

## Agenturservice-Jupe

Tel.: 02325 - 558 426  
Fax : 02325 - 467 0 380

Mobil : 0174 - 29 11111

Mail : [info@agenturservice-jupe.de](mailto:info@agenturservice-jupe.de)

Web : <http://www.agenturservice-jupe.de>



## Deutsche Anwalt- und Notar-Versicherung Krankenvollversicherung

### Private Krankenvollversicherung

#### ERGO - ein starker Partner

Der Zusammenschluss der bekannten Versicherer VICTORIA, Hamburg-Mannheimer, DKV und D.A.S. sorgte 1997 für Furore. Zusammen haben die vier Unternehmen in Deutschland 15 Millionen Kunden.

Für die kommenden Jahre ist der zweitgrößte deutsche Privatkundenversicherer bestens gerüstet: Gemeinsam werden die vier starken Unternehmen ihre bestehenden Marktpositionen halten und ihre Geschäftsfelder weiter ausbauen. VICTORIA, Hamburg-Mannheimer, DKV, D.A.S. - bekannte Namen mit einem guten Klang. Alle vier sind im Markt bestens eingeführt. Doch die ERGO-Partner unterscheiden sich nicht nur in ihren Geschäftsfeldern und Produkten. Jeder hat besondere Stärken: Daher bleibt jeder eigenständige ERGO-Partner bei seinem Markenauftritt.

Die ERGO-Gruppe wird ihre Synergiechancen nutzen:

- Die vier erfolgreichen Unternehmen werden in ihren Spezialgebieten weiter gestärkt.
- Gleichzeitig wird das Know-how der Gruppe gebündelt,
- die Struktur vereinheitlicht und so die gemeinsame Effizienz gesteigert.

Die Innovationsfähigkeit steigt, die Belastungen sinken. Die gemeinsame Entwicklung von neuen Konzepten vermeidet teure Investitionen, anfallende Kosten werden auf mehrere Schultern verteilt. Viele Zentralfunktionen lassen sich zusammenlegen, wie die Gründung der ITERGO, dem Technologie-Dienstleister der ERGO belegt.

#### Bewertung der DKV

Die Eigenkapitalquote gibt das Verhältnis von Eigenkapital und Beitragseinnahmen wieder. Sie **verdeutlicht**, wie sicher das Unternehmen selbst ist, d.h., **inwieweit das Unternehmen etwaige kurzfristige Verluste ausgleichen kann**.

Die DKV hat ihre Eigenkapitalsquote auf einem hohen Niveau gehalten. Im Fünfjahresvergleich liegt sie mit 19,6 Prozent weit über dem Marktdurchschnitt von 13,6 Prozent. Im Geschäftsjahr 2003 liegt die Quote mit 17,3 Prozent\* weit über dem Doppelten des vom Gesetzgeber Geforderten. Damit bestätigt die DKV ihre äußerst solide Eigenkapitalausstattung und eine auf größtmögliche Sicherheit ausgerichtete Geschäftspolitik.

## Angebot einer privaten Krankenvollversicherung

Tarif: VollMed M2

Behandlungsart:

Ambulant: Höhe des Selbstbehaltes pro Jahr  
345,-- € Selbstbehalt  
zahnärztlich: Erstattung für Zahnbehandlung / -ersatz / Kieferorthopädie  
100 % / 70 % / 100 %  
stationär: Unterbringung im Krankenhaus  
u.a. Zweibettzimmer

Summe: 196,48 €

Gesetzlicher Beitragszuschlag 19,65 €

Pflegepflichtversicherung: 15,06 €

Krankentagegeldabsicherung (ab dem 43. Tag / 70,-- € täglich) 12,32 €

Gesamtsumme: 243,51 €

Ihr Anteil als Arbeitnehmer: 121,76 €

Zu Ihrer Information:

Für Sie als Arbeitnehmer übernimmt Ihr Arbeitgeber bis zur Hälfte des Beitrages.

Bei Rückfragen stehen wir Ihnen selbstverständlich unter den angegebenen Kommunikationsdaten zur Verfügung. Wir hoffen, dass Ihnen unser Angebot, an das wir uns drei Monate gebunden halten, zusagt und verbleiben

mit freundlichen Grüßen

### Onlineservice Agentur Jupe

Deutsche Anwalt- und Notar-Versicherung

In Zusammenarbeit mit unserem ERGO-Partner DKV

**Ihr Partner im ERGO-Konzern**

H. Jupe, Dipl.-Betriebsw.

Allgemeine

Versicherungsbedingungen (AVB)

### VollMed Tarif M2

KRANKHEITSKOSTENVOLLVERSICHERUNG

Dieser Tarif gilt nur in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, Teil I: Musterbedingungen (MB/KK 94) und Teil II: Tarifbedingungen (in einem gesonderten Druckstück B 248).

### Versicherungsleistungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die unter Punkt 1 - 3 genannten Leistungen (ausgenommen Heilpraktiker), die im Rahmen der Höchstsätze der jeweiligen dafür geltenden amtlichen Gebührenordnung liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen. Hierunter fallen u. a. die GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) und die GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte) mit den dazugehörigen Höchstsätzen, dem 3,5fachen Satz für persönliche und dem 2,5fachen Satz für so genannte medizinisch-technische Leistungen. Aufwendungen für zahntechnische Laborarbeiten und Materialien sind erstattungsfähig, soweit sie im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet sind.

## 1. Aufwendungen einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung

Die nachfolgenden Leistungen mit Ausnahme der ambulanten Psychotherapie unterliegen einem Selbstbehalt von 345,00 EUR pro Jahr. Im Kalenderjahr des Versicherungsbeginns reduziert sich der Selbstbehalt für jeden vor dem Versicherungsbeginn liegenden Monat des betreffenden Kalenderjahres um ein Zwölftel. Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, mindert sich der Selbstbehalt nicht.

**Erstattungsfähig** sind im Rahmen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen Aufwendungen für:

Ambulante Behandlung und Untersuchungen einschließlich Schwangerschaftsuntersuchungen durch Ärzte  
**zu 100 %**

Transport zum nächsterreichbaren Arzt oder Krankenhaus nach einem Unfall oder im Notfall  
**zu 100 %**

Leistungen des Heilpraktikers  
**zu 100 %**

Erstattungsfähig sind Aufwendungen in Höhe des 1fachen Satzes des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH).

Arznei- und Verbandmittel  
**zu 100 %**

Als Arzneimittel gelten allopathische und homöopathische Medikamente. Nahrungsmittel und Stärkungspräparate sowie Badezusätze, Weine, Mineralwässer, Desinfektionsmittel, kosmetische Präparate und Ähnliches gelten, auch wenn sie vom Behandler verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, nicht als Arzneimittel.

Heilmittel  
**zu 100 %**

Als Heilmittel gelten die zur Beseitigung und Linderung von Krankheiten oder Unfallfolgen dienenden Anwendungen und Behandlungen: Bäder, Massagen, Packungen, Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Elektrotherapie, Lichttherapie, Atmungsbehandlung sowie Stimmbildung.

Hilfsmittel wie Brillen und Kontaktlinsen  
**zu 100 %**

Bei einer Änderung der Sehschärfe von mindestens +/- 0,5 Dioptrien und bis zu einem Rechnungsbetrag von 210,00 EUR pro Hilfsmittel (Hilfsmittelpaar).

Sonstige Hilfsmittel  
**zu 100 %**

Bandagen, Bruchbänder, Leibbinden, Gummistrümpfe, Schuheinlagen und orthopädische Schuhe, sowie Hörgeräte, Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf), Herzschrittmacher, Kunstglieder, orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate und Krankenfahrstühle. Erstattungsfähig sind in einfacher Ausführung technische Mittel oder Körperersatzstücke, die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen.

**Von der Erstattung sind Behandlungs- und medizinische Geräte sowie sanitäre Bedarfsartikel ausgenommen.**

Schutzimpfungen  
**zu 100 %**

Erstattungsfähig sind Schutzimpfungen einschl. Impfstoffe, die vom Bundesgesundheitsministerium allein in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht empfohlen werden.

Gezielte Vorsorgeuntersuchungen  
**zu 100 %**

Erstattungsfähig sind alle nach gesetzlichen Programmen eingeführte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten insbesondere von Krebs. Die Gesellschaft stellt auf Anfrage ein Merkblatt mit aktuellen Detailinformationen zur Verfügung.

Ambulante Psychotherapie  
**zu 70 %**

Erstattungsfähig sind bis zu 30 Sitzungen pro Kalenderjahr.

Die ambulante Psychotherapie fällt nicht unter den Selbstbehalt von 345,00 EUR pro Jahr!

## 2. Aufwendungen einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Behandlung

Erstattungsfähig sind im Rahmen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen Aufwendungen für:

Zahnbehandlung einschließlich gezielter Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten

**zu 100 %**

Als Zahnbehandlung gelten allgemeine zahnärztliche Leistungen, prophylaktische, konservierende und chirurgische Leistungen, soweit sie nicht im Zusammenhang mit Zahnersatz erbracht werden, ferner Behandlungen bei Erkrankung der Mundschleimhaut und des Parodontiums sowie Röntgenuntersuchungen.

Zahnersatz einschließlich der damit in Zusammenhang stehenden zahnärztlichen Behandlung  
**zu 70 %**

Als Zahnersatz gelten prothetische und implantologische Leistungen einschl. Kronen und Einlagefüllungen sowie Inlays und Onlays, Eingliederungen von Aufbisshilfen und Schienen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen einschließlich der dazugehörigen Material- und Laborkosten.

Bei Zahnersatz ist dem Versicherer rechtzeitig vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan des Zahnarztes sowie ein Kostenvoranschlag über zahntechnische Laborarbeiten

und Materialien vorzulegen. Der Versicherer verpflichtet sich, diesen Heil- und Kostenplan unverzüglich zu prüfen und dem Versicherungsnehmer die Höhe der zu erwartenden Versicherungsleistung mitzuteilen. Bei Nichtvorlage des Heil- und Kostenplanes wird die Hälfte der tariflichen Leistung erbracht.

Kieferorthopädische Maßnahmen ausschließlich für Personen, die bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder als unfallbedingte medizinisch notwendige Leistung

**zu 70 %**

**Sie wird zu 100 % erstattet, indem die getragene Selbstbeteiligung von 30 % der Aufwendungen nacherstattet wird**, wenn die Behandlung in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang vollständig abgeschlossen ist und der erfolgreiche Behandlungsabschluss durch ein zahnärztliches Zeugnis nachgewiesen wird.

Bei kieferorthopädischen Maßnahmen ist dem Versicherer rechtzeitig vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan des Zahnarztes sowie ein Kostenvoranschlag über zahntechnische Laborarbeiten und Materialien vorzulegen. Der Versicherer verpflichtet sich, diesen Heil- und Kostenplan unverzüglich zu prüfen und dem Versicherungsnehmer die Höhe der zu erwartenden Versicherungsleistung mitzuteilen. Bei Nichtvorlage des Heil- und Kostenplanes wird die Hälfte der tariflichen Leistung erbracht.

### **3. Aufwendungen einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung**

Erstattungsfähig sind im Rahmen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen Aufwendungen für:

Allgemeine Krankenhausleistungen

Allgemeine Krankenhausleistungen sind der allgemeine Pflegesatz, die besonderen Pflegesätze und die Sonderentgelte. Als allgemeine Krankenhausleistungen gelten, wenn keine gesondert berechenbare Unterkunft in Anspruch genommen wird, auch gesondert berechnete Leistungen des Belegarztes, ferner gesondert berechnete Leistungen einer Beleghebamme bzw. eines Belegentbindungshelfers. Für die Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und für die Entbindung im Krankenhaus oder im Entbindungsheim werden die für Krankheiten vorgesehenen Leistungen erbracht.

**zu 100 %**

Ambulante Entbindung

**zu 100 %**

Bei Hausentbindungen und ambulanten Entbindungen werden Kosten der ärztlichen Behandlung, der Hebamme und des Entbindungshelfers erstattet. Darüber hinaus wird eine Pauschale von 350,00 EUR gezahlt.

Wahlärztliche Leistungen, gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung

**zu 100 %**

Gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer<sup>1</sup> einschließlich der Kosten für die Bereitstellung eines Telefonanschlusses und der vom Krankenhaus angebotenen besonderen Verpflegung

**zu 100 %**

Werden im Rahmen einer vollstationären Behandlung folgende tarifliche Leistungen nicht in Anspruch genommen, zahlt die Gesellschaft pro Tag ein Krankenhaustagegeld in der dafür angegebenen Höhe. Hierbei zählen der Einlieferungs- und der Entlassungstag, jeweils als ein Tag.

- Verzicht auf die Unterbringung im Zweibettzimmer

- Verzicht auf wahlärztliche Leistungen für die gesamte Dauer der vollstationären Behandlung

20,00 EUR

30,00 EUR

**Bei vollstationärer Krankenhausbehandlung außerhalb Deutschlands werden die anfallenden Aufwendungen bis zu 330,00 EUR je Verweiltag im Krankenhaus erstattet.**

Ambulante Operationen, die stationäre vollständig ersetzen

**zu 100 %**

Medizinisch notwendige Transporte zum nächstgelegenen, für die Heilbehandlung erforderlichen Krankenhaus

**zu 100 %**

Häusliche Behandlungspflege, die nicht Gegenstand der privaten Pflegepflichtversicherung ist, als Ersatz für eine medizinisch notwendige Krankenhausbehandlung durch ausgebildete Pflegekräfte

**zu 100 %**

Die häusliche Behandlungspflege umfasst ärztlich angeordnete medizinische Einzelleistungen (z. B. Injektionen, Verbände, Blutdruckmessung), die

- auf Heilung, Besserung, Linderung (Krankenhausersatzpflege) oder

- auf Verhütung der Verschlimmerung einer Krankheit (Sicherungspflege)

ausgerichtet sind.

Während einer häuslichen Behandlungspflege werden zusätzlich die ortsüblichen Kosten für die ärztlich angeordnete Grundpflege und die notwendige hauswirtschaftliche Versorgung durch geeignetes Personal erstattet, falls diese nicht durch eine im Haushalt der versicherten Person lebende Person im erforderlichen Umfang gewährleistet werden kann.

Medizinisch notwendige vollstationäre Psychotherapie nach vorheriger Zustimmung der Gesellschaft

**zu 100 %**

## 4. Beitragsentlastung

### 4.1 Gegenstand der Vereinbarung

- Ab Beginn des Monats, der bei Vereinbarung "Beitragsentlastung V 65" auf die Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person folgt, verringert sich der Monatsbeitrag, der dann für ihre Krankheitskostenversicherung bei der DKV zu zahlen ist, um den vereinbarten Entlastungsbetrag.
- Eine Vereinbarung "Beitragsentlastung V 65" kann frühestens mit Eintrittsalter 20 und nur bis zur Vollendung des 59. Lebensjahres getroffen werden.

### 4.2 Entlastungsbetrag

- Es kann ein monatlicher Entlastungsbetrag in Stufen von jeweils 50 EUR bis höchstens zu dem bei Abschluss einer Vereinbarung aktuellen Beitrag für die Krankheitskostenversicherung der versicherten Person vereinbart werden.
- Eine Anhebung des vereinbarten Entlastungsbetrages bis zu dem nach Nr. 4.2 Abs. 1 aktuellen Beitrag für die Krankheitskostenversicherung kann bei Vereinbarung "Beitragsentlastung V 65" nur bis zur Vollendung des 59. Lebensjahres beantragt werden. Wählt der Versicherte gesondert berechenbare Unterkunft im Einbettzimmer, ist der Unterkunftszuschlag für ein Zweibettzimmer des aufgesuchten Krankenhauses erstattungsfähig. Zählt die Unterkunft im Zweibettzimmer zu den allgemeinen Krankenhausleistungen, ist der Zuschlag für das Einbettzimmer zu 60 % erstattungsfähig.
- Sinkt der Monatsbeitrag für die Krankheitskostenversicherung unter den Entlastungsbetrag, wird der Entlastungsbetrag zum gleichen Zeitpunkt so weit herabgesetzt, dass seine nächstliegende Stufe den Beitrag für die Krankheitskostenversicherung nicht mehr übersteigt. Die nach den technischen Berechnungsgrundlagen für den entfallenden Teil des Entlastungsbetrages gebildete Alterungsrückstellung wird auf den verbleibenden Beitrag angerechnet. Wenn unabhängig von einer Beitragsveränderung in der Krankheitskostenversicherung der vereinbarte Entlastungsbetrag herabgesetzt wird, gilt Satz 2 entsprechend.

### 4.3 Tarifbezeichnung

Im Versicherungsschein werden neben den vereinbarten Tarifen der Krankheitskostenversicherung das Alter, nach dessen Vollendung die Beitragsentlastung wirksam wird, und der vereinbarte Entlastungsbetrag angegeben, z. B.: VollMed M2 V65 / 250 EUR.

### 4.4 Beitragsanpassung

Die Beiträge für die "Beitragsentlastung" werden im Rahmen einer Beitragsanpassung der Krankheitskostenversicherung nach § 8b AVB vom Versicherer überprüft. Bei einer Veränderung der Rechnungsgrundlagen in der Krankheitskostenversicherung können die Beiträge für die "Beitragsentlastung" mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.

### 4.5 Beendigung der Vereinbarung "Beitragsentlastung"

- Die Vereinbarung "Beitragsentlastung" kann nur neben solchen Krankheitskostenversicherungen der DKV bestehen, die Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung vorsehen und bei denen - wie in diesem Druckstück - im Tariftteil bzw. in den jeweiligen Tariftteilen die "Beitragsentlastung" geregelt ist.
- Endet die Vereinbarung "Beitragsentlastung", wird die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Alterungsrückstellung auf den Beitrag einer bei der DKV für die versicherte Person weiter bestehenden Krankheitskostenversicherung angerechnet, sofern die Vereinbarung "Beitragsentlastung" mindestens 12 Monate bestanden hat. Dabei kann eine sofortige Anrechnung oder eine Anrechnung zum Ablauf der vereinbarten Laufzeit gewählt werden.
- Endet mit der Vereinbarung "Beitragsentlastung" auch die Krankheitskostenversicherung nach Nr. 4.5 Abs. 1, und besteht dann für die versicherte Person keine andere Krankheitskostenversicherung mehr bei der DKV, verfällt die Alterungsrückstellung aus dieser Vereinbarung zugunsten der Versichertengemeinschaft. Hat die Vereinbarung "Beitragsentlastung" jedoch zehn Jahre bestanden, wird der Gegenwert für die Alterungsrückstellung aus dieser Vereinbarung auf eine bestehende Pflegeergänzungsversicherung oder Krankenhaustagegeldversicherung angerechnet, soweit dadurch bei der weiter bestehenden Versicherung eine monatliche Beitragsrate von 2,56 EUR nicht unterschritten wird.

### 4.6 Dauer der Beitragszahlung

Der Beitrag für die "Beitragsentlastung" ist auch nach Vollendung des 65. Lebensjahres zu zahlen, und zwar bis zur Beendigung der Krankheitskostenversicherung.

Gern geben wir bei Fragen ausführliche

Auskunft:

Kundenservice. 02325 / 580 238

[info@agenturservice-jupe.de](mailto:info@agenturservice-jupe.de)