

GesundheitsSchutz
für
Herrn Max Mustermann

Inhalt

Vorschlag

Tarifbeschreibungen

Unverbindlicher Vorschlag für eine private Krankenversicherung

Versicherungsnehmer

Herr Max Mustermann	Versicherungsbeginn:	01.01.2012
------------------------	----------------------	------------

Die versicherten Personen und ihre Leistungen...

1. versicherte Person:	Max Mustermann	Geschlecht:	männlich
Berufstellung:	Kind	Geburtsdatum / Eintrittsalter:	01.01.2011 / 1
Beruf:	Kind	Versicherungspflicht in der GKV:	ja

Tarif(e), Tarifstufe(n)

Monatsbeitrag

med 50

1,71 EUR

Sehhilfen

100% Ersatz der Kosten für Brillen und Kontaktlinsen bis maximal 175,- EUR je Kalenderjahr, abzüglich der Vorleistung der GKV

Zuzahlungen

100% Ersatz der gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen für Heilmittel, bei stationären Krankenhausbehandlungen sowie bei Kurbehandlungen

Auslandsreise-Krankenversicherung für Auslandsreisen bis zu 42 Tagen

clinic +

3,77 EUR

Stationäre Behandlung (Wahlleistungen)

100% Ersatz der erstattungsfähigen Mehrkosten im Ein- oder Zweibettzimmer des Krankenhauses, gesondert berechenbarer Leistungen des Wahl- oder Belegarztes und des Krankentransportes nach Vorleistung der GKV

Monatlicher Beitrag zur Krankenversicherung

5,48 EUR

Änderungen der zugrundeliegenden Daten können sich auf die genannten Beiträge auswirken. Weiterhin gilt dieser Vorschlag vorbehaltlich einer abschließenden Prüfung anhand Ihres Antrages. Einzelheiten zu den tariflichen Leistungen entnehmen Sie bitte den jeweils gültigen Tarifbeschreibungen sowie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G.. Bitte beachten Sie, dass gegebenenfalls Wartezeiten zu erfüllen sind.

Ring-Schutz-Tarif *med 50* Zusatzversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung

(Stand 1.1.2009)

Versicherungsfähig sind Personen, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind. Endet die Versicherung bei der GKV, erlischt das Versicherungsverhältnis nach Tarif *med 50* zum gleichen Zeitpunkt. Der Wegfall der Versicherung bei der GKV ist dem Deutschen Ring unverzüglich anzuzeigen.

Leistungen des Deutschen Rings

1 Brillen und Kontaktlinsen

100 % bis zum Gesamtbetrag von 175,- EUR je Kalenderjahr. Von diesem Gesamtbetrag wird die Vorleistung der GKV abgezogen.

Wird keine GKV-Leistung nachgewiesen, erstattet der Deutsche Ring bis zu 175,- EUR, wenn sich die Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien verändert hat oder seit dem letzten Bezug bzw. dem Versicherungsbeginn nach Tarif *med 50* mindestens drei Jahre vergangen sind.

2 Heilmittel

100 % der gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlung des GKV-Versicherten für Heilmittel, und zwar Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Wärmebehandlung, Elektro- und Lichttherapie, sofern die GKV Leistungen für diese Heilmittel erbracht hat.

Erfolgt keine Leistung der GKV, entfällt eine Erstattung aus Tarif *med 50*.

3 Krankenhausbehandlung

100 % der gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlung des GKV-Versicherten bei stationärer Krankenhausbehandlung, sofern die GKV Leistungen für diese Krankenhausbehandlung erbracht hat.

Erfolgt keine Leistung der GKV, entfällt eine Erstattung aus Tarif *med 50*.

4 Kurbehandlung

100 % der gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlung des GKV-Versicherten bei einer Kurbehandlung in einem Sanatorium, sofern die GKV Leistungen für diese Kurbehandlung erbracht hat. Bei ambulanten Kuren ist nur die gesetzlich vorgeschriebene Zuzahlung für Heilmittel erstattungsfähig.

Erfolgt keine Leistung der GKV, entfällt eine Erstattung aus Tarif *med 50*.

Zuzahlungen für Kurbehandlungen der gesetzlichen Rentenversicherungsträger (BfA, LVA, Berufsgenossenschaft) sowie Träger der gesetzlichen Wohlfahrtspflege (z. B. Arbeiterwohlfahrt, Caritas Verband, Müttergenesungswerk) sind nicht mitversichert.

5 Auslandsreisen

100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen bei jeder Auslandsreise bis zu 42 Tagen. Bei Behandlung auf Auslandsreisen entfallen die Wartezeiten gemäß § 3 MB/KK 2009.

Erstattungsfähig sind bei einer akut eintretenden Krankheit oder Unfallfolge bzw. bei einer unvorhersehbaren, akuten Verschlechterung eines bestehenden Leidens

a) die Aufwendungen für medizinisch notwendige ambulante ärztliche und schmerzstillende zahnärztliche Behandlung einschließlich einfacher Füllungen, Arznei-, Heil- und Verbandmittel, Röntgendiagnostik, Unterkunft und Behandlung im Krankenhaus einschließlich Operationen und medizinisch notwendigen Transportes zur stationären Behandlung. Beteiligt sich die GKV an den entstandenen Aufwendungen, so werden die nach Vorleistung der GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen voll übernommen.

b) die Mehrkosten durch medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport der versicherten Person an ihren ständigen Wohnsitz oder in das von dort nächst erreichbare Krankenhaus in voller Höhe, jedoch bei einem Ambulanzflug

- durch Vermittlung von Vertragspartnern des Deutschen Rings: in voller Höhe,
- sonst: bis zu der Höhe, die bei einem Ambulanzflug durch Vermittlung der Vertragspartner entstanden wäre.

c) die Kosten für die Bestattung am Sterbeort oder Überführung an den letzten ständigen Wohnsitz: bis zu 10.226,- EUR.

Erstattungsfähig sind alle notwendigen Aufwendungen, die mit der Bestattung am Sterbeort oder mit der Überführung an den letzten ständigen Wohnsitz im unmittelbaren Zusammenhang stehen. Den Rechnungsbelegen ist eine ärztliche oder amtliche Bescheinigung über die Todesursache beizufügen.

Nicht geleistet wird für

- Behandlungen im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren;
- Behandlungen, von denen bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde.

Als Ausland gelten alle Staaten außerhalb der Bundesrepublik Deutschland.

Nachweis der GKV-Leistung

Bei Aufwendungen, für die dem Grunde nach Leistungspflicht eines gesetzlichen Versicherungsträgers (GKV) besteht, ist Voraussetzung für die Leistung des Deutschen Rings, dass die Rechnungszweitschrift mit dem Vermerk der GKV über die Höhe ihrer Erstattung oder ein entsprechender Nachweis dem Deutschen Ring vorgelegt wird.

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife.

Ring-Schutz-Tarife

Ergänzungsversicherung Krankenhauskosten-Tarif *clinic +*

(Stand 1.7.2011)

Nach diesem Tarif sind Personen versicherungsfähig, die Anspruch auf Leistungen eines Trägers der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben. Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit ist dem Deutschen Ring innerhalb zweier Monate schriftlich anzuzeigen.

Leistungen des Deutschen Rings

Tarif	Kostensatz
<i>clinic +</i>	100 % der erstattungsfähigen Differenzkosten bei Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer

1 Erstattungsfähige Kosten

Erstattungsfähig sind bei stationärer Krankenhausbehandlung die nach Vorleistung eines Krankenversicherungsträgers verbleibenden unter Buchstabe a) bis d) genannten Kosten. Die Vorleistung muss dem Grunde und der Höhe nach den Leistungen der deutschen GKV entsprechen.

a) gesondert berechenbarer Zuschlag für Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer

b) gesondert berechenbare Leistungen des Wahl- oder Belegarztes sowie Geburtshilfe

c) gesondert berechenbare Leistungen des Wahl- oder Belegarztes sowie Geburtshilfe während der Zeit der vor- und nachstationären Behandlung. Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Krankenhausbehandlung, die nachstationäre Behandlung auf längstens sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung begrenzt.

d) medizinisch notwendige Krankentransporte (ausgenommen Fahrten in Privatfahrzeugen)

Hat der Versicherte innerhalb der Bundesrepublik Deutschland ein anderes Vertragskrankenhaus der GKV gewählt als in der ärztlichen Einweisung genannt und hat die GKV ihm deshalb die Mehrkosten ganz oder teilweise auferlegt, sind auch diese Mehrkosten erstattungsfähig.

Soweit durch Kostendämpfungsmaßnahmen zur Entlastung der GKV Kosten entstehen (z. B. gesetzlich vorgeschriebene Zuzahlungen, Gebühren und Abschläge), sind diese nicht erstattungsfähig.

Werden keine Leistungen eines Krankenversicherungsträgers nachgewiesen oder entsprechen diese Leistungen dem Grunde und der Höhe nach nicht den Leistungen der deutschen GKV, gilt:

Es sind nur die Kosten für solche Leistungen (Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer, wahlärztliche Behandlung) erstattungsfähig, die die allgemeinen Krankenhausleistungen (in der Regel 3. oder Allgemeine Pflegeklasse) des dem Wohnort nächstgelegenen geeigneten Krankenhauses in der Bundesrepublik Deutschland übersteigen.

Wichtiger Hinweis für einen Krankenhausaufenthalt außerhalb der Bundesrepublik Deutschland:

In bestimmten Fällen leistet die GKV nicht oder nur eingeschränkt. Die dann verbleibenden oder zusätzlichen Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen sind nicht Gegenstand dieses Tarifs.

2 Begleitpersonen

Bei Krankenhausaufenthalt eines nach diesem Tarif versicherten Kindes sind auch die gesondert berechenbaren Kosten für Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils als Begleitperson im Krankenhaus bis zu einer Dauer von 14 Tagen erstattungsfähig, höchstens 26,- EUR täglich. Voraussetzung ist, dass das Kind noch nicht das 10. Lebensjahr vollendet hat.

3 Kurtagegeld

Bei einem Kuraufenthalt im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung besteht Anspruch auf Kurtagegeld von 21,- EUR je Tag des Kuraufenthaltes bis zu einer Dauer von 28 Tagen. Voraussetzung für die Leistung ist, dass eine Kurbehandlung nach Beendigung eines mindestens 10 Tage dauernden Krankenhausaufenthaltes innerhalb von 2 Monaten begonnen wird, von dem behandelnden Arzt des Krankenhauses aus medizinischen Gründen verordnet worden ist und nachweislich unter ärztlicher Kontrolle durchgeführt wird.

4 Regelungen für Sonderfälle

Berechnung einer anderen Unterkunft

a) Wurde kein Zuschlag für Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer berechnet, so werden stattdessen für Erwachsene 31,- EUR, für Kinder und Jugendliche 16,- EUR Krankenhaustagegeld gezahlt.

Keine wahlärztliche Behandlung gemäß Ziffer 1b)

b) Wurden keine gesondert berechenbaren Leistungen des Wahlarztes in Anspruch genommen, so werden stattdessen für Erwachsene 30,- EUR, für Kinder und Jugendliche 13,- EUR Krankenhaustagegeld gezahlt.

Vor- und nachstationäre Behandlung gemäß Ziffer 1c)

c) Wurde eine vor- und/oder nachstationäre Behandlung durchgeführt, jedoch keine gesondert berechenbaren Leistungen des Wahlarztes in Anspruch genommen so werden stattdessen folgende Pauschalabgeltungen gezahlt:

– Vorstationäre Behandlung:	
Erwachsene	60,- EUR
Kinder und Jugendliche	26,- EUR
– Nachstationäre Behandlung:	
Erwachsene	60,- EUR
Kinder und Jugendliche	26,- EUR

Bei teilstationärer Heilbehandlung wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt.

Wird ein Zuschlag für Unterkunft nicht getrennt von den anderen Krankenhausleistungen berechnet, so gilt als Zuschlag die Differenz zwischen dem Pflegesatz für ein Einbettzimmer (1. Pflegeklasse) oder Zweibettzimmer (2. Pflegeklasse) und dem Pflegesatz für die kostengünstigste Pflegeklasse (in der Regel ein Drei- oder Mehrbettzimmer) des aufgesuchten Krankenhauses.