

Vertragsgrundlage 520
Tarif: VisionStart-N
für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)
für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung

Teil III : Krankheitskostentarif für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung

Tarif	VisionStart-N (VisStart-N)
<p>A Leistungen des Versicherers 1. Ambulant</p>	<p>Der Versicherer erstattet 100% des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung - außer Psychotherapie, Sehhilfen, Hörgeräte und Heilpraktikerleistungen - einschließlich Arznei-, Verband- und Heilmitteln.</p> <p>Für Psychotherapeutische Aufwendungen erstattet der Versicherer je Behandlungsfall: - bis zur 30. Therapiesitzung 100% - ab der 31. Therapiesitzung 80%.</p> <p>100 % für Hilfsmittel gemäß Nr. 11 Abs. 3 TB 2009 - außer Sehhilfen und Hörgeräte -, 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 und Hörgeräte - 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.11 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, wenn der Zeitraum zwischen dem Unfall und der Versorgung mit dem Hilfsmittel 2 Tage nicht übersteigt.</p> <p>Für Sehhilfen ab einer Fehlsichtigkeit von 8,0 Dioptrien (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen): Ab dem 15. Lebensjahr begrenzt bis zu einem Rechnungsbetrag auf 300,00 Euro innerhalb von drei Kalenderjahren. Bis zum 15. Lebensjahr besteht eine Begrenzung auf 100 Euro je Kalenderjahr.</p> <p>Für Hörgeräte werden innerhalb von 3 Kalenderjahren Rechnungen bis insgesamt 1.300,00 Euro pro Ohr ersetzt.</p> <p>100 % der Transportkosten zu oder von der nächst erreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung / Therapieeinrichtung bei ärztlich bestätigter Gehunfähigkeit sowie bei Unfall / Notfall, wenn für die Erstversorgung eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist.</p> <p>Leistungen von Heilpraktikern sind nicht erstattungsfähig.</p> <p>Serviceleistungen: Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an, Wir informieren Sie über Behandlungsmethoden, nennen Ihnen Behandler und sind bei der Terminvereinbarung behilflich. Bei den Hilfsmitteln, die wir aufgrund Ihres Auftrags zur Verfügung stellen, organisieren wir darüber hinaus Ihre Versorgung. Wir stehen Ihnen bei Fragen zu Vorsorgeuntersuchungen jederzeit zur Verfügung. Benötigen Sie aufgrund einer chronischen Erkrankung über einen langen Zeitraum Medikamente, erhalten Sie Informationen über die Möglichkeiten einer optimalen wirksamen Medikation.</p>
<p>2. stationäre Heilbehandlung</p>	<p>Folgende Aufwendungen für eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung werden zu 100% übernommen: a) Sämtliche medizinisch notwendigen Leistungen im Zusammenhang mit einer stationären Behandlung, allerdings ohne Unterbringung in einem gesondert berechenbaren Zimmer und ohne Inanspruchnahme des Privatärztes (allgemeine Krankenhausleistungen).</p>

	<p>b) Medizinisch notwendige Transporte zum und vom nächstgelegenen aus medizinischer Sicht geeigneten Krankenhaus.</p> <p>Serviceleistung: 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>
<p>3. zahnärztliche Heilbehandlung</p>	<p>Folgende Aufwendungen für zahnärztliche Behandlungen werden bis zu den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung, bzw. bei Material- und Laborkosten bis zur Höhe der in unserer Sachkostenliste II angegebenen Beträge übernommen:</p> <p>a) Zahnbehandlung einschließlich prophylaktischer Maßnahmen zu 100%.</p> <p>b) Zahnersatz zu 50%, wird er unfallbedingt erforderlich zu 80%, vorausgesetzt vor Behandlungsbeginn wird ein Heil- und Kostenplan eingereicht und von uns genehmigt. Andernfalls übernehmen wir die Kosten zu 25%. Als Zahnersatz gelten prothetische Leistungen einschließlich der Versorgung mit Kronen jeder Art, Inlays, Onlays und gehämmerte Füllungen, Reparaturen, die Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen sowie implantologische Leistungen. Erstattungsfähig sind zwei Implantate pro Kiefer (einschließlich bereits vorhandener Implantate) - zur Versorgung einer Einzelzahnücke, wenn beide benachbarten Zähne intakt und nicht überkronungsbedürftig sind; - zur Versorgung einer Freizahnücke, wenn mindestens die Zähne acht und sieben fehlen, - zur Fixierung einer Totalprothese. Mit besonderer Begründung bei Einzelzahnücken oder zur Fixierung einer Totalprothese sind die Aufwendungen für maximal 4 Implantate pro Kiefer (einschließlich bereits vorhandener Implantate) erstattungsfähig.</p> <p>c) Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen zu 50%, werden diese unfallbedingt erforderlich zu 80%, vorausgesetzt vor Behandlungsbeginn wird ein Heil- und Kostenplan eingereicht und von uns genehmigt. Andernfalls übernehmen wir die Kosten zu 25%.</p> <p>d) Kieferorthopädische Leistungen nur für Kinder und Jugendliche bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 20. Lebensjahr vollendet, zu 90%.</p> <p>Zahnstaffel</p> <p>a) Bei zahnärztlicher Heilbehandlung aufgrund von Unfällen gibt es keine Begrenzung durch die Zahnstaffel.</p> <p>b) Mit Ausnahme der Aufwendungen für konservierende Zahnbehandlung und prophylaktische Leistungen, sind ab Beginn der Versicherung in diesem Tarif für</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zahnersatz, - Implantate - funktionsanalytische und funktionstherapeutische Behandlungen sowie für - Kieferorthopädie <p>in den ersten 24 Monaten Aufwendungen höchstens bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.000,00 EUR und in den ersten 48 Monaten insgesamt höchstens bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.000,00 EUR erstattungsfähig.</p> <p>Serviceleistung: Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an, wir informieren Sie über Behandlungsmethoden, nennen Ihnen Behandler und sind bei Terminvereinbarungen behilflich.</p>
<p>B Leistungsausschlüsse</p>	<p>Leistungsausschlüsse finden sich in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB). Darüber hinaus sind folgende Leistungen in diesem Tarif nicht enthalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - stationäre Kur- und Sanatoriumsbehandlung, - ambulante Kurbehandlung. <p>Insoweit finden Nr. 18 und 19 Abs. 2 TB keine Anwendung.</p>
<p>C Selbstbehalt</p>	<p>Von den tariflichen Versicherungsleistungen wird ein Selbstbehalt von 400,00 EUR abgezogen. Dies gilt je versicherte Person und Kalenderjahr. Für Kinder und Jugendliche gilt bis zum 31. Dezember des Jahres, in dem Sie das 19. Lebensjahr vollenden, die Hälfte des oben genannten Selbstbehaltes.</p>
<p>D Besondere Bedingungen für Personen in 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. 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> <p>In den Beiträgen für die Krankheitskostenversicherung unter Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen ist kein Anteil für die Bildung einer Alterungsrückstellung vorgesehen.</p>

	Für die Dauer der Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen wird der für die versicherte Person bestehende Tarif durch ein angehängtes „A“ gekennzeichnet.
<p>E Umwandlungsoption 1. Umfang/Inhalt der Umwandlungsoption</p> <p>2. Ereignisse für die Inanspruchnahme einer Option auf eine höherwertige Krankheitskostenvollversicherung</p> <p>3. Frist zur Wahrnehmung der Optionen</p>	<p>Versicherte Personen dieses Tarifs können durch Ausübung dieser Option bei den unter Punkt 2. genannten Ereignissen ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten sowohl die Umstellung in einen Tarif mit höheren als auch mit umfassenderen Leistungen verlangen, wenn in dem gewünschten Krankheitskostentarif 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 diesen Tarif 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 in diesem Tarif waren. Zwischenzeitlich neu aufgetretene Krankheiten usw. führen nicht zu weiteren Erschwerungen.</p> <p>Folgende Ereignisse können einen Wechsel ermöglichen:</p> <p>a) Einmalig bei Abschluss einer Berufsausbildung bzw. -qualifikation (z. B. Hochschulstudium, Steuerberaterprüfung) der versicherten Person;</p> <p>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.</p> <p>c) Bei Geburt eines eigenen Kindes oder Adoption eines Kindes durch die versicherte Person, allerdings erst ab dem auf die Geburt / Adoption folgenden Tag;</p> <p>d) Beginn der Berufsausbildung eines Kindes der versicherten Person (1x pro Kind);</p> <p>e) Beruflicher Statuswechsel zwischen Anstellung und Selbstständigkeit;</p> <p>f) Beruflicher Statuswechsel von einer Anstellung oder Selbstständigkeit in ein Beamtenverhältnis. Die Option beinhaltet in diesem Fall 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 Beihilfeergänzungstarifs und / oder den Neuabschluss bzw. Erhöhung einer Krankenhausagegeldversicherung bis maximal in der Höhe der stationären Beihilfekürzungen.</p> <p>g) Entsendung der versicherten Person ins Ausland sofern der Auslandsaufenthalt an die berufliche Tätigkeit gebunden ist oder im Rahmen eines universitären Studienaufenthalts stattfindet;</p> <p>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> <p>Die Umwandlungsoption h) gilt nicht für versicherte Personen, die nach den Bestimmungen für die Kindernachversicherung versichert wurden.</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> <p>a) Bei einer Umstellung nach h) muss der Antrag bis zum Umstellungstermin vorliegen. Die Umstellung erfolgt zu Beginn des 6. Versicherungsjahres.</p> <p>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.</p> <p>c) In allen übrigen Fällen beträgt die Frist zwei Monate ab Eintritt des Ereignisses. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung.</p>
<p>F Bonifikation</p> <p>1. Beitragsrückerstattung</p> <p>2. Verhaltensbonus</p> <p>3. Auszahlung</p>	<p>Für leistungsfreie Versicherungsjahre kann der Versicherte jährlich einen Beitragsrückerstattung erhalten.</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 Bonifikationen werden vom Versicherer zu Beginn jedes Versicherungsjahres festgelegt.</p> <p>Die Bonifikationen werden ausbezahlt.</p>
<p>G Beitragsanpassung</p>	<p>Hinsichtlich des Vomhundertsatzes gemäß § 8 b (1) MB/KK 2009 gilt: Der Versicherer kann unter den in § 8 b (1) MB/KK 2009 genannten Voraussetzungen bereits bei einer Abweichung von mehr als 5% die Beiträge des Tarifs anpassen.</p>

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 12/2010

Hinweis

Portabilität der Alterungsrückstellung ab 1. Januar 2009

Sofern die Versicherung in diesem Tarif durch Kündigung beendet und gleichzeitig ein neuer substitutiver Krankheitskostenversicherungsvertrag bei einem anderen Unternehmen abgeschlossen wird, werden wir die kalkulierte Alterungsrückstellung entsprechend der Vertragsdauer der jeweiligen versicherten Person in Höhe des nach dem 1. Januar 2009 im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG (2009) an den neuen Versicherer übertragen. Sollten allerdings Beitragsrückstände bestehen, können wir den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.