

Merkblatt zum Standardtarif ST, Tarifstufen STN und STB

(Stand: 01.12.2021)

Wichtige Hinweise zu den Besonderheiten der Versicherungsfähigkeit und des Leistungsumfangs

Bitte nehmen Sie dieses Blatt zu Ihren Versicherungsunterlagen!

Versicherungsnummer

<VNR>

Der Standardtarif ST ist eine brancheneinheitliche Krankheitskostenvollversicherung der privaten Krankenversicherungsunternehmen im Sinne des § 257 Abs. 2a SGB V.

() Tarif STN

Der Leistungsumfang ist mit dem der **gesetzlichen Krankenversicherung** (GKV) vergleichbar.

() Tarif STB

Der Leistungsumfang für Personen mit Beihilfeanspruch ist mit dem der **gesetzlichen Krankenversicherung** (GKV) abzüglich der Leistungen der Beihilfe vergleichbar.

Versicherungsfähigkeit

Die nachfolgend genannten Personengruppen können sich im Standardtarif versichern, wenn ihr substitutiver Krankenversicherungsschutz in einem anderen Tarif als dem Standardtarif vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen worden ist:

1. Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und seit mindestens 10 Jahren in der PKV über einen substitutiven Versicherungsschutz verfügen. Hierunter ist ein Versicherungsschutz zu verstehen, der geeignet ist, die gesetzliche Krankenversicherung ganz oder teilweise zu ersetzen.
2. Personen, die das 55. Lebensjahr vollendet haben und seit mindestens 10 Jahren in der PKV über einen substitutiven Versicherungsschutz verfügen und deren jährliches Gesamteinkommen die Jahresarbeitsentgeltgrenze gemäß § 6 Abs. 7 SGB V nicht übersteigt.
3. Personen vor Vollendung des 55. Lebensjahres, die seit mindestens 10 Jahren in der PKV über einen substitutiven Versicherungsschutz verfügen und eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen oder die Voraussetzungen für diese Rente erfüllen und sie beantragt haben. Das jährliche Gesamteinkommen darf die Jahresarbeitsentgeltgrenze gemäß § 6 Abs. 7 SGB V nicht übersteigen. Aufnahmefähig sind auch deren Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Standardtarifversicherten in der GKV nach §10 SGB V familienversichert wären.

In dem speziell für Beamte geschaffenen beihilfekonformen Standardtarif können sich versichern:

4. Beamte und ihre berücksichtigungsfähigen Familienangehörigen ab dem 65. bzw. dem 55. Lebensjahr unter den unter Punkt 1. und 2. genannten Voraussetzungen, sowie den unter Punkt 3. genannten Voraussetzungen, sofern sie ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen Vorschriften beziehen.

Die Voraussetzungen für die Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit müssen durch die Vorlage von Unterlagen nachgewiesen werden, z. B.:

- aktueller Einkommenssteuerbescheid
- Nichtveranlagungsbescheinigung
- Rentenantrag mit Eingangsbestätigung des Rentenversicherungsträgers
- Rentenbescheid bzw. Rentenausweis
- Bestätigung des Ruhegehaltsbezugs nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften
- Bestätigung der Beihilfestelle über Beihilfeberechtigung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen
- Bestätigung der Beihilfestelle über Berücksichtigungsfähigkeit von Angehörigen bei der Beihilfe
- Ernennungsurkunde über die Berufung in das Beamtenverhältnis

Höchstbeitragsgarantie

Der zu zahlende Beitrag für Einzelpersonen ist begrenzt auf den Höchstbeitrag der GKV. Ehegatten und Lebenspartner zahlen insgesamt höchstens 150 v. H. des Höchstbeitrages.

Für Personen mit Beihilfeanspruch sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige verringert sich der garantierte Höchstbeitrag für Einzelpersonen bzw. für Ehegatten und Lebenspartner beihilfekonform.

Voraussetzung für die Beitragsbegrenzung für Ehegatten/ Lebenspartner ist, dass beide im Standardtarif versichert sind und deren jährliches Gesamteinkommen die Jahresarbeitsentgeltgrenze gemäß § 6 Abs. 7 SGB V nicht übersteigt.

Keine Zusatzversicherungen

Es darf keine weitere Krankheitskosten-Teil- oder Vollversicherung bestehen oder abgeschlossen werden. Besteht bereits im Zeitpunkt des Wechsels nach Tarif ST eine solche Versicherung, entfällt für die Dauer der Versicherung die Begrenzung des Beitrages auf den gesetzlichen Höchstbetrag gemäß § 8a Abs. 2 MB/ST.

Neben dem Standardtarif können jedoch eine Auslandsreise-Kranken-, Krankenhaustagegeld- und bei entsprechender Erwerbstätigkeit auch Krankentagegeldversicherungen bestehen bzw. fortgeführt werden. Die Pflegepflichtversicherung muss in jedem Falle fortgeführt werden.

Leistungen des Versicherers

Bitte beachten Sie, dass der Leistungsumfang des Tarifs ST durch den PKV-Verband für alle Versicherten des Tarifs ST einheitlich geregelt ist. Er ist mit dem Leistungsumfang der GKV vergleichbar und kann künftig angepasst werden.

Die nachfolgend angegebenen Prozentsätze beziehen sich auf Tarifstufe STN. In der Tarifstufe STB wird ein entsprechender Prozentsatz gemäß der gewählten Leistungsstufe zur Verfügung gestellt.

1. Ambulante Arztkosten und Zahnarztkosten sind zu 100% bis zu den nachstehenden Sätzen der Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte (GOÄ bzw. GOZ) erstattungsfähig:
 - bis zum **1,8**fachen Satz GOÄ für persönliche Leistungen
 - bis zum **1,38**fachen Satz GOÄ für medizinisch-technische Leistungen
 - bis zum **1,16**fachen Satz GOÄ für Laborleistungen
 - bis zum **2,0**fachen Satz GOZ für zahnärztliche Maßnahmen.

Weisen Sie sich bitte Ihrem Behandler gegenüber vor Beginn der Behandlung als Standardtarif-Versicherte(r) aus!

2. Bei Rettungsfahrten (z.B. bei Unfall, Notfall) werden die Kosten zu 90 % erstattet. Der 10%ige Eigenanteil des Versicherten beträgt dabei mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro.
3. Es besteht **kein** Leistungsanspruch für Behandlungen durch Heilpraktiker. Gemäß § 5 Abs. 1 e MB/ST besteht keine Leistungspflicht für ambulante Heilbehandlungen in einem Heilbad oder Kurort.
4. Leistungen für ambulante Psychotherapie werden nur nach vorheriger schriftlicher Zusage durch den Versicherer für max. **25** psychotherapeutische Sitzungen im Kalenderjahr erbracht. Es muss ein niedergelassener approbierter Arzt mit Zusatzausbildung im Bereich der Psychotherapie oder ein im Arztregister eingetragener nichtärztlicher psychologischer Psychotherapeut mit eigener Praxis die Behandlung durchführen. Aufwendungen für Psychotherapie durch andere Behandler sind nicht erstattungsfähig.
5. Für ärztlich verordnete Arznei-, Heil- und Hilfsmittel (außer für Brillengläser, Hörgeräte und Krankenfahrstühle) beträgt der Erstattungssatz **80 %** bis zu einer Selbstbeteiligung* von **306 Euro** im Kalenderjahr, darüber hinaus **100 %**.
* In Tarifstufe STB entspricht die Höhe der Selbstbeteiligung der versicherten Prozentstufe, z. B. in STB 50 beträgt die Selbstbeteiligung 153 Euro.

Arzneimittelkosten sind nur erstattungsfähig, sofern es sich um verschreibungspflichtige bzw. zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnungsfähige Präparate handelt.

Heilmittelkosten sind im Rahmen und bis zu den im Heilmittelverzeichnis des Tarifs ST genannten Höchstbeträgen erstattungsfähig, falls die Behandlung in eigener Praxis durch einen Masseur, Krankengymnasten oder Logopäden durchgeführt wird.

Hilfsmittel sind in der einfachen bzw. kostengünstigsten Ausführung erstattungsfähig.

Kosten für Brillengläser sind ausschließlich bei Bestehen einer schweren Sehbeeinträchtigung in Höhe der Festbeträge der GKV versichert. Vergrößernde Sehhilfen (z.B. Lupe, Lupenbrille) fallen unter Punkt "Hilfsmittel".

Kosten von Brillengestellen und Kontaktlinsen sind nicht erstattungsfähig.

Hörgeräte und Krankenfahrstühle sind bis zu den tariflich festgelegten Höchstsätzen (siehe hierzu Abschnitt A 8 der Tarifbedingungen) erstattungsfähig.

6. Die Kosten häuslicher Behandlungspflege werden zu 90 % maximal in Höhe der zwischen GKV und Leistungserbringern (z.B. Pflegedienste) vereinbarten Höchstsätze erstattet. Der 10%ige Eigenanteil ist auf die ersten 28 Tage der Leistungsanspruchnahme im Kalenderjahr begrenzt.
7. Bei stationärer Behandlung sind die Aufwendungen für die allgemeinen Krankenhausleistungen (analog GKV: Regelleistungen einschließlich belegärztliche Behandlung) versichert. Der Eigenanteil des Versicherten in Höhe von 10 Euro pro Tag für maximal 28 Tage im Kalenderjahr wird bei der Erstattung in Abzug gebracht.

Es besteht kein Erstattungsanspruch für Wahlleistungen (Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer und gesondert berechnete privatärztliche Behandlung).
8. Für eine stationäre Psychotherapie besteht nur dann Erstattungsanspruch, wenn der Versicherer vor Beginn des Aufenthaltes schriftlich zugestimmt hat.
9. Bei Krankenfahrten in Verbindung mit stationären Behandlungen zum nächstgelegenen Krankenhaus werden die Kosten zu 90 % erstattet. Der 10%ige Eigenanteil des Versicherten beträgt dabei mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro.
10. Zahnbehandlung (außer Einlagefüllungen und Zahnkronen) wird zu 100 % erstattet.
11. Für Zahnersatz (inkl. Einlagefüllungen und Zahnkronen in metallischer Ausführung) beträgt der Erstattungssatz **65 %**.
Implantologische Leistungen sind begrenzt auf maximal 2 Implantate im zahnlosen Unterkiefer. Für zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten) beträgt der Erstattungssatz **65 %** im Rahmen und bis zu den im Preis- und Leistungsverzeichnis des Tarifs ST genannten Höchstbeträgen.
12. Für Kieferorthopädie beträgt der Erstattungssatz **80 %**, sofern eine erhebliche Beeinträchtigung des Kauens, Beißens, Sprechens oder der Atmung durch eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung vorliegt.

Sowohl bei Zahnersatz als auch bei Kieferorthopädie muss vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan mit vollständiger Befundangabe vorgelegt werden, wenn die Gesamtkosten voraussichtlich mehr als 2.557 Euro betragen. Wird die Behandlung vor der schriftlichen Entscheidung des Versicherers begonnen, wird die 2.557 Euro übersteigende tarifliche Leistung nur zu **40 %** erbracht.

Der Auslandsschutz ist auf den ersten Monat eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland begrenzt (vgl. § 1 Absatz 4 Satz 3 Teil I MB/ST 2009). Für einen längeren Aufenthalt empfehlen wir den Abschluss einer privaten Auslandsreisekrankenversicherung.

Bei einem späteren erneuten Tarifwechsel - sofern hierfür die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt sind - erfolgt für höhere Leistungen des neu gewählten Tarifs eine Gesundheitsprüfung und es kann ein Risikozuschlag verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden.

Bitte beachten Sie wegen weiterer Einzelheiten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Teil I Musterbedingungen MB/ST 2009 §§ 1 - 19, Teil II Tarifbedingungen TB/ST Nr. 1 - 10 sowie Teil III Tarif ST), die wir Ihnen bei Umstellung des Vertrages zukommen lassen.

Ich habe die Besonderheiten zur Versicherungsfähigkeit, zum Leistungsumfang und zum späteren Tarifwechsel zur Kenntnis genommen.

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer

1. Exemplar für Gothaer; 2. Exemplar für Versicherungsnehmer/versicherte Person