

# Vorschlag für Ihre Krankenversicherung

bei der HanseMerkur Krankenversicherung a.G.

Frau Sonnenschein

## Tarifinformationen

**Frau Sonnenschein, geb. 01.01.1974, Arbeitnehmer, Beginn: 01.03.2004**  
**Angebotsrahmen: Vollschutz (Pro Fit)**

Tarif		Beschreibung		Beitrag
ASZG	*	ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung	EUR	245,52
PS3	*	Krankenhausbehandlung 100% Mehrbettzimmer / Regelleistung	EUR	60,99
PKE	*	Krankenhauszusatz 100% Ein- / Zweibettzimmer + Chefarzt	EUR	42,49
PVN		Pflegepflichtversicherung	EUR	18,66
Gesetzlicher Zuschlag für die mit * gekennzeichneten Tarife			EUR	34,90
Der Gesamtbeitrag für den Vollschutz beträgt ab 01.03.2004			EUR	402,56
Der Beitrag unter Abzug des Arbeitgeberanteils beträgt			<b>EUR</b>	<b>201,28</b>
Ihr Beitrag unter Abzug des Arbeitgeberanteils und der Pauschalerstattung aus dem Tarif ASZG (EUR 122,76) beträgt			<b>EUR</b>	<b>78,52</b>

## Beitragsübersicht

**(ggf. sind Arbeitgeberanteile und Pauschalerstattungen berücksichtigt)**

Der zu zahlende Beitrag setzt sich zusammen aus den Beiträgen für

Frau Sonnenschein EUR 78,52

und beträgt ab 01.03.2004 monatlich **EUR 78,52**

## Leistungsinformationen

### Ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung (ASZG)

#### Leistungsumfang

- Ambulante Heilbehandlung durch Ärzte
- Arznei- und Verbandmittel
- Heilmittel (z.B. Licht- und Wärmebehandlung, Massagen, medizinische Bäder)
- Hilfsmittel (z.B. orthopädische Hilfsmittel, Hör- und Sprechhilfen), außerdem Sehhilfen bis 260,- EUR (erneuter Bezug frühestens nach 24 Monaten, es sei denn, zuvor hat sich die Sehschärfe um mindestens 0,5 Dioptrien verändert)
- Ambulante psychotherapeutische Behandlung, max. 50 Sitzungen pro Kalenderjahr
- Ambulante Heilbehandlung durch Heilpraktiker im Rahmen der GebüH 1985. Untersuchungen und Behandlungen einschließlich Heil, Arznei- und Verbandmittel
- Ambulante Heilbehandlung sowie Verordnungen der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie und anthroposophische Medizin) durch Ärzte
- Zahnbehandlung, allgemeine zahnärztliche Leistungen, prophylaktische Leistungen, chirurgische und konservierende Leistungen (mit Ausnahme von Kronen und Einlagefüllungen) zu 100 %
- Zahnersatz, Kieferorthopädie, prothetische Leistungen einschließlich Kronen und Einlagefüllungen bis 80%. Vor Behandlungsbeginn ist ein Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorzulegen, sonst verringern sich die Leistungen auf 60%.

#### Besondere Hinweise

- Hat eine versicherte Person für ein Versicherungsjahr keine Leistungen in Anspruch genommen, so erhält der Versicherungsnehmer für diese Person eine Pauschalerstattung für Gesundheitsleistungen in Höhe eines Betrages, der 6 Monatsbeiträgen entspricht. Der hierfür maßgebliche Monatsbeitrag beträgt ein Zwölftel des in dem Versicherungsjahr für den Tarif ASZG zu entrichtenden Beitrags; der gesetzliche Zuschlag gemäß §12 Abs. 4a VAG wird für die Pauschalerstattung nicht berücksichtigt.
- Der Versicherer stundet dem Versicherungsnehmer einen dem Betrag der Pauschalerstattung für Gesundheitsleistungen entsprechenden Beitragsanteil.
- Werden Leistungen aus dem Tarif ASZG in Anspruch genommen, so ist für 24 Monate ab dem 01. des Monats, der auf die Leistungsabrechnung folgt, der volle tarifliche Beitrag zu entrichten. Für unmittelbar folgende Versicherungsjahre mit Leistungsanspruchnahme verlängert sich die Zahlungsdauer des vollen Tarifbeitrags um jeweils weitere 12 Monate. Bei Storno, Tod oder Tarifumstellungen werden ausstehende Tarifstundungsanteile berücksichtigt.

#### Allgemeine Hinweise

- Es gelten die Wartezeiten gemäß § 3 MB/KK und TB/KK. Wartezeiterlass kann beantragt werden.

#### Leistungshöhe:

Tarif	Erstattung	Zahnersatz	Rechnungshöchstbeträge für Zahnersatz und Kieferorthopädie (insgesamt in EUR)				
			im 1. Vers.- Jahr	im 1. und 2. Vers.- Jahr	im 1. bis 3. Vers.- Jahr	im 1. bis 4. Vers.- Jahr	ab dem 5. Vers.- Jahr
ASZG	100%	80%	770,-	1.540,-	2.310,-	3.070,-	unbegrenzt

### **Stationäre Krankenhausbehandlung / Mehrbett (PS3)**

#### **Leistungsumfang**

- Übernahme der Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Krankenhausbehandlung (z.B. Kosten für Unterbringung, Verpflegung, ärztliche Behandlung als Regelleistung)
- Transportkosten zum und vom nächstgelegenen für die Heilbehandlung erforderlichen Krankenhaus

#### **Leistungshöhe:**

Tarif	Erstattung
PS3	100 %

### **Stationäre Krankenhausbehandlung / Einbett (PKE / PKEB/Z)**

#### **Leistungsumfang**

Erstattung der Mehrkosten für bessere Unterbringung und privatärztliche Behandlung im Rahmen eines medizinisch notwendigen stationären Krankenhausaufenthaltes

- Ein- oder Zweibettzimmer
- Privatärztliche Behandlung
- Zusätzlich täglich Genesungstagegeld bis zu 13 Wochen
- Kosten für die Begleitperson eines Kindes im Krankenhaus für max. 14 Tage
- Mehrkosten eines Rücktransportes aus dem Ausland
- Kostenzuschuss für Sanatoriumsbehandlung nach dreijähriger Versicherungsdauer möglich
- Ersatzweise bei Verzicht auf Kostenerstattung Krankenhaustagegeld

#### **Leistungshöhe:**

Tarif	Erstattung	Genesungsgeld	Begleitperson im Krankenhaus	Bei Verzicht auf Kostenerstattung Krankenhaustagegeld
PKE	100 %	11,00 EUR	31,00 EUR	32,00 EUR

## **Pflegepflichtversicherung (Gesetzl.)**

### **Leistungsumfang**

Bei häuslicher Pflege

- Pflegesachleistung (Pflegeeinsätze durch ambulante Pflegedienste) oder Pflegegeld (wenn Pflege durch eine Pflegeperson in geeigneter Weise selbst sichergestellt wird) .Auch eine Kombination der beiden vorgenannten Leistungen ist möglich.
- Kurzzeitpflege bis zu 4 Wochen je Kalenderjahr (vollstationär)
- Pflegebedingte Umbauten in der Wohnung bis zu 2.560,- EUR je Maßnahme
- Pflegehilfsmittel (z.B. Gehhilfen, Pflegebett) jeweils 10 % Eigenbeteiligung, maximal aber 26,- EUR

Bei stationärer Pflege

Pflegebedingte Aufwendungen in vollstationären Einrichtungen ab 1.7.1996

### **Leistungshöhe (abhängig von der Pflegestufe):**

Tarif	Leistung	Erstattung
PVN	Pflegesachleistung	bis zu 1.432,- EUR
	Pflegetagegeld	bis zu 665,- EUR
	Tages- oder Nachtzeitpflege	bis zu 1.432,- EUR
	Kurzzeitpflege	bis zu 1.432,- EUR
	Stationäre Pflege ab 1.7.1996	bis zu 1.432,- EUR

Die Wartezeit beträgt 5 Jahre, wobei das Versicherungsverhältnis innerhalb der letzten 10 Jahre vor Stellung des Leistungsantrages mindestens 5 Jahre bestanden haben muss. Bei erstmaliger Stellung eines Leistungsantrages bis 31.12.1999 gelten besondere Wartezeiten. Die nachweislich ununterbrochene Versicherungszeit in der sozialen Pflegeversicherung oder der privaten Pflegepflichtversicherung wird auf die Wartezeit angerechnet.

## **Erläuterungen / Hinweise**

Die Beiträge verstehen sich vorbehaltlich einer Antragsprüfung.

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der jeweiligen Tarife.

Der nachfolgende Absatz gilt nicht für Anwartschaftversicherungen.

Die allgemeine Wartezeit für den Beginn des Versicherungsschutzes beträgt 3 Monate. Die besonderen Wartezeiten betragen 6 Monate für Zahnbehandlung und Zahnersatz und 8 Monate für Entbindung.

Bei einem Übertritt aus der GKV wird die dortige Vorversicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet, so dass sie in aller Regel entfallen. Gleiches gilt bei einem unmittelbaren Übertritt von einer anderen PKV, sofern eine ambulante und stationäre Vorversicherung (Vollschutz) bestanden hat.

Die allgemeine Wartezeit entfällt bei Unfällen und bestimmten Infektionskrankheiten. Fortfall der Wartezeiten ist auch bei ärztlicher Untersuchung, Mitversicherung eines Ehegatten (allgemeine Wartezeit) oder eines Neugeborenen möglich.

### **Gesetzlicher Beitragszuschlag:**

Für die mit einem \* gekennzeichneten Tarife erhöht sich der Beitrag um den 10%igen gesetzlichen Zuschlag aufgrund des Gesundheitsreformgesetzes 2000. Diese zusätzlichen Altersrückstellungen dienen der Beitragsstabilität ab dem 65. Lebensjahr.