

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Teil III

TARIF ET

VERSICHERUNGSSCHUTZ FÜR PRIVATPATIENTEN

KRANKHEITSKOSTENVERSICHERUNG

Dieser Tarif gilt nur in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, Teil I: Musterbedingungen (MB/KK 2009) und Teil II: Tarifbedingungen (in einem gesonderten Druckstück B 608).

1. Leistungsumfang

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für:

- ambulante Heilbehandlung (§ 4 Abs. 9 i. V. m. § 5 Abs. 8 AVB) zu 100%,
- stationäre Heilbehandlung (allgemeine Krankenhausleistungen § 4 Abs. 10 i. V. m. § 5 Abs. 8 AVB) zu 100%,
- zahnärztliche Heilbehandlung
 - a) Zahnbehandlung (§ 4 Abs. 11 a) i. V. m. § 5 Abs. 8 AVB) zu 100%,
 - b) Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung (§ 4 Abs. 11 b) i. V. m. § 5 Abs. 8 AVB) zu 60%.

Der Erstattungsbetrag wird

in den ersten beiden Versicherungsjahren	auf 800 EUR
und in den ersten vier Versicherungsjahren begrenzt.	auf 2.400 EUR

Ab dem fünften Versicherungsjahr ist der Erstattungsbetrag auf 4.000 EUR unter Anrechnung der Erstattungsbeträge für Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung der beiden vorangegangenen Versicherungsjahre begrenzt. Die Begrenzungen entfallen bei Zahnersatz für solche erstattungsfähigen Aufwendungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind.

Bei Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung mit einem voraussichtlichen Gesamtrechnungsbetrag von über 2.000 EUR empfehlen wir, uns vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan des Zahnarztes/Kieferorthopäden sowie einen Kostenvoranschlag über zahntechnische Laborarbeiten und Materialien vorzulegen. Wir prüfen den Heil- und Kostenplan und geben Ihnen über die zu erwartende Versicherungsleistung schriftlich Auskunft.

Die Selbstbeteiligung wird von den gesamten Erstattungsbeträgen für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung abgezogen. Sie gilt pro versicherte Person und Kalenderjahr, in dem die Behandlung erfolgte bzw. die Mittel bezogen wurden. Beginnt die Versicherung nach Tarif ET nicht am 1. Januar, ermäßigt sich die Selbstbeteiligung für das erste Versicherungsjahr um jeweils 1/12 für jeden Monat, in dem die Versicherung nicht bestand. Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, mindert sich die Selbstbeteiligung nicht.

Die Selbstbeteiligung beträgt nach

	Männer	Frauen	Kinder/Jugendliche
Tarifstufe 1	460 EUR	460 EUR	210 EUR
Tarifstufe 2	1.440 EUR	1.440 EUR	650 EUR

Nach Vollendung des 20. Lebensjahres gilt ab dem folgenden Kalenderjahr die Selbstbeteiligung für Männer bzw. Frauen.

2. Optionsrecht (gilt nicht für eine Umwandlung in Tarife des BestMed Tarifsystems)

- a) Zum Ende des dritten und zum Ende des fünften Versicherungsjahres ist eine Umstellung in leistungsstärkere Tarife (ausgenommen Tarife aus dem BestMed Tarifsystem) zu folgenden erleichterten Bedingungen möglich:
- Der Versicherer nimmt den Umstellungsantrag an.
 - Ein Leistungsausschluss wird nicht vereinbart.
 - Bei Umstellung zum Ende des dritten Versicherungsjahres wird auf eine erneute Gesundheitsprüfung und neue Risikozuschläge verzichtet.
 - Bei Umstellung zum Ende des fünften Versicherungsjahres wird, soweit ein erhöhtes Risiko vorliegt, der Risikozuschlag auf 100% des Mehrbeitrages für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes begrenzt.
- Diese erleichterten Bedingungen gelten unter folgenden Voraussetzungen:
- Für die versicherte Person darf beim Versicherer vor Abschluss des Tarifs ET keine andere Krankheitskostenvollversicherung bestanden haben.
 - Die versicherte Person muss die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit im aufnehmenden Tarif erfüllen.
 - Der Antrag auf Umwandlung des Versicherungsschutzes muss spätestens einen Monat vor dem gewählten Umwandlungszeitpunkt dem Versicherer vorliegen. Bei einer Umwandlung zum Ende des fünften Versicherungsjahres muss dabei der vom Versicherer vorgesehene Antragsvordruck benutzt werden und die dort gestellten Gesundheitsfragen müssen vollständig beantwortet sein.
- b) Das Optionsrecht gilt nicht für mitversicherte Personen, die nach den Bestimmungen für die Kindernachversicherung gemäß § 2 Abs. 2 und 3 MB/KK 2009 nach Tarif ET versichert wurden.
- c) Das Recht, jederzeit einen Umwandlungsantrag gemäß § 1 Abs. 6 MB/KK 2009 zu stellen, bleibt unberührt.

3. Serviceleistungen

Neben dem Ersatz von Aufwendungen für Krankheitskosten bieten wir Ihnen und allen versicherten Personen umfangreiche Serviceleistungen unseres Gesundheitstelefon, die Sie in Anspruch nehmen können.

Unsere Experten beraten Sie und geben Ihnen Informationen zu

- allgemeinen Gesundheitsfragen, Krankheiten, Arzneimitteln, Diagnose- und Behandlungsmethoden, Heil- und Hilfsmitteln, Vorsorgeprogrammen und Schutzimpfungen,
- zahnärztlichen Behandlungen und Heil- und Kostenplänen,
- geplanten Krankenhausaufenthalten (auch zu unseren Kooperationspartnern).

Wir nennen Ihnen

- Adressen und Telefonnummern von Behandlern und Kliniken.

Wir senden Ihnen

- Behandlungsleitlinien und Informationsmaterial für bestimmte Erkrankungen.

Außerdem bieten wir Ihnen

- Terminvereinbarungen mit Behandlern,
- die Vermittlung von Operationsplätzen und -terminen,
- zur Klärung schwieriger medizinischer Fragen die Einschaltung von Spezialisten, die Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung,
- individuelle "Patientenbegleitung" durch die Organisation einer optimalen medizinischen Fallsteuerung (auch über Ärztenetzwerke),
- bei Auslandsreisen
24-Stunden-Service mit Benennung von Ärzten, Dolmetschern, Krankenhäusern, ärztliche Betreuung, Kontaktaufnahme mit dem Hausarzt, Information von Angehörigen, Organisation von Such-, Rettungs- und Bergungsmaßnahmen, Organisation von Transporten/Verlegung zum nächst erreichbaren Arzt/Krankenhaus, Organisation von Auslandsrücktransporten, Organisation einer Beisetzung im Ausland bzw. Überführung an den Heimatwohnsitz.

Gerne geben wir bei Fragen ausführliche Auskunft:
Kundenservice Center 0800/3746 444 (gebührenfreie
Rufnummer)