

Vertragsgrundlage 532
PRAXMED-N
für ambulante und stationäre Heilbehandlung
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die
Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung

Teil III: Krankheitskostentarif für Ärzte

Tarif	PRAXMED-N
A. Selbstbehalt pro Versicherungsjahr	<p>960,- Euro Für Kinder und Jugendliche gilt bis zum 31. Dezember des Jahres, in dem diese das 19. Lebensjahr vollenden, die Hälfte des oben genannten Selbstbehaltes. Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlichen Programmen und Schutzimpfungen unterliegen nicht dem Selbstbehalt.</p>
B. Leistungen des Versicherers (1) Erstattung bei ambulanter Behandlung	<p>Der Versicherer erstattet</p> <p style="text-align: center;">100%</p> <p>für ambulante Heilbehandlung - außer Psychotherapie - einschließlich Arznei- und Verbandmittel.</p> <p style="text-align: center;">100%</p> <p>für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlichen Programmen ohne Einhaltung von Altersgrenzen.</p> <p>Für ambulante Psychotherapie erstattungsfähige Aufwendungen je Versicherungsfall zu</p> <p style="text-align: center;">100% für die 1. bis zur 30. Sitzung</p> <p style="text-align: center;">80% für die 31. bis zur 60. Sitzung</p> <p style="text-align: center;">70% ab der 61. Sitzung.</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. 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, 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). Die Gesamtleistung für zwei aufeinanderfolgende Versicherungsjahre ist auf insgesamt 250,- Euro begrenzt. Ein Anspruch bis zu 250,- Euro besteht auch im ersten Versicherungsjahr.</p> <p style="text-align: center;">100%</p> <p>für Heilmittel.</p> <p style="text-align: center;">100%</p> <p>der Transportkosten zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung/Therapieeinrichtung bei ärztlich bestätigter Gehunfähigkeit sowie bei Unfall/Notfall, wenn für die Erstversorgung eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist.</p> <p style="text-align: center;">100%</p> <p>für Schutzimpfungen gemäß Nr. 11 Abs. 4 TB 2009.</p> <p>Nicht erstattungsfähig sind Behandlung durch Heilpraktiker und ambulante Kuren.</p>

<p>(2) Erstattung bei stationärer Behandlung</p> <p>(3) Ersatzleistungen</p> <p>(4) Zusatzleistungen für eine Begleitperson bei stationärer Behandlung von Kindern</p> <p>(5) Zahnärztliche Behandlung</p>	<p>Serviceleistungen ambulante Behandlung Hilfsmittel, Medikamente und Vorsorgeuntersuchungen: Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an, wir informieren Sie, insbesondere auch bei Notwendigkeit psychotherapeutischer Behandlung, über Behandlungsmethoden, nennen Ihnen Behandler und sind bei der Terminvereinbarung behilflich. Bei den Hilfsmitteln, die wir zur Verfügung stellen, organisieren wir darüber hinaus Ihre Versorgung. Wir stehen Ihnen bei Fragen zu Vorsorgeuntersuchungen jederzeit aufgrund Ihres Auftrages 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 style="text-align: center;">100%</p> <p>für Kosten einer stationären Heilbehandlung im Krankenhaus wegen Krankheit, Unfall, Schwangerschaft und Entbindung.</p> <p>Erstattungsfähig sind alle Kosten für: Krankenhauspflege, Verpflegung und Unterkunft, privatärztliche Heilbehandlung, Hebammen und medizinisch notwendige Transporte zum oder vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus bei Inanspruchnahme eines Ein- oder Zweibettzimmers.</p> <p>In Erweiterung der Nr. 10 TB 2009 "Gebührenordnungen" werden für vom liquidationsberechtigtem Chefarzt persönlich erbrachte Leistungen 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>Serviceleistungen stationäre Behandlung: 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>Pauschale bei Entbindung einer versicherten Person in der Wohnung in Höhe von 500,- Euro - bei Mehrlingsgeburten das entsprechend Vielfache</p> <p>Bei Verzicht auf versicherte stationäre Leistungen gilt folgendes: Ersatzleistung pro Tag - bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung 40,- Euro - Unterbringung im Mehrbettzimmer 30,- Euro</p> <p>Aus der Versicherung eines Kindes werden Kosten erstattet, die durch die Unterkunft für eine Begleitperson entstehen. Voraussetzungen: 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 BpflV abgegolten.</p> <p>Die Kosten werden für längstens 5 Tage gezahlt und werden je Tag bis zum zweifachen Satz der Wahlleistung für ein Zweibettzimmer des aufgesuchten Krankenhauses erstattet.</p> <p>Zahnärztliche und kieferorthopädische Behandlung sowie Zahnersatz sind in diesem Tarif nicht versichert.</p>
<p>C. Beitragsfreiheit für Kinder nach der Geburt</p>	<p>Sofern die Kindernachversicherung innerhalb von zwei Monaten nach der Geburt angemeldet wird, und das Kind drei Versicherungsjahre in Tarif PRAXMED-N versichert bleibt, besteht während des Geburtsmonats und der darauffolgenden 5 Kalendermonate für Kinder in Tarif PRAXMED-N beitragsfreier Versicherungsschutz. Die Beitragsfreiheit wird vorschüssig gewährt, und ist vom Versicherungsnehmer zurück zu zahlen, wenn der Tarif PRAXMED-N vor Ablauf der drei Versicherungsjahre endet - ausgenommen bei Beendigung durch Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung oder Tod.</p>
<p>D. Umwandlungsoption (1) Umfang/Inhalt der Umwandlungsoptionen</p> <p>(2) Ereignisse für Inanspruchnahme einer Option auf eine höherwertige Krankheitskostenvollversicherung</p>	<p>Versicherte Personen dieses Tarifes können durch Ausübung dieser Option bei den unter Punkt (2) genannten Ereignissen ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten sowohl die Umstellung in einen bestehenden Tarif des Versicherers mit höheren als auch mit umfassenderen Leistungen verlangen. Dies gilt nicht für Tarife, die auch Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie enthalten, wenn die Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie vor Ausübung der Option vom Versicherungsschutz nicht umfaßt wurden.</p> <p>Weitere Voraussetzungen dieser Option sind, dass in dem gewünschten Krankheitsvollkostentarif oder der beihilfekonformen Krankheitskostenvollversicherung Versicherungsfähigkeit besteht und der Tarif für den Neuzugang geöffnet ist.</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 den Tarif PRAXMED-N 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 im Tarif PRAXMED-N waren. Zwischenzeitlich neu aufgetretene Krankheiten usw. führen nicht zu weiteren Erschwerungen.</p> <p>Folgende Ereignisse können einen Wechsel ermöglichen:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Erlangung des Facharztstitels, b) Ernennung zum Oberarzt oder Chefarzt, c) Niederlassung,

<p>(3) Frist zur Wahrnehmung der Option</p>	<p>d) 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>e) 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>f) Bei Beginn der Berufsausbildung eines Kindes der Versicherten Person (1x pro Kind),</p> <p>g) Versicherte Personen, die erstmalig eine Krankheitskostenvollversicherung bei AXA Krankenversicherung abschließen, können zu Beginn des 6. Versicherungsjahres einmalig eine Umstellung verlangen, sofern vor dem Umstellungszeitpunkt 4 Versicherungsjahre lang ununterbrochener Versicherungsschutz bestand.</p> <p>Die Umwandlungsoption g) 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 g) 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>E. Bonifikationen</p> <p>(1) Beitragsrückerstattung</p> <p>(2) Verhaltensbonus</p> <p>(3) Auszahlung</p>	<p>Für leistungsfreie Versicherungsjahre kann der Versicherte jährlich eine Beitragsrückerstattung erhalten.</p> <p>Für bestimmte vom Versicherer vorgegebene Verhaltensweisen des Versicherten, die die Qualität oder Wirtschaftlichkeit einer Heilbehandlung steigern, kann der Versicherer Bonuszahlungen ausloben (Verhaltensbonus). Art, Umfang und Voraussetzungen des Verhaltensbonus werden vom Versicherer zu Beginn jeden Versicherungsjahres festgelegt.</p> <p>Die Bonifikationen werden ausgezahlt.</p>
<p>F. Beitragsanpassung</p>	<p>Hinsichtlich des Vomhundertsatzes gemäß § 8b (1) MB/KK 2009 gilt: Der Versicherer kann unter den in § 8b (1) MB/KK 2009 genannten Voraussetzungen bereits bei einer Abweichung von mehr als 5% die Beiträge des Tarifs anpassen.</p>
<p>G. Versicherungsfähigkeit</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Versicherungsfähig nach Tarif PRAXMED-N sind als Versicherungsnehmer ausschließlich Ärzte (Humanmediziner, nicht Zahnärzte). Mitversicherbar nach Tarif PRAXMED-N sind der Ehe- bzw. Lebenspartner des Versicherungsnehmers sowie deren Kinder, wenn und solange diese mit dem Versicherungsnehmer in häuslicher Gemeinschaft leben. Für den nach Tarif PRAXMED-N mitversicherten Lebenspartner sowie dessen mitversicherte Kinder gilt die Einschränkung der Leistungspflicht nach § 5 (1) g) MB/KK 2009 entsprechend; eine Behandlung durch den Versicherungsnehmer ist der Behandlung eines Ehegatten- bzw. eines Elternteils gleichgestellt. 2. Bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person endet insoweit für diese Person die Versicherung nach Tarif PRAXMED-N. 3. Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer nach Tarif PRAXMED-N versicherten Person ist dem Versicherer innerhalb eines Monats schriftlich mitzuteilen. Bei der Anzeige kann der Versicherungsnehmer wählen, ob er das Versicherungsverhältnis für die versicherte Person zum nächsten auf die Anzeige folgenden Monatsende ohne Einhaltung einer Frist kündigen will oder mit dem auf die Anzeige folgenden Monatsersten in einem Tarif mit gleichartigen Leistungen, für den Versicherungsfähigkeit besteht, fortsetzen will. Für Mehrleistungen können dabei besondere Bedingungen vereinbart werden. Hinsichtlich der Beitragsberechnung gilt § 8a Abs. 2 MB/KK 2009. 4. Unterbleibt die fristgemäße Anzeige bzw. stellt der Versicherer den Wegfall der Versicherungsfähigkeit selbst fest, so gelten die Regelungen unter 2. zum Monatsende bzw. Monatsersten, der auf den Zeitpunkt der Kenntnisnahme durch den Versicherer folgt. Hierbei ist der Tarifwechsel insofern eingeschränkt, daß die Fortsetzung ohne erneute Gesundheitsprüfung nur in einem Tarif mit stationären Allgemeinen Krankenhausleistungen erfolgen kann.

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 12/10

**Wichtige Information zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif PRAXMED-N
oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden.**

Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

Eine Kostenerstattung erfolgt generell auch bei nicht bezahlten Rechnungen.

Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlichen Programmen

Z. B. sind nach gesetzlichen Programmen folgende Vorsorgeuntersuchungen vorgesehen:

- Kindervorsorgeuntersuchungen U1 - U10
- Diabetesvorsorge
- Früherkennung von Herz- und Kreislauferkrankungen
- Krebsvorsorge
- Früherkennung von Nierenerkrankungen

Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen der gesetzlichen Programme werden von uns erstattet - ohne Anrechnung auf den Selbstbehalt.

Schutzimpfungen

Die Ständige Impfkommission gibt jährlich eine offizielle Empfehlung für Schutzimpfungen heraus. Diese sind z. B. folgende:

- Diphtherie
- FSME (sogenannte Zeckenschutzimpfung)
- Gripeschutzimpfungen
- Hepatitis-A und Hepatitis-B
- Keuchhusten, Kinderlähmung, Masern, Mumps, Röteln
- TBC
- Wundstarrkrampf
- Varizellen (Windpocken)

Welche Schutzimpfung für Sie im Einzelfall sinnvoll ist, stimmen Sie am besten mit Ihrem Arzt ab. Impfungen im Rahmen dieser Empfehlungen werden von uns erstattet - ohne Anrechnung auf den Selbstbehalt.

Nicht versichert sind Auslandsreisenschutzimpfungen, die ausschließlich bei geplanten nicht berufsbedingten Aufenthalten im Ausland notwendig sind.

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.

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 keinesfalls, den Antrag auf Fortführung frühzeitig, auf jeden Fall aber fristgerecht zu stellen. Nach Ablauf von sechs Monaten - die Zeiten mehrerer Auslandsaufenthalte 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.

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.