

**K R A N K E N V E R S I C H E R U N G**



**M A C H T S T A R K .**

# **Tarifübersicht mit Tarifbeschreibung**

**(Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen)**



# Inhaltsverzeichnis

## KRANKENVERSICHERUNG

### Krankenhaustagegeld-Versicherung

Tarif 11 .....	4
----------------	---

### Zusatzversicherung für GKV-Versicherte

Tarif 181-183	Ambulante Heilbehandlung-Zusatzversicherung .....	4
Tarif 184, 185	Zahn-Zusatzversicherung .....	5

### Einsteigertarif

Tarif E900	mit ambulanten, stationären und zahnärztlichen Leistungen und Selbstbeteiligung .....	6-12
------------	---	------

### Ambulante Heilbehandlung

Tarif 200-209	mit Selbstbeteiligungen pro Kalenderjahr .....	13
Tarif 210-219	mit prozentualer Erstattung .....	13
Tarif 21P70-21P90	mit prozentualer gedeckelter Selbstbeteiligung .....	13

### Stationäre Heilbehandlung im Einbettzimmer

Tarif 220-229	mit prozentualer Erstattung .....	14
---------------	-----------------------------------	----

### Stationäre Heilbehandlung in der Allgemeinen Pflegeklasse

Tarif 230-239	mit prozentualer Erstattung .....	14
---------------	-----------------------------------	----

### Stationäre Heilbehandlung im Zweibettzimmer

Tarif 240-249	mit prozentualer Erstattung .....	15
---------------	-----------------------------------	----

### Krankenhauskosten-Zusatzversicherung

Tarif 261	im Einbettzimmer .....	15-16
Tarif 262	im Zweibettzimmer .....	15-16

### Ergänzungstarif für Beihilfeberechtigte

Tarif 27 .....	16-17
----------------	-------

### Ergänzungstarife für GKV-Versicherte

Tarif 281 .....	17-18	
Tarif 282 .....	17-18	
Tarif 283	Zahn-Ergänzungstarif .....	18
Tarif Z100, Z70	Zahn-Ergänzungstarif .....	19-20
Tarif 482 .....	20-22	

### Krankentagegeld-Versicherungen

Tarif 31-39 .....	22
-------------------	----

### Zahnkosten-Versicherung

Tarif 520-529	mit prozentualer Erstattung und summenmäßiger Leistungsbegrenzung in den ersten zwei Jahren .....	22
Tarif 540-549	mit prozentualer Erstattung und summenmäßiger Leistungsbegrenzung in den ersten neun Jahren .....	23

### Pflege-Zusatztarife

Tarif 68	Pflegekosten-Versicherung .....	23-24
Tarif 69	Pflegetagegeld-Versicherung .....	24

### Pflege-Pflichtversicherung

Tarif PVN, PVB	die Leistungen entsprechen denen der sozialen Pflegeversicherung .....	24
----------------	--	----

# 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.

## Tarif E900: Einsteigertarif

### 1. Allgemeines und Selbstbehalt

Neben dem Tarif E900 darf bei einer anderen privaten bzw. gesetzlichen Krankenversicherung keine weitere Krankheitskostenversicherung bestehen. Wird diese Obliegenheit verletzt, so ist der Versicherer nach Maßgabe des § 6 Abs. 1 VVG von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn er von seinem Kündigungsrecht innerhalb von einem Monat nach Kenntnis Gebrauch macht.

Die unter Punkt 3. empfohlene Auslandsreisekranken-Versicherung ist von dieser Regelung nicht berührt.

Der Selbstbehalt beträgt pro Person und Kalenderjahr für versicherte Personen, die im betroffenen Kalenderjahr das 21. Lebensjahr vollenden oder bereits vollendet haben, 900 und für alle übrigen versicherten Personen 450 Euro.

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- und Verband-, Heil- und Hilfsmittel 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.

### 2. Erstattung bei ambulanter Heilbehandlung

#### a) Behandlung durch Ärzte

Erstattungsfähig sind Rechnungen für ärztliche Leistungen maximal bis zu den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Die Erstattung erfolgt zu 100 %, wenn die Behandlung durch einen der folgenden Ärzte (Primärärzte) nachgewiesen wird

- Hausarzt (Arzt für Allgemeinmedizin/praktischer Arzt)
- Facharzt für Kinderheilkunde
- Facharzt für Gynäkologie
- Facharzt für Augenheilkunde
- Not- oder Bereitschaftsarzt

Bei Rechnungen von Not- oder Bereitschaftsärzten muss ersichtlich sein, dass die Behandlung im Rahmen eines Not- oder Bereitschaftsdienstes erfolgte.

Der Hausarzt ist dem Versicherer bei der ersten Inanspruchnahme von Leistungen zu benennen. Auch ein Wechsel des Hausarztes ist anzuzeigen.

Aufwendungen für Heilbehandlungen durch oben nicht aufgeführte Ärzte sind gleichfalls zu 100 % erstattungsfähig, wenn der Hausarzt oder ein Facharzt für Kinderheilkunde die Weiterbehandlung veranlasst und dies formlos bestätigt. Diese Bestätigung ist dem Erstattungs-

antrag beizufügen.

Sind die vorherig aufgeführten Bedingungen nicht erfüllt, werden nur 80 % der erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzt.

#### b) Behandlung durch Heilpraktiker

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die Heilbehandlung durch Heilpraktiker bis zum Mindestsatz der jeweils gültigen Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebüH) sowie für die von ihm verordneten Arznei-, Heil- und Verbandmittel und in Auftrag gegebene Laboruntersuchungen.

Die erstattungsfähigen Höchstbeträge für Aufwendungen bei Heilmitteln sind dem Heilmittelverzeichnis des Tarifs E900 zu entnehmen.

Die Erstattung aller Aufwendungen gemäß 2 b) dieser Tarifbeschreibung erfolgt zu 80 % und ist insgesamt auf 500 Euro je Kalenderjahr begrenzt.

#### c) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel (ohne Sehhilfen)

Die Leistung erfolgt für erstattungsfähige Aufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.500 Euro je Kalenderjahr zu 80 %, für den 2.500 Euro übersteigenden Teil zu 100 %.

Als Arzneimittel im Sinne des Tarifs gelten nur verschreibungspflichtige Medikamente.

Die erstattungsfähigen Höchstbeträge für Aufwendungen bei Heilmitteln sind dem Heilmittelverzeichnis des Tarifs E900 zu entnehmen.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Hilfsmittel sind auf funktionale Standardausführungen begrenzt. Daher wird empfohlen, bei Hilfsmitteln ab einem zu erwartenden Rechnungsbetrag von 500 Euro die schriftliche Erstattungszusage des Versicherers einzuholen.

#### d) Sehhilfen

Die Erstattung der Aufwendungen für Sehhilfen (Brillengläser, Brillenfassungen, Kontaktlinsen) erfolgt zu 100 % bis maximal 150 Euro. Ein erneuter Anspruch entsteht frühestens nach Ablauf von 36 Monaten.

#### e) Ambulante Psychotherapie

Die Erstattung der Aufwendungen für ambulante Psychotherapie erfolgt zu 80 %. Vor Beginn der Behandlung ist – mit Ausnahme von bis zu fünf probatorischen Sitzungen – eine schriftliche Zusage des Versicherers einzuholen. Andernfalls besteht kein Leistungsanspruch. Im Übrigen bleiben die Regelungen des § 4 Teil II (2) 8. der AVB unberührt.

### 3. Erstattung bei stationärer Heilbehandlung

Die Aufwendungen für stationäre Heilbehandlung in der Allgemeinen Pflegeklasse und für Transportkosten gemäß § 4 Teil II (3) 6. und § 4 Teil II (3) 10. der AVB werden zu 100 % erstattet.

Als Aufwendungen für die Allgemeine Pflegeklasse gelten

- in Krankenhäusern, die nach der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, Pflegesätze, Sonderentgelte und Fallpauschalen
- in Krankenhäusern, die nicht nach der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, die Aufwendungen für einen Aufenthalt in der kostengünstigsten Zimmerkategorie einschließlich ärztlicher Leistungen (ohne privatärztliche Leistungen) und Nebenkosten

Die Aufwendungen für Belegärzte, Beleghebammen und Belegentbindungspfleger werden maximal bis zum Höchstsatz der jeweiligen Gebührenordnung erstattet.

Belegärzte sind niedergelassene, nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte, die Patienten unter Inanspruchnahme der Einrichtungen im Krankenhaus stationär behandeln.

Nicht Gegenstand dieses Tarifs ist die Erstattung von Aufwendungen für Wahlleistungen bei Unterkunft und/oder privatärztliche Behandlung durch Krankenhausärzte.

Zahnärztliche Leistungen bei stationärem Aufenthalt sind gemäß Punkt 4 dieser Tarifbeschreibung erstattungsfähig.

Die Aufwendungen für stationäre Heilbehandlung im Ausland werden maximal in der Höhe ersetzt, die bei einer Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland in der Allgemeinen Pflegeklasse angefallen wären.

Es wird der zusätzliche Abschluss einer Auslandsreisekranken-Versicherung empfohlen.

### 4. Erstattung bei zahnärztlicher Heilbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie

Erstattungsfähig sind Rechnungen maximal bis zu den Höchstsätzen der jeweils gültigen ärztlichen Gebührenordnungen (GOÄ/GOZ).

#### a) Erstattungsprozentsätze

Die Erstattungsprozentsätze betragen

- 100 % für Zahnbehandlung
- 65 % für Zahnersatz, Inlays und Onlays sowie Kieferorthopädie

Gemäß § 4 Teil II (4) 2. der AVB gelten als Zahnersatz u. a. Kronen, Teleskopkronen und Implantate.

#### b) Implantate und Teleskopkronen

Aufwendungen für Implantologie sind nur dann erstattungsfähig, wenn keine andere ausreichende und zweckmäßige Behandlungsform besteht und dies unter Vorlage eines Heil- und Kostenplans mit aktuellen Röntgenaufnahmen vor Behandlungsbeginn nachgewiesen wird. Im Übrigen gelten die Regelungen zum Heil- und Kostenplan unter dem Punkt 4 e) dieser Tarifbeschreibung.

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für maximal vier Implantate oder Teleskopkronen je Kiefer, einschließlich bereits bestehender Implantate oder Teleskopkronen.

#### c) Kieferorthopädie

Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlungen sind nur dann erstattungsfähig, wenn die Behandlung vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurde.

#### d) Material- und Laborkosten

Die erstattungsfähigen Höchstbeträge für Material- und Laborkosten sind dem Preis- und Leistungsverzeichnis des Tarifs E900 zu entnehmen.

#### e) Heil- und Kostenplan

Vor Beginn der Behandlung ist dem Versicherer ein Heil- und Kostenplan mit vollständiger Befundangabe und detaillierter Aufstellung der Material- und Laborkosten des zahntechnischen Labors vorzulegen, falls die voraussichtlichen Gesamtkosten für Zahnersatz, Kronen, Inlays und Onlays 2.000 Euro übersteigen.

Sind implantologische Maßnahmen, Versorgung mit Teleskopkronen oder eine kieferorthopädische Behandlung geplant, so ist stets ein Heil- und Kostenplan mit zuvor beschriebenen Inhalten einzureichen.

Der Versicherer prüft den Heil- und Kostenplan unverzüglich und gibt über die zu erwartende Versicherungsleistung schriftlich Auskunft.

Wird vor Erhalt dieser Auskunft mit der Behandlung begonnen oder wird kein Heil- und Kostenplan vorgelegt, werden

- bei Zahnersatz, Kronen, Inlays und Onlays die 2.000 Euro übersteigenden erstattungsfähigen Aufwendungen
- bei Implantologie, Teleskopkronen oder kieferorthopädischer Behandlung alle erstattungsfähigen Aufwendungen

anstatt zu 65 % nur zu 32,5 % erstattet.

# Tarifübersicht

## KRANKENVERSICHERUNG

### f) Summenmäßige Begrenzungen

Die maximale Erstattung ist begrenzt auf

- 1.000 Euro im 1. Jahr
- 2.000 Euro im 2. Jahr
- 3.000 Euro im 3. Jahr
- 4.000 Euro im 4. Jahr
- 5.000 Euro im 5. Jahr
- 5.000 Euro im 6. und in jedem weiteren Jahr,

jeweils ab Versicherungsbeginn gerechnet. Nur bei Versicherungsbeginn zum 1.1. sind obige Zeiträume (von 12 Monaten) mit Kalenderjahren identisch.

Die Begrenzungen entfallen, wenn die erstattungsfähigen Aufwendungen nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

### 5. Option auf Umstellung des Versicherungsschutzes

Zu Beginn (1.1.) des 6. Versicherungsjahres\* haben die Versicherten das Recht auf Umstellung ihres Versicherungsschutzes in höherwertige Kostentarife des Versicherers ohne Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten, sofern die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind

- die Versicherung nach Tarif E900 hat ununterbrochen fünf Versicherungsjahre\* bestanden, wobei die Zeiten einer Anwartschaftsversicherung bzw. Ruhensvereinbarung die Versicherung nach Tarif E900 nicht unterbrechen
- die Versicherungsfähigkeit ist in den gewünschten Tarifen gegeben
- vor Abschluss von Tarif E900 hat für die versicherte Person keine andere Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer bestanden
- die versicherte Person hatte im Jahr des Abschlusses von Tarif E900 bereits ihr 21. Lebensjahr vollendet. Für jüngere Personen (Kinder und Jugendliche bei Abschluss des Tarifs E900) besteht die Möglichkeit zur Umstellung nur gleichzeitig mit der Ausübung der Option mindestens eines Elternteils. Die zuvor dargestellten Fristen gelten insofern für Kinder und Jugendliche nicht.
- der Antrag auf Umstellung muss vor Beginn des 6. Versicherungsjahres\* schriftlich beim Versicherer vorliegen.

Das Umstellungsrecht gemäß § 1 Teil I (5) der AVB mit Gesundheitsprüfung auf die Mehrleistung bleibt unberührt.

\* Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Das zweite und jedes weitere Versicherungsjahr fällt mit dem Kalenderjahr zusammen.

### 6. Einschränkung des Leistungsumfanges gemäß Teil I und II der AVB

Nicht erstattungsfähig nach Tarif E900 sind Aufwendungen für

- über gesetzlich eingeführte Programme hinausgehende Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen als Prophylaxe für Auslandsreisen gemäß § 1 Teil II (1) der AVB
- ambulante und stationäre Kuren gemäß § 4 Teil II (2) 9. und § 4 Teil II (3) 8. der AVB
- Behandlungen (einschließlich Arzneien) bei unerfülltem Kinderwunsch und Maßnahmen der künstlichen Befruchtung
- Behandlungen (einschließlich Arzneien und Hilfsmittel) zur Erlangung und Stärkung der Potenz
- brechkraftverändernde Augenoperationen

### 7. Anpassung des Versicherungsschutzes

Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen des § 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.

### Heilmittelverzeichnis des Tarifs E900

Leistung	Erstattungsfähiger Höchstbetrag €
<b>I. Inhalationen</b>	
1 Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - als Einzelinhalation	6,70
2 a) Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer	3,60
b) Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - als Rauminhalation in einer Gruppe - jedoch bei Anwendung ortsgebundener Heilwässer, je Teilnehmer	5,70
3 a) Radon-Inhalation im Stollen	11,30
b) Radon-Inhalation mittels Hauben	13,80

Leistung	Erstattungsfähiger Höchstbetrag €
<b>II. Krankengymnastik, Bewegungsübungen</b>	
4 Krankengymnastische Behandlung (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung - einschl. der erforderlichen Massage	19,50
5 Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	23,10
6 Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder frühkindlich erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30
7 Krankengymnastik in einer Gruppe (2-8 Pers.) - auch orthopädisches Turnen - je Teilnehmer	6,20
8 Krankengymnastik in einer Gruppe bei zerebralen Dysfunktionen (2-4 Pers.), Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten je Teilnehmer	10,80
9 a) Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (2-5 Pers.) bei Behandlung von Mukoviszidose als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30
b) Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (2-5 Pers.) bei Behandlung schwerer Bronchialerkrankungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten je Teilnehmer	10,80
10 Bewegungsübungen	7,70
11 a) Krankengymnastische Behandlung/ Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung - einschl. der erforderlichen Nachruhe	23,60
b) Krankengymnastik/ Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Pers.) je Teilnehmer einschl. der erforderlichen Nachruhe	11,80
12 Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	22,50
13 Chirogymnastik - einschl. der erforderlichen Nachruhe	14,40
14 Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP) Mindestbehandlungsdauer 120 Minuten je Behandlungstag	81,90
15 entfällt	
16 Extensionsbehandlung (z.B. Glissonschiene)	5,20
17 Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (z.B. Schrägbett, Extensionstisch, Perlsches Gerät, Schlingentisch)	6,70

Leistung	Erstattungsfähiger Höchstbetrag €
<b>III. Massagen</b>	
18 Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment-, Perlost-, Bürsten- und Colonmassage)	13,80
19 Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder	
a) Großbehandlung mind. 30 Minuten	19,50
b) Ganzbehandlung mind. 45 Minuten	29,20
c) Kompressionsbandagierung einer Extremität	8,70
20 Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wanneninhalt von mind. 600 l und einer Aggregatleistung von mind. 200 l/m sowie mit Druck- und Temperaturreguleinrichtung einschl. der erforderlichen Nachruhe	23,10
<b>IV. Packungen, Hydrotherapie, Bäder</b>	
21 Heiße Rolle - einschl. der erforderlichen Nachruhe	10,30
22 a) Wärmepackung eines oder mehrerer Körperteile einschl. der erforderlichen Nachruhe	
■ bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien (z.B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	11,80
■ bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Pelode (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid Teilpackung	20,50
Großpackung	28,20
b) Schwitzpackung (z.B. spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertelpackung nach Kneipp) einschl. der erforderlichen Nachruhe	14,90
c) Kaltpackung (Teilpackung)	
■ Anwendung von Lehm, Quark o. ä.	7,70
■ Anwendung einmal verwendbarer Pelode (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	15,40
d) Heublumensack, Peloidkomresse	9,20
e) Wickel, Auflagen, Kompressen u. a., auch mit Zusatz	4,60
f) Trockenpackung	3,10
23 a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	3,10
b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	4,60
c) Abklatzung, Abreibung, Abwaschung	4,10
24 a) An- oder absteigendes Teilbad (z.B. Hauffe) einschl. der erforderlichen Nachruhe	12,30
b) An- oder absteigendes Vollbad (z.B. Überwärmungsbad) einschl. der erforderlichen Nachruhe	20,00

# Tarifübersicht

## KRANKENVERSICHERUNG

Leistung	Erstattungsfähiger Höchstbetrag €
25 a) Wechsel-Teilbad einschl. der erforderlichen Nachruhe	9,20
b) Wechsel-Vollbad einschl. der erforderlichen Nachruhe	13,30
26 Bürstenmassagebad einschl. der erforderlichen Nachruhe	19,00
27 a) Naturmoor-Halbbad einschl. der erforderlichen Nachruhe	32,80
b) Naturmoor-Vollbad einschl. der erforderlichen Nachruhe	39,90
28 Sandbäder einschl. der erforderlichen Nachruhe	
a) Teilbad	28,70
b) Vollbad	32,80
29 Sole-Photo-Therapie Behandlung großflächiger Hauterkrankungen mit Balneo-Phototherapie (Einzelbad in Sole kombiniert mit UVA/UVB-Bestrahlung einschl. Nachfetten) und Licht-Öl-Bad einschl. der erforderlichen Nachruhe	32,80
30 Medizinische Bäder mit Zusätzen	
a) Teilbad (Hand-, Fußbad) mit Zusatz z.B. vegetabilische Extrakte, ätherische Öle, spezielle Emulsionen, mineralische huminsäurehaltige und salizylsäurehaltige Zusätze	6,70
b) Sitzbad mit Zusatz einschl. der erforderlichen Nachruhe	13,30
c) Vollbad, Halbbad mit Zusatz einschl. der erforderlichen Nachruhe	18,50
d) weitere Zusätze, je Zusatz	3,10
31 Gashaltige Bäder	
a) Gashaltiges Bad (z.B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) einschl. der erforderlichen Nachruhe	19,50
b) Gashaltiges Bad mit Zusatz einschl. der erforderlichen Nachruhe	22,50
c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) einschl. der erforderlichen Nachruhe	21,00
d) Radon-Bad einschl. der erforderlichen Nachruhe	18,50
e) Radon-Zusatz, je 500.000 Millistat	3,10
<p>Aufwendungen für andere als die in diesem Abschnitt sowie in § 6 Abs. 1 Nr. 3 bezeichneten Bäder sind nicht beihilfefähig. Bei Teil-, Sitz- und Vollbäder mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die jeweiligen unter den Nummern 30 a) bis c) und 31 b) angegebenen beihilfefähigen Höchstbeträge um bis zu 3,07 Euro. Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nummer 30 d) beihilfefähig.</p>	

Leistung	Erstattungsfähiger Höchstbetrag €
<b>V. Kälte- und Wärmebehandlung</b>	
32 a) Eisanwendung, Kältebehandlung (z.B. Kompresse, Eisbeutel, direkte Abreibung)	9,80
b) Eisanwendung, Kältebehandlung (z.B. Kaltgas, Kaltluft)	6,70
33 Eisteilbad	9,80
34 Heißluftbehandlung oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler - auch Infrarot) eines oder mehrerer Körperteile	5,70
<b>VI. Elektrotherapie</b>	
35 Ultraschallbehandlung - auch Phonophorese	6,20
36 Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen)	6,20
37 Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (z.B. Reizstrom, diadynamischer Strom, Interferenzstrom, Galvanisation)	6,20
38 Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik, bei spastischen oder schlaffen Lähmungen	11,80
39 Iontophorese	6,20
40 Zwei- oder Vierzellenbad	11,30
41 Hydroelektrisches Vollbad (z.B. Stangerbad) auch mit Zusatz, einschl. der erforderlichen Nachruhe	22,00
<b>VII. Lichttherapie</b>	
42 Behandlung mit Ultraviolettlicht	
a) als Einzelbehandlung	3,10
b) in einer Gruppe, je Teilnehmer	2,60
43 a) Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht	3,10
b) Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	5,20
44 Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	6,20
45 Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	8,70

## Preis- und Leistungsverzeichnis des Tarifs E900 für zahntechnische Leistungen

Bezeichnung	Erstattungsfähiger Höchstbetrag €
Modell	5,73
Doublieren	15,62
Platzhalter einfügen	15,62
Verwendung von Kunststoff	15,62
Galvanisieren	15,62
Set-up	8,28
Stumpfmodell/Sägmodell	9,06
Stumpfmodell/Einzelstumpfmodell	9,06
Stumpfmodell/Modell nach Überabdruck	9,06
Stumpfmodell/Set-up-Modell	9,06
Stumpfmodell/Fräsmo- dell	9,06
Zahnkranz	4,68
Zahnkranz sockeln	5,34
Modellpaar trimmen	7,95
Fixator	7,55
Mittelwertartikulator	8,13
Modellpaar sockeln	20,35
Übertragungskappe	28,82
Provisorische Krone oder Brückenglied	28,82
Formteil	18,95
Vollkrone Metall	69,25
Krone/Keramikverblendung	69,25
Wurzelstiftkappe	62,03
Teilkrone	69,99
Flügel für Adhäsivbrücke, je Flügel	69,99
Krone/Kunststoffverblendung	69,99
Vorbereiten Krone für Halte-/Stützvorrichtung	13,56
Krone einarbeiten in Halte-/Stützvorrichtung	13,56
Stiftaufbau in Krone einarbeiten	13,56
Modellation für Stiftaufbau gießen	20,34
Stiftaufbau	46,67
Brückenglied	50,41
Gussinlay, 1 flächig	57,96
Gussinlay, 2 flächig	62,16
Gussinlay, 3 und mehrflächig	71,40
Teleskopierende Krone	210,76
Teleskopierende Primär- o. Sekundärkrone	142,63
Steg	134,06
Steglasche/Stegreiter einarbeiten	48,51
Steggeschiebe individuell	127,44
Individuelles Geschiebe	188,34

Bezeichnung	Erstattungsfähiger Höchstbetrag €
Rillen-Schulter-Geschiebe	175,29
Primär-/Sek.-Teil inkl. Geschiebe	127,44
Primär-/Sek.-Teil Ankerband-Klammer	127,44
Primär-/Sek.-Teil Rillen-Schulter-Geschiebe	127,44
Konfektions-Geschiebe einarbeiten	106,09
Konfektions-Gelenk einarbeiten	106,09
Konfektions-Anker einarbeiten	106,09
Konfektions-Riegel einarbeiten	106,09
Primär-/Sek.-Teil Konfektions-Geschiebe einarbeiten	70,73
Primär-/Sek.-Teil Gelenk einarbeiten	70,73
Primär-/Sek.-Teil Anker einarbeiten	70,73
Primär-/Sek.-Teil Konfektions-Riegel einarbeiten	70,73
Wiederbefestigen Sek.-Teil inkl. Verbindung	70,73
Friktionsstift einarbeiten	42,34
Federbolzen einarbeiten	42,34
Schraube einarbeiten	42,34
Bolzen einarbeiten	42,34
Gefrästes Lager	54,25
Riegel, individuell	188,34
Riegel, Wiederherstellung	102,77
Umgehungsbügel	11,11
Auswechseln Konfektionsteil	13,61
Reparatur Krone/Brückenglied	33,86
Metallverbindung nach Brand	25,10
Verblendung Kunststoff/ Komposit	57,64
Zahnfleisch Kunststoff/ Komposit	17,02
Verblendung Keramik	79,22
Zahnfleisch Keramik	39,77
Keramik Inlay 1 flächig gepresst inkl. Material	90,72
Keramik Inlay 2 flächig gepresst inkl. Material	104,16
Keramik Inlay 3 flächig gepresst inkl. Material	112,56
Keramik Onlay, Teilkrone gepresst inkl. Material	115,92
Vollkeramikkrone gepresst inkl. Material	111,72
Vollkeramikkrone gepresst zur Verblendung inkl. Material	54,60
Vollkeramikkrone aus Hartkeramik inkl. Material	89,04
Schubverteilungsarm	54,93
Metallbasis	122,38
Einarmige Klammer	11,73
Inlayklammer	11,73
Fortlaufende Klammer	11,73
Bonyhardklammer	11,73

# Tarifübersicht

## KRANKENVERSICHERUNG

Bezeichnung	Erstattungsfähiger Höchstbetrag €
Kralle	11,73
Ney-Stiel	11,73
Auflage	11,73
Zweiarmige Klammer	20,08
Approximalklammer	20,08
Ringklammer	20,08
Rücklaufklammer	20,08
Bonyhardklammer/Gegenlager	20,08
Doppelbogenklammer	20,08
Zweiarmige Klammer/Auflage	29,90
Approximalklammer/Auflage	29,90
Ringklammer/Auflage	29,90
Rücklaufklammer/Auflage	29,90
Bonyhardklammer/Auflage	29,90
Überwurfklammer/Auflage	29,90
Bonwillklammer	40,14
Rückenschutzplatte	37,97
Metallzahn	37,97
Metallkauffläche	37,97
Zuschlag einzelne Klammer	20,85
Retention, gebogen	42,04
Retention, gegossen	51,54
Gegossenes Basisteil	64,42
Metallverbindung/Wiederherstellung	21,71
Basis für Vorbissnahme	9,49
Basis für Konstruktionsbiss	9,49
Basis Autopolymerisat/Individueller Löffel	19,56
Basis Autopolymerisat/Funktionslöffel	19,56
Basis Autopolymerisat/Bissregistrierung	19,56
Basis Autopolymerisat/Stützstiftregistrierung	19,56
Basis Autopolymerisat/Kunststoffbasis für Aufstellg.	19,56
Bisswall	5,54
Lösungsknopf	15,27
Abschlussrand	18,19
Aufstellung Grundeinheit	32,54
Aufstellen Wachs je Zahn	1,82
Aufstellen Metall je Zahn	2,71
Übertragung je Zahn	1,90
Fertigstellung Grundeinheit	45,25
Fertigstellen je Zahn	3,33
Einarmige Klammer	9,48
Inlayklammer	10,39

Bezeichnung	Erstattungsfähiger Höchstbetrag €
Interdental-Knopfklammer	10,39
Approximalklammer	10,39
Auflage	10,39
Bonyhardklammer	10,39
Zweiarmige Klammer/Auflage	16,44
Bonyhardklammer/Auflage	16,44
Überwurfklammer	16,44
Doppelbogenklammer	16,44
Weichkunststoff (Zahnersatz)	57,46
Sonderkunststoff	57,46
Zahn/zahnfarben hergestellt	36,05
Zahn/zahnfarben hinterlegt	14,85
Aufbisschiene	115,12
Knirscherschiene	115,12
Bissführungsplatte	115,12
Miniplastschiene	68,33
Retentionsschiene	68,33
Verband-/Verschlussplatte	68,33
Umarbeiten Aufbissbehelf	47,53
Schiene adjustiert je Zahn	11,57
Grundeinheit Instandsetzung Zahnersatz	19,38
Leistungseinheit Sprung	8,56
Leistungseinheit Bruch	8,56
Leistungseinheit Einarbeitung Zahn	8,56
Leistungseinheit Basisteil Kunststoff	8,56
Leistungseinheit Klammer einarbeiten	8,56
Leistungseinheit Rückenschutzplatte	8,56
Leistungseinheit Kunststoffsaattel	8,56
Teilunterfütterung	41,12
Vollständige Unterfütterung	57,04
Basis erneuern	69,51
Versandkosten	4,05
Verrechnungseinheit NEM I	12,28
Röntgenkugeln/Bohrhülsen positionieren	3,38
Aufwand bei Suprakonstruktion Implantate	31,56
Verschraubung/Verbolzung Implantate	51,84
Implantataufbau Vollgusskrone	112,70
Implantataufbau Verblendkrone	109,32
Implantataufbau Stegpfosten	85,65
Röntgen/Bohrschablone	21,43

## Tarif 200 -209: Ambulante Heilbehandlung

### Leistungen

Die Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung und ambulante Kurbehandlung – ausgenommen Aufwendungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie – werden nach folgenden Sätzen erstattet

Leistungsstufen	200	201	203	205	207	208	209
Erstattungsprozensatz	100	100	100	100	100	100	100
Selbstbehalt €	102	220	330	440	550	770	1.250

Der Selbstbehalt gilt pro Person und Kalenderjahr. Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Heilbehandlung erfolgt bzw. die Arzneimittel und Hilfsmittel bezogen werden.

Beginnt die Versicherung nicht zum 1. Januar, so ermäßigt sich der Selbstbehalt jeweils um ein Zwölftel für jeden nicht versicherten Monat des Kalenderjahres.

## Tarif 210-219: Ambulante Heilbehandlung

### Leistungen

Die Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung und ambulante Kurbehandlung – ausgenommen Aufwendungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie – werden in Prozent der Rechnungsbeträge erstattet; es gelten folgende Sätze

Leistungsstufen	210	219	218	217	216	215	214	213	212	211
Erstattungsprozensatz	100	90	70	50	45	40	35	30	25	20

Die Leistungsstufen 211-219 sind Personen mit Beihilfeanspruch vorbehalten.

## Tarif 21P70-21P90: Ambulante Heilbehandlung

### Leistungen

Die Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung und ambulante Kurbehandlung – ausgenommen Aufwendungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie – werden in Prozent der erstattungsfähigen Rechnungsbeträge erstattet; dabei gelten bis zu einem Rechnungsbetrag von 5.000Euro je Person und Kalenderjahr folgende Prozentsätze

Leistungsstufen	21P90	21P80	21P70
Erstattungsprozensatz	90	80	70

Für Rechnungsbeträge, die 5.000Euro im Kalenderjahr übersteigen, betragen die Erstattungsprozensätze für den übersteigenden Anteil jeweils 100 %.

Daraus ergeben sich die folgenden maximalen Selbstbehalte je Person und Kalenderjahr

Leistungsstufen	21P90	21P80	21P70
maximaler Selbstbehalt €	500	1.000	1.500

Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Heilbehandlung erfolgt bzw. die Arzneimittel und Hilfsmittel bezogen werden.

Beginnt die Versicherung nicht zum 1. Januar, so ermäßigt sich die Grenze von 5.000Euro und damit der maximale Selbstbehalt im ersten Kalenderjahr jeweils um ein Zwölftel für jeden nicht versicherten Monat des Kalenderjahres.

# Tarifübersicht

## KRANKENVERSICHERUNG

### Tarif 220-229: Stationäre Heilbehandlung im Einbettzimmer

#### Leistungen

Die Aufwendungen für stationäre Heilbehandlung in der ersten bzw. zweiten Pflegeklasse werden in Prozent der Rechnungsbeträge erstattet; bei Aufenthalt in der Allgemeinen Pflegeklasse wird zusätzlich zur prozentualen Kostenerstattung ein Krankenhaustagegeld gezahlt. Es gelten folgende Sätze

Leistungsstufen	220	229	228	227	226	225	224	223	222	221
Erstattungsprozentsatz	100	90	70	50	45	40	35	30	25	20
<b>Zusatzleistung bei Aufenthalt in der Allgemeinen Pflegeklasse</b>										
Erw./Jgdl. € je Krankenhaustag	22	19,80	15,40	11	9,90	8,80	7,70	6,60	5,50	4,40
Kinder € je Krankenhaustag	16	14,40	11,20	8	7,20	6,40	5,60	4,80	4	3,20

Wird keine der vorherig genannten Leistungen in Anspruch genommen, erfolgt die Zahlung von Krankenhaustagegeld. Es gelten folgende Sätze

Leistungsstufen	220	229	228	227	226	225	224	223	222	221
Erw./Jgdl. € je Krankenhaustag	105	94,50	73,50	52,50	47,25	42	36,75	31,50	26,25	21
Kinder € je Krankenhaustag	55	49,50	38,50	27,50	24,75	22	19,25	16,50	13,75	11

Die Aufwendungen für Kur- und Sanatoriumsbehandlung werden bis zur Dauer von 28 Tagen und bis zu folgenden Beträgen je Tag erstattet

Leistungsstufen	220	229	228	227	226	225	224	223	222	221
Erw./Jgdl. €	14	12,60	9,80	7	6,30	5,60	4,90	4,20	3,50	2,80

Die Leistungsstufen 221-227 sind Personen mit Beihilfeanspruch vorbehalten.

Als Sonderklasse gilt die erste bzw. zweite Pflegeklasse eines Krankenhauses. Unterscheidet ein Krankenhaus nicht nach Pflegeklassen, so gilt der Aufenthalt in einem Ein- oder Zweibettzimmer als Aufenthalt in der Sonderklasse.

Als Allgemeine Pflegeklasse gilt die dritte Pflegeklasse eines Krankenhauses. Unterscheidet ein Krankenhaus nicht nach Pflegeklassen, so gilt der Aufenthalt in einem Drei- oder Mehrbettzimmer als Aufenthalt in der Allgemeinen Pflegeklasse.

### Tarif 230-239: Stationäre Heilbehandlung in der Allgemeinen Pflegeklasse

#### Leistungen

Die Aufwendungen für stationäre Heilbehandlung in der Allgemeinen Pflegeklasse sowie die Kosten für gesondert berechenbare ärztliche Leistungen werden in Prozent der Rechnungsbeträge erstattet; bei Aufenthalt in der Sonderklasse sind die Aufwendungen erstattungsfähig, die bei einer stationären Heilbehandlung in der Allgemeinen Pflegeklasse entstanden wären. Es gelten folgende Erstattungssätze in %

Leistungsstufen	230	239	238	237	236	235	234	233	232	231
Allgemeine Pflegeklasse	100	90	70	50	45	40	35	30	25	20

Wird keine der vorherig genannten Leistungen in Anspruch genommen, erfolgt die Zahlung von Krankenhaustagegeld. Es gelten folgende Sätze

Leistungsstufen	230	239	238	237	236	235	234	233	232	231
Erw./Jgdl. € je Krankenhaustag	55	49,50	38,50	27,50	24,75	22	19,25	16,50	13,75	11
Kinder € je Krankenhaustag	30	27	21	15	13,50	12	10,50	9	7,50	6

Die Aufwendungen für Kur- und Sanatoriumsbehandlung werden bis zur Dauer von 28 Tagen und bis zu folgenden Beträgen je Tag erstattet

Leistungsstufen	230	239	238	237	236	235	234	233	232	231
Erw./Jgdl. €	10	9	7	5	4,50	4	3,50	3	2,50	2

Die Leistungsstufen 231-237 sind Personen mit Beihilfeanspruch vorbehalten.

Als Allgemeine Pflegeklasse gilt die dritte Pflegeklasse eines Krankenhauses. Unterscheidet ein Krankenhaus nicht nach Pflegeklassen, so gilt der Aufenthalt in einem Drei- oder Mehrbettzimmer als Aufenthalt in der Allgemeinen Pflegeklasse.

Als Sonderklasse gilt die erste bzw. zweite Pflegeklasse eines Krankenhauses. Unterscheidet ein Krankenhaus nicht nach Pflegeklassen, so gilt der Aufenthalt in einem Ein- oder Zweibettzimmer als Aufenthalt in der Sonderklasse.

## Tarif 240-249: Stationäre Heilbehandlung im Zweibettzimmer

### Leistungen

Die Aufwendungen für stationäre Heilbehandlung im Zweibettzimmer werden in Prozent der Rechnungsbeträge erstattet. Bei Behandlung im Einbettzimmer werden die Kosten erstattet, die im Zweibettzimmer entstanden wären. Bei Aufenthalt im Drei- oder Mehrbettzimmer wird zusätzlich zur prozentualen Kostenerstattung ein Krankenhaustagegeld gezahlt. Es gelten folgende Sätze

Leistungsstufen	240	249	248	247	246	245	244	243	242	241
Erstattungsprozentsatz	100	90	70	50	45	40	35	30	25	20
<b>Zusatzleistung für Aufenthalt im Drei- oder Mehrbettzimmer</b>										
Erw./Jgdl. € je Krankenhaustag	16	14,40	11,20	8	7,20	6,40	5,60	4,80	4	3,20
Kinder € je Krankenhaustag	12	10,80	8,40	6	5,40	4,80	4,20	3,60	3	2,40

Wird keine der oben genannten Leistungen in Anspruch genommen, erfolgt Zahlung von Krankenhaustagegeld. Es gelten folgende Sätze

Leistungsstufen	240	249	248	247	246	245	244	243	242	241
Erw./Jgdl. € je Krankenhaustag	85	76,50	59,50	42,50	38,25	34	29,75	25,50	21,25	17
Kinder € je Krankenhaustag	45	40,50	31,50	22,50	20,25	18	15,75	13,50	11,25	9

Die Aufwendungen für Kur- und Sanatoriumsbehandlung werden bis zur Dauer von 28 Tagen und bis zu folgenden Beträgen je Tag erstattet

Leistungsstufen	240	249	248	247	246	245	244	243	242	241
Erw./Jgdl. €	12	10,80	8,40	6	5,40	4,80	4,20	3,60	3	2,40

Die Leistungsstufen 241-247 sind Personen mit Beihilfeanspruch vorbehalten.

## Tarif 261, 262: Krankenhauskosten-Zusatzversicherung

Nach diesem Tarif können nur Personen versichert werden, die Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (GKV) oder auf Heilfürsorge haben, sowie Beihilfeberechtigte, deren beihilfefähige Aufwendungen auf eine Behandlung im Mehrbettzimmer begrenzt sind.

### Leistungen

Nach Vorleistung durch die GKV oder andere Kostenträger werden in der Tarifstufe

**261** für Krankenhausleistungen, die nach der Bundespflegegesetzverordnung (BPfIV) berechnet sind, die zusätzlichen Kosten für gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer und für gesondert berechenbare ärztliche Leistungen (Wahlleistungen gemäß § 7 BPfIV), für Krankenhausleistungen, die nicht nach der Bundespflegegesetzverordnung (BPfIV) berechnet sind, die zusätzlichen Kosten (einschließlich Arztkosten) im Ein- oder Zweibettzimmer (I. oder II. Pflegeklasse) zu 100 % erstattet.

**262** für Krankenhausleistungen, die nach der Bundespflegegesetzverordnung (BPfIV) berechnet sind, die zusätzlichen Kosten für gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer und für gesondert berechenbare ärztliche Leistungen (Wahlleistungen gemäß § 7 BPfIV),

für Krankenhausleistungen, die nicht nach der Bundespflegegesetzverordnung (BPfIV) berechnet sind, die zusätzlichen Kosten (einschließlich Arztkosten) im Zweibettzimmer (II. Pflegeklasse) zu 100 % erstattet.

Wird in der Tarifstufe 262 die Wahlleistung der Unterbringung im Einbettzimmer in Anspruch genommen, so werden die Kosten erstattet, die bei einer Unterbringung im Zweibettzimmer entstanden wären.

Bei einer ambulanten Operation in einem nach den MB/KK anerkannten Krankenhaus, die eine an sich gebotene vollstationäre Heilbehandlung ersetzt, werden die Aufwendungen für privatärztliche Behandlungen zu 100 % ersetzt. Erstattungsfähig sind nur Kosten für ambulante Operationen durch Ärzte, die am Krankenhaus angestellt sind, sowie durch Belegärzte. Eine Vorleistung der GKV wird in Abzug gebracht.

Ferner werden in beiden Tarifstufen die nach Vorleistung durch die GKV oder andere Kostenträger verbleibenden Kosten einer im unmittelbaren Zusammenhang mit einer leistungspflichtigen vollstationären Krankenhausbehandlung durchgeführten ambulanten Vor- oder Nachbehandlung im Krankenhaus zu 100 % erstattet.

Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt. Die nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten.

# Tarifübersicht

## KRANKENVERSICHERUNG

Verbleiben bei der Wahl eines anderen als in der ärztlichen Einweisung genannten Krankenhauses nach Vorleistung der GKV Kosten für die Allgemeine Pflegeklasse, so sind diese für Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland gleichfalls erstattungsfähig. Ausgenommen von der Erstattung ist die von der GKV verlangte gesetzliche Zuzahlung.

Werden versicherte Leistungen nicht in Anspruch genommen, wird als Ersatzleistung ein Krankenhaustagegeld (KHT) gezahlt.

Im Einzelnen gilt

Leistungsstufen	261	262
Krankenhaustagegeld bei Unterbringung im Drei- und Mehrbettzimmer (Allgemeine Pflegeklasse) €	26	16
bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung €	16	16
bei Verzicht auf sämtliche tariflichen Leistungen €	42	32

Kinder erhalten in Tarifstufe 262 jeweils die Hälfte, in Tarifstufe 261 jeweils 2/3 dieser Krankenhaustagegeld-Sätze.

Sofern Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, auf Heilfürsorge oder Beihilfe besteht, sind Originalrechnungen oder Duplikate mit einer Bestätigung des anderen Kostenträgers über die gezahlten Leistungen einzureichen. Die Leistungen der GKV oder Heilfürsorge sind jeweils zuerst in Anspruch zu nehmen.

Lehnt die gesetzliche Krankenversicherung oder ein anderer Kostenträger die Leistungen ab, werden die tariflichen Leistungen insoweit gezahlt, als sie bei Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung oder eines anderen Kostenträgers verblieben wären.

### Tarif 271 - 277: Ergänzungstarif für Beihilfeberechtigte

Nach diesem Tarif können nur Personen mit Beihilfeanspruch versichert werden.

1. Der Tarif kann nur abgeschlossen werden, wenn gleichzeitig der Tarif 21 (ambulante Heilbehandlung), einer der Tarife 22, 24 oder 23 (stationäre Heilbehandlung) und der Tarif 52 (zahnärztliche Heilbehandlung) abgeschlossen werden oder bereits bestehen (Grundabsicherung). In Kombination mit Tarif 23 besteht Anspruch auf Erstattung von Kosten für Wahlleistungen im stationären Bereich nur in Verbindung mit Tarif 26 (Wahlleistungstarif für stationäre Heilbehandlung).

Endet die Versicherung nach einem der Tarife der Grundabsicherung, so endet die Versicherung auch nach Tarif 27.

- 1.1. Abgeschlossen werden kann bei einem Beihilfebemessungssatz für ambulante und zahnärztliche Aufwendungen von
  - 80 % die Tarifstufe 271
  - 75 % die Tarifstufe 272
  - 70 % die Tarifstufe 273
  - 65 % die Tarifstufe 274
  - 60 % die Tarifstufe 275
  - 55 % die Tarifstufe 276
  - 50 % die Tarifstufe 277
2. Bei der Kostenerstattung werden die Leistungsstufen der Grundabsicherung zu Grunde gelegt, deren Erstattungsprozentsatz zusammen mit dem Beihilfebemessungssatz nicht weniger als 100 % betragen. Leistungsanspruch aus dem vorliegenden Tarif besteht immer dann, wenn auch aus den Tarifen der Grundabsicherung und nach den jeweils gültigen Beihilfevorschriften eine Leistung vorgesehen ist. Zusätzlich erfolgt auch ohne diese Voraussetzung eine Leistungserstattung nach den unter 2.5 aufgeführten Punkten.
  - 2.1. Erstattet werden zu 100 % die nach Anrechnung der Leistungen aus Beihilfe und Grundabsicherung verbleibenden Kosten für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlungen nach § 4 Abs. 2, 3 und 4 der Tarifbedingungen, mit Ausnahme von Aufwendungen für Arzneien und Verbandmittel sowie Kurbehandlung (§ 4 Abs. 2 2. und 9. sowie 3 3. und 8. der Tarifbedingungen).
  - 2.2. Auch für Behandlungen durch Heilpraktiker wird im Rahmen der Grundabsicherung geleistet.
  - 2.3. In den Beihilfevorschriften vorgesehene Selbstbeteiligungen sind nicht erstattungsfähig.
  - 2.4. Für die erstattungsfähigen Aufwendungen (Rechnungsbeträge) für zahnärztliche Heilbehandlung gem. § 4 Abs. 4 der Tarifbedingungen gelten folgende Höchstbeträge
    - 1.025 Euro im 1. Jahr
    - 2.050 Euro im 2. Jahr
    - ab dem 3. Jahr unbegrenzt, jeweils ab Versicherungsbeginn gerechnet.
  - 2.5. Für die folgenden Punkte besteht auch dann Leistungspflicht, wenn die Tarife der Grundabsicherung und/oder die Beihilfevorschriften keine Kostenerstattung zulassen
    - 2.5.1. Bei Versorgung mit Sehhilfen gemäß § 4 Abs. 2 5. der Tarifbedingungen.
    - 2.5.2. Bei Versorgung mit Zahnersatz (z. B. große Brücken).
    - 2.5.3. Bei gezielten ambulanten Vorsorgemaßnahmen sowie für Schutzimpfungen.
    - 2.5.4. Bei Auslandsreisen besteht Versicherungsschutz für die ersten 42 Tage jeder Reise. Kostenerstattung erfolgt auch für einen medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport eines Erkrankten in die Heimat, wenn auf Grund des Krankheitsbildes oder eventueller medizinischer Unterversorgung eine Heilbehandlung am

Ort oder in zumutbarer Entfernung nicht durchgeführt werden kann. Zumutbar sind regelmäßig Entfernungen bis 500 km. Es ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen, soweit dem nicht medizinische Gründe entgegenstehen. Kosten, die im Falle des Ablebens des Versicherten während des Auslandsaufenthaltes durch Überführung an den Heimatwohnsitz oder durch Bestattung am Sterbeort entstehen, sind bis zu 10.250 Euro erstattungsfähig; dies sind ausschließlich die Transport- und die unmittelbaren Kosten zur Veranlassung dieser Überführung durch ein Bestattungsunternehmen oder ausschließlich die Beisetzungskosten, die ein ortsansässiges Bestattungsunternehmen berechnet.

### Tarif 281-283: Ergänzungstarife für GKV-Versicherte

Nach diesen Tarifen können nur Personen versichert werden, die Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (GKV) haben.

#### Leistungen

#### Tarifstufen 281 und 282

##### 1. Zahnersatz (nur Tarifstufe 281)

Erstattet werden 20% der Aufwendungen für die im Rahmen der kassenzahnärztlichen Versorgung durchgeführte medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz und Kronen (zahn technische Leistungen und zahnärztliche Behandlung). Einschließlich der Vorleistung der GKV dürfen 90% der erstattungsfähigen Aufwendungen nicht überschritten werden. Lediglich im 1. Jahr ab Versicherungsbeginn ist die Leistung des Versicherers auf 205 Euro und im 2. Jahr auf 410 Euro begrenzt; diese Höchstbeträge entfallen für erstattungsfähige Aufwendungen, die auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

##### 2. Sehhilfen

Erstattung von 80% der auch nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibenden Kosten für Sehhilfen (Brillen einschließlich Gläser, Kontaktlinsen) bis zu 155 Euro pro Versicherungsjahr. Erfolgt keine Vorleistung der GKV, entsteht ein erneuter Anspruch frühestens nach Ablauf von 36 Monaten oder bei einer Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien.

##### 3. Heilmittel

Die im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibenden Kosten (Zuzahlung) werden, soweit sie unter § 4 Teil II Abs. 2 4. der Allgemeinen Versicherungsbedingungen fallen, zu 100% erstattet.

##### 4. Behandlungen durch Heilpraktiker

Erstattungsfähig sind die Kosten für Leistungen des Heilpraktikers im Rahmen des geltenden Gebührenverzeichnis

nisses sowie für die von ihm verordneten Medikamente, Heil- und Verbandmittel zu 50% des Rechnungsbetrages, jedoch höchstens 260 Euro pro Versicherungsjahr. Leistungen der GKV werden auf den Rechnungsbetrag angerechnet.

##### 5. Leistungen bei Auslandsreisen

Der Versicherer erstattet bei Auslandsreisen bis zu 42 Tagen Dauer die erstattungsfähigen Aufwendungen für die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen einer auf der Reise auftretenden Krankheit, akuter Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder akuter Folgen eines Unfalls. Außerdem sind die im Falle des Todes der versicherten Person entstehenden Bestattungs- und Überführungskosten erstattungsfähig.

##### 5.1. Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen zählen im Einzelnen die Kosten

- a) für ärztliche Heilbehandlung;
- b) für Arznei-, Heil- und Verbandmittel auf Grund ärztlicher Verordnung außer Massagen, Bädern und medizinischen Packungen. Als Arzneimittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht kosmetische Präparate sowie Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden;
- c) für schmerzstillende Zahnbehandlung und notwendige Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber Neuanfertigung, Kronen und Kieferorthopädie;
- d) für Röntgendiagnostik;
- e) für stationäre Heilbehandlung einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten, sofern diese in einem im Aufenthaltsland allgemein anerkannten Krankenhaus erfolgt;
- f) für den Transport zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare, geeignete Krankenhaus;
- g) die durch medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport eines Erkrankten in die Heimat entstehen, wenn auf Grund des Krankheitsbildes oder eventueller medizinischer Unterversorgung eine Heilbehandlung am Ort oder in zumutbarer Entfernung nicht durchgeführt werden kann. Zumutbar sind regelmäßig Entfernungen bis 500 km. Es ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen, soweit dem nicht medizinische Gründe entgegenstehen;
- h) die im Falle des Ablebens des Versicherten während des Auslandsaufenthaltes durch Überführung an den Heimatwohnsitz oder durch Bestattung am Sterbeort entstehen, bis zu 10.250 Euro; dies sind ausschließlich die Transport- und die unmittelbaren Kosten zur Veranlassung dieser Überführung durch ein Bestattungsunternehmen oder ausschließlich die Beisetzungskosten, die ein ortsansässiges Bestattungsunternehmen berechnet.

### 5.2. Keine Leistungspflicht besteht

- a) für Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für Hypnose und Psychotherapie;
- b) für Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Entbindung, Fehlgeburt und Schwangerschaftsabbruches sowie deren Folgen; Kostenersatz wird aber insoweit geleistet, als unvorhergesehen ärztliche Hilfe im Aufenthaltsland zur Abwendung einer akuten Lebensgefahr für Mutter oder Kind erforderlich ist;
- c) für Krankheiten und Unfallfolgen, deren Heilbehandlung im Ausland alleiniger Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise war;
- d) für Krankheiten und deren Folgen, wenn die Behandlung anlässlich einer regelmäßigen Berufstätigkeit im Ausland erforderlich war;
- e) für Hilfsmittel mit Ausnahme von Gehgips, Liegeschalen, Bandagen und ärztlich verordneten Gehstützen, die wegen akuter Erkrankung oder unfallbedingt erforderlich sind.

Kostenersatz im Sinne von 5.1. a) bis f) wird aber insoweit geleistet, als unvorhergesehen ärztliche Hilfe im Aufenthaltsland zur Abwendung einer akuten Lebensgefahr oder zur Beseitigung erheblicher Schmerzzustände erforderlich ist.

### 5.3. Erstattet werden die nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen unter 5.1. zu 100 %.

### 5.4. Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – jeweils mit Beendigung des Auslandsaufenthaltes, spätestens nach einer Verweildauer von sechs Wochen im Ausland. Beginn und Ende einer jeden Auslandsreise sind vom Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers im Leistungsfall nachzuweisen. Ist die Rückreise bis zum vereinbarten Zeitpunkt aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle über den vereinbarten Zeitpunkt hinaus längstens um drei Monate.

### 5.5. In Abweichung von § 6 Teil I Abs. 4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen werden die Kosten für Übersetzungen vom Versicherer übernommen.

Abweichend von § 3 Teil I Abs. 2 und 3 entfallen bei Behandlung im Ausland die Wartezeiten. § 5 Teil II gilt nicht für Auslandsreisen.

### 5.6. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf das Ausland. Kein Versicherungsschutz besteht in der Bundesrepublik Deutschland und in den Ländern, in denen die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat.

## 6. Auszahlungen der Versicherungsleistungen

Der Versicherer ist zur Leistung bezüglich der Punkte 1. und 3. nur verpflichtet, wenn eine Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung vorliegt.

### Tarifstufe 283

Eine Versicherung nach der Tarifstufe 283 ist nur möglich, wenn für die zu versichernde Person keine andere private Versicherung mit Zahnleistungen besteht und in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung kein Kostenerstattungsprinzip gewählt wurde.

Erstattet werden 50 % der Aufwendungen für medizinisch notwendige zahnärztliche Behandlungen (Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie\*) gemäß § 4 Teil II Abs. 4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Einschließlich der Vorleistung der GKV dürfen für die Rechnungspositionen, für die vorgeleistet wurde, 90 % der erstattungsfähigen Aufwendungen nicht überschritten werden.

#### \* Kieferorthopädie

Bei Kindern und Jugendlichen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, erfolgt in der GKV eine Einstufung der Zahn- und Kieferfehlstellungen je nach Schwere in sog. Kieferorthopädische Indikationsgruppen (KIG 1 bis 5). Bei Einstufung in eine der KIG-Gruppen 3, 4 oder 5 besteht ein Leistungsanspruch gegenüber der GKV; in diesen Fällen erfolgt keine Leistung aus Tarif 283. Bei einer medizinisch notwendigen kieferorthopädischen Behandlung ohne Leistungsanspruch gegenüber der GKV – z. B. bei Einstufungen in KIG 2 oder bei Personen nach Vollendung des 18. Lebensjahres – werden die Aufwendungen mit dem tariflichen Satz erstattet.

Die Behandlung muss im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung erfolgen. Privatärztliche Rechnungen sind nur dann erstattungsfähig, wenn die medizinisch notwendige Behandlung nicht im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung abgerechnet werden kann. Lediglich im 1. Jahr ab Versicherungsbeginn ist die Leistung des Versicherers auf 310 Euro und im 2. Jahr auf 620 Euro begrenzt; diese Höchstbeträge entfallen für erstattungsfähige Aufwendungen, die auf einen nach Versicherungsbeginn eintretenden Unfall zurückzuführen sind.

### Tarifstufen 281 - 283

Sofern Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung (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.

## Tarif Z100, Z70: Zahn-Ergänzungstarife für GKV-Versicherte

### 1. Allgemeines

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

Eine Versicherung nach den Tarifen Z100/Z70 ist nur möglich, wenn für die zu versichernde Person keine andere private Versicherung mit Zahnleistungen besteht und in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung kein Kostenersatzprinzip gewählt wurde.

Abweichend von §1 TeilII (4) der AVB können die Tarife selbstständig abgeschlossen werden.

### 2. Leistungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für medizinisch notwendige zahnärztliche Behandlungen (Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie) gemäß §4 TeilII (4) der AVB.

Alle Behandlungen müssen im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung erfolgen, also von Behandlern mit Kassenzulassung durchgeführt und im Rahmen der kassenärztlichen Vorschriften abgerechnet werden. Demnach sind privatärztliche Rechnungen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) nur dann erstattungsfähig, wenn die medizinisch notwendigen Maßnahmen von Behandlern mit Kassenzulassung durchgeführt werden und nicht im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung abgerechnet werden können.

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 Z100/Z70 + 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 Z100/Z70 erbracht.

Hat der Versicherte in der GKV einen Selbstbehalt zur Beitragsreduzierung vereinbart, zählt dieser gleichfalls als Leistung der GKV.

Gesamtleistung (inkl. GKV)		Leistungsbereiche
Tarif Z100	Tarif Z70	
100 %	--	Zahnbehandlung
100 %	70 %	Zahnersatz, wenn die Rechnung keine privat Zahnärztlichen Vergütungsanteile nach GOZ enthält (Regelversorgung)
80 %	70 %	Zahnersatz, wenn die Rechnung vollständig oder teilweise Vergütungsanteile nach GOZ enthält (über die Regelversorgung hinausgehende gleichartige bzw. von der Regelversorgung abweichende andersartige Versorgung)
80 %	70 %	Inlay
80 %	70 %	Kieferorthopädie*, wenn für eine medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlung kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht

#### \* Kieferorthopädie

Bei Kindern und Jugendlichen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, erfolgt in der GKV eine Einstufung der Zahn- und Kieferfehlstellungen je nach Schwere in sog. Kieferorthopädische Indikationsgruppen (KIG 1 bis 5). Bei Einstufung in eine der KIG-Gruppen 3, 4 oder 5 besteht ein Leistungsanspruch gegenüber der GKV; in diesen Fällen erfolgt keine Leistung aus den Tarifen Z100 oder Z70. Bei einer medizinisch notwendigen kieferorthopädischen Behandlung ohne Leistungsanspruch gegenüber der GKV – z. B. bei Einstufungen in KIG 2 oder bei Personen nach Vollendung des 18. Lebensjahres – werden die Aufwendungen mit den tariflichen Sätzen erstattet.

#### Empfehlung

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

# Tarifübersicht

## KRANKENVERSICHERUNG

### b) Summenmäßige Begrenzungen

Die maximale tarifliche Leistung ist begrenzt auf

Tarif	Z100	Z70
im 1. Jahr	500 €	400 €
im 2. Jahr	1.000 €	800 €
ab dem 3. Jahr unbegrenzt,		

jeweils ab Versicherungsbeginn nach einem der Tarife Z100/Z70 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.

ihm verordneten Arznei-, Heil- und Verbandmittel. Leistungen der GKV werden auf den Rechnungsbetrag angerechnet.

### 4. Selbstbehalt

Der Selbstbehalt beträgt pro Person und Kalenderjahr für versicherte Personen, die im betroffenen Kalenderjahr das 21. Lebensjahr vollenden oder bereits vollendet haben, 50 Euro und für alle übrigen versicherten Personen 25 Euro. Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Heilbehandlung erfolgte bzw. die Arznei- und Verband-, Heil- und Hilfsmittel 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 grundsätzlich bei allen Leistungen an. Er bezieht sich jedoch nicht auf Leistungen gemäß Punkt 5. (Auslandsreise).

### 5. Leistungen bei Auslandsreise

Der Versicherer erstattet bei Auslandsreisen bis zu 42 Tagen Dauer die erstattungsfähigen Aufwendungen für die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen einer auf der Reise auftretenden Krankheit, akuter Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder akuter Folgen eines Unfalls. Außerdem sind die im Falle des Todes der versicherten Person entstehenden Bestattungs- und Überführungskosten erstattungsfähig.

#### 5.1. Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen zählen im Einzelnen die Kosten

- für ärztliche Heilbehandlung;
- für Arznei-, Heil- und Verbandmittel auf Grund ärztlicher Verordnung außer Massagen, Bädern und medizinischen Packungen. Als Arzneimittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht kosmetische Präparate sowie Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden;
- für schmerzstillende Zahnbehandlung und notwendige Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber Neuanfertigung, Kronen und Kieferorthopädie;
- für Röntgendiagnostik;
- für stationäre Heilbehandlung einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten, sofern diese in einem im Aufenthaltsland allgemein anerkannten Krankenhaus erfolgt;
- für den Transport zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare, geeignete Krankenhaus;
- die durch medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport eines Erkrankten in die Heimat entstehen, wenn aufgrund des Krankheitsbildes oder

## Tarif 482: Ergänzungstarif für GKV-Versicherte

Nach diesem Tarif können nur Personen versichert werden, die Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (GKV) haben.

### A. Leistungen

#### 1. Arznei- und Verbandmittel, Heil- und Hilfsmittel

Erstattet werden 100 % der im Rahmen des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung festgesetzten Zuzahlungsbeträge (außer für Sehhilfen), bei Vorlage einer Kopie der ärztlichen Verordnung mit Zuzahlungsbeleg.

#### 2. Sehhilfen

Erstattung von 100 % der auch nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibenden erstattungsfähigen Restkosten für medizinisch notwendige Sehhilfen (Brillen einschließlich Gläser, Kontaktlinsen) bis zu 175 Euro. Ein erneuter Anspruch entsteht frühestens nach Ablauf von 24 Monaten.

#### 3. Behandlungen durch Heilpraktiker

Erstattungsfähig zu 60 % des Rechnungsbetrages sind die Aufwendungen für Heilbehandlung durch Heilpraktiker im Rahmen des geltenden Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker bis zum jeweiligen Höchstsatz sowie für die von

eventueller medizinischer Unterversorgung eine Heilbehandlung am Ort oder in zumutbarer Entfernung nicht durchgeführt werden kann. Zumutbar sind regelmäßig Entfernungen bis 500 km. Es ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen, soweit dem nicht medizinische Gründe entgegenstehen;

- h) die im Falle des Ablebens des Versicherten während des Auslandsaufenthaltes durch Überführung an den Heimatwohnsitz oder durch Bestattung am Sterbeort entstehen, bis zu 10.000 Euro; dies sind ausschließlich die Transport- und die unmittelbaren Kosten zur Veranlassung dieser Überführung durch ein Bestattungsunternehmen oder ausschließlich die Beisetzungskosten, die ein ortsansässiges Bestattungsunternehmen berechnet.

#### 5.2. Keine Leistungspflicht besteht

- a) Für Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für Hypnose und Psychotherapie;
- b) für Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Entbindung, Fehlgeburt und Schwangerschaftsabbruches sowie deren Folgen; Kostenersatz wird aber insoweit geleistet, als unvorhergesehen ärztliche Hilfe im Aufenthaltsland zur Abwendung einer akuten Lebensgefahr für Mutter oder Kind erforderlich ist;
- c) für Krankheiten und Unfallfolgen, deren Heilbehandlung im Ausland alleiniger Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise war;
- d) für Krankheiten und deren Folgen, wenn die Behandlung anlässlich einer Berufstätigkeit im Ausland erforderlich war;
- e) für Hilfsmittel mit Ausnahme von Gehgips, Liegeschalen, Bandagen und ärztlich verordneten Gehstützen, die wegen akuter Erkrankung oder unfallbedingt erforderlich sind.

Kostenersatz im Sinne von 5.1. a) bis f) wird aber insoweit geleistet, als unvorhergesehen ärztliche Hilfe im Aufenthaltsland zur Abwendung einer akuten Lebensgefahr oder zur Beseitigung erheblicher Schmerzzustände erforderlich ist.

5.3 Erstattet werden die nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen unter 5.1 zu 100 %.

5.4 Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – jeweils mit Beendigung des Auslandsaufenthaltes, spätestens nach einer Verweildauer von sechs Wochen im Ausland. Beginn und Ende einer jeden Auslandsreise sind vom Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers im Leistungsfall nachzuweisen. Ist die Rückreise bis zum vereinbarten Zeitpunkt aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungs-

fälle über den vereinbarten Zeitpunkt hinaus längstens um drei Monate.

5.5 In Abweichung von § 6 Teil I Abs. 4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen werden die Kosten für Übersetzungen vom Versicherer übernommen.

Abweichend von § 3 Teil I Abs. 2 und 3 entfallen bei Behandlung im Ausland die Wartezeiten. § 5 Teil II gilt nicht für Auslandsreisen.

5.6 Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf das Ausland. Kein Versicherungsschutz besteht in der Bundesrepublik Deutschland und in den Ländern, in denen die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat.

## B. Optionsrecht

Der Versicherungsnehmer kann bis zur Vollendung des 40. Lebensjahres bei Wegfall der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht oder des Anspruchs auf Familienversicherung hinsichtlich der betroffenen Person beantragen, die Ergänzungsversicherung nach Tarif 482 in Tarife der Krankheitskostenvollversicherung sowie der Krankentagegeld- und privaten Pflege-Pflichtversicherung umzustellen, sofern Versicherungsfähigkeit für diese Tarife besteht. Das Optionsrecht gilt nur innerhalb der ersten 10 Kalenderjahre nach Vertragsabschluss.

Dabei gelten folgende Regelungen

### 1. Umstellungszeitraum

Will der Versicherungsnehmer von seinem Optionsrecht Gebrauch machen, muss die Umstellung innerhalb von zwei Monaten nach Wegfall der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht oder des Anspruchs auf Familienversicherung beantragt werden. Sie wird dann im unmittelbaren Anschluss an den Wegfall der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht bzw. des Anspruchs auf Familienversicherung wirksam. Die im Tarif 482 ununterbrochen zurückgelegten Versicherungszeiten werden auf die Wartezeiten angerechnet.

### 2. Umfang der Option

Im Rahmen des gegebenen Tarifwerks kann die Umstellung folgenden Versicherungsschutz umfassen

- a) Krankheitskostenvollversicherung für
- ambulante Heilbehandlung
  - stationäre Heilbehandlung bei Unterkunft im Mehr-, Zwei- oder Einbettzimmer
  - Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie
- b) Krankentagegeld-Versicherung für
- Selbstständige ab dem 22. Tag
  - Arbeitnehmer ab dem 43. Tag

der Arbeitsunfähigkeit bis zur Höhe des auf den Kalendertag umgerechneten, aus der beruflichen Tätigkeit herrührenden Nettoeinkommens, maximal in Höhe des

# Tarifübersicht

## KRANKENVERSICHERUNG

GKV-Höchstkrankengeldes zum Zeitpunkt der Umstellung.

c) Pflege-Pflichtversicherung nach § 23 SGB XI.

Die Vorversicherungszeiten aus der Option werden nicht auf die Pflege-Pflichtversicherung gemäß § 110 Abs. 3 SGB XI angerechnet.

Sieht ein Tarif Leistungsbegrenzungen in den ersten Versicherungsjahren vor, so gilt hierfür der Umstellungszeitpunkt als Versicherungsbeginn. Für berufsspezifische Zuschläge sind die zum Zeitpunkt der Optionsausübung geltenden Annahmerichtlinien des Versicherers maßgebend.

Sofern Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (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.

### Tarif 31-39: Krankentagegeld-Versicherungen

Versicherungsfähig nach Tarif 33 sind Personen, die ihren Beruf als Selbstständige gemäß § 1 Teil II Abs. 1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen ausüben und einer der folgenden Berufsgruppen angehören

- a) Selbstständiges Handwerk
- b) Freie Berufe gemäß § 18 Abs. 1 Ziffer 1 Einkommensteuergesetz (EStG)

#### Leistungen

Das Krankentagegeld wird in der vereinbarten Höhe vom ersten Leistungstag an für jeden Tag der weiteren völligen Arbeitsunfähigkeit – auch für Sonn- und Feiertage – gezahlt.

Das Krankentagegeld kann in Stufen von 1 Euro abgeschlossen werden.

#### Erster Leistungstag ist

bei Tarif 31	der	8. Tag	(7 Tage Karenzzeit)
bei Tarif 33	der	11. Tag	(10 Tage Karenzzeit)
bei Tarif 32	der	15. Tag	(14 Tage Karenzzeit)
bei Tarif 36	der	22. Tag	(21 Tage Karenzzeit)
bei Tarif 34	der	29. Tag	(28 Tage Karenzzeit)
bei Tarif 37	der	43. Tag	(42 Tage Karenzzeit)
bei Tarif 38	der	92. Tag	(91 Tage Karenzzeit)
bei Tarif 39	der	183. Tag	(182 Tage Karenzzeit)
bei Tarif 35	der	365. Tag	(364 Tage Karenzzeit)
der Arbeitsunfähigkeit.			

Im Falle einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung wird im Tarif 33 spätestens ab dem 6. Tag des Krankenhausaufenthalts geleistet.

Die Karenzzeit gilt für jeden Versicherungsfall neu.

In Tarifstufen mit einer Karenzzeit von 42 Tagen und länger werden Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit, die der Arbeitgeber bei Arbeitnehmern bei der Fortzahlung des Entgelts berechtigterweise zusammenrechnet, auch hinsichtlich der Karenzzeit zusammengerechnet. Für Selbstständige gilt diese Bestimmung sinngemäß.

### Tarif 520-529: Zahnkosten-Versicherung

#### Leistungen

Die Aufwendungen für medizinisch notwendige Zahnbehandlung, Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung werden in Prozent der Rechnungsbeträge wie folgt erstattet

Tarif	529*	520*	528	527	526	525	524	523	522	521
Erstattungsprozensatz	100/80	100/60	70	50	45	40	35	30	25	20

- \*100 % Kostenerstattung für Zahnbehandlung gem. § 4 Teil II Abs. 4 1. der Allgemeinen Versicherungsbedingungen
- 80 % (Stufe 529) bzw.
- 60 % (Stufe 520) Kostenerstattung für Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierungen gem. § 4 Teil II Abs. 4 2. und 3. der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Für die erstattungsfähigen Aufwendungen (Rechnungsbeträge) gelten folgende Höchstbeträge

- 1.025 Euro im 1. Jahr
- 2.050 Euro im 2. Jahr
- ab dem 3. Jahr unbegrenzt, jeweils ab Versicherungsbeginn gerechnet.

Die Höchstbeträge entfallen für erstattungsfähige Aufwendungen, die auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

## Tarif 540 - 549: Zahnkosten-Versicherung

### Leistungen

- Die Aufwendungen für medizinisch notwendige Zahnbehandlung, Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung werden in Prozent der Rechnungsbeträge wie folgt erstattet

Tarif	549*	540*	548	547	546	545	544	543	542	541
Erstattungsprozent	100/80	100/60	70	50	45	40	35	30	25	20

- \*100 % Kostenerstattung für Zahnbehandlung gem. § 4 Teil II Abs. 4 1. der Allgemeinen Versicherungsbedingungen  
 80 % (Stufe 549) bzw.  
 60 % (Stufe 540) Kostenerstattung für Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierungen gem. § 4 Teil II Abs. 4 2. und 3. der Allgemeinen Versicherungsbedingungen
- Zahnbehandlung** gem. § 4 Teil II Abs. 4 1. der Allgemeinen Versicherungsbedingungen: Für die erstattungsfähigen Aufwendungen (Rechnungsbeträge) gelten **keine Höchstbeträge**.
  - Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung** gem. § 4 Teil II Abs. 4 2. und 3. der Allgemeinen Versicherungsbedingungen: Für die erstattungsfähigen Aufwendungen (Rechnungsbeträge) gelten folgende Höchstbeträge

im 1. Jahr	1.025 €	im 6. Jahr	6.150 €
im 2. Jahr	2.050 €	im 7. Jahr	7.175 €
im 3. Jahr	3.075 €	im 8. Jahr	8.200 €
im 4. Jahr	4.100 €	im 9. Jahr	9.225 €
im 5. Jahr	5.125 €	ab 10. Jahr	unbegrenzt,
jeweils ab Versicherungsbeginn gerechnet.			

Die Höchstbeträge entfallen für erstattungsfähige Aufwendungen, die auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

## Tarif 68: Pflegekosten-Versicherung

Ergänzung zur privaten und sozialen Pflege-Pflichtversicherung

Nach diesem Tarif können nur Personen versichert werden, die in der Pflege-Pflichtversicherung nach den Vorschriften des Elften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB XI) versichert oder versicherungspflichtig sind.

Es gelten folgende Tarifstufen

Tarifstufe	681	682	683	684	685	686	687	688	689	680
Erstattungsprozent	20	40	60	80	100	120	140	160	180	200

### Leistungen

#### 1. Kostenerstattung

Die Kostenerstattung der privaten oder sozialen Pflege-Pflichtversicherung bei Aufwendungen für die Leistungsarten

- häusliche Pflegehilfe
- häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson
- Pflegehilfsmittel und technische Hilfen
- teilstationäre Pflege
- Kurzzeitpflege
- vollstationäre Pflege

wird je Leistungsart und Kalendermonat entsprechend der versicherten Tarifstufe um 20 % bis 200 % erhöht. Der gesamte Leistungsbetrag einschließlich der Leistungen der privaten oder sozialen Pflege-Pflichtversicherung ist auf 100 % der erstattungsfähigen Kosten begrenzt. Bei stationärer Pflege zählen zu den erstattungsfähigen Kosten auch die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie besondere Komfortleistungen und zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen.

#### 2. Pflegegeld

Erhält der Versicherte durch die private oder soziale Pflege-Pflichtversicherung ein Pflegegeld, so wird dieser Betrag entsprechend der versicherten Tarifstufe um 20 % bis 200 % erhöht.

Erfolgt keine Vorleistung der Pflege-Pflichtversicherung, so entfällt auch eine Erstattung nach diesem Tarif. Ein Leistungsanspruch besteht jedoch auch dann, wenn bei der Pflege-Pflichtversicherung im Gegensatz zum vorliegenden Pflegekostentarif noch Wartezeiten bestehen. In diesen Fällen wird eine Vorleistung in dem Umfang angerechnet, auf den bei Leistungspflicht der Pflege-Pflichtversicherung Anspruch bestehen würde.

Beihilfe- oder Heilfürsorgeberechtigte erhalten die Leistungen, die eine nicht beihilfe- oder heilfürsorgeberechtigte Person bei gleicher versicherter Tarifstufe erhalten würde.

Zum Nachweis der Vorleistung durch die Pflege-Pflichtversicherung, die Heilfürsorge oder Beihilfe sind Originalrechnungen oder Duplikate mit einer Bestätigung des anderen Kostenträgers über die gezahlten Leistungen einzureichen. Die Belege müssen ausreichend spezifiziert sein, sie sollen insbesondere den Leistungsbetrag, Art und Datum der Leistung enthalten.

### Tarif 69: Pflagestagegeld-Versicherung

Ergänzung zur privaten und sozialen Pflege-Pflichtversicherung

Nach diesem Tarif können nur Personen versichert werden, die in der Pflege-Pflichtversicherung nach den Vorschriften des Elften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB XI) versichert oder versicherungspflichtig sind.

Der Pflagestagegeld-Tarif kann in Stufen von 1 Euro abgeschlossen werden.

#### Leistungen

Das Pflagestagegeld wird bei Pflegebedürftigkeit in der vereinbarten Höhe für jeden Tag der notwendigen vollstationären Pflege unabhängig von der Pflegestufe gezahlt. Wird vollstationäre Pflege gewählt, obwohl diese nicht notwendig ist, werden in Pflegestufe III 100 %, in Pflegestufe II und I 50 % des versicherten Tagegeldes gezahlt. Ein Anspruch entsteht jedoch frühestens nach Ablauf der Wartezeit und nach ärztlicher Feststellung der Pflegebedürftigkeit.

Voraussetzung ist, dass eine Leistung der Pflege-Pflichtversicherung erfolgt. Ein Leistungsanspruch besteht jedoch auch dann, wenn bei der Pflege-Pflichtversicherung im Gegensatz zum vorliegenden Pflagestagegeld-Tarif noch Wartezeiten bestehen, aber alle sonstigen Leistungsvoraussetzungen erfüllt wären.

Die vollstationäre Pflege muss dem Versicherer durch Vorlage des Einstufungsbescheides der Pflege-Pflichtversicherung oder des vom Versicherer beauftragten ärztlichen Dienstes nachgewiesen werden. Der Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit ist unverzüglich dem Versicherer anzuzeigen.

#### Leistungsanpassung

Der Versicherer ermittelt spätestens alle drei Jahre die durchschnittlichen Kosten für die vollstationäre Pflege. Bei einem Anstieg von mindestens 10 % gegenüber den der letzten Leistungsanpassung zu Grunde liegenden Durchschnittskosten wird das vereinbarte Pflagestagegeld entsprechend angepasst, sofern die nachfolgend aufgeführten Voraussetzungen erfüllt sind

- Während der letzten 24 Monate vor der Leistungsanpassung bestand eine Versicherung nach Tarif 69 und in dieser Zeit hat sich die vereinbarte Tarifstufe nicht geändert.
- Das hinzu kommende Pflagestagegeld wird auf volle 1 Euro aufgerundet.

Die Höherstufung wird ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeit vorgenommen. Der für den bisherigen Versicherungsschutz nach Tarif 69 vereinbarte Beitragszuschlag und sonstige vereinbarte besondere Bedingungen gelten entsprechend für die Höherstufung.

Der Beitrag für das hinzu kommende Pflagestagegeld wird nach dem im Jahr der Leistungsanpassung erreichten Lebensalter der versicherten Person berechnet.

Die Ermittlung der Kostensteigerung und die Festlegung der Höherstufung erfolgt nach einem in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Verfahren und mit Zustimmung des Treuhänders.

Das hinzu kommende Pflagestagegeld gilt vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Leistungsanpassung an auch für laufende Versicherungsfälle.

Die Leistungsanpassung gilt als vom Versicherungsnehmer angenommen, wenn er sie nicht spätestens einen Monat nach Wirksamwerden schriftlich abgelehnt hat.

Hat der Versicherungsnehmer zwei aufeinander folgende Leistungsanpassungen abgelehnt, erlischt der Anspruch auf künftige Leistungsanpassungen; er kann jedoch mit Zustimmung des Versicherers neu begründet werden.

### Tarif: PVN, PVB Pflege-Pflichtversicherung

Für die Pflege-Pflichtversicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflege-Pflichtversicherung (Bedingungsteil MB/PPV 1996 und Tarif PV).

### **Ergänzende Verbraucherinformation**

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

Die Tarife der privaten Krankenversicherung sind auf Basis der zum Zeitpunkt der Kalkulation bekannten Verhältnisse im Gesundheitswesen berechnet und garantieren – bei unveränderter Kostensituation – auch bei zunehmendem Alter konstante Beiträge. In der Vergangenheit hat jedoch die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen immer wieder zu Beitragssteigerungen geführt, die auch zukünftig nicht ausgeschlossen werden können. Das Ausmaß wird dabei u. a. vom Stand der Forschung und Entwicklung im medizinischen Bereich, aber auch von der allgemeinen Lohnentwicklung sowie von der durchschnittlichen Lebenserwartung abhängen und kann heute noch nicht sicher prognostiziert oder kalkulatorisch berücksichtigt werden.

Derartige Entwicklungen sind auch für die freiwillige Pflegekostenversicherung nicht auszuschließen. Sichere Voraussagen über das zukünftige Kostenniveau für die häusliche und stationäre Pflege sind – auch nach Einführung der Pflege-Pflichtversicherung zum 1.1.1995 – daher heute gleichfalls nicht möglich.

Durch das Zusammenwirken mehrerer der oben beschriebenen Faktoren können die erforderlichen Beitragssteigerungen, die zur Erfüllung der tariflichen Leistungszusage auf das jeweils erreichte Alter bezogen werden müssen, speziell für ältere Versicherte auch deutlich über der allgemeinen Kostenentwicklung liegen.

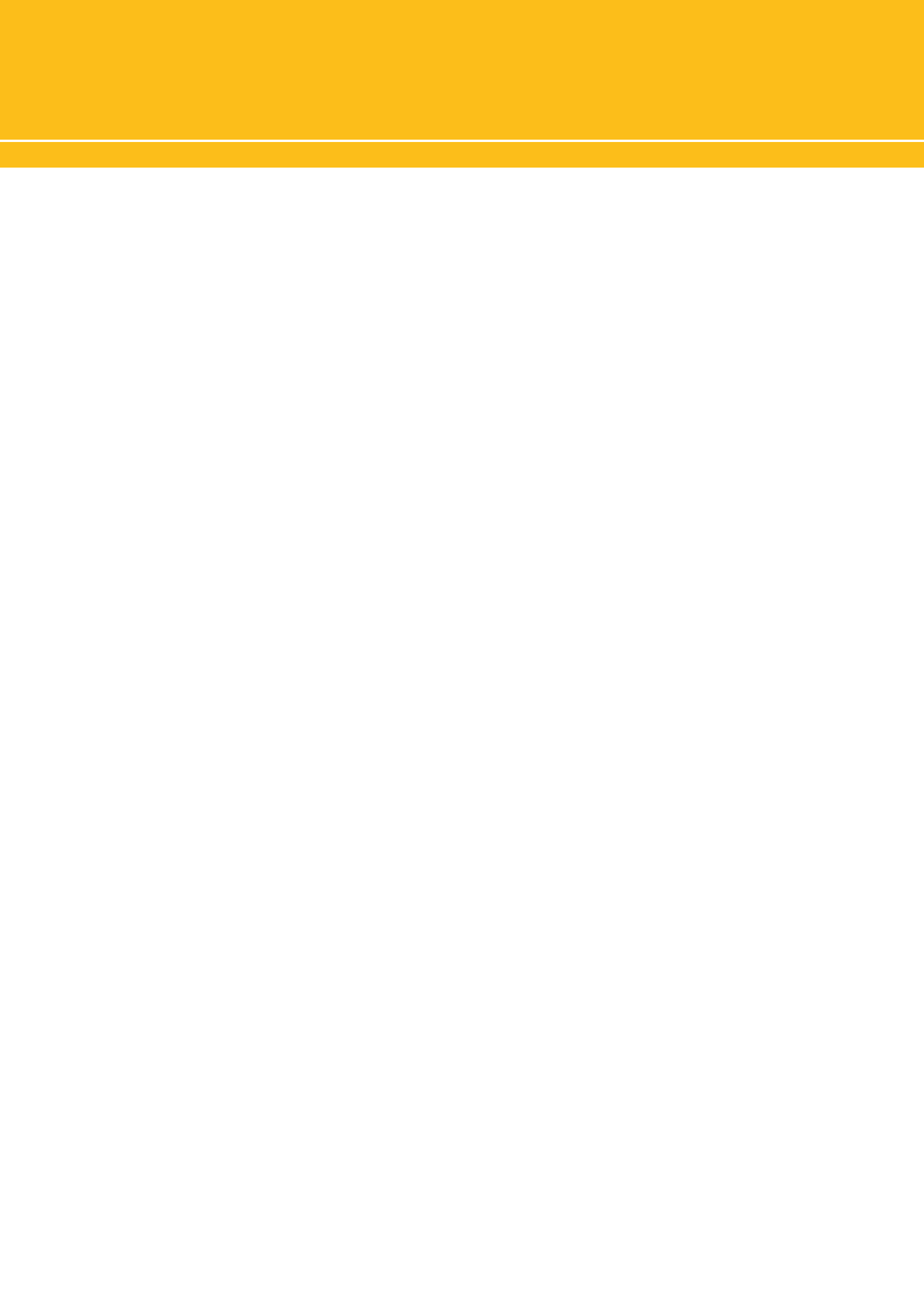
Um eine mögliche Belastung im Alter zu begrenzen, wurden daher auch von uns bereits Vorkehrungen getroffen: Mit zusätzlichen Rückstellungen aus Überschüssen werden Anwartschaften auf Beitragsermäßigungen im Alter finanziert. Gegebenenfalls können Sie auch durch den Wechsel in eventuell leistungsschwächere Tarife den Beitrag reduzieren.

In der Krankenvollversicherung wird darüber hinaus ein brancheneinheitlicher Standard-Tarif angeboten, dessen Beitrag – bei reduzierten Leistungen – auf den durchschnittlichen Höchstbeitrag der GKV begrenzt ist. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist ab dem vollendeten 55. Lebensjahr in der Regel kaum möglich.

Um einer möglichen Beitragsbelastung im Alter vorzubeugen, können Sie in der Voll- wie in der Zusatzversicherung zusätzlich auch selbst Vorsorge treffen: In jungen Jahren ermöglichen bereits geringe Sparbeiträge eine beachtliche Kapitalreserve für das Alter. Wir bieten Ihnen z. B. die Möglichkeit, in Form einer Kapitallebens- oder Rentenversicherung bei der ARAG Lebensversicherungs-AG individuell vorzusorgen.

# Tarifübersicht

KRANKENVERSICHERUNG



Herausgeber: ARAG Krankenversicherungs-AG  
Prinzregentenplatz 9, 81675 München  
Telefon +49 (0) 89 41 24 - 02, Fax +49 (0) 89 41 24 - 25 25  
E-Mail [service@ARAG.de](mailto:service@ARAG.de)

[www.ARAG.de](http://www.ARAG.de)