

Ergänzungstarife zur Krankheitskosten-Vollversicherung

Stand: 01.01.2019

Naturheilverfahren	Tarif NH
Vorsorge – Impfungen – Präventionskurse	Tarif VP
Krankenhaustagegeldversicherung	Tarif 10
Beitragsreduzierung im Alter	Tarif BE

Tarif NH

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 Hufelandverzeichnis 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 oder besteht ein Anspruch nach öffentlich-rechtlichen Beihilfavorschriften, gehen diese Leistungsansprüche den Leistungsansprüchen aus dem Tarif NH 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 NH nach, so dass der Versicherer für erstattungsfähige Aufwendungen zuerst aus dem Tarif NH 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.

In diesen Tarif können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden.

Der Tarif gilt 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.

In Abweichung zu § 8b MB/KK 2009 Beitragsanpassung der Tarifbedingungen beträgt der Vorhundertersatz 5 %.

Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (Überschussbeteiligung)

Die Beitragsrückerstattung wird gemäß § 4 Ziffer 1 der Tarifbedingungen gewährt. Erstattungen aus dem Tarif NH hindern einen Anspruch auf Beitragsrückerstattung anderer Tarife nicht.

Auszug aus dem Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen, 6. Auflage 2012

- 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 VP

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 Ge-

bührenordnung 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 Impfkommission 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 medizinisch-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.

Die 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.

Nachrang anderer Versicherungsleistungen

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

Wartezeiten

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

In diesen Tarif können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden, die Versicherungsschutz aus einer Krankheitskosten-Vollversicherung bei einer in Deutschland zugelassenen Privaten Krankenversicherung haben. Die Versicherung nach Tarif VP endet mit dem Wegfall der in Satz 1 bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit.

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.

Die allgemeinen Bestimmungen zu Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen bleiben unberührt.

Der Tarif gilt 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.

In Abweichung zu § 8b MB/KK 2009 Beitragsanpassung der Tarifbedingungen beträgt der Vorhundertersatz 5 %.

Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (Überschussbeteiligung)

Erstattungen aus dem Tarif VP hindern einen Anspruch auf Beitragsrückerstattung anderer Tarife nicht.

Tarif 10

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.

Der Tarif gilt 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.

Tarif BE

§ 1 Gegenstand

In den Tarifen der Krankheitskostenvollversicherung für ambulante und stationäre Behandlung sowie für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie kann eine Änderung der Beitragszahlung so vereinbart werden, dass sich ab dem 1.7. des Jahres, in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet, der bis dahin zu zahlende Monatsbeitrag um feste Beträge nach folgender Tabelle vermindert:

vollendetes Lebensjahr	Einfachbetrag der monatlichen Beitragsreduktion insgesamt
65.	1,00 EUR
68.	1,10 EUR
73.	1,20 EUR
78.	1,30 EUR
83.	1,40 EUR
88.	1,50 EUR
93.	1,60 EUR
98.	1,70 EUR

Der Reduktionsbetrag kann – unter Beachtung der Begrenzung nach § 3 – in Vielfachen des obigen Einfachbetrages vereinbart werden.

§ 2 Abschlussfähigkeit

Die Beitragsreduktion im Alter kann für Personen vereinbart werden, die zum Zeitpunkt des Abschlusses das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Für den Basistarif, den Notlagentarif und den Standardtarif kann die Beitragsreduktion im Alter nicht vereinbart werden.

§ 3 Höhe des zu vereinbarenden Reduktionsbetrages

Bei Abschluss der Vereinbarung über die Beitragsreduktion im Alter oder späteren individuellen Änderungen der Vereinbarung über die Beitragsreduktion im Alter ist die Höhe des zu vereinbarenden Reduktionsbetrags ab 1.7. des Jahres, in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet, beschränkt auf 75 % des Monatsbeitrages, der zum Abschluss- oder Änderungszeitpunkt für die Krankheitskostentarife zu zahlen ist. Der Beitragsanteil für die Beitragsreduktion im Alter bleibt dabei unberücksichtigt.

Bei Anwartschaftsversicherungen wird bei der Festlegung des Reduktionsbetrages die durch die Anwartschaftsversicherung bedingte Beitragsermäßigung nicht berücksichtigt.

§ 4 Änderung des Reduktionsbetrages

1. Individuelle Änderungen des Reduktionsbetrages

Der bereits vereinbarte Reduktionsbetrag kann für Personen, die das 60. Lebensjahr zum Änderungszeitpunkt noch nicht vollendet haben, um das Vielfache des Einfachbetrages erhöht werden.

Eine Verminderung des Reduktionsbetrages ist vor Wirksamwerden der Beitragsreduktion möglich.

2. Erhöhung des Reduktionsbetrages bei Beitragserhöhungen

Aus Anlass von Beitragserhöhungen in einem der unter § 1 aufgeführten für die versicherte Person bestehenden Tarife wird dem Versicherungsnehmer eine Erhöhung des Reduktionsbetrages angeboten, sofern die versicherte Person zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Ein Erhöhungsangebot erfolgt nicht, falls für mindestens einen der in § 1 aufgeführten Tarife eine Anwartschaftsversicherung besteht. Die Einzelheiten des Erhöhungsangebotes werden dem Versicherungsnehmer spätestens einen Monat vor deren Wirksamwerden mitgeteilt. Das Erhöhungsangebot gilt als vom Versicherungsnehmer angenommen, wenn er es nicht spätestens einen Monat nach Wirksamwerden in Textform ablehnt.

§ 5 Umfang der Beitragsreduktion

Ab dem 1.7. des Jahres, in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet, wird die Beitragsreduktion in der vertraglich vereinbarten Höhe wirksam. Die Monatsbeiträge aus den unter § 1 genannten, bestehenden Tarifen werden dabei maximal bis auf Null abgesenkt. Ein nicht gutgebrachter Teil wird der Rückstellung zur Beitragsermäßigung im Alter des Versicherten zugeführt.

§ 6 Beiträge zur Beitragsreduzierung

Die Monatsbeiträge zur Beitragsreduzierung für den Einfachbeitrag gemäß § 1 betragen:

Eintrittsalter	EUR	Eintrittsalter	EUR
16	0,18	26	0,28
17	0,19	27	0,29
18	0,20	28	0,30
19	0,21	29	0,31
20	0,22	30	0,32
21	0,23	31	0,33
22	0,24	32	0,34
23	0,25	33	0,35
24	0,26	34	0,36
25	0,27	35	0,37

Eintrittsalter	EUR
36	0,39
37	0,40
38	0,41
39	0,43
40	0,45
41	0,46
42	0,48
43	0,50
44	0,52
45	0,54
46	0,56
47	0,58
48	0,61

Eintrittsalter	EUR
49	0,63
50	0,66
51	0,69
52	0,71
53	0,75
54	0,78
55	0,82
56	0,85
57	0,89
58	0,94
59	0,99
60	1,04

§ 7 Beitragsberechnung

1. Grundsätze der Beitragsberechnung

Die Berechnung der Beiträge zur Beitragsreduzierung erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den Technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

Bei einer Änderung der Beiträge zur Beitragsreduzierung, auch durch Änderung des vereinbarten Reduktionsbetrages, wird das Geschlecht und das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass die Alterungsrückstellung für die Beitragsreduktion im Alter gemäß den in den Technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge zur Beitragsreduzierung wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen.

2. Beitragsanpassung bei unveränderter Höhe der Beitragsreduzierung

Eine Anpassung der monatlichen Beitragsrate erfolgt gemäß § 8 b der Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung mit der Maßgabe, dass der Versicherer die für die zukünftige Lebenserwartung erforderlichen mit den in den Technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Aufwendungen für die Beitragsreduzierung im Alter vergleicht.

§ 8 Beendigung

1. Der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung über die Beitragsreduktion im Alter mit einer dreimonatigen Frist zum Ende eines jeden Versicherungsjahres der zugrundeliegenden Krankheitskostenversicherung kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne Personen beschränkt werden. Vor Wirksamwerden der Beitragsreduktion wird mit der Beendigung der bisher vereinbarten Beitragsreduktion im Alter diese entsprechend den in den Technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten versicherungsmathematischen Grundsätzen in einen sofortigen Beitragsnachlass umgewandelt, sofern für die versicherte Person, für die die Beitragsreduzierung vereinbart war, mindestens ein Krankheitskostentarif oder eine Krankenhaustagegeldversicherung oder eine ergänzende Pflegekrankenversicherung besteht.
2. Die Vereinbarung einer Beitragsreduktion endet ferner, wenn die zugrundeliegende Krankheitskostenversicherung endet, d. h., wenn für die versicherte Person kein Krankheitskostentarif nach § 1 besteht. Entsprechend der Regelung unter Ziffer 1 erfolgt eine Umwandlung in einen sofortigen Beitragsnachlass, sofern für die versicherte Person ein anderer als in § 1 aufgeführter Krankheitskostentarif oder eine Krankenhaustagegeldversicherung oder eine ergänzende Pflegekrankenversicherung besteht.
3. Liegen in den Ziffern 1 und 2 die Voraussetzungen für die Umwandlung in einen sofortigen Beitragsnachlass nicht vor, verfällt die nach diesen Zusatzbedingungen gebildete Alterungsrückstellung zugunsten der verbleibenden Versicherungsgemeinschaft.

In den Ziffern 1 und 2 dürfen die um den sofortigen Beitragsnachlass verminderten Monatsbeiträge die niedrigsten Erwachsenenbeiträge nicht unterschreiten. Ein nicht gutgebrachter Teil wird der Rückstellung zur Beitragsermäßigung im Alter des Versicherten zugeführt.

§ 9 Sonstiges

Eine Anwartschaftsversicherung kann für die Beitragsreduktion im Alter nicht abgeschlossen werden.

Die Beiträge für den Tarif BE sind auch über das 65. Lebensjahr hinaus zu zahlen.

§ 10 Allgemeine Versicherungsbedingungen

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, bestehend aus den Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) Teil I und den Tarifbedingungen Teil II, gelten entsprechend auch für die Beitragsreduzierung im Alter (BE), soweit in diesen Zusatzbedingungen nichts Abweichendes bestimmt ist.