

Tarif Comfort +

(Tarifgeneration Unisex)

Kurz und bündig:

Ambulante Behandlung

- 80 % ambulante Behandlung bis 2.700,- EUR Rechnungsbetrag/Jahr
- 100 % darüber hinaus

Stationäre Behandlung

- 100 % Allgemeine Krankenhausleistungen und Wahlleistungen im Ein- oder Zweibettzimmer

Zahnärztliche Behandlung

- 100 % Zahnbehandlung
- 80 % Zahnersatz und Kieferorthopädie

Pauschale Abgeltung für Bagatellfälle

- 390,- EUR/Jahr bei Leistungsfreiheit (130,- EUR bis Alter 20)

Vorsorgeuntersuchung („Check up“)

- bis 330,- EUR alle drei Jahre, sofern sonst keine Leistungen für Heilbehandlungen in Anspruch genommen wurden

Allgemeine Versicherungsbedingungen (Teil III)

1 Leistungen des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G.

- 1.1 Ambulante Behandlung
- 1.2 Stationäre Behandlung
- 1.3 Zahnärztliche Behandlung
- 1.4 Pauschale Abgeltung für Bagatellfälle
- 1.5 Vorsorgeuntersuchung („Check up“)

2 Versicherungsjahr

3 Erstattungsfähige Kosten

- 3.1 Ambulante Behandlung
- 3.2 Stationäre Behandlung
- 3.3 Zahnärztliche Behandlung
- 3.4 Pauschale Abgeltung für Bagatellfälle
- 3.5 Vorsorgeuntersuchung („Check up“)

4 Beitragszahlung

5 Anpassung des Versicherungsschutzes

Wichtige Information zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif Comfort +

- 1 Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?
- 2 Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

Tarif Comfort +

(Tarifgeneration Unisex; Stand 1.1.2013)

Allgemeine Versicherungsbedingungen (Teil III)

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

1 Leistungen des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G.

Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. ersetzt von den erstattungsfähigen Kosten gemäß Ziffer 3 je Person und Kalenderjahr für

1.1 Ambulante Behandlung	Ambulante ärztliche Behandlungen bis zum Rechnungsbetrag von 2.700,- EUR: darüber hinaus	80 % 100 %
1.2 Stationäre Behandlung	Allgemeine Krankenhausleistungen, Wahlleistungen im Ein- oder Zweibettzimmer und Krankentransporte Anstelle von Kostenersatz werden unter bestimmten in Ziffer 3.2 genannten Voraussetzungen ersatzweise Krankenhaustagegelder gezahlt.	100 %
1.3 Zahnärztliche Behandlung	a) Zahnbehandlungen, zahnärztliche prophylaktische Leistungen b) Zahnersatz und Kieferorthopädie Die tarifliche Leistung für zahnärztliche Behandlung nach Buchstabe a) und b) wird je Person und Versicherungsjahr begrenzt, und zwar im 1. Versicherungsjahr auf 3.000,- EUR, im 2. Versicherungsjahr auf 4.200,- EUR und im 3. Versicherungsjahr auf 5.400,- EUR. Ab dem 4. Versicherungsjahr sowie bei unfallbedingten Kosten entfällt diese Begrenzung. Unter bestimmten in Ziffer 3.3 genannten Voraussetzungen ist dem Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan des behandelnden Arztes oder (Fach-)Zahnarztes vorzulegen.	100 % 80 %
1.4 Pauschale Abgeltung für Bagatellfälle	Bagatellfälle durch pauschale Abgeltung – bei Erwachsenen: – bei Kindern und Jugendlichen: wenn für ein volles Kalenderjahr keine Leistungen nach den Ziffern 1.1 - 1.3 in Anspruch genommen wurden.	390,- EUR 130,- EUR
1.5 Vorsorgeuntersuchung („Check up“)	eine Vorsorgeuntersuchung („Check up“) zusätzlich zur Pauschalen Abgeltung nach Ziffer 1.4 wenn dreimal unmittelbar hintereinander Leistungen nach Ziffer 1.4 gezahlt wurden:	bis 330,- EUR

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 Comfort + gilt für die Mehrleistungen der Zeitpunkt des Wechsels als Beginn des ersten Versicherungsjahres. Der vorgenannte Absatz gilt entsprechend.

3 Erstattungsfähige Kosten

Ärztliche und zahnärztliche Leistungen sind im Rahmen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig. Über den Höchstsätzen der GOÄ/GOZ liegende Kosten werden gemäß den geltenden Bestimmungen der GOÄ/GOZ erstattet.

Im Ausland entstandene Heilbehandlungskosten sind erstattungsfähig, soweit sie den ortsüblichen Sätzen entsprechen. Insoweit finden hier deutsche Gebührenordnungen keine Anwendung.

3.1 Ambulante Behandlung

Erstattungsfähig **gemäß Ziffer 1.1** sind bei ambulanter Heilbehandlung, gezielten Vorsorgeuntersuchungen gemäß § 1 Abs. 2b MB/KK 2009 i. V. m. Tarifbedingung Nr. 1, Entbindung und Fehlgeburt die Kosten für

a) Leistungen des Arztes und des Heilpraktikers sowie Geburtshilfe, bei psychotherapeutischer Behandlung bis zu 50 Sitzungen je Kalenderjahr; ab der 31. Sitzung innerhalb eines Kalenderjahres ist eine vorherige Leistungszusage durch den Deutschen Ring Krankenversicherungsverein a. G. erforderlich,

b) Schutzimpfungen,

c) Arzneien und Verbandmittel, jedoch nicht hygienisch kosmetische Präparate, Badezusatz-, Nähr-, Potenz-, Raucherentwöhnungs-, Stärkungs-, Antikonzeptionsmittel, Mineralwasser, Vitamin- und Nahrungsergänzungspräparate sowie Medikamente zur Reiseprophylaxe. Diese Vereinbarung ersetzt Satz 1 der Tarifbedingung Nr. 15 zum § 4 Abs. 3 der MB/KK 2009.

d) physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel), die durch Ärzte, Heilpraktiker und staatlich geprüfte Angehörige von Heil-/Hilfsberufen, hierzu gehören auch Podologen und medizinische Fußpfleger, durchgeführt wurden, z. B.:

- Inhalationen,
- Krankengymnastik und Übungsbehandlungen einschließlich Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik,
- Massagen,
- Hydrotherapie und Packungen,
- Wärmebehandlung,
- Kältetherapie,
- Elektro- und Lichttherapie,
- Manuelle Therapie,
- Logopädie,
- Ergotherapie,
- Podologie.

Die Erstattung erfolgt in angemessenen Sätzen.

e) Hilfsmittel (außer Sehhilfen), die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen. Als Hilfsmittel gelten nicht sanitäre Bedarfsartikel und medizinische Heilapparate (z. B. Heizkissen, Fieberthermometer).

Hilfsmittel gleicher Art mit einem Kaufpreis bis einschließlich 1.000,- EUR (oder deren Wartung und Reparatur) werden einmal pro Kalenderjahr ohne vorherige Leistungszusage des Deutschen Ring Krankenversicherungsverein a. G. erstattet. Eine vorherige Zusage wird erforderlich, wenn diese Hilfsmittel (oder deren Wartung und Reparatur) mehr als einmal pro Kalenderjahr erstattet werden sollen.

Hilfsmittel mit einem Kaufpreis über 1.000,- EUR sowie Wartungs- und Reparaturkosten, die diesen Betrag überschreiten, bedürfen der vorherigen Leistungszusage des Deutschen Ring Krankenversicherungsverein a. G. Wird keine vorherige Zusage eingeholt, werden die Kosten übernommen, die in gleicher Qualität und Ausführung im Rahmen einer möglichen alternativen und kostengünstigeren Versorgungsform (Miete, Leasing, Kauf)

oder bei Bezug des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner des Deutschen Ring Krankenversicherungsverein a. G. angefallen wären.

f) Sehhilfen: Brillengläser (Einstärken-, Bifokal-, Trifokal- und Gleitsichtgläser aus Glas oder Kunststoff in Einfachausführung), Brillenfassungen (erstattungsfähig bis zu 125,- EUR Rechnungsbetrag), Kontaktlinsen (nach medizinischer Notwendigkeit oder ab 6 Dioptrien, Kontaktlinsen-Pflegemittel sind nicht mitversichert).

Brillen sind erstattungsfähig, wenn seit dem letzten Bezug mindestens zwei Jahre vergangen sind oder sich die Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien insgesamt geändert hat.

Sport-, Sonnen- und Arbeitsbrillen sind nicht erstattungsfähig.

g) Kur- und Sanatoriumsbehandlung, soweit es sich um Kosten gemäß a), c) und d) handelt,

h) medizinisch notwendige Krankentransporte zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit sowie bei Notfällen und Erstversorgungen nach einem Unfall (einschließlich der Kosten des Notarztes).

Erstattungsfähig **gemäß Ziffer 1.1** sind darüber hinaus die Kosten für

i) teilstationäre Dialysebehandlungen sowie die Sachkosten für Heimdialyse,

j) Fahrten zur und von einer Dialysebehandlung, Chemo- oder Strahlentherapie

k) ambulante Palliativversorgung, sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) verfügen.

Alle im jeweils gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sind bis zum jeweils genannten Höchstsatz erstattungsfähig. Bei sonstiger Behandlung nach den Methoden der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie, anthroposophische Medizin) sind die Kosten für alle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie Heilmittel, die sich - gegebenenfalls in Analogie - aus der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) ergeben, und Arzneimittel erstattungsfähig.

3.2 Stationäre Behandlung

Erstattungsfähig **gemäß Ziffer 1.2** sind bei stationärer Heilbehandlung die Kosten für

a) allgemeine Krankenhausleistungen nach der jeweils gültigen Fassung der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntG),

b) den gesondert berechenbaren Zuschlag für Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer.

Wurde kein Zuschlag für Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer berechnet, so werden stattdessen 32,- EUR Krankenhaustagegeld gezahlt.

c) die gesondert berechenbaren Leistungen des Wahl- oder Belegarztes und für Geburtshilfe.

Wurden keine gesondert berechenbaren Leistungen des Wahlarztes in Anspruch genommen, so werden stattdessen 30,- EUR Krankenhaustagegeld gezahlt.

d) die gesondert berechenbaren Leistungen des Wahl- oder Belegarztes und für 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 Heilbehandlung, die nachstationäre Behandlung auf längstens sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Heilbehandlung begrenzt.

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

- Vorstationäre Behandlung: 60,- EUR
- Nachstationäre Behandlung: 60,- EUR

e) medizinisch notwendige Krankentransporte (ausgenommen Fahrten in Privatfahrzeugen). Rücktransporte aus dem Ausland werden auf der Grundlage der im Bundesgesundheitsblatt veröffentlichten Richtlinien für die Durchführung von Ambulanzflügen erstattet.

f) Wurden während einer stationären Heilbehandlung keine Leistungen gemäß Buchstabe a) bis e) in Anspruch genommen, werden stattdessen 150,- EUR Krankenhaustagegeld gezahlt.

g) Bei Krankenhausaufenthalt eines 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.

Bei teilstationärer Heilbehandlung wird kein Krankenhaustagegeld gemäß Buchstabe b), c) und f) gezahlt.

Berechnet das Krankenhaus seine Leistungen nicht nach der BpflV oder dem KHEntgG oder werden die allgemeinen Krankenhausleistungen und der Zuschlag für Unterkunft zusammen berechnet, so gelten als Kosten für

- allgemeine Krankenhausleistungen nach Buchstabe a) maximal 150 % der Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen, die bei vergleichbarer Versorgung auf Grundlage der BpflV oder des KHEntgG entstanden wären.
- den gesondert berechenbaren Zuschlag für Unterkunft nach Buchstabe b) die Differenz der Kosten für die Inanspruchnahme der kostengünstigsten Pflegeklasse zu den Kosten für die Inanspruchnahme der ersten oder zweiten Pflegeklasse (in der Regel ein Ein- oder Zweibettzimmer).

Erstattungsfähig **gemäß Ziffer 1.2** sind darüber hinaus die Kosten für

h) stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem von der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Hospiz, in dem palliativmedizinische 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. Ein Anspruch auf Krankenhaustagegeld besteht nicht.

3.3 Zahnärztliche Behandlung

Erstattungsfähig **gemäß Ziffer 1.3a)** sind die Kosten für

- Zahnbehandlung, z. B. Füllungen, Zahnziehen, operative Behandlungen, Röntgenaufnahmen, Parodontosebehandlungen, Arzneien, Bestrahlungen, Kontrolluntersuchungen der Zähne,
- zahnärztliche prophylaktische Leistungen (einschließlich professioneller Zahnreinigung (PZR)).

Erstattungsfähig **gemäß Ziffer 1.3b)** sind die Kosten für

- Zahnersatz, z. B. Prothesen, Stützähne, Brücken, Inlays, Kronen (einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlung und chirurgischer Leistungen) und Reparaturen von Zahnersatz,
- Kieferorthopädie.

Als Zahnersatz gelten auch funktionsanalytische, funktionstherapeutische und implantologische Leistungen.

Keramikverblendungen im hinteren Seitenzahnbereich (Zähne 7 und 8) sind nicht mitversichert.

Die Erstattung der Material- und Laborkosten bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung erfolgt in angemessenen Sätzen.

Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie mit einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von über 3.500,- EUR ist dem Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan des behandelnden Arztes oder (Fach-) Zahnarztes mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorzulegen. Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. verpflichtet sich, diesen Heil- und Kostenplan unverzüglich zu prüfen und den Versicherungsnehmer über die Höhe des Leistungsanspruchs zu informieren. Bei Nichtvorlage des Heil- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn werden die über 3.500,- EUR hinausgehenden Aufwendungen nur zur Hälfte der tariflichen Leistung erstattet. Die Gebühren für die Erstellung des Heil- und Kostenplans trägt der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. im Rahmen des abgeschlossenen Versicherungsschutzes.

3.4 Pauschale Abgeltung für Bagatelldfälle

Anspruch auf die pauschale Abgeltung besteht für jede versicherte Person, für die

- keine Leistungen nach den Ziffern 1.1 - 1.3 dieses Tarifs für das volle abgelaufene Kalenderjahr bezogen wurden,
- die Versicherung nach diesem Tarif während des vollen abgelaufenen Kalenderjahres bestand und am 30. Juni des Folgejahres weiterhin besteht. Die letztgenannte Bedingung entfällt, wenn die Versicherung wegen gesetzlicher Krankenversicherungspflicht oder durch Tod zwischen dem 1. Januar und dem 30. Juni endet,
- alle Beiträge für das abgelaufene Kalenderjahr vollständig entrichtet wurden.

Nach Ziffer 1.1 - 1.3 in Anspruch genommene Leistungen werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die betreffende Behandlung erfolgt.

Die pauschale Abgeltung wird im Juli des Folgejahres ausgezahlt. Nach Annahme der pauschalen Abgeltung erlischt der Anspruch auf Leistungen nach den Ziffern 1.1 - 1.3 für das abgelaufene Kalenderjahr.

3.5 Vorsorgeuntersuchung („Check up“)

Für eine Vorsorgeuntersuchung nach dieser Ziffer werden die Kosten bis zu 330,- EUR ersetzt, wenn

- für drei Jahre in unmittelbarer Folge Leistungen nach Ziffer 1.4 ausgezahlt wurden und
- seit der letzten Vorsorgeuntersuchung nach dieser Ziffer drei Jahre vergangen sind.

Die Kosten werden zusätzlich zur Leistung nach Ziffer 1.4 ersetzt.

Die Vorsorgeuntersuchung ist in dem Kalenderjahr in Anspruch zu nehmen, in dem die Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind.

Für eine Vorsorgeuntersuchung nach dieser Ziffer, die in einem Diagnose-Zentrum oder in ähnlichen Einrichtungen erfolgt, werden die Kosten abweichend von Tarifbedingung Nr. 13 ohne vorherige schriftliche Leistungszusage des Deutschen Ring Krankenversicherungsverein a. G. erstattet.

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 Anpassung des Versicherungsschutzes

Im Falle einer Anpassung nach § 8b MB/KK 2009 prüft der Deutsche Ring Krankenversicherungsverein a. G., ob gleichzeitig die in den Ziffern 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.

Wichtige Information zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif Comfort +

oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden

1 Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?

Bei ambulanter Behandlung

Z. B. Sport-, Sonnen- und Arbeitsbrillen, einige Schutzimpfungen (z. B. für Fernreisen), Nähr- und Stärkungsmittel (z. B. Vitamin- und Mineralstoffpräparate).

Bei stationärer Behandlung

Z. B. Schwangerschaftsunterbrechungen aus nicht medizinischen Gründen, Sterilisation, Kosten für Telefongespräche (die Bereitstellungskosten des Telefons erstattet der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G.).

Bei zahnärztlicher Behandlung

Sachkosten bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung, die die angemessenen Höchstpreise übersteigen, rein kosmetische Leistungen, die über das medizinisch notwendige Maß hinausgehen, Amalgamaustausch ohne nachweisbare medizinische Notwendigkeit.

2 Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

Grundsätzliches

Erstattungsfähig sind ausschließlich medizinisch notwendige Leistungen (**nicht:** Verlangensleistungen und kosmetische Leistungen).

Rechnungen sollten Sie sammeln und immer erst dann einreichen, wenn der voraussichtliche Leistungsbetrag höher ist als die tarifliche pauschale Abgeltung von 390,- EUR (bzw. 130,- EUR für Kinder und Jugendliche). Bitte verwenden Sie für die Einreichung von Rechnungen die dafür vorgesehenen Vordrucke. Wir können Ihre Leistungsansprüche dann schneller bearbeiten. Sie erhalten diese Vordrucke bei jeder Abrechnung. Sollte Ihnen kein Vordruck zur Verfügung stehen, achten Sie bitte auf folgende Angaben, ohne die eine Bearbeitung leider nicht möglich ist:

- Versicherungsnummer
- Originalbeleg der Rechnung
- Angabe der Diagnose auf allen Rechnungen und Bescheinigungen

Bei ambulanter Behandlung

In der Arztrechnung müssen die Bezeichnung der Krankheit (Diagnose), die Behandlungstage und die Ziffern der Gebührenordnung, nach denen der Arzt sein Honorar berechnet, enthalten sein.

Rezepte sollten Sie möglichst zusammen mit der Arztrechnung einreichen.

Eine Kostenerstattung erfolgt auch bei noch nicht bezahlten Rechnungen.

Heil- und Hilfsmittel (z. B. physikalische Therapie, Bandagen, Prothesen) müssen vorher ärztlich verordnet werden. Für Sehhilfen ist eine vorherige augenärztliche Verordnung erforderlich.

Einer vorherigen Leistungszusage bedürfen Hilfsmittel mit einem Kaufpreis über 1.000,- EUR sowie deren Wartungs- und Reparaturkosten, wenn sie diesen Betrag überschreiten.

Bei stationärer Behandlung

Legen Sie im Krankenhaus Ihre RingCard für Privatversicherte vor. Wir können dann direkt mit dem Krankenhaus abrechnen und Sie brauchen in der Regel nicht in Vorleistung zu treten.

Eine vorherige Kostenzusage ist empfehlenswert, wenn Sie ein Krankenhaus wählen, das weit von Ihrem Wohnort entfernt oder im Ausland liegt.

Zahnärztliche Behandlung wird auch im Krankenhaus nach den tariflichen Bestimmungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie abgerechnet. Denken Sie bitte daran, in diesem Fall einen Heil- und Kostenplan erstellen zu lassen. Sie erfahren dann, welche Leistungen Sie aus Ihrem Versicherungsvertrag erwarten können. Weitere Informationen zum Heil- und Kostenplan können Sie auch den Ausführungen zur zahnärztlichen Behandlung entnehmen.

Bei zahnärztlicher Behandlung

Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie mit einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von über 3.500,- EUR reichen Sie bitte rechtzeitig vor Beginn der Maßnahmen den Heil- und Kostenplan des behandelnden Arztes oder (Fach-)Zahnarztes ein. Wir sagen Ihnen dann, welche Leistungen Sie aus Ihrem Versicherungsvertrag zu erwarten haben und wie hoch ggf. Ihr Eigenanteil ist.

Die Kosten für die Erstellung des Heil- und Kostenplans übernehmen wir im Rahmen des Tarifs.

Bei verspäteter Vorlage des Heil- und Kostenplans wird die Versicherungsleistung gekürzt.

Bei Behandlung im Ausland

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlungen in Europa. Zudem besteht ohne besondere Vereinbarung während des ersten Monats eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes auch Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland. Nach einer Versicherungsdauer von 12 Monaten gilt der Versicherungsschutz weltweit.

Wir empfehlen Ihnen, uns bereits vor einem längerfristigen Auslandsaufenthalt zu benachrichtigen und einen in Deutschland wohnenden Bevollmächtigten zur Entgegennahme von Versicherungsleistungen und Willenserklärungen zu benennen.

Tarif Esprit

(Tarifgeneration Unisex)

Kurz und bündig:

Ambulante Behandlung

- 100 % ambulante Behandlung
- ambulante absolute Selbstbeteiligung von 450,- EUR/Jahr (225,- EUR/Jahr bis Alter 20)
- Die Selbstbeteiligung entfällt für gezielte Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen

Stationäre Behandlung

- 100 % Allgemeine Krankenhausleistungen und Wahlleistungen im Zweibettzimmer

Zahnärztliche Behandlung

- 100 % Zahnbehandlung
- 80 % Zahnersatz und Kieferorthopädie

Allgemeine Versicherungsbedingungen (Teil III)

1 Leistungen des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G.

- 1.1 Ambulante Behandlung
- 1.2 Stationäre Behandlung
- 1.3 Zahnärztliche Behandlung

2 Versicherungsjahr

3 Erstattungsfähige Kosten

- 3.1 Ambulante Behandlung
- 3.2 Stationäre Behandlung
- 3.3 Zahnärztliche Behandlung

4 Beitragszahlung

5 Anpassung des Versicherungsschutzes

Wichtige Information zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif Esprit

- 1 Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?
- 2 Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

Tarif Esprit

(Tarifgeneration Unisex; Stand 1.1.2013)

Allgemeine Versicherungsbedingungen (Teil III)

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

1 Leistungen des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G.

Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. ersetzt von den erstattungsfähigen Kosten gemäß Ziffer 3 je Person und Kalenderjahr für

1.1 Ambulante Behandlung	Ambulante ärztliche Behandlungen Für Leistungen nach dieser Ziffer gilt je versicherter Person und Kalenderjahr eine Selbstbeteiligung von – 450,- EUR bei Erwachsenen bzw. – 225,- EUR bei Kindern und Jugendlichen. Diese Selbstbeteiligung bezieht sich nicht auf ärztliche Leistungen bei gezielten Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen. Liegt der Versicherungsbeginn im 2. Quartal, beträgt die Selbstbeteiligung für das erste Kalenderjahr 3/4, bei Versicherungsbeginn im 3. Quartal die Hälfte und im 4. Quartal 1/4 des Jahreswertes. Endet die Versicherung vor Ablauf eines Kalenderjahres, ermäßigt sich die Selbstbeteiligung nicht. Vom Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 21. Lebensjahr vollendet wird, gilt die Selbstbeteiligung für Erwachsene.	100 %
1.2 Stationäre Behandlung	Allgemeine Krankenhausleistungen, Wahlleistungen im Zweibettzimmer und Krankentransporte Anstelle von Kostenersatz werden unter bestimmten in Ziffer 3.2 genannten Voraussetzungen ersatzweise Krankenhaustagegelder gezahlt.	100 %
1.3 Zahnärztliche Behandlung	a) Zahnbehandlungen, zahnärztliche prophylaktische Leistungen b) Zahnersatz und Kieferorthopädie Die tarifliche Leistung für zahnärztliche Behandlung nach Buchstabe a) und b) wird je Person und Versicherungsjahr begrenzt, und zwar im 1. Versicherungsjahr auf 1.200,- EUR, im 2. Versicherungsjahr auf 2.400,- EUR, im 3. Versicherungsjahr auf 3.600,- EUR, im 4. Versicherungsjahr auf 4.800,- EUR, im 5. Versicherungsjahr auf 6.000,- EUR und ab dem 6. Versicherungsjahr auf 12.000,- EUR. Diese Begrenzung entfällt bei unfallbedingten Kosten. Unter bestimmten in Ziffer 3.3 genannten Voraussetzungen ist dem Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan des behandelnden Arztes oder (Fach-)Zahnarztes vorzulegen.	100 % 80 %

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 Esprit gilt für die Mehrleistungen der Zeitpunkt des Wechsels als Beginn des ersten Versicherungsjahres. Der vorgenannte Absatz gilt entsprechend.

3 Erstattungsfähige Kosten

Ärztliche und zahnärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig. Über den Höchstsätzen der GOÄ/GOZ liegende Kosten werden gemäß den geltenden Bestimmungen der GOÄ/GOZ erstattet.

Im Ausland entstandene Heilbehandlungskosten sind erstattungsfähig, soweit sie den ortsüblichen Sätzen entsprechen. Insoweit finden hier deutsche Gebührenordnungen keine Anwendung.

Leistungen nichtärztlicher Behandler sind wie folgt erstattungsfähig:

Hebammen und Entbindungspfleger im Rahmen der für sie jeweils geltenden amtlichen Gebührenverordnung, Diplompsychologen, Psychotherapeuten bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP), Angehörige staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe (z. B. Masseuse, Bademeister, Krankengymnasten, Logopäden) bis zu den üblichen Preisen¹, Heilpraktiker bis zu den Höchstsätzen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebÜH) in der jeweils gültigen Fassung.

3.1 Ambulante Behandlung

Erstattungsfähig **gemäß Ziffer 1.1** sind bei ambulanter Heilbehandlung, gezielten Vorsorgeuntersuchungen gemäß § 1 Abs. 2b MB/KK 2009 i. V. m. Tarifbedingung Nr. 1, Entbindung und Fehlgeburt die Kosten für

a) Leistungen des Arztes und des Heilpraktikers sowie Geburtshilfe, bei psychotherapeutischer Behandlung bis zu 50 Sitzungen je Kalenderjahr; ab der 31. Sitzung innerhalb eines Kalenderjahres ist eine vorherige Leistungszusage durch den Deutschen Ring Krankenversicherungsverein a. G. erforderlich,

b) Schutzimpfungen,

c) Arzneien und Verbandmittel, jedoch nicht hygienisch kosmetische Präparate, Badezusatz-, Nähr-, Potenz-, Raucherentwöhnungs-, Stärkungs-, Antikonzepionsmittel, Mineralwasser, Vitamin- und Nahrungsergänzungspräparate sowie Medikamente zur Reiseprophylaxe. Diese Vereinbarung ersetzt Satz 1 der Tarifbedingung Nr. 15 zum § 4 Abs. 3 der MB/KK 2009.

d) physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel), die durch Ärzte, Heilpraktiker und staatlich geprüfte Angehörige von Heil-/Hilfsberufen, hierzu gehören auch Podologen und medizinische Fußpfleger, durchgeführt wurden, z. B.:

- Inhalationen,
- Krankengymnastik und Übungsbehandlungen einschließlich Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik,
- Massagen,
- Hydrotherapie und Packungen,
- Wärmebehandlung,
- Kältetherapie,
- Elektro- und Lichttherapie,
- Manuelle Therapie,
- Logopädie,
- Ergotherapie,
- Podologie.

Die Erstattung erfolgt in angemessenen Sätzen.

e) Hilfsmittel (außer Sehhilfen), die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen. Als Hilfsmittel gelten nicht sanitäre Bedarfsartikel und medizinische Heilapparate (z. B. Heizkissen, Fieberthermometer).

Hilfsmittel gleicher Art mit einem Kaufpreis bis einschließlich 1.000,- EUR (oder deren Wartung und Reparatur) werden einmal pro Kalenderjahr ohne vorherige Leistungszusage des Deutschen Ring Krankenversicherungsverein a. G. erstattet. Eine vorherige Zusage wird erforderlich, wenn diese Hilfsmittel (oder deren Wartung und Reparatur) mehr als einmal pro Kalenderjahr erstattet werden sollen.

Hilfsmittel mit einem Kaufpreis über 1.000,- EUR sowie Wartungs- und Reparaturkosten, die diesen Betrag überschreiten, bedürfen der vorherigen Leistungszusage des Deutschen Ring Krankenversicherungsverein a. G. Wird keine vorherige Zusage eingeholt, werden die Kosten übernommen, die in gleicher Qualität und Ausführung im Rahmen einer möglichen alternativen und kostengünstigeren Versorgungsform (Miete, Leasing, Kauf) oder bei Bezug des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner des Deutschen Ring Krankenversicherungsverein a. G. angefallen wären.

f) Sehhilfen bis 225,- EUR Rechnungsbetrag. Ein erneuter Anspruch auf Erstattung von Sehhilfen besteht, wenn seit dem letzten Bezug mindestens zwei Jahre vergangen sind oder sich die Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien insgesamt geändert hat. Sport-, Sonnen- und Arbeitsbrillen sind nicht erstattungsfähig.

g) Kur- und Sanatoriumsbehandlung, soweit es sich um Kosten gemäß a), c) und d) handelt,

h) medizinisch notwendige Krankentransporte zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit sowie bei Notfällen und Erstversorgungen nach einem Unfall (einschließlich der Kosten des Notarztes).

Erstattungsfähig **gemäß Ziffer 1.1** sind darüber hinaus die Kosten für

i) teilstationäre Dialysebehandlungen sowie die Sachkosten für Heimdialyse.

j) Fahrten zur und von einer Dialysebehandlung, Chemo- oder Strahlentherapie

k) ambulante Palliativversorgung, sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) verfügen.

3.2 Stationäre Behandlung

Erstattungsfähig **gemäß Ziffer 1.2** sind bei stationärer Heilbehandlung die Kosten für

a) allgemeine Krankenhausleistungen nach der jeweils gültigen Fassung der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG),

b) den gesondert berechenbaren Zuschlag für Unterkunft im Zweibettzimmer.
Wurde kein Zuschlag für Unterkunft im Zweibettzimmer berechnet, so werden stattdessen 21,- EUR Krankenhaustagegeld gezahlt.

c) die gesondert berechenbaren Leistungen des Wahl- oder Belegarztes und für Geburtshilfe.
Wurden keine gesondert berechenbaren Leistungen des Wahlarztes in Anspruch genommen, so werden stattdessen 30,- EUR Krankenhaustagegeld gezahlt.

¹ Die üblichen Preise teilt der Deutsche Ring Krankenversicherungsverein a. G. den Versicherungsnehmern auf Anforderung mit.

d) die gesondert berechenbaren Leistungen des Wahl- oder Belegarztes und für 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 Heilbehandlung, die nachstationäre Behandlung auf längstens sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Heilbehandlung begrenzt.

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

- Vorstationäre Behandlung: 60,- EUR
- Nachstationäre Behandlung: 60,- EUR

e) medizinisch notwendige Krankentransporte (ausgenommen Fahrten in Privatfahrzeugen). Rücktransporte aus dem Ausland werden auf der Grundlage der im Bundesgesundheitsblatt veröffentlichten Richtlinien für die Durchführung von Ambulanzflügen erstattet.

f) Werden bei einem medizinisch notwendigen unfallbedingtem Krankenhausaufenthalt die Kosten gemäß Buchstabe a) bis e) durch einen anderen Versicherungsträger übernommen, so werden stattdessen 80,- EUR Krankenhaustagegeld gezahlt.

Bei teilstationärer Heilbehandlung wird kein Krankenhaustagegeld gemäß Buchstabe b), c) und f) gezahlt.

Berechnet das Krankenhaus seine Leistungen nicht nach der BpflV oder dem KHEntG oder werden die allgemeinen Krankenhausleistungen und der Zuschlag für Unterkunft zusammen berechnet, so gelten als Kosten für

- allgemeine Krankenhausleistungen nach Buchstabe a) maximal 150 % der Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen, die bei vergleichbarer Versorgung auf Grundlage der BpflV oder des KHEntG entstanden wären.
- den gesondert berechenbaren Zuschlag für Unterkunft nach Buchstabe b) die Differenz der Kosten für die Inanspruchnahme der kostengünstigsten Pflegeklasse zu den Kosten für die Inanspruchnahme der zweiten Pflegeklasse (in der Regel ein Zweibettzimmer).

Erstattungsfähig **gemäß Ziffer 1.2** sind darüber hinaus die Kosten für

g) stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem von der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Hospiz, in dem palliativmedizinische 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.

Ein Anspruch auf Krankenhaustagegeld besteht nicht.

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 Anpassung des Versicherungsschutzes

Im Falle einer Anpassung nach § 8b MB/KK 2009 prüft der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G., ob gleichzeitig die in den Ziffern 1 und 3 genannten EUR-Beträge und die festgelegten Selbstbeteiligungen 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.

3.3 Zahnärztliche Behandlung

Erstattungsfähig **gemäß Ziffer 1.3a)** sind die Kosten für

- Zahnbehandlung, z. B. Füllungen, Zahnziehen, operative Behandlungen, Röntgenaufnahmen, Parodontosebehandlungen, Arzneien, Bestrahlungen, Kontrolluntersuchungen der Zähne,
- zahnärztliche prophylaktische Leistungen (einschließlich professioneller Zahnreinigung (PZR) bis zu zweimal je Kalenderjahr).

Erstattungsfähig **gemäß Ziffer 1.3b)** sind die Kosten für

- Zahnersatz, z. B. Prothesen, Stützähne, Brücken, Inlays, Kronen (einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlung und chirurgischer Leistungen) und Reparaturen von Zahnersatz,
- Kieferorthopädie.

Als Zahnersatz gelten auch funktionsanalytische, funktionstherapeutische und implantologische Leistungen.

Keramikverblendungen im hinteren Seitenzahnbereich (Zähne 7 und 8) sind nicht mitversichert.

Die Erstattung der Material- und Laborkosten bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung erfolgt in angemessenen Sätzen.

Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie mit einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von über 3.500,- EUR oder wenn zahnärztliche Maßnahmen stationär durchgeführt werden sollen, ist dem Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan des behandelnden Arztes oder (Fach-)Zahnarztes mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorzulegen. Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. verpflichtet sich, diesen Heil- und Kostenplan unverzüglich zu prüfen und den Versicherungsnehmer über die Höhe des Leistungsanspruchs zu informieren. Bei Nichtvorlage des Heil- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn werden die über 3.500,- EUR hinausgehenden Aufwendungen bzw. sämtliche stationär durchgeführten zahnärztlichen Maßnahmen nur zur Hälfte der tariflichen Leistung erstattet. Die Gebühren für die Erstellung des Heil- und Kostenplans trägt der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. im Rahmen des abgeschlossenen Versicherungsschutzes.

Wichtige Information zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif Esprit oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden

1 Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?

Bei ambulanter Behandlung

Z. B. Sport-, Sonnen- und Arbeitsbrillen, einige Schutzimpfungen (z. B. für Fernreisen), Nähr- und Stärkungsmittel (z. B. Vitamin- und Mineralstoffpräparate).

Bei stationärer Behandlung

Z. B. Schwangerschaftsunterbrechungen aus nicht medizinischen Gründen, Sterilisation, der Unterbringungszuschlag für das Einbettzimmer, Kosten für Telefongespräche (die Bereitstellungskosten des Telefons erstattet der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G.).

Bei zahnärztlicher Behandlung

Sachkosten bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung, die die angemessenen Höchstpreise übersteigen, rein kosmetische Leistungen, die über das medizinisch notwendige Maß hinausgehen, Amalgamaustausch ohne nachweisbare medizinische Notwendigkeit.

2 Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

Grundsätzliches

Erstattungsfähig sind ausschließlich medizinisch notwendige Leistungen (**nicht:** Verlangensleistungen und kosmetische Leistungen).

Bitte verwenden Sie für die Einreichung von Rechnungen die dafür vorgesehenen Vordrucke. Wir können Ihre Leistungsansprüche dann schneller bearbeiten. Sie erhalten diese Vordrucke bei jeder Abrechnung. Sollte Ihnen kein Vordruck zur Verfügung stehen, achten Sie bitte auf folgende Angaben, ohne die eine Bearbeitung leider nicht möglich ist:

- Versicherungsnummer
- Originalbeleg der Rechnung
- Angabe der Diagnose auf allen Rechnungen und Bescheinigungen

Bei ambulanter Behandlung

In der Arztrechnung müssen die Bezeichnung der Krankheit (Diagnose), die Behandlungstage und die Ziffern der Gebührenordnung, nach denen der Arzt sein Honorar berechnet, enthalten sein.

Rezepte sollten Sie möglichst zusammen mit der Arztrechnung einreichen.

Eine Kostenerstattung erfolgt auch bei noch nicht bezahlten Rechnungen.

Heil- und Hilfsmittel (z. B. physikalische Therapie, Bandagen, Prothesen) müssen vorher ärztlich verordnet werden. Für Sehhilfen ist eine vorherige augenärztliche Verordnung erforderlich.

Einer vorherigen Leistungszusage bedürfen Hilfsmittel mit einem Kaufpreis über 1.000,- EUR sowie deren Wartungs- und Reparaturkosten, wenn sie diesen Betrag überschreiten.

Bei stationärer Behandlung

Legen Sie im Krankenhaus Ihre RingCard für Privatversicherte vor. Wir können dann direkt mit dem Krankenhaus abrechnen und Sie brauchen in der Regel nicht in Vorleistung zu treten.

Eine vorherige Kostenzusage ist empfehlenswert, wenn Sie ein Krankenhaus wählen, das weit von Ihrem Wohnort entfernt oder im Ausland liegt.

Zahnärztliche Behandlung wird auch im Krankenhaus nach den tariflichen Bestimmungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie abgerechnet. Denken Sie bitte daran, in diesem Fall einen Heil- und Kostenplan erstellen zu lassen. Sie erfahren dann, welche Leistungen Sie aus Ihrem Versicherungsvertrag erwarten können. Weitere Informationen zum Heil- und Kostenplan können Sie auch den Ausführungen zur zahnärztlichen Behandlung entnehmen.

Bei zahnärztlicher Behandlung

Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie mit einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von über 3.500,- EUR reichen Sie bitte rechtzeitig vor Beginn der Maßnahmen den Heil- und Kostenplan des behandelnden Arztes oder (Fach-)Zahnarztes ein. Wir sagen Ihnen dann, welche Leistungen Sie aus Ihrem Versicherungsvertrag zu erwarten haben und wie hoch ggf. Ihr Eigenanteil ist.

Die Kosten für die Erstellung des Heil- und Kostenplans übernehmen wir im Rahmen des Tarifs.

Bei verspäteter Vorlage des Heil- und Kostenplans wird die Versicherungsleistung gekürzt.

Bei Behandlung im Ausland

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlungen in Europa. Zudem besteht ohne besondere Vereinbarung während des ersten Monats eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes auch Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland. Nach einer Versicherungsdauer von 12 Monaten gilt der Versicherungsschutz weltweit.

Wir empfehlen Ihnen, uns bereits vor einem längerfristigen Auslandsaufenthalt zu benachrichtigen und einen in Deutschland wohnenden Bevollmächtigten zur Entgegennahme von Versicherungsleistungen und Willenserklärungen zu benennen.

Trotz der prinzipiellen Auslandsdeckung legt dieser Tarif die Leistungserbringung im deutschen Gesundheitssystem zu Grunde und sieht mitunter Höchstgrenzen vor. Aufgrund unterschiedlich ausgestalteter Gesundheitssysteme in anderen Ländern ist es denkbar, dass bei Behandlungen außerhalb Deutschlands die Tarifleistungen allein zur Deckung aller Kosten nicht ausreichen.

Wir empfehlen Ihnen deshalb dringend, gleich bzw. rechtzeitig vor Antritt einer Auslandsreise beim Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. eine Auslandsreise-Krankenversicherung abzuschließen. Unsere Außendienstmitarbeiter/-partner beraten Sie gerne, welcher Tarif für Sie der zweckmäßigste ist. Sie können sich auch an eine unserer Geschäftsstellen oder an die Hauptverwaltung in Hamburg wenden.

Tarif Esprit X

(Tarifgeneration Unisex)

Kurz und bündig:

Ambulante Behandlung

- 100 % ambulante Behandlung
- ambulante absolute Selbstbeteiligung von 900,- EUR/Jahr (450,- EUR/Jahr bis Alter 20)
- Die Selbstbeteiligung entfällt für gezielte Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen

Stationäre Behandlung

- 100 % Allgemeine Krankenhausleistungen und Wahlleistungen im Zweibettzimmer

Zahnärztliche Behandlung

- 100 % Zahnbehandlung
- 80 % Zahnersatz und Kieferorthopädie

Allgemeine Versicherungsbedingungen (Teil III)

1 Leistungen des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G.

- 1.1 Ambulante Behandlung
- 1.2 Stationäre Behandlung
- 1.3 Zahnärztliche Behandlung

2 Versicherungsjahr

3 Erstattungsfähige Kosten

- 3.1 Ambulante Behandlung
- 3.2 Stationäre Behandlung
- 3.3 Zahnärztliche Behandlung

4 Beitragszahlung

5 Anpassung des Versicherungsschutzes

Wichtige Information zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif Esprit X

- 1 Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?
- 2 Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

Tarif Esprit X

(Tarifgeneration Unisex; Stand 1.1.2013)

Allgemeine Versicherungsbedingungen (Teil III)

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

1 Leistungen des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G.

Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. ersetzt von den erstattungsfähigen Kosten gemäß Ziffer 3 je Person und Kalenderjahr für

1.1 Ambulante Behandlung	Ambulante ärztliche Behandlungen Für Leistungen nach dieser Ziffer gilt je versicherter Person und Kalenderjahr eine Selbstbeteiligung von <ul style="list-style-type: none">- 900,- EUR bei Erwachsenen bzw.- 450,- EUR bei Kindern und Jugendlichen. Diese Selbstbeteiligung bezieht sich nicht auf ärztliche Leistungen bei gezielten Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen. Liegt der Versicherungsbeginn im 2. Quartal, beträgt die Selbstbeteiligung für das erste Kalenderjahr 3/4, bei Versicherungsbeginn im 3. Quartal die Hälfte und im 4. Quartal 1/4 des Jahreswertes. Endet die Versicherung vor Ablauf eines Kalenderjahres, ermäßigt sich die Selbstbeteiligung nicht. Vom Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 21. Lebensjahr vollendet wird, gilt die Selbstbeteiligung für Erwachsene.	100 %												
1.2 Stationäre Behandlung	Allgemeine Krankenhausleistungen, Wahlleistungen im Zweibettzimmer und Krankentransporte Anstelle von Kostenersatz werden unter bestimmten in Ziffer 3.2 genannten Voraussetzungen ersatzweise Krankenhaustagegelder gezahlt.	100 %												
1.3 Zahnärztliche Behandlung	a) Zahnbehandlungen, zahnärztliche prophylaktische Leistungen b) Zahnersatz und Kieferorthopädie Die tarifliche Leistung für zahnärztliche Behandlung nach Buchstabe a) und b) wird je Person und Versicherungsjahr begrenzt, und zwar <table><tr><td>im 1. Versicherungsjahr auf</td><td>1.200,- EUR,</td></tr><tr><td>im 2. Versicherungsjahr auf</td><td>2.400,- EUR,</td></tr><tr><td>im 3. Versicherungsjahr auf</td><td>3.600,- EUR,</td></tr><tr><td>im 4. Versicherungsjahr auf</td><td>4.800,- EUR,</td></tr><tr><td>im 5. Versicherungsjahr auf</td><td>6.000,- EUR und</td></tr><tr><td>ab dem 6. Versicherungsjahr auf</td><td>12.000,- EUR.</td></tr></table> Diese Begrenzung entfällt bei unfallbedingten Kosten. Unter bestimmten in Ziffer 3.3 genannten Voraussetzungen ist dem Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan des behandelnden Arztes oder (Fach-)Zahnarztes vorzulegen.	im 1. Versicherungsjahr auf	1.200,- EUR,	im 2. Versicherungsjahr auf	2.400,- EUR,	im 3. Versicherungsjahr auf	3.600,- EUR,	im 4. Versicherungsjahr auf	4.800,- EUR,	im 5. Versicherungsjahr auf	6.000,- EUR und	ab dem 6. Versicherungsjahr auf	12.000,- EUR.	100 % 80 %
im 1. Versicherungsjahr auf	1.200,- EUR,													
im 2. Versicherungsjahr auf	2.400,- EUR,													
im 3. Versicherungsjahr auf	3.600,- EUR,													
im 4. Versicherungsjahr auf	4.800,- EUR,													
im 5. Versicherungsjahr auf	6.000,- EUR und													
ab dem 6. Versicherungsjahr auf	12.000,- EUR.													

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 Esprit X gilt für die Mehrleistungen der Zeitpunkt des Wechsels als Beginn des ersten Versicherungsjahres. Der vorgenannte Absatz gilt entsprechend.

3 Erstattungsfähige Kosten

Ärztliche und zahnärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig. Über den Höchstsätzen der GOÄ/GOZ liegende Kosten werden gemäß den geltenden Bestimmungen der GOÄ/GOZ erstattet.

Im Ausland entstandene Heilbehandlungskosten sind erstattungsfähig, soweit sie den ortsüblichen Sätzen entsprechen. Insoweit finden hier deutsche Gebührenordnungen keine Anwendung.

Leistungen nichtärztlicher Behandler sind wie folgt erstattungsfähig:

Hebammen und Entbindungspfleger im Rahmen der für sie jeweils geltenden amtlichen Gebührenverordnung, Diplompsychologen, Psychotherapeuten bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP), Angehörige staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe (z. B. Masseuse, Bademeister, Krankengymnasten, Logopäden) bis zu den üblichen Preisen¹, Heilpraktiker bis zu den Höchstsätzen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebÜH) in der jeweils gültigen Fassung.

3.1 Ambulante Behandlung

Erstattungsfähig **gemäß Ziffer 1.1** sind bei ambulanter Heilbehandlung, gezielten Vorsorgeuntersuchungen gemäß § 1 Abs. 2b MB/KK 2009 i. V. m. Tarifbedingung Nr. 1, Entbindung und Fehlgeburt die Kosten für

a) Leistungen des Arztes und des Heilpraktikers sowie Geburtshilfe, bei psychotherapeutischer Behandlung bis zu 50 Sitzungen je Kalenderjahr; ab der 31. Sitzung innerhalb eines Kalenderjahres ist eine vorherige Leistungszusage durch den Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. erforderlich,

b) Schutzimpfungen,

c) Arzneien und Verbandmittel, jedoch nicht hygienisch kosmetische Präparate, Badezusatz-, Nähr-, Potenz-, Raucherentwöhnungs-, Stärkungs-, Antikonzepionsmittel, Mineralwasser, Vitamin- und Nahrungsergänzungspräparate sowie Medikamente zur Reiseprophylaxe. Diese Vereinbarung ersetzt Satz 1 der Tarifbedingung Nr. 15 zum § 4 Abs. 3 der MB/KK 2009.

d) physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel), die durch Ärzte, Heilpraktiker und staatlich geprüfte Angehörige von Heil-/Hilfsberufen, hierzu gehören auch Podologen und medizinische Fußpfleger, durchgeführt wurden, z. B.:

- Inhalationen,
- Krankengymnastik und Übungsbehandlungen einschließlich Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik,
- Massagen,
- Hydrotherapie und Packungen,
- Wärmebehandlung,
- Kältetherapie,
- Elektro- und Lichttherapie,
- Manuelle Therapie,
- Logopädie,
- Ergotherapie,
- Podologie.

Die Erstattung erfolgt in angemessenen Sätzen.

e) Hilfsmittel (außer Sehhilfen), die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen. Als Hilfsmittel gelten nicht sanitäre Bedarfsartikel und medizinische Heilapparate (z. B. Heizkissen, Fieberthermometer).

Hilfsmittel gleicher Art mit einem Kaufpreis bis einschließlich 1.000,- EUR (oder deren Wartung und Reparatur) werden einmal pro Kalenderjahr ohne vorherige Leistungszusage des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. erstattet. Eine vorherige Zusage wird erforderlich, wenn diese Hilfsmittel (oder deren Wartung und Reparatur) mehr als einmal pro Kalenderjahr erstattet werden sollen.

Hilfsmittel mit einem Kaufpreis über 1.000,- EUR sowie Wartungs- und Reparaturkosten, die diesen Betrag überschreiten, bedürfen der vorherigen Leistungszusage des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. Wird keine vorherige Zusage eingeholt, werden die Kosten übernommen, die in gleicher Qualität und Ausführung im Rahmen einer möglichen alternativen und kostengünstigeren Versorgungsform (Miete, Leasing, Kauf) oder bei Bezug des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. angefallen wären.

f) Sehhilfen bis 225,- EUR Rechnungsbetrag. Ein erneuter Anspruch auf Erstattung von Sehhilfen besteht, wenn seit dem letzten Bezug mindestens zwei Jahre vergangen sind oder sich die Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien insgesamt geändert hat. Sport-, Sonnen- und Arbeitsbrillen sind nicht erstattungsfähig.

g) Kur- und Sanatoriumsbehandlung, soweit es sich um Kosten gemäß a), c) und d) handelt,

h) medizinisch notwendige Krankentransporte zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit sowie bei Notfällen und Erstversorgungen nach einem Unfall (einschließlich der Kosten des Notarztes).

Erstattungsfähig **gemäß Ziffer 1.1** sind darüber hinaus die Kosten für

i) teilstationäre Dialysebehandlungen sowie die Sachkosten für Heimdialyse.

j) Fahrten zur und von einer Dialysebehandlung, Chemo- oder Strahlentherapie

k) ambulante Palliativversorgung, sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) verfügen.

3.2 Stationäre Behandlung

Erstattungsfähig **gemäß Ziffer 1.2** sind bei stationärer Heilbehandlung die Kosten für

a) allgemeine Krankenhausleistungen nach der jeweils gültigen Fassung der Bundespflegesatzverordnung (BPFIV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG),

b) den gesondert berechenbaren Zuschlag für Unterkunft im Zweibettzimmer.

Wurde kein Zuschlag für Unterkunft im Zweibettzimmer berechnet, so werden stattdessen 21,- EUR Krankenhaustagegeld gezahlt.

c) die gesondert berechenbaren Leistungen des Wahl- oder Belegarztes und für Geburtshilfe.

Wurden keine gesondert berechenbaren Leistungen des Wahlarztes in Anspruch genommen, so werden stattdessen 30,- EUR Krankenhaustagegeld gezahlt.

¹ Die üblichen Preise teilt der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. den Versicherungsnehmern auf Anforderung mit.

d) die gesondert berechenbaren Leistungen des Wahl- oder Belegarztes und für 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 Heilbehandlung, die nachstationäre Behandlung auf längstens sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Heilbehandlung begrenzt.

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

- Vorstationäre Behandlung: 60,- EUR
- Nachstationäre Behandlung: 60,- EUR

e) medizinisch notwendige Krankentransporte (ausgenommen Fahrten in Privatfahrzeugen). Rücktransporte aus dem Ausland werden auf der Grundlage der im Bundesgesundheitsblatt veröffentlichten Richtlinien für die Durchführung von Ambulanzflügen erstattet.

f) Werden bei einem medizinisch notwendigen unfallbedingtem Krankenhausaufenthalt die Kosten gemäß Buchstabe a) bis e) durch einen anderen Versicherungsträger übernommen, so werden stattdessen 80,- EUR Krankenhaustagegeld gezahlt.

Bei teilstationärer Heilbehandlung wird kein Krankenhaustagegeld gemäß Buchstabe b), c) und f) gezahlt.

Berechnet das Krankenhaus seine Leistungen nicht nach der BpflV oder dem KHEntG oder werden die allgemeinen Krankenhausleistungen und der Zuschlag für Unterkunft zusammen berechnet, so gelten als Kosten für

- allgemeine Krankenhausleistungen nach Buchstabe a) maximal 150 % der Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen, die bei vergleichbarer Versorgung auf Grundlage der BpflV oder des KHEntG entstanden wären.
- den gesondert berechenbaren Zuschlag für Unterkunft nach Buchstabe b) die Differenz der Kosten für die Inanspruchnahme der kostengünstigsten Pflegeklasse zu den Kosten für die Inanspruchnahme der zweiten Pflegeklasse (in der Regel ein Zweibettzimmer).

Erstattungsfähig **gemäß Ziffer 1.2** sind darüber hinaus die Kosten für

g) stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem von der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Hospiz, in dem palliativmedizinische 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.

Ein Anspruch auf Krankenhaustagegeld besteht nicht.

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 Anpassung des Versicherungsschutzes

Im Falle einer Anpassung nach § 8b MB/KK 2009 prüft der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G., ob gleichzeitig die in den Ziffern 1 und 3 genannten EUR-Beträge und die festgelegten Selbstbeteiligungen 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.

3.3 Zahnärztliche Behandlung

Erstattungsfähig **gemäß Ziffer 1.3a)** sind die Kosten für

- Zahnbehandlung, z. B. Füllungen, Zahnziehen, operative Behandlungen, Röntgenaufnahmen, Parodontosebehandlungen, Arzneien, Bestrahlungen, Kontrolluntersuchungen der Zähne,
- zahnärztliche prophylaktische Leistungen (einschließlich professioneller Zahnreinigung (PZR) bis zu zweimal je Kalenderjahr).

Erstattungsfähig **gemäß Ziffer 1.3b)** sind die Kosten für

- Zahnersatz, z. B. Prothesen, Stützähne, Brücken, Inlays, Kronen (einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlung und chirurgischer Leistungen) und Reparaturen von Zahnersatz,
- Kieferorthopädie.

Als Zahnersatz gelten auch funktionsanalytische, funktionstherapeutische und implantologische Leistungen.

Keramikverblendungen im hinteren Seitenzahnbereich (Zähne 7 und 8) sind nicht mitversichert.

Die Erstattung der Material- und Laborkosten bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung erfolgt in angemessenen Sätzen.

Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie mit einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von über 3.500,- EUR oder wenn zahnärztliche Maßnahmen stationär durchgeführt werden sollen, ist dem Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan des behandelnden Arztes oder (Fach-)Zahnarztes mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorzulegen. Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. verpflichtet sich, diesen Heil- und Kostenplan unverzüglich zu prüfen und den Versicherungsnehmer über die Höhe des Leistungsanspruchs zu informieren. Bei Nichtvorlage des Heil- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn werden die über 3.500,- EUR hinausgehenden Aufwendungen bzw. sämtliche stationär durchgeführten zahnärztlichen Maßnahmen nur zur Hälfte der tariflichen Leistung erstattet. Die Gebühren für die Erstellung des Heil- und Kostenplans trägt der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. im Rahmen des abgeschlossenen Versicherungsschutzes.

Wichtige Information zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif Esprit X oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden

1 Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?

Bei ambulanter Behandlung

Z. B. Sport-, Sonnen- und Arbeitsbrillen, einige Schutzimpfungen (z. B. für Fernreisen), Nähr- und Stärkungsmittel (z. B. Vitamin- und Mineralstoffpräparate).

Bei stationärer Behandlung

Z. B. Schwangerschaftsunterbrechungen aus nicht medizinischen Gründen, Sterilisation, der Unterbringungszuschlag für das Einbettzimmer, Kosten für Telefongespräche (die Bereitstellungskosten des Telefons erstattet der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G.).

Bei zahnärztlicher Behandlung

Sachkosten bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung, die die angemessenen Höchstpreise übersteigen, rein kosmetische Leistungen, die über das medizinisch notwendige Maß hinausgehen, Amalgamaustausch ohne nachweisbare medizinische Notwendigkeit.

2 Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

Grundsätzliches

Erstattungsfähig sind ausschließlich medizinisch notwendige Leistungen (**nicht:** Verlangensleistungen und kosmetische Leistungen).

Bitte verwenden Sie für die Einreichung von Rechnungen die dafür vorgesehenen Vordrucke. Wir können Ihre Leistungsansprüche dann schneller bearbeiten. Sie erhalten diese Vordrucke bei jeder Abrechnung. Sollte Ihnen kein Vordruck zur Verfügung stehen, achten Sie bitte auf folgende Angaben, ohne die eine Bearbeitung leider nicht möglich ist:

- Versicherungsnummer
- Originalbeleg der Rechnung
- Angabe der Diagnose auf allen Rechnungen und Bescheinigungen

Bei ambulanter Behandlung

In der Arztrechnung müssen die Bezeichnung der Krankheit (Diagnose), die Behandlungstage und die Ziffern der Gebührenordnung, nach denen der Arzt sein Honorar berechnet, enthalten sein.

Rezepte sollten Sie möglichst zusammen mit der Arztrechnung einreichen.

Eine Kostenerstattung erfolgt auch bei noch nicht bezahlten Rechnungen.

Heil- und Hilfsmittel (z. B. physikalische Therapie, Bandagen, Prothesen) müssen vorher ärztlich verordnet werden. Für Sehhilfen ist eine vorherige augenärztliche Verordnung erforderlich.

Einer vorherigen Leistungszusage bedürfen Hilfsmittel mit einem Kaufpreis über 1.000,- EUR sowie deren Wartungs- und Reparaturkosten, wenn sie diesen Betrag überschreiten.

Bei stationärer Behandlung

Legen Sie im Krankenhaus Ihre RingCard für Privatversicherte vor. Wir können dann direkt mit dem Krankenhaus abrechnen und Sie brauchen in der Regel nicht in Vorleistung zu treten.

Eine vorherige Kostenzusage ist empfehlenswert, wenn Sie ein Krankenhaus wählen, das weit von Ihrem Wohnort entfernt oder im Ausland liegt.

Zahnärztliche Behandlung wird auch im Krankenhaus nach den tariflichen Bestimmungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie abgerechnet. Denken Sie bitte daran, in diesem Fall einen Heil- und Kostenplan erstellen zu lassen. Sie erfahren dann, welche Leistungen Sie aus Ihrem Versicherungsvertrag erwarten können. Weitere Informationen zum Heil- und Kostenplan können Sie auch den Ausführungen zur zahnärztlichen Behandlung entnehmen.

Bei zahnärztlicher Behandlung

Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie mit einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von über 3.500,- EUR reichen Sie bitte rechtzeitig vor Beginn der Maßnahmen den Heil- und Kostenplan des behandelnden Arztes oder (Fach-)Zahnarztes ein. Wir sagen Ihnen dann, welche Leistungen Sie aus Ihrem Versicherungsvertrag zu erwarten haben und wie hoch ggf. Ihr Eigenanteil ist.

Die Kosten für die Erstellung des Heil- und Kostenplans übernehmen wir im Rahmen des Tarifs.

Bei verspäteter Vorlage des Heil- und Kostenplans wird die Versicherungsleistung gekürzt.

Bei Behandlung im Ausland

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlungen in Europa. Zudem besteht ohne besondere Vereinbarung während des ersten Monats eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes auch Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland. Nach einer Versicherungsdauer von 12 Monaten gilt der Versicherungsschutz weltweit.

Wir empfehlen Ihnen, uns bereits vor einem längerfristigen Auslandsaufenthalt zu benachrichtigen und einen in Deutschland wohnenden Bevollmächtigten zur Entgegennahme von Versicherungsleistungen und Willenserklärungen zu benennen.

Trotz der prinzipiellen Auslandsdeckung legt dieser Tarif die Leistungserbringung im deutschen Gesundheitssystem zu Grunde und sieht mitunter Höchstgrenzen vor. Aufgrund unterschiedlich ausgestalteter Gesundheitssysteme in anderen Ländern ist es denkbar, dass bei Behandlungen außerhalb Deutschlands die Tarifleistungen allein zur Deckung aller Kosten nicht ausreichen.

Wir empfehlen Ihnen deshalb dringend, gleich bzw. rechtzeitig vor Antritt einer Auslandsreise beim Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. eine Auslandsreise-Krankenversicherung abzuschließen. Unsere Außendienstmitarbeiter/-partner beraten Sie gerne, welcher Tarif für Sie der zweckmäßigste ist. Sie können sich auch an eine unserer Geschäftsstellen oder an die Hauptverwaltung in Hamburg wenden.

Tarif Esprit M

(Tarifgeneration Unisex)

Kurz und bündig:

Ambulante Behandlung

- 100 % ambulante Behandlung
- ambulante absolute Selbstbeteiligung von 450,- EUR/Jahr (225,- EUR/Jahr bis Alter 20)
- Die Selbstbeteiligung entfällt für gezielte Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen

Stationäre Behandlung

- 100 % Allgemeine Krankenhausleistungen

Zahnärztliche Behandlung

- 100 % Zahnbehandlung
- 80 % Zahnersatz und Kieferorthopädie

Allgemeine Versicherungsbedingungen (Teil III)

1 Leistungen des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G.

- 1.1 Ambulante Behandlung
- 1.2 Stationäre Behandlung
- 1.3 Zahnärztliche Behandlung

2 Versicherungsjahr

3 Erstattungsfähige Kosten

- 3.1 Ambulante Behandlung
- 3.2 Stationäre Behandlung
- 3.3 Zahnärztliche Behandlung

4 Beitragszahlung

5 Anpassung des Versicherungsschutzes

Wichtige Information zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif Esprit M

- 1 Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?
- 2 Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

Tarif Esprit M

(Tarifgeneration Unisex; Stand 1.1.2013)

Allgemeine Versicherungsbedingungen (Teil III)

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

1 Leistungen des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G.

Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. ersetzt von den erstattungsfähigen Kosten gemäß Ziffer 3 je Person und Kalenderjahr für

1.1 Ambulante Behandlung	Ambulante ärztliche Behandlungen Für Leistungen nach dieser Ziffer gilt je versicherter Person und Kalenderjahr eine Selbstbeteiligung von <ul style="list-style-type: none">- 450,- EUR bei Erwachsenen bzw.- 225,- EUR bei Kindern und Jugendlichen. Diese Selbstbeteiligung bezieht sich nicht auf ärztliche Leistungen bei gezielten Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen. Liegt der Versicherungsbeginn im 2. Quartal, beträgt die Selbstbeteiligung für das erste Kalenderjahr 3/4, bei Versicherungsbeginn im 3. Quartal die Hälfte und im 4. Quartal 1/4 des Jahreswertes. Endet die Versicherung vor Ablauf eines Kalenderjahres, ermäßigt sich die Selbstbeteiligung nicht. Vom Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 21. Lebensjahr vollendet wird, gilt die Selbstbeteiligung für Erwachsene.	100 %											
1.2 Stationäre Behandlung	Allgemeine Krankenhausleistungen, Leistungen des Belegarztes und Krankentransporte	100 %											
1.3 Zahnärztliche Behandlung	a) Zahnbehandlungen, zahnärztliche prophylaktische Leistungen	100 %											
	b) Zahnersatz und Kieferorthopädie Die tarifliche Leistung für zahnärztliche Behandlung nach Buchstabe a) und b) wird je Person und Versicherungsjahr begrenzt, und zwar <table><tr><td>im 1. Versicherungsjahr auf</td><td>1.200,- EUR,</td></tr><tr><td>im 2. Versicherungsjahr auf</td><td>2.400,- EUR,</td></tr><tr><td>im 3. Versicherungsjahr auf</td><td>3.600,- EUR,</td></tr><tr><td>im 4. Versicherungsjahr auf</td><td>4.800,- EUR,</td></tr><tr><td>im 5. Versicherungsjahr auf</td><td>6.000,- EUR und</td></tr><tr><td>ab dem 6. Versicherungsjahr auf</td><td>12.000,- EUR.</td></tr></table> Diese Begrenzung entfällt bei unfallbedingten Kosten. Unter bestimmten in Ziffer 3.3 genannten Voraussetzungen ist dem Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan des behandelnden Arztes oder (Fach-)Zahnarztes vorzulegen.	im 1. Versicherungsjahr auf	1.200,- EUR,	im 2. Versicherungsjahr auf	2.400,- EUR,	im 3. Versicherungsjahr auf	3.600,- EUR,	im 4. Versicherungsjahr auf	4.800,- EUR,	im 5. Versicherungsjahr auf	6.000,- EUR und	ab dem 6. Versicherungsjahr auf	12.000,- EUR.
im 1. Versicherungsjahr auf	1.200,- EUR,												
im 2. Versicherungsjahr auf	2.400,- EUR,												
im 3. Versicherungsjahr auf	3.600,- EUR,												
im 4. Versicherungsjahr auf	4.800,- EUR,												
im 5. Versicherungsjahr auf	6.000,- EUR und												
ab dem 6. Versicherungsjahr auf	12.000,- EUR.												

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 Esprit M gilt für die Mehrleistungen der Zeitpunkt des Wechsels als Beginn des ersten Versicherungsjahres. Der vorgenannte Absatz gilt entsprechend.

3 Erstattungsfähige Kosten

Ärztliche und zahnärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig. Über den Höchstsätzen der GOÄ/GOZ liegende Kosten werden gemäß den geltenden Bestimmungen der GOÄ/GOZ erstattet.

Im Ausland entstandene Heilbehandlungskosten sind erstattungsfähig, soweit sie den ortsüblichen Sätzen entsprechen. Insoweit finden hier deutsche Gebührenordnungen keine Anwendung.

Leistungen nichtärztlicher Behandler sind wie folgt erstattungsfähig:

Hebammen und Entbindungspfleger im Rahmen der für sie jeweils geltenden amtlichen Gebührenverordnung, Diplompsychologen, Psychotherapeuten bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP), Angehörige staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe (z. B. Masseure, Bademeister, Krankengymnasten, Logopäden) bis zu den üblichen Preisen¹, Heilpraktiker bis zu den Höchstsätzen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebÜH) in der jeweils gültigen Fassung.

3.1 Ambulante Behandlung

Erstattungsfähig **gemäß Ziffer 1.1** sind bei ambulanter Heilbehandlung, gezielten Vorsorgeuntersuchungen gemäß § 1 Abs. 2b MB/KK 2009 i. V. m. Tarifbedingung Nr. 1, Entbindung und Fehlgeburt die Kosten für

a) Leistungen des Arztes und des Heilpraktikers sowie Geburtshilfe, bei psychotherapeutischer Behandlung bis zu 50 Sitzungen je Kalenderjahr; ab der 31. Sitzung innerhalb eines Kalenderjahres ist eine vorherige Leistungszusage durch den Deutschen Ring Krankenversicherungsverein a. G. erforderlich,

b) Schutzimpfungen,

c) Arzneien und Verbandmittel, jedoch nicht hygienisch kosmetische Präparate, Badezusatz-, Nähr-, Potenz-, Raucherentwöhnungs-, Stärkungs-, Antikonzepionsmittel, Mineralwasser, Vitamin- und Nahrungsergänzungspräparate sowie Medikamente zur Reiseprophylaxe. Diese Vereinbarung ersetzt Satz 1 der Tarifbedingung Nr. 15 zum § 4 Abs. 3 der MB/KK 2009.

d) physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel), die durch Ärzte, Heilpraktiker und staatlich geprüfte Angehörige von Heil-/Hilfsberufen, hierzu gehören auch Podologen und medizinische Fußpfleger, durchgeführt wurden, z. B.:

- Inhalationen,
- Krankengymnastik und Übungsbehandlungen einschließlich Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik,
- Massagen,
- Hydrotherapie und Packungen,
- Wärmebehandlung,
- Kältetherapie,
- Elektro- und Lichttherapie,
- Manuelle Therapie,
- Logopädie,
- Ergotherapie,
- Podologie.

Die Erstattung erfolgt in angemessenen Sätzen.

e) Hilfsmittel (außer Sehhilfen), die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen. Als Hilfsmittel gelten nicht sanitäre Bedarfsartikel und medizinische Heilapparate (z. B. Heizkissen, Fieberthermometer).

Hilfsmittel gleicher Art mit einem Kaufpreis bis einschließlich 1.000,- EUR (oder deren Wartung und Reparatur) werden einmal pro Kalenderjahr ohne vorherige Leistungszusage des Deutschen Ring Krankenversicherungsverein a. G. erstattet. Eine vorherige Zusage wird erforderlich, wenn diese Hilfsmittel (oder deren Wartung und Reparatur) mehr als einmal pro Kalenderjahr erstattet werden sollen.

Hilfsmittel mit einem Kaufpreis über 1.000,- EUR sowie Wartungs- und Reparaturkosten, die diesen Betrag überschreiten, bedürfen der vorherigen Leistungszusage des Deutschen Ring Krankenversicherungsverein a. G. Wird keine vorherige Zusage eingeholt, werden die Kosten übernommen, die in gleicher Qualität und Ausführung im Rahmen einer möglichen alternativen und kostengünstigeren Versorgungsform (Miete, Leasing, Kauf) oder bei Bezug des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner des Deutschen Ring Krankenversicherungsverein a. G. angefallen wären.

f) Sehhilfen bis 225,- EUR Rechnungsbetrag. Ein erneuter Anspruch auf Erstattung von Sehhilfen besteht, wenn seit dem letzten Bezug mindestens zwei Jahre vergangen sind oder sich die Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien insgesamt geändert hat. Sport-, Sonnen- und Arbeitsbrillen sind nicht erstattungsfähig.

g) Kur- und Sanatoriumsbehandlung, soweit es sich um Kosten gemäß a), c) und d) handelt,

h) medizinisch notwendige Krankentransporte zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit sowie bei Notfällen und Erstversorgungen nach einem Unfall (einschließlich der Kosten des Notarztes).

Erstattungsfähig **gemäß Ziffer 1.1** sind darüber hinaus die Kosten für

i) teilstationäre Dialysebehandlungen sowie die Sachkosten für Heimdialyse.

j) Fahrten zur und von einer Dialysebehandlung, Chemo- oder Strahlentherapie

k) ambulante Palliativversorgung, sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) verfügen.

3.2 Stationäre Behandlung

Erstattungsfähig **gemäß Ziffer 1.2** sind bei stationärer Heilbehandlung die Kosten für

a) allgemeine Krankenhausleistungen nach der jeweils gültigen Fassung der Bundespflegesatzverordnung (BPFIV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntG),

b) die gesondert berechenbaren Leistungen durch Belegärzte², Beleghebammen und Belegentbindungspfleger bei der Behandlung in Krankenhäusern, die den gesetzlichen Bestimmungen der BPFIV bzw. dem KHEntG unterliegen,

¹ Die üblichen Preise teilt der Deutsche Ring Krankenversicherungsverein a. G. den Versicherungsnehmern auf Anforderung mit.

² Belegärzte sind nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte, die Patienten unter Inanspruchnahme der Einrichtungen des Krankenhauses stationär behandeln. Wahlärztliche Leistungen, also gesondert berechenbare Behandlungen durch leitende Krankenhausärzte, sind dagegen nicht erstattungsfähig.

c) medizinisch notwendige Krankentransporte (ausgenommen Fahrten in Privatfahrzeugen). Rücktransporte aus dem Ausland werden auf der Grundlage der im Bundesgesundheitsblatt veröffentlichten Richtlinien für die Durchführung von Ambulanzflügen erstattet.

Berechnet das Krankenhaus seine Leistungen nicht nach der BpflV oder dem KHEntgG, so gelten als Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen nach Buchstabe a) maximal 150 % der Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen, die bei vergleichbarer Versorgung auf Grundlage der BpflV oder des KHEntgG entstanden wären. Zusätzliche Kosten für Unterkunft, ärztliche Leistungen und Materialkosten sind nicht erstattungsfähig.

Erstattungsfähig **gemäß Ziffer 1.2** sind darüber hinaus die Kosten für

d) stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem von der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Hospiz, in dem palliativmedizinische 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. Ein Anspruch auf Krankenhaustagegeld besteht nicht.

3.3 Zahnärztliche Behandlung

Erstattungsfähig **gemäß Ziffer 1.3a)** sind die Kosten für

- Zahnbehandlung, z. B. Füllungen, Zahnziehen, operative Behandlungen, Röntgenaufnahmen, Parodontosebehandlungen, Arzneien, Bestrahlungen, Kontrolluntersuchungen der Zähne,
- zahnärztliche prophylaktische Leistungen (einschließlich professioneller Zahnreinigung (PZR) bis zu zweimal je Kalenderjahr).

Erstattungsfähig **gemäß Ziffer 1.3b)** sind die Kosten für

- Zahnersatz, z. B. Prothesen, Stützähne, Brücken, Inlays, Kronen (einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlung und chirurgischer Leistungen) und Reparaturen von Zahnersatz,
- Kieferorthopädie.

Als Zahnersatz gelten auch funktionsanalytische, funktionstherapeutische und implantologische Leistungen.

Keramikverblendungen im hinteren Seitenzahnbereich (Zähne 7 und 8) sind nicht mitversichert.

Die Erstattung der Material- und Laborkosten bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung erfolgt in angemessenen Sätzen.

Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie mit einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von über 3.500,- EUR oder wenn zahnärztliche Maßnahmen stationär durchgeführt werden sollen, ist dem Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan des behandelnden Arztes oder (Fach-)Zahnarztes mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorzulegen. Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. verpflichtet sich, diesen Heil- und Kostenplan unverzüglich zu prüfen und den Versicherungsnehmer über die Höhe des Leistungsanspruchs zu informieren. Bei Nichtvorlage des Heil- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn werden die über 3.500,- EUR hinausgehenden Aufwendungen bzw. sämtliche stationär durchgeführten zahnärztlichen Maßnahmen nur zur Hälfte der tariflichen Leistung erstattet. Die Gebühren für die Erstellung des Heil- und Kostenplans trägt der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. im Rahmen des abgeschlossenen Versicherungsschutzes.

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 Anpassung des Versicherungsschutzes

Im Falle einer Anpassung nach § 8b MB/KK 2009 prüft der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G., ob gleichzeitig die in den Ziffern 1 und 3 genannten EUR-Beträge und die festgelegten Selbstbeteiligungen 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.

Wichtige Information zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif Esprit M oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden

1 Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?

Bei ambulanter Behandlung

Z. B. Sport-, Sonnen- und Arbeitsbrillen, einige Schutzimpfungen (z. B. für Fernreisen), Nähr- und Stärkungsmittel (z. B. Vitamin- und Mineralstoffpräparate).

Bei stationärer Behandlung

Z. B. Schwangerschaftsunterbrechungen aus nicht medizinischen Gründen, Sterilisation, privatärztliche Behandlung, Unterbringungszuschläge für Ein- oder Zweibettzimmer, Krankenhausnebenkosten für Sonderservice wie Telefongespräche, Fernsehen oder Video.

Bei zahnärztlicher Behandlung

Sachkosten bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung, die die angemessenen Höchstpreise übersteigen, rein kosmetische Leistungen, die über das medizinisch notwendige Maß hinausgehen, Amalgamaustausch ohne nachweisbare medizinische Notwendigkeit.

2 Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

Grundsätzliches

Erstattungsfähig sind ausschließlich medizinisch notwendige Leistungen (**nicht:** Verlangensleistungen und kosmetische Leistungen).

Bitte verwenden Sie für die Einreichung von Rechnungen die dafür vorgesehenen Vordrucke. Wir können Ihre Leistungsansprüche dann schneller bearbeiten. Sie erhalten diese Vordrucke bei jeder Abrechnung. Sollte Ihnen kein Vordruck zur Verfügung stehen, achten Sie bitte auf folgende Angaben, ohne die eine Bearbeitung leider nicht möglich ist:

- Versicherungsnummer
- Originalbeleg der Rechnung
- Angabe der Diagnose auf allen Rechnungen und Bescheinigungen

Bei ambulanter Behandlung

In der Arztrechnung müssen die Bezeichnung der Krankheit (Diagnose), die Behandlungstage und die Ziffern der Gebührenordnung, nach denen der Arzt sein Honorar berechnet, enthalten sein.

Rezepte sollten Sie möglichst zusammen mit der Arztrechnung einreichen.

Eine Kostenerstattung erfolgt auch bei noch nicht bezahlten Rechnungen.

Heil- und Hilfsmittel (z. B. physikalische Therapie, Bandagen, Prothesen) müssen vorher ärztlich verordnet werden. Für Sehhilfen ist eine vorherige augenärztliche Verordnung erforderlich.

Einer vorherigen Leistungszusage bedürfen Hilfsmittel mit einem Kaufpreis über 1.000,- EUR sowie deren Wartungs- und Reparaturkosten, wenn sie diesen Betrag überschreiten.

Bei stationärer Behandlung

Legen Sie im Krankenhaus Ihre RingCard für Privatversicherte vor. Wir können dann direkt mit dem Krankenhaus abrechnen und Sie brauchen in der Regel nicht in Vorleistung zu treten.

Eine vorherige Kostenzusage ist empfehlenswert, wenn Sie ein Krankenhaus wählen, das weit von Ihrem Wohnort entfernt oder im Ausland liegt.

Zahnärztliche Behandlung wird auch im Krankenhaus nach den tariflichen Bestimmungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie abgerechnet. Denken Sie bitte daran, in diesem Fall einen Heil- und Kostenplan erstellen zu lassen. Sie erfahren dann, welche Leistungen Sie aus Ihrem Versicherungsvertrag erwarten können. Weitere Informationen zum Heil- und Kostenplan können Sie auch den Ausführungen zur zahnärztlichen Behandlung entnehmen.

Bei zahnärztlicher Behandlung

Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie mit einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von über 3.500,- EUR reichen Sie bitte rechtzeitig vor Beginn der Maßnahmen den Heil- und Kostenplan des behandelnden Arztes oder (Fach-)Zahnarztes ein. Wir sagen Ihnen dann, welche Leistungen Sie aus Ihrem Versicherungsvertrag zu erwarten haben und wie hoch ggf. Ihr Eigenanteil ist.

Die Kosten für die Erstellung des Heil- und Kostenplans übernehmen wir im Rahmen des Tarifs.

Bei verspäteter Vorlage des Heil- und Kostenplans wird die Versicherungsleistung gekürzt.

Bei Behandlung im Ausland

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlungen in Europa. Zudem besteht ohne besondere Vereinbarung während des ersten Monats eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes auch Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland. Nach einer Versicherungsdauer von 12 Monaten gilt der Versicherungsschutz weltweit.

Wir empfehlen Ihnen, uns bereits vor einem längerfristigen Auslandsaufenthalt zu benachrichtigen und einen in Deutschland wohnenden Bevollmächtigten zur Entgegennahme von Versicherungsleistungen und Willenserklärungen zu benennen.

Trotz der prinzipiellen Auslandsdeckung legt dieser Tarif die Leistungserbringung im deutschen Gesundheitssystem zu Grunde und sieht mitunter Höchstgrenzen vor. Aufgrund unterschiedlich ausgestalteter Gesundheitssysteme in anderen Ländern ist es denkbar, dass bei Behandlungen außerhalb Deutschlands die Tarifleistungen allein zur Deckung aller Kosten nicht ausreichen.

Wir empfehlen Ihnen deshalb dringend, gleich bzw. rechtzeitig vor Antritt einer Auslandsreise beim Deutschen Ring Krankenversicherungsverein a. G. eine Auslandsreise-Krankenversicherung abzuschließen. Unsere Außendienstmitarbeiter/-partner beraten Sie gerne, welcher Tarif für Sie der zweckmäßigste ist. Sie können sich auch an eine unserer Geschäftsstellen oder an die Hauptverwaltung in Hamburg wenden.

Tarif Esprit MX

(Tarifgeneration Unisex)

Kurz und bündig:

Ambulante Behandlung

- 100 % ambulante Behandlung
- ambulante absolute Selbstbeteiligung von 900,- EUR/Jahr (450,- EUR/Jahr bis Alter 20)
- Die Selbstbeteiligung entfällt für gezielte Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen

Stationäre Behandlung

- 100 % Allgemeine Krankenhausleistungen

Zahnärztliche Behandlung

- 100 % Zahnbehandlung
- 80 % Zahnersatz und Kieferorthopädie

Allgemeine Versicherungsbedingungen (Teil III)

1 Leistungen des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G.

- 1.1 Ambulante Behandlung
- 1.2 Stationäre Behandlung
- 1.3 Zahnärztliche Behandlung

2 Versicherungsjahr

3 Erstattungsfähige Kosten

- 3.1 Ambulante Behandlung
- 3.2 Stationäre Behandlung
- 3.3 Zahnärztliche Behandlung

4 Beitragszahlung

5 Anpassung des Versicherungsschutzes

Wichtige Information zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif Esprit MX

- 1 Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?
- 2 Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

Tarif Esprit MX

(Tarifgeneration Unisex; Stand 1.1.2013)

Allgemeine Versicherungsbedingungen (Teil III)

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

1 Leistungen des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G.

Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. ersetzt von den erstattungsfähigen Kosten gemäß Ziffer 3 je Person und Kalenderjahr für

1.1 Ambulante Behandlung	Ambulante ärztliche Behandlungen Für Leistungen nach dieser Ziffer gilt je versicherter Person und Kalenderjahr eine Selbstbeteiligung von <ul style="list-style-type: none">- 900,- EUR bei Erwachsenen bzw.- 450,- EUR bei Kindern und Jugendlichen. Diese Selbstbeteiligung bezieht sich nicht auf ärztliche Leistungen bei gezielten Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen. Liegt der Versicherungsbeginn im 2. Quartal, beträgt die Selbstbeteiligung für das erste Kalenderjahr 3/4, bei Versicherungsbeginn im 3. Quartal die Hälfte und im 4. Quartal 1/4 des Jahreswertes. Endet die Versicherung vor Ablauf eines Kalenderjahres, ermäßigt sich die Selbstbeteiligung nicht. Vom Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 21. Lebensjahr vollendet wird, gilt die Selbstbeteiligung für Erwachsene.	100 %											
1.2 Stationäre Behandlung	Allgemeine Krankenhausleistungen, Leistungen des Belegarztes und Krankentransporte	100 %											
1.3 Zahnärztliche Behandlung	a) Zahnbehandlungen, zahnärztliche prophylaktische Leistungen	100 %											
	b) Zahnersatz und Kieferorthopädie Die tarifliche Leistung für zahnärztliche Behandlung nach Buchstabe a) und b) wird je Person und Versicherungsjahr begrenzt, und zwar <table><tr><td>im 1. Versicherungsjahr auf</td><td>1.200,- EUR,</td></tr><tr><td>im 2. Versicherungsjahr auf</td><td>2.400,- EUR,</td></tr><tr><td>im 3. Versicherungsjahr auf</td><td>3.600,- EUR,</td></tr><tr><td>im 4. Versicherungsjahr auf</td><td>4.800,- EUR,</td></tr><tr><td>im 5. Versicherungsjahr auf</td><td>6.000,- EUR und</td></tr><tr><td>ab dem 6. Versicherungsjahr auf</td><td>12.000,- EUR.</td></tr></table> Diese Begrenzung entfällt bei unfallbedingten Kosten. Unter bestimmten in Ziffer 3.3 genannten Voraussetzungen ist dem Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan des behandelnden Arztes oder (Fach-)Zahnarztes vorzulegen.	im 1. Versicherungsjahr auf	1.200,- EUR,	im 2. Versicherungsjahr auf	2.400,- EUR,	im 3. Versicherungsjahr auf	3.600,- EUR,	im 4. Versicherungsjahr auf	4.800,- EUR,	im 5. Versicherungsjahr auf	6.000,- EUR und	ab dem 6. Versicherungsjahr auf	12.000,- EUR.
im 1. Versicherungsjahr auf	1.200,- EUR,												
im 2. Versicherungsjahr auf	2.400,- EUR,												
im 3. Versicherungsjahr auf	3.600,- EUR,												
im 4. Versicherungsjahr auf	4.800,- EUR,												
im 5. Versicherungsjahr auf	6.000,- EUR und												
ab dem 6. Versicherungsjahr auf	12.000,- EUR.												

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 Esprit MX gilt für die Mehrleistungen der Zeitpunkt des Wechsels als Beginn des ersten Versicherungsjahres. Der vorgenannte Absatz gilt entsprechend.

3 Erstattungsfähige Kosten

Ärztliche und zahnärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig. Über den Höchstsätzen der GOÄ/GOZ liegende Kosten werden gemäß den geltenden Bestimmungen der GOÄ/GOZ erstattet.

Im Ausland entstandene Heilbehandlungskosten sind erstattungsfähig, soweit sie den ortsüblichen Sätzen entsprechen. Insoweit finden hier deutsche Gebührenordnungen keine Anwendung.

Leistungen nichtärztlicher Behandler sind wie folgt erstattungsfähig:

Hebammen und Entbindungspfleger im Rahmen der für sie jeweils geltenden amtlichen Gebührenverordnung, Diplompsychologen, Psychotherapeuten bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP), Angehörige staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe (z. B. Masseuse, Bademeister, Krankengymnasten, Logopäden) bis zu den üblichen Preisen¹, Heilpraktiker bis zu den Höchstsätzen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebÜH) in der jeweils gültigen Fassung.

3.1 Ambulante Behandlung

Erstattungsfähig **gemäß Ziffer 1.1** sind bei ambulanter Heilbehandlung, gezielten Vorsorgeuntersuchungen gemäß § 1 Abs. 2b MB/KK 2009 i. V. m. Tarifbedingung Nr. 1, Entbindung und Fehlgeburt die Kosten für

a) Leistungen des Arztes und des Heilpraktikers sowie Geburtshilfe, bei psychotherapeutischer Behandlung bis zu 50 Sitzungen je Kalenderjahr; ab der 31. Sitzung innerhalb eines Kalenderjahres ist eine vorherige Leistungszusage durch den Deutschen Ring Krankenversicherungsverein a. G. erforderlich,

b) Schutzimpfungen,

c) Arzneien und Verbandmittel, jedoch nicht hygienisch kosmetische Präparate, Badezusatz-, Nähr-, Potenz-, Raucherentwöhnungs-, Stärkungs-, Antikonzepionsmittel, Mineralwasser, Vitamin- und Nahrungsergänzungspräparate sowie Medikamente zur Reiseprophylaxe. Diese Vereinbarung ersetzt Satz 1 der Tarifbedingung Nr. 15 zum § 4 Abs. 3 der MB/KK 2009.

d) physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel), die durch Ärzte, Heilpraktiker und staatlich geprüfte Angehörige von Heil-/Hilfsberufen, hierzu gehören auch Podologen und medizinische Fußpfleger, durchgeführt wurden, z. B.:

- Inhalationen,
- Krankengymnastik und Übungsbehandlungen einschließlich Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik,
- Massagen,
- Hydrotherapie und Packungen,
- Wärmebehandlung,
- Kältetherapie,
- Elektro- und Lichttherapie,
- Manuelle Therapie,
- Logopädie,
- Ergotherapie,
- Podologie.

Die Erstattung erfolgt in angemessenen Sätzen.

e) Hilfsmittel (außer Sehhilfen), die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen. Als Hilfsmittel gelten nicht sanitäre Bedarfsartikel und medizinische Heilapparate (z. B. Heizkissen, Fieberthermometer).

Hilfsmittel gleicher Art mit einem Kaufpreis bis einschließlich 1.000,- EUR (oder deren Wartung und Reparatur) werden einmal pro Kalenderjahr ohne vorherige Leistungszusage des Deutschen Ring Krankenversicherungsverein a. G. erstattet. Eine vorherige Zusage wird erforderlich, wenn diese Hilfsmittel (oder deren Wartung und Reparatur) mehr als einmal pro Kalenderjahr erstattet werden sollen.

Hilfsmittel mit einem Kaufpreis über 1.000,- EUR sowie Wartungs- und Reparaturkosten, die diesen Betrag überschreiten, bedürfen der vorherigen Leistungszusage des Deutschen Ring Krankenversicherungsverein a. G. Wird keine vorherige Zusage eingeholt, werden die Kosten übernommen, die in gleicher Qualität und Ausführung im Rahmen einer möglichen alternativen und kostengünstigeren Versorgungsform (Miete, Leasing, Kauf) oder bei Bezug des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner des Deutschen Ring Krankenversicherungsverein a. G. angefallen wären.

f) Sehhilfen bis 225,- EUR Rechnungsbetrag. Ein erneuter Anspruch auf Erstattung von Sehhilfen besteht, wenn seit dem letzten Bezug mindestens zwei Jahre vergangen sind oder sich die Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien insgesamt geändert hat. Sport-, Sonnen- und Arbeitsbrillen sind nicht erstattungsfähig.

g) Kur- und Sanatoriumsbehandlung, soweit es sich um Kosten gemäß a), c) und d) handelt,

h) medizinisch notwendige Krankentransporte zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit sowie bei Notfällen und Erstversorgungen nach einem Unfall (einschließlich der Kosten des Notarztes).

Erstattungsfähig **gemäß Ziffer 1.1** sind darüber hinaus die Kosten für

i) teilstationäre Dialysebehandlungen sowie die Sachkosten für Heimdialyse.

j) Fahrten zur und von einer Dialysebehandlung, Chemo- oder Strahlentherapie

k) ambulante Palliativversorgung, sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) verfügen.

3.2 Stationäre Behandlung

Erstattungsfähig **gemäß Ziffer 1.2** sind bei stationärer Heilbehandlung die Kosten für

a) allgemeine Krankenhausleistungen nach der jeweils gültigen Fassung der Bundespflegesatzverordnung (BPFIV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntG),

b) die gesondert berechenbaren Leistungen durch Belegärzte², Beleghebammen und Belegentbindungspfleger bei der Behandlung in Krankenhäusern, die den gesetzlichen Bestimmungen der BPFIV bzw. dem KHEntG unterliegen,

¹ Die üblichen Preise teilt der Deutsche Ring Krankenversicherungsverein a. G. den Versicherungsnehmern auf Anforderung mit.

² Belegärzte sind nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte, die Patienten unter Inanspruchnahme der Einrichtungen des Krankenhauses stationär behandeln. Wahlärztliche Leistungen, also gesondert berechenbare Behandlungen durch leitende Krankenhausärzte, sind dagegen nicht erstattungsfähig.

c) medizinisch notwendige Krankentransporte (ausgenommen Fahrten in Privatfahrzeugen). Rücktransporte aus dem Ausland werden auf der Grundlage der im Bundesgesundheitsblatt veröffentlichten Richtlinien für die Durchführung von Ambulanzflügen erstattet.

Berechnet das Krankenhaus seine Leistungen nicht nach der BpflV oder dem KHEntgG, so gelten als Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen nach Buchstabe a) maximal 150 % der Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen, die bei vergleichbarer Versorgung auf Grundlage der BpflV oder des KHEntgG entstanden wären. Zusätzliche Kosten für Unterkunft, ärztliche Leistungen und Materialkosten sind nicht erstattungsfähig.

Erstattungsfähig **gemäß Ziffer 1.2** sind darüber hinaus die Kosten für

d) stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem von der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Hospiz, in dem palliativmedizinische 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. Ein Anspruch auf Krankenhaustagegeld besteht nicht.

3.3 Zahnärztliche Behandlung

Erstattungsfähig **gemäß Ziffer 1.3a)** sind die Kosten für

- Zahnbehandlung, z. B. Füllungen, Zahnziehen, operative Behandlungen, Röntgenaufnahmen, Parodontosebehandlungen, Arzneien, Bestrahlungen, Kontrolluntersuchungen der Zähne,
- zahnärztliche prophylaktische Leistungen (einschließlich professioneller Zahnreinigung (PZR) bis zu zweimal je Kalenderjahr).

Erstattungsfähig **gemäß Ziffer 1.3b)** sind die Kosten für

- Zahnersatz, z. B. Prothesen, Stützähne, Brücken, Inlays, Kronen (einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlung und chirurgischer Leistungen) und Reparaturen von Zahnersatz,
- Kieferorthopädie.

Als Zahnersatz gelten auch funktionsanalytische, funktionstherapeutische und implantologische Leistungen.

Keramikverblendungen im hinteren Seitenzahnbereich (Zähne 7 und 8) sind nicht mitversichert.

Die Erstattung der Material- und Laborkosten bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung erfolgt in angemessenen Sätzen.

Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie mit einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von über 3.500,- EUR oder wenn zahnärztliche Maßnahmen stationär durchgeführt werden sollen, ist dem Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan des behandelnden Arztes oder (Fach-)Zahnarztes mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorzulegen. Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. verpflichtet sich, diesen Heil- und Kostenplan unverzüglich zu prüfen und den Versicherungsnehmer über die Höhe des Leistungsanspruchs zu informieren. Bei Nichtvorlage des Heil- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn werden die über 3.500,- EUR hinausgehenden Aufwendungen bzw. sämtliche stationär durchgeführten zahnärztlichen Maßnahmen nur zur Hälfte der tariflichen Leistung erstattet. Die Gebühren für die Erstellung des Heil- und Kostenplans trägt der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. im Rahmen des abgeschlossenen Versicherungsschutzes.

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 Anpassung des Versicherungsschutzes

Im Falle einer Anpassung nach § 8b MB/KK 2009 prüft der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G., ob gleichzeitig die in den Ziffern 1 und 3 genannten EUR-Beträge und die festgelegten Selbstbeteiligungen 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.

Wichtige Information zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif Esprit MX oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden

1 Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?

Bei ambulanter Behandlung

Z. B. Sport-, Sonnen- und Arbeitsbrillen, einige Schutzimpfungen (z. B. für Fernreisen), Nähr- und Stärkungsmittel (z. B. Vitamin- und Mineralstoffpräparate).

Bei stationärer Behandlung

Z. B. Schwangerschaftsunterbrechungen aus nicht medizinischen Gründen, Sterilisation, privatärztliche Behandlung, Unterbringungszuschläge für Ein- oder Zweibettzimmer, Krankenhausnebenkosten für Sonderservice wie Telefongespräche, Fernsehen oder Video.

Bei zahnärztlicher Behandlung

Sachkosten bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung, die die angemessenen Höchstpreise übersteigen, rein kosmetische Leistungen, die über das medizinisch notwendige Maß hinausgehen, Amalgamaustausch ohne nachweisbare medizinische Notwendigkeit.

2 Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

Grundsätzliches

Erstattungsfähig sind ausschließlich medizinisch notwendige Leistungen (**nicht:** Verlangensleistungen und kosmetische Leistungen).

Bitte verwenden Sie für die Einreichung von Rechnungen die dafür vorgesehenen Vordrucke. Wir können Ihre Leistungsansprüche dann schneller bearbeiten. Sie erhalten diese Vordrucke bei jeder Abrechnung. Sollte Ihnen kein Vordruck zur Verfügung stehen, achten Sie bitte auf folgende Angaben, ohne die eine Bearbeitung leider nicht möglich ist:

- Versicherungsnummer
- Originalbeleg der Rechnung
- Angabe der Diagnose auf allen Rechnungen und Bescheinigungen

Bei ambulanter Behandlung

In der Arztrechnung müssen die Bezeichnung der Krankheit (Diagnose), die Behandlungstage und die Ziffern der Gebührenordnung, nach denen der Arzt sein Honorar berechnet, enthalten sein.

Rezepte sollten Sie möglichst zusammen mit der Arztrechnung einreichen.

Eine Kostenerstattung erfolgt auch bei noch nicht bezahlten Rechnungen.

Heil- und Hilfsmittel (z. B. physikalische Therapie, Bandagen, Prothesen) müssen vorher ärztlich verordnet werden. Für Sehhilfen ist eine vorherige augenärztliche Verordnung erforderlich.

Einer vorherigen Leistungszusage bedürfen Hilfsmittel mit einem Kaufpreis über 1.000,- EUR sowie deren Wartungs- und Reparaturkosten, wenn sie diesen Betrag überschreiten.

Bei stationärer Behandlung

Legen Sie im Krankenhaus Ihre RingCard für Privatversicherte vor. Wir können dann direkt mit dem Krankenhaus abrechnen und Sie brauchen in der Regel nicht in Vorleistung zu treten.

Eine vorherige Kostenzusage ist empfehlenswert, wenn Sie ein Krankenhaus wählen, das weit von Ihrem Wohnort entfernt oder im Ausland liegt.

Zahnärztliche Behandlung wird auch im Krankenhaus nach den tariflichen Bestimmungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie abgerechnet. Denken Sie bitte daran, in diesem Fall einen Heil- und Kostenplan erstellen zu lassen. Sie erfahren dann, welche Leistungen Sie aus Ihrem Versicherungsvertrag erwarten können. Weitere Informationen zum Heil- und Kostenplan können Sie auch den Ausführungen zur zahnärztlichen Behandlung entnehmen.

Bei zahnärztlicher Behandlung

Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie mit einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von über 3.500,- EUR reichen Sie bitte rechtzeitig vor Beginn der Maßnahmen den Heil- und Kostenplan des behandelnden Arztes oder (Fach-)Zahnarztes ein. Wir sagen Ihnen dann, welche Leistungen Sie aus Ihrem Versicherungsvertrag zu erwarten haben und wie hoch ggf. Ihr Eigenanteil ist.

Die Kosten für die Erstellung des Heil- und Kostenplans übernehmen wir im Rahmen des Tarifs.

Bei verspäteter Vorlage des Heil- und Kostenplans wird die Versicherungsleistung gekürzt.

Bei Behandlung im Ausland

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlungen in Europa. Zudem besteht ohne besondere Vereinbarung während des ersten Monats eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes auch Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland. Nach einer Versicherungsdauer von 12 Monaten gilt der Versicherungsschutz weltweit.

Wir empfehlen Ihnen, uns bereits vor einem längerfristigen Auslandsaufenthalt zu benachrichtigen und einen in Deutschland wohnenden Bevollmächtigten zur Entgegennahme von Versicherungsleistungen und Willenserklärungen zu benennen.

Trotz der prinzipiellen Auslandsdeckung legt dieser Tarif die Leistungserbringung im deutschen Gesundheitssystem zu Grunde und sieht mitunter Höchstgrenzen vor. Aufgrund unterschiedlich ausgestalteter Gesundheitssysteme in anderen Ländern ist es denkbar, dass bei Behandlungen außerhalb Deutschlands die Tarifleistungen allein zur Deckung aller Kosten nicht ausreichen.

Wir empfehlen Ihnen deshalb dringend, gleich bzw. rechtzeitig vor Antritt einer Auslandsreise beim Deutschen Ring Krankenversicherungsverein a. G. eine Auslandsreise-Krankenversicherung abzuschließen. Unsere Außendienstmitarbeiter/-partner beraten Sie gerne, welcher Tarif für Sie der zweckmäßigste ist. Sie können sich auch an eine unserer Geschäftsstellen oder an die Hauptverwaltung in Hamburg wenden.