

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

Teil III: Krankheitskostentarif

Tarif/Klasse	ECO 2600
Leistungen des Versicherers	<p>Die Leistungen des Versicherers für eine versicherte Person vermindern sich pro Versicherungsjahr insgesamt um einen Selbstbehalt von</p> <p style="text-align: center;">2.600,- Euro.</p>
Erstattung bei ambulanter Behandlung	<p style="text-align: center;">100%</p> <p>des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung - außer Psychotherapie - 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 80% für die 31. bis zur 60. Sitzung 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 2009 - 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 2009 - 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/Schuheinlagen sowie Bandagen; - Hilfsmitteln mit summenmäßiger Begrenzung gemäß Nr.1 Abs. 3 TB 2009; - 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>für Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen) bis zu einem Rechnungsbetrag von maximal 256,- Euro pro Versicherungsjahr.</p> <p>Transportkosten zur oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung werden bei ärztlich bestätigter Gehunfähigkeit erstattet.</p>
Erstattung bei Krankenhaus-Behandlung	<p style="text-align: center;">100%</p> <p>der erstattungsfähigen Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung im Krankenhaus.</p> <p>Erstattungsfähig sind alle Krankenhauskosten (Pflege, Verpflegung und Unterkunft im Ein- oder Mehrbettzimmer), Arztkosten, Krankenhausnebenkosten, Hebammenkosten und medizinisch notwendige Transportkosten zum oder vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.</p> <p>In Erweiterung der Nr. 10 TB 2009 "Gebührenordnungen" werden für vom liquidationsberechtigten Chefarzt persönlich erbrachte Leistungen für die Operation selbst, nicht jedoch für sonstige im Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen aufgeführte Nummern, im tariflichen Rahmen auch ohne vorherige Zusage Kosten bis zum 5-fachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte erstattet, wenn eine rechtsgültige, individuelle "abweichende Vereinbarung" gemäß § 2 der Gebührenordnung für Ärzte getroffen wurde.</p> <p>Abweichend von Nr. 5 TB 2009 wird bei Rücktransporten auf deren medizinische Notwendigkeit verzichtet, wenn eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung im Ausland stattgefunden hat und diese im unmittelbaren Anschluß in Deutschland fortgesetzt wird, und der Transport mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu Normaltarifen erfolgt. Die Transportkosten der Begleitperson sind auch dann erstattungsfähig.</p>

Erstattung bei zahnärztlicher oder kieferorthopädischer Behandlung

Zahnstaffel

Abweichend von § 5 Abs. 1 d MB/KK 2009 und § 4 Abs. 5 MB/KK 2009 werden auch ohne vorherige Zusage die Kosten einer Behandlung in einer Gemischten Anstalt bis zu 30 Tagen erstattet, wenn es sich um eine Anschlußheilbehandlung nach einer stationären operativen Behandlung handelt, diese spätestens 14 Tage nach der Entlassung aus dem Akut-Krankenhaus beginnt und ein Anspruch über den zuständigen Rehabilitationsträger nicht besteht. Andere versicherte Tarife werden durch diese Regelung nicht berührt.

90%

des Rechnungsbetrages.

Erstattet werden die Kosten für

- ambulante zahnärztliche Behandlung einschließlich Zahnersatz und Kieferregulierung.
- Fahrtkosten zur oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten zahnärztlichen Heilbehandlung bei ärztlich bestätigter Gehunfähigkeit.

Vor Beginn von Maßnahmen für Zahnersatz und Kieferorthopädie soll dem Versicherer ein Heil- und Kostenplan einschließlich anfallender Material- und Laborkosten mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahmen vorgelegt werden, sofern die Maßnahmen 1.000,- Euro überschreiten. Der Versicherer verpflichtet sich, diesen Kostenvoranschlag unverzüglich zu prüfen und den vertraglichen Leistungsbetrag verbindlich bekanntzugeben.

Die Leistungen werden für alle Arten zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung wie folgt begrenzt: Als Rechnungsbetrag werden

- im ersten Versicherungsjahr bis zu 1.278,23 Euro
- in den ersten zwei Versicherungsjahren bis zu 2.556,46 Euro
- in den ersten drei Versicherungsjahren bis zu 3.834,69 Euro
- in den ersten vier Versicherungsjahren bis zu 5.112,92 Euro
- in den ersten fünf Versicherungsjahren bis zu 6.391,15 Euro

anerkannt. Bei zu erstattenden Kosten entscheiden die einzelnen Behandlungsdaten, welchem Versicherungsjahr sie zugeordnet werden.

Bei unfallbedingter zahnärztlicher/kieferorthopädischer Behandlung entfällt die Leistungsbegrenzung.

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 2009)

Gültig ab 09/08

Wichtige Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif ECO 2600 oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden.

Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?

ambulante Behandlung

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

stationäre Behandlung

- z. B. Krankenhausnebenkosten für Sonderservice wie Telefongespräche, Fernsehen oder Video können nicht übernommen werden.
- z. B. stationäre Vorsorgeuntersuchung ("großer Check-up")
- z. B. Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen
Bitte wenden Sie sich rechtzeitig an den zuständigen Rentenversicherungsträger (BfA oder LVA). Erst wenn von diesem eine Kostenübernahme abgelehnt wird, können freiwillige Leistungen erbracht werden. Fügen Sie in diesem Fall bitte Ihrem Antrag an uns eine Kopie des Ablehnungsbescheides der BfA oder LVA bei.

Zahnbehandlung

- z. B. rein kosmetische Leistungen, die über das medizinisch notwendige Maß hinausgehen
- z. B. Amalgamaustausch ohne nachweisbare medizinische Notwendigkeit
- z. B. Sachkosten, die nicht in der Sachkostenliste enthalten sind, oder Preise, soweit sie über den in der Sachkostenliste genannten liegen.

Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

Hinweise zum Selbstbehalt

Der jährliche Selbstbehalt von 2.600,- Euro erstreckt sich insgesamt über alle Leistungsbereiche (ambulant, stationär, Zahn).

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.

ambulante Behandlung

- Bitte legen Sie Originalrechnungen vor.
- Eine Kostenerstattung erfolgt generell auch bei noch nicht bezahlten Rechnungen.
- 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.
- Heilmittel (z. B. Bäder, Massagen, Krankengymnastik) werden nur dann erstattet, wenn sie vorher ärztlich verordnet wurden. Das gleiche gilt auch für Hilfsmittel (z. B. Hör-, Seh- und Sprechhilfen).
- In folgenden Fällen sollten Sie rechtzeitig (vor Behandlungsbeginn) bei 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.

stationäre Behandlung

- Als Inhaber der AXA ChipCard können Sie bei der Aufnahme ins Krankenhaus alle Formalitäten schnell und bequem erledigen. Es

sind keine Vorauszahlungen für Unterbringungskosten zu leisten. Die Krankenhausverwaltung kann diese Kosten direkt mit uns abrechnen.

Der Arzt richtet seine Liquidation an Ihre Anschrift. Bitte reichen Sie uns diese Rechnung im Original ein.

- Die Kostenerstattung erfolgt auch dann, wenn die Rechnung noch nicht beglichen wurde.
- Für Krankenhäuser, die auch Kur- und Sanatoriumsbehandlungen durchführen ("Gemischte Anstalten"), benötigen Sie vor dem Behandlungsbeginn unsere schriftliche Kostenzusage, es sei denn, es handelt sich um eine Anschlußheilbehandlung, für die kein Anspruch über den zuständigen Rehabilitationsträger besteht. Bitte beachten Sie die im Tarif beschriebenen Bedingungen. Eine vorherige Kostenzusage ist auch immer dann empfehlenswert, wenn Sie ein Krankenhaus wählen, das weit entfernt von Ihrem Wohnort oder im Ausland liegt.

Zahnbehandlung

- Bitte reichen Sie immer die Originalrechnung des Zahnarztes und ggf. des Labors ein.
- Die Kostenerstattung erfolgt auch für noch nicht bezahlte Rechnungen.
- Bei Zahnersatz (z. B. Überkronungen, Brücken, Prothesen oder Implantate), Kieferorthopädie sowie Inlays empfehlen wir dringend, uns rechtzeitig vor dem Behandlungsbeginn neben einem Heil- und Kostenplan des Zahnarztes auch den Kostenvorschlag des zahntechnischen Labors über die Material- und Laborkosten zuzusenden.
Wir sagen Ihnen dann, welche Leistungen Sie aus dem Versicherungsvertrag zu erwarten haben und wie hoch ggf. Ihr Eigenanteil ist.
Die Kosten für die Erstellung des Heil- und Kostenplanes bzw. des Kostenvorschlages übernehmen wir im Rahmen des Tarifes.
- Bitte händigen Sie Ihrem Zahnarzt rechtzeitig vor Beginn von Maßnahmen für Zahnersatz, Kieferorthopädie und Inlays die beigefügte **Sachkostenliste** aus.

Erläuterung zur Zahnstaffel

Die Zahnstaffel besagt, daß in **den ersten fünf Versicherungsjahren** ein Rechnungsbetrag von **insgesamt** maximal 6.391,15 Euro anerkannt werden kann, in jedem dieser Jahre also grundsätzlich 1.278,23 Euro. Für das erste Versicherungsjahr gilt dies übrigens auch dann, wenn Ihr Versicherungsschutz erst nach dem 1. Januar begonnen hat.

Sollte der jährliche Höchstbetrag in einem Jahr einmal nicht ausgeschöpft werden, so erhöht sich der Rechnungsbetrag, der im Folgejahr anerkannt werden kann, entsprechend.

Innerhalb des Rahmens dieser maximal anzuerkennenden Rechnungsbeträge erstatten wir auch in den ersten fünf Versicherungsjahren so, wie es der Tarif ECO 2600 grundsätzlich vorsieht. Darüber hinausgehende Kosten müssen Sie als Eigenanteil selbst tragen.

Ein Beispiel für die Abrechnung:

Sie reichen für das erste Versicherungsjahr eine Rechnung für Zahnersatz über 750,- Euro ein. Wir erstatten tariflich 675,- Euro (90% von 750,- Euro). Da wir für das erste Versicherungsjahr einen Rechnungsbetrag bis zu 1.278,23 Euro hätten anerkennen können, erhöht sich die Grenze für das zweite Versicherungsjahr um 528,23 Euro auf 1.806,46 Euro.

Das Beispiel geht davon aus, daß Ihr jährlicher Selbstbehalt bereits ausgeschöpft ist. Ist Ihr jährlicher Selbstbehalt noch nicht erfüllt, so wird die tarifliche Leistung auf den Selbstbehalt angerechnet.

Diese Erläuterung gilt im übertragenen Sinn auch für eine individuell mit Ihnen vereinbarte Zahnstaffel.

Vor dem Bezug von Hilfsmitteln (außer Sehhilfen):

Bitte sprechen Sie mit uns!

AXA Krankenversicherung kann verordnete Hilfsmittel (z. B. Hör- und Sprechhilfen, Krankenfahrräder, 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-Abwurf-Nr.: 0221 - 14861168
- Informationen zu Vorsorgeuntersuchungen
Fax-Abwurf-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 Versicherungsschutz, ohne dass eine Begrenzung auf die in Deutschland üblichen Kosten erfolgt. 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.

In beiden Fällen 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 bzw. bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in ein Land der EU oder des EWR 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.