

Tarif 110

Ambulanter Krankheitskostentarif mit prozentualer Selbstbeteiligung

Für Versicherungsverhältnisse nach diesem Tarif gelten die jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, bestehend aus Teil I Musterbedingungen (MB/KK) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK).

Leistungen des Versicherers:

I. Ambulante Heilbehandlung

Bei ambulanter Heilbehandlung einschließlich ärztlicher Vorsorgeuntersuchung werden die innerhalb eines Kalenderjahres anfallenden Aufwendungen für

- Arztbehandlungen
- Heilpraktikerbehandlungen
- Laboruntersuchungen, Röntgen- und Isotopendiagnostik
- Heilmittel
- Hebammenhilfe
- Ärztliche Wegegebühren
- Arznei- und Verbandmittel
- Röntgentherapie, Behandlung mit Radium und radioaktiven Isotopen
- Hilfsmittel
- Unfalltransporte

bei Personen bis Alter 20 Jahre bis 5.800,- EUR zu	90 % ,
bei Männern und Frauen ab Alter 21 Jahre bis 6.000,- EUR zu	90 % ,
oberhalb dieser Beträge zu	100 % erstattet.

Die vorstehenden Beträge können mit Zustimmung des Treuhänders der Kostenentwicklung angepaßt werden.

II. Ambulante Kurbehandlung

Bei ambulanter Kurbehandlung werden die unter I. genannten Aufwendungen bis zu 36,- EUR täglich und bis zu einer Dauer von 28 Tagen erstattet.

Der Anspruch hierauf entsteht erstmals nach Ablauf von 24 Monaten. Wurden Leistungen erbracht, so entsteht ein neuer Anspruch im dritten darauffolgenden Kalenderjahr.

III. Zahnärztliche Behandlung

- Zahnbehandlung

Bei Zahnbehandlung werden die Aufwendungen für allgemeine, prophylaktische, konservierende und operative Leistungen, Arzneimittel, Röntgenleistungen, Behandlung von Mund- und Kiefererkrankungen sowie Parodontose-Behandlung

zu **90 %** erstattet.

- Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung

Aufwendungen für Zahnersatz, dazu gehören Zahnersatzreparaturen, Zahnkronen, Zahnbrücken und Implantate sowie kieferorthopädische Maßnahmen werden

zu **45 %** erstattet.

Soweit innerhalb der ersten drei Kalenderjahre Aufwendungen für Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierungen anfallen, werden diese bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 3.000,- EUR berücksichtigt; diese Summenbegrenzung gilt nicht für durch Unfall verursachte Aufwendungen.

Die Aufwendungen werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Behandlung erfolgt ist bzw. Arznei-, Verband- und Hilfsmittel bezogen wurden.

Leistungen des Versicherungsnehmers:

Die monatlichen Beiträge ergeben sich aus der Beitragsübersicht.