

Besteht beim MÜNCHENER VEREIN bereits eine Versicherung?	Betreuer	Datum des Antrages
Falls ja: Versicherungsnummer:		

Antragsteller (in)/Versicherungsnehmer (in) Name, Vorname	Geburtsdatum
--	--------------

Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort	Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Beruf	<input type="checkbox"/> Selbstständiger seit: Familienstand <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> unverheiratet <input type="checkbox"/> verheiratet	
Staatsangehörigkeit	Telefon privat (freiw. Angabe)	Telefon geschäftlich (freiw. Angabe) Telefax (freiw. Angabe)

Beitragszahlung: Ich bin bis auf Widerruf damit einverstanden, dass die Beiträge von meinem Konto abgerufen werden. nein

Geldinstitut für den Beitragseinzug	Bankleitzahl	Kontonummer
Kontoinhaber, falls nicht Antragsteller	Unterschrift des Kontoinhabers, falls nicht Antragsteller	Zahlungsweise: <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> jährlich

Ich beantrage für die nachstehend aufgeführten Personen den Abschluss einer Ergänzungsversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung nach den bezeichneten Tarifen zu versichernde Person 1:

Vorname, evtl. abweichender Nachname	Beginn: 01. . 200	Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> Selbstständiger <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in	ausgeübter Beruf	
<input type="checkbox"/> Tarif 723	<input type="checkbox"/> Tarif 732	<input type="checkbox"/> Tarif 832	<input type="checkbox"/> Tarif 762 <input type="checkbox"/> Tarif 170
mtl. Beitrag	mtl. Beitrag	mtl. Beitrag	mtl. Beitrag mtl. Beitrag
€	€	€	€ €
<input type="checkbox"/> Tarif 790	<input type="checkbox"/> Tarif 795	<input type="checkbox"/> Tarif 360	
pro Tag mtl. Beitrag	pro Tag mtl. Beitrag	pro Tag mtl. Beitrag	
€	€	€	€
Gesamtmonatsbeitrag		€	

zu versichernde Person 2:

Vorname, evtl. abweichender Nachname	Beginn: 01. . 200	Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> Selbstständiger <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in	ausgeübter Beruf	
<input type="checkbox"/> Tarif 723	<input type="checkbox"/> Tarif 732	<input type="checkbox"/> Tarif 832	<input type="checkbox"/> Tarif 762 <input type="checkbox"/> Tarif 170
mtl. Beitrag	mtl. Beitrag	mtl. Beitrag	mtl. Beitrag mtl. Beitrag
€	€	€	€ €
<input type="checkbox"/> Tarif 790	<input type="checkbox"/> Tarif 795	<input type="checkbox"/> Tarif 360	
pro Tag mtl. Beitrag	pro Tag mtl. Beitrag	pro Tag mtl. Beitrag	
€	€	€	€
Gesamtmonatsbeitrag		€	

Fragen an die zu versichernde Person:

- Bei welcher gesetzlichen Krankenversicherung sind Sie versichert?
- Besteht eine andere** als die ggf. oben beantragte Versicherung auf **Krankengeld, Krankentagegeld, Krankenhaus-Tagegeld über den Versicherungsbeginn hinaus?**
Wenn ja, bitte Art der Versicherung, Gesellschaft und Höhe der Tagesätze angeben.
- Bei Abschluss einer Kranken-Tagegeldversicherung:**
 - durchschnittliches **monatliches** Nettoeinkommen aus beruflicher Tätigkeit der letzten 12 Monate
 - Dauer einer Gehaltsfortzahlung?
 - für Arbeitnehmer: Name und Anschrift des Arbeitgebers
 - für Selbstständige: Name und Anschrift der Betriebsstätte
- Ich beantrage eine/n bedingungsgemäße/n:
 - Erlass der Wartezeiten zur Krankenversicherung aufgrund einer ärztlichen Untersuchung (**Attestvordruck ausgehändigt**)
- Besondere Vereinbarungen nein ja, folgende

Person 1	Person 2
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
€	€
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Antragsteller (in) Name, Vorname	Datum des Antrages
---	--------------------

Bitte beantworten Sie nachfolgende Gesundheitsfragen:

Reicht der vorgesehene Platz für die Beantwortung nicht aus, bitte gesondertes Blatt verwenden. Gesondertes Blatt liegt bei.

	Person 1		Person 2	
1. Körpergröße und Körpergewicht?	cm	kg	cm	kg
2.1 Bestanden in den letzten 3 Jahren oder bestehen zurzeit noch Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen, Gebrechen körperlicher oder geistiger Art oder Anomalien?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
2.2 Fanden in den letzten 3 Jahren ambulante Untersuchungen oder Behandlungen bei Ärzten (auch Zahnärzten) oder anderen Heilbehndlern statt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3 Fanden in den letzten 5 Jahren stationäre Untersuchungen oder Behandlungen in einem Krankenhaus, Lazarett, Sanatorium oder einer Heilstätte statt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.1 Besteht eine Fehlsichtigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dioptrien li <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dioptrien li <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/>
3.2 Besteht eine Sterilität?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3 Besteht eine Minderung der Erwerbsfähigkeit oder sind Arbeitsverletzungen, Berufsleiden, Wehrdienstbeschädigungen oder sonstige Schädigungsfolgen (auch bei Kindern) anerkannt? (Bitte Kopie des Versorgungsbescheides beilegen.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4 Werden oder wurden in den letzten drei Jahren regelmäßig Arzneimittel eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z. B. durch einen AIDS-Test)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? In welcher Woche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Fehlen Zähne (außer den Weisheitszähnen), die nicht ersetzt sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Anzahl: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Anzahl: <input type="text"/>
7. Ist eine Behandlung oder Untersuchung bei Ärzten, Heilpraktikern, Zahnärzten oder Kieferorthopäden oder anderen Heilbehndlern angeraten oder beabsichtigt? Wenn ja: Zusatzklärung beilegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Einzelangaben zu den mit „ja“ beantworteten Fragen:

Zu Person Nr.	Zu Frage Nr.	Art der Gesundheitsstörungen, Untersuchungen, Behandlungen, Untersuchungsergebnisse, Arzneimittelaufnahme und Dosierung	Operation	Von wann/ bis wann	Arbeits-unfähig-keitstage gesamt	Name und Anschrift des Heilbehandlers bzw. Krankenanstalten oder Sanatorien	Sind Sie behandlungs- und beschwerdefrei?
			nein ja				nein ja Wenn ja, seit wann?
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Information

Ich bin jederzeit widerruflich damit einverstanden, dass die Gesellschaften der MÜNCHENER VEREIN Versicherungsgruppe einschließlich der Münchener Assekuranz Vermittlungs-GmbH sowie deren Außendienstpartner mit mir wegen meines Vertrages und in sonstigen Versicherungsangelegenheiten per Telefon, Fax oder E-Mail in Kontakt treten.

Falls nicht einverstanden, bitte ankreuzen:

Dieser Antrag besteht aus den Seiten 1 mit 4.

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die auf der Rückseite abgedruckten Hinweise und Erklärungen. Diese enthalten unter anderem auch Ermächtigungen des Antragstellers (der Antragstellerin) und der zu versichernden Personen zur **Entbindung von der Schweigepflicht** sowie die **Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz**. Diese Hinweise und Erklärungen sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Sie machen sie mit Ihrer Unterschrift zum Inhalt dieses Antrages. Die Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht sowie die Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz gilt auch für die gesetzlich vertretenen zu versichernden Personen.

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, dem Vertragsabschluss binnen 14 Tagen nach Zugang der Versicherungsbedingungen, des Informationsblattes der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht und des Versicherungsscheins in Textform zu widersprechen. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort/Datum	Unterschrift Antragsteller(in)/ Versicherungsnehmer(in)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Unterschrift der übrigen zu versichernden Personen ab vollendetem 16. Lebensjahr	Unterschr. d. gesetzl. Vertreter, wenn der Antrag von einem Minderjährigen gestellt wird
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Unterschrift des Antragsvermittlers bzw. der Antragsvermittlerin	Vertriebspartnernummer BD-/MVB-Agt. VW-Agt.

Wichtige Hinweise und Erklärungen

Verantwortlichkeit für den Antrag/Nachmeldepflicht

Mir ist bekannt, dass ich gemäß §16 des Versicherungsvertragsgesetzes die in diesem Antrag gestellten Fragen nach bestem Wissen sorgfältig und vollständig beantworten und dabei auch von mir für unwesentlich gehaltene Krankheiten, Beschwerden, Fehler körperlicher oder geistiger Art und Untersuchungen oder Behandlungen angeben muss. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und gegebenenfalls die Leistung verweigern.

Ich verpflichte mich, ärztliche Behandlungen, ärztliche Untersuchungen (auch zur Feststellung einer Schwangerschaft) und alle Veränderungen im Gesundheitszustand der zu versichernden Personen, die bis zur Annahme dieses Antrages eintreten, dem Versicherer umgehend schriftlich anzuzeigen.

Antragsdurchschrift

Eine Durchschrift dieses Antrages wird nach Unterzeichnung ausgehändigt.

Zustandekommen des Vertrages

Das Vertragsverhältnis kommt nicht bereits mit Antragstellung zustande, sondern erst mit der schriftlichen Annahme Ihres Antrages durch die MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G. oder der Übersendung bzw. Aushändigung des Versicherungsscheins, sofern Sie nicht von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen. Wenn besondere Vereinbarungen erforderlich werden, unterbreiten wir Ihnen ein Angebot. Sie können sich dann entscheiden, ob Sie ein Vertragsverhältnis zu den angebotenen Konditionen eingehen wollen. Nicht immer kann der beantragte Versicherungsschutz geboten werden. Solche Anträge kann die MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G. ablehnen. Deshalb bitten wir Sie, anderweitig bestehenden Versicherungsschutz erst dann aufzugeben, wenn Ihr Antrag angenommen ist.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Dem Vertrag liegen AVB zugrunde. Sie bestehen in der Regel aus Musterbedingungen, Tarifbedingungen und dem Tarif. Bestimmte Vertragsgestaltungen regeln zusätzliche Besondere Bedingungen/Sonderbedingungen. Die für Ihr jeweiliges Vertragsverhältnis vereinbarten Bedingungen enthalten Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistungen des Versicherers. Die für Ihr Vertragsverhältnis geltenden Bedingungen können Sie bei Antragstellung verlangen. Werden sie bei Antragstellung nicht ausgehändigt, übersenden wir sie mit dem Versicherungsschein.

Vertragsdauer

Der Vertrag wird nach den Tarifen 170, 723, 732, 762, 790, 795, 832 auf die Dauer von drei Versicherungsjahren, nach Tarif 360 auf die Dauer von einem Versicherungsjahr geschlossen. Der Versicherungsnehmer kann den Vertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Mindestvertragsdauer, bedingungsgemäß kündigen. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Versicherungsjahr, wenn er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird. Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) und endet zum 31.12. des betreffenden Kalenderjahres. Jedes weitere Versicherungsjahr entspricht dem Kalenderjahr.

Erlass der Wartezeiten

Bei einem bedingungsgemäß beantragten Wartezeitenerlass aufgrund einer ärztlichen Untersuchung werden die Untersuchungskosten von mir übernommen. Geht der Befundbericht auf einem mir ausgehändigten Formblatt des Versicherers nicht innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung ein, dann gilt der Antrag für den Abschluss der Versicherung mit bedingungsgemäßen Wartezeiten.

Anwendbares Recht

Das Vertragsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

Fragen und Beschwerden

Bitte wenden Sie sich bei Fragen und Beschwerden entweder an Ihren Betreuer oder direkt an uns. Wir werden uns bemühen, Klärung und Abhilfe zu schaffen. Wie Sie uns erreichen können, entnehmen Sie bitte dem Antrag.

Zur außergerichtlichen Schlichtung von Streitfällen haben Sie darüber hinaus die Möglichkeit, sich an den Ombudsmann für die private Kranken- und Pflegeversicherung, Kronenstraße 13, 10117 Berlin, Tel. 01802/55 04 44, Fax 030/20 45 89 31, zu wenden. Weitere Informationen zum Ombudsmannverfahren erhalten Sie unter „www.pkv-ombudsmann.de“.

Sie haben jedoch auch die Möglichkeit, sich an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, zu wenden.

Gebühren

Die Versicherungsvermittler und Versicherungsmakler sind nicht berechtigt, von dem Versicherungsnehmer Gebühren oder Kosten für die Antragsaufnahme oder aus anderen Gründen zu erheben.

Entbindung von der Schweigepflicht

Mir ist bekannt, dass der Versicherer vor Vertragsschluss Angaben über meinen Gesundheitszustand überprüft, soweit dies bei dem von mir beantragten Vertragsschluss zur Beurteilung der zu versichernden Risiken erforderlich ist und meine Angaben dazu Anlass bieten. Zu diesem Zweck befreie ich Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie die Beschäftigten in Krankenhäusern und Gesundheitsämtern von ihrer Schweigepflicht, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten und behandelt worden bin. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

Bei Angaben über frühere, bestehende oder beantragte Versicherungsverträge ermächtige ich – soweit Anlass besteht – Angehörige anderer Kranken-, Lebens- und Unfallversicherer, mit denen ich in Vertragsbeziehungen stehe oder stand, für die Risikoprüfung erforderliche Auskünfte zu erteilen und entbinde sie insofern von der Schweigepflicht.

Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend – und zwar bis zu 5 Jahren nach Antragstellung.

Mir ist ferner bekannt, dass der Versicherer im Fall der Geltendmachung eines Leistungsanspruchs zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich zur Begründung etwaiger Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z.B. Rechnungen, Verordnungen) sowie von mir veranlassten Meldungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit hierzu aufgrund des Antrages und/oder der eingereichten Unterlagen ein Anlass besteht (z.B. bei Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der erstellten Liquidation). Zu diesem Zweck befreie ich bereits jetzt, jederzeit widerrufbar, die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht, auch hinsichtlich der Gesundheitsdaten. Diese Schweigepflichtentbindung für die Leistungsprüfung bezieht sich ebenso auf die Angehörigen von anderen Kranken-, Lebens- und Unfallversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen. Diese Erklärung gilt auch im Falle meines Todes.

Diese Erklärung gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz

Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten Versicherungsverträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ein, dass die Versicherer der MÜNCHENER VEREIN Versicherungsgruppe meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den/die für mich zuständigen Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient.

Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass der/die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblatts zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zusammen mit weiteren gesetzlich vorgesehenen Verbraucherinformationen – auf Wunsch auch sofort – überlassen wird.

KONZEPT ERGÄNZUNGS- SCHUTZ

für gesetzlich
Versicherte

GESETZLICH VERSICHERT UND DOCH BESTENS VERSORGT

Beim Arzt und Zahnarzt

T 723

- Wir erstatten Ihre Kosten im tariflichen Rahmen auch wenn Ihre Gesetzliche nicht vorleistet!*
- 80% für ärztliche Leistungen inklusive gezielte Vorsorge und Impfungen – auch nach IGeL**
- 80% für ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel
- 80% für ärztlich verordnete Transporte zu oder von der ambulanten Heilbehandlung, bis 400 EUR im Versicherungsjahr
- 80% für Psychotherapie bis zu 40 Sitzungen im Versicherungsjahr
- 80% für ärztlich verordnete Heil- und Hilfsmittel
- 100% für Brillen und Kontaktlinsen bis zu 150 EUR im Versicherungsjahr
- 80% Heilpraktiker inklusive Medikamente bis 800 EUR im Versicherungsjahr
- 80% für Zahnbehandlung inklusive Inlays bis zu 1.000 EUR im Versicherungsjahr
- Naturheilverfahren, sofern diese von einem Arzt/Heilpraktiker bei medizinischer Notwendigkeit durchgeführt wird, z. B. Akupunktur bei Schmerztherapie

* Alle Leistungen werden bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte bzw. des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker erstattet.

** IGeL = Individuelle Gesundheits-Leistungen

Beiträge zurück

Sie erhalten derzeit bis zu
4 Monatsbeiträge
zurück, wenn Sie
keine Rechnungen
einreichen.

Entlastung beim Zahnarzt

Wir erstatten Ihre Kosten im tariflichen Rahmen auch wenn Ihre Gesetzliche nicht vorleistet!

Zahnersatz + Kieferorthopädie

T 762

100% der erstattungsfähigen Kosten;
maximal 40% der Gesamtaufwendungen:

- Zahnersatz (Stiftzähne, Kronen, Brücken, Brückenglieder, Implantate, Onlays, Prothesen, Reparaturen)
- Kieferorthopädie
- bis zu 5.200 EUR pro Jahr bereits ab dem dritten Versicherungsjahr

Zahnersatz + Kieferorthopädie

T 768

100% der erstattungsfähigen Kosten;
maximal 40% der Gesamtaufwendungen:

- Zahnersatz (Stiftzähne, Kronen, Brücken, Brückenglieder, Implantate, Onlays, Prothesen, Reparaturen)
- Kieferorthopädie
- bis zu 5.200 EUR pro Jahr ab dem vierten Versicherungsjahr
- Tarif ist alleine abschließbar

Zusätzliche Vorsorge

T 562

100% der erstattungsfähigen Kosten;
maximal 70% der Gesamtaufwendungen:

- Inlays
- Zahnprophylaxe
- bis zu 1.000 EUR pro Jahr ab dem fünften Versicherungsjahr
- Kombinierbar mit den Tarifen 762 und 768

Im Krankenhaus nur Erste Klasse!

T 732

- Privatpatient im Krankenhaus
- freie Krankenhauswahl
- Chefarztbehandlung
- Ein- oder Zweibett-Zimmer
- Übernahme der gesetzlichen Eigenbeteiligung
- Krankentransport zum und vom nächstgelegenen Krankenhaus
- 100% der Restkosten nach Vorleistung Ihrer Krankenkasse
- 100% der Wahlleistungen, sollte Ihre Krankenkasse einmal nicht zahlen
- 52 EUR Krankenhaustagegeld pro Tag, falls Sie keine Wahlleistungen in Anspruch nehmen (bei Kindern 26 EUR)

Krankenhaus-Tagegeld, weil auch Nebenkosten ins Geld gehen

T 795

- bis zu 110 EUR pro Krankenhaustag möglich
- steuerfrei
- zu Ihrer freien Verfügung, z. B. für die Nebenkosten eines Krankenhausaufenthaltes, wie:
 - für eine Aushilfe
 - für die Unterbringung eines Elternteiles bei einem Krankenhausaufenthalt des Kindes
 - für die Fahrtkosten von Angehörigen

Komfort im Krankenhaus

T 832

Damit Sie selbst entscheiden können, wo und von wem Sie behandelt werden, zahlen wir bei einem stationären Aufenthalt zu

- 100% den Zuschlag für die bessere Unterbringung im Zweibett-Zimmer
- 100% die Kosten für eine privatärztliche Behandlung (z. B. durch den Chefarzt), bis zum Höchstsatz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Nehmen Sie diese Wahlleistungen nicht in Anspruch, erhalten Sie als Ersatz ein Krankenhaustagegeld:

bei Verzicht auf das Zweibett-Zimmer 16,- EUR
Kinder 8,- EUR

bei Verzicht auf die privatärztliche Behandlung 26,- EUR
Kinder 13,- EUR

Geschützt auch auf Auslandsreisen

- Versicherungsschutz besteht bei Auslandsreisen
- weltweit bis zu 8 Wochen, bei krankheitsbedingter Verzögerung der Rückreise erhalten Sie die Leistungen bis zu 6 Wochen länger
 - ohne Selbstbeteiligung
 - auch mehrmals im Jahr





Brillen und Kontaktlinsen

T 170

Falls sich die Sehfähigkeit eines Ihrer Augen um mindestens 0,5 Dioptrien geändert hat oder nach Vorleistung Ihrer Krankenkasse, erstatten wir Ihnen nach dem zweiten Versicherungsjahr

- 100% der verbleibenden Kosten für Brillengläser oder Kontaktlinsen
- bis zu 78 EUR je Brillenfassung

Im ersten und zweiten Versicherungsjahr bzw. wenn die „Gesetzliche“ nichts leistet und sich die Sehfähigkeit eines Auges nicht um mindestens 0,5 Dioptrien geändert hat, erhalten Sie für Brillengläser, Brillenfassung und Kontaktlinsen insgesamt bis zu

- 105 EUR im Versicherungsjahr

Zahnersatz

Im Bereich Zahnersatz (Kronen, Brücken, Brückenglieder, Stiftzähne, Prothesen und Reparaturen) erhalten Sie 40% der von Ihrer Krankenkasse gewährten Leistungen. Insgesamt erstatten wir zusammen mit Ihrer GKV bis zu 90% Ihrer Gesamtaufwendungen.

Ausland

Wir erstatten die Kosten einer unvorhergesehenen ambulanten, stationären und zahnärztlichen Behandlung. Eingeschlossen sind Arznei-, Verband- und Heilmittel, Krankentransport sowie Operationen.

Versicherungsschutz besteht:

- weltweit bis zu 8 Wochen
- auch mehrmals im Jahr
- ohne Selbstbeteiligung
- einschließlich Rücktransport

Bei krankheitsbedingter Verzögerung der Rückreise erhalten Sie die Leistungen bis zu 6 Wochen länger!

Vorgesorgt auf Kur

T 790

Sie selbst können die Leistungssätze wählen.

Wir zahlen für:

- Ärztlich verordnete Kuren bis zu 250 EUR Kurtagegeld pro Tag, maximal für 28 Tage ohne Kostennachweis
- Ärztlich empfohlene Kuren bis zu 1.250 EUR Kosten-erstattung

Finanzielle Absicherung im Krankheitsfall

T 360

Bei längerer Krankheit kommt es meistens zu Verdienstausfall. Sichern Sie daher Ihre laufenden Kosten für den Fall der Fälle mit einem entsprechenden Tagegeld ab.

- Der Leistungsbeginn ist ab dem 43. Tag – also nach Beendigung der üblichen Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber.
- Absicherungsmöglichkeit bis zum tatsächlichen krankheitsbedingten Verdienstaufschlag
- Gesetzlich Versicherte können zusätzlich zur Absicherung der Beitragszahlung an die gesetzliche Rentenversicherung einen Tagessatz von 13 EUR absichern.

Es gelten die jeweils aktuellen Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Tarifbestimmungen. Diese Unterlagen stellen wir Ihnen gerne auf Wunsch zur Verfügung.

Monatsbeiträge (EUR) Männer											Monatsbeiträge (EUR) Frauen														
Stand 01.04.2006											Stand 01.04.2006														
Ein- tritts- alter	Tarif 723	Tarif 732	Tarif 762 ²	Tarif 768	Tarif 762 562	Tarif 768 562	Tarif 832 ³	Tarif 170 ³	Tarif 790 ¹⁺²	Tarif 795 ¹	Ein- tritts- alter	Tarif 360 ¹	Ein- tritts- alter	Tarif 723	Tarif 732	Tarif 762 ²	Tarif 768	Tarif 762 562	Tarif 768 562	Tarif 832 ³	Tarif 170 ³	Tarif 790 ¹⁺²	Tarif 795 ¹	Ein- tritts- alter	Tarif 360 ¹
0–15	27,37	4,24	gesonderte Tabelle				4,35	4,67	0,60		19	2,59	0–15	27,37	4,24	gesonderte Tabelle				4,35	4,67	0,60		19	1,85
16–20	26,77	8,14	gesonderte Tabelle				5,96	7,94	0,78		20	2,61	16–20	39,82	10,09	gesonderte Tabelle				8,89	8,00	1,12		20	1,90
21	47,36	26,92	6,08	6,55	17,94	18,41	19,44	11,49	0,20	1,71	21	2,64	21	73,18	33,17	7,59	7,82	21,69	21,92	30,49	15,04	0,26	2,10	21	1,95
22	48,12	27,62	6,30	6,79	18,16	18,65	19,92	11,62	0,20	1,76	22	2,66	22	74,35	33,92	7,86	8,10	21,96	22,20	31,14	15,25	0,26	2,15	22	2,01
23	48,94	28,37	6,52	7,03	18,38	18,89	20,43	11,76	0,21	1,81	23	2,69	23	75,54	34,65	8,15	8,39	22,25	22,49	31,78	15,45	0,27	2,20	23	2,08
24	49,82	29,17	6,75	7,28	18,61	19,14	20,96	11,91	0,21	1,86	24	2,72	24	76,75	35,36	8,44	8,69	22,54	22,79	32,39	15,64	0,27	2,25	24	2,15
25	50,74	30,02	6,98	7,52	18,84	19,38	21,53	12,06	0,22	1,92	25	2,75	25	77,99	36,04	8,72	8,99	22,82	23,09	32,99	15,83	0,27	2,30	25	2,23
26	51,73	30,93	7,21	7,77	19,07	19,63	22,13	12,23	0,22	1,97	26	2,78	26	79,24	36,70	9,00	9,27	23,10	23,37	33,57	16,01	0,28	2,35	26	2,31
27	52,77	31,91	7,44	8,01	19,30	19,87	22,77	12,40	0,23	2,03	27	2,82	27	80,52	37,33	9,27	9,55	23,37	23,65	34,15	16,21	0,28	2,40	27	2,40
28	53,87	32,95	7,66	8,26	19,52	20,12	23,44	12,59	0,23	2,09	28	2,88	28	81,82	37,93	9,53	9,81	23,63	23,91	34,72	16,41	0,29	2,45	28	2,49
29	55,02	34,05	7,89	8,50	19,75	20,36	24,16	12,78	0,24	2,16	29	2,94	29	83,13	38,49	9,77	10,06	23,87	24,16	35,29	16,63	0,29	2,50	29	2,59
30	56,23	35,18	8,11	8,74	19,97	20,60	24,92	12,99	0,25	2,23	30	3,01	30	84,46	39,06	10,01	10,31	24,11	24,41	35,87	16,85	0,29	2,55	30	2,70
31	57,51	36,34	8,33	8,98	20,19	20,84	25,70	13,20	0,26	2,31	31	3,09	31	85,80	39,65	10,24	10,55	24,34	24,65	36,46	17,09	0,30	2,61	31	2,81
32	58,84	37,52	8,55	9,21	20,41	21,07	26,52	13,42	0,26	2,39	32	3,17	32	87,14	40,28	10,47	10,78	24,57	24,88	37,07	17,33	0,30	2,67	32	2,94
33	60,24	38,74	8,76	9,45	20,62	21,31	27,36	13,66	0,27	2,48	33	3,27	33	88,50	40,97	10,69	11,01	24,79	25,11	37,69	17,59	0,31	2,73	33	3,07
34	61,71	39,98	8,98	9,67	20,84	21,53	28,24	13,90	0,28	2,59	34	3,37	34	89,86	41,70	10,91	11,24	25,01	25,34	38,35	17,86	0,31	2,80	34	3,21
35	63,22	41,26	9,19	9,90	21,05	21,76	29,14	14,16	0,29	2,69	35	3,48	35	91,23	42,49	11,14	11,47	25,24	25,57	39,04	18,14	0,32	2,87	35	3,36
36	64,77	42,58	9,39	10,12	21,25	21,98	30,07	14,43	0,30	2,80	36	3,60	36	92,60	43,32	11,35	11,69	25,45	25,79	39,78	18,43	0,32	2,95	36	3,51
37	66,36	43,94	9,59	10,34	21,45	22,20	31,03	14,71	0,31	2,92	37	3,72	37	93,97	44,22	11,57	11,92	25,67	26,02	40,57	18,74	0,33	3,04	37	3,67
38	67,96	45,35	9,80	10,56	21,66	22,42	32,02	15,00	0,31	3,04	38	3,86	38	95,35	45,18	11,79	12,14	25,89	26,24	41,41	19,06	0,34	3,13	38	3,83
39	69,58	46,81	9,99	10,77	21,85	22,63	33,04	15,30	0,32	3,16	39	4,00	39	96,72	46,20	12,01	12,37	26,11	26,47	42,32	19,39	0,34	3,23	39	4,00
40	71,22	48,31	10,19	10,98	22,05	22,84	34,09	15,60	0,34	3,29	40	4,15	40	98,09	47,27	12,23	12,60	26,33	26,70	43,31	19,73	0,35	3,33	40	4,18
41	72,86	49,87	10,38	11,19	22,24	23,05	35,17	15,90	0,35	3,42	41	4,32	41	99,46	48,39	12,46	12,83	26,56	26,93	44,36	20,07	0,36	3,44	41	4,36
42	74,49	51,48	10,57	11,39	22,43	23,25	36,28	16,20	0,36	3,55	42	4,49	42	100,83	49,56	12,69	13,06	26,79	27,16	45,46	20,39	0,37	3,55	42	4,54
43	76,12	53,15	10,76	11,60	22,62	23,46	37,44	16,50	0,37	3,69	43	4,68	43	102,19	50,79	12,92	13,30	27,02	27,40	46,62	20,69	0,38	3,67	43	4,72
44	77,72	54,88	10,95	11,80	22,81	23,66	38,62	16,79	0,38	3,84	44	4,87	44	103,54	52,06	13,15	13,54	27,25	27,64	47,82	20,95	0,39	3,79	44	4,91
45	79,38	56,69	11,13	12,00	22,99	23,86	39,84	17,06	0,39	3,99	45	5,08	45	104,88	53,39	13,37	13,77	27,47	27,87	49,06	21,17	0,40	3,91	45	5,11
46	81,07	58,55	11,31	12,19	23,17	24,05	41,10	17,33	0,41	4,14	46	5,29	46	106,20	54,77	13,59	14,00	27,69	28,10	50,34	21,36	0,41	4,04	46	5,31
47	82,81	60,47	11,48	12,38	23,34	24,24	42,39	17,57	0,42	4,30	47	5,51	47	107,51	56,21	13,80	14,21	27,90	28,31	51,67	21,53	0,42	4,16	47	5,52
48	84,59	62,45	11,65	12,56	23,51	24,42	43,72	17,81	0,43	4,47	48	5,74	48	108,80	57,69	14,00	14,42	28,10	28,52	53,03	21,68	0,43	4,30	48	5,73
49	86,41	64,49	11,81	12,73	23,67	24,59	45,11	18,02	0,45	4,64	49	5,98	49	110,08	59,23	14,18	14,60	28,28	28,70	54,44	21,82	0,44	4,44	49	5,95
50	88,27	66,58	11,97	12,90	23,83	24,76	46,53	18,22	0,46	4,82	50	6,24	50	111,34	60,81	14,34	14,77	28,44	28,87	55,89	21,95	0,46	4,58	50	6,17
51	90,16	68,72	12,12	13,06	23,98	24,92	48,01	18,39	0,48	5,01	51	6,52	51	112,59	62,44	14,49	14,92	28,59	29,02	57,39	22,08	0,47	4,72	51	6,41
52	92,08	70,92	12,27	13,22	24,13	25,08	49,54	18,55	0,49	5,19	52	6,81	52	113,82	64,11	14,61	15,04	28,71	29,14	58,93	22,20	0,48	4,87	52	6,64
53	94,04	73,17	12,40	13,37	24,26	25,23	51,13	18,70	0,51	5,38	53	7,11	53	115,04	65,83	14,72	15,15	28,82	29,25	60,52	22,32	0,49	5,02	53	6,88
54	96,03	75,46	12,54	13,51	24,40	25,37	52,80	18,83	0,52	5,57	54	7,41	54	116,25	67,60	14,81	15,24	28,91	29,34	62,15	22,43	0,51	5,18	54	7,13
55	98,04	77,81	12,66	13,64	24,52	25,50	54,50	18,96	0,54	5,77	55	7,71	55	117,43	69,41	14,88	15,32	28,98	29,42	63,83	22,53	0,52	5,34	55	7,37
56	100,08	80,20	12,77	13,76	24,63	25,62	56,24	19,08	0,56	5,96	56	7,99	56	118,61	71,26	14,93	15,37	29,03	29,47	65,56	22,63	0,54	5,50	56	7,62
57	102,14	82,63	12,88	13,88	24,74	25,74	58,02	19,19	0,57	6,16	57	8,28	57	119,76	73,16	14,97	15,41	29,07	29,51	67,34	22,73	0,55	5,67	57	7,87
58	104,22	85,10	12,98	13,98	24,84	25,84	59,86	19,28	0,59	6,36	58	8,56	58	120,90	75,09	14,99	15,44	29,09	29,54	69,17	22,82	0,57	5,84	58	8,11
59	106,31	87,60	13,06	14,08	24,92	25,94	61,75	19,37	0,61	6,56	59	8,85	59	122,02	77,07	15,01	15,45	29,11	29,55	71,05	22,90	0,58	6,02	59	8,38
60	108,41	90,15	13,14	14,16	25,00	26,02	63,66	19,46	0,63	6,76	60	9,17	60	123,13	79,09	15,01	15,46	29,11	29,56	72,98	22,99	0,60	6,20	60	8,68
61	110,51	92,72	13,20	14,22	25,06	26,08	65,59		0,65	6,97	61		61	124,21	81,14	15,01	15,46	29,11	29,56	74,96		0,61	6,39	61	
62	112,62	95,32	13,25	14,28	25,11	26,14	67,55		0,67	7,17	62		62	125,28	83,24	15,01	15,46	29,11	29,56	77,00		0,63	6,58	62	
63	114,72	97,95	13,28	14,31	25,14	26,17	69,53		0,68	7,37	63		63	126,33	85,38	15,01	15,46	29,11	29,56	79,08		0,65	6,78	63	
64	116,80	100,60	13,30	14,33	25,16	26,19	71,55		0,70	7,58	64		64	127,36	87,55	15,01	15,46	29,11	29,56	81,22		0,67	6,99	64	
65	118,87	103,28	13,31	14,34	25,17	26,20	73,57		0,72	7,78	65		65	128,36	89,79	15,01	15,46	29,11	29,56	83,42		0,68	7,19	65	

¹ Beiträge je 10 EUR Tagegeld
² Tarif 762 bzw. Tarif 790 kann nur in Verbindung mit einem Tarif für ambulante und/oder stationäre Heilbehandlung abgeschlossen werden. Tarif 170 kann nicht mit dem Tarif 762 abgeschlossen werden.
³ Bei Verzicht auf Leistungen für Auslandsaufenthalt vermindert sich die monatliche Beitragsrate um 0,54 EUR.

¹ Beiträge je 10 EUR Tagegeld
² Tarif 762 bzw. Tarif 790 kann nur in Verbindung mit einem Tarif für ambulante und/oder stationäre Heilbehandlung abgeschlossen werden. Tarif 170 kann nicht mit dem Tarif 762 abgeschlossen werden.
³ Bei Verzicht auf Leistungen für Auslandsaufenthalt vermindert sich die monatliche Beitragsrate um 0,54 EUR.