

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

**Teil III: Krankheitskostentarif**

Tarif/Klasse	ECORA 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;"><b>2.600,- Euro.</b></p> <hr/> <p style="text-align: center;"><b>100%</b></p> <p>des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung - außer Psychotherapie - einschließlich Arznei- und Heilmittel. Zahnärztliche und kieferorthopädische Behandlung sowie Zahnersatz sind nicht versichert.</p> <p>Für ambulante Psychotherapie werden erstattungsfähige Aufwendungen je Versicherungsfall zu</p> <p style="text-align: center;"><b>100%</b> für die 1. bis zur 30. Sitzung <b>80%</b> für die 31. bis zur 60. Sitzung <b>70%</b> ab der 61. Sitzung</p> <p>erstattet.</p> <p style="text-align: center;"><b>100%</b></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>Bbeauftragt 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;"><b>75%</b></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"> <li>- orthopädischen Schuhzurichtungen/Schuheinlagen sowie Bandagen;</li> <li>- Hilfsmitteln mit summenmäßiger Begrenzung gemäß Nr.1 Abs. 3 TB 2008;</li> <li>- 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.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>100%</b></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;"><b>100%</b></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 2008 "Gebührenordnungen" werden für vom liquidationsberechtigtem 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 2008 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>

Abweichend von § 5 Abs. 1 d MB/KK 2008 und § 4 Abs. 5 MB/KK 2008 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.

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 ECORA 2600**  
**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 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 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.

**Was ist im Versicherungsfall zu beachten?**

**Hinweise zum Selbstbehalt**

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

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 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.
- 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 und 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 schicken Sie uns diese Rechnung in Original ein.
- Die Kostenerstattung erfolgt auch dann, wenn die Rechnung noch nicht beglichen ist.
- 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.

**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-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.

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.