

Tarif EL Bonus
für ambulante und stationäre Heilbehandlung
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)
für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung

Teil III: Krankheitskostentarif

Tarif/Klasse	EL Bonus
<p>A. (1) Selbstbehalt pro Versicherungsjahr</p>	<p>360,- Euro Für Kinder und Jugendliche beträgt der Selbstbehalt bis zum 31. Dezember des Jahres, in dem diese das 19. Lebensjahr vollenden, 180,- Euro. Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen und Schutzimpfungen gemäß A (2) sowie Ersatzleistungen unter A (5) unterliegen nicht dem Selbstbehalt.</p>
<p>(2) Erstattung bei ambulanter Heilbehandlung</p>	<p>Der Versicherer erstattet</p> <p style="text-align: center;">75%</p> <p>des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige Heilbehandlung - außer Psychotherapie - durch Ärzte einschließlich verordneter Arzneimittel bzw.</p> <p style="text-align: center;">100%</p> <p>des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige Heilbehandlung - außer Psychotherapie - durch Ärzte einschließlich verordneter Arzneimittel, 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.</p> <p style="text-align: center;">100%</p> <p>des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen ohne Beschränkung auf Altersgrenzen sowie für Schutzimpfungen, die von der "Ständigen Impfkommision des Robert-Koch-Institutes" empfohlen werden und nicht ausschließlich aus Anlass einer Auslandsreise angeraten sind.</p> <p style="text-align: center;">75%</p> <p>für die erstattungsfähigen Aufwendungen für Heilmittel gemäß den in der Heilmittelliste genannten Leistungsinhalten und Höchstsätzen. Die Heilmittelliste ist Teil der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).</p> <p style="text-align: center;">100%</p> <p>des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen). Innerhalb von 2 aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren ist dabei die Gesamtleistung auf 100,- Euro begrenzt. Wird eine Fehlsichtigkeit operativ beseitigt oder vermindert, beteiligt sich der Versicherer an den entstehenden Kosten bis zu insgesamt 300,- Euro (für ein oder zwei Augen). In diesem Fall erbringt der Versicherer Leistungen für Sehhilfen frühestens wieder im sechsten Versicherungsjahr nach der Operation.</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. Der Versicherer macht von dieser Kürzungsbefugnis keinen Gebrauch bei:</p> <ul style="list-style-type: none"> - orthopädischen Schuhzurichtungen/Schuheinlagen sowie Bandagen, - Hilfsmitteln mit summenmäßiger Begrenzung gemäß Nr. 11 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;">75%</p> <p>des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für ambulante Heilbehandlung - außer Psychotherapie - durch Heilpraktiker einschließlich verordneter Arzneimittel. Die Gesamtleistung ist dabei auf 1.000,- Euro pro Versicherungsjahr begrenzt.</p> <p>Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für ambulante Psychotherapie, Fahrtkosten zu einer ambulanten Behandlung, Sterilisation, Maßnahmen zur Vorbereitung und Durchführung einer künstlichen Befruchtung sowie ambulante Kuren und Rehabilitationsmaßnahmen (siehe auch unter B. Leistungsausschlüsse).</p>

<p>(3) Erstattung bei stationärer Heilbehandlung</p>	<p>Der Versicherer erstattet</p> <p style="text-align: center;">100%</p> <p>der erstattungsfähigen Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung wegen Krankheit, Unfallfolgen, Schwangerschaft oder Entbindung.</p> <p>Erstattungsfähig sind ausschließlich die Kosten der allgemeinen Krankenhausleistungen, nicht aber die der privatärztlichen Behandlung und der gesondert berechenbaren Unterbringung.</p> <p style="text-align: center;">100%</p> <p>der erstattungsfähigen Aufwendungen eines medizinisch notwendigen Transports zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.</p> <p style="text-align: center;">100%</p> <p>der erstattungsfähigen Aufwendungen für einen Belegarzt, Beleghebammen und -entbindungspfleger bei stationärer Heilbehandlung in einem Krankenhaus.</p> <p>Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für stationäre Kuren und Rehabilitationsmaßnahmen, Sterilisation, Maßnahmen zur Vorbereitung und Durchführung einer künstlichen Befruchtung sowie die Kosten eines Schwangerschaftsabbruchs aus nicht medizinischen Gründen (siehe auch unter B. Leistungsausschlüsse).</p>
<p>(4) Zusatzleistungen für eine Begleitperson bei stationärer Behandlung von Kindern</p>	<p>Aus der Versicherung eines Kindes werden Kosten der Unterkunft für eine Begleitperson erstattet.</p> <p>Voraussetzungen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Das Kind hat das 5. Lebensjahr noch nicht vollendet. 2. Die Begleitperson ist nach einem AXA Krankenhauskostentarif versichert. 3. Die Kosten der Unterkunft der Begleitperson sind nicht mit den allgemeinen Krankenhausleistungen nach § 2 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 § 17 b Abs. 1 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes).</p>
<p>(5) Ersatzleistungen</p>	<p>100,- Euro bei Entbindung einer versicherten Person in der Wohnung (Hausentbindung) - bei Mehrlingsgeburten das entsprechende Vielfache.</p>
<p>B. Leistungsausschlüsse</p>	<p>Leistungsausschlüsse ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB). Darüber hinaus sind folgende Leistungen im Tarif EL Bonus nicht im Versicherungsschutz enthalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ambulante und stationäre Kuren bzw. Rehabilitationsmaßnahmen; - ambulante psychotherapeutische Behandlung; - Schwangerschaftsunterbrechungen aus nicht medizinischen Gründen; - Sterilisation und Maßnahmen zur Vorbereitung und Durchführung einer künstlichen Befruchtung; - Fahrtkosten zur ambulanten ärztlichen Behandlung. <p>Insoweit finden Nr. 2 und Nr. 19 Abs. 2 TB 2008 keine Anwendung.</p>
<p>C. Umwandlungsoption</p>	<p>Versicherte Personen, die mit dem Tarif EL Bonus erstmalig eine Krankheitskostenvollversicherung bei der AXA Krankenversicherung abschließen, können zu Beginn des 6. Versicherungsjahres einmalig die Umstellung in den Tarif Vital ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten verlangen, sofern folgende Voraussetzungen erfüllt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> - es bestand vor dem Umstellungszeitpunkt 5 Versicherungsjahre lang ununterbrochener Versicherungsschutz nach Tarif EL Bonus - die versicherte Person hat das 41. Lebensjahr zum Zeitpunkt der Umstellung noch nicht vollendet - der Antrag auf Umstellung liegt AXA Krankenversicherung spätestens zum möglichen Umstellungstermin vor. <p>Der vom Umstellungstermin an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person unter Berücksichtigung erworbener Rechte aus der Alterungsrückstellung. Die Umwandlungsoption gilt nicht für versicherte Personen, die nach den Bestimmungen für die Kindernachversicherung gem § 2 Abs. 2 und 3 der AVB versichert wurden. Wird für den Tarif EL Bonus eine Erschwerung in Form eines versicherungsmedizinischen Zuschlags, eines Leistungsausschlusses oder einer Leistungseinschränkung vereinbart, so gilt bei Wahrnehmung der Option für den auflebenden Versicherungsschutz folgendes: Eine Erschwerung wird nur aufgrund der Diagnosen vereinbart, die auch Ursache für die Erschwerung im Tarif EL Bonus waren. Zwischenzeitlich neu aufgetretene Krankheiten usw. führen nicht zu weiteren Erschwerungen.</p> <p>Wird zu dem vorgenannten Zeitpunkt keine Umstellung in den Tarif Vital beantragt, erlischt diese Option für die versicherte Person.</p>

D. Beitragsanpassung	Hinsichtlich des Vomhundertsatzes gemäß § 8 b (1) MB/KK 2008 gilt: Der Versicherer kann im Tarif EL Bonus unter den in § 8 b (1) MB/KK 2008 genannten Voraussetzungen bereits bei einer Abweichung von mehr als 5% die Beiträge des Tarifs anpassen.
E. Bonifikationen (1) Gesundheitsbonus (2) Verhaltensbonus (3) Auszahlung	Für leistungsfreie Versicherungsjahre kann der Versicherte jährlich einen Gesundheitsbonus (Beitragsrückerstattung) erhalten. Anspruch und Fälligkeit der Beitragsrückerstattung richten sich nach Nr. 14 Abs. 4 TB 2008. 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. Die Bonifikationen (Verhaltens- und Gesundheitsbonus) werden ausgezahlt.
F. Versicherungsfähigkeit/ Aufnahmefähigkeit	Versicherungsfähig/Aufnahmefähig sind ausschließlich Personen, für die weder bei AXA Krankenversicherung noch bei einem anderen privaten Krankenversicherer neben dem Tarif EL Bonus eine Krankheitskostenversicherung für stationäre Heilbehandlung mit Leistungen für privatärztliche Behandlung und/oder gesondert berechenbare Unterkunft besteht.
G. Wegfall der Versicherungsfähigkeit	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 EL Bonus zu Beginn des Folgemonats nach Kenntnismahme. Der Versicherte kann dann in einen anderen 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 EL Bonus.

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 EL Bonus
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 Jugendlichenmedizin (Kinderärzte),
- Not- oder Bereitschaftsärzte.

Alle anderen Fachärzte zählen für Versicherte des Tarifes EL Bonus 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.

Tritt ein neuer Versicherungsfall ein, können Sie über den Behandler (Erst-Behandler) neu entscheiden; diese Entscheidung gilt dann wieder für den neuen Krankheits-/Versicherungsfall.

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%.

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.

**Vor dem Bezug von Hilfsmitteln (außer Sehhilfen):
Bitte sprechen Sie mit uns!**

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 zu:

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

Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?

Bei ambulanter Behandlung:

z. B. ambulante Psychotherapie, ambulante Kuren und Rehabilitationsmaßnahmen, Fahrtkosten zur und von der ambulanten Behandlung, Schwangerschaftsunterbrechung aus nicht medizinischen Gründen, Sterilisation, Maßnahmen zur Vorbereitung und Durchführung einer künstlichen Befruchtung, Sonnenbrillen, einige Schutzimpfungen (z. B. für Fernreisen), Nähr- und Stärkungsmittel (z. B. Vitamin- und Mineralstoffpräparate), nicht rezeptpflichtige Entfettungsmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer und Badezusätze.

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. Schwangerschaftsunterbrechung aus nicht medizinischen Gründen, Sterilisation, Maßnahmen zur Vorbereitung und Durchführung einer künstlichen Befruchtung, 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:

Für Krankenhäuser, die auch Kur- und Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen ("gemischte Anstalten"), benötigen Sie vor dem Behandlungsbeginn unsere schriftliche Kostenzusage.

Eine vorherige Kostenzusage ist auch immer dann empfehlenswert, wenn Sie ein Krankenhaus wählen, das weit entfernt von Ihrem Wohnort oder im Ausland liegt.

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.