

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Teil III

TARIF SW

STATIONÄRE ERGÄNZUNGSVERSICHERUNG

- WAHLLLEISTUNGEN –

Dieser Tarif gilt nur in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, Teil I: Musterbedingungen (MB/KK 2009) und Teil II: Tarifbedingungen (in einem gesonderten Druckstück B 270).

V e r s i c h e r u n g s l e i s t u n g e n

1. **Tarifstufe SW 2**

Kostenersatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für:

- Gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Zweibettzimmer. Wird keine gesonderte Unterbringung und Verpflegung berechnet, so wird ein Krankenhaustagegeld von 25 EUR gezahlt.
- Gesondert berechnete privatärztliche Behandlung gemäß § 4 Abs. 4.4 der AVB sowie Leistungen durch Hebamme und Entbindungspfleger. Wird keine gesonderte Leistung berechnet, so wird ein Krankenhaustagegeld von 50 EUR gezahlt.
- Ersatzweise eine Pauschalleistung von 200 EUR bei ambulanter Entbindung.
- Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson bei Kindern bis zum vollendeten 8. Lebensjahr aus der Versicherung des Kindes, sofern auch die Begleitperson nach einem Krankheitskostentarif des Versicherers versichert ist.

2. **Tarifstufe SW 1**

Kostenersatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für:

- Gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Einbettzimmer. Werden anstelle der Unterbringung und Verpflegung im Einbettzimmer die Unterbringung und Verpflegung im Zweibettzimmer gesondert berechnet, so wird ein Krankenhaustagegeld von 25 EUR gezahlt.
Wird keine gesonderte Unterbringung und Verpflegung berechnet, so wird ein Krankenhaustagegeld von 50 EUR gezahlt.
- Gesondert berechnete privatärztliche Behandlung gemäß § 4 Abs. 4.4 der AVB sowie Leistungen durch Hebamme und Entbindungspfleger. Wird keine gesonderte Leistung berechnet, so wird ein Krankenhaustagegeld von 50 EUR gezahlt.
- Ersatzweise eine Pauschalleistung von 270 EUR bei ambulanter Entbindung.
- Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson bei Kindern bis zum vollendeten 8. Lebensjahr aus der Versicherung des Kindes, sofern auch die Begleitperson nach einem Krankheitskostentarif des Versicherers versichert ist.

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)

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

ERGÄNZUNGSTARIFE AM 9 UND SM 9

FÜR GKV-VERSICHERTE

- AM 9:
- FRÜHERKENNUNG VON KRANKHEITEN
 - AMBULANTE UND ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNG
 - ENTBINDUNG
- SM 9:
- STATIONÄRE BEHANDLUNG
 - ENTBINDUNG

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.

L e i s t u n g e n d e r D K V ¹

1. TARIF AM 9

1.1 Ambulante Heilbehandlung², Früherkennung, Entbindung

1.1.1 **Erstattungsfähig** sind nach vorheriger Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) 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.

¹ Erstattungssätze: siehe 1.1.2, 1.2.2, 2.1.2 bzw. 4.3

² Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel sind nicht erstattungsfähig.

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.

- 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).
- Leistungen des Heilpraktikers³
bis zu den Regelhöchstsätzen⁴ der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte.
- 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.⁵
- Hilfsmittel
(siehe § 4 Abs. 3.3 AVB).

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen gehören auch die gemäß § 13 Abs. 2 Satz 9 Sozialgesetzbuch V (SGB V) in Abzug gebrachten Abschläge für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen, nicht jedoch die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen gemäß SGB V sowie Aufwendungen, die auf einem mit der GKV gemäß § 53 SGB V vereinbarten Selbstbehalt beruhen.

1.1.2	Die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu	100 % ,
	die erstattungsfähigen Aufwendungen für Sehhilfen einschließlich Brillenfassungen, sofern kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht, zu	70 % ,
	die erstattungsfähigen Aufwendungen für Leistungen des Heilpraktikers zu	50 %

ersetzt.

1.2 Zahnärztliche Heilbehandlung⁶, Früherkennung

1.2.1 **Erstattungsfähig** sind nach vorheriger Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) 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.

³ Die GKV leistet bei Behandlung durch Heilpraktiker nicht.

⁴ 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.

⁵ Ein Verzeichnis der erstattungsfähigen Leistungen und Höchstbeträge erhalten Sie kostenlos auf Anforderung.

⁶ Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel sind nicht erstattungsfähig.

- 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 eine Kopie des für die GKV bestimmten Heil- und Kostenplans des Zahnarztes mit Angaben der GKV über ihre voraussichtliche Leistung vorzulegen. Sie erhalten dann eine Mitteilung über die Versicherungsleistung.

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen gehören auch die gemäß § 13 Abs. 2 Satz 9 Sozialgesetzbuch V (SGB V) in Abzug gebrachten Abschläge für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen, nicht jedoch die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen gemäß SGB V sowie Aufwendungen, die auf einem mit der GKV gemäß § 53 SGB V vereinbarten Selbstbehalt beruhen.

1.2.2 Die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu

**100 %, höchstens jedoch bis
50 % des Rechnungsbetrages,**

ersetzt.

2. TARIF SM 9

2.1 Stationäre Heilbehandlung, Entbindung

2.1.1 **Erstattungsfähig** sind nach vorheriger Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Aufwendungen für:

- Mehrkosten der Unterkunft Zwei- oder Einbettzimmer⁷.
- Neben dem Unterkunftszuschlag berechenbarer Zuschlag für Verpflegung, Sanitärzelle, Telefonanschluss, Radio- und Fernsehgerät.
- Wahlärztliche⁸ und belegärztliche⁹ 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.

2.1.2 **Die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100 % ersetzt.**

2.2. Ambulante Entbindung

Ohne Kostennachweis wird eine Pauschale von 511,29 EUR gezahlt.

2.3 Krankenhaustagegeld

Werden weder gesondert berechenbare Unterkunft noch wahl- oder belegärztliche Leistungen in Anspruch genommen, zahlt die DKV bei vollstationärer - nicht bei teil-, vor- oder nachstationärer - Heilbehandlung oder Entbindung ein Krankenhaustagegeld:

nach Vollendung des 14. Lebensjahres	25,56 EUR,
vorher	15,34 EUR.

⁷ Differenzbetrag zwischen den berechneten Kosten (für allgemeine Krankenhausleistungen sowie Unterkunftszuschlag für Zwei- oder Einbettzimmer) und der Pflichtleistung der GKV, ausgenommen die von der GKV verlangte Zuzahlung (häusliche Ersparnis Erwachsener).

⁸ gesondert berechenbare Behandlung durch leitende Krankenhausärzte

⁹ Belegärzte sind nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte, die Patienten unter Inanspruchnahme der Einrichtungen des Krankenhauses stationär behandeln.

Leistungen des Versicherungsnehmers

3. Monatliche Beitragsraten

- 3.1 Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.
- 3.2 Die Berechnung des Eintrittsalters richtet sich nach § 8 Abs. 2.1 AVB.
- 3.3 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.

Sonstiges

4. Vorrang der Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

- 4.1 In die Tarife AM 9 und SM 9 kann aufgenommen werden, wer in der GKV versichert ist.
- 4.2 Die DKV ist zur Leistung nach 1.1 (Ausnahme: Heilpraktiker), 1.2 und 2.1 nur verpflichtet, wenn zuvor die GKV ihre Leistung erbracht hat.
- 4.3 Endet die Versicherung bei der GKV oder lehnt die GKV während der Dauer der Versicherung nach AM 9 / SM 9 ihre Leistung ab, leistet die DKV, sofern sie nach den AVB verpflichtet ist:

nach Tarif	für	Erstattungsprozentsatz
■ AM 9	Aufwendungen nach 1.1 und 1.2	50 %
■ SM 9	Unterkunftszuschlag Zwei- oder Einbettzimmer, neben dem Unterkunftszuschlag berechenbarer Zuschlag für Verpflegung, Sanitärzelle, Telefonanschluss, Radio- und Fernsehgerät, Leistungen nach 2.2 und 2.3	100 %
	folgende Aufwendungen nach 2.1: wahlärztliche und belegärztliche Leistungen, Leistungen der Beleghebamme / des Belegentbindungspflegers, Transport - jeweils bis 100 km - im Krankenwagen zum und vom Krankenhaus, im Rettungshubschrauber zum Krankenhaus	60 %

- 4.4 Die Beendigung der GKV-Versicherung ist der DKV innerhalb von zwei Monaten nachzuweisen. Dabei kann der Versicherungsnehmer beantragen, die Versicherung in normale, für den Neuzugang geöffnete Krankheitskosten- und/oder Krankenhaustagegeldtarife umzustellen. Wird der Versicherungsschutz nicht erhöht oder erweitert, nimmt die DKV den Antrag ohne Risikoprüfung an.
- 4.5 Die Regelungen zu SM 9 in 2.1 bis 2.3 (Tarifleistungen) und 4.1 bis 4.4 (Vorrang der Leistung der GKV) gelten entsprechend, wenn ein den Leistungen der GKV vergleichbarer Versicherungsschutz für Krankenhausbehandlung besteht.

Wichtiger Hinweis zum Auslandsaufenthalt

In bestimmten Fällen leistet die gesetzliche Krankenversicherung nicht bei Behandlung im Ausland. Dann ist Ihr Versicherungsschutz nach den Tarifen AM 9 und/oder SM 9 eingeschränkt (vgl. 4.3).

Wir empfehlen Ihnen deshalb dringend, rechtzeitig vor Antritt der Auslandsreise Ihre Krankenkasse zu fragen bzw. gleich bei der DKV eine Auslandsreise-Krankenversicherung abzuschließen. Welcher Tarif für Sie der zweckmäßigste ist, sagt Ihnen unsere Geschäftsstelle oder die Hauptverwaltung in Köln.

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)