bei ambulanter Behandlung:

In der Arztrechnung müssen die Bezeichnung der Krankheit (Diagnose), die Behandlungstage und die Ziffern der Gebührenordnung, nach denen der Arzt sein Honorar berechnet, enthalten sein.

Rezepte sollten Sie möglichst zusammen mit den Arztrechnungen einreichen und Rechnungen erst dann vorlegen, wenn der zu erwartende Leistungsbetrag höher als 100,-Euro ist.

Eine Kostenerstattung erfolgt auch bei noch nicht bezahlten Rechnungen. Facharztrechnungen (außer Gynäkologe, Kinder- und Augenarzt) reichen Sie bitte zusammen mit der Überweisung und der Rechnung des Primärarztes ein.

Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel müssen vor dem Bezug (fach-)ärztlich verordnet werden. Für Sehhilfen ist eine vorherige augenärztliche Verordnung erforderlich.

Beabsichtigen Sie, sich nach alternativen Methoden untersuchen oder behandeln zu lassen, so fordern Sie bitte vor Behandlungsbeginn von uns eine Kostenübernahmeerklärung an.

Bei stationärer Behandlung:

Als Inhaber der AXA Card für Privatversicherte oder der Klinik-Card können Sie bei der Aufnahme in ein Krankenhaus, mit dem ein Klinik-Card-Vertrag besteht, alle Formalitäten schnell und bequem erledigen.

Es sind keine Vorauszahlungen für Unterbringungskosten zu leisten. Die Rechnung des Krankenhauses wird unmittelbar an uns geschickt.