VA
für ambulante, zahnärztliche und stationäre Heilbehandlung
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)
für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung

Teil III: Krankheitskostentarif für Ärzte

Tarif/Klasse	**VA 100**
A. Leistungen des Versicherers Ambulante Heilbehandlung	**100%** des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung - außer Psychotherapie - einschließlich Arzneien und Heilmittel. Für ambulante Psychotherapie werden erstattungsfähige Aufwendungen je Versicherungsfall zu **100%** für die 1. bis zur 30. Sitzung **80%** für die 31. bis zur 60. Sitzung **70%** ab der 61. Sitzung erstattet. **100%** 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. Beauftragt 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 **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.1 Abs. 3 TB 2008; - 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. **100%.** des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen). Für Brillengestelle werden pro Versicherungsjahr als Rechnungsbetrag bis zu 103 Euro anerkannt und bis zu 103,- Euro erstattet. Transportkosten zur oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung werden bei ärztlich bestätigter Gehunfähigkeit erstattet. Bei Entbindung einer versicherten Person in der Wohnung wird gegen Vorlage eines Geburtsnachweises eine Pauschale in Höhe von 767,- Euro gezahlt; bei Mehrlingsgeburten das entsprechende Vielfache.
Krankenhaus-Behandlung	Erstattung der erstattungsfähigen Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung im Krankenhaus wegen Krankheit, Unfall, Schwangerschaft und Entbindung zu **100%.** Erstattungsfähig sind alle Krankenhauskosten (Pflege, Verpflegung und Unterkunft), Arztkosten, Krankenhausnebenkosten, Hebammenkosten und medizinisch notwendige Transportkosten zum oder vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus bei Inanspruchnahme eines Ein- oder Zweibettzimmers. In Erweiterung der Nr. 10 TB 2008 "Gebührenordnungen" werden für vom liquidationsberechtigtem Chefarzt persönlich erbrachte Leistungen für d ie 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.
Zahnbehandlung und -ersatz	**100%** des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige ambulante zahnärztliche Behandlung. **75%** des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige(n) Zahnersatz und Kieferregulierungen. **Als Zahnersatz** im Sinne des Versicherungsschutzes gelten: - prothetische Leistungen, z. B. Brücken, Prothesen; - Kronen und Teilkronen, auch wenn es sich um die Versorgung eines Einzelzahnes handelt; - implantologische Leistungen; - funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen.

21001902 (1.08) C 5.01.180

Zahnstaffel	Vor Beginn von Maßnahmen für Zahnersatz 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. 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 - 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.
B. Versicherungsfähigkeit	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 2008. 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 in den Tarifen AM 310, K 2, Z 100 S als vereinbart; der Versicherer wird den Versicherungsnehmer auf diese Folge in seiner Aufforderung hinweisen.
C. Anwartschaftsversicherung	Studenten der Medizin sowie Ärzte vor der Kassenzulassung können durch eine Anwartschaftsversicherung die Option erwerben, bei Aufnahme eines nicht versicherungspflichtigen Anstellungsverhältnisses oder bei Niederlassung ohne erneute Risikoprüfung und ohne Wartezeiten eine Versicherung nach diesem Tarif zu begründen. Die Option muß innerhalb von zwei Monaten nach dem Zeitpunkt, in dem die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme eingetreten sind, ausgeübt werden. Die Option erlischt nach spätestens 5-jähriger Dauer. Der Beitrag für die Anwartschaftsversicherung beträgt jährlich 60% eines Monatsbeitrages unter Berücksichtigung des Eintrittsalters bei Erwerb der Option. Er ist jeweils im voraus zu zahlen. Der Beitrag nach Ausübung der Option richtet sich nach dem Eintrittsalter zu Beginn des durch die Option auflebenden Versicherungsschutzes.

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 VA 100
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 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?

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 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 erstattungsfähgen 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)

- 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 Kostenvoranschlag 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 Kostenvoranschlages 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 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 578,23 Euro auf 1.856,46 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 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.

In Staaten außerhalb des EWR haben Sie für 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 Monates 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.