

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

DKV - TARIFE 80

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 DKV ¹

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. TARIF AD 1

Ambulante Heilbehandlung, Früherkennung, Entbindung

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.
- 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 Regelhöchstsätzen² 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
- 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 76,69 EUR.

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.

2.2 **Die erstattungsfähigen Aufwendungen je Kalenderjahr und versicherte Person werden ersetzt:**

zu	80 %	Selbstbeteiligung	20 %,
zu	100 %	höchstens jedoch	306,78 EUR,
		nach Überschreitung des Höchstbetrags der Selbstbeteiligung.	

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 der Höchstbetrag der 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.

3. **TARIFE ZD 1 und ZD 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.
- 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	
		ZD 1	ZD 3
bei	Zahnkronen, Zahnersatz, funktionsanalytischen, funktionstherapeutischen und implantologischen Leistungen	zu 50 %	85 %
bei	Kieferorthopädie	zu 50 %	85 %
bei	sonstigen zahnärztlichen Leistungen	zu 100 %	100 %
bei	zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien	Erstattungsprozentsatz wie bei der zugrunde liegenden zahnärztlichen Leistung.	

Als Zahnersatz gelten auch die vorbereitenden Maßnahmen.

3.3 Der Tarif ZD 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 ZD.

4. **TARIFE SD 2 und SD 3**

Stationäre Heilbehandlung, Entbindung

4.1 **Erstattungsfähig** sind

nach **Tarif SD 2** Aufwendungen für:

- Allgemeine Krankenhausleistungen.

- Unterkunftszuschlag Zweibettzimmer⁴.
- Neben dem Unterkunftszuschlag berechenbarer Zuschlag für Verpflegung, Sanitärzelle, Telefonanschluss, Radio- und Fernsehgerät.
- Wahlärztliche⁵ und belegärztliche⁶ Leistungen, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.
- 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 SD 3** Aufwendungen für:

- Allgemeine Krankenhausleistungen.
- Belegärztliche⁶ (nicht wahlärztliche⁵) Leistungen, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.
- 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 SD 3 ist jedoch die Erstattung für 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 SD 2 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

613,55 EUR
511,29 EUR

bei Tarif SD 2,
bei Tarif SD 3

gezahlt.

⁴ 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.

⁵ gesondert berechenbare Behandlung durch leitende Krankenhausärzte

⁶ 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. Lebensjahresder 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. Lebensjahresgetroffen 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. Lebensjahresbeantragt 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.: AD 1 ZD 3 SD 2 V 65 / 300 EUR oder
AD 1 ZD 3 SD 2 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 SD 3

Zur Absicherung gegen Kosten **stationärer Heilbehandlung im Krankenhaus** haben Sie sich für Tarif SD 3 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 wahlärztliche Leistungen werden nach Tarif SD 3 nicht erstattet.

4. Wählen Sie **im Ausnahmefall** dennoch gesondert berechenbare Unterkunft im Zwei- oder Einbettzimmer und Leistungen des Belegarztes bzw. des leitenden Krankenhausarztes, werden Aufwendungen

- für die allgemeinen Krankenhausleistungen zu 100 %,
- für die belegärztlichen Leistungen **nur zu 40 %**,
- für die wahlärztlichen Leistungen überhaupt nicht erstattet.

Ihnen verbleiben dann beträchtliche Eigenbeteiligungen:

- beim Unterkunftszuschlag 100 %,
- bei Aufwendungen für belegärztliche Leistungen 60 %,
- bei Aufwendungen für wahlärztliche Leistungen 100 %.

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 SD 3 zur Gebührenordnung für Ärzte genannten Voraussetzungen erfüllt sind