

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

TARIF BSK

FÜR VERSICHERTE MIT WOHNSTZITZ IN DEN NEUEN BUNDESLÄNDERN SOWIE
DEM OSTTEIL BERLINS

KRANKHEITSKOSTENTARIF
FÜR AMBULANTE, STATIONÄRE UND ZAHNÄRZTLICHE HEILBEHANDLUNG

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

L e i s t u n g e n d e r D K V

-
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.

2. 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 Regelhöchstsätze¹ 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), soweit die Vergütungen im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet sind.
- Häusliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung durch Pflegefachkräfte, wenn durch die häusliche Krankenpflege stationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird. Die Pflege muss ärztlich verordnet sein. Erstattungsfähig sind die Vergütungen, die in der Pflegepflichtversicherung mit Leistungserbringern vereinbart sind.
- 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, des Physiotherapeuten, soweit die Vergütungen im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet sind.
- Leistungen des Logopäden, bis zu den Regelhöchstsätzen¹ der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte.
- Hilfsmittel (siehe § 4 Abs. 3.3 AVB - ausgenommen Sehhilfen einschließlich Brillenfassungen).
- Sehhilfen (einschließlich Brillenfassungen) abweichend von § 4 Abs. 3.3 AVB innerhalb von zwei Kalenderjahren bis zu einem Höchstsatz von insgesamt 102,26 EUR.

2.2 Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- Leistungen des Heilpraktikers

¹ Das sind der 2,3fache Satz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ der 1,8fache Satz, bei Leistungen nach Abschnitt M der GOÄ der 1,15fache Satz. Eine Kurzfassung der GOÄ erhalten Sie kostenlos auf Anforderung.

2.3 Die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus Nr. 2.1 ergeben, werden zu 100% ersetzt,

bei Aufwendungen für

- Arznei- und Verbandmittel,
- Leistungen des Masseurs, des Masseurs und medizinischen Bademeisters, des Krankengymnasten, des Physiotherapeuten,
- Leistungen des Logopäden,
- Hilfsmittel (ausgenommen Sehhilfen einschließlich Brillenfassungen)

abzüglich des nach Nr. 2.4 vorgesehenen Selbstbehaltes.

2.4 Der vorgesehene Selbstbehalt beträgt je Kalenderjahr und versicherte Person

ab dem 21. Lebensjahr 153,39 EUR,
bis zum 21. Lebensjahr 76,69 EUR.

Nach Vollendung des 20. Lebensjahres gilt ab folgendem Kalenderjahr der höhere Selbstbehalt.

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

3. Zahnärztliche Heilbehandlung, Früherkennung

3.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- Zahnärztliche Leistungen einschließlich gezielter Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, Einlagefüllungen, Zahnkronen, Zahnersatz (zum Beispiel Brücken, Prothesen) mit vorbereitenden Maßnahmen, funktionsanalytischer, funktionstherapeutischer Leistungen, implantologischer Leistungen, kieferorthopädischer Leistungen mit vorbereitenden Maßnahmen, Erstellen eines Heil- und Kostenplanes, soweit die Gebühren im Rahmen der Regelhöchstsätze² der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte bzw. Ärzte liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.
- Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, soweit die dafür in Rechnung gestellten Beträge im Rahmen der in Deutschland üblichen³ Preise berechnet sind.

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, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus Nr. 3.1 ergeben, werden ersetzt:

| | | | |
|-----|--|----|--------|
| bei | Zahnersatz (zum Beispiel Brücken, Prothesen) einschließlich der vorbereitenden Maßnahmen | zu | 70 %, |
| bei | kieferorthopädischen Leistungen einschließlich der vorbereitenden Maßnahmen | zu | 75 %, |
| bei | sonstigen zahnärztlichen Leistungen | zu | 100 %, |
| bei | zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien | zu | 70 %. |

² Das sind der 2,3fache Satz der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ), bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ der 1,8fache Satz, bei Leistungen nach Abschnitt M der GOÄ der 1,15fache Satz. Eine Kurzfassung der GOZ bzw. GOÄ erhalten Sie kostenlos auf Anforderung.

³ Sind zwischen den Innungsverbänden der Zahntechniker und den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen Höchstpreise vereinbart, gelten diese als üblich.

4. Stationäre Heilbehandlung, Entbindung

4.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- Allgemeine Krankenhausleistungen.
- Wahlärztliche⁴ und belegärztliche⁵ Leistungen, soweit die Gebühren im Rahmen der Regelhöchstsätze⁶ 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 Krankenhaus, im Rettungshubschrauber zum Krankenhaus.

4.2 Die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus Nr. 4.1 ergeben, werden zu 100 % ersetzt.

4.3 Krankenhaustagegeld

Werden wahl- oder belegärztliche Leistungen nicht in Anspruch genommen, zahlt die DKV bei vollstationärer - nicht bei teil-, vor- oder nachstationärer - Heilbehandlung oder Entbindung ein Krankenhaustagegeld von

5,11 EUR.

4.4 Ambulante Entbindung

Ohne Kostennachweis wird eine Pauschale von 153,39 EUR je Kind gezahlt.

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.

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.

⁶ Das sind der 2,3fache Satz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ der 1,8fache Satz, bei Leistungen nach Nr. 437 und Abschnitt M der GOÄ der 1,15fache Satz. Eine Kurzfassung der GOÄ erhalten Sie kostenlos auf Anforderung.

- 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 dem vereinbarten Tarif der Krankheitskostenversicherung das Alter, nach dessen Vollendung die Beitragsentlastung wirksam wird, und der vereinbarte Entlastungsbetrag angegeben,

z.B.: BSK V 65 / 150 EUR oder
BSK V 65 / 100 EUR V 70 / 50 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 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 weiterbestehenden 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 weiterbestehenden 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.

S o n s t i g e s

7. **Aufnahmefähigkeit**

Aufnahmefähig sind Personen, die ihren Wohnsitz im Gebiet der ehemaligen DDR einschließlich Berlin (Ost) haben.

8. **Meldung einer Krankenhausbehandlung**

Abweichend von § 9 Abs. 1 AVB verzichtet die DKV auf die Meldung der Krankenhausbehandlung.
§ 4 Abs. 5 AVB bleibt unberührt.

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)