

Tarifübersicht

KRANKENVERSICHERUNG

Maßgebend für alle Leistungen sind neben den nachfolgend aufgeführten Tarifen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) Teil I (Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung – Tarife 31-39: MB/KT 94; Tarife 68 und 69: MB/EPV 94; Tarife PVN und PVB: MB/PPV 1996; alle restlichen Tarife: MB/KK 94) und die jeweiligen Tarifbedingungen (AVB Teil II).

Tarif 11: Krankenhaustagegeld-Versicherung

Leistungen

Das Krankenhaustagegeld wird in Höhe des vereinbarten Tagessatzes für jeden Tag einer vollstationären Heilbehandlung gezahlt. Der Tagessatz kann ein Vielfaches von 1 Euro betragen.

Tarife 181-183: Ambulante Heilbehandlung-Zusatzversicherung

1. Allgemeines

Versicherungsfähig nach diesen Tarifen sind Personen, die Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (GKV) haben.

2. Leistungen

Es werden bei Behandlung als Privatpatient die nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland verbleibenden Kosten für ambulante Heilbehandlung – ausgenommen Aufwendungen für Hilfsmittel, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie sowie im Tarif 183 Aufwendungen für Behandlungen durch Heilpraktiker – mit 100% erstattet.

Hat der Versicherte in der GKV einen Selbstbehalt zur Beitragsreduzierung vereinbart, zählt dieser gleichfalls als Leistung der GKV. Sofern keine Vorleistung durch die GKV erfolgt, werden die nachgewiesenen Kosten nach folgenden Sätzen erstattet:

Tarif	181	182	183
Erstattungsprozentsatz	30	60	0

Sofern Anspruch auf Leistungen aus der GKV besteht, sind Originalrechnungen oder Duplikate mit einer Bestätigung der GKV über die gewährten Leistungen einzureichen. Die Leistungen der GKV sind jeweils zuerst in Anspruch zu nehmen.

3. Selbstbehalt

Der Selbstbehalt gilt pro Person und Kalenderjahr gemäß folgender Tabelle:

Tarif	181	182	183
Selbstbehalt €	0	75	150

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem sie angefallen sind, d. h. in dem z. B. die Heilbehandlung erfolgte bzw. die Arznei-, Verband- und Heilmittel bezogen wurden. Beginnt die Versicherung nicht zum 1. Januar, so ermäßigt sich der Selbstbehalt im ersten Kalenderjahr jeweils um ein Zwölftel für jeden nicht versicherten Monat des Kalenderjahres. Der Selbstbehalt fällt bei allen tariflichen Leistungen an.

Tarife 184, 185: Zahn-Zusatzversicherung

1. Allgemeines

Versicherungsfähig nach diesen Tarifen sind Personen, die Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (GKV) haben.

Eine Versicherung nach Tarif 184 oder 185 ist nur möglich, wenn gleichzeitig einer der Tarife 181, 182 oder 183 abgeschlossen wird oder bereits besteht. Für die zu versichernde Person darf keine andere private Versicherung mit Zahnleistungen bestehen.

2. Leistungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für medizinisch notwendige zahnärztliche Behandlungen (Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie) gemäß §4 Teil II (4) der AVB. Alle Behandlungen müssen von Behandlern mit Kassenzulassung durchgeführt werden.

Sofern Anspruch auf Leistungen der GKV besteht, sind Originalrechnungen oder Duplikate mit einer Bestätigung der GKV über die gewährten Leistungen einzureichen. Die Leistungen der GKV sind jeweils zuerst in Anspruch zu nehmen.

a) Tarifliche Leistung

Die Höhe der tariflichen Leistungen hängt von der Höhe der Leistungen der GKV ab. Die tariflichen Leistungen ergeben zusammen mit der Leistung der GKV eine Gesamtleistung (Tarif 184/185 + GKV) in Prozent der erstattungsfähigen Rechnungsbeträge gemäß nachfolgender Tabelle. Besteht kein Anspruch auf Leistungen der GKV, wird somit diese Gesamtleistung in vollem Umfang aus den Tarifen 184/185 erbracht. Hat der Versicherte in der GKV einen Selbstbehalt zur Beitragsreduzierung vereinbart, zählt dieser gleichfalls als Leistung der GKV; dies gilt ebenso für den in der GKV vorgesehenen Eigenanteil des Versicherten für kieferorthopädische Behandlungen in Höhe von 20 bzw. 10 Prozent, der bis zum Abschluss der Behandlung vom Versicherten vorzustrecken ist.

Gesamtleistung (inkl. GKV)		Leistungsbereiche
Tarif 184	Tarif 185	
70 %	100 %	Zahnbehandlung
70 %	70 %	Zahnersatz, Inlay, Kieferorthopädie

Kieferorthopädie

Im Fall einer medizinisch notwendigen kieferorthopädischen Behandlung bei Kindern und Jugendlichen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ist die Vorlage der Einstufung in eine Kieferorthopädische Indikationsgruppe (KIG 1 bis 5) Voraussetzung für die tarifliche Leistung.

Empfehlung

Bei umfangreichen Behandlungen wird die Vorlage eines Heil- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn empfohlen. Im Fall einer kieferorthopädischen Behandlung bei Kindern und Jugendlichen zählt hierzu auch die KIG-Einstufung durch den Behandler. Der Versicherer prüft die Unterlagen unverzüglich und gibt über die zu erwartende Versicherungsleistung schriftlich Auskunft.

b) Summenmäßige Begrenzungen

Die maximale tarifliche Leistung ist begrenzt auf

Tarif	184	185
im 1. Jahr	400 €	500 €
im 2. Jahr	800 €	1.000 €
ab dem 3. Jahr unbegrenzt,		

jeweils ab Versicherungsbeginn nach einem der Tarife 184/185 gerechnet. Die Begrenzungen entfallen, wenn die erstattungsfähigen Aufwendungen nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

3. Anpassung des Versicherungsschutzes

Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen von § 18 Teil I (1) der AVB berechtigt, auch tariflich vorgesehene Höchstbeträge mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders den veränderten Verhältnissen anzupassen. Diese Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.