

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

M - TARIFE

KRANKHEITSKOSTENVERSICHERUNG

Die AVB umfassen diese Tarife sowie (in einem gesonderten Druckstück) die Musterbedingungen 2009 - MB/KK 2009 - des Verbandes der privaten Krankenversicherung und die Tarifbedingungen der DKV.

Leistungen der DKV¹

1. **Medizinische Informationen und Beratungen bei ambulanter, zahnärztlicher und stationärer Heilbehandlung, 24-Stunden-Notruf-Service bei Auslandsreisen**

1.1 Neben dem Ersatz von Aufwendungen für Krankheitskosten bieten wir Ihnen umfangreiche Serviceleistungen unseres Gesundheitstelefons, die Sie in Anspruch nehmen können.

Unsere Experten beraten Sie und geben Ihnen Informationen zu

- allgemeinen Gesundheitsfragen, Krankheiten, Arzneimitteln, Diagnose- und Behandlungsmethoden, Heil- und Hilfsmitteln, Vorsorgeprogrammen und Schutzimpfungen
- zahnärztlichen Behandlungen und Heil- und Kostenplänen
- geplanten Krankenhausaufenthalten (auch zu unseren Kooperationspartnern)

wir nennen Ihnen

- Adressen und Telefonnummern von Behandlern und Kliniken

wir senden Ihnen

- Behandlungsleitlinien und Informationsmaterial für bestimmte Erkrankungen

außerdem bieten wir Ihnen

- Terminvereinbarungen mit Behandlern
- die Vermittlung von Operationsplätzen und -terminen
- zur Klärung schwieriger medizinischer Fragen
 - die Einschaltung von Spezialisten
 - die Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung
- individuelle "Patientenbegleitung" durch die Organisation einer optimalen medizinischen Fallsteuerung (auch über Ärztenetzwerke).

1.2 Bei Auslandsreisen steht Ihnen der 24-Stunden-Notruf-Service mit folgenden Leistungen zur Verfügung:

- Vermittlung und Benennung von Ärzten, Dolmetschern, Krankenhäusern
- ärztliche Betreuung, Kontaktaufnahme mit dem Hausarzt, Benachrichtigung von Angehörigen
- Organisation von Such-, Rettungs- und Bergungsmaßnahmen
- Organisation von Transporten/Verlegung zum nächsterreichbaren Arzt/Krankenhaus
- Organisation von Auslandsrücktransporten
- Organisation einer Beisetzung im Ausland bzw. Überführung an den Heimatwohnsitz.

¹ Erstattungssätze (je nach Tarif) siehe 2.2, 3.2, 4.2

2. TARIFE AM 0 BIS AM 4

Ambulante Heilbehandlung, Früherkennung, Entbindung, Rückführung aus dem Ausland, Todesfall im Ausland

2.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- Ärztliche Leistungen einschließlich
gezielter Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen, insbesondere zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei Frauen und Männern, zur Früherkennung von Herz- und Kreislauferkrankungen, Nierenerkrankungen und Zuckerkrankheit, zur Sicherung der normalen körperlichen und geistigen Entwicklung des Kindes,

Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission des zuständigen Bundesinstitutes allein in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht (also zum Beispiel unabhängig von Beruf, Reisen, Freizeitgewohnheiten) für alle empfohlen werden,

Psychotherapie
(siehe Leistungsvoraussetzung § 4 Abs. 2.1 und 2.2 AVB)

bis zu	30	Sitzungen	zu	100 %,
von der	31.	Sitzung an	zu	80 %,
von der	61.	Sitzung an	zu	70 %,

soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.
Erstattungsfähig sind auch über den Höchstsätzen dieser Gebührenordnung liegende Aufwendungen, die durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwernisse begründet und nach den Bemessungskriterien der Gebührenordnung angemessen sind.
- Transport zum nächsterreichbaren Arzt oder Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Unfall bzw. Notfall.
- Häusliche Behandlungspflege
Medizinische Leistungen von Pflegefachkräften nach Anweisung des Arztes (wie Verband- oder Katheterwechsel, Injektionen).
- Häusliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung
durch Pflegefachkräfte, wenn gleichzeitig Versicherungsschutz für ambulante Heilbehandlung und allgemeine Krankenhausleistungen vereinbart ist und durch die häusliche Krankenpflege stationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird. Die Pflege muss ärztlich verordnet sein. Erstattungsfähig sind die Gebühren, die in der Pflegepflichtversicherung mit Leistungserbringern vereinbart sind.
- Leistungen des Heilpraktikers
bis zu den Regelhöchstätzen² der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte.
- Arznei- und Verbandmittel
(siehe § 4 Abs. 3 und 3.1 AVB).
- Leistungen der Hebamme / des Entbindungspflegers,
soweit die Gebühren im Rahmen der dafür geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung liegen.
- Leistungen des Masseurs, des Masseurs und medizinischen Bademeisters, des Krankengymnasten,
soweit sie im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet sind.
- Leistungen des Logopäden,
soweit die Vergütungen im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet sind. Als üblich gelten Vergütungen bis zu den vom Bundesminister des Innern festgesetzten beihilfefähigen Höchstbeträgen.³

² Das sind die Sätze, die von Ärzten ohne nähere Begründung oder ohne eine von der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abweichende Vereinbarung nicht überschritten werden dürfen. Eine Kurzfassung der GOÄ erhalten Sie kostenlos auf Anforderung.

³ Ein Verzeichnis der erstattungsfähigen Leistungen und Höchstbeträge erhalten Sie kostenlos auf Anforderung.

- Hilfsmittel
(siehe § 4 Abs. 3.3 AVB - ausgenommen Brillenfassungen).
- Brillenfassungen
abweichend von § 4 Abs. 3.3 AVB sind erstattungsfähig
- ab 15. Lebensjahr einmal innerhalb von drei Jahren - bis zu 102,26 EUR.
- Rückführung aus dem Ausland
Mehrkosten des medizinisch notwendigen Rücktransports wegen Krankheit oder Unfallfolgen an den Heimatwohnsitz oder in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus.
- Todesfall im Ausland
Überführung an den Heimatwohnsitz aus dem
europäischen Ausland bis zu 5 112,92 EUR,
außereuropäischen Ausland bis zu 10 225,84 EUR,
Beisetzung im Ausland bis zu 5 112,92 EUR.

2.2 **Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100% ersetzt, soweit sie eine vorgesehene Selbstbeteiligung übersteigen.**

2.3 **Selbstbeteiligung je Kalenderjahr und versicherte Person**

	nach Tarif					
	AM 0	AM 1	AM 2	AM 3	AM 4	
ab dem 20. Lebensjahr						
Frauen	keine	510,00	780,00	1 280,00	2 400,00	EUR
Männer	keine	480,00	840,00	1 280,00	2 500,00	EUR
ab dem 15. bis zum 20. Lebensjahr	keine	420,00	700,00	1 080,00	2 100,00	EUR
bis zum 15. Lebensjahr	keine	210,00	350,00	540,00	1 050,00	EUR.

Die Aufwendungen werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Behandler in Anspruch genommen, die Arznei-, Verband- und Hilfsmittel bezogen worden sind.

Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar, wird die Selbstbeteiligung für das erste Kalenderjahr um jeweils 1/12 für jeden am vollen Kalenderjahr fehlenden Monat gemindert. Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, mindert sich die Selbstbeteiligung nicht.

Nach Vollendung des 14. bzw. 19. Lebensjahres gilt ab dem folgenden Kalenderjahr die jeweils höhere Selbstbeteiligung.

3. TARIFE ZM 1 BIS ZM 3

Zahnärztliche Heilbehandlung, Früherkennung

3.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- Zahnärztliche Leistungen einschließlich

gezielter Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, Zahnkronen, Zahnersatz (z.B. Prothesen, Brücken), funktionsanalytische, funktionstherapeutische und implantologische Leistungen, Kieferorthopädie,

soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte/Ärzte liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

Erstattungsfähig sind auch über den Höchstsätzen dieser Gebührenordnung liegende Aufwendungen, die durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwerisse begründet und nach den Bemessungskriterien der Gebührenordnung angemessen sind.

- Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, soweit sie im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet sind.
- Heil- und Kostenplan.

Wir empfehlen Ihnen, bei den oben einzeln genannten zahnärztlichen Leistungen (die Vorsorgeuntersuchung ausgenommen) vor der eigentlichen Behandlung einen Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorzulegen. Sie erhalten dann eine Mitteilung über die Versicherungsleistung.

3.2 Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden ersetzt:

		nach Tarif		
		ZM 1	ZM 2	ZM 3
bei	Zahnkronen, Zahnersatz, funktionsanalytischen, funktionstherapeutischen und implantologischen Leistungen	zu 50 %	75 %	75 %
bei	Kieferorthopädie	zu 50 %	50 %	75 %
bei	sonstigen zahnärztlichen Leistungen	zu 50 %	75 %	100 %
bei	zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien	Erstattungsprozentsatz wie bei der zugrundeliegenden zahnärztlichen Leistung.		

Als Zahnersatz gelten auch die vorbereitenden Maßnahmen.

3.3 Der Tarif ZM kann nur in Verbindung mit Tarifen für ambulante und stationäre Heilbehandlung vereinbart werden. Fällt während der Versicherungsdauer einer dieser Tarife fort, endet damit auch die Versicherung nach ZM.

4. TARIFE SM 6 UND SM 7

Stationäre Heilbehandlung, Entbindung

4.1 Erstattungsfähig sind

nach **Tarif SM 6** Aufwendungen für:

- Allgemeine Krankenhausleistungen.
- Unterkunftszuschlag Zwei- oder Einbettzimmer.
- Neben dem Unterkunftszuschlag berechenbarer Zuschlag für Verpflegung, Sanitärzelle, Telefonanschluss, Radio- und Fernsehgerät.

- Wahlärztliche⁴ und belegärztliche⁵ Leistungen,
soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.
Erstattungsfähig sind auch über den Höchstsätzen dieser Gebührenordnung liegende Aufwendungen, die durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwernisse begründet und nach den Bemessungskriterien der Gebührenordnung angemessen sind.
- Leistungen der Beleghebamme / des Belegentbindungspflegers,
soweit die Gebühren im Rahmen der dafür geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung liegen.
- Transport - jeweils bis 100 km - im Krankenwagen zum und vom Krankenhaus,
im Rettungshubschrauber zum Krankenhaus.

nach **Tarif SM 7** Aufwendungen für:

- Allgemeine Krankenhausleistungen.
- Wahlärztliche⁴ und belegärztliche⁵ Leistungen,
soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.
Erstattungsfähig sind auch über den Höchstsätzen dieser Gebührenordnung liegende Aufwendungen, die durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwernisse begründet und nach den Bemessungskriterien der Gebührenordnung angemessen sind.
- Leistungen der Beleghebamme / des Belegentbindungspflegers,
soweit die Gebühren im Rahmen der dafür geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung liegen.
- Transport - jeweils bis 100 km - im Krankenwagen zum und vom Krankenhaus,
im Rettungshubschrauber zum Krankenhaus.

4.2 Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100% ersetzt.

Nach SM 7 ist jedoch die Erstattung für wahlärztliche und belegärztliche Leistungen bei Inanspruchnahme gesondert berechenbarer Unterkunft im Zwei- oder Einbettzimmer auf

40%

begrenzt; der Unterkunftszuschlag ist nicht erstattungsfähig.

4.3 Wird gesondert berechenbare Unterkunft nicht in Anspruch genommen, zahlt die DKV nach SM 6 bei stationärer - nicht bei teilstationärer - Heilbehandlung oder Entbindung neben dem Ersatz der erstattungsfähigen Aufwendungen ein Krankenhaustagegeld von

15,34 EUR.

4.4 Ambulante Entbindung

Ohne Kostennachweis wird eine Pauschale von

766,94 EUR

bei Tarif SM 6,

511,29 EUR

bei Tarif SM 7,

gezahlt.

⁴ gesondert berechenbare Behandlung durch leitende Krankenhausärzte

⁵ Belegärzte sind nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte, die Patienten unter Inanspruchnahme der Einrichtungen des Krankenhauses stationär behandeln.

5. Beitragsentlastung

5.1 Gegenstand der Vereinbarung

- Ab Beginn des Monats, der bei Vereinbarung auf die Vollendung des
"Beitragsentlastung V 65" 65. Lebensjahres
"Beitragsentlastung V 70" 70. Lebensjahres
"Beitragsentlastung V 75" 75. 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 kann nur bis zur Vollendung des
"Beitragsentlastung V 65" 59. Lebensjahres
"Beitragsentlastung V 70" 64. Lebensjahres
"Beitragsentlastung V 75" 69. Lebensjahres
getroffen werden.

5.2 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. 5.2 Abs. 1 aktuellen Beitrag für die Krankheitskostenversicherung kann
bei Vereinbarung nur bis zur Vollendung des
"Beitragsentlastung V 65" 59. Lebensjahres
"Beitragsentlastung V 70" 64. Lebensjahres
"Beitragsentlastung V 75" 69. Lebensjahres
beantragt werden.
- 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.

5.3 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.: AM 0 ZM 3 SM 6 V 65 / 300 EUR oder
AM 0 ZM 3 SM 6 V 65 / 200 EUR V 70 / 100 EUR.

5.4 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.

5.5 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 Tarifeil bzw. in den jeweiligen Tarifeilen 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. Dabei kann eine sofortige Anrechnung oder eine Anrechnung zum Ablauf der vereinbarten Laufzeit gewählt werden.
- Für Versicherte, deren für die Beitragsentlastungsvereinbarung zugrunde liegende Krankheitskostenversicherung vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat und für die die Mitgabe des Übertragungswertes nach § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG nicht vorgesehen ist, gilt:

Endet mit der Vereinbarung "Beitragsentlastung" auch die Krankheitskostenversicherung nach Nr. 5.5 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.

Für Versicherte, deren für die Beitragsentlastungsvereinbarung zugrunde liegende Krankheitskostenversicherung ab dem 1. Januar 2009 begonnen hat und für die die Mitgabe des Übertragungswertes nach § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG vorgesehen ist, gilt:

Endet mit der Vereinbarung „Beitragsentlastung“ auch die Krankheitskostenversicherung nach Nr. 5.5 Abs. 1, und besteht dann für die versicherte Person keine andere Krankheitskostenversicherung mehr bei der DKV, gelten die Regelungen zu § 13 Abs. 8 AVB entsprechend.

Wird eine Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig und hat die Vereinbarung "Beitragsentlastung" 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.

Leistungen des Versicherungsnehmers

6. Monatliche Beitragsraten

- 6.1 Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.
- 6.2 Die Berechnung des Eintrittsalters richtet sich nach § 8 Abs. 2.1 AVB.
- 6.3 Für die versicherte Person, die das 14. bzw. das 19. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Das gilt nicht bei Beiträgen für die "Beitragsentlastung", weil diese Entlastung frühestens mit 20 Jahren vereinbart werden kann.
- 6.4 Der Beitrag für die "Beitragsentlastung" ist auch nach Vollendung des 65. Lebensjahres zu zahlen, und zwar bis zur Beendigung der Krankheitskostenversicherung.

Gerne geben wir bei Fragen ausführliche Auskunft:
 Kundenservice Center 0 18 01/358 100 (3,9 ct/Min.*)
 (*aus dem deutschen Festnetz, abweichende Kosten aus Mobilfunknetzen möglich)

Wichtige Informationen zu Tarif SM 7

Zur Absicherung gegen Kosten **stationärer Heilbehandlung im Krankenhaus** haben Sie sich für Tarif SM 7 entschieden. Beiliegende Allgemeine Versicherungsbedingungen nennen Ihnen Tarifleistungen und Leistungsvoraussetzungen. Hier sei nur kurz zusätzlich erläutert, welche Krankenhauskosten und welche Kosten ärztlicher Leistungen nach diesem Tarif erstattet werden - und welche nicht:

1. Ihnen reichen die **allgemeinen Krankenhausleistungen** aus; Sie legen keinen Wert auf eine besondere Unterkunftsart (sonst hätten Sie ja einen unserer anderen Tarife ausgesucht).

Allgemeine Krankenhausleistungen werden im Mehrbettzimmer, teilweise auch im Zweibettzimmer angeboten. Diese Standardleistungen schließen die ärztlichen Leistungen ein - Ausnahme: belegärztliche Leistungen (Belegärzte sind Ärzte, die - obwohl nicht am Krankenhaus angestellt - zur stationären Behandlung ihrer Patienten Einrichtungen des Krankenhauses benutzen).

Ihre Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen erstattet die DKV zu 100 %.

2. Behandelt Sie im Krankenhaus ein **Belegarzt**, darf er Ihnen seine Leistungen berechnen. Nehmen Sie im Übrigen nur die allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch, gilt:

Ihre Aufwendungen für die Leistungen des Belegarztes erstattet die DKV zu 100 %*.

3. Viele Krankenhäuser bieten neben den allgemeinen Krankenhausleistungen (siehe Nr. 1) so genannte

wahlärztliche Leistungen (gesondert berechenbare Behandlung durch leitende Krankenhausärzte) an.

Aufwendungen für diese wahlärztlichen Leistungen erstattet die DKV ebenfalls zu 100 %* -

allerdings nur dann, wenn Sie im Übrigen lediglich die allgemeinen Krankenhausleistungen, also keine gesondert berechenbare Unterkunft im Zwei- oder Einbettzimmer ("Komfortunterkunft"), in Anspruch nehmen.

4. Wählen Sie im **Ausnahmefall** dennoch gesondert berechenbare Unterkunft im Zwei- oder Einbettzimmer und Leistungen des leitenden Krankenhausarztes bzw. des Belegarztes, werden Aufwendungen
 - für die allgemeinen Krankenhausleistungen zu 100 %,
 - für die ärztlichen Leistungen **aber nur zu 40 %** erstattet.

Ihnen verbleiben dann beträchtliche Eigenbeteiligungen:

- beim Unterkunftszuschlag 100 %,
- bei den Aufwendungen für die ärztlichen Leistungen 60 %.

Gerne geben wir bei Fragen ausführliche Auskunft:
Kundenservice Center 0 18 01/358 100 (3,9 ct/Min.*)
(*aus dem deutschen Festnetz, abweichende Kosten aus Mobilfunknetzen möglich)

Bitte nehmen Sie dieses Informationsblatt zu Ihren Versicherungsunterlagen.

* sofern die in Tarif SM 7 zur Gebührenordnung für Ärzte genannten Voraussetzungen erfüllt sind

Wichtige Informationen zu den Serviceleistungen des Tarifs GST und der M-Tarife

Sie haben sich für ein Produkt entschieden, in dem Angebote des Gesundheitsmanagements der DKV integriert sind. Abrufen können Sie die vielfältigen Angebote über unsere Experten des DKV-Gesundheitstelefon. Dort werden Sie beraten und erhalten Informationen zu Erkrankungen, Behandlungsmethoden, medizinischen Einrichtungen und Behandlern in Ihrer Nähe.

Bevor wir Ihnen dazu weitere detaillierte Hinweise und Erläuterungen geben, möchten wir Sie auch auf die allgemeinen Serviceleistungen unseres DKV-Kunden-Centers hinweisen. Hier beantworten Ihnen Experten u. a. Fragen zu Ihrem Versicherungsvertrag, zu Ihrer Leistungsabrechnung, zu Ihrer DKV-Card und zu allgemeinen Themen.

Bei Fragen rund um die Gesundheit werden Sie von dort direkt zum Gesundheitstelefon weitergeleitet.

Unter der Telefonnummer

0 18 01 / 358 100 (3,9 ct/Min.*)

(*aus dem deutschen Festnetz, abweichende Kosten aus Mobilfunknetzen möglich)

sind wir jeden Tag und rund um die Uhr - auch an Sonn- und Feiertagen - für Sie erreichbar.

Wenn Sie bei Auslandsreisen u. a. ärztliche Betreuung benötigen und Ihre Angehörigen schnell darüber informieren möchten, unterstützen Sie unsere Experten ebenfalls dabei. Aus dem Ausland erreichen Sie unseren 24-Stunden-Notruf-Service unter der Telefonnummer

00 49 18 01 / 358 100

Das Serviceangebot unseres DKV-Gesundheitstelefon umfasst bezogen auf ambulante Heilbehandlung u. a. folgende Leistungen:

- Unsere Experten des DKV-Gesundheitstelefon nennen Ihnen medizinisch sinnvolle Vorsorgeuntersuchungen. Auch ab welchem Alter und wie oft eine Vorsorgeuntersuchung - z.B. auf Brustkrebs - sinnvoll ist, erfahren Sie bei uns.
- Sollte sich bei einer Vorsorgeuntersuchung ein sog. "positiver" Befund, d.h. Verdacht auf eine Erkrankung ergeben, helfen wir Ihnen weiter. Die Experten des DKV-Gesundheitstelefon nennen Ihnen erforderliche weitere Untersuchungen zur Klärung des Befundes, Adressen von qualifizierten ambulanten und stationären Einrichtungen. Wir helfen auch bei Terminvereinbarungen.
- Viele Ärzte haben einen Schwerpunkt in ihrer Behandlung. Gerne helfen wir Ihnen bei der Suche z.B. nach einem Orthopäden, der auch Fußchirurgie ist oder ambulante Knieoperationen durchführt.

Haben Sie Diabetes und suchen einen Hausarzt mit diesem Spezialgebiet? Wir nennen Ihnen Adressen von qualitätsgeprüften ambulanten Diabeteseinrichtungen (sog. Schwerpunktpraxen), die Fußambulanzen in Deutschland und alle Behandlungseinrichtungen für Kinder mit Diabetes. Auch Adressen von Selbsthilfegruppen erfahren Sie über unser DKV-Gesundheitstelefon.

- Versuchen Sie verzweifelt Ihr Gewicht zu reduzieren? Eine Diätexpertin gibt Ihnen am DKV-Gesundheitstelefon persönliche Ernährungsempfehlungen und motiviert Sie, Ihr Gewicht erfolgreich zu verringern.
- Wenn Sie Fragen zur körperlichen und geistigen Entwicklung Ihres Kindes haben, beraten Sie die Experten des DKV-Gesundheitstelefon ausführlich. Sollten die Kindervorsorge-Untersuchungen einen auffälligen Befund ergeben, kann das Einholen einer sog. "Zweitmeinung", d.h. die Beurteilung durch einen zweiten Arzt, nützlich sein. Hier helfen wir Ihnen jederzeit weiter.
- Haben Sie Fragen zu Schutzimpfungen, rufen Sie uns an. Wir verfügen über die aktuellsten Daten verschiedener Tropenberatungsstellen und reisemedizinischer Informationsdienste. Wir können Ihnen die Impfempfehlungen des jeweiligen Reisezieles nennen und auf die speziellen Gesundheitsrisiken hinweisen. Unsere Informationen zu den Impfempfehlungen sind für Sie kostenlos, bitte beachten Sie aber, dass Reiseimpfungen nur unter bestimmten Voraussetzungen unter Versicherungsschutz stehen. Wenn Sie weitere Informationen zu Ihrem Urlaubsort wünschen, wie z.B. Krankenhäuser oder deutschsprachige Ärzte, besorgen wir die Adressen. Wir teilen Ihnen auch gerne die Anschriften der jeweiligen Botschaft und / oder Konsulate mit.
- Leben Sie alleine, hatten einen Unfall und sind auf häusliche Behandlungspflege angewiesen? In diesem Fall kommen DKV-Mitarbeiter bei Bedarf zu Ihnen nach Hause und helfen Ihnen weiter.
- Sind Sie schwanger oder planen Sie eine Schwangerschaft? Wenn Sie Fragen zur Schwangerschaft und Entbindung haben, rufen Sie uns an. Wir helfen Ihnen bei der Organisation einer ambulanten Entbindung oder informieren Sie über die Ausstattung der von Ihnen gewählten Entbindungsklinik. Auch bei Fragen zum Stillen helfen wir weiter. Darüber hinaus geben wir Ihnen Literaturempfehlungen zu Schwangerschaft und Geburt.
- Wenn Sie einen Heilpraktiker aufsuchen, lassen Sie sich von ihm über seine Untersuchungsmethoden und die ggf. alternativen Behandlungsverfahren aufklären. Wir übernehmen alle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die grundsätzlich geeignet sind, die jeweilige Krankheit gezielt zu erkennen, zu heilen oder zu lindern. Viele alternative Heilmethoden erfüllen aber nicht die Forderung, einen qualifizierten Behandlungserfolg herbeizuführen. In Ihrem gesundheitlichen Interesse können wir solche Behandlungsmethoden nicht empfehlen und hierfür auch keine Kosten übernehmen. Bei Fragen zu alternativen Therapien rufen Sie uns an, wir beraten Sie gerne.
- Wer berät Sie im Falle eines Falles in der Beschaffung eines notwendigen Hilfsmittels (z.B. eines Rollstuhls)? Unsere Kooperationen mit hierauf spezialisierten Dienstleistungsunternehmen besorgen

Ihnen das benötigte Hilfsmittel innerhalb von 24 – 48 Stunden. Benötigen Sie z.B. irgendwann einmal ein kompliziertes Gerät wie beispielsweise ein Atemtherapiegerät bei einer Atemstörung, wird Ihnen die Einstellung und Handhabung des Gerätes in enger Abstimmung mit Ihrem Hausarzt ausführlich erklärt. Bei Problemen bieten die Kooperationsfirmen einen 24-Stunden-Notdienst an.

- Ihre Rechnungen können Sie - vor Bezahlung - kostenlos bei uns überprüfen lassen. Wir stellen fest, ob die Rechnung gebührenrechtlich und rechnerisch richtig ist und ob sie inhaltlich nachvollziehbar ist. Schicken Sie uns in diesem Fall Ihre Rechnung mit einem Vermerk zu. Sie wird von unseren Spezialisten möglichst innerhalb einer Woche geprüft. Auf Ihren Wunsch setzen wir uns auch direkt mit Ihrem Arzt in Verbindung, um eine Korrektur der Rechnung zu erzielen.

Die Serviceangebote der DKV bezogen auf zahnärztliche Behandlung umfassen u.a. folgende Leistungen:

- Wir beraten Sie telefonisch über Füllungen, Kronen, Brücken und Zahnimplantate.
- Wenn Sie Fragen zum Heil- und Kostenplan haben, rufen Sie uns an oder schicken Sie uns den Heil- und Kostenplan.
- Suchen Sie einen neuen Zahnarzt? Wünschen Sie für Ihre Kinder einen Zahnarzt, der sehr viel Erfahrung bei der Zahnbehandlung von Kindern besitzt? Auch in diesem Fall helfen unsere Mitarbeiter weiter.
- Ihre Zahnarztrechnung können Sie - vor Bezahlung - kostenlos bei uns überprüfen lassen. Wir stellen fest, ob die Rechnung gebührenrechtlich und rechnerisch richtig ist und ob sie inhaltlich nachvollziehbar ist. Schicken Sie uns Ihre Rechnung mit einem Vermerk zu. Sie wird von unseren Experten möglichst innerhalb einer Woche geprüft. Auf Ihren Wunsch setzen wir uns auch direkt mit Ihrem Zahnarzt in Verbindung, um eine Korrektur der Rechnung zu erzielen.

Wenn Sie eine stationäre Behandlung benötigen, bietet Ihnen das DKV-Gesundheitsmanagement ein umfassendes Beratungs- und Betreuungsangebot an:

- Sie erhalten Informationen über Krankheitsbilder, Diagnose- und Behandlungsmethoden. Die Experten des DKV-Gesundheitstelefon helfen Ihnen gerne weiter und vermitteln Ihnen das nötige Hintergrundwissen.
- Wir nennen Ihnen Adressen von Krankenhäusern und Spezialkliniken in Ihrem Umkreis oder innerhalb Deutschlands. Wir informieren Sie auch über qualitätsgeprüfte Kliniken, mit denen die DKV besondere Kooperationsvereinbarungen geschlossen hat, um eine optimale Versorgung des Kunden sicherzustellen.
- Wenn eine schwierige Entscheidung z.B. über eine Operation ansteht und Sie einen zusätzlichen ärztlichen Rat einholen wollen, erhalten Sie über unser DKV-Gesundheitstelefon Adressen von kompetenten Fachärzten. Auf Wunsch organisieren wir für Sie einen Termin zur Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung.
- Die DKV ist auch bei einem Klinikaufenthalt für Sie da. Auf Wunsch organisieren wir die notwendige Nachversorgung für Sie (z.B. Hilfsmittel, Rehabilitationsmaßnahmen, häusliche oder stationäre Pflege). Wir möchten dadurch einen nahtlosen, reibungslosen Übergang zwischen der Akutbehandlung im Krankenhaus und der Anschlussversorgung gewährleisten.

Weitere allgemeine Informationen zu unseren Angeboten finden Sie im Internet unter

www.dkv.com

Bitte nehmen Sie dieses Informationsblatt zu Ihren Versicherungsunterlagen.