

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 100**

4,54 EUR

Zuzahlungen

100% Ersatz der gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen bei ambulanten Heilbehandlungen, stationären Krankenhausbehandlungen sowie stationären Kur- und Sanatoriumsbehandlung der GKV

Sehhilfen

100% Ersatz der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Kosten für Brillen und Kontaktlinsen bis maximal 220,- EUR / Versicherungsjahr

Naturheilkunde

80% Ersatz der erstattungsfähigen Kosten für naturheilkundliche Behandlungen durch Heilpraktiker und Ärzte bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.200,- EUR / Versicherungsjahr

Vorsorge

80% Ersatz der erstattungsfähigen Kosten für Vorsorgeuntersuchungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 240,- EUR / Versicherungsjahr

100% Ersatz der anlässlich einer Auslandsreise entstandenen Kosten für Schutzimpfungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 120,- EUR / Versicherungsjahr

Auslandsreise-Krankenversicherung für Auslandsreisen bis zu 42 Tagen

dent 50

0,04 EUR

Zahnersatz

50% Erstattung der Differenz zwischen dem Rechnungsbetrag der Regelversorgung der GKV bei Zahnersatz und dem Betrag, den ein gesetzlicher Versicherungsträger dafür erstattet hat.

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**8,35 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.

Tarif *med 100*

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 100* zum gleichen Zeitpunkt. Der Wegfall der Versicherung bei der GKV ist dem Deutschen Ring unverzüglich anzuzeigen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (Teil III)

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife (Teil I und II)

1 Leistungen des Deutschen Rings

Der Deutsche Ring ersetzt die erstattungsfähigen Kosten gemäß Abschnitt 3 **je Person und Versicherungsjahr** für

1.1 Zuzahlungen	Gesetzlich vorgeschriebene Zuzahlungen bei ambulanten Heilbehandlungen, stationären Krankenhausbehandlungen sowie stationären Kur- und Sanatoriumsbehandlungen der GKV	zu 100 %
1.2 Sehhilfen	Brillen und Kontaktlinsen bis zu einem Gesamtbetrag von 220,- EUR für die nach Vorleistung der GKV verbleibenden Kosten	zu 100 %
1.3 Naturheilkunde	Heilbehandlungen durch Heilpraktiker und Ärzte im 1. Versicherungsjahr bis zu einem Rechnungsbetrag von 120,- EUR, im 2. Versicherungsjahr bis zu einem Rechnungsbetrag von 240,- EUR, ab dem 3. Versicherungsjahr bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.200,- EUR	zu 80 %
1.4 Vorsorge	a) Vorsorgeaufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 240,- EUR b) Aufwendungen für Schutzimpfungen vor Auslandsreisen bis zu einem Rechnungsbetrag von 120,- EUR	zu 80 % zu 100 %
1.5 Auslandsreisen	Behandlungen auf Auslandsreisen bei jeder Auslandsreise bis zu 42 Tagen Ist die Rückreise bis zum vereinbarten Zeitpunkt aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit. Bei Behandlung auf Auslandsreisen entfallen die Wartezeiten gemäß § 3 MB/KK 2009.	zu 100 %

2 Versicherungsjahr

Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr. Beginnt der Versicherungsvertrag nicht am 1. Januar eines Jahres, so endet das erste Versicherungsjahr am 31. Dezember des darauffolgenden Kalenderjahres.

Bei einem Wechsel in den Tarif *med 100* gilt für die Mehrleistungen der Zeitpunkt des Wechsels als Beginn des ersten Versicherungsjahres. Der vorstehende Absatz gilt entsprechend.

3 Erstattungsfähige Kosten

3.1 Zuzahlungen

Erstattungsfähig **gemäß 1.1** sind die gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen bei ambulanten Heilbehandlungen (außer für Sehhilfen), stationären Krankenhausbehandlungen sowie stationären Kur- und Sanatoriumsbehandlungen der GKV.

Bei ambulanten Kuren ist nur die gesetzlich vorgeschriebene Zuzahlung für Heilmittel erstattungsfähig.

Hat der Versicherte innerhalb der Bundesrepublik Deutschland ein anderes Vertragskrankenhaus der GKV gewählt als in der ärztlichen Einweisung genannt, sind auch die anfallenden Mehrkosten des Mehrbettzimmers ohne privatärztliche Leistungen erstattungsfähig.

Erfolgt keine Leistung der GKV, entfällt eine Erstattung aus Tarif *med 100*.

Nicht mitversichert sind:

Gesetzliche Zuzahlungen für die Inanspruchnahme eines an der ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers (Praxisgebühren), für Kurbehandlungen der gesetzlichen Rentenversicherungsträger (BfA, LVA, Berufsgenossenschaft) sowie Träger der gesetzlichen Wohlfahrtspflege (z. B. Arbeiterwohlfahrt, Caritas Verband, Müttergenesungswerk), für zahnärztliche Behandlungen und für die Pflegepflichtversicherung sowie die Bereitstellungskosten des Telefons und Kosten für Telefongespräche.

3.2 Sehhilfen

Erstattungsfähig **gemäß 1.2** sind die entstandenen Aufwendungen für Brillen und Kontaktlinsen.

Wird keine GKV-Leistung nachgewiesen, erstattet der Deutsche Ring bis zu 220,- EUR, wenn sich die Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien verändert hat oder seit dem letzten Bezug bzw. dem Versicherungsbeginn nach Tarif *med 100* mindestens drei Jahre vergangen sind.

3.3 Naturheilkunde

Erstattungsfähig **gemäß 1.3** sind die im Rahmen einer ambulanten, stationären und zahnärztlichen Heilbehandlung entstandenen Aufwendungen für die angewandten naturheilkundlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie die in diesem Zusammenhang verordneten naturheilkundlichen Arznei-, Verband- und Heilmittel. Die Behandlungen und die Arznei-, Verband- und Heilmittel müssen im Hufeland-Leistungsverzeichnis¹ der Besonderen Therapierichtungen bzw. im gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sein.

Behandlungskosten nach dem Hufeland-Leistungsverzeichnis werden jedoch nur erstattet, soweit sie die Regelhöchstsätze der jeweils geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) nicht überschreiten. Leistungen des Heilpraktikers, die in der GebüH geregelt sind, werden ausschließlich im Rahmen der GebüH erstattet.

§ 4 Abs. 6 MB/KK 2009 findet für diesen Leistungsbereich keine Anwendung.

3.4 Vorsorge

Erstattungsfähig **gemäß 1.4a)** sind die Kosten für Vorsorgeuntersuchungen, soweit sie im Katalog der Gesundheits-Vorsorgeleistungen² des Versicherers aufgeführt sind und im Rahmen der Regelhöchstsätze der jeweils geltenden amtlichen deutschen GOÄ berechnet sind. Der Versicherer kann mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders gemäß § 18 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil I diesen Katalog ändern, um die Erstattung der angemessenen Kosten für Vorsorgeaufwendungen sicherzustellen.

Erstattungsfähig **gemäß 1.4b)** sind die anlässlich einer Auslandsreise entstandenen Kosten für Schutzimpfungen inklusive der Impfstoffe.

3.5 Auslandsreisen

Erstattungsfähig **gemäß 1.5** 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 nächsterreichbare Krankenhaus in voller Höhe.

Ambulanzflüge durch Vermittlung von Vertragspartnern des Deutschen Rings werden in voller Höhe erstattet, ansonsten bis zu der Höhe, die bei einem Ambulanzflug durch Vermittlung der Vertragspartner entstanden wären.

c) die Kosten für die Bestattung am Sterbeort oder Überführung an den letzten ständigen Wohnsitz: bis zu 10.000,- 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.

¹ Das Hufelandverzeichnis ist im Buchhandel erhältlich.

² Eine detaillierte Darstellung der Vorsorgeuntersuchungen, deren Kosten erstattet werden, kann beim Versicherer abgefragt werden.

4 Beitragszahlung

Der gemäß § 8 MB/KK 2009 zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. aus dem jeweiligen Nachtrag zum Versicherungsschein bei späteren Vertragsänderungen.

5 Auszahlung der Versicherungsleistungen

Rechnungen für Sehhilfen und Zuzahlungen sind zusammen mit der ärztlichen Verordnung einzureichen. Die Höhe der geleisteten Zuzahlung muss pro verordnetem Artikel auf (der Kopie) der ärztlichen Verordnung vermerkt sein.

Rechnungen sind einmal pro Jahr gesammelt einzureichen oder wenn jeweils ein Gesamtmindestbetrag von 100,- EUR erreicht ist.

Bei Aufwendungen, für die die GKV grundsätzlich leistet, muss die Rechnungszweitschrift mit dem Vermerk der GKV über die Höhe ihrer Erstattung versehen sein bzw. ein entsprechender Nachweis erbracht werden.

6 Anpassung des Versicherungsschutzes

Im Falle einer Anpassung nach § 8b MB/KK 2009 prüft der Deutsche Ring, ob gleichzeitig die in den Abschnitten 1 und 3 genannten EUR-Beträge anzupassen sind. Diese EUR-Beträge können unter den Voraussetzungen des § 18 MB/KK 2009 mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres den veränderten Verhältnissen angepasst werden.

Ring-Schutz-Tarif *dent 50* Zusatzversicherung für Zahnersatz

(Stand 1.1.2005)

Versicherungsfähig sind Personen, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind und Anspruch auf Leistungen für Zahnersatz durch die GKV haben.

Ein gleichzeitiges Bestehen des Tarifs *dent 50* in Verbindung mit anderen Tarifen, die Zahnersatzleistungen beinhalten, ist nicht gestattet. Endet die Versicherung bei der GKV, erlischt das Versicherungsverhältnis nach Tarif *dent 50* zum gleichen Zeitpunkt. Der Wegfall der Versicherung bei der GKV ist dem Deutschen Ring unverzüglich anzuzeigen und nachzuweisen.

Leistungen des Deutschen Ringes

Tarif	Kostensatz
<i>dent 50</i>	50 % der erstattungsfähigen Differenzkosten

Erstattungsfähige Differenzkosten

Erstattungsfähig ist die Differenz zwischen dem Rechnungsbetrag der Regelversorgung der GKV bei Zahnersatz und dem Betrag, den ein gesetzlicher Versicherungsträger dafür erstattet hat.

Voraussetzung für die Leistung ist, dass die Rechnungskopie mit dem Vermerk der GKV über die Höhe der Erstattung dem Deutschen Ring vorgelegt wird.

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

Nicht erstattungsfähig

sind über die Regelversorgung der GKV hinausgehende Aufwendungen für einen gleichartigen Zahnersatz.

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.