

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

SPEZIALTARIFE Q, ELE

FÜR BEIHILFEBERECHTIGTE

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. 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 siehe Nr. 4.1

2. TARIF Q

2.1 Ambulante Heilbehandlung, Früherkennung, Entbindung

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), soweit die Gebühren im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet sind.
- 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, des Physiotherapeuten,
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).

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 Zahnärztliche Heilbehandlung, Früherkennung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- Zahnärztliche Leistungen einschließlich gezielter Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, Zahnkronen, Zahnersatz (z.B. Brücken, Prothesen), funktionsanalytische, funktionstherapeutische und implantologische Leistungen, Kieferorthopädie, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte bzw. Ärzte liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.
- Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, soweit sie im Rahmen der in Deutschland üblichen⁴ 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.

2.3 Stationäre Heilbehandlung, Entbindung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- Allgemeine Krankenhausleistungen.
- Unterkunftszuschlag Zweibettzimmer.⁵
- Neben dem Unterkunftszuschlag berechenbarer Zuschlag für Verpflegung, Sanitärzelle, Telefonanschluss, Radio- und Fernsehgerät.
- Wahlärztliche⁶ und belegärztliche⁷ 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.

2.4 Ambulante Entbindung

Ohne Kostennachweis wird eine Pauschale gezahlt. Sie ergibt sich aus dem tariflichen Prozentsatz eines Grundbetrages von 613,55 EUR.

3. TARIF ELE

3.1 Mehraufwendungen für das Einbettzimmer

Erstattungsfähig ist die nicht beihilfefähige Differenz zwischen den Unterkunftszuschlägen Zwei-/Einbettzimmer.

⁴ Sind zwischen den Innungsverbänden der Zahntechniker und den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen Höchstpreise vereinbart, gelten diese als üblich.

⁵ 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.

⁶ gesondert berechenbare Behandlung durch leitende Krankenhausärzte

⁷ Belegärzte sind nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte, die Patienten unter Inanspruchnahme der Einrichtungen des Krankenhauses stationär behandeln.

4. Erstattungssätze / Regelung für Sonderfälle

4.1 Erstattungsfähige Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus Nr. 2. und 3. ergeben, werden zu den vereinbarten Prozentsätzen ersetzt:

Tarif

Q 20 % 30 %

ELE 100 %

Den vereinbarten Erstattungsprozentsatz nennt die Tarifbezeichnung:
Q 20 steht für eine 20%ige, Q 30 für eine 30%ige Erstattung. Das gilt auch, wenn die Prozentsätze des Tarifs Q zusammengefasst werden: Q 50 setzt sich aus Q 20 und Q 30 zusammen.

4.2 Sonderfälle

Die DKV zahlt bei vollstationärer - nicht bei teil-, vor- oder nachstationärer - Heilbehandlung oder Entbindung ein Krankenhaustagegeld, wenn folgende gesondert berechenbare Unterkunft nicht in Anspruch genommen wird:

Tarif

Q Zweibettzimmer

Das Tagegeld ergibt sich aus dem tariflichen Prozentsatz eines Grundbetrages von 20,45 EUR (Q 20 = 4,09 EUR, Q 30 = 6,14 EUR). Es wird neben dem prozentualen Ersatz sonstiger erstattungsfähiger Aufwendungen gezahlt.

ELE Einbettzimmer

Das Tagegeld beträgt 20,45 EUR.

L e i s t u n g e n d e s V e r s i c h e r u n g s n e h m e r s

5. Monatliche Beitragsraten

- 5.1 Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.
- 5.2 Die Berechnung des Eintrittsalters richtet sich nach § 8 Abs. 2.1 AVB.
- 5.3 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.

S o n s t i g e s

6. Versicherungsfähigkeit

- 6.1 Versicherungsfähig sind
Personen, für die auf Grund beamtenrechtlicher Vorschriften ein Anspruch nach den Beihilferegelungen des Bundes oder ein damit übereinstimmender Anspruch mit personengebundenem Beihilfebemessungssatz besteht.
- 6.2 Den Wegfall der Versicherungsfähigkeit
teilt der Versicherungsnehmer der DKV innerhalb von sechs Monaten schriftlich mit. Besteht künftig Beihilfeanspruch nach anderen öffentlich-rechtlichen Beihilfevorschriften, wird die Versicherung im Sinne der Regelungen unter "Anpassung des Versicherungsschutzes" in speziellen Quotentarifen fortgeführt.
- 6.3 Fällt Tarif Q fort,
endet auch die Versicherung nach Tarif ELE.

7. Anpassung des Versicherungsschutzes

7.1 Auf Antrag des Versicherungsnehmers wird

- bei Minderung des Beihilfebemessungssatzes der Versicherungsschutz im Rahmen dieser Spezialtarife,
- bei Fortfall des Beihilfeanspruchs für die versicherte Person der Versicherungsschutz im Rahmen anderer, für den Neuzugang geöffneter Krankheitskostentarife

angepasst, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

Die Anpassung wird innerhalb von sechs Monaten nach einer dieser Änderungen beantragt. Sie soll wirksam werden zum Beginn des Monats, in dem die Änderung eingetreten ist. Wird der Antrag nicht spätestens in dem Monat gestellt, in dem die Beihilfeänderung wirksam wird, dann wird die Änderung zu Beginn des Monats wirksam, der auf die Beihilfeänderung folgt.

Der Versicherungsschutz wird nur soweit angepasst, dass er die Minderung des Beihilfebemessungssatzes oder den Fortfall des Beihilfeanspruchs für die versicherte Person ausgleicht, ohne im Übrigen das Niveau des Schutzes zu verbessern (es bleibt also zum Beispiel bei einem Versicherungsschutz für gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer des Krankenhauses).

Anspruch auf die höheren Leistungen besteht dann - auch für laufende Versicherungsfälle - ohne Risikoprüfung und ohne neue Wartezeiten

7.2 Bei Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes

kann die DKV den Versicherungsschutz - auch für laufende Versicherungsfälle - zum Beginn des zweiten Monats (auf Wunsch des Versicherungsnehmers schon zum Beginn des ersten Monats) nach der Erhöhung entsprechend herabsetzen. Der Versicherungsnehmer teilt der DKV die Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes unverzüglich schriftlich mit.

7.3 Die 20%-Stufe des Tarifs Q

entfällt bei Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes auf 70 %, spätestens jedoch mit Vollendung des 65. Lebensjahres.

7.4 Im Tarif genannte betragliche Leistungsgrenzen

können bei einer Beitragsanpassung (§ 8 b AVB) der Kostenentwicklung angepasst werden.

8. Begrenzung der Versicherungsleistung

Übersteigen im Ausnahmefall Tarifleistung und Beihilfe zusammen 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen (wenn zum Beispiel eine Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes nicht rechtzeitig mitgeteilt worden ist), wird die Tarifleistung entsprechend gemindert.

Gerne geben wir bei Fragen ausführliche Auskunft:

Kundenservice Center 0 18 01/358 100*

(*3,9 Ct/Min. aus dem dt. Festnetz; ab 1.3.2010 max. 42 Ct/Min. aus dt. Mobilfunknetzen)

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

TARIFE L, ELE

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. TARIF L

1.1 Stationäre Heilbehandlung, Entbindung

1.1.1 **Erstattungsfähig** sind Aufwendungen für:

- Unterkunftszuschlag Zweibettzimmer.¹
- Neben dem Unterkunftszuschlag berechenbarer Zuschlag für Verpflegung, Sanitärzelle, Telefonanschluss, Radio- und Fernsehgerät.
- Wahlärztliche² und belegärztliche³ 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

1.1.2 **Die nach vorheriger Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus Nr. 1.1.1 ergeben, werden je nach Tarifstufe zu**

20 25 30 35 40 45 50 70 80 %

ersetzt. Der Prozentsatz ergibt sich aus der vereinbarten Tarifstufe (Beispiel Tarifstufe 50L: 50 %).

1.2 Ambulante Entbindung

Ohne Kostennachweis wird eine Pauschale gezahlt. Sie ergibt sich aus dem tariflichen Prozentsatz eines Grundbetrages von 383,47 EUR (Beispiel Tarifstufe 50L: 191,73 EUR).

¹ Wählt die versicherte Person 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.

² gesondert berechenbare Behandlung durch leitende Krankenhausärzte

³ Belegärzte sind nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte, die Patienten unter Inanspruchnahme der Einrichtungen des Krankenhauses stationär behandeln.

1.3 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. Es richtet sich nach dem tariflichen Prozentsatz eines Grundbetrages von 20,45 EUR (Beispiel Tarifstufe 50L: 10,23 EUR).

2. TARIF ELE

2.1 Stationäre Heilbehandlung, Entbindung

2.1.1 Erstattungsfähig sind die nicht beihilfefähigen

- Mehraufwendungen für die Unterkunft im Einbettzimmer (Differenz zwischen den Unterkunftszuschlägen Ein-/Zweibettzimmer).

2.1.2 Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100 % ersetzt.

2.2 Krankenhaustagegeld

Wird gesondert berechenbare Unterkunft im Einbettzimmer nicht in Anspruch genommen, zahlt die DKV bei vollstationärer - nicht bei teil-, vor- oder nachstationärer - Heilbehandlung oder Entbindung ein Krankenhaustagegeld von 20,45 EUR.

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. Versicherungsfähigkeit

- 4.1 Versicherungsfähig sind Personen mit Beihilfeanspruch, solange für sie auch Anspruch auf Leistungen der deutschen GKV besteht. Den Wegfall der Versicherungsfähigkeit teilt der Versicherungsnehmer der DKV unverzüglich, spätestens aber innerhalb von sechs Monaten schriftlich mit.
- 4.2 Die Regelungen zu den Tarifen L und ELE gelten entsprechend, wenn ein den Leistungen der GKV vergleichbarer Versicherungsschutz für Krankenhausbehandlung besteht.
- 4.3 Fällt Tarif L fort, endet auch die Versicherung nach Tarif ELE.

5. Fortführung der Versicherung

Endet die Versicherung bei der GKV, besteht jedoch weiterhin Beihilfeanspruch, kann eine Umwandlung der Versicherung in eine Krankheitskostenvollversicherung nach geöffneten Quotentarifen - Spezialtarife für Beihilfeberechtigte - beantragt werden.

Eine Umwandlung in geöffnete Normaltarife kann der Versicherungsnehmer beantragen, wenn mit dem Anspruch auf Leistungen der GKV auch der Beihilfeanspruch entfällt.

In beiden Fällen wird unter der in § 3 Abs. 5 AVB genannten Voraussetzung die bisherige Versicherungszeit in der GKV auf die Wartezeiten angerechnet.

Entfällt der Beihilfeanspruch während der Versicherung bei der GKV, richtet sich die Fortführung nach Nr. 6.

6. Anpassung des Versicherungsschutzes

6.1 Auf Antrag des Versicherungsnehmers wird

- bei Minderung des Beihilfebemessungssatzes der Versicherungsschutz im Rahmen des Tarifs L,
- bei Fortfall des Beihilfeanspruchs für die versicherte Person der Versicherungsschutz im Rahmen anderer, für den Neuzugang geöffneter Krankheitskostentarife

angepasst, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

Die Anpassung wird innerhalb von sechs Monaten nach einer dieser Änderungen beantragt. Sie soll wirksam werden zum Beginn des Monats, in dem die Änderung eingetreten ist. Wird der Antrag nicht spätestens in dem Monat gestellt, in dem die Beihilfeänderung wirksam wird, dann wird die Änderung zu Beginn des Monats wirksam, der auf die Beihilfeänderung folgt.

Der Versicherungsschutz wird nur soweit angepasst, dass er die Minderung des Beihilfebemessungssatzes oder den Fortfall des Beihilfeanspruchs für die versicherte Person ausgleicht, ohne im Übrigen das Niveau des Schutzes zu verbessern (es bleibt also zum Beispiel bei einem Versicherungsschutz für gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer des Krankenhauses).

Anspruch auf die höheren Leistungen besteht dann - auch für laufende Versicherungsfälle - ohne Risikoprüfung und ohne neue Wartezeiten.

6.2 Bei Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes

kann die DKV den Versicherungsschutz - auch für laufende Versicherungsfälle - zum Beginn des zweiten Monats (auf Wunsch des Versicherungsnehmers schon zum Beginn des ersten Monats) nach der Erhöhung entsprechend herabsetzen. Der Versicherungsnehmer teilt der DKV die Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes unverzüglich schriftlich mit.

6.3 Im Tarif genannte betragliche Leistungsgrenzen

können bei einer Beitragsanpassung (§ 8 b AVB) mit Zustimmung des Treuhänders der Kostenentwicklung angepasst werden.

Gerne geben wir bei Fragen ausführliche Auskunft:

Kundenservice Center 0 18 01/358 100*

(*3,9 Ct/Min. aus dem dt. Festnetz; ab 1.3.2010 max. 42 Ct/Min. aus dt. Mobilfunknetzen)

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

ERGÄNZUNGSTARIF BET

FÜR BEIHILFEBERECHTIGTE

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.

Leistungen der DKV

1. Ambulante Heilbehandlung, Zahnärztliche Heilbehandlung

<p>1.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Leistungen des Heilpraktikers, soweit das Honorar im Rahmen der Beträge des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker 1985 liegt. ▪ Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, soweit die dafür in Rechnung gestellten Beträge im Rahmen der in Deutschland üblichen¹ Preise berechnet sind und bei zahnärztlichen Leistungen anfallen, für die Aufwendungen nicht nach Nr. 1.2 erstattungsfähig sind. 	<p>Ersetzt werden unter Anrechnung der Beihilfeansprüche und der Leistungen aus vereinbarten Quotentarifen der DKV die erstattungsfähigen Aufwendungen zu:</p> <p>100 %</p> <p>90 %</p>
<p>1.2 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zahnärztliche Leistungen bei festsitzenden großen Brücken zum Ersatz von mehr als vier fehlenden Zähnen je Kiefer oder mehr als drei fehlenden Zähnen je Seitenzahnggebiet, mehr als zwei, höchstens jedoch fünf Verbindungselementen (zum Beispiel Teleskopkronen, Stege, Geschiebe, Riegel) bei einem Restzahnbestand von mehr als drei Zähnen je Kiefer im Falle von Kombinationsversorgungen, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte bzw. Ärzte liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen. Erstattungsfähig sind auch über den Höchstsätzen dieser Gebührenordnungen liegende Aufwendungen, die durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwerisse begründet und nach den Bemessungskriterien der Gebührenordnungen angemessen sind. ▪ Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien soweit die dafür in Rechnung gestellten Beträge im Rahmen der in Deutschland üblichen¹ Preise berechnet sind und bei zahnärztlichen Leistungen anfallen, für die Aufwendungen nach Nr. 1.2 erstattungsfähig sind. 	<p>Ersetzt werden unter Anrechnung der Beihilfeansprüche und der Leistungen aus vereinbarten Quotentarifen der DKV die erstattungsfähigen Aufwendungen zu:</p> <p>80 %</p>

¹ Sind zwischen den Innungsverbänden der Zahntechniker und den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen Höchstpreise vereinbart, gelten diese als üblich.

1.3 **Erstattungsfähig** sind Aufwendungen für:

Ersetzt werden unter Anrechnung der Leistungen aus vereinbarten Quotentarifen der DKV die erstattungsfähigen Aufwendungen:

- Brillenfassung
(ab dem 15. Lebensjahr frühestens zwei Jahre nach Verordnung der letzten Brille)

bis zu 127,82 EUR

2. **Leistungen bei Auslandsaufenthalt bis zu sechs Wochen (siehe auch Nr. 7)**

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

Ersetzt werden unter Anrechnung der Beihilfeansprüche die erstattungsfähigen Aufwendungen zu:

Ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung

- a) ärztliche Behandlung,
- b) Arznei- und Verbandmittel,
- c) Heilmittel (vgl. § 4 Abs. 3.2 AVB),
- d) stationäre Behandlung (einschließlich Unterkunft und Verpflegung),
- e) den notwendigen Transport in das nächstliegende Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt durch anerkannte Rettungsdienste,
- f) schmerzstillende Behandlung im Mund- und Zahnbereich, Zahnfüllung mit plastischem Material (nicht aber Zahnersatz und Zahnkronen).

100 %

Rückführung

Erstattungsfähig sind auch die Mehrkosten einer ärztlich angeordneten Rückführung aus dem Ausland, wenn die durch die Krankheit oder die Unfallfolgen verursachten Mehrkosten des Rücktransportes der versicherten Person (nicht der Begleitperson) und die medizinische Notwendigkeit nachgewiesen werden.

100 %

Mehrkosten sind die durch den Eintritt des Versicherungsfalles für eine Rückkehr ins Inland zusätzlich entstehenden Kosten.

Die Rückkehr muss an den Heimatwohnsitz der versicherten Person in Deutschland oder in ein Krankenhaus in Deutschland erfolgen. Bei Rückführung in ein Krankenhaus sind die erstattungsfähigen Mehrkosten auf diejenigen beschränkt, die bei einer Rückführung an den Heimatwohnsitz oder in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus entstanden wären. Soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen.

Todesfall im Ausland

Stirbt die versicherte Person während des Auslandsaufenthaltes, sind erstattungsfähig:

- die unmittelbaren Kosten einer Überführung an ihren Heimatwohnsitz
 - bei Tod im europäischen Ausland
 - bei Tod im außereuropäischen Ausland
- im Falle einer Beisetzung im Ausland entstandene Bestattungskosten

bis zu 5.112,92 EUR,

bis zu 10.225,84 EUR,

bis zu 5.112,92 EUR.

3. Funktionstraining und Rehabilitationssport

3.1 **Erstattungsfähig** sind Aufwendungen für:

- die ärztlich verordnete Teilnahme am Funktionstraining, wie z.B. Trockengymnastik, Wassergymnastik in Gruppen bzw. Einrichtungen, die zur Erbringung solcher Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Rehabilitationsträger zugelassen sind.
- die ärztlich verordnete Teilnahme am Rehabilitationssport, wie z.B. Gymnastik, Leichtathletik, Schwimmen, Bewegungsspiele in Sportgemeinschaften, die zur Erbringung solcher Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Rehabilitationsträger zugelassen sind.

Fahrtkosten und Aufwendungen für Sportbekleidung sind nicht erstattungsfähig.

3.2 **Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100 % ersetzt, soweit die dafür in Rechnung gestellten Beträge im Rahmen der in Deutschland üblichen Vergütungen² berechnet sind.**

4. Tagegeld

- Stationäre Heilbehandlung und Entbindung
Für jeden Tag des Krankenhausaufenthaltes - ausgenommen teil-, vor- oder nachstationäre Heilbehandlung - zahlt die DKV ein Krankenhaustagegeld von 12,78 EUR.
- Kur- und Sanatoriumsbehandlung
Die DKV zahlt
bei ambulanter Kurbehandlung unter ärztlicher Leitung im Heilbad oder Kurort ein Tagegeld von je 20,45 EUR
oder
bei stationärer Kur- bzw. Sanatoriumsbehandlung in ärztlich geleiteten Sanatorien, Kurkliniken oder Krankenanstalten nach § 4 Abs. 5 AVB ein Tagegeld von je 30,68 EUR
für insgesamt längstens 30 Tage innerhalb von drei aufeinander folgenden Kalenderjahren (Jahr der Kur- oder Sanatoriumsbehandlung und die beiden vorangegangenen Kalenderjahre).

Das Tagegeld wird ohne Kostennachweis und ohne Anrechnung von Beihilfeansprüchen oder von Versicherungsleistungen gezahlt. Der Versicherungsnehmer weist die Kur- oder Sanatoriumsbehandlung durch geeignete Unterlagen nach.

Leistungen des Versicherungsnehmers

5. Monatliche Beiträge

- 5.1 Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.
- 5.2 Die Berechnung des Eintrittsalters richtet sich nach § 8 Abs. 2.1 AVB.
- 5.3 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.

² Als üblich gelten die mit den gesetzlichen Rehabilitationsträgern vereinbarten Vergütungen.

S o n s t i g e s

6. Anpassung des Versicherungsschutzes

Die DKV ist unter den Voraussetzungen des § 18 AVB berechtigt, auch tariflich vorgesehene Höchstbeträge mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, den veränderten Verhältnissen anzupassen.

7. Leistungen bei Auslandsaufenthalt bis zu sechs Wochen nach Nr. 2

Nur für die in Nr. 2 genannten Leistungen gelten an Stelle teilweise anders lautender Bestimmungen der AVB folgende Regelungen:

zu § 1 Abs. 4 AVB:

Für Auslandsreisen zum Zwecke einer Heilbehandlung besteht kein Versicherungsschutz.

Als Ausland gelten die Länder, in denen die versicherte Person keinen ständigen Wohnsitz unterhält; die Bundesrepublik Deutschland gilt nicht als Ausland. Der Auslandsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - nach Ablauf der sechsten Woche des Auslandsaufenthaltes. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über sechs Wochen hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, bei Aufenthalt im außereuropäischen Ausland längstens aber für weitere zwei Monate.

8. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die bei der DKV so nach Spezialtarifen für Beihilfeberechtigte versichert sind, dass Beihilfebemessungssatz und Erstattungsprozentsatz insgesamt nicht weniger als 100 % ergeben. Fällt einer dieser Tarife fort, endet auch die Versicherung nach BET.

Gerne geben wir bei Fragen ausführliche Auskunft:
Kundenservice Center 0800/3746 444 (gebührenfreie
Rufnummer)