

Vertragsgrundlage 391

VA

für ambulante und stationäre Heilbehandlung

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung

Teil III: Krankheitskostentarif für Ärzte und Medizinstudenten und ihre Familienangehörigen	
Tarif/Klasse	VA 100/2 und VAIP/2
A. Leistungen des Versicherers (I) Ambulante Heilbehandlung	<p style="text-align: center;">100%</p> <p>der Kosten für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung - außer Psychotherapie - durch Ärzte einschließlich Arznei- und Heilmittel. Leistungen für Psychotherapie sind auf 20 Sitzungen je Versicherungsjahr beschränkt.</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. 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. 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 307,- Euro. Ein erneuter Anspruch entsteht erst nach Ablauf von 24 Monaten. Teil II der AVB, TB 2009 Nr. 19 (2), ambulante Kurbehandlung, findet keine Anwendung. Für TB 2009 Nr. 10 gilt folgende Fassung: Als ärztliche Leistungen der Heilbehandlung gelten die in den jeweils gültigen Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) aufgeführten Positionen, die dem Grunde nach erstattungsfähig sind. Diese werden bis zu den in den obengenannten Gebührenordnungen festgelegten Höchstsätzen erstattet. Nicht erstattet werden Mehrkosten, die durch abweichende Honorarvereinbarung entstanden sind. Die Kosten der Behandlung durch einen Heilpraktiker werden nicht anerkannt.</p>
(II) Krankenhaus-Behandlung	<p style="text-align: center;">100%</p> <p>der erstattungsfähigen Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung im Krankenhaus wegen Krankheit, Unfall, Schwangerschaft und Entbindung. Erstattungsfähig sind die allgemeinen Krankenhausleistungen nach der BpflV bzw. die Aufwendungen in der 3. Pflegeklasse; ferner medizinisch notwendige Transportkosten zum oder vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus. Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen zählen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Allgemeiner und besonderer Pflegesatz (§ 5 BpflV), - Sonderentgelte (§ 6 BpflV), Kosten für Belegarzt, - Kosten für freiberufliche Hebamme, gesondert berechenbare Nebenleistungen. <p>Teil II der AVB, TB 2009 Nr. 18, stationäre Kurbehandlung, findet keine Anwendung.</p>
(III) Zahnärztliche Behandlung	<p style="text-align: center;">100%</p> <p>der Kosten für prophylaktische Leistungen nach den Nummern 100, 101, 102 und 400 der GOZ und</p> <p style="text-align: center;">75%</p> <p>der Kosten für alle weiteren medizinisch notwendigen zahnärztlichen Leistungen. Vor Beginn von Maßnahmen nach den Abschnitten E bis K der GOZ soll dem Versicherer ein Heil- und Kostenplan mit der Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahmen vorgelegt werden. Der Versicherer verpflichtet sich, diesen Kostenvoranschlag unverzüglich zu prüfen und den vertraglichen Leistungsbetrag verbindlich bekanntzugeben.</p>

Zahnstaffel	<p>Falls der Zahnversicherungsschutz für die versicherte Person zum 1. 6. 1995 oder später begonnen hat, gilt: Die Leistungen werden für alle Arten zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung wie folgt begrenzt: Als Rechnungsbetrag werden</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>anerkannt. Bei zu erstattenden Kosten entscheiden die einzelnen Behandlungsdaten, welchem Versicherungsjahr sie zugeordnet werden. Bei unfallbedingter zahnärztlicher/kieferorthopädischer Behandlung entfällt die Leistungsbegrenzung.</p>
B. Versicherungsfähigkeit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Versicherungsfähig sind Ärzte (Humanmediziner, nicht Zahnärzte) sowie ihre Familienangehörigen, soweit sie mit ihnen in häuslicher Gemeinschaft leben. Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit - auch einer versicherten Person - ist dem Versicherer unverzüglich schriftlich anzuzeigen. 2. Bei der Anzeige kann der Versicherungsnehmer wählen, ob er jeweils mit Wirkung ab dem nächsten auf die Anzeige folgenden Monatsende das Versicherungsverhältnis für die versicherte Person entweder ohne Einhaltung einer Frist kündigen oder in einem Tarif mit gleichartigen Leistungen, für den Versicherungsfähigkeit besteht, fortsetzen will. Hinsichtlich der Beitragsberechnung gilt § 8 a Abs. 2 MB/KK 2009. 3. Unterbleibt die rechtzeitige Änderungsanzeige, und stellt der Versicherer selbst fest, daß die Versicherungsfähigkeit weggefallen ist, gilt das zu 2. Gesagte entsprechend. Trifft der Versicherungsnehmer binnen eines Monats nach Aufforderung keine Wahl, gilt die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses aus Tarif VA 100/2 in den Tarifen AM 620, K 3, Z 100 S als vereinbart; der Versicherer wird den Versicherungsnehmer auf diese Folge in seiner Aufforderung hinweisen.
C. Besondere Bedingungen für Medizinstudenten	<ol style="list-style-type: none"> 1. Medizinstudenten und ihre nicht berufstätigen Ehegatten, sofern sie das 34. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie ihre in häuslicher Gemeinschaft lebenden Kinder, sofern diese das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, können zu Besonderen Bedingungen versichert werden. Während der Versicherungszeit zu diesen Besonderen Bedingungen lautet die Tarifbezeichnung VAIP/2. 2. Die Besonderen Bedingungen entfallen mit Ablauf des Monats, in dem <ul style="list-style-type: none"> - die Versicherungsfähigkeit endet (insbesondere mit Vollendung des 34. Lebensjahres), - die Ausbildung bzw. das Studium vorzeitig aufgegeben oder mehr als 12 Monate unterbrochen wird, - die für die Laufzeit dieser Besonderen Bedingungen vorgesehene Höchstdauer von 36 Monaten erreicht wird. Eine einmalige, nahtlose Verlängerung der Laufzeit um maximal 36 Monate ist für jede versicherte Person möglich, solange sie versicherungsfähig ist, insbesondere das Studium noch andauert und das 34. Lebensjahr noch nicht vollendet wurde. Von diesem Zeitpunkt an ist der Beitrag nach dem dann erreichten Alter zu zahlen. Die Verlängerung der Laufzeit muß innerhalb von 2 Monaten nach Ablauf der 36 Monate beantragt und das Bestehen der Versicherungsfähigkeit auf Verlangen des Versicherers nachgewiesen werden. Der Versicherungsnehmer hat dem Versicherer den Eintritt eines Beendigungsgrundes innerhalb eines Monats schriftlich anzuzeigen. 3. Vom 1. des auf den Fortfall folgenden Monats an wird die Versicherung zu den normalen Bedingungen fortgesetzt, sofern der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis nicht innerhalb von 2 Monaten nach Eintritt des Beendigungsgrundes kündigt. Von diesem Zeitpunkt an ist der Beitrag nach dem dann geltenden Eintrittsalter zu zahlen.
D. Beitragsrückerstattung	<p>Nr. 14 TB 2009 erhält für Versicherte nach Tarif VAIP/2 folgenden Wortlaut:</p> <p>(4) Für die Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen ist Voraussetzung, daß</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Versicherungsleistungen während der gesamten Versicherungsdauer nach Tarif VAIP/2 nicht in Anspruch genommen wurden, b) die versicherte Person nach Beendigung des Tarifs VAIP/2 mindestens bis zum 36. Monat nach dessen Versicherungsbeginn mit einer Krankheitskostenvoll- oder Krankheitskostenzusatzversicherung oder einer Optionsversicherung bei uns versichert bleibt (ausgenommen, wenn die versicherte Person vor Ablauf der 36 Monate verstirbt). <p>Die Auszahlung oder Gutschrift erfolgt frühestens im 4. Versicherungsjahr nach Versicherungsbeginn des Tarifes VAIP/2.</p> <p>(5) Für die Höhe der Beitragsrückerstattung ist die monatliche Rate für den Tarif VAIP/2 zu dessen Versicherungsbeginn maßgeblich.</p> <p>Die Absätze (1) bis (3) Nr. 14 TB 2009 bleiben unverändert.</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 09/08

**Wichtige Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif VA 100/2 bzw. VAIP/2
oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden.**

Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?

ambulante Behandlung

- 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 Behandlung durch Heilpraktiker, ambulante Kurbehandlung;

stationäre Behandlung

- z. B. privatärztliche Behandlung
- z. B. Unterbringungszuschläge für Ein- oder Zwei-Bett-Zimmer
- 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.

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?

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 zu erwartende Leistungsbetrag höher als 100,- Euro ist.
- **Vor dem Bezug von Hilfsmitteln (außer Schhilfen):
Bitte sprechen Sie mit uns!**

Wir können 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.

- 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:
 - Behandlungen nach alternativen Methoden
 - Psychotherapie

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

stationäre Behandlung

- Als Inhaber unserer Card für Privatversicherte können Sie bei der Aufnahme ins Krankenhaus alle Formalitäten schnell und bequem erledigen. Es sind keine Vorauszahlungen zu leisten. Die Krankenhausverwaltung kann diese Kosten direkt mit uns abrechnen.

- 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. 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 zahn-technischen 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 VA 100/2 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 1.000,- Euro ein. Wir erstatten tariflich 750,- Euro (75% von 1.000,- 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 278,23 Euro auf 1.556,46 Euro.

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

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 Aufenthalts 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.