DKV Deutsche Krankenversicherung AG

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 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. 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 Krankenpflege,

  bei Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung bis zu den Beträgen, die für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung vereinbart sind.

  Voraussetzung ist eine Verordnung durch den Arzt. Für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung im Rahmen der Krankenhausvermeidungspflege muss außerdem gleichzeitig Versicherungsschutz für ambulante Heilbehandlung und allgemeine Krankenhausleistungen vereinbart sein.

  Wir ersetzen Aufwendungen für häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn
  - dadurch eine stationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird (Krankenhausvermeidungspflege),
  - eine ambulante Palliativversorgung erforderlich ist.

  Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Behandlungspflege, Grundpflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung.

  Ist die häusliche Krankenpflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich (Sicherungspflege), gilt: Wir ersetzen die Aufwendungen für Behandlungspflege wie Verband- oder Katheterwechsel durch geeignete Pflegekräfte.

  Zudem ersetzen wir in folgenden Fällen Aufwendungen für die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung (Unterstützungspflege):
  - Wegen schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit,
  - nach einem krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausaufenthalt,
  - nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausbehandlung.

  Voraussetzung ist, dass für die versicherte Person keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 vorliegt.

- Haushaltshilfe

  bis zu 15 Euro pro Stunde und 90 Euro pro Tag.

  Wir ersetzen Aufwendungen für ärztlich verordnete Haushaltshilfe. Dies setzt voraus, dass der versicherten Person die Weiterführung des Haushaltes aus folgenden Gründen nicht möglich ist:
  - Wegen schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit,
  - nach einem krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausaufenthalt,
  - nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausbehandlung.

  Außerdem kann keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen.

Der Anspruch für die Haushaltshilfe besteht längstens für vier Wochen. Weitere Voraussetzung ist, dass für die versicherte Person keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 vorliegt. Diese Voraussetzung gilt nicht, wenn im Haushalt ein Kind lebt. Dieses hat bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet oder ist behindert und auf Hilfe angewiesen. Zudem verlängert sich in diesen Fällen der Anspruch auf Haushaltshilfe auf längstens 26 Wochen.

Führen Verwandte und Verschwägerte bis zum zweiten Grad die Hilfe durch, gilt: Wir ersetzen die erforderlichen Fahrkosten (0,22 Euro pro Km) und einen etwaigen Verdienstausfall ebenfalls insgesamt bis zu 15 Euro pro Stunde und 90 Euro pro Tag.

- Kurzzeitpflege

  bis zu dem nach § 42 Abs. 2 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch festgelegten Höchstbetrag[2].

  Wir ersetzen bei Kurzzeitpflege nur die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und medizinische Behandlungspflege.

  Für den Leistungsanspruch müssen folgende Voraussetzungen gemeinsam erfüllt sein:
  - Die Leistungen der häuslichen Krankenpflege in Form der Unterstützungspflege nach Nr. 2.1 Punkt 3 reichen bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, nach einem krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausbehandlung nicht aus, um ein Verbleiben in der Häuslichkeit zu ermöglichen.
  - Die Kurzzeitpflege muss ärztlich verordnet sein.
  - Die Kurzzeitpflege muss in zugelassenen Einrichtungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch oder in anderen geeigneten Einrichtungen erbracht werden.
  - Es liegt keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 vor.

  Ein Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf 8 Wochen je Kalenderjahr begrenzt.

  Wir ersetzen nicht: Aufwendungen für die Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten.

- Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

  bis zu den Beträgen, die für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung vereinbart sind.

  Voraussetzung ist eine Verordnung durch den Arzt.

  Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch, die darauf abzielen, die Betreuung der versicherten Person in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen.

  Anspruchsberechtigt sind versicherte Personen mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung. Gleichzeitig muss die Lebenserwartung begrenzt sein. Weitere Voraussetzung ist, dass diese Personen eine besonders aufwändige Versorgung benötigen.

  Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung kann auch in stationären Pflegeeinrichtungen oder einer vergleichbaren geeigneten Einrichtung erbracht werden.

- Leistungen des Heilpraktikers

  nach dem jeweils gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) und soweit das Honorar im Rahmen der Beträge des GebüH liegt.

- 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, des Ergotherapeuten, des Podologen, des medizinischen Fußpflegers und ernährungstherapeutische Maßnahmen gemäß § 4 Abs. 3.2 c) AVB,

  soweit sie im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet sind.

- Leistungen des Logopäden und anderer Angehöriger der zur Durchführung von Stimm-, Sprech- und Sprachübungsbehandlungen staatlich anerkannten therapeutischen Berufe***,***

  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 102,26 Euro.

[2] Höchstbetrag 1.854 Euro (Stand: 1. Januar 2025)
[3] Ein Verzeichnis der erstattungsfähigen Leistungen und Höchstbeträge erhalten Sie kostenlos auf Anforderung.

- 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 Euro,
außereuropäischen Ausland	bis zu	10 225,84 Euro,
Beisetzung im Ausland	bis zu	5 112,92 Euro.

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	530,00	900,00	1700,00	2750,00	EUR
Männer	keine	510,00	900,00	1360,00	3200,00	EUR
ab dem 15. bis zum 20. Lebensjahr						
Frauen	keine	450,00	750,00	1150,00	2500,00	EUR
Männer	keine	450,00	750,00	1150,00	2500,00	EUR
bis zum 15. Lebensjahr	keine	225,00	375,00	575,00	1250,00	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 Selbstbeteiligung der nächsthöheren Altersgruppe.

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,
  Individual-Prophylaxe einschließlich professioneller Zahnreinigung (PZR),
  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 Erschwernisse 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.
- Wahlärztliche[4] und belegärztliche[5] 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.
- Wahlärztliche[6] und belegärztliche[7] 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] 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] Siehe Fußnote 4
[7] Siehe Fußnote 5

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 Euro.

4.4 Ambulante Entbindung

Ohne Kostennachweis wird eine Pauschale von

766,94 Euro	bei Tarif SM 6,
511,29 Euro	bei Tarif SM 7,

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 Euro 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 Euro oder
AM 0 ZM 3 SM 6 V 65 / 200 Euro V 70 / 100 Euro.

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 Tarifteil bzw. in den jeweiligen Tarifteilen 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 § 146 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 § 146 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.

  Hat die Vereinbarung "Beitragsentlastung" zehn Jahre bestanden, wird der maßgebliche 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 Euro 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.