

Allgemeine  
Versicherungsbedingungen (AVB)  
Teil III

**VollMed Tarif Aktiv**

KRANKHEITSKOSTENVOLLVERSICHERUNG

Dieser Tarif gilt nur in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, Teil I: Musterbedingungen (MB/KK 2009) und Teil II: Tarifbedingungen (in einem gesonderten Druckstück B 270).

**V e r s i c h e r u n g s l e i s t u n g e n**

- 
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.

Kostenersatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für:

---

## 2. Ambulante Heilbehandlung

---

- Heilbehandlung durch Ärzte und Heilpraktiker gem. § 4 Abs. 2.1 und Abs. 2.3 der AVB einschließlich verordneter Arzneien (inkl. zugehöriger Applikationshilfen) und Verbandmittel zu 75 % der erstattungsfähigen Aufwendungen. Bei Heilpraktikern wird für die Erstattung gemäß § 4 Abs. 2.1 der AVB die jeweils gültige Gebührenordnung für Heilpraktiker zugrunde gelegt.

Solche Heilbehandlungen sind indes im Rahmen einer medizinischen Notfallbehandlung zu 100 % erstattungsfähig. Heilbehandlung durch Ärzte und Heilpraktiker sowie ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen) gemäß § 4 Abs. 2.1 und Abs. 2.3 der AVB einschließlich verordneter Arzneien (inkl. zugehöriger Applikationshilfen) und Verbandmittel zu 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen, wenn für die (Erst-) Behandlung der Hausarzt (Arzt für Allgemeinmedizin/praktischer Arzt), ein Facharzt für Gynäkologie, für Augenerkrankungen oder für Kindererkrankungen in Anspruch genommen wird. Die Erstbehandlung ist durch die Erstbehandlungsrechnung zu belegen. Bei Heilpraktikern wird für die Erstattung gemäß § 4 Abs. 2.1 der AVB die jeweils gültige Gebührenordnung für Heilpraktiker zugrunde gelegt.

- Überwachung der Schwangerschaft durch Arzt, Hebamme oder Entbindungspfleger sowie Hausentbindungen.
- Psychotherapie pro Kalenderjahr zu:
  - 75 % für die ersten 25 Sitzungen
  - 50 % für die 26. bis 50. Sitzung
  - (vgl. § 4 Abs. 2.4 der AVB)
- Schutzimpfungen (einschließlich Impfstoff), die von der Ständigen Impfkommission empfohlen werden (nicht für Beruf und Reisen).
- Heilmittel gemäß § 4 Abs. 3.2 der AVB zu 75 % der erstattungsfähigen Aufwendungen: Bäder, Massagen, physikalische und elektrische Behandlungen.
- Hilfsmittel gemäß § 4 Abs. 3.3 der AVB zu 75 % der erstattungsfähigen Aufwendungen: Hörgeräte, Sprechgeräte, Stützapparate, Gehstützen, orthopädische Einlagen, orthopädische Schuhe, Bandagen, Bruchbänder, Gummistrümpfe, Prothesen, Gehhilfen und Krankenfahrstühle. Der Versicherte kann Hilfsmittel auch leihweise ohne Selbstbehalt zur Verfügung stellen. Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle und Kontaktlinsen) bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 260 EUR zu 75% innerhalb von zwei Kalenderjahren. Ein erneuter Anspruch besteht erst nach Ablauf von zwei Kalenderjahren.

---

## 3. Stationäre Heilbehandlung

---

- Unterbringung, Verpflegung und Behandlung im Krankenhaus als Regelleistung gemäß § 4 Abs. 4.1 und 4.2 AVB.
- Medizinisch notwendige Fahrten und Transporte zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.

---

## 4. Zahnbehandlung und Zahnersatz

---

- 4.1 Erstattungsfähige Aufwendungen für Zahnbehandlung gemäß § 4 Abs. 2.7 der AVB sowie Zahnersatz gemäß § 4 Abs. 2.8 der AVB (Zahnkronen, Kieferorthopädie sowie prothetische und implantologische Leistungen, insbesondere Brücken und Stiftzähne) einschließlich verordneter Arzneien (inkl. Applikationshilfen) und Verbandmittel bis insgesamt 520 EUR pro Kalenderjahr zu 100 %. Darüber hinaus gilt ein Basis-Erstattungssatz von 50%.

Dieser Basis-Erstattungssatz steigt für das jeweils nächste Kalenderjahr um 5 Prozentpunkte auf 55, 60, 65, 70 bis maximal 75%, wenn für die entsprechenden Kalenderjahre je eine abgeschlossene Prophylaxe-Maßnahme nachgewiesen wird.

Wird für ein oder mehrere Jahr(e) keine Prophylaxe nachgewiesen, vermindert sich der Erstattungssatz pro Jahr ab dem jeweils nächsten Jahr um je 5 Prozentpunkte bis auf den Basis-Erstattungssatz von 50%.

Nachweise oder Rechnungen über Prophylaxe sind dem Versicherten bis zum 31.03. des Jahres nach Durchführung vorzulegen.

Folgende Kosten für zahnärztliche Individual-Prophylaxe werden ohne Anrechnung auf die Selbstbeteiligung zu 100% erstattet:

### Für Kinder und Jugendliche bis 19 Jahre\*

- Alter bis 6 Jahre\*, je Kalenderjahr:
  - 1 x Grunduntersuchung und Instruktion (GOZ 100)

---

\* Als Alter gilt das im Jahr der Prophylaxe vollendete Lebensjahr.

- Alter 7 - 19 Jahre\*, je Kalenderjahr:  
1 x Grunduntersuchung und Instruktion (GOZ 100)  
2 x Fluoridierung (GOZ 102)  
1 x Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung (GOZ 101)  
einmalig: Fissurenversiegelung der bleibenden Seitenzähne nach deren Durchbruch (GOZ 200)  
einmalig im 16. Lebensjahr\*: 1 x Test "Dentobuff", 1 x Test "Dentocult"

#### **Für Erwachsene ab 20 Jahren\***

- im ersten Jahr der Prophylaxe-Maßnahme:  
1 x Grunduntersuchung und Instruktion (GOZ 100)  
2 x Fluoridierung (GOZ 102)  
1 x Test "Dentobuff"  
1 x Test "Dentocult"
- bei medizinischer Notwendigkeit:  
2 x Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung (GOZ 101)  
1 x Zahnsteinentfernung mit Kontrolle und Nachreinigung einschließlich Polieren (GOZ 405/406)  
1 x Schleimhautbehandlung (GOZ 402)
- je Folgejahr bei medizinischer Notwendigkeit:  
1 x Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung (GOZ 101)  
1 x Zahnsteinentfernung mit Kontrolle und Nachreinigung einschließlich Polieren (GOZ 405/406)

- 4.2 Der Erstattungsbetrag bei Zahnbehandlung und Zahnersatz (Zahnkronen, Kieferorthopädie, sowie prothetische und implantologische Leistungen, insbesondere Brücken und Stiftzähne) nach Abs. 4.1 ist insgesamt begrenzt auf:

520 EUR im 1. Kalenderjahr  
780 EUR im 2. Kalenderjahr  
1.300 EUR jährlich im 3. bis 6. Kalenderjahr  
2.600 EUR im 7. Kalenderjahr und danach für die weitere Versicherungsdauer  
5.200 EUR jeweils für einen Zeitraum von zwei aufeinander folgenden Kalenderjahren

Die Begrenzung des Erstattungsbetrages entfällt bei unfallbedingter zahnärztlicher/kieferorthopädischer Behandlung.

Kosten für kieferorthopädische Behandlungen sind erstattungsfähig, wenn die Maßnahme vor Vollendung des 18. Lebensjahres des Versicherten geplant und begonnen wurde.

- 4.3 Ein Anspruch auf Leistungen für Zahnersatz, Inlays oder Kieferorthopädie besteht nur dann, wenn und soweit der Versicherer vor Beginn der Behandlung aufgrund eines Heil- und Kostenplanes einschließlich einer detaillierten Kostenaufstellung des zahntechnischen Labors dies schriftlich zugesagt hat. Wird in diesem Fall kein Heil- und Kostenplan vorgelegt, werden 50% der tariflichen Leistungen erstattet. Eine Zusage wird erteilt, wenn die vorgesehenen Behandlungen der Art und dem Umfang nach medizinisch notwendig sind.

---

## **5. Selbstbeteiligung**

---

Die oben angegebenen Tarifleistungen gelten unter Abzug der tariflich vereinbarten Selbstbeteiligung. Die Selbstbeteiligung gilt pro Person und Kalenderjahr (vgl. § 4 Abs. 7 der AVB). Die Selbstbeteiligung beträgt für versicherte Personen:

ab dem 20. Lebensjahr		
Frauen	360,00	EUR
Männer	360,00	EUR

ab dem 15. bis zum 20. Lebensjahr		
Frauen	360,00	EUR
Männer	360,00	EUR

bis zum 15. Lebensjahr	180,00	EUR.
---------------------------	--------	------

Nach Vollendung des 14. bzw. 19. Lebensjahres gilt ab dem folgenden Kalenderjahr die Selbstbeteiligung der nächsthöheren Altersgruppe.

---

\* Als Alter gilt das im Jahr der Prophylaxe vollendete Lebensjahr.

---

## 6. Optionsrecht

---

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass der Versicherer einen Antrag auf Wechsel in andere Tarife der Krankheitskosten-Vollversicherung ohne erneute Risikoprüfung und Wartezeiten annimmt, soweit der Versicherungsnehmer den Wechsel bis zu dem auf die Vollendung des 45. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr beantragt und in den anderen Tarifen

- bei ambulanter Behandlung die Selbstbeteiligung mindestens genau so hoch ist wie im versicherten Tarif zum Zeitpunkt der Umstellung,
- bei stationärer Behandlung der Leistungsumfang höchstens die Kosten für wahlärztliche Leistungen und die Unterbringung im Zweibettzimmer umfasst.

Der Wechsel kann ausschließlich zum 1. Januar des vierten oder sechsten Kalenderjahres nach erstmaligem Abschluss des VollMed Tarifs Aktiv beantragt werden. Der Antrag auf Wechsel in andere Tarife muss dem Versicherer spätestens am 31.10. des dritten bzw. fünften Kalenderjahres nach erstmaligem Abschluss des VollMed Tarifs Aktiv vorliegen. Besonders vereinbarte Beitragszuschläge im VollMed Tarif Aktiv werden bei Wechsel in andere Tarife entsprechend angepasst. Leistungsausschlüsse werden bei Wechsel in andere Tarife übernommen.

Das Recht, jederzeit einen Umwandlungsantrag gemäß § 1 Abs. 6 MB/KK 2009 zu stellen, bleibt unberührt.

---

## 7. Beitragsentlastung

---

### 7.1 Gegenstand der Vereinbarung

- Ab Beginn des Monats, der bei Vereinbarung "Beitragsentlastung V 65" auf die Vollendung des 65. 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 "Beitragsentlastung V 65" kann frühestens mit Eintrittsalter 20 und nur bis zur Vollendung des 59. Lebensjahres getroffen werden.

### 7.2 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. 7.2 Abs. 1 aktuellen Beitrag für die Krankheitskostenversicherung kann bei Vereinbarung "Beitragsentlastung V 65" nur bis zur Vollendung des 59. 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.

### 7.3 Tarifbezeichnung

Im Versicherungsschein wird neben der vereinbarten Tarifvariante der Krankheitskostenversicherung das Alter, nach dessen Vollendung die Beitragsentlastung wirksam wird, und der vereinbarte Entlastungsbetrag angegeben, z. B.: VollMed Aktiv V65 / 200 EUR.

### 7.4 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.

### 7.5 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 Tarifeil bzw. in den jeweiligen Tarifeilen 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 § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG nicht vorgesehen ist, gilt:

Endet mit der Vereinbarung "Beitragsentlastung" auch die Krankheitskostenversicherung nach Nr. 7.5 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.

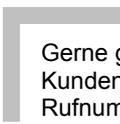
Für Versicherte, deren für die Beitragsentlastungsvereinbarung zugrunde liegende Krankheitskostenversicherung ab dem 1. Januar 2009 begonnen hat und für die die Mitgabe des Übertragungswertes nach § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG vorgesehen ist, gilt:

Endet mit der Vereinbarung „Beitragsentlastung“ auch die Krankheitskostenversicherung nach Nr. 7.5 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 EUR nicht unterschritten wird.

#### 7.6 Dauer der Beitragszahlung

Der Beitrag für die "Beitragsentlastung" ist auch nach Vollendung des 65. Lebensjahres zu zahlen, und zwar bis zur Beendigung der Krankheitskostenversicherung.



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

**Heilmittelpreise** (gültig für die Tarife: A, VollMed Tarife Akzent, PLU und Aktiv)

Die Kosten für ärztliche und zahnärztliche Leistungen erstatten wir im Rahmen der jeweils gültigen Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ). Kosten für Leistungen von Heilpraktikern erstatten wir im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH). So ist es vertraglich mit Ihnen vereinbart.

Für die Leistungserbringer von Heilmitteln, zum Beispiel Krankengymnasten und Masseur, gibt es kein allgemeingültiges Preis- und Leistungsverzeichnis. Sofern nicht vor Behandlungsbeginn ausdrücklich anders vereinbart, kann nur die übliche Vergütung gemäß der gesetzlichen Regelungen berechnet werden. Die übliche Vergütung ist Grundlage für unsere Erstattung.

Dieser Liste können Sie die üblichen Preise für Heilmittel entnehmen.

Sofern Ihr Behandler höhere als die genannten Preise mit Ihnen vereinbaren möchte, bitten wir Sie, ihn auf diese hinzuweisen und eine Regelung auf Basis dieser Beträge herbeizuführen.

Natürlich können Sie mit Ihrem Behandler auch höhere Preise vereinbaren. Bitte beachten Sie aber, dass wir die sich daraus ergebenden Mehrkosten im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes nicht erstatten.

Leistung	Erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
<b>I. Inhalationen</b>	
1. Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - als Einzelinhalation	9,00
2a Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer	5,00
2b Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - als Rauminhalation in einer Gruppe, jedoch bei Anwendung ortsgebundener Heilwässer, je Teilnehmer	8,00
3a Radon-Inhalation im Stollen	15,00
3b Radon-Inhalation mittels Hauben	18,00
<b>II. Krankengymnastik, Bewegungsübungen</b>	
4. Krankengymnastische Behandlung (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Massage -	26,00
5. Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	37,00
6. Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder frühkindlich erworbenen zentralen Bewegungsstörungen, als Einzelbehandlung bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	45,00
7. Krankengymnastik in einer Gruppe (2-8 Personen) - auch orthopädisches Turnen -, je Teilnehmer	8,00
8. Krankengymnastik in einer Gruppe bei zerebralen Dysfunktionen (2-4 Personen), Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	14,00
9a Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Behandlung von Mukoviscidose als -Einzelbehandlung- Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	45,00
9b Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (2-5 Personen) bei Behandlung schwerer Bronchialerkrankungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	14,00
10. Bewegungsübungen	10,00
11a Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	31,00
11b Krankengymnastik/Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Personen), - einschließlich der erforderlichen Nachruhe - je Teilnehmer,	16,00
12. Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	30,00
13. Chirogymnastik - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	19,00
14. Erweiterte ambulante Physiotherapie, Mindestbehandlungsdauer 120 Minuten, je Behandlungstag	107,00
15. -	
16. Extensionsbehandlung (z. B. Glissonschlinge)	7,00
17. Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (z. B. Schrägbrett, Extensionstisch, Perlsches Gerät, Schlingentisch)	9,00

Leistung	Erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
<b>III. Massagen</b>	
18a Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen bis 20 Minuten Dauer	18,00
18b Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen ab 20 Minuten Dauer	26,00
19. Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder	
19a Teilbehandlung, mindestens 30 Minuten	26,00
19b Großbehandlung, mindestens 45 Minuten	38,00
19c Ganzbehandlung, mindestens 60 Minuten	51,00
19d Kompressionsbandagierung einer Extremität	12,00
20. Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wanneninhalt von mindestens 600 Litern und einer Aggregatleistung von mindestens 200 l/min. sowie mit Druck- und Temperatur-Messeinrichtung - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	30,00
<b>IV. Packungen, Hydrotherapie, Bäder</b>	
21. Heiße Rolle - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	14,00
22a Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	
22a 1) bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien	16,00
22a 2) bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloiden, Teilpackung	30,00
22a 3) bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloiden, Großpackung	39,00
22b Schwitzpackung - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	20,00
22c Kaltpackung (Teilpackung)	
22c 1) Anwendung von Lehm, Quark	10,00
22c 2) Anwendung einmal verwendbarer Peloiden	22,00
22d Heublumensack, Peloidkomresse	12,00
22e Wickel, Auflagen, Kompressen u. a., auch mit Zusatz	6,00
22f Trockenpackung	4,00
23a Teilguß, Teilblitzguß, Wechselteilguß	4,00
23b Vollguß, Vollblitzguß, Wechselvollguß	6,00
23c Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	6,00
24a An- oder absteigendes Teilbad (z. B. Hauffe) - einschl. der erforderlichen Nachruhe -	16,00
24b An- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	26,00
25a Wechsel-Teilbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	12,00
25b Wechsel-Vollbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	18,00
26. Bürstenmassagebad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	25,00
27a Naturmoor-Halbbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	43,00
27b Naturmoor-Vollbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	52,00
28. Sandbäder - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	
28a Teilbad	38,00
28b Vollbad	43,00
29. Sole-Photo-Therapie – Behandlung großflächiger Hauterkrankungen mit Balneo-Phototherapie (Einzelbad in Sole kombiniert mit UV-A/UV-B-Bestrahlung, einschl. Nachfetten) und Licht-Öl-Bad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	43,00
30. Medizinische Bäder mit Zusätzen	
30a Teilbad (Hand-/Fußbad) mit Zusatz	9,00
30b Sitzbad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	18,00
30c Vollbad, Halbbad mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	24,00
30d Weitere Zusätze, je Zusatz	4,00
31. Gashaltige Bäder	
31a Gashaltiges Bad	26,00
31b Gashaltiges Bad mit Zusatz	30,00
31c Kohlendioxidgasbad	28,00
31d Radon-Bad	24,00
31e Radon-Zusatz, je 500.000 Millistat	4,00

Bei Teil-, Sitz- und Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die jeweiligen unter Nummern 30a bis c und 31b angegebenen Höchstbeträge um bis zu 4,00 EUR. Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nummer 30d berücksichtigungsfähig.

Leistung	Erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
<b>V. Kälte- und Wärmebehandlung</b>	
32a Eisanwendung, Kältebehandlung (z.B. Kompresse, Eisbeutel, direkte Abreibung)	13,00
32b Eisanwendung, Kältebehandlung (z.B. Kaltgas, Kaltluft)	9,00
33. Eisteilbad	13,00
34. Heißluftbehandlung oder Wärmeanwendung eines oder mehrerer Körperteile	8,00
<b>VI. Elektrotherapie</b>	
35. Ultraschallbehandlung - auch Phonophorese -	8,00
36. Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen	8,00
37. Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen	8,00
38. Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik bei spastischen oder schlaffen Lähmungen	16,00
39. Iontophorese	8,00
40. Zwei- oder Vierzellenbad	15,00
41. Hydroelektrisches Vollbad (z.B. Stangerbad) auch mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	29,00
<b>VII. Lichttherapie</b>	
42. Behandlung mit Ultraviolettlicht	
42a als Einzelbehandlung	5,00
42b in einer Gruppe, je Teilnehmer	4,00
43a Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht	5,00
43b Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	7,00
44. Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	8,00
45. Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	12,00
<b>VIII. Logopädie</b>	
46a Erstgespräch mit Behandlungsplanung und -besprechungen, einmal je Behandlungsfall	31,70
46b Standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschließlich Auswertung, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen, einmal je Behandlungsfall	49,60
46c Ausführlicher Bericht	11,80
47. Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen	
47a Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	31,70
47b Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	41,50
47c Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	52,20
48. Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung des Patienten und ggf. der Eltern, je Teilnehmer	
48a Kindergruppe, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	14,90
48b Erwachsenengruppe, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	17,40
<b>IX. Beschäftigungstherapie (Ergotherapie)</b>	
49. Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplan, einmal je Behandlungsfall	31,70
50. Einzelbehandlung	
50a bei motorischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	31,70
50b bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	41,50
50c bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	54,80
51. Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	31,70
52. Gruppenbehandlung	
52a Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	14,40
52b bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 90 Minuten, je Teilnehmer	28,70
<b>X. Sonstiges</b>	
53. Ärztlich verordneter Hausbesuch	9,20
54. Fahrkosten (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges in Höhe von 0,30 EUR je Kilometer oder ansonsten die niedrigsten Kosten des regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels. Bei Besuchen mehrerer Patienten auf demselben Weg sind die Nummern 53 und 54 nur anteilig je Patient berücksichtigungsfähig.	

## Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

### TARIF TC

#### FÜR ARBEITNEHMER

#### KRANKENTAGEGELDVERSICHERUNG

Die AVB umfassen diesen Tarif sowie (in einem gesonderten Druckstück) die Musterbedingungen 2009 - MB/KT 2009 - des Verbandes der privaten Krankenversicherung und die Tarifbedingungen der DKV.

---

#### 1. Tarifleistungen

---

1.1 Für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit nach § 1 AVB (auch an Sonn- und Feiertagen) wird ab vereinbartem Leistungsbeginn Krankentagegeld in vertraglicher Höhe gezahlt.

1.2 Als Leistungsbeginn kann einer dieser Termine vereinbart werden:

43. Tag	127. Tag
64. Tag	169. Tag
85. Tag	183. Tag
92. Tag	274. Tag
106. Tag	365. Tag

der Arbeitsunfähigkeit.

1.3 Bezieht die versicherte Person nachweislich als Berechtigte(r) im Sinne der §§ 1 und 3 Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz Elterngeld, zahlt die DKV – unabhängig von der Anzahl der Kinder – für die Dauer des Bezugs von Elterngeld (§ 4 des Gesetzes)

einmal einen Betrag in Höhe des 7fachen  
des Krankentagegeldes.

Diese Regel gilt bei erneutem Anspruch der versicherten Person auf Elterngeld entsprechend.

Maßgebend für die Berechnung ist das zu Beginn des ersten Monats, für den Elterngeld gezahlt wird, nach Tarif TC vereinbarte Tagegeld.

---

#### 2. Monatliche Beitragsraten

---

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

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

---

#### 3. Versicherungsfähigkeit

---

Nach Tarif TC sind Arbeitnehmer versicherungsfähig, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

Die versicherte Person

- ist bei der DKV für ambulante und stationäre Heilbehandlung nach Tarifen versichert, die nicht Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung vorbehalten sind,
- steht in einem festen Arbeits- oder Dienstverhältnis,
- hat ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland (siehe aber § 1 Abs. 8 AVB),
- ist weder in einem Bergbaubetrieb tätig (Ausnahmen: kaufmännische Angestellte\*) noch Berufssportler\*.

Bei Beendigung eines festen Arbeits- oder Dienstverhältnisses entfällt die Versicherungsfähigkeit, es sei denn der Versicherungsnehmer ist mit hinreichender Aussicht auf Erfolg auf der Suche nach einer neuen Tätigkeit. Fällt mindestens einer der Tarife der Krankheitskostenversicherung weg, so endet auch die Versicherung nach Tarif TC. In diesem Falle gilt § 15 Abs. 2 a AVB entsprechend.

---

\* Sonstige Arbeitnehmer in Bergbaubetrieben sind nach Tarif TB versicherungsfähig. Berufssportler sind nach Tarif TBB versicherungsfähig, sind sie Arbeitnehmer, auch nach Tarif TB.

---

#### **4. Anpassung des Versicherungsschutzes**

---

- 4.1 Die DKV bietet Gelegenheit, das Krankentagegeld entsprechend der allgemeinen Einkommensentwicklung der letzten drei Jahre zu erhöhen: erstmals im dritten Kalenderjahr nach dem Jahr des Versicherungsbeginns oder der Umwandlung aus einem anderen Tarif, danach in jedem dritten Kalenderjahr. Das Nettoeinkommen (§ 4 Abs. 2 AVB) der versicherten Person darf dabei nicht überschritten werden.
- 4.2 Die Anpassung ist auf einem dem Versicherungsnehmer im Anpassungsjahr übersandten Vordruck zu beantragen. Der Vordruck nennt die Tagegeldhöhe, bis zu der angepasst werden kann, und die Frist für seine Rückgabe. Sind die Antragsvoraussetzungen erfüllt, wird der fristgerecht eingegangene Antrag ohne erneute Risikoprüfung angenommen. Die Anpassung wird dann ohne erneute Wartezeiten zu Beginn des Monats wirksam, der auf den Zugang des Antrages bei der DKV folgt. Auf diese Erhöhung des Krankentagegeldes wird § 14 Abs. 1.2 AVB nicht angewandt.
- 4.3 Die Einzelheiten der Anpassung und der Beobachtung der allgemeinen Einkommensentwicklung werden jeweils dem Treuhänder gegenüber festgelegt.

---

#### **5. Wiederholte Arbeitsunfähigkeit**

---

Hat der Arbeitgeber Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit bei der Gehalts- oder Lohnfortzahlung berechtigterweise zusammengerechnet, werden sie bei der Ermittlung des Leistungsbeginns nach Tarif TC ebenfalls zusammengefasst.

Gerne geben wir bei Fragen ausführliche Auskunft:  
Kundenservice Center 0 18 01/358 100\*  
(\*3,9 Ct/Min. aus dem dt. Festnetz; max. 42 Ct/Min. aus dt. Mobilfunknetzen)