

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

TARIF UNI

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 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 Impfkommision 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 Krankenpflege
 - bei Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung bis zu den Beträgen, die für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung vereinbart sind,
 - bei Behandlungspflege, soweit die Vergütungen im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet sind. Sind zwischen den Leistungserbringern und den gesetzlichen Kostenträgern Vergütungen vereinbart, gelten diese als üblich.

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 Verschwägere 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.

- **Kurzzeitpflege**
 bis zu dem nach § 42 Abs. 2 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch festgelegten Höchstbetrag¹.
 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 Masseur und medizinischen Bademeisters, des Krankengymnasten, des Physiotherapeuten, des Ergotherapeuten, des Podologen, des medizinischen Fußpflegers und ernährungs-therapeutische Maßnahmen gemäß § 4 Abs. 3.2 c) AVB,**
 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.²
- **Leistungen des Logopäden und anderer Angehöriger der zur Durchführung von Stimm-, Sprech- und Sprach-übungsbehandlungen 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).

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

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),

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

² Ein Verzeichnis der erstattungsfähigen Leistungen und Höchstbeträge erhalten Sie kostenlos auf Anforderung.

³ Siehe Fußnote 2

Erstellen eines Heil- und Kostenplanes,
soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahn-
ärzte bzw. Ärzte liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

- Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien,
soweit die dafür in Rechnung gestellten Beträge im Rahmen der in Deutschland üblichen⁴ Preise berech-
net sind.

**3.2 Die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus Nr. 3.1 ergeben, wer-
den ersetzt:**

bei	Zahnkronen, Zahnersatz (zum Beispiel Brücken, Prothesen), funktionsanalytischen, funktionstherapeutischen und implantologischen Leistungen, kieferorthopädischen Leistungen einschließlich der jeweils vorbereitenden Maßnahmen	zu	40 %
bei	sonstigen zahnärztlichen Leistungen	zu	80 %
bei	zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien, unabhängig von der zu Grunde liegenden zahnärztlichen Leistung	zu	30 %

Wir empfehlen Ihnen, bei den einzeln genannten zahnärztlichen Leistungen ("bei Zahnkronen, Zahnersatz usw.")
vor der eigentlichen Behandlung einen Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorzulegen. Sie erhalten dann eine
Mitteilung über die Versicherungsleistung.

4. Stationäre Heilbehandlung, Entbindung

4.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- Allgemeine Krankenhausleistungen.
- Unterkunftszuschlag Zweibettzimmer.⁵
- 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.

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

4.3 Krankenhaustagegeld

Wird gesondert berechenbare Unterkunft nicht in Anspruch genommen, zahlt die DKV bei vollstationärer - nicht
bei teil-, vor- oder nachstationärer - Heilbehandlung oder Entbindung neben dem Ersatz der erstattungsfähigen
Aufwendungen ein Krankenhaustagegeld von

30,68 EUR.

4.4 Ambulante Entbindung

Ohne Kostennachweis wird eine Pauschale von 613,55 EUR gezahlt.

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.

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

⁵ Wählt die versicherte Person gesondert berechenbare Unterkunft im Einbettzimmer, ist der Unterkunftszuschlag für ein Zweibettzim-
mer des aufgesuchten Krankenhauses erstattungsfähig. Zählt die Unterkunft im Zweibettzimmer zu den allgemeinen Krankenhaus-
leistungen, 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.

- 5.3 Für die versicherte Person, die das 14., 19., 24., 29. bzw. das 34. 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. **Wartezeiten**

Alle Wartezeiten (§ 3 AVB) entfallen.

7. **Versicherungsfähigkeit / Versicherungsende**

7.1 Versicherungsfähig sind folgende Personen ohne Berufsausübung:

- a) Schülerinnen und Schüler einer Schule (auch in einem Mitgliedsstaat des Europäischen Wirtschaftsraumes, s. § 15 Abs. 3 und 3.1 AVB), an der die in der Bundesrepublik Deutschland anerkannte Hochschul- bzw. Fachhochschulreife erworben werden kann, sofern sie bei Versicherungsbeginn das 16. Lebensjahr vollendet und das 24. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- b) Personen, deren Versicherung nach Tarif UNI wegen Erreichens der Hochschul- bzw. Fachhochschulreife geendet hat, wenn sich unmittelbar an die abgeschlossene Schulausbildung eine vorübergehende Wartezeit bis zum Beginn des Studiums bzw. des Wehr- oder Zivildienstes anschließt und innerhalb von zwei Monaten nach dem Abschluss die Fortsetzung der Versicherung nach Tarif UNI beantragt wird.

Für die Dauer der Wehrpflicht (Wehr- oder Zivildienst) im Anschluss an die Schulausbildung kann für Tarif UNI eine Anwartschaftsversicherung vereinbart werden. Nach Beendigung dieser Anwartschaftsversicherung kann für die Dauer einer vorübergehenden Wartezeit bis zum Beginn des Studiums die Versicherung nach Tarif UNI fortgeführt werden.
- c) An staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen in der Bundesrepublik Deutschland sowie an vergleichbaren Hochschulen in einem Mitgliedsstaat des Europäischen Wirtschaftsraumes (s. § 15 Abs. 3 und 3.1 AVB) eingeschriebene Studentinnen und Studenten,
- d) Personen, deren Versicherung nach Tarif UNI wegen Abschlusses des Studiums geendet hat, wenn sich unmittelbar an das abgeschlossene Studium eine vorübergehende Arbeitslosigkeit (z.B. wegen Wartezeit auf Referendarstelle) anschließt und innerhalb von zwei Monaten nach dem Abschluss die Fortsetzung der Versicherung nach Tarif UNI beantragt wird,
- e) Personen, deren Versicherung nach den BA-Tarifen F und R bzw. F und P oder nach den BAN-Tarifen H und R bzw. H und P wegen Abschlusses der Ausbildung geendet hat, wenn sich unmittelbar an die abgeschlossene Ausbildung eine vorübergehende Arbeitslosigkeit anschließt und innerhalb von zwei Monaten nach dem Abschluss die Umstellung der Versicherung in Tarif UNI beantragt wird,
- f) Ehegatten bzw. Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz und Kinder der unter Nr. 7.1 a bis e aufgeführten Personen können im Falle ihrer Unterhaltsberechtigung mitversichert werden. Ihre Mitversicherung ist ausgeschlossen, wenn sie selbst regelmäßig Einkommen erzielen oder Anspruch auf Leistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung haben. Für ein Kind gilt dies auch dann, wenn ein Elternteil regelmäßig Einkommen erzielt.

Personen nach Nr. 7.1 c bis f dürfen bei Versicherungsbeginn das 38. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

7.2 Die Versicherung nach Tarif UNI endet

- außer in den Fällen der §§ 13 bis 15 AVB - mit Ablauf des Monats, in dem

- a) die Versicherungsfähigkeit nicht mehr gegeben ist,
- b) eine versicherte Person das 39. Lebensjahr vollendet,
- c) die Schulausbildung (Nr. 7.1 a) bzw. das Studium (Nr. 7.1 c) vorzeitig aufgegeben bzw. für mehr als sechs Monate unterbrochen wird,
- d) die Arbeitslosigkeit (Nr. 7.1 d bzw. e) endet.

Bei Beendigung nach Nr. 7.2 a, c und d endet gleichzeitig auch für Ehegatten bzw. Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz und Kinder die Versicherung nach Tarif UNI; entsprechendes gilt, wenn die Versicherung des Studenten (Nr. 7.1 c) wegen Vollendung des 39. Lebensjahres endet.

Den Eintritt des Beendigungsgrundes nach Nr. 7.2 a, c oder d teilt der Versicherungsnehmer der DKV innerhalb von zwei Monaten schriftlich mit.

8. **Fortführung der Versicherung**

Nach Eintritt eines Beendigungsgrundes haben die versicherten Personen innerhalb von zwei Monaten das Recht, ihre Versicherung - sofern die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt sind - in anderen geöffneten Krankheitskostentarifen fortzuführen. Dies kann auch in Form einer befristeten Anwartschaftsversicherung erfolgen. Wird der Versicherungsschutz nicht erhöht oder erweitert (es bleibt also zum Beispiel bei einem Versicherungsschutz für gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer des Krankenhauses) erfolgt eine Umstellung ohne erneute Risikoprüfung und ohne neue Wartezeiten. Bei Fortführung der Versicherung wird der Beitrag nach dem zu diesem Zeitpunkt erreichten Alter (Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr der Fortführung) festgesetzt.

9. 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.

Wichtiger Hinweis

- zum kurzfristigen Auslandsaufenthalt.
- zum Auslandsaufenthalts zwecks Studiums.

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

Wir empfehlen Ihnen deshalb dringend,

- gleich bzw. rechtzeitig vor Antritt einer Auslandsreise für einen kurzfristigen Aufenthalt im Ausland bei der DKV eine Auslandsreise-Krankenversicherung abzuschließen.
- bei Wohnsitzverlegung ins Ausland, z.B. zwecks Aufnahme des Studiums, mit unserem Außendienstmitarbeiter/-partner ihren Versicherungsschutz zu überprüfen.

Unsere Außendienstmitarbeiter/-partner beraten Sie gerne, welche Tarife für Sie die zweckmäßigsten sind. Sie können sich auch an eine unserer Geschäftsstellen oder an die Hauptverwaltung in Köln wenden.