

Krankheitskosten-Vollversicherung

Stand 01.01.2017

Stationäre Heilbehandlung	Tarife S101, S102, S103
Ambulante Heilbehandlung	Tarife A100–A109, A80, A80B, A75, A210, A220
Zahn-Ergänzungstarife	Tarife AZ, ZS75, Z260, Z250
Naturheilverfahren	Tarif NH
Vorsorge – Impfungen – Präventionskurse	Tarif VP
Krankenhaustagegeldversicherung	Tarif 10
Beitragsreduzierung im Alter	Tarif BE

Tarif S101 / Tarif S102

Versicherungsleistungen

Der Versicherer erstattet im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

1. bei stationärer Heilbehandlung in einem

Ein-, Zwei- oder Mehrbett-Zimmer aus dem Tarif S101

Zwei- oder Mehrbett-Zimmer aus dem Tarif S102

einschließlich privatärztlicher Behandlung

- für Pflegekosten (Unterkunft, Pflege und Verpflegung), Arzt- und Operationskosten, Sonderentgelte, Kosten der Belegärzte, Hebammen, Entbindungspfleger und eines notwendigen Hin- und Rücktransports zum nächstgelegenen Krankenhaus 100 % des Rechnungsbetrages.

Zusätzlich gilt für Tarif S101

Zu den Kosten privatärztlicher Behandlung gehören auch ärztliche Liquidationen, denen eine von der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte abweichende, sachlich und rechtlich begründete Vereinbarung über die Höhe der Vergütung zugrundeliegt. Bei stationärer Heilbehandlung im Ausland gilt dieses auch bei Überschreitung des Gebührenrahmens ohne nähere Begründung.

- Neben der Kostenerstattung wird bei Belegung eines Zimmers mit mehr als 2 Betten

aus dem Tarif S101 ein Krankenhaustagegeld in Höhe von EUR 40,-

aus dem Tarif S102 ein Krankenhaustagegeld in Höhe von EUR 20,-

oder bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung

aus dem Tarif S101 ein Krankenhaustagegeld in Höhe von EUR 20,-

aus dem Tarif S102 ein Krankenhaustagegeld in Höhe von EUR 20,-

gezahlt.

Bei Belegung eines Zimmers mit mehr als zwei Betten und bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung erhöht sich das Krankenhaustagegeld

aus dem Tarif S101 auf EUR 60,-

aus dem Tarif S102 auf EUR 40,-.

Zusätzlich gilt für Tarif S102

Bei Belegung eines Einbett-Zimmers wird der Erstattungsbetrag um einen Selbstbehalt von EUR 30,- je Krankenhaustag gekürzt.

- Die Beträge für die unter bestimmten Voraussetzungen vorgesehenen Krankenhaustagegelder und für den täglichen Selbstbehalt bei Behandlung im Einbett-Zimmer werden mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders der Entwicklung der Kostenverhältnisse angepasst.

- Die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung des gesunden Säuglings sind bei Nachversicherung gemäß § 2 (2) MB/KK 2009 zu dem obigen Erstattungssatz eingeschlossen;

2. bei ambulanter und stationärer Kur- und Sanatoriumsbehandlung

die Kosten für Unterbringung und Verpflegung, ärztliche Behandlung, Arznei- und Heilmittelversorgung bis zu Rechnungsbeträgen von

EUR 780,- aus dem Tarif S101

EUR 520,- aus dem Tarif S102

je Kur- bzw. Sanatoriumsbehandlung.

Voraussetzung für Leistungen bei einer Kur- oder Sanatoriumsbehandlung ist, dass die medizinische Notwendigkeit aufgrund eines ärztlichen Attestes vor Antritt der Behandlung nachgewiesen wird.

Die Erstattung wird erstmals für Behandlungen gewährt, die nach Ablauf einer Versicherungsdauer von 24 Monaten stattfinden. Weitere Erstattungen werden für Behandlungen gewährt, die nach Ablauf von 24 Monaten nach Beendigung der letzten Kur- oder Sanatoriumsbehandlung erfolgen;

3. bei kurzfristigen Auslandsreisen

für die Dauer bis längstens 45 Tage bei unvorhergesehener Erkrankung oder Unfall

- in voller Höhe die durch einen medizinisch notwendigen Rücktransport aus dem Ausland nach Deutschland entstandenen Kosten, wenn ausreichende ärztliche Versorgung in dem Reiseland nicht sichergestellt ist;

- der medizinisch notwendige Rücktransport nach Deutschland wird auch vom Versicherer organisiert;

- beim Tod die notwendigen Kosten einer Bestattung im Ausland oder einer Überführung des Verstorbenen an seinen ständigen Wohnsitz in Deutschland bis zu EUR 12.000,-.

Assistance-Leistungen bei Notfällen im Ausland

Bei Notfällen ist der Versicherer für Anrufe aus dem Ausland unter der Telefonnummer

+49 711 - 99 52 20 01

Tag und Nacht erreichbar.

Auf Anfrage leistet der Versicherer folgende Hilfestellungen:

- Information über Möglichkeiten ärztlicher Versorgung;
- Benennung eines Arztes vor Ort;
- Kontaktaufnahme zum jeweiligen Hausarzt;
- Organisation des Informationsaustausches zwischen den beteiligten Ärzten, insbesondere zwischen den Krankenhausärzten und dem Hausarzt;
- Benachrichtigung der Angehörigen und/oder des Arbeitgebers;
- Organisation des medizinisch notwendigen Rücktransportes nach Deutschland sowie bei Tod des Versicherten Organisation und Überführung zum Bestattungsort in Deutschland bzw. Organisation der Bestattung im Ausland.

Tarif S103

Versicherungsleistungen

Der Versicherer erstattet im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen bei stationärer Heilbehandlung für die **allgemeinen Krankenhausleistungen nach der Bundespflegesatzverordnung** (Pflegesätze und Sonderentgelte) **bzw. nach dem Krankenhausentgeltgesetz** Kosten der Belegärzte, Hebammen, Entbindungspfleger und für einen notwendigen Hin- und Rücktransport zum nächstgelegenen Krankenhaus 100 % des Rechnungsbetrages.

Sind Krankenhausleistungen nicht nach der Bundespflegesatzverordnung bzw. nach dem Krankenhausentgeltgesetz berechnet, werden für Pflegekosten (Unterkunft, Pflege und Verpflegung), Arzt- und Operationskosten, Sonderentgelte, Kosten der Belegärzte, Hebammen, Entbindungspfleger und eines notwendigen Hin- und Rücktransportes zum nächstgelegenen Krankenhaus bei Benutzung **eines Zimmers mit mehr als zwei Betten** 100 % des Rechnungsbetrages erstattet.

Bei Benutzung **eines Einbett-Zimmers werden 40 % des Rechnungsbetrages, eines Zweibett-Zimmers 50 % des Rechnungsbetrages** erstattet.

Die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung des gesunden Säuglings sind bei Nachversicherung gemäß § 2 (2) MB/KK 2009 zu den obigen Erstattungssätzen eingeschlossen.

Tarife A100–A109 / Tarif AZ

Versicherungsleistungen

Der Versicherer zahlt im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für

1. ambulante Heilbehandlung

für ärztliche Leistungen (Beratungen, Hausbesuche, Verrichtungen und Operationen) einschließlich Wegegelder des Arztes; für Röntgendiagnostik, Laboruntersuchung und Strahlentherapie; für Arzneien, Verbandsmittel, Heilmittel; für Leistungen der Hebamme und des Entbindungspflegers

im Tarif **A100 = 100 %** des Rechnungsbetrages

im Tarif **A103 = 100 %** des Rechnungsbetrages bei einem **jährlichen Selbstbehalt von EUR 330,-**

im Tarif **A105 = 100 %** des Rechnungsbetrages bei einem **jährlichen Selbstbehalt von EUR 660,-**

im Tarif **A107 = 100 %** des Rechnungsbetrages bei einem **jährlichen Selbstbehalt von EUR 990,-**

im Tarif **A109 = 100 %** des Rechnungsbetrages bei einem **jährlichen Selbstbehalt von EUR 1.320,-**;

2. Vorsorgeuntersuchungen

die unter Ziffer 1 genannten Erstattungssätze;

3. Hilfsmittel

bis zu Rechnungsbeträgen von EUR 130,- je Hilfsmittel bzw. Hilfsmittelpaar die unter Ziffer 1 genannten Erstattungssätze. Die über die Grenze von EUR 130,- hinausgehenden Anteile der Rechnungsbeträge werden für kleine Hilfsmittel zur Hälfte, für große Hilfsmittel mit drei Viertel der tariflichen Erstattungssätze vergütet.

4. zahnärztliche Heilbehandlung

die Kosten der Zahnbehandlung, des Zahnersatzes, der kieferorthopädischen Maßnahmen und der prophylaktischen Leistungen bis zu Rechnungsbeträgen von EUR 1.300,- jährlich die unter Ziffer 1 genannten Erstattungssätze.

Besteht als Zusatz der Ergänzungstarif AZ, so werden von den jährlich EUR 1.300,- übersteigenden Rechnungsbeträgen je Tarifstufe 5 % vergütet. Die Tarifbezeichnung richtet sich nach dem Erstattungssatz. Der Erstattungssatz muss mindestens 50 % (10 Tarifstufen, Tarifbezeichnung AZ50) und darf höchstens 75 % (15 Tarifstufen, Tarifbezeichnung AZ75) betragen.

Der Ergänzungstarif AZ kann nur in Verbindung mit einem der Tarife A100, A80, A103, A105, A107, A109, A80B oder dem Tarif A75 bestehen.

Bei den Tarifen **A103, A105, A107 und A109** errechnet sich die Vergütung entsprechend Tarif A100 unter Abzug der unter Ziffer 1 genannten jährlichen Selbstbehalte je versicherte Person.

Betragsgemäß festgelegte Leistungsgrenzen der Tarife werden mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders der Entwicklung der Kostenverhältnisse angepasst.

Tarife A80 / A80B / Tarif AZ

Versicherungsleistungen

Der Versicherer zahlt im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für

1. ambulante Heilbehandlung

für ärztliche Leistungen (Beratungen, Hausbesuche, Verrichtungen und Operationen) einschließlich Wegegelder des Arztes; für Röntgendiagnostik, Laboruntersuchung und Strahlentherapie; für Arzneien, Verbandsmittel, Heilmittel; für Leistungen der Hebamme und des Entbindungspflegers

80 % des Rechnungsbetrages.

Übersteigt im Tarif A80B das Arzthonorar für persönliche Leistungen nicht den 1,7fachen, für medizinisch-technische ärztliche Leistungen nicht den 1,3fachen und für Laborleistungen nicht den 1,1fachen Satz der gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte, erhöht sich der Erstattungssatz von 80 % auf **100 %** des Rechnungsbetrages;

2. Vorsorgeuntersuchungen

die unter Ziffer 1 genannten Erstattungssätze;

3. Hilfsmittel

bis zu Rechnungsbeträgen von EUR 130,- je Hilfsmittel bzw. Hilfsmittelpaar **80 %** des Rechnungsbetrages. Die über die Grenze von EUR 130,- hinausgehenden Anteile der Rechnungsbeträge werden für kleine Hilfsmittel mit 40 %, für große Hilfsmittel mit 60 % des Rechnungsbetrages vergütet.

Übersteigen für 1. ambulante Heilbehandlung, 2. Vorsorgeuntersuchungen und 3. Hilfsmittel zusammen die erstattungsfähigen Rechnungsbeträge eines Kalenderjahres die Summe von EUR 1.800,-, so erfolgt für den darüber liegenden Anteil eine zusätzliche Vergütung von weiteren 20 % der erstattungsfähigen Rechnungsbeträge.

Nicht als erstattungsfähige Rechnungsbeträge im Sinne von Absatz 1 gelten im Tarif A80B die bereits mit 100 % erstatteten

Rechnungsbeträge für 1. ambulante Heilbehandlung und 2. Vorsorgeuntersuchungen;

4. zahnärztliche Behandlung

die Kosten der Zahnbehandlung, des Zahnersatzes, der kieferorthopädischen Maßnahmen und der prophylaktischen Leistungen bis zu Rechnungsbeträgen von EUR 1.300,- jährlich 80 % des Rechnungsbetrages.

Übersteigt im Tarif A80B das Zahnarzt Honorar für persönliche Leistungen nicht den 2fachen Satz, und für Prothetik und Kieferorthopädie, das sind die Kapitel F, G und H der gültigen amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), nicht den 2,3fachen Satz der GOZ, so erfolgt eine zusätzliche Erstattung von 10 % des Rechnungsbetrages ohne Höchstbegrenzung.

Besteht als Zusatz der Ergänzungstarif AZ, so werden von den jährlich EUR 1.300,- übersteigenden Rechnungsbeträgen je Tarifstufe 5 % vergütet. Die Tarifbezeichnung richtet sich nach dem Erstattungssatz. Der Erstattungssatz muss mindestens 50 % (10 Tarifstufen, Tarifbezeichnung AZ50) und darf höchstens 75 % (15 Tarifstufen, Tarifbezeichnung AZ75) betragen.

Der Ergänzungstarif AZ kann nur in Verbindung mit den Tarifen A80 / A80B oder einem der Tarife A100, A103, A105, A107, A109, A75 bestehen.

Betragsgemäß festgelegte Leistungsgrenzen der Tarife werden mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders der Entwicklung der Kostenverhältnisse angepasst.

Besondere Vereinbarungen für die Tarifkombination S103 und A80B

1. Behandlungsausweis

1.1 Der Versicherer stellt einen Behandlungsausweis (Basis-Card) aus

- für den Versicherungsnehmer, dessen Einkommen zusammen mit demjenigen seines Ehegatten die Jahresarbeitsentgeltgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht überschreitet,
- und für seine in Tarifkombination S103 und A80B mitversicherten unterhaltsberechtigten Familienangehörigen (Ehegatte, Kinder unter 25 Jahren).

Sind mindestens zwei unterhaltsberechtigende Kinder unter 25 Jahren beim Versicherer versichert, wird der Ausweis auch dann ausgestellt, wenn das Einkommen beider Ehegatten die obige Grenze um nicht mehr als ein Drittel überschreitet. Der Versicherer kann Einkommensnachweise verlangen.

1.2 Als Einkommen gelten

- bei Arbeitnehmern das Bruttoarbeitsentgelt,
- bei Selbstständigen der nach dem Einkommensteuergesetz ermittelte Gewinn (Betriebeinnahmen abzüglich Betriebsausgaben) aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb und selbstständiger Arbeit,
- Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und Versorgungsbezüge.

Als Einkommen gelten auch sonstige regelmäßige Einkünfte.

1.3 Der Behandlungsausweis wird ungültig, wenn das Einkommen des Versicherungsnehmers – gegebenenfalls zusammen mit demjenigen seines Ehegatten – nicht nur vorübergehend die Einkommensgrenze nach 1.1 überschreitet, spätestens jedoch drei Jahre nach der Ausstellung. Bestehen die Voraussetzungen nach 1.1 weiterhin, stellt der Versicherer auf Antrag einen neuen Ausweis aus.

1.4 Ungültige Behandlungsausweise dürfen nicht mehr verwendet werden; sie müssen auf Verlangen des Versicherers zurückgesandt werden.

2. Beibehalten der Tarifkombination S103 und A80B ohne Behandlungsausweis

Wird die Einkommensgrenze nach 1.1 überschritten bzw. die Familiengröße unterschritten, können die versicherten Personen die Tarifkombination S103 und A80B ohne Behandlungsausweis beibehalten.

3. Einkommensverbesserung / Änderung der Familiengröße: Verpflichtung zur Anzeige

Der Versicherungsnehmer hat den Versicherer unverzüglich in Textform zu informieren,

- wenn sein Einkommen – gegebenenfalls zusammen mit demjenigen seines Ehegatten – die Grenze nach 1.1 nicht nur vorübergehend überschreitet.
- wenn seine Familie nicht mehr die in 1.1 genannte Größe hat und sein Einkommen dann die Jahresarbeitsentgeltgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung übersteigt.

4. Überführung in allgemeine Krankheitskostentarife

Innerhalb von drei Monaten nach Feststellung des Überschreitens der Einkommensgrenze bzw. nach Unterschreiten der Familiengröße nach 1.1 haben die versicherten Personen das Recht, ihre Versicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung in andere für den Neuzugang geöffnete Krankheitskostentarife mit gleichartigen Leistungen umstellen zu lassen. Dabei wird das dann erreichte Alter zugrunde gelegt und die Alterungsrückstellung (§ 8a AVB) geschäftsplanmäßig berücksichtigt.

Besondere Bedingungen für Studenten und Schüler (Tarife S101, S102, S103, A, A75, A80B, AZ, ZS75, A210, A220, Z250, Z260)

Abweichend von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind Personen während der wissenschaftlichen Ausbildung an einer in der Bundesrepublik Deutschland oder in anderen EU-Staaten bestehenden Hochschule (Studenten) und Schüler nach folgenden Besonderen Bedingungen versicherungsfähig:

1. Die monatliche Beitragsrate richtet sich bei den Beitragsgruppen nach dem erreichten Alter; maßgeblich ist das im jeweiligen Kalenderjahr vollendete Lebensjahr.
2. Beitragsänderungen wegen Wechsels der Beitragsgruppe infolge Erhöhung des maßgeblichen Alters oder Beendigung der Versicherungsfähigkeit gelten nicht als Beitragserhöhungen im Sinne von § 13 (5) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil I.

Die Versicherungsfähigkeit fällt weg mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem die wissenschaftliche Ausbildung oder die Schulausbildung endet, vorzeitig abgebrochen oder für die Dauer von mehr als sechs Monaten unterbrochen wird oder in dem der Versicherte das 34. Lebensjahr vollendet.

Von dem auf die Beendigung der Versicherungsfähigkeit folgenden Monatsbeginn an wird die Versicherung – ohne dass es eines Antrages bedarf – ohne Unterbrechung in der Beitragsgruppe nach dem zu diesem Zeitpunkt erreichten Eintrittsalter weitergeführt.

Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit ist dem Versicherer innerhalb einer Frist von zwei Monaten nach deren Wegfall in Textform anzuzeigen. Innerhalb dieser Frist kann der Versicherungsnehmer hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen mit Wirkung zum Ende des Monats kündigen, in dem die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit entfallen.

Tarif A75 / Tarif AZ / Tarif ZS75

Versicherungsleistungen

Der Versicherer erstattet im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für

1. ambulante Heilbehandlung

für ärztliche Leistungen (Beratungen, Hausbesuche, Verrichtungen und Operationen) einschließlich Wegegeelder des Arztes; für Röntgendiagnostik, Laboruntersuchung und Strahlentherapie; für Heilmittel; für Leistungen der Hebamme und des Entbindungspfleger

75 % des Rechnungsbetrages.

Übersteigt das Arzthonorar für persönliche Leistungen nicht den 1,7fachen, für medizinisch-technische Leistungen nicht den 1,3fachen und für Laborleistungen nicht den 1,1fachen Satz der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte, erhöht sich der Erstattungssatz von 75 % auf 100 % des Rechnungsbetrages.

Heilpraktiker können nicht in Anspruch genommen werden;

2. Vorsorgeuntersuchungen

die unter Ziffer 1 genannten Erstattungssätze;

3.1 Psychotherapie

bis zu 20 Sitzungen jährlich die unter Ziffer 1 genannten Erstattungssätze;

3.2 Psychotherapie (Tarife mit geschlechtsunabhängigen Beiträgen)

die unter Ziffer 1 genannten Erstattungssätze;

4. Arzneimittel

75 % des im Kalenderjahr EUR 130,- übersteigenden Rechnungsbetrages;

Übersteigen für 1. ambulante Heilbehandlung, 2. Vorsorgeuntersuchungen, 3. Psychotherapie und 4. Arzneimittel die erstattungsfähigen Rechnungsbeträge eines Kalenderjahres die Summe von EUR 2.600,-, so erfolgt für den darüber liegenden Anteil eine zusätzliche Vergütung von weiteren 25 % der erstattungsfähigen Rechnungsbeträge.

Nicht als erstattungsfähige Rechnungsbeträge im Sinne von Absatz 1 gelten die bereits mit 100 % erstatteten Rechnungsbeträge;

5. Hilfsmittel

75 % des Rechnungsbetrages.

Kosten für Brillen oder Kontaktlinsen einschließlich der Refraktionsbestimmung durch Optiker sind bis zu EUR 160,- erstattungsfähig. Abweichend von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen besteht ein erneuter Anspruch auf Erstattung im Abstand von drei Kalenderjahren oder bei Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien;

6. zahnärztliche Heilbehandlung

für Kosten der Zahnbehandlung, des Zahnersatzes, der kieferorthopädischen Maßnahmen und der prophylaktischen Leistungen 75 % bis zu Rechnungsbeträgen von EUR 260,- jährlich.

Besteht als Zusatz der Ergänzungstarif AZ, so werden von den jährlich EUR 1.300,- übersteigenden Rechnungsbeträgen je Tarifstufe 5 % vergütet. Die Tarifbezeichnung richtet sich nach dem Erstattungssatz. Der Erstattungssatz muss mindestens 50 % (10 Tarifstufen, Tarifbezeichnung AZ50) und darf höchstens 75 % (15 Tarifstufen, Tarifbezeichnung AZ75) betragen.

Der Ergänzungstarif AZ kann nur in Verbindung mit dem Tarif A75 oder einem der Tarife A100, A80, A103, A105, A107, A109 und A80B bestehen.

Besteht als Zusatz der Ergänzungstarif ZS75, so erhöhen sich die mit 75 % erstattungsfähigen Rechnungsbeträge im ersten

Kalenderjahr ab Versicherungsbeginn des Tarifs ZS75 auf EUR 1.000,-, für das zweite auf EUR 2.000,- und für das dritte auf EUR 3.000,-. Danach entfallen die jährlichen Begrenzungen; bei zahnärztlicher Heilbehandlung infolge eines Unfalles entfallen sie schon ab Versicherungsbeginn.

Der Ergänzungstarif ZS75 kann nur in Verbindung mit dem Tarif A75 und ohne den Ergänzungstarif AZ bestehen. Bei Umstufung der Ergänzungstarife AZ, Z, B oder BW in den Ergänzungstarif ZS75 wird hinsichtlich der jährlichen Begrenzungen im Ergänzungstarif ZS75 die in diesen Ergänzungstarifen unmittelbar zuvor zurückgelegte Versicherungszeit auf die Versicherungszeit im Ergänzungstarif ZS75 angerechnet.

Betragsmäßig festgelegte Leistungsgrenzen des Tarifs werden mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders der Entwicklung der Kostenverhältnisse angepasst.

Umwandlung

Der Tarif A75 kann zum Zeitpunkt des Erreichens des 30., des 35., des 40., des 45. und des 50. Lebensjahres der versicherten Person ohne Gesundheitsprüfung in einen der Tarife A100, A80, A103, A105, A107, A109, A 210, A 220 oder in den Tarif A80B, wenn dieser zusammen mit dem Tarif S 103 besteht, umgewandelt werden. Umwandlungstermin ist der Erste des Geburtsmonats. Der Antrag auf Umwandlung ist mindestens 6 Monate vor dem gewünschten Umwandlungstermin zu stellen. Er kann zudem die Umwandlung des Tarifes A75 für in diesem Tarif versicherte Kinder enthalten.

Sind beim Versicherer beide Ehegatten versichert und nimmt ein im Tarif A75 versicherter Ehegatte eine Berufstätigkeit auf, besteht für beide nach Tarif A75 versicherte Ehegatten sowie für die in diesem Tarif versicherten Kinder das Recht, den Tarif A75 zum Zeitpunkt des Beginns der Berufstätigkeit ohne Gesundheitsprüfung in einen der Tarife A100, A80, A103, A105, A107, A109, A 210, A 220 oder in den Tarif A80B, wenn dieser zusammen mit dem Tarif S103 besteht, umzuwandeln. Umwandlungstermin ist der Erste des Monats, in dem die Berufstätigkeit aufgenommen wird. Der Antrag auf Umwandlung ist spätestens zwei Monate nach Aufnahme der Berufstätigkeit zu stellen.

Der Ergänzungstarif ZS75 kann nicht mit einem der genannten Tarife bestehen. Die Umwandlung des Ergänzungstarifs ZS75 in einen Ergänzungstarif AZ hat zum gleichen Termin und innerhalb der gleichen Fristen zu erfolgen wie die Umwandlung des Tarifs A75.

Tarif A210 / Tarif A220

Versicherungsleistungen

Der Versicherer zahlt im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen bei einem jährlichen tariflichen Selbstbehalt von EUR 1.000,- im Tarif A210 und EUR 2.000,- im Tarif A220 (für Kinder beträgt der Selbstbehalt bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 15. Lebensjahr vollendet wird, jeweils die Hälfte) für

1. ambulante Heilbehandlung

100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für

ärztliche Leistungen (Beratungen, Hausbesuche, Verrichtungen und Operationen) einschließlich Wegegeelder des Arztes; für Röntgendiagnostik, Laboruntersuchung und Strahlentherapie; für Leistungen der Hebamme und des Entbindungspfleger. Heilpraktiker können nicht in Anspruch genommen werden.

1.1 Transportkosten bei ambulanter Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind die infolge eines Unfalls oder medizinischen Notfalls angefallenen notwendigen Transportkosten zum und vom Arzt. Erstattungsfähig sind auch die Kosten eines Hin- und Rücktransports vom und zum Wohnsitz des Versicherten zur Dialysebehandlung, zur Chemo- und zur Strahlentherapie. Wird der Versicherte mit einem privaten Personenkraftwagen befördert, sind die Transportkosten nach Satz 1 und 2 in Höhe von EUR 0,30 pro Kilometer erstattungsfähig.

1.2 Logopädie

In Abweichung von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen in „7. zu § 4 (3) MB/KK 2009 Heilmittel“ sind bis zu 20 Sitzungen im Kalenderjahr erstattungsfähig.

1.3.1 Psychotherapie und Ergotherapie

In Abweichung von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen in „4. zu § 4 (1 u. 2) MB/KK 2009 Psychotherapie“ ist eine schriftliche Zahlungszusage des Versicherers vor Beginn der Behandlung nicht erforderlich. Erstattungsfähig sind jeweils bis zu 20 Sitzungen im Kalenderjahr.

1.3.2 Psychotherapie und Ergotherapie (Tarife mit geschlechtsunabhängigen Beiträgen)

In Abweichung von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen in „4. zu § 4 (1 u. 2) MB/KK 2009 Psychotherapie“ ist eine schriftliche Zahlungszusage des Versicherers vor Beginn der Behandlung nicht erforderlich. Für die Ergotherapie sind bis zu 20 Sitzungen im Kalenderjahr erstattungsfähig.

1.4 Besondere Therapierichtungen

Die ärztlichen Leistungen umfassen auch ambulante Heilbehandlungen der besonderen Therapierichtungen. Als solche gelten und sind erstattungsfähig Homöopathie, Phytotherapie und anthroposophische Medizin.

Die ärztlichen Behandlungskosten sind bis zu den Regelhöchst-sätzen der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig (1,8facher Satz bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O, 1,15facher Satz nach dem Abschnitt M, 2,3facher Satz nach den übrigen Abschnitten der GOÄ).

2. Arznei- und Verbandmittel / Generika

Zu 100 % des Rechnungsbetrages sind erstattungsfähig Leistungen für Generika.

Der Erstattungssatz für sonstige Arzneimittel einschließlich Verbandmittel beträgt 60 % des Rechnungsbetrages. Übersteigen diese erstattungsfähigen Rechnungsbeträge eines Kalenderjahres die Summe von EUR 3.000,- so erfolgt für den darüber liegenden Teil eine Vergütung von 100 %.

3. Hilfsmittel

Leistungen für Hilfsmittel sind je Hilfsmittel einmal im Kalenderjahr erstattungsfähig.

In Abweichung von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen in „8.1 zu § 4 (3) MB/KK 2009 Hilfsmittel“ gelten die nachfolgenden Regelungen.

3.1.1 Erstattungssatz 60 %

Zu 60 % des Rechnungsbetrages sind erstattungsfähig

Bandagen, Blindenstöcke, Fußeinlagen, Gehstützen, Gummistrümpfe, Leibbinden, Korrekturschienen, orthopädische Schuhe und orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen, Körperersatzstücke (wie z.B. Epithese, Kunstauge, Kunstglieder), Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf) und Hörgeräte. Die Erstattung für Hörgeräte ist begrenzt auf EUR 1.500,- je Ohr.

3.1.2 Erstattungssatz 100 % / 60 %

Zu 100 % des Rechnungsbetrages sind erstattungsfähig

Absauggeräte, Beatmungsgeräte, Blindenleitgerät und Blindenführhund (einschl. Orientierungs- und Mobilitätstraining), elektronische Lesehilfen, Ernährungspumpen, Schlafapnoegeräte, Infusionspumpen, Insulinpumpen, Krankenfahrstühle, orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate einschließlich Sitz- und Liegeschalen, Pulsoximeter, Überwachungsmonitore für Säuglinge sowie Miet- und Sachnebenkosten lebenserhaltender Hilfsmittel (wie z.B. Atem-/Herzfrequenzmonitor, Heimdialysegeräte, Sauerstoffkonzentrator).

Werden diese Hilfsmittel nicht über das Hilfsmittelmanagement des Versicherers bezogen, vermindert sich der Erstattungssatz auf 60 %. Ebenfalls 100 % beträgt die Erstattung, wenn es erforderlich

ist, ein solches Hilfsmittel im Rahmen einer unfall- oder notfallbedingten Behandlung innerhalb von zwei Tagen nach dem Unfall oder Notfall zu beziehen.

3.2.1 Erstattungssatz 60 % (Tarife mit geschlechtsunabhängigen Beiträgen)

Hilfsmittel sind zu 60 % des Rechnungsbetrages erstattungsfähig, ausgenommen die unter 3.2.2 und 3.3 genannten Hilfsmittel. Die Erstattung für Hörgeräte ist begrenzt auf EUR 1.500,- je Ohr.

3.2.2 Erstattungssatz 100 % / 60 % (Tarife mit geschlechtsunabhängigen Beiträgen)

Zu 100 % des Rechnungsbetrages sind erstattungsfähig Absauggeräte, Beatmungsgeräte, Blindenleitgeräte und Blindenführhund (einschl. Orientierungs- und Mobilitätstraining), elektronische Lesehilfen, Ernährungspumpen, Schlafapnoegeräte, Infusionspumpen, Insulinpumpen, Krankenfahrstühle, orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate einschließlich Sitz- und Liegeschalen, Pulsoximeter, Überwachungsmonitore für Säuglinge sowie Miet- und Sachnebenkosten lebenserhaltender Hilfsmittel (wie z. B. Atem-/Herzfrequenzmonitor, Heimdialysegeräte, Sauerstoffkonzentrator).

Werden diese Hilfsmittel nicht über das Hilfsmittelmanagement des Versicherers bezogen, vermindert sich der Erstattungssatz auf 60 %. Ebenfalls 100 % beträgt die Erstattung, wenn es erforderlich ist, ein solches Hilfsmittel im Rahmen einer unfall- oder notfallbedingten Behandlung innerhalb von zwei Tagen nach dem Unfall oder Notfall zu beziehen.

3.3 Brillen/Kontaktlinsen

Brillen und Kontaktlinsen einschließlich der Refraktionsbestimmung durch Optiker sind innerhalb eines Zeitraumes von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren bis zu EUR 150,- erstattungsfähig.

Wird eine Fehlsichtigkeit operativ beseitigt oder vermindert, sind die Aufwendungen bis zu einer Höhe von EUR 500,- pro Auge erstattungsfähig. Die Erstattungsfähigkeit weiterer Operationen des Auges zur Beseitigung oder Verminderung der Fehlsichtigkeit ist ausgeschlossen.

4. Heilmittel

Leistungen für Heilmittel sind zu 60 % des Rechnungsbetrages erstattungsfähig.

5. Schwere Krankheiten (Dread Disease)

Erkrankt eine versicherte Person an einer der nachfolgend aufgeführten Krankheiten, entfällt auf Dauer hinsichtlich der erstattungsfähigen Kosten aller Krankheiten dieser versicherten Person die Begrenzung der Erstattung ärztlicher Behandlungskosten auf die Regelhöchstsätze der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) für die oben unter 1. beschriebenen Leistungen.

Als Krankheiten i.S.v. Dread Disease gelten:

- bösartiger Tumor (Krebs) einschließlich Leukämie und verwandte Formen von Blutkrebs
- sowie bösartige Erkrankungen der Lymphknoten und/oder des Knochenmarks,
- chronische Niereninsuffizienz (Nierenversagen) mit Dialysepflichtigkeit,
- multiple Sklerose,
- Organtransplantation: Durchführung einer Transplantation als Empfänger eines Herzens, einer Lunge oder Leber sowie von Knochenmark eines Fremdspenders,
- Aids bzw. HIV-Infektion: Die Infektion muss durch Mehrfachtestungen einschließlich positiver Bestätigungstests bestätigt sein,
- Herzinfarkt
- Schlaganfall

6. Allgemeine Vorsorgeuntersuchungen (Check up) / Gezielte Vorsorgeuntersuchungen / Schutzimpfungen

Allgemeine Vorsorgeuntersuchungen zur Überprüfung des Gesundheitszustandes (Check up) sind erstmals im vierten aufeinanderfolgenden Kalenderjahr nach Versicherungsbeginn zu 100 % bis zu EUR 750,- erstattungsfähig. Erstattet der Versicherer Kosten für einen Check up, sind weitere Kostenerstattungen – auch wenn die letzte Erstattung unterhalb des Betrags von EUR 750,- lag – jeweils im vierten aufeinanderfolgenden Kalenderjahr nach der letzten Erstattung möglich.

Gezielte Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen sind zu 100 % ohne Altersbegrenzung erstattungsfähig.

Der Versicherer leistet für Schutzimpfungen, die von der ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Institutes empfohlen werden und nicht ausschließlich aus Anlass einer Auslandsreise durchgeführt werden.

Der vereinbarte jährliche tarifliche Selbstbehalt von EUR 1.000,- im Tarif A210 und von EUR 2.000,- im Tarif A220 findet keine Anwendung. Die Erstattungen hindern zudem einen Anspruch auf Beitragsrückerstattung nicht.

7. Kinderwunschbehandlung

Aufwendungen für Kinderwunschbehandlung (künstliche Befruchtung) werden zu 50 % erstattet, wenn dies der Versicherer vor Behandlungsbeginn schriftlich zugesagt hat. Eine schriftliche Zusage ist möglich, wenn

- zum Zeitpunkt der Behandlung die Frau das 40. und der Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
- eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person besteht, die allein mittels künstlicher Befruchtung / Insemination überwunden werden kann,
- die Behandlung bei verheirateten bzw. in eheähnlicher Gemeinschaft lebenden Paaren erfolgt und
- eine hinreichende Erfolgsaussicht für die gewählte Behandlungsmethode besteht.

Erstattungsfähig sind bis zu 6 Inseminationszyklen sowie entweder bis zu 3 Versuche nach der In-vitro-Fertilisation oder bis zu 3 Versuche nach der intracytoplasmatischen Spermieninjektion oder bis zu 3 Versuche anderer erfolgversprechender Methoden.

Besteht für die nicht beim Versicherer versicherte Person ein Leistungsanspruch gegen einen anderen Leistungsträger, ist der Versicherer nur für die nach Vorleistung dieses Leistungsträgers verbleibenden Aufwendungen leistungspflichtig.

8. Ärztliche Zweitmeinung

Der Versicherer bietet die Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung durch mit dem Versicherer kooperierende Leistungserbringer an.

Der vereinbarte jährliche tarifliche Selbstbehalt von EUR 1.000,- im Tarif A210 und von EUR 2.000,- im Tarif A220 findet auf Kostenerstattung einer solchen Zweitmeinung keine Anwendung, wenn die Zweitmeinung bei einem vom Versicherer benannten kooperierenden Leistungserbringer eingeholt und dem Versicherer zur Kenntnis gebracht wird. Diese Kostenerstattung hindert zudem einen Anspruch auf Beitragsrückerstattung nicht.

Betragsmäßig festgelegte Leistungsgrenzen der Tarife werden mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders der Entwicklung der Kostenverhältnisse angepasst.

In diese Tarife können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden.

Die Tarife gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaus-tagegeldversicherung bestehend aus

Teil I: Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009)

Teil II: Tarifbedingungen

In Abweichung zu § 8b MB/KK 2009 Beitragsanpassung der Tarifbedingungen beträgt der Vomhundertsatz 5 %.

Umwandlung

Die Tarife A210 bzw. A220 können zum Zeitpunkt des Erreichens des 30., des 35., des 40., des 45. und des 50. Lebensjahres der versicherten Person ohne Gesundheitsprüfung in einen der Tarife A100, A80, A80B, A103, A105, A107, A109, A75 umgewandelt werden. Umwandlungstermin ist der Erste des Geburtsmonats. Der Antrag auf Umwandlung ist mindestens 6 Monate vor dem gewünschten Umwandlungstermin zu stellen. Er kann zudem die Umwandlung der Tarife A210 bzw. A220 für in diesen Tarifen versicherte Kinder enthalten.

Sind beim Versicherer beide Ehegatten versichert und nimmt ein in den Tarifen A210 bzw. A220 versicherter Ehegatte eine Berufstätigkeit auf, besteht für beide nach den Tarifen A210 bzw. A220 versicherten Ehegatten sowie für die in diesen Tarifen versicherten Kinder das Recht, die Tarife A210 bzw. A220 zum Zeitpunkt des Beginns der Berufstätigkeit ohne Gesundheitsprüfung in einen der Tarife A100, A80, A80B, A103, A105, A107, A109, A75 umzuwandeln. Umwandlungstermin ist der Erste des Monats, in dem die Berufstätigkeit aufgenommen wird. Der Antrag auf Umwandlung ist spätestens zwei Monate nach Aufnahme der Berufstätigkeit zu stellen.

Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (Überschussbeteiligung)

Die Beitragsrückerstattung wird gemäß § 4 Ziffer 1 der Tarifbedingungen gewährt.

Tarif Z260 / Tarif Z250

Versicherungsleistungen

Der Versicherer zahlt im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

100 % des Rechnungsbetrages für Zahnbehandlung.

Im Tarif Z260 **60 %**,

im Tarif Z250 **50 %**

des Rechnungsbetrages für Zahnersatz. Als Zahnersatz gelten auch Inlays.

Übersteigen die Aufwendungen für Zahnersatz voraussichtlich EUR 3.000,-, ist dem Versicherer rechtzeitig vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan zur vorherigen Prüfung des zu erwartenden Leistungsanspruches vorzulegen. Wird der Heil- und Kostenplan nicht so rechtzeitig vorgelegt, dass der Versicherer trotz unverzüglicher Prüfung des Heil- und Kostenplans den Versicherungsnehmer nicht vor Behandlungsbeginn über die Höhe des Leistungsanspruchs informieren kann, vermindert sich der Erstattungssatz im Tarif Z260 auf 40 %, im Tarif Z250 auf 30 % des Rechnungsbetrages.

Leistungen für Implantate sind erstattungsfähig, wenn dies vom Versicherer vor Beginn der Behandlungsmaßnahmen schriftlich zugesagt wurde. Erstattungsfähig sind insgesamt 8 Implantate je Kiefer. Nicht erstattungsfähig sind Keramikverblendungen im hinteren Seitenzahnbereich (Zähne 7 und 8).

Die erstattungsfähigen Rechnungsbeträge für Zahnersatz sind in den ersten beiden Kalenderjahren auf insgesamt EUR 3.000,-, in den ersten vier Kalenderjahren auf insgesamt EUR 6.000,- begrenzt. Die Begrenzung entfällt danach. Die Höchstbeträge gelten nicht für erstattungsfähige Aufwendungen, die auf einen Unfall zurückzuführen sind.

100 % des Rechnungsbetrages für kieferorthopädische Behandlungen.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlungen, wenn die versicherte Person vor Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Im Tarif Z250 muss zudem eine kieferorthopädische Indikationsgruppe

vorliegen, für die die gesetzliche Krankenversicherung zur Zahlung eines Zuschusses verpflichtet wäre (Indikationsstufen 3, 4, 5).

100 % des Rechnungsbetrages für prophylaktische Leistungen und für professionelle Zahnreinigung.

Die Aufwendungen für professionelle Zahnreinigung sind auf kalenderjährlich EUR 100,- begrenzt. Die Erstattungen hindern zudem einen Anspruch auf Beitragsrückerstattung nicht.

Die Kosten zahnärztlicher Leistungen sind im Tarif Z250 bis zum Regelhöchstsatz (2,3facher Satz) der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig.

Betragsmäßig festgelegte Leistungsgrenzen der Tarife werden mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders der Entwicklung der Kostenverhältnisse angepasst.

Versicherungsfähig sind alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen, die in einem der Tarife A210 oder A220 versichert sind. Die Versicherung nach den Tarifen Z260 und Z250 endet mit dem Wegfall der in Satz 1 bestimmten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit.

Die Tarife gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaus-tagegeldversicherung bestehend aus

Teil I: Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009)

Teil II: Tarifbedingungen

In Abweichung zu § 8b MB/KK 2009 Beitragsanpassung der Tarifbedingungen beträgt der Vomhundertsatz 5 %.

Umwandlung

Die Tarife Z260 bzw. Z250 können zum Zeitpunkt des Erreichens des 30., des 35., des 40., des 45. und des 50. Lebensjahres der versicherten Person ohne Gesundheitsprüfung in den Tarif AZ umgewandelt werden, wenn gleichzeitig der Tarif A210 bzw. der Tarif A220 in einen der Tarife A100, A80, A80B, A103, A105, A107, A109 umgewandelt wird. Die Tarife Z260 bzw. Z250 können zu den gleichen Zeitpunkten in den Tarif ZS75 umgewandelt werden, wenn gleichzeitig der Tarif A210 bzw. A220 in den Tarif A75 umgewandelt wird. Umwandlungstermin ist der Erste des Geburtsmonats. Der Antrag auf Umwandlung ist mindestens 6 Monate vor dem gewünschten Umwandlungstermin zu stellen. Er kann zudem die Umwandlung der Tarife A210 bzw. A220 für in diesen Tarifen versicherte Kinder enthalten.

Sind beim Versicherer beide Ehegatten versichert und nimmt ein in den Tarifen Z260 bzw. Z250 versicherter Ehegatte eine Berufstätigkeit auf, besteht für beide nach den Tarifen Z260 bzw. Z250 versicherten Ehegatten sowie für die in diesen Tarifen versicherten Kinder das Recht, die Tarife Z260 bzw. Z250 zum Beginn des Berufstätigkeit entweder in den Tarif AZ umzuwandeln, wenn gleichzeitig der Tarif A210 bzw. A220 in einen der Tarife A100, A80, A80B, A103, A105, A107, A109 umgewandelt wird oder in den Tarif ZS75 umzuwandeln, wenn gleichzeitig der Tarif A210 bzw. A220 in den Tarif A75 umgewandelt wird.

Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (Überschussbeteiligung)

Die Beitragsrückerstattung wird gemäß § 4 Ziffer 1 der Tarifbedingungen gewährt.

Tarif NH

Versicherungsleistungen

Der Versicherer zahlt im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für

Naturheilverfahren

100 % des Rechnungsbetrags für ambulante Heilbehandlungen durch Ärzte oder Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes einschließlich der im Zusammenhang mit den Naturheilverfahren verordneten Aufwendungen für Arznei-, Heil- und Verbandmittel bis zu kalenderjährlich insgesamt 1.000,- EUR. Die Erstattung ist im ersten Kalenderjahr auf insgesamt 100,- EUR, im zweiten Kalenderjahr auf insgesamt 200,- EUR begrenzt. Aufwendungen für Ärzte sind im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte, Aufwendungen für Heilpraktiker im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker erstattungsfähig. Arzneimittel müssen aus der Apotheke bezogen werden.

Als Naturheilverfahren gelten solche des Hufelandverzeichnis in der jeweils gültigen Fassung.

Vorrang anderer Versicherungsleistungen

Sind Naturheilverfahren durch die Mitgliedschaft bei der gesetzlichen Krankenversicherung oder durch ein Versicherungsverhältnis im Basistarif (§ 152 VAG) oder durch eine beim Versicherer bestehende Krankheitskosten-Zusatzversicherung mit-versichert oder besteht ein Anspruch nach öffentlich-rechtlichen Beihilfevorschriften, gehen diese Leistungsansprüche den Leistungsansprüchen aus dem Tarif NH vor und sind zuerst bei dem jeweiligen Kostenträger geltend zu machen.

Nachrang anderer Versicherungsleistungen

Leistungsansprüche aus einer beim Versicherer bestehenden Krankheitskosten-Vollversicherung gehen den Leistungsansprüchen aus dem Tarif NH nach, so dass der Versicherer für erstattungsfähige Aufwendungen zuerst aus dem Tarif NH und dann – soweit ein verbleibender Rechnungsbetrag erstattungsfähig ist – tariflich aus der Krankheitskosten-Vollversicherung leistet.

Betragsmäßig festgelegte Leistungsgrenzen des Tarifs werden mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders der Entwicklung der Kostenverhältnisse angepasst.

In diesen Tarif können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden.

Der Tarif gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung bestehend aus

Teil I: Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009)

Teil II: Tarifbedingungen

In Abweichung zu § 8b MB/KK 2009 Beitragsanpassung der Tarifbedingungen beträgt der Vomhundertsatz 5 %.

Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (Überschussbeteiligung)

Die Beitragsrückerstattung wird gemäß § 4 Ziffer 1 der Tarifbedingungen gewährt. Erstattungen aus dem Tarif NH hindern einen Anspruch auf Beitragsrückerstattung anderer Tarife nicht.

Auszug aus dem Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen, 6. Auflage 2012

- Anthroposophische Medizin
- Ayurveda
- Bioenergetische Medizin
- Eigenblutbehandlungen
- Enzymtherapie
- Ernährungstherapie – komplementäre Allergiebehandlung
- Feldenkrais-Methode
- Homöopathie und Therapien mit Arzneimitteln, die nach HAB hergestellt werden
- Hyperthermie
- Kinesiologie

- Lüscher-Color-Test
- Mikrobiologische Therapie
- Neuraltherapie
- Organotherapie
- Orthomolekulare Therapie
- Osteopathie
- Physikalische Therapie
- Phytotherapie
- Proteomik – Funktionelle Proteomik nach CEIA
- Sauerstofftherapien
- Traditionelle Chinesische Medizin (TCM)
- Thermographie
- Umweltmedizin

Tarif VP

Versicherungsleistungen

A.

Der Versicherer erstattet im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen bis zu 100 % der Aufwendungen für

1. ambulante medizinische Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (Vorsorgeuntersuchungen), die von einem approbierten Arzt vorgenommen und nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bis zu deren Höchstsätzen abgerechnet werden.

Als Vorsorgeuntersuchung gilt auch eine sportmedizinische Untersuchung.

Gendiagnostische Untersuchungen sind von der Erstattung ausgenommen.

2. Schutzimpfungen entsprechend den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut (STIKO). Unabhängig von einer bestehenden Empfehlung der STIKO werden Schutzimpfungen gegen Influenza, FSME und Tollwut erstattet.

Für Schutzimpfungen, die ausschließlich aus Anlass einer Auslandsreise vorgenommen werden, wird nicht geleistet.

3. Präventionskurse, die in ihrer inhaltlichen und qualitativen Ausgestaltung den Anforderungen von § 20 Abs. 1 des Sozialgesetzbuches, fünftes Buch (SGB V), entsprechen. Kurse, die von der Zentralen Prüfstelle Prävention zertifiziert sind, erfüllen diese Voraussetzung. Dies ist vom Anbieter auf einer Teilnahmebescheinigung zu bestätigen.

B.

Der Versicherer stellt einen Beratungsservice für die medizinisch-psychologische Beratung der Versicherten zur Verfügung.

Die Beratung erfolgt anonym und kann telefonisch in Anspruch genommen werden.

Erstattungshöhe und -modalitäten

Die Erstattung für Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen ist begrenzt auf einen Höchstbetrag von insgesamt 400 EUR je Kalenderjahr.

Die Erstattung für Präventionskurse erfolgt nach Vorlage einer Teilnahmebescheinigung über mindestens 80 % der Kurseinheiten und ist begrenzt auf maximal 100 EUR je Kalenderjahr.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugeordnet, in dem sie angefallen sind, d. h. in dem die Untersuchung, Impfung oder die Teilnahme am Präventionskurs erfolgte.

Nachrang anderer Versicherungsleistungen

Leistungsansprüche aus einer beim Versicherer bestehenden Krankheitskosten-Vollversicherung gehen den Leistungsansprüchen aus dem Tarif VP nach, so dass der Versicherer für erstattungsfähige Aufwendungen zuerst aus dem Tarif VP und dann – soweit ein verbleibender Rechnungsbetrag erstattungsfähig ist – tariflich aus der Krankheitskosten-Vollversicherung leistet.

Wartezeiten

In Abweichung zu § 3 Abs. 2 und 3 MB/KK entfallen die Wartezeiten.

In diesen Tarif können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden, die Versicherungsschutz aus einer Krankheitskosten-Vollversicherung bei einer in Deutschland zugelassenen Privaten Krankenversicherung haben. Die Versicherung nach Tarif VP endet mit dem Wegfall der in Satz 1 bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit.

Betragsmäßig festgelegte Leistungsgrenzen des Tarifs können mit Zustimmung des unabhängigen mathematischen Treuhänders der Entwicklung der Kostenverhältnisse angepasst werden.

Bei einer Änderung von §20 Abs.1 SGB V oder des Zertifizierungsverfahrens der Zentralen Prüfstelle Prävention ist der Versicherer berechtigt, das tarifliche Leistungsversprechen hinsichtlich dieser Änderung zu überprüfen und, soweit erforderlich, nach Zustimmung des unabhängigen Treuhänders neu festzulegen. Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis in diesem Fall innerhalb von zwei Monaten nach der Änderung außerordentlich kündigen.

Die allgemeinen Bestimmungen zu Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen bleiben unberührt.

Der Tarif gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, bestehend aus

Teil I: Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009)

Teil II: Tarifbedingungen

In Abweichung zu § 8b MB/KK 2009 Beitragsanpassung der Tarifbedingungen beträgt der Vomhundertsatz 5 %.

Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (Überschussbeteiligung)

Erstattungen aus dem Tarif VP hindern einen Anspruch auf Beitragsrückerstattung anderer Tarife nicht.

Tarif 10

Versicherungsleistungen

Der Versicherer zahlt im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen im Versicherungsfall ein Krankenhaustagegeld.

Das Krankenhaustagegeld wird ohne Kostennachweis für jeden Tag einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung sowie einer stationären Entbindung oder Fehlgeburt gezahlt. Aufnahme- und Entlassungstag werden je als ein voller Tag gewertet.

Das Krankenhaustagegeld wird ungekürzt ausgezahlt. Es wird nicht auf Leistungen einer etwa bestehenden gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung angerechnet.

Das Krankenhaustagegeld muss mindestens EUR 10,- betragen.

Tarif BE

§ 1 Gegenstand

In den Tarifen A100, A103, A105, A107, A109, A80, A80B, A75, A210, A220 und in den Tarifen S101, S102, S103 kann eine Änderung der Beitragszahlung so vereinbart werden, dass sich ab dem 1.7. des Jahres, in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet, der bis dahin zu zahlende Monatsbeitrag um feste Beträge nach folgender Tabelle vermindert:

vollendetes Lebensjahr	Einfachbetrag der monatlichen Beitragsreduktion insgesamt
65.	1,00 EUR
68.	1,10 EUR
73.	1,20 EUR
78.	1,30 EUR
83.	1,40 EUR
88.	1,50 EUR
93.	1,60 EUR
98.	1,70 EUR

Der Reduktionsbetrag kann – unter Beachtung der Begrenzung nach § 3 – in Vielfachen des obigen Einfachbetrages vereinbart werden.

§ 2 Abschlussfähigkeit

Die Beitragsreduktion im Alter kann für Personen vereinbart werden, die zum Zeitpunkt des Abschlusses das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

§ 3 Höhe des zu vereinbarenden Reduktionsbetrages

Bei Abschluss der Vereinbarung über die Beitragsreduktion im Alter oder späteren individuellen Änderungen der Vereinbarung über die Beitragsreduktion im Alter ist die Höhe des zu vereinbarenden Reduktionsbetrages ab 1.7. des Jahres, in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet, beschränkt auf 75 % des Monatsbeitrages, der zum Abschluss- oder Änderungszeitpunkt für die Krankheitskostentarife zu zahlen ist. Der Beitragsanteil für die Beitragsreduktion im Alter bleibt dabei unberücksichtigt.

Bei Anwartschaftsversicherungen wird bei der Festlegung des Reduktionsbetrages die durch die Anwartschaftsversicherung bedingte Beitragsermäßigung nicht berücksichtigt.

§ 4 Änderung des Reduktionsbetrages

1. Individuelle Änderungen des Reduktionsbetrages

Der bereits vereinbarte Reduktionsbetrag kann für Personen, die das 60. Lebensjahr zum Änderungszeitpunkt noch nicht vollendet haben, um das Vielfache des Einfachbetrages erhöht werden.

Eine Verminderung des Reduktionsbetrages ist vor Wirksamwerden der Beitragsreduktion möglich.

2. Erhöhung des Reduktionsbetrages bei Beitragserhöhungen

Aus Anlass von Beitragserhöhungen in einem der unter § 1 aufgeführten für die versicherte Person bestehenden Tarife wird dem Versicherungsnehmer eine Erhöhung des Reduktionsbetrages angeboten, sofern die versicherte Person zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Ein Erhöhungsangebot erfolgt nicht, falls für mindestens einen der in § 1 aufgeführten Tarife eine Anwartschaftsversicherung besteht. Die Einzelheiten des Erhöhungsangebotes werden dem Versicherungsnehmer spätestens einen Monat vor deren Wirksamwerden mitgeteilt. Das Erhöhungsangebot gilt als vom Versicherungsnehmer angenommen, wenn er es nicht spätestens einen Monat nach Wirksamwerden in Textform ablehnt.

§ 5 Umfang der Beitragsreduktion

Ab dem 1.7. des Jahres, in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet, wird die Beitragsreduktion in der vertraglich vereinbarten Höhe wirksam. Die Monatsbeiträge aus den unter § 1 genannten, bestehenden Tarifen dürfen nach Abzug des vereinbarten Reduktionsbetrages die niedrigsten Erwachsenenbeiträge nicht unterschreiten. Ein nicht gutgebrachter Teil wird der Rückstellung zur Beitragsermäßigung im Alter des Versicherten zugeführt.

§ 6 Beiträge zur Beitragsreduzierung

Die Monatsbeiträge zur Beitragsreduzierung für den Einfachbetrag gemäß § 1 betragen:

Eintrittsalter	EUR	Eintrittsalter	EUR
16	0,18	39	0,43
17	0,19	40	0,45
18	0,20	41	0,46
19	0,21	42	0,48
20	0,22	43	0,50
21	0,23	44	0,52
22	0,24	45	0,54
23	0,25	46	0,56
24	0,26	47	0,58
25	0,27	48	0,61
26	0,28	49	0,63
27	0,29	50	0,66
28	0,30	51	0,69
29	0,31	52	0,71
30	0,32	53	0,75
31	0,33	54	0,78
32	0,34	55	0,82
33	0,35	56	0,85
34	0,36	57	0,89
35	0,37	58	0,94
36	0,39	59	0,99
37	0,40	60	1,04
38	0,41		

§ 7 Beitragsberechnung

1. Grundsätze der Beitragsberechnung

Die Berechnung der Beiträge zur Beitragsreduzierung erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den Technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

Bei einer Änderung der Beiträge zur Beitragsreduzierung, auch durch Änderung des vereinbarten Reduktionsbetrages, wird das Geschlecht und das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass die Alterungsrückstellung für die Beitragsreduktion im Alter gemäß den in den Technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge zur Beitragsreduzierung wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen.

2. Beitragsanpassung bei unveränderter Höhe der Beitragsreduzierung

Eine Anpassung der monatlichen Beitragsrate erfolgt gemäß § 8 b der Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung mit der Maßgabe, dass der Versicherer die für die zukünftige Lebenserwartung erforderlichen mit den in den Technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Aufwendungen für die Beitragsreduzierung im Alter vergleicht.

§ 8 Beendigung

1. Der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung über die Beitragsreduktion im Alter mit einer dreimonatigen Frist zum

Ende eines jeden Versicherungsjahres der zugrundeliegenden Krankheitskostenversicherung kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne Personen beschränkt werden. Vor Wirksamwerden der Beitragsreduktion wird mit der Beendigung der bisher vereinbarten Beitragsreduktion im Alter diese entsprechend den in den Technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten versicherungsmathematischen Grundsätzen in einen sofortigen Beitragsnachlass umgewandelt, sofern für die versicherte Person, für die die Beitragsreduzierung vereinbart war, mindestens ein Krankheitskostentarif oder eine Krankenhaustagegeldversicherung oder eine ergänzende Pflegekrankenversicherung besteht.

2. Die Vereinbarung einer Beitragsreduktion endet ferner, wenn die zugrundeliegende Krankheitskostenversicherung endet, d. h., wenn für die versicherte Person kein Krankheitskostentarif nach § 1 besteht. Entsprechend der Regelung unter Ziffer 1 erfolgt eine Umwandlung in einen sofortigen Beitragsnachlass, sofern für die versicherte Person ein anderer als in § 1 aufgeführter Krankheitskostentarif oder eine Krankenhaustagegeldversicherung oder eine ergänzende Pflegekrankenversicherung besteht.
3. Liegen in den Ziffern 1 und 2 die Voraussetzungen für die Umwandlung in einen sofortigen Beitragsnachlass nicht vor, verfällt die nach diesen Zusatzbedingungen gebildete Altersrückstellung zugunsten der verbleibenden Versicherungsgemeinschaft.

In den Ziffern 1 und 2 dürfen die um den sofortigen Beitragsnachlass verminderten Monatsbeiträge die niedrigsten Erwachsenenbeiträge nicht unterschreiten. Ein nicht gutgebrachter Teil wird der Rückstellung zur Beitragsermäßigung im Alter des Versicherten zugeführt.

§ 9 Sonstiges

Eine Anwartschaftsversicherung kann für die Beitragsreduktion im Alter nicht abgeschlossen werden.

§ 10 Allgemeine Versicherungsbedingungen

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, bestehend aus den Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) Teil I und den Tarifbedingungen Teil II, gelten entsprechend auch für die Beitragsreduzierung im Alter (BE), soweit in diesen Zusatzbedingungen nichts Abweichendes bestimmt ist.