

## Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

### **ERGÄNZUNGSTARIF AZS**

FÜR GKV-VERSICHERTE

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.

#### **L e i s t u n g e n   d e r   D K V**

---

##### **1.    Zuzahlungen**

---

1.1    **Erstattungsfähig** sind Aufwendungen für gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen, die

- bei ärztlich verordneten Arznei- und Verbandmitteln gemäß § 31 Abs. 3 SGB V (dazu zählen auch etwaige Mehrkosten für ein ärztlich verordnetes Arznei- und Verbandmittel, für das ein Festbetrag nach § 35 SGB V festgesetzt ist),
- bei ärztlich verordneten Heilmitteln gemäß § 32 Abs. 2 SGB V,
- bei ärztlich verordneten Hilfsmitteln gemäß § 33 Abs. 8 SGB V,
- bei häuslicher Krankenpflege gemäß § 37 Abs. 5 SGB V,
- bei ärztlich verordneter Soziotherapie gemäß § 37a SGB V,
- bei Inanspruchnahme von Haushaltshilfe gemäß § 38 SGB V,
- bei einem stationären Aufenthalt in einer Vorsorgeeinrichtung gemäß § 23 Abs. 6 SGB V,
- bei einer vollstationären Krankenhausbehandlung gemäß § 39 Abs. 4 SGB V,
- bei einer Anschlussrehabilitation in einer Rehabilitationseinrichtung gemäß § 40 Abs. 6 SGB V bzw. § 32 Abs. 1 Satz 2 Sozialgesetzbuch VI (SGB VI),
- bei ambulanten Rehabilitationsleistungen bzw. einem stationären Aufenthalt in einer Rehabilitationseinrichtung gemäß § 40 Abs. 5 SGB V bzw. § 32 Abs. 1 Satz 1 SGB VI,
- bei einer medizinischen Vorsorge- bzw. Rehabilitationsmaßnahme für Mütter und Väter in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung gemäß § 24 Abs. 3 bzw. § 41 Abs. 3 SGB V,
- bei Fahrkosten gemäß § 60 Abs. 2 SGB V

zu entrichten sind.

Als Kostennachweis ist

- bei Zuzahlungen für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel sowie für Soziotherapie eine Kopie der ärztlichen Verordnung mit dem Quittungsvermerk der Apotheke bzw. des Leistungserbringers,
- bei Zuzahlungen für Fahrkosten die Zahlungsaufforderung und der Zahlungsbeleg bzw. eine mit dem Erstattungsvermerk der Krankenkasse versehene Bescheinigung im Original,
- bei sonstigen Zuzahlungen eine Bestätigung - mit Quittungsvermerk - des Leistungserbringers über Art und Höhe der Zuzahlung im Original

vorzulegen.

- 1.2 Die **Kostenbelege** sind der DKV erst **nach Ablauf des Kalenderjahres**, in dem die erstattungsfähigen Aufwendungen entstanden sind, **einmalig gesammelt** einzureichen.

**Die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus Nr. 1.1 ergeben, werden zu 90 % ersetzt, höchstens jedoch 400 EUR je Kalenderjahr (siehe auch Nr. 1.3).**

Die Aufwendungen werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem sie entstanden sind.

- 1.3 Werden vor Ablauf des Kalenderjahres oder mehrmals im Kalenderjahr Belege zur Kostenerstattung bei der DKV eingereicht, werden die erstattungsfähigen Aufwendungen **abweichend von Nr. 1.2 zu 80 % ersetzt, höchstens jedoch 350 EUR je Kalenderjahr.**

---

## 2. Sehhilfen

---

- 2.1 **Erstattungsfähig** sind Aufwendungen für:

- Sehhilfen (einschließlich Brillenfassungen) bei Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien.

- 2.2 **Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden je Sehhilfe bis zu 100 EUR ersetzt.**

Die Regelung in Nr. 2 ersetzt § 4 Abs. 3.3 AVB.

---

## 3. Ärztlich verordnete Arzneimittel

---

- 3.1 **Erstattungsfähig** sind, sofern kein Leistungsanspruch gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) besteht, Aufwendungen für:

- Ärztlich verordnete Arzneimittel.

- 3.2 Die **Kostenbelege** sind der DKV erst **nach Ablauf des Kalenderjahres**, in dem die erstattungsfähigen Aufwendungen entstanden sind, **einmalig gesammelt** einzureichen.

**Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 90 % ersetzt, höchstens jedoch 200 EUR je Kalenderjahr (siehe auch Nr. 3.3).**

Die Aufwendungen werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem sie entstanden sind.  
Es ist die Urschrift der Verordnung mit dem Quittungsvermerk der Apotheke vorzulegen.

- 3.3 Werden vor Ablauf des Kalenderjahres oder mehrmals im Kalenderjahr Belege zur Kostenerstattung bei der DKV eingereicht, werden die erstattungsfähigen Aufwendungen **abweichend von Nr. 3.2 zu 80 % ersetzt, höchstens jedoch 175 EUR je Kalenderjahr.**

## Leistungen des Versicherungsnehmers

---

### 4. Monatliche Beitragsraten

---

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

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

## Sonstiges

---

### 5. Versicherungsfähigkeit / Versicherungsende

---

- 5.1 Das Mindestaufnahmealter beträgt 18 Jahre.

- 5.2 Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen GKV versichert sind.

Die Versicherung nach Tarif AZS endet, wenn die Versicherungsfähigkeit nicht mehr gegeben ist. Den Eintritt des Beendigungsgrundes teilt der Versicherungsnehmer der DKV innerhalb von zwei Monaten nach Wegfall der Versicherungsfähigkeit schriftlich mit.

---

**6. Fortführung der Versicherung**

---

Nach Eintritt des Beendigungsgrundes haben die versicherten Personen innerhalb von zwei Monaten das Recht, ihre Versicherung in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzuführen.

---

**7. Vorrang der Leistung der gesetzlichen Kranken- bzw. Rentenversicherung**

---

Die DKV ist zur Leistung nach Nr. 1 nur verpflichtet, wenn zuvor die GKV bzw. ein Träger der gesetzlichen Rentenversicherung Leistungen erbracht haben.

---

**8. 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.

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