

Krankheitskosten-Zusatzversicherung für Mitarbeiter von Firmen (Firmentarife-Einzelversion)

Stand: 01.01.2018

Stationäre Heilbehandlung	Tarife	SG1F/SG2F
Hilfsmittel – Kur – Ausland	Tarif	WGF
Zahnersatz	Tarife	ZG3F/ZH4F/ZG5F/ZG7F
Zahnbehandlung	Tarif	ZGBF
Naturheilverfahren	Tarif	NHF
Kostenerstattung bei Arzt oder Zahnarzt	Tarife	AGF/AGZF
Vorsorge – Impfungen – Präventionskurse	Tarif	VF
Krankenhaustagegeld	Tarif	10F
Krankentagegeld	Tarif	TG6F

Tarife SG1F/SG2F

Versicherungsleistungen

Der Versicherer erstattet im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

- falls Krankenhausleistungen nach der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) berechnet sind: bei Inanspruchnahme

eines **Ein-** oder **Zweibett-**Zimmers aus dem Tarif SG1F

Zweibett-Zimmers aus dem Tarif SG2F

100 % der Kosten für gesondert berechnete Unterkunft und für gesondert berechnete ärztliche Leistungen.

Diese Erstattung erfolgt auch dann, wenn die gesetzliche Krankenkasse keine Leistungen erbringt oder die Versicherung bei der gesetzlichen Krankenkasse geendet hat. Kürzt die gesetzliche Krankenkasse ihre Leistungen, weil der Versicherte ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus aufsucht, so wird der Kürzungsbetrag erstattet.

- falls Krankenhausleistungen nicht nach der BpflV bzw. dem KHEntG berechnet sind:

bei Belegung eines **Ein-** oder **Zweibett-**Zimmers aus dem Tarif SG1F

bei Belegung eines **Zweibett-**Zimmers aus dem Tarif SG2F

nach Vorleistung durch einen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung **100 %** des verbleibenden Rechnungsbetrages für Pflegekosten (Unterkunft, Pflege und Verpflegung), Arzt- und Operationskosten, Sonderentgelte, Kosten der Belegärzte, Hebammen, Entbindungspfleger und eines notwendigen Hin- und Rücktransports zum nächstgelegenen Krankenhaus.

Erbringt die gesetzliche Krankenkasse keine Leistungen oder hat die Versicherung bei der gesetzlichen Krankenkasse geendet, so wird anstelle der Kostenerstattung, unabhängig von der Wahl eines Zimmers mit ein, zwei oder mehr Betten ein Krankenhaustagegeld in Höhe von

EUR 48,- aus dem Tarif SG1F

EUR 36,- aus dem Tarif SG2F

gezahlt.

Zusätzlich gilt für Tarif SG1F:

Zu den ärztlichen Leistungen gehören auch ärztliche Liquidationen, denen eine von der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte abweichende, sachlich und rechtlich begründete Vereinbarung über die Höhe der Vergütung zugrunde liegt. Bei stationärer Heilbehandlung im Ausland gilt dieses auch bei Überschreitung des Gebührenrahmens ohne nähere Begründung.

Zusätzlich gilt für Tarif SG2F:

Erfolgt die Behandlung in einem Einbett-Zimmer, so gelten die Erstattungsgrundsätze für den Teil des Rechnungsbetrages, der einen Selbstbehalt von EUR 30,- je Krankenhaustag übersteigt.

- Neben der Kostenerstattung wird bei Inanspruchnahme eines Zimmers mit **mehr als zwei Betten** ein Krankenhaustagegeld in Höhe von

EUR 30,- aus dem Tarif SG1F

EUR 18,- aus dem Tarif SG2F

oder bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung

EUR 18,- aus dem Tarif SG1F

EUR 18,- aus dem Tarif SG2F

gezahlt.

Bei Inanspruchnahme eines Zimmers mit **mehr als zwei Betten** und bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung wird anstelle der Kostenerstattung ein Krankenhaustagegeld in Höhe von

EUR 48,- aus dem Tarif SG1F

EUR 36,- aus dem Tarif SG2F

gezahlt.

- Die Beträge für die unter bestimmten Voraussetzungen vorgesehenen Krankenhaustagegelder und die betragsmäßig festgelegten Leistungsgrenzen des Tarifs werde mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders der Entwicklung der Kostenverhältnisse angepasst.

Die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung des gesunden Säuglings sind bei Nachversicherung gemäß § 2 (2) MB/KK 2009 im Rahmen der Tarifbedingungen eingeschlossen.

Option

1. Einbeziehung der Option

Die nachfolgenden Besonderen Bedingungen sind Teil des Versicherungsverhältnisses mit der versicherten Person, wenn der Versicherer die Geltung der Besonderen Bedingungen nach einer Risikoprüfung der versicherten Person bestätigt. Die Bestätigung kann von der Zahlung eines Risikozuschlages abhängig gemacht werden.

Besondere Bedingungen

Entfällt für eine versicherte Person bis zum Alter von 40 Jahren die Versicherungspflicht oder die Familienversicherung (ohne dass Versicherungspflicht eintritt) in der gesetzlichen Krankenversicherung, besteht für die versicherte Person das Recht, das Versicherungsverhältnis ohne erneute Gesundheitsprüfung und unter Anrechnung von Wartezeiten in Tarife der Krankheitskostenvollversicherung, der Krankentagegeldversicherung und der Pflegepflichtversicherung umzustellen, in denen sie zu diesem Zeitpunkt versicherungsfähig ist. Hierfür ist es erforderlich, dass die Umstellung spätestens 2 Monate nach dem Wegfall der Versicherungspflicht oder der Familienversicherung beantragt wird und sich der beantragte Umstellungstermin unmittelbar an den Wegfall der Versicherungspflicht oder der Familienversicherung anschließt. In der Krankentagegeldversicherung gilt zusätzlich, dass eine Umstellung bis zu 130 % des zum Umstellungszeitpunkt maßgebenden höchsten Krankentagegeldes der gesetzlichen Krankenversicherung möglich und eine Umstellung in den Tarif TA 2 (Karenzzeit von 2 Wochen) ausgeschlossen ist.

Die Besonderen Bedingungen gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, die Krankentagegeldversicherung und die private Pflegepflichtversicherung, jeweils bestehend aus Teil I Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009, MB/KT 2009, MB/PPV 2009) und Teil II Tarifbedingungen.

Tarif WGF

Versicherungsleistungen

Der Versicherer erstattet im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

1. Brillen/Kontaktlinsen

100 % des nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibenden Rechnungsbetrages bis zu 170,- EUR für Brillen bzw. Kontaktlinsen.

Erfolgt keine Leistung durch die gesetzliche Krankenversicherung, werden 100 % des Rechnungsbetrages bis zu 170,- EUR erstattet.

Abweichend von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (siehe 5. c) zu § 4 (3) MB/KK 2009) besteht der Anspruch auf Erstattung im Abstand von 36 Monaten oder einmal jährlich bei einer Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien.

2. Große Hilfsmittel

100 % des nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibenden Rechnungsbetrages, insgesamt jedoch nicht mehr als 550,- EUR jährlich.

Erfolgt keine Leistung durch die gesetzliche Krankenversicherung, entfällt auch eine Erstattung nach diesem Tarif. Nicht zu den verbleibenden Aufwendungen gehören gesetzlich festgelegte Zuzahlungen.

Als große Hilfsmittel gelten Hörgeräte, Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf), Insulinpumpen, Schlafapnoegeräte (CPAP-Geräte), Kunstglieder, orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate einschließlich Sitz- und Liegeschalen, Krankenfahrräder, Miet- und Sachnebenkosten lebenserhaltender Hilfsmittel (wie z. B. Atem-/Herzfrequenzmonitor, Heimdialysegeräte, Sauerstoffkonzentrator).

3. Kurtagegeld

14,- EUR je Tag, wenn und solange die gesetzliche Kranken- oder Rentenversicherung bei stationärer Kur-, Rehabilitations- oder Sanatoriumsbehandlung leistet. Bei Anschlussheilbehandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen, die in ihrer Ausgestaltung einer Krankenhausbehandlung entsprechen, erfolgt keine Leistung.

4. Kosten bei kurzfristigen Auslandsreisen

Bei kurzfristigen Auslandsreisen für die Dauer bis längstens 45 Tage bei unvorhergesehener Erkrankung oder Unfall die bei Heilbehandlung im Ausland entstehenden Kosten. Erstattungsfähig sind hierbei Aufwendungen für

- Arzt und Facharzt, der nach dem für das jeweilige Aufenthaltsland geltenden Recht zur Heilbehandlung zugelassen ist;
- Wegegebühren des Arztes;
- Operation sowie Assistenz und Narkose;
- Röntgendiagnostik und Strahlentherapie;
- Arznei, Verbands- und Heilmittel;
- stationäre Heilbehandlung in einem Krankenhaus.

Dauert der Krankenhausaufenthalt länger als 14 Tage, organisiert der Versicherer auf Antrag des Versicherten/Versicherungsnehmers oder eines Beauftragten die Reise eines Ehegatten oder eines Verwandten 1. oder 2. Grades zum Ort des Krankenhausaufenthaltes und von dort zurück zum Wohnort und übernimmt die erforderlichen Kosten für das Transportmittel. Die Kosten des Aufenthaltes sind nicht versichert.

Können die versicherten Personen infolge Erkrankung oder Todesfall auf einer Reise nicht mehr für die mitreisenden und mitversicherten Kinder im Alter bis zu 15 Jahren sorgen, organisiert der Versicherer auf Antrag des Versicherten/Versicherungsnehmers oder eines Beauftragten die Rückreise der Kinder – soweit erforderlich auch für eine Begleitperson inklusive Kostenübernahme – und übernimmt die gegenüber der ursprünglich geplanten Rückreise entstehenden erforderlichen Mehrkosten;

- den Transport zur stationären Heilbehandlung in das nächsterreichbare Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt durch anerkannte Rettungsdienste;
- zahnärztliche Behandlung, und zwar Maßnahmen zur Schmerzbesitzung sowie notwendige Zahnfüllungen in einfacher Ausführung; ferner akut notwendig werdende Reparaturen von Zahnersatz zur Wiederherstellung der Kaufähigkeit. Nicht erstattungsfähig ist die Neuanfertigung von Zahnersatz;
- einen medizinisch notwendigen Rücktransport aus dem Ausland nach Deutschland. Medizinisch notwendig ist ein Rücktransport dann, wenn aufgrund der Erkrankung eine ausreichende Behandlung im Ausland nicht durchgeführt werden kann und die Erkrankung anschließend im Inland stationär weiterbehandelt wird. Der Rücktransport muss in das Krankenhaus am ständigen, vor Beginn der Reise vorhandenen Wohnsitz oder in das von dort nächsterreichbare Krankenhaus erfolgen. Die notwendigen Kosten für eine mitversicherte Begleitperson werden ebenfalls übernommen.

Der medizinisch notwendige Rücktransport nach Deutschland wird auch vom Versicherer organisiert;

- beim Tod die notwendigen Kosten einer Bestattung im Ausland oder einer Überführung des Verstorbenen an seinen ständigen Wohnsitz in Deutschland bis zu 12.000,- EUR.

Die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle verlängert sich über den vereinbarten Zeitraum hinaus, solange die Rückreise aus medizinischen Gründen nicht möglich ist. Die Leistungen werden ohne Vorleistung durch die gesetzliche Krankenversicherung erbracht. Besteht jedoch Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, so werden diese auf den Erstattungsbetrag angerechnet.

Nicht erstattet werden Aufwendungen für Hilfsmittel und Heilpraktiker.

Die Wartezeiten entfallen. Ebenso entfällt die Begrenzung der Leistungspflicht durch die gültige amtliche deutsche Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte.

Das Kurtagegeld und die betragsmäßig festgelegten Leistungsgrenzen des Tarifs werden mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders der Entwicklung der Kostenverhältnisse angepasst.

Assistance-Leistungen bei Notfällen im Ausland

Bei Notfällen ist der Versicherer für Anrufe aus dem Ausland unter der Telefonnummer

+49 711 – 9952 20 01

Tag und Nacht erreichbar.

Auf Anfrage leistet der Versicherer folgende Hilfestellungen:

- Information über Möglichkeiten ärztlicher Versorgung;
- Benennung eines Arztes vor Ort;
- Kontaktaufnahme zum jeweiligen Hausarzt;
- Organisation des Informationsaustausches zwischen den beteiligten Ärzten, insbesondere zwischen den Krankenhausärzten und dem Hausarzt;
- Benachrichtigung der Angehörigen und/oder des Arbeitgebers;
- Organisation des medizinisch notwendigen Rücktransportes nach Deutschland sowie bei Tod des Versicherten Organisation und Überführung zum Bestattungsort in Deutschland bzw. Organisation der Bestattung im Ausland.

Tarife ZG3F/ZH4F/ZG5F/ZG7F

Versicherungsleistungen

Der Versicherer erstattet im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen bei

1. Zahnersatz

für zahnärztliche persönliche Leistungen sowie für besonders berechnete zahntechnische Laborleistungen

im Tarif ZG3F **30 %** des Rechnungsbetrages,

im Tarif ZH4F **40 %** des Rechnungsbetrages,

im Tarif ZG5F **50 %** des Rechnungsbetrages,

im Tarif ZG7F **70 %** des Rechnungsbetrages,

zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung jedoch nicht mehr als 90 % des Rechnungsbetrages.

Als Zahnersatz gelten Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stiftzähne, Implantate und die Wiederherstellung der Funktion des Zahnersatzes (Reparaturen). Leistungen für Implantate sind erstattungsfähig, wenn dies vom Versicherer vor Beginn der Behandlungsmaßnahme aufgrund eines Heil- und Behandlungsplans schriftlich zugesagt wurde.

Im Tarif ZH4F gelten auch Inlays als Zahnersatz.

Der erstattungsfähige Rechnungsbetrag ist in den ersten beiden Kalenderjahren auf insgesamt 3.000,- EUR, in den ersten vier Kalenderjahren auf insgesamt 6.000,- EUR begrenzt.

Die Begrenzung entfällt danach. Die Höchstbeträge der ersten zwei bzw. vier Kalenderjahre und die Wartezeiten gelten nicht für erstattungsfähige Aufwendungen, die auf einen Unfall zurückzuführen sind.

2. Behandlung durch den Heilpraktiker

im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes 40 % des Rechnungsbetrages im Rahmen der Höchstsätze der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte im Tarif ZH4F. In den Tarifen ZG3F, ZG5F, ZG7F können Heilpraktiker nicht in Anspruch genommen werden.

Tarif ZGBF

Versicherungsleistungen

Der Versicherer erstattet im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen bei zahnärztlicher Heilbehandlung für:

1. Kunststofffüllungen und Inlays

jeweils 80 % des nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung oder des Basistarifs (§ 152 VAG) verbleibenden Rechnungsbetrages.

Der erstattungsfähige Rechnungsbetrag ist für Kunststofffüllungen und Inlays zusammen in den ersten beiden Kalenderjahren auf insgesamt 500,- EUR, in den ersten vier Kalenderjahren auf insgesamt 1.000,- EUR begrenzt.

Erbringt die gesetzliche Krankenversicherung oder der Basistarif nachweislich keine Vorleistung beträgt der Erstattungsbetrag 70 %, die Begrenzungen des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages gemäß Satz 2 gelten entsprechend.

2. zahnprophylaktische Leistungen

(z. B. Professionelle Zahnreinigung)

100 % des Rechnungsbetrages bis zu 70,- EUR im Kalenderjahr. Die Wartezeit entfällt.

3. die Gesamtkosten kieferorthopädischer Behandlungen bei Kindern mit einem Eintrittsalter

- von bis zu 6 Jahren
100 % des Rechnungsbetrages bis zu 1.500,- EUR,
- von 7 bis 9 Jahren
100 % des Rechnungsbetrages bis zu 1.000,- EUR,
- ab 10 Jahren
100 % des Rechnungsbetrages bis zu 500,- EUR

zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung oder des Basistarifs jedoch nicht mehr als 100 % des Rechnungsbetrages.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlungen, wenn das Kind vor Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Wartezeiten gelten nicht für erstattungsfähige Aufwendungen, die auf einen Unfall zurückzuführen sind. Bei Kunststofffüllungen und Inlays entfallen dann zudem die Höchstbeträge der ersten zwei bzw. vier Kalenderjahre.

Betragsmäßig oder prozentual festgelegte Leistungsgrenzen des Tarifs werden mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders der Entwicklung der Kostenverhältnisse angepasst.

Tarif NHF

Versicherungsleistungen

Der Versicherer zahlt im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für

Naturheilverfahren

100 % des Rechnungsbetrags für ambulante Heilbehandlungen durch Ärzte oder Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes einschließlich der im Zusammenhang mit den Naturheilverfahren verordneten Aufwendungen für Arznei-, Heil- und Verbandmittel bis zu kalenderjährlich insgesamt 1.000,- EUR. Die Erstattung ist im ersten Kalenderjahr auf insgesamt 100,- EUR, im zweiten Kalenderjahr auf insgesamt 200,- EUR begrenzt. Aufwendungen für Ärzte sind im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte, Aufwendungen für Heilpraktiker im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker erstattungsfähig. Arzneimittel müssen aus der Apotheke bezogen werden.

Als Naturheilverfahren gelten solche des Hufelandverzeichnisses in der jeweils gültigen Fassung.

Vorrang anderer Versicherungsleistungen

Sind Naturheilverfahren durch die Mitgliedschaft bei der gesetzlichen Krankenversicherung oder durch ein Versicherungsverhältnis im Basistarif (§ 152 VAG) oder durch eine beim Versicherer bestehende Krankheitskosten-Zusatzversicherung mitversichert, gehen diese Leistungsansprüche den Leistungsansprüchen aus dem Tarif NHF vor und sind zuerst bei dem jeweiligen Kostenträger geltend zu machen.

Nachrang anderer Versicherungsleistungen

Leistungsansprüche aus einer beim Versicherer bestehenden Krankheitskosten-Vollversicherung gehen den Leistungsansprüchen aus dem Tarif NHF nach, so dass der Versicherer für erstattungsfähige Aufwendungen zuerst aus dem Tarif NHF und dann – soweit ein verbleibender Rechnungsbetrag erstattungsfähig ist – tariflich aus der Krankheitskosten-Vollversicherung leistet.

Betragsmäßig festgelegte Leistungsgrenzen des Tarifs werden mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders der Entwicklung der Kostenverhältnisse angepasst.

- Anthroposophische Medizin
- Ayurveda
- Bioenergetische Medizin
- Eigenblutbehandlungen
- Enzymtherapie
- Ernährungstherapie – komplementäre Allergiebehandlung
- Feldenkrais-Methode
- Homöopathie und Therapien mit Arzneimitteln, die nach HAB hergestellt werden
- Hyperthermie
- Kinesiologie
- Lüscher-Color-Test
- Mikrobiologische Therapie
- Neuraltherapie
- Organotherapie
- Orthomolekulare Therapie
- Osteopathie
- Physikalische Therapie
- Phytotherapie
- Proteomik – Funktionelle Proteomik nach CEIA
- Sauerstofftherapien
- Traditionelle Chinesische Medizin (TCM)
- Thermographie
- Umweltmedizin

Tarif AGF

Versicherungsleistungen

Der Versicherer erstattet nach Vorleistung durch einen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen bei ambulanter Heilbehandlung wegen Krankheit, Unfall, Schwangerschaft, Entbindung und Fehlgeburt für

- ärztliche Leistungen (Beratungen, Hausbesuche, Verrichtungen und Operationen) einschließlich Wegegelder des Arztes,
- Röntgendiagnostik, Laboruntersuchung und Strahlentherapie,
- Arzneien, Verbandsmittel, Heilmittel,
- Leistungen der Hebamme und des Entbindungspflegers,
- Vorsorgeuntersuchungen

80 % des verbleibenden Rechnungsbetrages.

Zu den verbleibenden Aufwendungen gehören auch die gesetzlich festgelegten Zuzahlungen sowie die wegen der Wahl der Kostenerstattung von der gesetzlichen Krankenkasse erhobenen Abschläge, nicht jedoch die Aufwendungen, die auf einem mit der gesetzlichen Krankenkasse vereinbarten Selbstbehalt beruhen.

Übersteigen die nach Vorleistung durch die gesetzliche Krankenversicherung verbleibenden erstattungsfähigen Rechnungsbeträge eines Kalenderjahres die Summe von 1.000,- EUR, so erfolgt für den darüber liegenden Anteil eine zusätzliche Vergütung von weiteren 20 %.

Sofern die gesetzliche Krankenkasse keine Leistungen erbringt oder die Versicherung bei der gesetzlichen Krankenkasse geendet hat, beträgt die Erstattung 40 % des Rechnungsbetrages. Heilpraktiker können nicht in Anspruch genommen werden.

Betragsmäßig festgelegte Leistungsgrenzen des Tarifs werden mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders der Entwicklung der Kostenverhältnisse angepasst.

Wartezeiten

In Abweichung zu § 3 Abs.2 und 3 MB/KK 2009 entfallen die Wartezeiten.

Tarif AGZF

Versicherungsleistungen

Der Versicherer erstattet nach Vorleistung durch einen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Kosten der Zahnbehandlung, der kieferorthopädischen Maßnahmen und der prophylaktischen Leistungen

80 % des verbleibenden Restbetrages.

Zu den verbleibenden Aufwendungen gehören auch die wegen der Wahl als Kostenerstattung von der gesetzlichen Krankenkasse erhobenen Abschläge, nicht jedoch die Aufwendungen, die auf einem mit der gesetzlichen Krankenkasse vereinbarten Selbstbehalt beruhen. Sofern die gesetzliche Krankenkasse keine Leistungen erbringt oder die Versicherung bei einer gesetzlichen Krankenkasse geendet hat, beträgt die Erstattung 40 % des Rechnungsbetrages.

Wartezeiten

In Abweichung zu § 3 Abs.2 und 3 MB/KK 2009 entfallen die Wartezeiten.

Der Tarif AGZF kann nur gemeinsam mit dem Tarif AGF bestehen. Fällt Tarif AGF fort, endet zum gleichen Zeitpunkt auch die Versicherung im Tarif AGZF.

Tarif VF

Versicherungsleistungen

A.

Der Versicherer erstattet im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen bis zu 100 % der Aufwendungen für

1. ambulante medizinische Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (Vorsorgeuntersuchungen), die von einem approbierten Arzt vorgenommen und nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bis zu deren Höchstsätzen abgerechnet werden.

Als Vorsorgeuntersuchung gilt auch eine sportmedizinische Untersuchung.

Gendiagnostische Untersuchungen sind von der Erstattung ausgenommen.

2. Schutzimpfungen entsprechend den Empfehlungen der Ständigen Impfkommision am Robert-Koch-Institut (STIKO). Unabhängig von einer bestehenden Empfehlung der STIKO werden Schutzimpfungen gegen Influenza, FSME und Tollwut erstattet.

Für Schutzimpfungen, die ausschließlich aus Anlass einer Auslandsreise vorgenommen werden, wird nicht geleistet.

3. Präventionskurse, die in ihrer inhaltlichen und qualitativen Ausgestaltung den Anforderungen von § 20 Abs.1 des Sozialgesetzbuches, fünftes Buch (SGB V), entsprechen. Kurse, die von der Zentralen Prüfstelle Prävention zertifiziert sind, erfüllen diese Voraussetzung. Dies ist vom Anbieter auf einer Teilnahmebescheinigung zu bestätigen.

B.

Der Versicherer stellt einen Beratungsservice für die medizinische und psychologische Beratung der Versicherten zur Verfügung. Die Beratung erfolgt anonym und kann telefonisch in Anspruch genommen werden.

Erstattungshöhe und -modalitäten

Die Erstattung für Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen ist begrenzt auf einen Höchstbetrag von insgesamt 400,- EUR je Kalenderjahr.

Erstattung für Präventionskurse erfolgt nach Vorlage einer Teilnahmebescheinigung über mindestens 80 % der Kurseinheiten und ist begrenzt auf maximal 100,- EUR je Kalenderjahr.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugeordnet, in dem sie angefallen sind, d. h. in dem die Untersuchung, Impfung oder die Teilnahme am Präventionskurs erfolgte.

Wartezeiten

In Abweichung zu § 3 Abs.2 und 3 MB/KK entfallen die Wartezeiten.

Betragsmäßig festgelegte Leistungsgrenzen des Tarifs können mit Zustimmung des unabhängigen mathematischen Treuhänders der Entwicklung der Kostenverhältnisse angepasst werden.

Bei einer Änderung von § 20 Abs. 1 SGB V oder des Zertifizierungsverfahrens der Zentralen Prüfstelle Prävention ist der Versicherer berechtigt, das tarifliche Leistungsversprechen hinsichtlich dieser Änderung zu überprüfen und, soweit erforderlich, nach Zustimmung des unabhängigen Treuhänders neu festzulegen. Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis in diesem Fall innerhalb von zwei Monaten nach der Änderung außerordentlich kündigen.

Tarif 10F

Versicherungsleistungen

Der Versicherer zahlt im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen im Versicherungsfall ein Krankenhaustagegeld.

Das Krankenhaustagegeld wird ohne Kostennachweis für jeden Tag einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung sowie einer stationären Entbindung oder Fehlgeburt gezahlt. Aufnahme- und Entlassungstag werden je als ein voller Tag gewertet.

Das Krankenhaustagegeld wird ungekürzt ausgezahlt. Es wird nicht auf Leistungen einer etwa bestehenden gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung angerechnet.

Das Krankenhaustagegeld muss mindestens EUR 10,- betragen.

Hinweis:

Die Tarife SG1F, SG2F, WGF, ZG3F, ZH4F, ZG5F, ZG7F, ZGBF, NHF, AGF, AGZF, VF und 10F gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung bestehend aus

Teil I: Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009),

Teil II: Tarifbedingungen.

Die monatliche Beitragsrate richtet sich nach dem erreichten Alter; maßgeblich ist das im jeweiligen Kalenderjahr vollendete Alter. Altersrückstellungen werden nicht gebildet.

Tarif TG6F

Versicherungsleistungen

Der Versicherer zahlt im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen ein Krankentagegeld – auch für Sonn- und Feiertage – wenn der Versicherte infolge einer Krankheit oder Unfallverletzung völlig (100 %ig) arbeitsunfähig ist.

Der Anspruch auf Krankentagegeld beginnt nach einer Karenzzeit von 6 Wochen, d. h. am 43. Tag ab Eintritt der Arbeitsunfähigkeit.

Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit, die ein Arbeitgeber bei der Fortzahlung des Entgeltes zusammenzählen darf, werden auch hinsichtlich der tariflichen Karenzzeit zusammengezählt.

In diesem Tarif sind versicherungsfähig alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen, die:

- bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind,
- gegen Entgelt in einem festen Arbeitsverhältnis mit Anspruch auf Lohnfortzahlung von sechs Wochen stehen,
- lohnsteuerepflichtig sind und
- bis unmittelbar vor Beginn der Versicherung im Gruppenversicherungstarif des Versicherers für Firmen, TG6F, versichert waren. Der Gruppenversicherungsvertrag muss durch die Firma beendet worden sein.

Das Krankentagegeld muss mindestens EUR 10,- und darf höchstens EUR 30,- betragen. Der Mindest- und Höchstbetrag des abschließbaren Krankentagegeldes kann mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders der allgemeinen Einkommensentwicklung angepasst werden.

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Tarif TG6.

Ergänzende Regelungen zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen

§ 1 Wer kann versichert werden?

(1) Nach den Tarifen SG1F, SG2F, WGF, ZG3F, ZH4F, ZG5F, ZG7F, ZGBF, NHF, AGF, AGZF, VF, und 10F können Personen versichert werden, die:

- einer gesetzlichen Krankenversicherung angehören,
- im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnen und
- bis unmittelbar vor Beginn der Versicherung in einem Gruppenversicherungstarif des Versicherers für Firmen versichert waren. Der Gruppenversicherungsvertrag muss durch die Firma beendet worden sein.

Der Basistarif (§ 152 VAG) ist der gesetzlichen Krankenversicherung gleichgestellt, außer für Tarif TG6F. Dies gilt auch hinsichtlich der Regelungen zu den jeweiligen tariflichen Versicherungsleistungen.

(2) Gesetzlich krankenversicherte Familienangehörige können grundsätzlich mitversichert werden. Als Familienangehörige gelten:

- Ehegatten;
- Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz;
- Lebensgefährten, welche in häuslicher Gemeinschaft mit dem Mitarbeiter leben sowie
- Kinder bis zur Vollendung des 34. Lebensjahres, solange sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden bzw. unterhaltsberechtigt sind.

(3) Nach Tarif VF und 10F können auch Personen versichert werden, die eine private Krankheitskostenvollversicherung bei einer in Deutschland zugelassenen privaten Krankenversicherung unterhalten.

Nach Tarif NHF können auch Personen versichert werden, die eine Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer unterhalten.

§ 2 Können die Beiträge vom Versicherer geändert werden?

Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu § 8b für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK) entfällt. § 8b Abs.1 des Teils I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK) erhält folgenden Inhalt:

Der Versicherer ist bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung einer für die Prämienkalkulation eines Tarifs maßgeblichen Rechnungsgrundlage von mehr als 5 % berechtigt, die Prämie des Tarifs entsprechend den berechtigten Rechnungsgrundlagen auch für bestehende Versicherungsverhältnisse neu festzusetzen, sofern ein unabhängiger Treuhänder die technischen Rechnungsgrundlagen überprüft und der Prämienanpassung zugestimmt hat. Bei der Berechnung werden die folgenden gemeinsamen Beobachtungseinheiten gebildet:

- Tarife WGG, WGF und WGM
- Tarife AGG, AGF und AGM
- Tarife AGZG, AGZF und AGZM
- Tarife SG1G, SG1F, SG1M, SG2G, SG2F, SG2M und SGPG
- Tarife ZG3G, ZG3F, ZG3M, ZG5G, ZG5F, ZG5M, ZG7G, ZG7F, ZG7M, ZH4G, ZH4F, ZH4M und ZGPG
- Tarife ZGBG, ZGBF und ZGBM

- Tarife 10G, 10F und 10M
- Tarife NHG, NHF und NHM
- Tarife VG, VF und VM.

Abweichend von § 8b Abs.1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung nach Tarif TG6 (AVB/TG6) wird eine gemeinsame Beobachtungseinheit aus den Tarifen TG6F, TG6G und TG6M gebildet.

Dabei darf auch ein betragsmäßig festgelegter Selbstbehalt angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

§ 3 Wann endet das Versicherungsverhältnis?

(1) In Ergänzung zu § 15 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen endet das Versicherungsverhältnis mit Ablauf des Monats

- in dem der Versicherungsnehmer aus dem Unternehmen ausscheidet, mit dem ursprünglich der Gruppenversicherungsvertrag bestand, es sei denn der Versicherungsnehmer tritt in den Ruhestand ein;
- in dem die Krankenversicherung gemäß § 1 (1) oder (3) endet.

Der Eintritt eines Beendigungsgrundes ist dem Versicherer innerhalb von 2 Monaten anzuzeigen. Das Versicherungsverhältnis endet bei einer verspäteten Anzeige zum Ende des Monats, in welchem der Versicherer Kenntnis vom Beendigungsgrund erlangt.

(2) In Ergänzung zu § 15 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen endet das Versicherungsverhältnis für Familienangehörige mit Ablauf des Monats

- in dem der Versicherungsnehmer aus dem Unternehmen ausscheidet, mit dem ursprünglich der Gruppenversicherungsvertrag bestand, es sei denn der Versicherungsnehmer tritt in den Ruhestand ein;
- in dem die Krankenversicherung gemäß § 1 (2) oder (3) endet;
- bei Wegfall der Voraussetzungen als Familienangehörige.

Der Eintritt eines Beendigungsgrundes ist dem Versicherer innerhalb von 2 Monaten anzuzeigen. Das Versicherungsverhältnis endet bei einer verspäteten Anzeige zum Ende des Monats, in welchem der Versicherer Kenntnis vom Beendigungsgrund erlangt.

§ 4 Fortführung des Versicherungsverhältnisses

In den Fällen des § 3 (1) a) und (2) c) haben der Versicherungsnehmer und die Familienangehörigen das Recht, innerhalb von zwei Monaten ab Beendigung des Versicherungsverhältnisses, dieses ohne Risikoprüfung zu den Bedingungen der entsprechenden, nach dem Anwartschaftsdeckungsverfahren betriebenen Einzelversicherungen, fortzusetzen.

Sofern eine solche Einzelversicherung nicht geführt wird, kann innerhalb des gleichen Zeitraumes das Versicherungsverhältnis ohne Risikoprüfung in einem Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz und nicht umfangreicheren Leistungen fortgesetzt werden, sofern in diesem Tarif Versicherungsfähigkeit besteht. Als Eintrittsalter wird das dann erreichte Alter zu Grunde gelegt.

Monatliche Beiträge in EUR

Alter	SG1F	SG2F	WGF	ZG3F	ZH4F	ZG5F
bis 20	7,23	5,21	2,18	0,16	0,90	0,37
21-65	28,39	22,90	4,74	6,17	10,24	14,12
ab 66	67,41	61,30	4,74	11,19	15,76	25,68

Alter	ZG7F	ZGBF	NHF	AGF	AGZF	10F je 1,- EUR
bis 20	0,59	8,82	17,04	26,29	18,62	0,04
21-65	22,61	9,67	52,17	96,59	16,89	0,13
ab 66	41,10	10,00	55,21	132,40	18,65	0,28

Alter	VF
bis 20	5,56
21-67	11,92
ab 68	15,89

Alter	TG6F je 1,- EUR
16-67	0,51

Die monatliche Beitragsrate richtet sich nach dem erreichten Alter; maßgeblich ist das im jeweiligen Kalenderjahr vollendete Alter.