

Tarif 103

Ambulanter Krankheitskostentarif mit summenmäßig bestimmter Selbstbeteiligung

Für Versicherungsverhältnisse nach diesem Tarif gelten die jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, bestehend aus Teil I Musterbedingungen (MB/KK) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK).

Leistungen des Versicherers:

I. Ambulante Heilbehandlung

Bei ambulanter Heilbehandlung einschließlich ärztlicher Vorsorgeuntersuchung werden die Aufwendungen für

- Arztbehandlungen
- Heilpraktikerbehandlungen
- Laboruntersuchungen, Röntgen- und Isotopendiagnostik
- Heilmittel
- Hebammenhilfe
- Ärztliche Wegegebühren
- Arznei- und Verbandmittel
- Röntgentherapie, Behandlung mit Radium und radioaktiven Isotopen
- Hilfsmittel
- Unfalltransporte

zu **100 %** erstattet.

II. Ambulante Kurbehandlung

Bei ambulanter Kurbehandlung werden die unter I. genannten Aufwendungen bis zu 40,- EUR täglich und bis zu einer Dauer von 28 Tagen erstattet.

Der Anspruch hierauf entsteht erstmals nach Ablauf von 24 Monaten. Wurden Leistungen erbracht, so entsteht ein neuer Anspruch im dritten darauffolgenden Kalenderjahr.

III. Zahnärztliche Behandlung

- Zahnbehandlung

Bei Zahnbehandlung werden die Aufwendungen für allgemeine, prophylaktische, konservierende und operative Leistungen, Arzneimittel, Röntgenleistungen, Behandlung von Mund- und Kiefererkrankungen sowie Parodontose-Behandlung

zu **100 %** erstattet.

- Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung

Aufwendungen für Zahnersatz, dazu gehören Zahnersatzreparaturen, Zahnkronen, Zahnbrücken und Implantate, sowie kieferorthopädische Maßnahmen werden

zu **50 %** erstattet.

Soweit innerhalb der ersten drei Kalenderjahre Aufwendungen für Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierungen anfallen, werden diese bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 3.000,- EUR berücksichtigt; diese Summenbegrenzung gilt nicht für durch Unfall verursachte Aufwendungen. Die erstattungsfähigen Kosten werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Behandlung erfolgt.

IV. Selbstbeteiligung

Die sich unter I. - III. ergebenden Auszahlungen werden um die Selbstbeteiligung gekürzt. Sie beträgt pro Person und Kalenderjahr bis Alter 20 Jahre 310,- EUR, ab Alter 21 Jahre 580,- EUR bei Frauen und 600,- EUR bei Männern.

Die erstattungsfähigen Kosten werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Behandlung erfolgt ist bzw. Arzneien und Hilfsmittel bezogen wurden.

Leistungen des Versicherungsnehmers:

Die monatlichen Beiträge ergeben sich aus der Beitragsübersicht.

Tarif 200

Krankenhauskostentarif

Für Versicherungsverhältnisse nach diesem Tarif gelten die jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, bestehend aus Teil I Musterbedingungen (MB/KK) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK).

Leistungen des Versicherers:

I. Krankenhausbehandlung

a) Bei stationärer Behandlung im Ein- oder Zweibettzimmer werden die Aufwendungen für

- Unterbringung und Verpflegung
- Arztbehandlungen einschließlich Visiten
- Operationen und Operationsnebenkosten
- Laboruntersuchungen, Röntgen- und Isotopendiagnostik
- Röntgentherapie, Behandlung mit Radium und radioaktiven Isotopen
- Hebammenhilfe, Nachtwachen
- Anwendung der Herz-Lungen-Maschine, der künstlichen Niere, des Herzschrittmachers, des Sauerstoffzeltes sowie der Eisernen Lunge
- Arznei- und Verbandmittel
- Heilmittel
- Notwendiger Transport zum und vom Krankenhaus jeweils bis zu 100 km
- Unterbringung und Verpflegung des gesunden Säuglings
(bei Nachmeldung gemäß § 2 Abs. 2 MB/KK)

zu **100 %** erstattet.

Werden keine gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen in Anspruch genommen, so erhält der Versicherte für jeden Behandlungstag ein Krankenhaustagegeld von 36,- EUR.

b) Bei stationärer Behandlung im Mehrbettzimmer (Zimmer mit mehr als zwei Betten) werden die vorgenannten Aufwendungen ebenfalls zu 100 % erstattet.

Wird keine gesondert berechenbare Unterkunft in Anspruch genommen, so erhält der Versicherte für jeden Behandlungstag ein Krankenhaustagegeld von 24,- EUR.

Werden weder gesondert berechenbare Unterkunft noch gesondert berechenbare ärztliche Leistungen in Anspruch genommen, wird für jeden Behandlungstag ein Krankenhaustagegeld von 60,- EUR gezahlt.

c) Anstelle sämtlicher vorstehender Leistungen gemäß a) und b) kann auch für jeden Behandlungstag ein Krankenhaustagegeld von 130,- EUR verlangt werden. Diese Regelung gilt nicht für Personen im Alter von 0 - 15 Jahren.

II. Sanatoriumsbehandlung

Bei stationärer Sanatoriumsbehandlung werden die unter I. genannten Aufwendungen bis zu 40,- EUR täglich und bis zu einer Dauer von 28 Tagen

zu **100 %** erstattet.

Der Anspruch hierauf entsteht erstmals nach Ablauf von 24 Monaten. Wurden Leistungen erbracht, so entsteht ein neuer Anspruch im dritten darauffolgenden Kalenderjahr.

Leistungen des Versicherungsnehmers:

Die monatlichen Beiträge ergeben sich aus der Beitragsübersicht.

Tarife 192, 193, 194 Zusatztarife für Zahnersatz

Für Versicherungsverhältnisse nach diesen Tarifen gelten die jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, bestehend aus Teil I Musterbedingungen (MB/KK) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK).

- I. Die Zahnersatztarife 192, 193 und 194 können als Zusatztarife zu folgenden Tarifen abgeschlossen werden und enden auch gleichzeitig mit diesen:
 - a) Tarif 192 zu Tarifen 100 - 121, AS10, 150 - 175, BA1 - BA9, 400 – 480, PSKV.
 - b) Tarif 193 zu Tarifen 100 - 121, AS10, 150, 155, BA1 - BA7, 400 – 480, PSKV.
 - c) Tarif 194 zu Tarifen 100 - 121, AS10, 400 – 480, PSKV.
 - d) Für Personen, die Anspruch auf Beihilfe im Sinne der Beihilfevorschriften des Bundes haben, kann der Tarif 192 auch zu Tarif 180, der Tarif 193 auch zu Tarif 170 und der Tarif 194 auch zu Tarif 150 abgeschlossen werden.
- II. Die Zahnersatztarife 192, 193 und 194 können als Zusatztarife zu einer gesetzlichen Krankenversicherung abgeschlossen werden und enden auch gleichzeitig mit dieser.

Leistungen des Versicherers:

Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung

Aufwendungen für Zahnersatz, dazu gehören Zahnersatzreparaturen, Zahnkronen, Zahnbrücken und Implantate, nicht jedoch Inlays (Einlagefüllungen), sowie kieferorthopädische Maßnahmen werden

**im Tarif 192 zu 20 %,
im Tarif 193 zu 30 %,
im Tarif 194 zu 40 %**

erstattet, soweit diese Aufwendungen innerhalb eines Versicherungsjahres nicht mehr als 15.000,- EUR betragen.

Soweit innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre Aufwendungen für Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierungen anfallen, werden diese bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 3.000,- EUR berücksichtigt.

Die Summenbegrenzungen von 15.000,- EUR bzw. 3.000,- EUR gelten nicht für durch Unfall verursachte Aufwendungen.

Die erstattungsfähigen Kosten werden dem Versicherungsjahr zugerechnet, in dem die Behandlung erfolgt.

Den in einer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versicherten Personen werden nur die über die GKV-Leistungen hinausgehenden Kosten erstattet.

Leistungen des Versicherungsnehmers:

Die monatlichen Beiträge ergeben sich aus der Beitragsübersicht.