

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

TARIF K 95

KRANKHEITSKOSTENVERSICHERUNG

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. **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 Gesundheitstelefon, 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

- Behandlungseleitlinien 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 Regelhöchsätze¹ 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 Krankenpflege
 - bei Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung bis zu den Beträgen, die für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung vereinbart sind,
 - bei Behandlungspflege, soweit die Gebühren im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet sind.

Voraussetzung ist eine Verordnung durch den Arzt.

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

¹ 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.

■ Kurzzeitpflege

bis zu dem nach § 42 Abs. 2 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch festgelegten Höchstbetrag².

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

bis zu den im Heilmittelverzeichnis des Tarifs K 95 (Anlage Druckstück B 102/1) genannten erstattungsfähigen Höchstbeträgen.

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

bis zu den im Heilmittelverzeichnis des Tarifs K 95 (Anlage Druckstück B 102/1) genannten erstattungsfähigen Höchstbeträgen.

■ Hilfsmittel

(siehe § 4 Abs. 3.3 AVB - ausgenommen Sehhilfen einschließlich Brillenfassungen).

■ Sehhilfen (einschließlich Brillenfassungen)

abweichend von § 4 Abs. 3.3 AVB sind erstattungsfähig

- ab 15. Lebensjahr einmal innerhalb von drei Jahren -

bis zu

153,39 EUR,

- bis zum 15. Lebensjahr je Kalenderjahr -

bis zu

76,69 EUR.

2.2 **Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden, soweit sich nicht aus Nr. 2.1 etwas anderes ergibt, zu 100 % ersetzt, abzüglich des nach Nr. 5 vorgesehenen Selbstbehaltes.**

² Höchstbetrag 1.612 Euro (Stand: 1. Oktober 2021)

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),
Erstellen eines Heil- und Kostenplanes,

soweit die Gebühren im Rahmen der Regelhöchstsätze³ der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte/Ärzte liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

Die Erstattungsfähigkeit ist begrenzt bei

- Kronen und Brücken in metallischer Ausführung: auf eine Verblendung bis zum Zahn 5,
- implantologischen Leistungen: auf das Einbringen von bis zu 4 Implantaten in den zahnlosen Unterkiefer und den darauf zu befestigenden Zahnersatz.

- Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien,

soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen des Tarifs K 95 (Anlage Druckstück B 142/2) aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet sind. Die Höhe der Versicherungsleistungen bemisst sich nach dem Prozentsatz, zu dem die jeweiligen Aufwendungen für die zahnärztlichen Leistungen ersetzt werden.

3.2 Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden ersetzt, soweit sich nicht aus Nr. 3.3 etwas anderes ergibt,

- a) bei Einlagefüllungen, Zahnkronen, Zahnersatz (z. B. Brücken, Prothesen) sowie funktionsanalytischen, funktionstherapeutischen, implantologischen und kieferorthopädischen Leistungen einschließlich der jeweils vorbereitenden Maßnahmen zu 50 %,
- b) bei sonstigen zahnärztlichen Leistungen zu 100 %,

abzüglich des nach Nr. 5 vorgesehenen Selbstbehaltes.

3.3 Heil- und Kostenplan

Wir empfehlen, vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan des Zahnarztes sowie einen Kostenvoranschlag über zahntechnische Laborarbeiten und Materialien vorzulegen. Wir prüfen den Heil- und Kostenplan und geben Ihnen über die zu erwartende Versicherungsleistung schriftlich Auskunft.

4. Stationäre Heilbehandlung, Entbindung

4.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- Allgemeine Krankenhausleistungen.
- Belegärztliche⁴ (nicht wahlärztliche⁵) 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 und vom Krankenhaus, im Rettungshubschrauber zum Krankenhaus.

Bei stationärer Krankenhausbehandlung außerhalb der Mitgliedsstaaten der Europäischen Union oder der Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sind die anfallenden Aufwendungen bis 255,65 EUR je Verweiltag im Krankenhaus erstattungsfähig. (Vgl.: Wichtiger Hinweis zum Auslandsaufenthalt, Seite 7).

4.2 Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden, soweit sich nicht aus Nr. 4.1 etwas anderes ergibt, zu 100 % ersetzt.

³ siehe Fußnote 1

⁴ Belegärzte sind nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte, die Patienten unter Inanspruchnahme der Einrichtungen des Krankenhauses stationär behandeln.

⁵ gesondert berechenbare Behandlung durch leitende Krankenhausärzte.

⁶ siehe Fußnote 1

4.3 Ambulante Entbindung

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

5. Selbstbehalt

Der vorgesehene Selbstbehalt nach den Nrn. 2.2 und 3.2 beträgt insgesamt je Kalenderjahr und versicherte Person

ab dem 20. Lebensjahr		
Frauen	460,00	EUR
Männer	420,00	EUR

ab dem 15. bis zum 20. Lebensjahr		
Frauen	420,00	EUR
Männer	420,00	EUR

bis zum 15. Lebensjahr	220,00	EUR.
---------------------------	--------	------

Nach Vollendung des 14. bzw. 19. Lebensjahres gilt ab folgendem Kalenderjahr der Selbstbehalt der nächsthöheren Altersgruppe.

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

6. Beitragsentlastung

6.1 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.

6.2 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. 6.2 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.

6.3 Tarifbezeichnung

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

z. B.: K 95 V 65 / 150 EUR oder
K 95 V 65 / 100 EUR V 70 / 50 EUR.

6.4 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.

6.5 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. 6.5 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. 6.5 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.

7. Anpassung des Versicherungsschutzes

Die DKV ist unter den Voraussetzungen des § 18 AVB berechtigt, tariflich vorgesehene Höchstbeträge und die tariflichen Leistungen für Heilmittel sowie für zahntechnische Laborarbeiten und Materialien mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, den veränderten Verhältnissen anzupassen.

Leistungen des Versicherungsnehmers

8. Monatliche Beitragsraten

8.1 Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

8.2 Die Berechnung des Eintrittsalters richtet sich nach § 8 Abs. 2.1 AVB.

8.3 Für die versicherte Person, die das 14. bzw. das 19. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag des nächsthöheren Alters zu zahlen. Das gilt nicht bei Beiträgen für die "Beitragsentlastung", weil diese Entlastung frühestens mit 20 Jahren vereinbart werden kann.

8.4 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

9. Obliegenheit

Neben dem Tarif K 95 darf für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskostenteil- oder Krankheitskostenvollversicherung (Ausnahme: Auslandsreise-Krankenversicherung) bei der DKV oder einem anderen privaten Krankenversicherer fortgeführt oder abgeschlossen werden.

10. Optionsrecht

10.1 Hat die Versicherung nach Tarif K 95 für eine versicherte Person bis Eintrittsalter 35 Jahre begonnen, kann der Versicherungsnehmer für diese Person Tarif K 95

mit Beginn des 19., des 37. oder letztmalig mit Beginn des 61. Vertragsmonats
- gerechnet vom Versicherungsbeginn dieser Versicherung -

zu folgenden erleichterten Bedingungen in leistungsstärkere Tarife umstellen lassen:

a) Der Umwandlungsantrag ist mit einem Antragsvordruck der DKV - unter Beantwortung der Gesundheitsfragen - zu stellen; er kann frühestens zwei Monate vor einem der in Nr. 10.1 Satz 1 genannten Termine gestellt werden, er muss der DKV jedoch spätestens einen Monat vor dem gewählten Umwandlungszeitpunkt vorliegen. Für die Einhaltung der Fristen ist der Versicherungsnehmer verantwortlich.

b) Die DKV nimmt den fristgerechten Umwandlungsantrag an.

Bei einer Umwandlung zu Beginn des 19. Vertragsmonats verzichtet die DKV auf neue Risikozuschläge.

Soweit ein erhöhtes Risiko vorliegt, kann die DKV für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes (Mehrleistung) einen Risikozuschlag (§ 8 a Abs. 3 und 4 AVB)

- bei einer Umwandlung zu Beginn des 37. Vertragsmonats von maximal 50 %, bzw.

- bei einer Umwandlung zu Beginn des 61. Vertragsmonats von maximal 100 %

des auf die Mehrleistung entfallenden Beitragsanteils verlangen.

c) Die Vereinbarung eines Leistungsausschlusses kann die DKV nicht verlangen.

d) Für laufende Versicherungsfälle wird ab Umwandlungstermin nach den dann geltenden Tarifen geleistet; es sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes abweichend von § 1 Abs. 6 und § 3 Abs. 6 AVB keine neuen Wartezeiten einzuhalten.

e) Der vom Umwandlungstermin an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem dann erreichten Alter der versicherten Person unter Berücksichtigung eventuell erworbener Anrechnungsbeträge⁷.

10.2 Für die mitversicherten Personen, die nach den Bestimmungen für die Kindernachversicherung gem. § 2 Abs. 2 und 3 der AVB nach Tarif K 95 versichert wurden, besteht ein Optionsrecht nur unter folgenden Voraussetzungen:

a) zumindest ein Elternteil war am Tage der Geburt des Kindes mindestens drei Monate nach Tarif K 95 versichert und

b) die Umstellung der Versicherung des Kindes von Tarif K 95 in leistungsstärkere Tarife kann zu erleichterten Bedingungen nur gleichzeitig mit einer Umstellung der Versicherung nach Nr. 10.1 für zumindest ein Elternteil erfolgen; die Regelungen in Nr. 10.1 gelten für die Umstellung der Versicherung des Kindes entsprechend. Soweit es dabei in Nr. 10.1 Satz 1 und Nr. 10.1 b) auf den Beginn des 19., 37. oder 61. Vertragsmonats ankommt, wird auch hinsichtlich des Kindes auf den für ein Elternteil bei der Umstellung maßgeblichen Vertragsmonat abgestellt.

10.3 Das Optionsrecht gilt nicht für die Personen, die wiederholt nach Tarif K 95 versichert sind - unabhängig davon, ob sie bei der erstmaligen Versicherung nach Tarif K 95 das Optionsrecht wahrgenommen haben.

10.4 Im Übrigen gelten die AVB. Das Recht, jederzeit einen Umwandlungsantrag nach den AVB zu stellen, bleibt unberührt.

Wichtiger Hinweis zum Auslandsaufenthalt

Für Tarif K 95 gilt die Regelung in § 1 Abs. 4 AVB. Allerdings sollte berücksichtigt werden, dass der Leistungsumfang des Tarifs die Leistungserbringung im deutschen Gesundheitssystem berücksichtigt und Höchstgrenzen vorsieht. Auf Grund unterschiedlich ausgestalteter Gesundheitssysteme in anderen Ländern ist es denkbar, dass die Tarifleistungen aus K 95 - bei Behandlungen außerhalb Deutschlands - zur Deckung aller Kosten nicht ausreichen.

Wir empfehlen Ihnen deshalb dringend, gleich bzw. rechtzeitig vor Antritt einer Auslandsreise bei der DKV eine Auslandsreise-Krankenversicherung abzuschließen. Unsere Außendienstmitarbeiter/-partner beraten Sie gerne, welcher Tarif für Sie der zweckmäßigste ist. Sie können sich auch an eine unserer Geschäftsstellen oder an die Hauptverwaltung in Köln wenden.

Anlagen

⁷ Beim Anrechnungsbetrag handelt es sich um den monatlichen Gegenwert der für die versicherte Person gebildeten Alterungsrückstellung. Damit wird nach versicherungsmathematischen Grundsätzen die bereits zurückgelegte Versicherungszeit berücksichtigt.