

Tarif Classic

Kurz und bündig:

Ambulante Behandlung

- 100 % ambulante Hausarztbehandlung
 - 80 % Facharztbehandlung
 - 80 % Arzneien, Heil-/Hilfsmittel
 - 90 % Hilfsmittel nach Vermittlung durch den Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G.
- ambulante absolute Selbstbeteiligung von 760,- EUR/Jahr (360,- EUR/Jahr bis Alter 20)
Die Selbstbeteiligung entfällt für gezielte Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen

Stationäre Behandlung

- 100 % Allgemeine Krankenhausleistungen

Zahnärztliche Behandlung

- 100 % Zahnbehandlung
- 50 % Zahnersatz und Kieferorthopädie (bis Alter 17)

Allgemeine Versicherungsbedingungen (Teil III)

1 Leistungen des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G.

- 1.1 Ambulante Behandlung
- 1.2 Stationäre Behandlung
- 1.3 Zahnärztliche Behandlung

2 Versicherungsjahr

3 Erstattungsfähige Kosten

- 3.1 Ambulante Behandlung
- 3.2 Stationäre Behandlung
- 3.3 Zahnärztliche Behandlung

4 Beitragszahlung

5 Anpassung des Versicherungsschutzes

6 Obliegenheit

Wichtige Information zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif Classic

- 1 Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?
- 2 Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

Tarif Classic

(Stand 1.1.2013)

Allgemeine Versicherungsbedingungen (Teil III)

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife (Teil I und II)

1 Leistungen des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G.

Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. ersetzt von den erstattungsfähigen Kosten gemäß Ziffer 3 je Person und Kalenderjahr für

1.1 Ambulante Behandlung	a) Ambulante ärztliche Leistungen	100 %
	und für	
	b) gezielte Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen	100 %
	wenn die Erstbehandlung durch den Hausarzt, einen Facharzt für Gynäkologie, für Kinder- oder Augenerkrankungen oder durch einen Not- oder Bereitschaftsarzt erfolgt oder wenn es sich um eine unvorhersehbare Akutbehandlung während einer Reise handelt. Er ersetzt die erstattungsfähigen Kosten nach a) und b) zu	80 %
	wenn die Erstbehandlung nicht durch einen der aufgeführten Ärzte erfolgt. Der Erstattungssatz von 100 % gilt auch für Behandlungskosten durch einen Facharzt, sofern die Notwendigkeit der fachärztlichen Weiterbehandlung vom Hausarzt formlos bestätigt wird und diese Bestätigung der Rechnung beigefügt ist. Der Hausarzt ist bei der ersten Inanspruchnahme von Leistungen dem Versicherer namentlich zu benennen. Als Hausarzt kann ein Arzt für Allgemeinmedizin, ein praktischer Arzt oder mit Zustimmung des Versicherers ein Internist ohne Schwerpunktbezeichnung, der die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt hat, bestimmt werden. Bei Behandlung durch Notärzte oder Bereitschaftsärzte muss aus der Rechnung ersichtlich sein, dass es sich um eine Behandlung im Rahmen eines Not- oder Bereitschaftsdienstes handelte.	
	c) Arzneien und Verbandmittel, Heilmittel und Hilfsmittel	80 %
	d) im Zuge einer Leistungszusage für über den Versicherer oder seine Kooperationspartner bezogene Hilfsmittel (vgl. Ziffer 3.1 g) und h))	90 %
	Für Leistungen nach Buchstabe a), c) und d) gilt je versicherter Person und Kalenderjahr eine Selbstbeteiligung von – 760,- EUR bei Erwachsenen bzw. – 360,- EUR bei Kindern und Jugendlichen. Diese Selbstbeteiligung bezieht sich nicht auf gezielte Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen nach b). Liegt der Versicherungsbeginn im 2. Quartal, beträgt die Selbstbeteiligung für das erste Kalenderjahr 3/4, bei Versicherungsbeginn im 3. Quartal die Hälfte und im 4. Quartal 1/4 des Jahreswertes. Endet die Versicherung vor Ablauf eines Kalenderjahres, ermäßigt sich die Selbstbeteiligung nicht. Vom Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 21. Lebensjahr vollendet wird, gilt die Selbstbeteiligung für Erwachsene.	
1.2 Stationäre Behandlung	Allgemeine Krankenhausleistungen, Leistungen des Belegarztes und Krankentransporte	100 %

1.3 Zahnärztliche Behandlung	a) Zahnbehandlungen, zahnärztliche prophylaktische Leistungen	100 %
	b) Zahnersatz und Kieferorthopädie Die tarifliche Leistung für zahnärztliche Behandlung nach Buchstabe a) und b) wird je Person und Versicherungsjahr begrenzt, und zwar im 1. Versicherungsjahr auf 660,- EUR, im 2. Versicherungsjahr auf 1.320,- EUR, im 3. Versicherungsjahr auf 1.980,- EUR, im 4. Versicherungsjahr auf 2.640,- EUR, im 5. Versicherungsjahr auf 3.300,- EUR und ab dem 6. Versicherungsjahr auf 3.960,- EUR. Diese Begrenzung entfällt bei unfallbedingten Kosten. Unter bestimmten in Ziffer 3.3 genannten Voraussetzungen ist dem Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan des behandelnden Arztes oder (Fach-)Zahnarztes vorzulegen.	50 %

2 Versicherungsjahr

Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr. Beginnt der Versicherungsvertrag nicht am 1. Januar eines Jahres, so endet das erste Versicherungsjahr am 31. Dezember des darauffolgenden Kalenderjahres.
 Bei einem Wechsel in den Tarif Classic gilt für die Mehrleistungen der Zeitpunkt des Wechsels als Beginn des ersten Versicherungsjahres. Der vorgenannte Absatz gilt entsprechend.

3 Erstattungsfähige Kosten

Ärztliche und zahnärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig.

Die Leistungen von Hebammen und Entbindungspflegern sind im Rahmen der für sie jeweils geltenden amtlichen Gebührenverordnung erstattungsfähig.

Die Aufwendungen für folgende Leistungen sind nicht erstattungsfähig:

Die Behandlung durch einen Heilpraktiker, ambulante psychotherapeutische Behandlung, Kur- und Sanatoriumsbehandlung, Sterilisation, Fahrtkosten zur ambulanten ärztlichen oder zahnärztlichen Behandlung sowie Hilfsmittel, die nicht ausdrücklich im Tarif genannt sind.

3.1 Ambulante Behandlung

Erstattungsfähig **gemäß Ziffer 1.1a)** sind bei ambulanter Heilbehandlung, Entbindung und Fehlgeburt die Kosten für

- a)** Leistungen des Arztes sowie Geburtshilfe.
- Erstattungsfähig **gemäß Ziffer 1.1b)** sind die Kosten für
- b)** gezielte Vorsorgeuntersuchungen gemäß § 1 Abs. 2b MB/KK 2009 i. V. m. Tarifbedingung Nr. 1 durch Ärzte und
 - c)** Schutzimpfungen bei Kindern bis zum Alter von 15 Jahren und allgemeine Schutzimpfungen.¹

Erstattungsfähig **gemäß Ziffer 1.1c)** sind bei ambulanter Heilbehandlung, gezielten Vorsorgeuntersuchungen, Entbindung und Fehlgeburt die Kosten für

- d)** Arzneien und Verbandmittel, jedoch nicht hygienisch kosmetische Präparate, Badezusatz-, Nähr-, Potenz-, Raucherentwöhnungs-, Stärkungs-, Antikonzeptionsmittel, Mineralwasser, Vitamin- und Nahrungsergänzungspräparate sowie Medikamente zur Reiseprophylaxe. Diese Vereinbarung ersetzt Satz 1 der Tarifbedingung Nr. 13 zum § 4 Abs. 3 der MB/KK 2009.

e) folgende physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel), die durch Ärzte und staatlich geprüfte Angehörige von Heil-/Hilfsberufen durchgeführt wurden, bis 225,- EUR pro Kalenderjahr:

- Inhalationen,
- Krankengymnastik und Übungsbehandlungen,
- Massagen,
- Hydrotherapie und Packungen,
- Wärmebehandlung,
- Elektro- und Lichttherapie,
- Logopädie und
- Ergotherapie.

f) Sehhilfen bis 225,- EUR Rechnungsbetrag. Ein erneuter Anspruch auf Erstattung von Sehhilfen besteht, wenn seit dem letzten Bezug mindestens zwei Jahre vergangen sind oder sich die Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien insgesamt geändert hat. Sport-, Sonnen- und Arbeitsbrillen sind nicht erstattungsfähig.

g) folgende Hilfsmittel (einschließlich Reparaturen), die ab einem Rechnungsbetrag von 950,- EUR einer vorherigen Leistungszusage* bedürfen:

- Hörgeräte (Batterien für Hörgeräte sind nicht mitversichert),
- Körperersatzstücke und Prothesen (z. B. künstliche Augen, künstliche Gliedmaßen),
- Blindenhund (Anschaffung, Ausbildung),
- Krankenfahrstühle.

h) folgende Hilfsmittel (einschließlich Wartung und Reparatur), die auch bei medizinischer Notwendigkeit der vorherigen Leistungszusage* bedürfen:

- Blutzuckermessgeräte,
- Sauerstoffgeräte und Sauerstoffkonzentratoren,
- Schlafapnoegeräte,
- Atmungs- und Herzüberwachungsmonitore,
- lebenserhaltende Hilfsmittel (z. B. Heimdialysegeräte, Beatmungsgeräte, Ernährungspumpen).

*** Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. verpflichtet sich, den Leistungsanspruch unverzüglich zu prüfen und den Versicherungsnehmer entsprechend zu informieren. Benennt der**

¹ Eine detaillierte Darstellung der Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen, deren Kosten erstattet werden, kann beim Versicherer abgefragt werden.

Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. im Zuge der Überprüfung eine alternative Versorgung oder eine Beschaffung des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. und entscheidet sich der Versicherungsnehmer für diese Alternative, so wird hierfür gemäß Ziffer 1.1d) zu 90 % geleistet. Wurde keine vorherige Leistungszusage vom Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. eingeholt, werden die Kosten übernommen, die in gleicher Qualität und Ausführung im Rahmen einer möglichen alternativen und kostengünstigeren Versorgungsform (Miete, Leasing, Kauf) oder bei Bezug des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. angefallen wären.

Erstattungsfähig **gemäß Ziffer 1.1a)** sind darüber hinaus die Kosten für

i) teilstationäre Dialysebehandlungen sowie die Sachkosten für Heimdialyse.

3.2 Stationäre Behandlung

Erstattungsfähig **gemäß Ziffer 1.2** sind bei stationärer Heilbehandlung die Kosten für

a) allgemeine Krankenhausleistungen nach der jeweils gültigen Fassung der Bundespflegesatzverordnung (BPFV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG),

b) die gesondert berechenbaren Leistungen des Belegarztes², der Beleghebammen und Belegentbindungspfleger bei Unterbringung in der allgemeinen Pflegeklasse,

c) medizinisch notwendige Krankentransporte zum und vom nächsten geeigneten Krankenhaus (ausgenommen Fahrten in Privatfahrzeugen). Rücktransporte aus dem Ausland werden auf der Grundlage der im Bundesgesundheitsblatt veröffentlichten Richtlinien für die Durchführung von Ambulanzflügen erstattet.

Berechnet das Krankenhaus seine Leistungen nicht nach der Bundespflegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz, so gelten als Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen nach Buchstabe a) die Kosten für die Inanspruchnahme der kostengünstigsten Pflegeklasse (in der Regel ein Drei- oder Mehrbettzimmer) einschließlich ärztlicher Leistungen (ohne wahlärztliche Leistungen) und medizinisch notwendiger Nebenkosten sowie Heilmittel.

4 Beitragszahlung

Der gemäß § 8 MB/KK 2009 zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. aus dem jeweiligen Nachtrag zum Versicherungsschein bei späteren Vertragsänderungen.

5 Anpassung des Versicherungsschutzes

Im Falle einer Anpassung nach § 8b MB/KK 2009 prüft der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G., ob gleichzeitig die in den Ziffern 1 und 3 genannten EUR-Beträge und die festgelegten Selbstbeteiligungen anzupassen sind. Diese EUR-Beträge können unter den Voraussetzungen des § 18 MB/KK 2009 mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres den veränderten Verhältnissen angepasst werden.

6 Obliegenheit

Neben dem Tarif Classic darf für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskosten- oder Krankenhaustagegeldversicherung (Ausnahme: Auslandsreise-Krankenversicherung) beim Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. oder einem anderen privaten Krankenversicherer fortgeführt oder abgeschlossen werden. Besteht gleichwohl eine solche Versicherung, so erhebt der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. für die Dauer dieser Versicherung den in den Technischen Berechnungsgrundlagen dafür vorgesehenen Zuschlag von 25 % zum Beitrag des Tarifs Classic.

3.3 Zahnärztliche Behandlung

Erstattungsfähig **gemäß Ziffer 1.3a)** sind die Kosten für

- Zahnbehandlung: Füllungen, Zahnziehen, operative Behandlungen, Röntgenaufnahmen, Parodontosebehandlungen, Arzneien, Bestrahlungen, Kontrolluntersuchungen der Zähne,
- zahnärztliche prophylaktische Leistungen, jedoch nicht für professionelle Zahnreinigung.

Erstattungsfähig **gemäß Ziffer 1.3b)** sind die Kosten für

- Prothesen, Stützähne, Brücken, Inlays, Kronen (einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlung und chirurgischer Leistungen) und Reparaturen von Zahnersatz,
- Kieferorthopädie bei Kindern und Jugendlichen, sofern mit der Behandlung vor der Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurde.

Als Zahnersatz gelten auch funktionsanalytische, funktionstherapeutische und implantologische Leistungen.

Keramikverblendungen im hinteren Seitenzahnbereich (Zähne 7 und 8) sind nicht mitversichert.

Material- und Laborkosten bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung werden erstattet, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen (siehe Anlage) aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet sind.

Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie mit einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von über 3.500,- EUR oder wenn zahnärztliche Maßnahmen stationär durchgeführt werden sollen, ist dem Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan des behandelnden Arztes oder (Fach-)Zahnarztes mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorzulegen. Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. verpflichtet sich, diesen Heil- und Kostenplan unverzüglich zu prüfen und den Versicherungsnehmer über die Höhe des Leistungsanspruchs zu informieren. Bei Nichtvorlage des Heil- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn werden die über 3.500,- EUR hinausgehenden Aufwendungen bzw. sämtliche stationär durchgeführten zahnärztlichen Maßnahmen nur zur Hälfte der tariflichen Leistung erstattet. Die Gebühren für die Erstellung des Heil- und Kostenplans trägt der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. im Rahmen des abgeschlossenen Versicherungsschutzes.

² Belegärzte sind nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte, die Patienten unter Inanspruchnahme der Einrichtungen des Krankenhauses stationär behandeln. Wahlärztliche Leistungen, also gesondert berechenbare Behandlungen durch leitende Krankenhausärzte, sind dagegen nicht erstattungsfähig.

Wichtige Information zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif Classic

oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden

1 Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?

Bei ambulanter Behandlung

Z. B. Behandlung durch einen Heilpraktiker, ambulante psychotherapeutische Behandlung, Kur- und Sanatoriumsbehandlung, Sterilisation, Sport-, Sonnen- und Arbeitsbrillen, einige Schutzimpfungen (z. B. für Fernreisen), Nähr- und Stärkungsmittel (z. B. Vitamin- und Mineralstoffpräparate), Fahrtkosten zur ambulanten ärztlichen Behandlung sowie Hilfsmittel, die nicht ausdrücklich im Tarif genannt werden.

Bei stationärer Behandlung

Z. B. Schwangerschaftsunterbrechungen aus nicht medizinischen Gründen, Sterilisation, privatärztliche Behandlung, Unterbringungszuschläge für Ein- oder Zweibettzimmer, Krankenhausnebenkosten für Sonderservice wie Telefongespräche, Fernsehen oder Video, stationäre Kurmaßnahmen.

Bei zahnärztlicher Behandlung

Sachkosten bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung, die die Höchstpreise des gültigen Preis-/Leistungsverzeichnisses für zahntechnische Leistungen übersteigen, sowie Fahrtkosten zur zahnärztlichen Behandlung, rein kosmetische Leistungen, die über das medizinisch notwendige Maß hinausgehen, Amalgamaustausch ohne nachweisbare medizinische Notwendigkeit.

2 Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

Grundsätzliches

Erstattungsfähig sind ausschließlich medizinisch notwendige Leistungen (**nicht:** Verlangensleistungen und kosmetische Leistungen).

Ärztliche und zahnärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig.

Bitte verwenden Sie für die Einreichung von Rechnungen die dafür vorgesehenen Vordrucke. Wir können Ihre Leistungsansprüche dann schneller bearbeiten. Sie erhalten diese Vordrucke bei jeder Abrechnung. Sollte Ihnen kein Vordruck zur Verfügung stehen, achten Sie bitte auf folgende Angaben, ohne die eine Bearbeitung leider nicht möglich ist:

- Versicherungsnummer
- Originalbeleg der Rechnung
- Angabe der Diagnose auf allen Rechnungen und Bescheinigungen

Bei ambulanter Behandlung

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 der Arztrechnung einreichen.

Eine Kostenerstattung erfolgt auch bei noch nicht bezahlten Rechnungen.

Facharztrechnungen (nicht Gynäkologe, Kinder- und Augenarzt) reichen Sie bitte zusammen mit der Überweisung oder Rechnung des Allgemeinarztes ein.

Lassen Sie sich bei der Behandlung durch Not- oder Bereitschaftsärzte auf der Rechnung bestätigen, ob es sich um eine Behandlung im Rahmen eines Not- oder Bereitschaftsdienstes gehandelt hat.

Heil- und Hilfsmittel (z. B. physikalische Therapie, Prothesen) müssen vorher ärztlich verordnet werden. Für Sehhilfen ist eine vorherige augenärztliche Verordnung erforderlich.

Folgende Hilfsmittel (einschließlich Reparaturen) bedürfen ab einem Rechnungsbetrag von 950,- EUR einer vorherigen Leistungszusage: Hörgeräte, Körperersatzstücke und Prothesen (z. B. künstliche Augen, künstliche Gliedmaßen), Krankenfahrstühle.

Generell einer vorherigen Leistungszusage bedürfen Blutzuckermessgeräte, Sauerstoffgeräte und Sauerstoffkonzentratoren, Schlafapnoegeräte, Atmungs- und Herzüberwachungsmonitore, lebenserhaltende Hilfsmittel (z. B. Heimdialysegeräte, Beatmungsgeräte).

Bei stationärer Behandlung

Legen Sie im Krankenhaus Ihre RingCard für Privatversicherte vor. Wir können dann direkt mit dem Krankenhaus abrechnen und Sie brauchen in der Regel nicht in Vorleistung zu treten.

Eine vorherige Kostenzusage ist empfehlenswert, wenn Sie ein Krankenhaus wählen, das weit von Ihrem Wohnort entfernt oder im Ausland liegt.

Zahnärztliche Behandlung wird auch im Krankenhaus nach den tariflichen Bestimmungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie abgerechnet. Denken Sie bitte daran, in diesem Fall einen Heil- und Kostenplan erstellen zu lassen. Sie erfahren dann, welche Leistungen Sie aus Ihrem Versicherungsvertrag erwarten können. Weitere Informationen zum Heil- und Kostenplan können Sie auch den Ausführungen zur zahnärztlichen Behandlung entnehmen.

Bei zahnärztlicher Behandlung

Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie mit einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von über 3.500,- EUR reichen Sie bitte rechtzeitig vor Beginn der Maßnahmen den Heil- und Kostenplan des behandelnden Arztes oder (Fach-)Zahnarztes ein. Wir sagen Ihnen dann, welche Leistungen Sie aus Ihrem Versicherungsvertrag zu erwarten haben und wie hoch ggf. Ihr Eigenanteil ist.

Die Kosten für die Erstellung des Heil- und Kostenplans übernehmen wir im Rahmen des Tarifs.

Bei verspäteter Vorlage des Heil- und Kostenplans wird die Versicherungsleistung gekürzt.

Bei Behandlung im Ausland

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlungen in Europa. Zudem besteht ohne besondere Vereinbarung während des ersten Monats eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes auch Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland. Nach einer Versicherungsdauer von 12 Monaten gilt der Versicherungsschutz weltweit.

Wir empfehlen Ihnen, uns bereits vor einem längerfristigen Auslandsaufenthalt zu benachrichtigen und einen in Deutschland wohnenden Bevollmächtigten zur Entgegennahme von Versicherungsleistungen und Willenserklärungen zu benennen.

Trotz der prinzipiellen Auslandsdeckung legt dieser Tarif die Leistungserbringung im deutschen Gesundheitssystem zu Grunde und sieht mitunter Höchstgrenzen vor. Aufgrund unterschiedlich ausgestalteter Gesundheitssysteme in anderen Ländern ist es denkbar, dass bei Behandlungen außerhalb Deutschlands die Tarifleistungen allein zur Deckung aller Kosten nicht ausreichen.

Wir empfehlen Ihnen deshalb dringend, gleich bzw. rechtzeitig vor Antritt einer Auslandsreise beim Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. eine Auslandsreise-Krankenversicherung abzuschließen. Unsere Außendienstmitarbeiter/-partner beraten Sie gerne, welcher Tarif für Sie der zweckmäßigste ist. Sie können sich auch an eine unserer Geschäftsstellen oder an die Hauptverwaltung in Hamburg wenden.