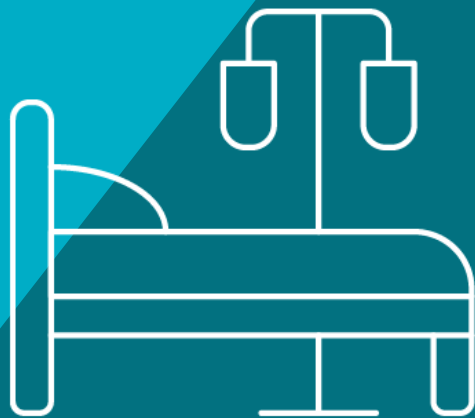




Krankenzusatzversicherung

Sonder- Bedingungen OptiSoins Privilège



Juni 2021

| Abschnitt | Seite | Inhalt |
|--|--------------|---------------|
| OptiSoins Privilège Sonderbedingungen | | 3 |
| 1. Sonderbedingungen der Versicherung OptiSoins Privilège | | 4 |
| 1.1. Gegenstand der Versicherung | | 4 |
| 1.2. Voraussetzungen für die Versicherbarkeit | | 4 |
| 1.3. Leistungen der Gesellschaft | | 4 |
| 2. Sonderbedingungen für die Hilfe im Ausland OptiSoins Privilège | | 10 |
| 2.1. Definitionen | | 10 |
| 2.2. Gegenstand und geografischer Geltungsbereich des Hilfsdienstes | | 11 |
| 2.3. Die Hilfeleistungen | | 12 |
| 2.4. Mitteilung über die Krankenhausaufnahme im Ausland und Hilfeersuchen | | 16 |
| 3. Sonderbedingungen für zusätzliche OptiSoins Privilège Dienste während und nach einem Krankenhausaufenthalt | | 17 |
| 3.1. Gegenstand und geografischer Geltungsbereich der Hilfe | | 17 |
| 3.2. Hilfsdienste in Luxemburg während des Krankenhausaufenthalts | | 17 |
| 3.3. Hilfsdienste in Luxemburg nach dem Krankenhausaufenthalt | | 19 |

OptiSoins Privilège Sonderbedingungen

Die **OptiSoins Privilège Sonderbedingungen** gelten ausschließlich in Ergänzung zu den Versicherungsbedingungen der OptiSoins- Krankenversicherung.

Es gibt drei Kategorien der **Sonderbedingungen OptiSoins Privilège**, die ausschließlich zu Gunsten der **Versicherten** zur Anwendung kommen, die von einem Jahresvertrag der Krankenversicherung **OptiSoins** gedeckt sind:

- die **Sonderbedingungen** der Versicherung **OptiSoins Privilège**
- die **Sonderbedingungen** für die Hilfe im **Ausland OptiSoins Privilège**
- die **Sonderbedingungen** für zusätzliche Dienste **OptiSoins Privilège** während und nach einem Krankenhausaufenthalt.

1. Sonderbedingungen der Versicherung OptiSoins Privilège

1.1. Gegenstand der Versicherung

1.1.1. Die **Gesellschaft** garantiert im **Schadensfall** die Zahlung der Leistungen innerhalb der Grenzen und gemäß den Modalitäten, die in den vorliegenden **Sonderbedingungen** aufgeführt sind, in Ergänzung zu den **OptiSoins-Versicherungsbedingungen**.

1.1.2. Als **Schaden** gilt die erforderliche ärztliche Behandlung des **Versicherten** infolge des Eintretens einer **Krankheit**, einer **Niederkunft** oder eines **Unfalls mit Personenschaden**. Der **Schaden** beginnt mit dem Beginn der ärztlichen Behandlung und endet, wenn keine Behandlung mehr erforderlich ist. Wenn die Behandlung auf eine **Krankheit** oder auf Unfallfolgen, die nicht in direktem Zusammenhang mit der aktuellen Behandlung stehen, ausgeweitet werden muss, so wird dies als ein neuer **Schaden** betrachtet.

Die ärztliche Behandlung kann stationär in einem **Krankenhaus** oder ambulant erfolgen. Zahnärztliche und augenärztliche Behandlungen sowie Vorbeugungs- und Diagnosebehandlungen stellen ambulante ärztliche Behandlungen dar und sind nicht im Rahmen einer stationären ärztlichen Behandlung erstattungsfähig.

1.2. Voraussetzungen für die Versicherbarkeit

Versichert werden können die Personen, die gleichzeitig:

1.2.1. bei Vertragsabschluss in einem Eintrittsalter sind, das die Prämienberechnung in einer geltenden vorgesehenen Altersgruppe ermöglicht;

1.2.2. ihren ständigen gesetzlichen **Wohnsitz** im Großherzogtum Luxemburg, in Deutschland, in Belgien oder in Frankreich haben und dort mindestens neun Monate im Jahr leben;

1.2.3. über ihre Beschäftigung durch die gesetzliche luxemburgische **Krankenkasse** versichert sind (im Folgenden „**Krankenkasse**“);

1.2.4. aufgrund ärztlicher und technischer Versicherungskriterien akzeptiert wurden.

1.3. Leistungen der Gesellschaft

1.3.1. Bei einem **Schaden** erstattet die **Gesellschaft** die medizinischen Kosten oder Leistungen, die:

- der Heilung und/oder Diagnose dienen;
- medizinisch notwendig sind;

- von zugelassenen Gesundheitsversorgern oder solchen mit einem vergleichbaren Status erbracht werden;
- sich in therapeutischer Hinsicht hinreichend bewährt haben;
- während der Dauer des **Schadens** entstanden sind.

Die Versicherung übernimmt die Kosten für die folgenden Leistungen:

1.3.2. Ärztliche Behandlung in einem Krankenhaus

Bei einem **Schaden** werden ergänzend zur Vorleistung der **Krankenkasse** zu 100 % erstattet:

- die Kosten der ärztlichen Leistungen;
- die Kosten für ein Einzelzimmer (1. Klasse, Standardkategorie) mit Ausnahme von Mahlzeiten und Komfortprodukten.

Nicht erstattungsfähig sind Aufenthaltskosten in einem Einzelzimmer der Luxuskategorie;

- die Kosten für diagnostische oder heilende Nebenleistungen, die vom Krankenhaus gesondert in Rechnung gestellt werden (z. B. Laboruntersuchungen oder Röntgenaufnahmen, Arzneimittel, Nutzung des Operationssaales);
- in Verbindung mit einer **Krankenhausbehandlung** die Kosten für den Transport im Krankenwagen ins Krankenhaus und zurück bis zu insgesamt 400 km;
- das Zweitbett für den Aufenthalt eines Elternteils im Zimmer des sich im Krankenhaus befindlichen Kindes, sofern das Kind zum Zeitpunkt seines Krankenhausaufenthalts das 18. Lebensjahr noch nicht erreicht hat.

Nicht erstattungsfähig sind Zusatzkosten in Verbindung mit dem Aufenthalt des Elternteils sowie dessen Mahlzeiten;

- bei einer **Niederkunft** die Kosten für das Zweitbett für den Vater des Neugeborenen im Zimmer der Mutter im Krankenhaus unter der Bedingung, dass der Vater oder die Mutter über einen OptiSoins-Vertrag versichert sind.

Nicht erstattungsfähig sind Zusatzkosten in Verbindung mit dem Aufenthalt des Vaters sowie dessen Mahlzeiten;

- die Kosten für die Miete eines Fernsehers und eines Festnetztelefons ohne Kommunikationskosten.

Im Fall der ärztlichen Behandlung in einem **Krankenhaus** im **Ausland** gilt ebenfalls der Erstattungssatz von 100 %, selbst wenn sich die Leistung der gesetzlichen **Krankenkasse** bei der Erstattung der Arztkosten von derjenigen einer ähnlichen Behandlung im **Wohnsitzland** unterscheidet. Leistet die **Krankenkasse** nicht, so ist die Erstattung von einer Zusicherung der Kostenübernahme der **Gesellschaft** nach den unter 1.10 der **Versicherungsbedingungen** vereinbarten Modalitäten abhängig.

In Bezug auf stationäre Psychotherapie unterliegt die Erstattung der vorherigen Zustimmung der **Gesellschaft** gemäß den unter 1.10 der **Versicherungsbedingungen** aufgeführten Modalitäten.

1.3.3. Ambulante medizinische Versorgung

1.3.3.1. Bei einem **Schaden** werden ergänzend zur Vorleistung der **Krankenkasse** zu 100 % erstattet:

- die Kosten der von einem Arzt bei einer Visite oder einem Praxisbesuch erbrachten ärztlichen Behandlung;
- die Kosten einer ambulanten Psychotherapie;
- die Kosten für (traditionelle oder homöopathische) Arzneimittel und Verbände;
- die Kosten für Leistungen von Krankenschwestern/-pflegern, Krankengymnasten, Logopäden, medizinischen Fußpflegern, **Orthopädiemechaniker-Bandagisten** (mit Ausnahme der Vermessungen) und Hebammen, die als Handlungen durch medizinische Hilfskräfte gelten;
- die Kosten für Laboranalysen und -untersuchungen und die Kosten für bildgebende Verfahren;
- die Kosten für Heilbehandlungen der medizinischen Krankengymnastik, Reha, Massagen, Hydrotherapie, Fangopackungen, Wärmebehandlungen, Elektrotherapie und Physiotherapie.

Ohne Vorleistung der **Krankenkasse** für einen der sechs vorgenannten Punkte ist der Erstattungssatz auf 80 % der erstattungsfähigen Kosten begrenzt. Leistet die **Krankenkasse** bei bestimmten Fällen aufeinanderfolgender Leistungen nicht, so hängt die Erstattung von einer Zusicherung der Kostenübernahme der **Gesellschaft** von den unter Punkt 1.10 der **Versicherungsbedingungen** aufgeführten Modalitäten ab.

Was die ambulante Psychotherapie betrifft, so unterliegt die Erstattung der vorherigen Zustimmung der **Gesellschaft** gemäß den unter Punkt 1.10 der **Versicherungsbedingungen** genannten Modalitäten.

1.3.3.2. Bei einem **Schaden** werden ergänzend zur Vorleistung der **Krankenkasse** ebenfalls erstattet:

- die Kosten der Leistungen von Osteopathen, Heilpraktikern, Chiropraktikern und Akupunkteuren,
 - zu 100 % im Fall der Vorleistung der **Krankenkasse** bei einem maximalen Erstattungsbetrag von 700 € pro Jahr und pro **Versichertem**;
 - zu 80 % bei Nichtleistung der **Krankenkasse** bei einem maximalen Erstattungsbetrag von 700 € pro Jahr und pro **Versichertem**.

Leistet die **Krankenkasse** in Fällen aufeinanderfolgender Leistungen nicht, so hängt die Erstattung von einer Zusicherung der Kostenübernahme der **Gesellschaft** gemäß den unter Punkt 1.10 der **Versicherungsbedingungen** aufgeführten Modalitäten ab;

- die Kosten für einen medizinisch erforderlichen Aufenthalt in einem Krankenhaus, das auch Kuren oder Behandlungen im Sanatorium anbietet oder auch genesende Personen aufnimmt, sofern die entsprechenden Kosten sowie die Kosten für eine durch diesen Vertrag abgesicherte Kur im Voraus von der **Gesellschaft** gemäß den Modalitäten in Punkt 1.10 der **Versicherungsbedingungen** und innerhalb der folgenden Grenzen genehmigt wurden:

- Die genehmigte maximale Anzahl an Behandlungstagen beträgt 21 pro Jahr und pro **Versichertem**,
- die ärztliche Versorgung wird im Fall der Vorleistung der **Krankenkasse** zu 100 % und bei Nichtleistung der **Krankenkasse** zu 80 % erstattet.
- die Kosten für Unterbringung und Transport sind auf 225 € pro Jahr, pro Kur und pro Versichertem begrenzt;

Thermalkuren müssen grundsätzlich von einer ärztlichen Stelle verschrieben werden. Im Fall eines Aufenthalts in einem Thermalzentrum muss der Versicherte der Gesellschaft eine Aufenthaltsbescheinigung zukommen lassen;

- die Kosten für therapeutisches Material, wie in Punkt 1.7.10 der **Versicherungsbedingungen** aufgeführt, innerhalb der folgenden Grenzen:
 - Erstattung zu 100 % bei Vorleistung der **Krankenkasse**;
 - Erstattung zu 80 % bei Nichtleistung der **Krankenkasse**;
 - Rollstuhl: Höchstleistungsbetrag pro **Versichertem** 3.000 €, maximal alle 3 Jahre für einen **Versicherten** unter 18 Jahren zum Zeitpunkt des **Schadens** und maximal alle 4 Jahre für die weiteren **Versicherten**;
 - Orthopädische Einlagen und Schuhe (mit Ausnahme von Sport-Einlegesohlen): Höchstbetrag 700 € pro Jahr und pro **Versichertem**;
 - Perücken (im Fall einer **schweren Krankheit**): Erstattung von maximal 400 € pro Jahr und pro **Versichertem**.

1.3.3.3. Im Fall einer Behandlung im **Ausland** werden die Auslagen zu 100 % erstattet, wenn die **Krankenkasse** leistet und wenn sie Leistungen gezahlt hat, die denjenigen im Fall einer Behandlung im **Wohnsitzland** entsprechen, und nur zu 80 % in den anderen Fällen, und dies unter dem Vorbehalt des Punktes 1.10 der **Versicherungsbedingungen**, wobei die oben genannten Obergrenzen in Euro in allen Fällen zur Anwendung kommen.

1.3.4. Leistungen zur Vorbeugung und Früherkennung

1.3.4.1. Ergänzend zur Vorleistung der **Krankenkasse** werden versichert:

- 100 % bei Vorleistung der **Krankenkasse** oder 80 % bei ihrer Nichtleistung bei einer Obergrenze von 400 € pro Jahr und pro **Versichertem**:
 - die Kosten für diagnostische Untersuchungen und Analysen **schwerer Krankheiten**;
 - die Kosten für die Leistungen eines Ernährungsberaters in pathologischen Fällen und in Zusammenarbeit mit dem die Pathologie behandelnden Ärzteteam.

Leistet die **Krankenkasse** nicht und in bestimmten Fällen aufeinanderfolgender Leistungen, hängt die Erstattung von einer Zusicherung der Kostenübernahme der **Gesellschaft** gemäß den Modalitäten in Punkt 1.10 der **Versicherungsbedingungen** ab.

1.3.5. Zahn- und augenärztliche Behandlungen

1.3.5.1. Erstattet werden zu 100 % ergänzend zur Vorleistung der **Krankenkasse** bis zu einem Höchstbetrag von 700 € alle 2 Jahre pro **Versichertem**:

- Brillen (Gläser und Gestelle) und Kontaktlinsen.

1.3.5.2. Die Kosten für refraktive Chirurgie werden ergänzend zur Vorleistung der **Krankenkasse** erstattet:

- zu 100 % bei Vorleistung der **Krankenkasse** und zu 80 % bei Nichtleistung der **Krankenkasse**,
- und mit einem Höchstbetrag von 400 € pro Auge.

Nicht erstattungsfähig sind vom **Versicherten** im Rahmen der Augenpflege eingegangene zusätzliche und/oder Nebenkosten etwa für Pflegeprodukte für seine Brille oder Kontaktlinsen sowie die Kosten für Treuekarten, die Montage, den Versand, die Garantie oder die Garantieverlängerung.

1.3.5.3. Ergänzend zu den Vorleistungen der **Krankenkasse** werden erstattet:

- die Kosten für zahnärztliche Behandlung zu 100 % und zu 80 % bei Nichtleistung der **Krankenkasse**;
- die Kosten für professionelle Zahnreinigung bis in Höhe von 100 € pro Jahr und pro **Versichertem**;
- die tatsächlich aufgewendeten Kosten für kieferorthopädische Behandlung zu 80 % unter Abzug der Leistungen der **Krankenkasse**, sofern die Behandlung vor dem 17. Geburtstag des **Versicherten** zum Zeitpunkt des **Schadens** beginnt, wobei darauf hingewiesen wird, dass nur die in den ersten 3 Behandlungsjahren entstandenen Kosten bei der Erstattung berücksichtigt werden;
- die Kosten für die prothetische Behandlung, die festen oder herausnehmbaren Zahnersatz, Reparaturen, Zahnarzthonorare, Material- und Laborkosten sowie die Maßnahmen vor dem Einsetzen der Prothese umfasst, bis zu einem Höchstbetrag, der zu 80 % der tatsächlich aufgewendeten Kosten entspricht, von dem der Betrag der Leistungen der **Krankenkasse abgezogen wird**. Die maximal erstattungsfähigen Beträge sind unter Punkt 1.3.5.4 aufgeführt.

Bei Nichtleistung der **Krankenkasse** ist, sofern eine Zusicherung der Kostenübernahme seitens der **Gesellschaft** gemäß den Modalitäten in Punkt 1.10 der **Versicherungsbedingungen** vorliegt, die Erstattung der Kosten der kieferorthopädischen Behandlung auf 70 % der tatsächlich aufgewendeten Kosten begrenzt, und die Erstattung der Kosten der Zahnersatzbehandlung ist auf 70 % der tatsächlich aufgewendeten Kosten bis zu den in Punkt 1.3.5.4 genannten Höchstbeträgen begrenzt.

1.3.5.4. Für die Übernahme von Kosten für Zahnersatzbehandlungen gelten die folgenden erstattungsfähigen Höchstbeträge:

| Feste Prothesen | | Herausnehmbare Prothesen | |
|-------------------------------------|--------|--|---------------------|
| Krone | 800 € | Vollprothese, oben oder unten (14 Zähne), Kunstharzplatte | 1450 € |
| Implantat | 800 € | | |
| Inlay | 650 € | | |
| Einfacher Stifzahn | 500 € | Teilprothese, Kunstharzplatte | Platte unten: 330 € |
| Richmond-Stifzahn | 1000 € | | pro Zahn: 65 € |
| Stifzahn mit Aufbau | 1000 € | | pro Haken: 120 € |
| Brückenelement, Gold oder Kunstharz | 800 € | Zuschlag für Inox-Metallbasis pro Kiefer | 400 € |
| Brückenelement, Gold oder Keramik | 800 € | Zuschlag für Saughaftsystem Lausap, Fixomatic, Vacuum etc. | 400 € |

| Feste Prothesen | | Herausnehmbare Prothesen | |
|----------------------------|-------|------------------------------------|------------------------------|
| Spezialverankerung | 800 € | Skelettierte Chrom-Kobalt-Prothese | Basis mit Klammern: 850 € |
| Scharnier | 250 € | | pro Zahn: 300 € |
| Für alle anderen Prothesen | | 650 € | |

Alle anlässlich einer Zahnersatzbehandlung berechneten zusätzlichen und/oder Nebenkosten (nicht erschöpfende Beispielaufstellung: provisorische Krone aus Gründen des persönlichen Komforts, Metalle etc.) sind in den erstattungsfähigen Höchstbeträgen enthalten, die in der vorstehenden Tabelle aufgeführt sind.

- 1.3.5.5. Im Fall einer Behandlung im **Ausland** gelten die unter 1.3.5.3 aufgeführten Prozentsätze – entweder 100 % oder 80 % – für Erstattungen, falls die **Krankenkasse** leistet und sie gleichwertige Leistungen zu denen gezahlt hat, die im Fall einer Behandlung im **Wohnsitzland** angewandt werden; andernfalls gilt der Prozentsatz von 70 %, sofern eine Zusicherung der Kostenübernahme (siehe Punkt 1.10 der **Versicherungsbedingungen**) vorliegt, wobei darauf hingewiesen wird, dass in allen Fällen die in Euro ausgedrückten Höchstbeträge gelten.
- 1.3.5.6. Die zusätzlich zur Leistung der **Krankenkasse** und/oder eines anderen Versicherers berücksichtigten erstattungsfähigen Leistungen können in keinem Fall die tatsächlich vom **Versicherten** aufgewendeten Kosten übersteigen.

2. Sonderbedingungen für die Hilfe im Ausland OptiSoins Privilège

2.1. Definitionen

Im Zusammenhang mit den vorliegenden **Sonderbedingungen** gelten folgende Definitionen:

2.1.1. Zuständige medizinische Stelle

Der von der luxemburgischen Gesetzgebung oder der geltenden Gesetzgebung des Landes, in dem sich der **Versicherte** befindet, anerkannte praktizierende Arzt.

2.1.2. Wohnsitz

Der im Großherzogtum Luxemburg, in Deutschland, in Belgien oder in Frankreich gelegene gesetzliche oder gewählte **Wohnsitz**, der in den **Persönlichen Bedingungen** angegeben ist.

2.1.3. Ausland

Jedes Land außer demjenigen des gesetzlichen oder gewählten Wohnsitzes des **Versicherten**.

2.1.4. Epidemie

Rapide Entwicklung und Ausbreitung einer ansteckenden Krankheit bei einer großen Anzahl an Personen. Eine **Epidemie** ist auf ein(e) genau definierte(s) Region, Land oder Gebiet beschränkt.

2.1.5. Krankentransport

Transport eines kranken oder verletzten **Versicherten** in Begleitung medizinischen Personals (Arzt und/oder Krankenpfleger) zu einem luxemburgischen oder im **Ausland** befindlichen Versorgungszentrum. Ein **Krankentransport** kommt nur in Notfällen in Frage, wenn eine angemessene Behandlung vor Ort nicht möglich ist.

2.1.6. Hotelkosten

Es handelt sich um die Kosten für Übernachtung und Frühstück.

2.1.7. Medizinischer Notfall

Die Krankheit oder der Unfall mit Personenschaden des Versicherten.

2.1.8. Pandemie

Eine **Epidemie** in einem großen länderübergreifenden geografischen Gebiet. Sie betrifft einen sehr hohen Anteil der Weltbevölkerung.

2.1.9. Leistungserbringer

Inter Partner Assistance s.a., RJP 0415.591.055, in Belgien unter der Nr. 0487 für Reiseversicherungen zugelassene Versicherungsgesellschaft (Königliche Erlasse vom 01.07.1979 und vom 13.07.1979 – Belgisches Staatsblatt vom 14.07.1979) mit Sitz in B-1050 Brüssel, av. Louise 166, Briefkasten 1,

Tel. (+352) 44 24 24 4624

die sich verpflichtet, für die **Gesellschaft** alle garantierten Hilfeleistungen zu erbringen. Jeder Antrag auf Leistung gemäß diesem Vertrag muss somit an **INTER PARTNER ASSISTANCE** gerichtet werden.

2.1.10. Daten

Die personenbezogenen **Daten** des Versicherten, die der **Gesellschaft** im Zusammenhang mit diesem Vertrag übermittelt werden, werden zum Zweck der Versicherungsverwaltung, des Kundenmanagements, der Betrugsbekämpfung der Bearbeitung von Streitigkeiten und der **Schadens**regulierung von **AXA Assurances Luxembourg** und von Inter Partner Assistance SA, Avenue Louise 16/1, in 1050 Brüssel verarbeitet. Die von ihnen im Rahmen ihrer Leistungen erhobenen **Daten** können von ihnen an ihre Dienstleister oder Subunternehmer – auch außerhalb der Europäischen Union – weitergeleitet werden, zu denen unter anderem AXA Business Services zählt.

2.1.11. Rücktransport

Die Rückführung des **Versicherten** an seinen gesetzlichen **Wohnsitz** oder in ein in dessen Nähe gelegenes Krankenhaus im Großherzogtum Luxemburg, in Deutschland, in Belgien oder in Frankreich.

2.1.12. Vorübergehender Aufenthalt

Ein auf 60 aufeinanderfolgende Kalendertage begrenzter Aufenthalt.

2.2. Gegenstand und geografischer Geltungsbereich des Hilfsdienstes

2.2.1. Gegenstand

Der **Leistungserbringer** garantiert in Höhe der angegebenen Beträge einschließlich Steuern einen Hilfsdienst im Fall eines **medizinischen Notfalls**, der bei einem **Versicherten** bei einem **vorübergehenden Aufenthalt** im **Ausland** eintritt und einen Krankenhausaufenthalt zur Folge hat.

Die Garantie der Hilfe für die Personen gilt also nicht für Reisen, die mit dem Ziel einer Heilbehandlung unternommen werden.

2.2.2. Geografischer Geltungsbereich

Die Hilfeleistungen werden bei **vorübergehenden Aufenthalten** des Versicherten im **Ausland** gewährt. Darüber hinaus werden die Hilfeleistungen gewährt, wenn der Versicherte seinen **Wohnsitz** verlässt und sich an einen beliebigen Ort in über 100 km Entfernung von seinem **Wohnsitz** begibt.

2.2.3. Bedingungen für die Gewährung der Hilfsdienste

Der **Leistungserbringer** tritt während der Geltungsdauer des Vertrags bei Eintritt der definierten Ereignisse im Privat- oder Berufsleben ein, und dies innerhalb der Grenzen des territorialen Geltungsbereichs und der Deckungssummen.

Außer im Fall ausdrücklicher gegenteiliger Bestimmungen zu bestimmten Garantien müssen diese Ereignisse unmittelbar bei ihrem Eintritt Gegenstand eines Antrags auf eine Leistung des **Leistungserbringers** werden.

Werden zum Zeitpunkt des Ereignisses jegliche Leistungen nicht angefordert, vom **Versicherten** abgelehnt oder ohne das Einverständnis des **Leistungserbringers** organisiert, so begründet dies keinen späteren Anspruch auf eine Erstattung oder auf eine Entschädigung. Das Ereignis muss dem **Leistungserbringer** unmittelbar nach seinem Eintritt gemeldet werden.

2.2.4. Ausschlüsse für alle Hilfsdienste im Ausland

Nicht übernommen werden die Kosten von Schadensfällen, die sich im **Ausland** im Fall einer von der WHO (Weltgesundheitsorganisation) zur **Pandemie** erklärten Infektionskrankheit ereignen, wenn die luxemburgischen Behörden oder die Behörden des Landes, in das der **Versicherte** reist, oder die europäischen Behörden die Reise am Tag seiner Abreise verboten oder von ihr abgeraten haben.

2.3. Die Hilfeleistungen

2.3.1. Bergungskosten

Nach einem **medizinischen Notfall** erstattet der **Leistungserbringer** die für Suche und Bergung für die Rettung des Lebens oder der körperlichen Unversehrtheit eines **Versicherten** entstandenen Kosten bis in Höhe des Gegenwerts von 10.000 € je **Schaden**, wenn die Bergung auf einem Beschluss der zuständigen lokalen Behörden oder offizieller Rettungsdienste beruht. Das Ereignis muss dem **Leistungserbringer** unbedingt nach seinem Auftreten mitgeteilt werden und es muss ihm eine Bescheinigung der lokalen Behörden oder Rettungsdienste übermittelt werden.

2.3.2. Medizinische Hilfe

Im Fall eines **medizinischen Notfalls** eines **Versicherten** setzt sich das Ärzteteam des **Leistungserbringers** nach dem ersten Anruf mit dem behandelnden Arzt vor Ort in Verbindung, um die Hilfeleistung bestmöglich auf den Zustand des **Versicherten** abzustimmen. Der **Leistungserbringer** organisiert auf Ersuchen des **Versicherten** die Kommunikation zwischen dem behandelnden Arzt im **Ausland** und dem Hausarzt. In allen Fällen wird die Organisation der ersten Hilfe von den örtlichen Behörden übernommen.

2.3.3. Entsendung eines Arztes vor Ort

Nach einem **medizinischen Notfall** und dann, wenn es das Ärzteteam des **Leistungserbringers** für notwendig hält, beauftragt dieser einen Arzt oder ein Ärzteteam damit, den **Versicherten** aufzusuchen, um besser über die zu ergreifenden Maßnahmen urteilen zu können und diese zu organisieren.

2.3.4. Rückführung oder -transport nach einem medizinischen Notfall

Wenn sich der **Versicherte** nach einem **medizinischen Notfall** im Krankenhaus befindet und das Ärzteteam des **Leistungserbringers** es für notwendig erachtet, ihn in eine besser ausgestattete, stärker spezialisierte ärztliche Einrichtung oder eine Einrichtung, die seinem **Wohnsitz** näher ist, zu transportieren, so organisiert und übernimmt der **Leistungserbringer** die Rückführung oder den **Rücktransport** des kranken oder verletzten **Versicherten** bei Bedarf unter ärztlicher Aufsicht und je nach dem Ernst der Lage mit:

- dem Zug (1. Klasse);
- einem Sanitätsfahrzeug;
- einem Krankenwagen;
- einem Linienflugzeug, Economy Class, bei Bedarf mit spezieller Einrichtung;
- einem Krankentransportflugzeug;

Tritt das Ereignis außerhalb Europas und der Mittelmeer-Anrainerstaaten ein, so erfolgt der Transport nur mit Linienflugzeug (Economy Class).

Die Entscheidung für den Transport und die hierfür erforderlichen Mittel wird vom Arzt des **Leistungserbringers** allein abhängig von den technischen und medizinischen Erfordernissen getroffen. Der Arzt des **Leistungserbringers** muss unbedingt vor einem Transport seine Zustimmung erteilt haben. Die Informationen der Ärzte vor Ort und/oder des gewöhnlich behandelnden Arztes, die von entscheidender Bedeutung sein können, helfen den Vertrauensärzten des **Leistungserbringers** die Entscheidung zu treffen, die am angemessensten erscheint. In diesem Zusammenhang wird ausdrücklich vereinbart, dass die endgültige, im Interesse des **Versicherten** umzusetzende Entscheidung letztlich bei den Vertrauensärzten des **Leistungserbringers** liegt, und dies, um jeden Konflikt zwischen ärztlichen Stellen zu vermeiden. Im Übrigen entbindet der **Versicherte** in dem Fall, dass er sich weigert, die von den Vertrauensärzten des **Leistungserbringers** als angemessenste erachtete Entscheidung zu befolgen, den **Leistungserbringer** ausdrücklich von jeder Haftung, insbesondere im Fall einer Rückreise aus eigenen Mitteln oder einer Verschlechterung seines Gesundheitszustands.

Der **Leistungserbringer** kann den **Versicherten** zudem ersuchen, sein ursprüngliches Ticket zu nutzen, wenn dieses verwendet werden kann. Wenn er hierzu nicht aufgefordert wurde und wenn der **Leistungserbringer** den **Rücktransport** übernommen hat, ist der **Versicherte** verpflichtet, ihm nach seiner Rückkehr das nicht verwendete Ticket auszuhändigen.

2.3.5. Erstattung der Arztkosten in Folge eines medizinischen Notfalls im Ausland

Der **Leistungserbringer** streckt bei Bedarf auf Rechnung der **Gesellschaft** die Kosten vor, die durch den Krankenhausaufenthalt im **Ausland** infolge eines **medizinischen Notfalls** entstanden sind, nachdem die garantierten Leistungen aller direkt erstattenden Stellen erschöpft sind. Die garantierten Leistungen und die Ausschlüsse sind in den **Sonderbedingungen** und in den **Versicherungsbedingungen** Ihres **OptiSoins**-Vertrags enthalten.

2.3.6. Bedingungen für die Übernahme der Arztkosten im Rahmen der Hilfeleistung

2.3.6.1. Der Krankenhausaufenthalt im **Ausland** muss dringlich und unvorhersehbar gewesen sein.

2.3.6.2. Diese Kostenübernahmen und/oder Erstattungen kommen innerhalb der Grenzen der **Sonderbedingungen** und der **Versicherungsbedingungen** für den **OptiSoins**-Vertrag als Ergänzung zu den Erstattungen und/oder Kostenübernahmen der **Krankenkasse** hinzu, die dem Versicherten oder seinen Anspruchsberechtigten bei der **Krankenkasse** zustehen.

2.3.6.3. Die Kosten der Behandlung im **Krankenhaus** werden nach der gesetzlichen Tabelle vorgestreckt. Die Kosten der Behandlung im **Krankenhaus** nach der privaten Tabelle werden nur vorgestreckt, wenn die Umstände oder der Gesundheitszustand des Patienten dies erfordern, und nur nach der vorherigen Zustimmung des medizinischen Dienstes des **Leistungserbringers**.

2.3.7. Modalitäten der Bezahlung der Arztkosten

Bei einem Krankenhausaufenthalt im **Ausland** kann der **Leistungserbringer** die Arztkosten vorstrecken. In diesem Fall verpflichtet sich der **Versicherte**, innerhalb von zwei Monaten nach Eingang der Rechnungen die erforderlichen Schritte zur Eintreibung dieser Kosten bei der **Krankenkasse** oder jeder anderen Einrichtung der Sozialvorsorge, bei der er Mitglied ist, zu unternehmen und dem **Leistungserbringer** die auf diese Weise erhaltenen Beträge zurückzuzahlen.

Hat der **Versicherte** die Kosten selbst bezahlt, so erfolgt deren ergänzende Zahlung durch die **Gesellschaft** an den **Versicherten** bei seiner Rückkehr in sein **Wohnsitzland**, nachdem die im vorhergehenden Absatz genannten Stellen in Anspruch genommen wurden, und gegen Vorlage aller Originalbelege.

2.3.8. Versand von Arzneimitteln, Prothesen und Brille

Wenn dem **Versicherten** infolge eines **medizinischen Notfalls** unverzichtbare Arzneimittel, Prothesen oder seine Brille fehlen, die in ähnlicher oder gleichwertiger Form nicht vor Ort, aber im Land seines **Wohnsitzes** beschafft werden können, organisiert und übernimmt der **Leistungserbringer** ihre Abholung, ihren Versand und ihre Bereitstellung auf eine Verordnung der **zuständigen medizinischen Stelle** und nach Zustimmung seines medizinischen Dienstes. Die Kosten für ihren Kauf zuzüglich etwaiger Verzollungskosten gehen zu Lasten des **Versicherten**; ausgenommen hiervon sind die Kosten, die durch den **OptiSoins**-Vertrag abgesichert sind.

2.3.9. Kosten für den Rücktransport der anderen Versicherten im Fall eines Krankentransports oder des Todes eines Versicherten im Ausland

Bei einem **Krankentransport** oder dem Tod eines **Versicherten** im **Ausland** organisiert und übernimmt der **Leistungserbringer** die vorzeitige Rückkehr der anderen **Versicherten** bis in das Land ihres **Wohnsitzes**. Diese Rückkehr erfolgt per Bahn in der 1. Klasse (falls die Entfernung vom **Wohnsitz** weniger als 1.000 km betrifft) oder per Flugzeug in der Economy Class (bei einer Entfernung vom **Wohnsitz** von über 1.000 km).

Die Leistung wird sowohl für die begleitenden **Versicherten** als auch für die Begleiter erbracht, die durch einen anderen **OptiSoins**-Vertrag abgesichert sind. Dieser Versicherungsschutz greift, sofern die anderen **Versicherten** nicht dasselbe Transportmittel wie bei der Hinfahrt oder dasjenige, das ursprünglich für die Rückkehr vorgesehen war, verwenden und mit eigenen Mitteln oder mit Hilfe eines Ersatzfahrers in das Land Ihres **Wohnsitzes** zurückkehren können. Der **Leistungserbringer** kann den **Versicherten** zudem ersuchen, sein ursprüngliches Ticket zu nutzen, wenn dieses verwendet werden kann. Wenn er hierzu nicht aufgefordert wurde und wenn der **Leistungserbringer** den **Rücktransport** übernommen hat, muss der **Versicherte** ihm unbedingt nach seiner Rückkehr die nicht verwendete Fahrkarte aushändigen, die dann in seinen Besitz übergeht.

2.3.10. Besuch eines Versicherten, der sich im Ausland im Krankenhaus befindet

Wenn sich der **Versicherte** infolge eines **medizinischen Notfalls** in einem **Krankenhaus** im **Ausland** befindet und die vom **Leistungserbringer** beauftragten Ärzte raten, ihn frühestens nach 5 Tagen zu transportieren, organisiert und übernimmt der **Leistungserbringer**:

- entweder die Reise (Hin- und Rückfahrt) eines Mitglieds seiner Familie oder eines Angehörigen mit **Wohnsitz** im selben Land wie der **Versicherte** zu dem kranken oder verletzten **Versicherten**. Die **Hotelkosten** vor Ort für diese Person werden vom **Leistungserbringer** bis maximal 65 € pro Tag für längstens 10 Tage gegen Vorlage der Originalbelege übernommen;
- oder die Kosten für die Verlängerung des Aufenthalts einer Person, die den **Versicherten** begleitet, bis zum selben Höchstbetrag und unter denselben Bedingungen.

2.3.11. Rückführung der sterblichen Überreste infolge eines Todesfalls während einer Reise

Falls ein **Versicherter** im **Ausland** und wenn die Familie die Beerdigung oder Einäscherung im Land des gesetzlichen Wohnsitzes des **Versicherten** beschließt, organisiert der **Leistungserbringer** die Rückführung der sterblichen Überreste und übernimmt:

- die Kosten für die Aufbahrung;
- die Kosten für die Einsargung vor Ort;
- die Kosten für den Sarg bis zu einem Höchstbetrag von 620 €;
- die Kosten für die Überführung der sterblichen Überreste vom Ort des Todes bis zum Ort des Begräbnisses bzw. der Einäscherung im Land des gesetzlichen **Wohnsitzes** des **Versicherten**.

Die Kosten für die Trauerfeier und Beerdigung oder Einäscherung im Land des gesetzlichen **Wohnsitzes** des **Versicherten** werden vom **Leistungserbringer** nicht übernommen.

Entscheidet sich die Familie für eine Beerdigung oder Einäscherung vor Ort im **Ausland**, so organisiert und übernimmt der **Leistungserbringer** die gleichen Leistungen wie oben beschrieben. Außerdem organisiert und übernimmt er die Reise (Hin- und Rückfahrt) eines Mitglieds der Familie oder eines Angehörigen mit **Wohnsitz** im Land des gesetzlichen **Wohnsitzes** des **Versicherten** zum Ort des Begräbnisses oder der Einäscherung. Diese Reise erfolgt per Bahn in der 1. Klasse (falls die Entfernung vom **Wohnsitz** weniger als 1.000 km betrifft) oder per Flugzeug in der Economy Class (bei einer Entfernung vom **Wohnsitz** von über 1.000 km).

Im Fall der Einäscherung vor Ort im **Ausland** mit Trauerfeier im Land des gesetzlichen Wohnsitzes des **Versicherten** übernimmt der **Leistungserbringer** die Kosten für den **Rücktransport** der Urne in das entsprechende Land. Die Leistung des **Leistungserbringers** ist in jedem Fall auf die Ausgaben beschränkt, die für eine Rückführung der sterblichen Überreste in das Land des gesetzlichen Wohnsitzes des **Versicherten** anfallen würden. Die Auswahl der Firmen, die an der Rückführung beteiligt sind, steht ausschließlich dem **Leistungserbringer** zu. Das ursprüngliche, nicht vom **Versicherten** verwendete Ticket kann vom **Leistungserbringer** angefordert werden und geht dann in seinen Besitz über.

2.4. Mitteilung über die Krankenhausaufnahme im Ausland und Hilfeersuchen

2.4.1. Bei einem Krankenhausaufenthalt im Ausland muss binnen 24 Stunden die entsprechende Mitteilung an die nachstehend angegebenen Telefonnummern erfolgen.

2.4.1.1. Bei einem Krankenhausaufenthalt in den Vereinigten Staaten oder Kanada:

(+1)(305) 530 8600

2.4.1.2. Bei einem Krankenhausaufenthalt in einem anderen Land:

(+352) 44 24 24 4848

2.4.1.3. Für die Hilfe (**Rücktransport**, Transport zu einer Klinik, Suche oder Bergung, usw.) muss das Ersuchen an die Telefonnummer des **Leistungserbringers** ergehen:

(+352) 44 24 24 4624

3. Sonderbedingungen für zusätzliche OptiSoins Privilège Dienste während und nach einem Krankenhausaufenthalt

3.1. Gegenstand und geografischer Geltungsbereich der Hilfe

3.1.1. Gegenstand

Der **Leistungserbringer** garantiert bis zu den angegebenen Beträgen einschließlich Steuern einen Hilfsdienst im Fall eines Krankenhausaufenthalts in Luxemburg, der durch diesen Vertrag abgesichert ist. Auf Antrag des **Versicherten** können die erbrachten Leistungen über die garantierten Höchstbeträge hinaus verlängert werden. Die Kosten für die Verlängerungen werden in voller Höhe vom **Versicherten** übernommen.

3.1.2. Geografischer Geltungsbereich

Der Hilfsdienst ist ausschließlich auf dem Staatsgebiet von Luxemburg für die dort lebenden **Versicherten** garantiert. Er wird am gesetzlichen oder am gewählten **Wohnsitz** des **Versicherten** erbracht, der in den **Persönlichen Bedingungen** vermerkt ist.

Die **Gesellschaft** garantiert die in diesem Abschnitt beschriebenen Dienstleistungen, sofern sie auf dem luxemburgischen Markt angeboten werden und sie einen **Leistungserbringer** findet, der die als erforderlich erscheinenden Qualitätsnormen erfüllt.

3.1.3. Bedingungen für die Gewährung des Hilfsdienstes

Der **Versicherte** – oder bei einer Notaufnahme einer seiner Angehörigen – muss unbedingt den Krankenhausaufenthalt, für den zusätzliche Dienstleistungen bewilligt werden, dem **Leistungserbringer** telefonisch melden. Nach dieser Meldung setzt sich der **Leistungserbringer** mit dem **Versicherten** in Verbindung und organisiert die vereinbarten Leistungen. Der Antrag auf Gewährung der Dienste muss spätestens 30 Tage nach dem Ende des Krankenhausaufenthalts gestellt werden. Die Leistungen müssen innerhalb der 90 Tage nach der Entlassung aus dem Krankenhaus erbracht werden.

3.1.4. Ausschluss aller zusätzlichen Dienste während des Krankenhausaufenthalts

Der Hilfsdienst wird weder in Deutschland noch in Belgien oder Frankreich gewährt.

3.2. Hilfsdienste in Luxemburg während des Krankenhausaufenthalts

3.2.1. Vertrauensperson

Während des Krankenhausaufenthalts organisiert und übernimmt der **Leistungserbringer** die nachstehend angebotenen Leistungen bis zu insgesamt fünf Leistungen pro Krankenhausaufenthalt, wobei jede maximal 4 Stunden dauert. Zur Wahl stehen:

3.2.1.1. Haushaltshilfe

Wenn ein **Versicherter** in ein Krankenhaus in Luxemburg eingeliefert werden muss und keine andere Person die Pflege seiner Wohnung übernehmen kann, organisiert und übernimmt der **Leistungserbringer** die Kosten für eine Haushaltshilfe von jeweils längstens 4 Stunden pro Leistung. Die Wohnungspflege ist auf die Hauptlebensräume begrenzt.

3.2.1.2. Kinderbetreuung

Wenn ein **Versicherter**, der ein Kind unter 16 Jahren hat, in ein Krankenhaus in Luxemburg eingeliefert werden muss und keine andere Person die Kinderbetreuung übernehmen kann, organisiert und übernimmt der **Leistungserbringer** die Betreuung der Kinder für maximal 4 Stunden pro Leistung.

3.2.1.3. Schulische Unterstützung

Wenn ein **versichertes Kind** zwischen 6 und 16 Jahren nach einem **medizinischen Notfall**, der einen versicherten Krankenhausaufenthalt zur Folge hatte, für länger als 15 aufeinanderfolgende Tage liegen muss, organisiert und übernimmt der **Leistungserbringer** innerhalb von 24 Stunden nach dem Ersuchen (oder von 48 Stunden, wenn die **Krankheit** des Kindes nicht mehr ansteckend ist) die Bereitstellung eines qualifizierten und erfahrenen pädagogischen Beraters, der das Kind im Krankenhaus betreut. Diese Garantie gilt in Luxemburg während des Schuljahrs, wie es vom Ministerium für Ausbildung festgelegt wird, von Montag bis Sonntag von 9.00 bis 19.00 Uhr (nach Absprache bezüglich der Zeiten zwischen dem **Versicherten** und dem **Leistungserbringer**). Der **Leistungserbringer** bietet diese Leistungen während der Schulferien nicht an. Die Organisation dieses Dienstes bedarf der vorherigen Zustimmung des **Krankenhauses** und des Arztes. Die im Rahmen dieses Versicherungsschutzes erbrachten Dienste bedingen keine Erfolgsverpflichtung seitens der **Gesellschaft**. Das **versicherte Kind** muss für jedes Fach einen aktuellen, ordnungsgemäßen Schulkurs aufweisen. Die Leistung der schulischen Unterstützung beschränkt sich auf Mathematik, Wissenschaften, Deutsch, Französisch und Englisch.

Die während des Krankenhausaufenthalts des **versicherten Kindes** und/oder nach seinem Krankenhausaufenthalt (siehe Punkte 3.3.1.4) erbrachten Leistungen der schulischen Unterstützung können pro **Schaden** insgesamt fünf Leistungen von einer Dauer von jeweils längstens 4 Stunden nicht überschreiten.

3.2.1.4. Betreuung von Haustieren

Nach einem versicherten Krankenhausaufenthalt organisiert und übernimmt der **Leistungserbringer** die Betreuung und das tägliche Ausführen von Haustieren (Hunden und Katzen) mit einer Dauer von längstens 4 Stunden pro Leistung.

3.2.2. Transport

3.2.2.1. Transport ins Krankenhaus

Wenn sich der **Versicherte** bei einer Aufnahme in ein **Krankenhaus** mit eigenen Mitteln dahin begeben muss, organisiert und übernimmt der **Leistungserbringer** auf Ersuchen

des **Versicherten** seinen Transport bis zum nächstgelegenen Krankenhaus, bei Bedarf unter ärztlicher Aufsicht. Kann sich der **Versicherte** nach dem Krankenhausaufenthalt nicht mit eigenen Mitteln fortbewegen, so organisiert und übernimmt der **Leistungserbringer** seine Rückkehr nach Hause.

3.2.2.2. **Besuch des Versicherten im Krankenhaus**

Nach einer versicherten Aufnahme ins **Krankenhaus** organisiert und übernimmt der **Leistungserbringer** die Hin- und Rückbeförderung der Eltern, des Ehe- oder Lebenspartners oder der Kinder zwecks Besuchs des **Versicherten** im Krankenhaus.

3.2.2.3. Für alle in den beiden obigen Punkten beschriebenen Transportleistungen ist die Leistung des **Leistungserbringers** auf drei Hin- und Rückfahrten pro Krankenhausaufenthalt und auf maximal 250 € pro Versicherungsjahr begrenzt.

3.3. Hilfsdienste in Luxemburg nach dem Krankenhausaufenthalt

3.3.1. Vertrauensperson

Nach dem Krankenhausaufenthalt organisiert und übernimmt der **Leistungserbringer** die nachstehend angebotenen Leistungen bis zu insgesamt fünf Leistungen pro Krankenhausaufenthalt, wobei jede maximal 4 Stunden dauert. Zur Wahl stehen:

3.3.1.1. **Haushaltshilfe**

Wenn der **Versicherte** nach seinem versicherten Krankenhausaufenthalt nicht allein die Pflege seiner Wohnung übernehmen kann, organisiert und übernimmt der **Leistungserbringer** die Kosten für eine Haushaltshilfe für maximal 4 Stunden pro Leistung. Die Wohnungspflege ist auf die Hauptlebensräume begrenzt.

3.3.1.2. **Lieferung der Einkäufe der notwendigsten Bedarfsartikel**

Wenn sich der **Versicherte** nach einem versicherten Krankenhausaufenthalt nicht fortbewegen und keine andere Person dies übernehmen kann, organisiert der **Leistungserbringer** die Lieferung der ärztlich verordneten Arzneimittel und/oder der Einkäufe der notwendigsten Bedarfsartikel im Lebensmittelgeschäft. Die Kosten der Einkäufe selbst trägt der **Versicherte**.

3.3.1.3. **Kinderbetreuung**

Wenn ein **Versicherter**, der ein Kind unter 16 Jahren hat, in ein Krankenhaus in Luxemburg eingeliefert werden muss und keine andere Person die Kinderbetreuung übernehmen kann, organisiert und übernimmt der **Leistungserbringer** die Betreuung der Kinder für maximal 4 Stunden pro Leistung.

3.3.1.4. **Schulische Unterstützung**

Die schulische Unterstützung gemäß Punkt 3.2.1.3 kann dem **versicherten Kind** unter dem Vorbehalt der dort bestimmten Grenzen, Bedingungen und Modalitäten auch zuhause nach seinem Krankenhausaufenthalt gewährt werden.

3.3.1.5. **Betreuung von Haustieren**

Nach einem versicherten Krankenhausaufenthalt organisiert und übernimmt der **Leistungserbringer** die Betreuung und das tägliche Ausführen von Haustieren (Hunden und Katzen) mit einer Dauer von längstens 4 Stunden pro Leistung.

3.3.1.6. **Versorgung nach der Niederkunft**

Nach dem Krankenhausaufenthalt organisiert und übernimmt der **Leistungserbringer** die Kosten für eine Hebamme, die die Versorgung nach der Geburt für längstens 4 Stunden pro Leistung übernimmt.

3.3.2. **Transport**

3.3.2.1. **Fahrten von Kindern**

Wenn der **Versicherte** nach einem versicherten Krankenhausaufenthalt seine Kinder nicht fahren kann, organisiert und übernimmt der **Leistungserbringer** die Hin- und Rückfahrt der Kinder unter 16 Jahren zur Schule und zurück.

3.3.2.2. **Beförderung des Versicherten**

Wenn sich der **Versicherte** nach seinem Krankenhausaufenthalt nicht mit eigenen Mitteln fortbewegen kann, organisiert und übernimmt der **Leistungserbringer** seine Fahrt zum **Krankenhaus** und zurück für die Kontrolluntersuchungen.

3.3.2.3. Für alle in den beiden obigen Punkten beschriebenen Transportleistungen ist die Leistung des **Leistungserbringers** auf drei Hin- und Rückfahrten pro Krankenhausaufenthalt und auf maximal 250 € pro Versicherungsjahr begrenzt.

Ihr AXA-Ansprechpartner



Sie finden all Ihre Leistungen
und Vertragsdokumente

auf axa.lu