

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

**Teil III: Krankheitskostentarif für ambulante Heilbehandlung
für nichtversicherungspflichtige Angestellte und Selbständige (nicht für Beihilfeberechtigte)**

Tarif/Klasse	AM 310
A. Leistungen des Versicherers	<p style="text-align: center;">100%</p> <p>des Rechnungsbetrages für ambulante Heilbehandlung (ausgenommen Psychotherapie und die nach Tarif Z zu versichernde zahnärztliche Behandlung) einschließlich Arznei- und Heilmittel.</p> <p>Für ambulante Psychotherapie werden erstattungsfähige Aufwendungen je Versicherungsfall zu</p> <p style="text-align: center;">100% für die 1. bis zur 30. Sitzung</p> <p style="text-align: center;">80% für die 31. bis zur 60. Sitzung</p> <p style="text-align: center;">70% ab der 61. Sitzung</p> <p>erstattet.</p> <p style="text-align: center;">100%</p> <p>für Hilfsmittel gemäß Nr. 11 Abs. 3 TB 2008 - 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.</p> <p>Beauftragt der Versicherte den Versicherer nicht mit der Beschaffung und beschafft sich ein Hilfsmittel gemäß Nr. 11 Abs. 3 TB 2008 - außer Sehhilfen - anderweitig, so ist der Versicherer berechtigt, die Erstattung auf</p> <p style="text-align: center;">75%</p> <p>der erstattungsfähigen Aufwendungen zu kürzen.</p> <p>Der Versicherer macht von seiner Kürzungsbefugnis auf 75% der erstattungsfähigen Aufwendungen keinen Gebrauch bei</p> <ul style="list-style-type: none"> - orthopädischen Schuhzurichtungen/Schuhleinlagen sowie Bandagen; - Hilfsmitteln mit summenmäßiger Begrenzung gemäß Nr.1 Abs. 3 TB 2008; - 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. <p style="text-align: center;">100%</p> <p>des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen).</p> <p>Für Brillengestelle werden pro Versicherungsjahr als Rechnungsbetrag bis zu 103,- Euro anerkannt und bis zu 103,- Euro erstattet.</p> <p>Transportkosten zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung werden bei ärztlich bestätigter Gehunfähigkeit erstattet.</p>
B. Selbstbehalt des Versicherungsnehmers	<p style="text-align: center;">310,- Euro pro versicherte Person und Versicherungsjahr.</p>

Gültig in Verbindung mit AVB Teil I Musterbedingungen 2008 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2008) und Teil II Tarifbedingungen der AXA Krankenversicherung AG (TB 2008)

Gültig ab 01/08

**Wichtige Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif AM 310
oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden.**

Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?

- z. B. Sonnenbrillen, einige Schutzimpfungen (z. B. für Fernreisen), Nähr- und Stärkungsmittel (z. B. Vitamin- und Mineralstoffpräparate), nicht rezeptpflichtige Entfettungsmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer und Badezusätze sowie Psychotherapie durch Heilpraktiker;

Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

- 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 jährliche Selbstbehalt erreicht und der zu erwartende Leistungsbetrag höher als 100,- Euro ist.
- Eine Kostenerstattung erfolgt generell auch bei noch nicht bezahlten Rechnungen.
- Heilmittel (z. B. Bäder, Massagen, Krankengymnastik) werden nur dann erstattet, wenn sie vorher ärztlich verordnet wurden. Das gleiche gilt für Hilfsmittel wie z. B. Hör-, Seh- und Sprechhilfen.
- In folgenden Fällen sollten Sie rechtzeitig (vor Behandlungsbeginn) von uns eine Kostenübernahmeerklärung anfordern.
 - umfangreiche Behandlungen und aufwendige Blutuntersuchungen durch Heilpraktiker sowie Behandlungen nach alternativen Methoden
 - Psychotherapie
 - Honorarvereinbarungen, die über den Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte hinausgehen

Bitte reichen Sie dazu entsprechende Unterlagen Ihres Behandlers ein z. B. Atteste, Behandlungspläne, Honorarvereinbarungen usw.

Hinweis zum Selbstbehalt:

Wenn Ihr Versicherungsschutz nicht am 1.1. eines Jahres beginnt, haben Sie - für dieses erste Jahr - nicht den gesamten Selbstbehalt zu tragen. Der Selbstbehalt wird nur entsprechend der verbleibenden Monate bis zum Ende des Kalenderjahres berücksichtigt. Bitte sammeln Sie die Rechnungen bis der Selbstbehalt überschritten ist.

Vor dem Bezug von Hilfsmitteln (außer Sehhilfen):

Bitte sprechen Sie mit uns!

Die AXA Krankenversicherung kann verordnete Hilfsmittel (z. B. Hör- und Sprechhilfen, Krankenfahrstühle, etc.) in vielen Fällen beschaffen - ohne dass Sie sich weiter darum kümmern müssen. Bitte wenden Sie sich deshalb vor Bezug eines Hilfsmittels unbedingt an uns! Wir organisieren die Beschaffung und halten außerdem die Leistungsaufwendungen (und damit Ihre Beiträge) so gering wie möglich.

Bitte bedenken Sie, daß wir tarifgemäß unsere Erstattung auf 75% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages kürzen, falls Sie sich vor Bezug eines Hilfsmittels nicht an uns wenden.

Informationen zu Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen

Wenn Sie detaillierte Informationen zum Leistungsumfang von Impfungen und/oder Vorsorgeuntersuchungen wünschen, bieten wir Ihnen Informationsblätter dazu an:

- Was man zum Thema Impfungen und Immunprophylaxe wissen sollte
Fax-Abruf-Nr.: 0221 - 14861168
- Informationen zu Vorsorgeuntersuchungen
Fax-Abruf-Nr.: 0221 - 14861145

Selbstverständlich schicken wir Ihnen diese auch per Post zu:

Tel. Nr.: 0 180 3 - 55 66 22 (9 Cent je angefangene Minute aus dem deutschen Festnetz, ggf. abweichender Mobilfunktarif)

Was müssen Sie beachten, wenn Sie (länger) ins Ausland reisen

Der tarifliche Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa.

Verlegen Sie jedoch Ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) - derzeit gehören dem EWR alle Staaten der Europäischen Union sowie Island, Liechtenstein und Norwegen an - haben Sie Mehrkosten einer Heilbehandlung im Vergleich zu den Kosten, wie diese in Deutschland entstanden wären, selbst zu tragen. Eine Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes liegt vor, wenn Sie länger als 6 Monate im Ausland sind.

In Staaten außerhalb des EWR haben Sie für Aufenthalte mit einer Gesamtdauer bis zu sechs Monaten tariflichen Versicherungsschutz.

Bei Aufenthalten in Staaten außerhalb des EWR, die länger als sechs Monate dauern, haben Sie die Möglichkeit, Ihren Versicherungsschutz bei uns fortzuführen, egal wie lange Ihr Auslandsaufenthalt dauert.

Hierzu ist es aber unbedingt erforderlich, dass Sie vor Ablauf von sechs Monaten bei uns einen schriftlichen Antrag auf Fortsetzung des Versicherungsschutzes stellen. Wir garantieren Ihnen, dass wir mit Ihnen eine besondere Vereinbarung treffen, die Ihren Versicherungsschutz aufrechterhält, sofern Ihr Antrag fristgerecht bei uns eingeht. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir im Rahmen einer solchen besonderen Vereinbarung für Länder mit deutlich höheren durchschnittlichen Gesundheitskosten (z. B. USA) Beitragszuschläge für die Dauer des Auslandsaufenthaltes erheben müssen.

Bitte versäumen Sie bei längeren Auslandsaufenthalten keinesfalls, den Antrag auf Fortführung frühzeitig, auf jeden Fall aber fristgerecht zu stellen. Nach Ablauf von sechs Monaten - die Zeiten mehrerer Auslandsaufenthaltes innerhalb eines Jahres werden addiert, wenn die Auslandsaufenthalte in einem direkten Zusammenhang zueinander stehen (z. B. falls Sie einen langfristigen Auslandsaufenthalt durch einen Heimaturlaub in Deutschland unterbrechen) - besteht ohne Vereinbarung kein Versicherungsschutz mehr!

Der gesamte Versicherungsvertrag endet in diesem Fall zum Ablauf des sechsten Monats des Auslandsaufenthaltes.

Falls Sie sich ins Ausland begeben, um sich dort behandeln zu lassen oder zu entbinden, gilt für Staaten, die nicht dem Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) angehören, folgendes:

Mehrkosten einer Heilbehandlung im Ausland im Vergleich zu den Kosten, wie diese in Deutschland entstanden wären, haben Sie selbst zu tragen. Bitte wenden Sie sich vor einer Auslandsreise zur Heilbehandlung/Entbindung deshalb unbedingt an uns, um den Umfang der Versicherungsleistung zu klären.

Bitte nennen Sie uns vor Reiseantritt, spätestens aber zu Beginn des dritten Monats des Auslandsaufenthaltes eine zustellungsfähige Korrespondenzanschrift, um sicherzustellen, dass wir Sie auch während des Auslandsaufenthaltes schriftlich erreichen können; die zusätzliche Nennung einer Telefon oder Fax-Nummer bzw. einer E-Mail-Adresse ist hilfreich. Treffen Sie auch Vorsorge dafür, dass die Beiträge zu Ihrer Krankenversicherung regelmäßig von uns abgebucht werden können bzw. bei uns eingehen.