

## Überblick der stationären Tarife für die Krankheitskostenvollversicherung\*

Tarif		K 20	
<b>Zweibettzimmer einschließlich privatärztlicher Behandlung</b>			
Leistungen des Versichereres	Erstattung der Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung im Krankenhaus wegen Krankheit, Unfall, Schwangerschaft, Fehlgeburt und Entbindung zu <b>100%</b> .		
	Erstattungsfähig sind alle Kosten für Krankenhausleistungen, insbesondere <b>Kosten für privatärztliche Behandlung</b> , Verpflegung und Unterkunft, Hebammen und Entbindungspfleger, vor- und nachstationäre Behandlung, die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten und medizinisch notwendige Transportkosten zum oder vom nächstgelegenen behandlungsfähigen Krankenhaus bei Inanspruchnahme eines <b>Zweibettzimmers</b> als Wahlleistung gemäß der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG).		
	Erstattungsfähig sind Aufwendungen (nach Vorleistung der Pflegepflichtversicherung) für stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem von der Gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Hospiz, in dem palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn die versicherte Person keiner Krankenhausbehandlung bedarf und eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person nicht erbracht werden kann.		
	Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu der Höhe erstattet, die für die Versorgung eines Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.		
Ersatzleistung	Nehmen Versicherte des Tarifs K 20 versicherte Leistungen nicht in Anspruch, wird als <b>Ersatzleistung</b> ein Krankenhaustagegeld gezahlt.		
	Unterbringung im Zweibettzimmer <b>ohne</b> privatärztliche Behandlung	Krankenhaustagegeld <b>32,- EUR</b>	
	Unterbringung in der Allgemeinen Pflegeklasse <b>mit</b> privatärztlicher Behandlung	Krankenhaustagegeld <b>16,- EUR</b>	
	Unterbringung in der Allgemeinen Pflegeklasse <b>ohne</b> privatärztliche Behandlung	Krankenhaustagegeld <b>48,- EUR</b>	
Tarif		K/S (nur in Verbindung mit dem Tarif K 20)	
<b>Einbettzimmer</b>			
Leistungen des Versichereres	Erstattung der verbleibenden Differenzkosten bei stationärer Krankenhausbehandlung für Unterkunft im <b>Einbettzimmer</b> nach Abzug der Kosten für Unterbringung im Zweibettzimmer.		
Ersatzleistung	Werden bei einem Krankenhausaufenthalt keine Leistungen im Rahmen dieses Tarifs in Anspruch genommen, erfolgt eine <b>Krankenhaustagegeld-Zahlung</b> in Höhe von <b>16,- EUR</b> pro Tag.		
	Für eine Entbindung kann anstelle der Kostenerstattung bzw. des Krankenhaustagegeldes eine Pauschalleistung gewährt werden. Die <b>Entbindungspauschale</b> beträgt <b>103,- EUR</b> .		
Tarif		K 30	
<b>Allgemeine Krankenhausleistungen</b>			
Leistungen des Versichereres	Erstattung der Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung im Krankenhaus wegen Krankheit, Unfall, Schwangerschaft, Fehlgeburt und Entbindung zu <b>100%</b> .		
	Erstattungsfähig sind Kosten für die <b>Allgemeinen Krankenhausleistungen</b> nach der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) sowie medizinisch notwendige Transportkosten zum oder vom nächstgelegenen behandlungsfähigen Krankenhaus.		
	Erstattungsfähig sind Aufwendungen (nach Vorleistung der Pflegepflichtversicherung) für stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem von der Gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Hospiz, in dem palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn die versicherte Person keiner Krankenhausbehandlung bedarf und eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person nicht erbracht werden kann.		
	Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu der Höhe erstattet, die für die Versorgung eines Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.		
	Zu den Allgemeinen Krankenhausleistungen zählen:		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• voll- und teilstationäre allgemeine Krankenhausleistungen</li> <li>• vor- und nachstationäre Behandlung</li> <li>• Kosten für Belegarzt</li> <li>• Kosten für freiberufliche Hebammen/Entbindungspfleger</li> <li>• die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten</li> </ul>		

\* Die aufgeführten Informationen stellen nur einen Überblick der Tarife dar. Diese Informationen sind jedoch nicht abschließend. Der vollständige Vertragsinhalt und die einzelnen Leistungsvoraussetzungen ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen – MB/KK 2009 – mit Tarifbedingungen und Tarifen).

## Überblick der Zahntarife für die Krankheitskostenvollversicherung\*

Tarif			Z 100/80	Z 80/60
<b>Zahnbehandlung</b>	Hierzu gehören allgemeine, prophylaktische, konservierende (z. B. Einlagefüllungen/ Inlays, Wurzelbehandlungen), chirurgische Leistungen, Röntgenleistungen sowie Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Paradontiums (Parodontosebehandlung).		100%	80%
<b>Zahnersatz und kieferorthopädische Maßnahmen</b>	Hierzu gehören Zahnkronen jeder Art, Veneers, sämtliche prothetische Leistungen (z. B. Brücken und Prothesen), Reparatur von Zahnersatz, Aufbissbehelfe und Schienen, kieferorthopädische Leistungen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie implantologische Leistungen (inkl. knochen-aufbauender Maßnahmen) einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen.	Zahnersatz sowie Kieferorthopädie, soweit vor der eigentlichen Behandlung <u>ein Kostenplan</u> vorgelegt wird.	80%	60%
		Zahnersatz sowie Kieferorthopädie, falls vor der eigentlichen Behandlung <u>kein Kostenplan</u> vorgelegt wird.	60%	40%
<b>Erstattungsfähige Aufwendungen</b>	Es sind nur die Aufwendungen erstattungsfähig, die im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.			
<b>Zahnstaffel</b>	<p>Der erstattungsfähige Rechnungsbetrag, aus dem sich die tariflichen Leistungen des Versicherers für zahnärztliche Versorgung durch <b>Zahnersatz, Kieferorthopädie und Inlays</b> errechnen, ist in den ersten drei Kalenderjahren ab Versicherungsbeginn je versicherte Person wie folgt begrenzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>im ersten Kalenderjahr auf 1.000,- EUR;</li> <li>in den ersten zwei Kalenderjahren insgesamt auf 1.500,- EUR;</li> <li>in den ersten drei Kalenderjahren insgesamt auf 2.000,- EUR.</li> </ul> <p>Die Aufwendungen werden stets dem Kalenderjahr der Behandlung zugeordnet. Die genannten Höchstgrenzen finden keine Anwendung für unfallbedingte zahnärztliche Aufwendungen.</p> <p>Ab dem 4. Kalenderjahr gilt die volle tarifliche Leistung ohne Summenbegrenzung.</p>			

\* Die aufgeführten Informationen stellen nur einen Überblick der Tarife dar. Diese Informationen sind jedoch nicht abschließend. Der vollständige Vertragsinhalt und die einzelnen Leistungsvoraussetzungen ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen – MB/KK 2009 – mit Tarifbedingungen und Tarifen).

## Überblick der ambulanten Tarife für die Krankheitskostenvollversicherung\*

Tarif	A 90/100	A 80/100	A 106	A 112	A 118
<b>Selbstbehalt (SB)</b>	SB 10% vom Rechnungsbetrag max. 165,- EUR pro Person und Kalenderjahr	SB 20% vom Rechnungsbetrag max. 330,- EUR pro Person und Kalenderjahr	SB 450,- EUR pro Person und Kalenderjahr	SB 750,- EUR pro Person und Kalenderjahr	SB 1.100,- EUR pro Person und Kalenderjahr
<b>Ärztliche Leistungen einschließlich Psychotherapie</b>	Als ärztliche Leistungen gelten Beratungen, Hausbesuche, Operationen sowie sonstige Untersuchungen und Behandlungen einschließlich reproduktionsmedizinische Maßnahmen und Psychotherapie. Leistungen für psychotherapeutische Behandlungen durch Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten werden erbracht, wenn eine fachärztliche Feststellung der Erkrankung erfolgte. Neben ärztlichen Leistungen können dann auch Leistungen von approbierten Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Anspruch genommen werden. Voraussetzung ist, dass der Versicherte vor dem eigentlichen Behandlungsbeginn – nach maximal 5 probatorischen Sitzungen – eine schriftliche Zusage erteilt hat. Röntgendiagnostik, Laboruntersuchung und Strahlentherapie.				
<b>Transportkosten</b>	Erstattungsfähig sind Transportkosten durch anerkannte Rettungsdienste zur Erstversorgung nach einem Unfall oder medizinischen Notfall. Erstattungsfähig sind auch die Kosten eines Hin- und Rücktransports vom und zum Wohnsitz des Versicherten zur Dialysebehandlung, zur Chemo- und zur Strahlentherapie, sofern eine Fahruntauglichkeit ärztlich bescheinigt wird.				
<b>Arzneimittel</b>	Als Arzneimittel gilt auch Verbandmaterial. Zu den Arzneimitteln gehören jedoch nicht – auch wenn sie ärztlich verordnet sind – Nähr- und Stärkungsmittel; es sei denn, sie wurden im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen ärztlich verordnet. Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden, sowie kosmetische Präparate werden ebenfalls nicht erstattet.				
<b>Heilmittel</b>	Heilmittel sind physikalisch-medizinische Heilmaßnahmen durch Angehörige staatlich anerkannter Heilberufe (Inhalationen, Krankengymnastik, Übungsbehandlung, Logopädie, Ergotherapie, Podologie, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie).				
<b>Hebammenhilfe</b>	Erstattet werden die Hebammenkosten wegen Schwangerschaft, Entbindung und Fehlgeburt.				
<b>Hilfsmittel (außer Brillen und Kontaktlinsen)</b>	Hierunter fallen technische Mittel, die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen. Erstattet werden auch Aufwendungen für das Ausleihen von Hilfsmitteln (bis max. zur Kostenhöhe des Anschaffungspreises) und zur Reparatur oder Wartung der Hilfsmittel, jedoch keine Batterien für Hörgeräte.				
<b>Spezialisierte ambulante Palliativversorgung</b>	Erstattungsfähig sind die über die Leistungen der Pflegeversicherung hinausgehenden Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, die darauf abzielen, die Betreuung der versicherten Person in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person unter einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet und bei einer daher zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwendige Versorgung benötigt.				
Tarif	A 90/100 und A 80/100		A 106, A 112 und A 118		
<b>Brillen oder Kontaktlinsen</b>	100 % für Brillen oder Kontaktlinsen bis 160,- EUR jährlich, darüber hinaus zu einem Drittel.		Unter Anrechnung des Selbstbezahls werden die Kosten für Brillen oder Kontaktlinsen bis 160,- EUR jährlich, darüber hinaus zu einem Drittel erstattet.		
<b>Vorsorgeuntersuchungen</b>	100 % für Vorsorgeuntersuchungen bis zu 160,- EUR je Untersuchung, darüber hinaus zu einem Drittel (ambulante, medizinisch notwendige Untersuchungen zur Früherkennung).		Unter Anrechnung des Selbstbezahls werden die Kosten für Vorsorgeuntersuchungen bis zu 160,- EUR je Untersuchung, darüber hinaus zu einem Drittel (ambulante, medizinisch notwendige Untersuchungen zur Früherkennung) erstattet.		
<b>Impfungen</b>	100 % für Impfungen, die jeweils von der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht empfohlen werden, einschließlich der hierfür verwendeten Impfstoffe. Impfungen aus Anlass einer Auslandsreise oder aus beruflichen Gründen werden nicht erstattet.		Unter Anrechnung des Selbstbezahls werden die Kosten für Impfungen, die jeweils von der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht empfohlen werden, einschließlich der hierfür verwendeten Impfstoffe, erstattet. Impfungen aus Anlass einer Auslandsreise oder aus beruflichen Gründen werden nicht erstattet.		

\* Die aufgeführten Informationen stellen nur einen Überblick der Tarife dar. Diese Informationen sind jedoch nicht abschließend. Der vollständige Vertragsinhalt und die einzelnen Leistungsvoraussetzungen ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen – MB/KK 2009 – mit Tarifbedingungen und Tarifen).

## Gegenüberstellung der Krankentagegeldtarife TA 2 - TA 26; KTO, KTV, KTS\*

Tarif	TA 2 - TA 4	TA 6 - TA 26	KTO	KTV	KTS
Versicherungsfähigkeit	Selbstständige/ Freiberufler evtl. als Ergänzung zur Gesetzlichen Kranken- versicherung	Arbeitnehmer/ Selbstständige evtl. als Ergänzung zur Gesetzlichen Kranken- versicherung	Arbeitnehmer/ Selbstständige evtl. als Ergänzung zur Gesetzlichen Kranken- versicherung	Arbeitnehmer mit Tarifen nach ambulanter/ stationärer Heilbehandlung bei der ALTE OLDENBURGER	Selbstständige/ Freiberufler evtl. als Ergänzung zur Gesetzlichen Kranken- versicherung
Karenzzeiten	2 / 3 / 4 Wochen	6 / 13 / 26 Wochen und individuelle bzw. längere Karenzzeiten	6 / 13 / 26 Wochen und individuelle bzw. längere Karenzzeiten	6 / 13 / 26 Wochen und individuelle bzw. längere Karenzzeiten	2 / 3 / 4 / 6 Wochen
Leistungen bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit	nein	nein	nein	halbierte Leistung für max. 91 Tage, nach mindestens dreimonatiger Arbeitsunfähigkeit	halbierte Leistung für max. 4 Wochen, nach mindestens dreimonatiger Arbeitsunfähigkeit
Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit wg. Schwangerschaft, Schwangerschafts- abbruch, Fehlgeburt, Entbindung außerhalb des gesetzl. Beschäfti- gungsverbots	nein	ja	ja	ja	ja
Anpassung des Krankentagegeldes bei Erhöhung des Nettoehaltes	nein	Selbstständige - nein, Arbeitnehmer - ja, innerhalb von 2 Monaten nach Gehaltserhöhung	Selbstständige - nein, Arbeitnehmer - ja, innerhalb von 2 Monaten nach Gehaltserhöhung	Arbeitnehmer - ja, innerhalb von 2 Monaten nach Gehaltserhöhung	nein
Dynamisierung des Tagegeldes	nein	nein	ja	ja	ja
			Mit einem versicherten Krankentagegeld von mind. 30 Euro hat der Versicherungsnehmer alle 3 Jahre Gelegenheit, sein versichertes Krankentagegeld zu dynamisieren. Es erfolgt eine entsprechende Information durch den Versicherer.		

\* Die aufgeführten Informationen stellen nur einen Überblick der Tarife dar. Diese Informationen sind jedoch nicht abschließend. Der vollständige Vertragsinhalt und die einzelnen Leistungsvoraussetzungen ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen – MB/KT 2009 – mit Tarifbedingungen und Tarifen).