

Tarif für die Krankheitskostenversicherung

Der Tarif gilt nur in Verbindung mit den Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung, bestehend aus Teil I Musterbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK) des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. und Teil II Tarifbedingungen des St. Martinus Priesterverein der Diözese Rottenburg-Stuttgart - Kranken- und Sterbekasse (KSK) - VVaG Stuttgart.

I. Leistungen des Versicherers

A. Ambulante Heilbehandlung

1. Für ärztliche Beratungen, Besuche sowie ärztliche Behandlungen, Sonderleistungen, Operationen, Röntgendiagnostik und Strahlentherapie und vom nächst wohnenden Arzt berechnete Wegegebühren 50 % der Kosten
2. Für ärztlich verordnete Arzneien und Verbandmittel 50 % der Kosten

Als Arzneimittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht Nahrungsmittel, Stärkungspräparate und Entfettungsmittel, Mineralwässer und Badezusätze, Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden sowie kosmetische Präparate.

3. Für ärztlich verordnete Heilbäder, Packungen, Kammern, Inhalationen, Massagen, Wärme- und Lichtbehandlungen sowie sonstige physikalische Therapien 50 % der Kosten
4. Für bis zu 20 psychotherapeutische Behandlungen durch einen Arzt in einem Kalenderjahr 50 % der Kosten

Darüber hinausgehende notwendige Behandlungen bedürfen der Genehmigung des Vorstandes nach Vorlage eines fachärztlichen Attestes mit eingehender Diagnose und Angabe der voraussichtlichen Dauer der Behandlung.

5. Für vom Arzt verordnete Transportkosten 50 % der Kosten

B. Stationäre Krankenhausbehandlung

1. Für Unterkunft, Verpflegung durch das Krankenhaus, ärztliche Behandlung einschl. Operationen, Sonderleistungen, Röntgendiagnostik und Strahlentherapie sowie Arzneimittelversorgung und physikalische Behandlung
 - a) bei Unterbringung in der Allgemeinen Pflegeklasse 50 % der Kosten
 - b) bei Unterbringung im Zwei-Bettzimmer 50 % der Kosten
 - c) bei Unterbringung im Ein-Bettzimmer vom Satz des Zwei-Bettzimmers 50 % der Kosten
2. Für medizinisch notwendigen Transport zum und vom nächsten Krankenhaus 50 % der Kosten

Zu A. und B.

Es werden die im Gebührenverzeichnis der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) aufgeführten und gemäß A. und B. dem Grunde nach erstattungsfähigen ärztlichen Leistungen vergütet. Nicht erstattungsfähig sind Mehraufwendungen durch eine vom Gebührenrecht der GOÄ abweichende Regelung, die nach den Vorschriften der GOÄ der Vereinbarung mit dem Patienten bedarf.

C. Zahnbehandlung und Zahnersatz

1. Für konservierende und technische Zahnbehandlung, operative zahnärztliche Eingriffe einschließlich Vor- und Nachbehandlung, konservative Behandlung von Parodontose, Periostitis und Mundfäule einschließlich Röntgendiagnostik 50 % der Kosten
 2. Aufwendungen für zahnärztliche Sonderleistungen nach den Nummern 002 bis 006, 214 bis 232 und 500 bis 909 der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) einschl. der im § 9 der GOZ aufgeführten Kosten (prothetische Leistungen) 50 % der Kosten
- höchstens jedoch pro Kalenderjahr 3.835,- €.

D. Hilfsmittel

1. Für Aufwendungen, Anschaffung, Reparatur und Ersatz von Hilfsmitteln und Geräten zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle werden folgende Leistungen gewährt, wenn sie vom Arzt schriftlich verordnet und nachstehend aufgeführt sind:

- a) Blindenstöcke, Krücken, Stockstützen und Krankenstöcke 50 % der Kosten
- b) Blutdruckmessgeräte 50 % der Kosten
- c) Bruchbänder 50 % der Kosten
- d) Elektronen-Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf) 50 % der Kosten
- e) Fußeinlagen 50 % der Kosten
- f) Gummistrümpfe 50 % der Kosten
- g) Hörapparate 50 % der Kosten
- h) Knöchel- und Gelenkstützen 50 % der Kosten
- i) Orthopädische Maßschuhe, die nicht serienmäßig herstellbar sind 50 % der Kosten

- soweit die Aufwendungen 40,- € pro Schuh übersteigen -

- j) Stützapparate 50 % der Kosten

2. Zu den Hilfsmitteln gehören nicht:

Gegenstände, deren Anschaffungskosten Aufwendungen der allgemeinen Lebenshaltung sind (z. B. Bandscheibenmatratzen, Liegestühle, Gesundheitsschuhe, Fieberthermometer, Heizkissen, Bestrahlungslampen).

3. Die Aufwendungen für den Betrieb und die laufende Unterhaltung der Hilfsmittel und Geräte (z. B. Batterien) sind nicht erstattungsfähig.

4. Für vom Arzt schriftlich verordnete Sehhilfen 50 % der Kosten
- für Brillengestelle jedoch nur bis zum Höchstbetrag von 31,- € jährlich

5. Für Körperersatzstücke - Punkt 3 gilt entsprechend - 50 % der Kosten

6. In besonderen Fällen kann der Vorstand für in Punkt 1 bis 5 nicht erfasste Hilfsmittel und Geräte Leistungen gewähren, wenn nachgewiesen ist, dass diese unbedingt notwendig sind.

E. Kur- und Sanatoriumsbehandlung

1. Für Arzt- und Kurmittelaufwendungen bei ärztlich verordneter Kurbehandlung oder für ärztlich verordnete Sanatoriumsbehandlung 50 % der Kosten

2. Für den Aufwand an Verpflegungskosten und Unterkunft alle 2 Jahre – gerechnet vom Beginn der letzten Kur -. Erstattungsfähig in dieser Höhe sind die Aufwendungen für maximal 30 Tage Kurdauer pro Tag 11,- €

Zu A. bis E.

Bei Versicherten, für die eine jeweils geltende Beihilfeverordnung einen höheren Beihilfesatz als 50 % vorsieht – 70 % für Pensionäre und Versorgungsempfänger -, erstattet die Kasse in den Fällen, in denen bisher 50 % vorgesehen sind, nur die Differenz auf 100 % = 30 % der tariflichen Krankheitskosten-Leistungen.

II. Leistungen des Versicherten

Tarif Konstellation I

1. Mitglieder zahlen ab **01.12.2017** für die Krankheitskostenversicherung monatlich einen Beitrag gemäß nachstehender Beitragstabelle

Eintrittsalter	Monatsbeitrag	Eintrittsalter	Monatsbeitrag
20	178,45 €	43	240,17 €
21	180,23 €	44	243,76 €
22	182,08 €	45	247,42 €
23	184,00 €	46	251,12 €
24	185,99 €	47	254,86 €
25	188,05 €	48	258,68 €
26	190,19 €	49	262,50 €
27	192,42 €	50	266,25 €
28	194,73 €	51	270,00 €
29	197,13 €	52	273,72 €
30	199,64 €	53	277,39 €
31	202,25 €	54	281,00 €
32	204,96 €	55	284,53 €
33	207,79 €	56	287,93 €
34	210,74 €	57	291,22 €
35	213,75 €	58	294,36 €
36	216,83 €	59	297,29 €
37	219,97 €	60	300,06 €
38	223,18 €	61	302,58 €
39	226,45 €	62	304,99 €
40	229,77 €	63	307,11 €
41	233,17 €	64	308,86 €
42	236,64 €		

2. Für Mitglieder ist unter bestimmten Voraussetzungen die Versicherung nach Teil III Besondere Bedingungen möglich.

Liegen diese Voraussetzungen nicht vor, ist der Beitrag gemäß II. 1. für Mitglieder zu entrichten.

Zustimmung des unabhängigen Treuhänders vom 18.10.2017 Az.: 20-2202 C – 08/17

III. Leistungen des Versicherten

Tarif Konstellation II

1. Mitglieder zahlen ab **01.12.2017** für die Krankheitskostenversicherung monatlich einen Beitrag gemäß nachstehender Beitragstabelle

Eintrittsalter	Monatsbeitrag	Eintrittsalter	Monatsbeitrag
20	206,57 €	43	293,82 €
21	209,05 €	44	299,21 €
22	211,62 €	45	304,73 €
23	214,29 €	46	310,41 €
24	217,05 €	47	316,24 €
25	219,93 €	48	322,23 €
26	222,90 €	49	328,37 €
27	225,99 €	50	334,54 €
28	229,22 €	51	340,85 €
29	232,56 €	52	347,29 €
30	236,04 €	53	353,84 €
31	239,66 €	54	360,49 €
32	243,44 €	55	367,26 €
33	247,37 €	56	374,11 €
34	251,48 €	57	381,07 €
35	255,69 €	58	388,12 €
36	260,01 €	59	395,25 €
37	264,47 €	60	402,51 €
38	269,03 €	61	409,86 €
39	273,72 €	62	417,47 €
40	278,54 €	63	425,21 €
41	283,49 €	64	433,06 €
42	288,58 €		

2. Für Mitglieder ist unter bestimmten Voraussetzungen die Versicherung nach Teil III Besondere Bedingungen möglich.

Liegen diese Voraussetzungen nicht vor, ist der Beitrag gemäß III.1. für Mitglieder zu entrichten.

Zustimmung des unabhängigen Treuhänders vom 18.10.2017 Az.: 20 - 2202 C - 08/17

Besondere Bedingungen für Mitglieder

Tarif Konstellation I

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung bestehend aus Teil I Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK) und Teil II Tarifbedingungen.

Neben diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) ist Bestandteil des Vertrages der Tarif für die Krankheitskostenversicherung (Teil III der AVB) mit folgenden Abweichungen:

1. Nach den vorliegenden Besonderen Bedingungen können Mitglieder versichert werden, sofern sie ihr 34. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

2. Die Versicherung nach diesen Besonderen Bedingungen endet spätestens zum 31.12. des Kalenderjahres, indem erstmals die zweite Dienstprüfung abgelegt werden kann, mit Ablauf des Monats, indem die Ausbildung oder das Studium vorzeitig aufgegeben wird bzw. mehr als 6 Monate unterbrochen ist, mit Ablauf des Monats, indem das 34. Lebensjahr vollendet wird.

3. Endet die Versicherung nach diesen besonderen Bedingungen, erfolgt zum Ersten des Folgemonats eine Umstellung auf den Tarif, der dem bisherigen Leistungsumfang entspricht, mit dem zum Zeitpunkt, zu dem die Umstellung wirksam wird, erreichten Alter.

Bestand vor dem Beginn der Besonderen Bedingungen für Mitglieder eine Krankheitskostenversicherung, für die eine Alterungsrückstellung gebildet wurde, wird diese Alterungsrückstellung nach der Umstellung angerechnet.

4. Die Beendigungsgründe 2a) und 2b) sind vom Versicherungsnehmer innerhalb von 2 Monaten seit ihrem Eintritt anzuzeigen. Wird diese Frist nicht eingehalten, erfolgt die Umstellung des Versicherungsschutzes rückwirkend zu dem in Nr. 3 Satz 1 genannten Termin. Eine durch rückwirkende Umstellung auftretende Beitragsdifferenz ist vom Versicherer zurück- bzw. vom Versicherungsnehmer nachzuzahlen.

5. Der Versicherungsnehmer ist berechtigt, die Versicherung zu dem Termin, zu dem die Umstellung (Nr. 3 und 4) wirksam wird, zu kündigen. Die Kündigung kann nur innerhalb von 2 Monaten seit Durchführung der Umstellung erfolgen.

6. Die monatliche Beitragsrate (vgl. Nr. 8) richtet sich nach dem erreichten Alter; maßgeblich ist die Differenz zwischen Kalenderjahr und Geburtsjahr. Der Beitrag der neuen Altersgruppe ist jeweils ab dem 01. Januar des Kalenderjahres zu zahlen, indem das maßgebliche Alter (26 bzw. 31 Jahre) vollendet wird.

7. Die Bestimmungen für Beitragsanpassungen (§ 8 b der AVB) bleiben unberührt.

8. Monatliche Beitragsraten

gültig ab 01.12.2016	Beitragsrate für die Altersgruppe		
	21 - 25	26 - 30	31 - 34
monatlicher Beitrag	77,18 €	77,18 €	77,18 €

Zustimmung des unabhängigen Treuhänders vom 14.10.2016 Az.: 20-2102 C – 09/16

Besondere Bedingungen für Mitglieder

Tarif Konstellation II

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung bestehend aus Teil I Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK) und Teil II Tarifbedingungen.

Neben diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) ist Bestandteil des Vertrages der Tarif für die Krankheitskostenversicherung (Teil III der AVB) mit folgenden Abweichungen:

1. Nach den vorliegenden Besonderen Bedingungen können Mitglieder versichert werden, sofern sie ihr 34. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

2. Die Versicherung nach diesen Besonderen Bedingungen endet spätestens zum 31.12. des Kalenderjahres, indem erstmals die zweite Dienstprüfung abgelegt werden kann, mit Ablauf des Monats, indem die Ausbildung oder das Studium vorzeitig aufgegeben wird bzw. mehr als 6 Monate unterbrochen ist, mit Ablauf des Monats, indem das 34. Lebensjahr vollendet wird.

3. Endet die Versicherung nach diesen besonderen Bedingungen, erfolgt zum Ersten des Folgemonats eine Umstellung auf den Tarif, der dem bisherigen Leistungsumfang entspricht, mit dem zum Zeitpunkt, zu dem die Umstellung wirksam wird, erreichten Alter.

Bestand vor dem Beginn der Besonderen Bedingungen für Mitglieder eine Krankheitskostenversicherung, für die eine Alterungsrückstellung gebildet wurde, wird diese Alterungsrückstellung nach der Umstellung angerechnet.

4. Die Beendigungsgründe 2a) und 2b) sind vom Versicherungsnehmer innerhalb von 2 Monaten seit ihrem Eintritt anzuzeigen. Wird diese Frist nicht eingehalten, erfolgt die Umstellung des Versicherungsschutzes rückwirkend zu dem in Nr. 3 Satz 1 genannten Termin. Eine durch rückwirkende Umstellung auftretende Beitragsdifferenz ist vom Versicherer zurück- bzw. vom Versicherungsnehmer nachzuzahlen.

5. Der Versicherungsnehmer ist berechtigt, die Versicherung zu dem Termin, zu dem die Umstellung (Nr. 3 und 4) wirksam wird, zu kündigen. Die Kündigung kann nur innerhalb von 2 Monaten seit Durchführung der Umstellung erfolgen.

6. Die monatliche Beitragsrate (vgl. Nr. 8) richtet sich nach dem erreichten Alter; maßgeblich ist die Differenz zwischen Kalenderjahr und Geburtsjahr. Der Beitrag der neuen Altersgruppe ist jeweils ab dem 01. Januar des Kalenderjahres zu zahlen, indem das maßgebliche Alter (26 bzw. 31 Jahre) vollendet wird.

7. Die Bestimmungen für Beitragsanpassungen (§ 8 b der AVB) bleiben unberührt.

8. Monatliche Beitragsraten

gültig ab 01.12.2016	Beitragsrate für die Altersgruppe		
	21 - 25	26 - 30	31 - 34
monatlicher Beitrag	80,54 €	80,54 €	80,54 €

Zustimmung des unabhängigen Treuhänders 14.10.2016 / 20 - 2102 C - 09/16