

Allgemeine  
Versicherungsbedingungen (AVB)  
Teil III

**VolIMed Tarif SMB**

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).

**A l l g e m e i n e s**

Die Kosten für ärztliche bzw. für zahnärztliche Leistungen werden abweichend von § 4 Abs. 2.1 AVB im Rahmen des Regelhöchstsatzes erstattet. Der Regelhöchstsatz ist für persönliche ärztliche und zahnärztliche Leistungen der 2,3-fache Gebührensatz der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ), für medizinisch-technische Leistungen der 1,8-fache Satz der GOÄ und Laborleistungen der 1,15-fache Satz der GOÄ. Erstattungsfähig sind Aufwendungen nur, soweit sie den Bemessungsgrundsätzen dieser Gebührenordnungen entsprechen und innerhalb der Regelhöchstsätze liegen.

Aufwendungen für zahntechnische Laborarbeiten und Materialien sind erstattungsfähig, soweit sie zu einem angemessenen Preis berechnet sind. Die jeweiligen Beträge, bis zu denen von einem angemessenen Preis ausgegangen wird, werden bei der Prüfung eines Kostenvoranschlages mitgeteilt.

**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 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.

Kostenersatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für:

---

## 2. Ambulante Heilbehandlung

---

2.1 Heilbehandlung durch Ärzte, sowie ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen) gemäß § 4 Abs. 2 und 2.5 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.

Heilbehandlung durch Ärzte gemäß § 4 Abs. 2 und 2.5 der AVB einschließlich verordneter Arzneien (inkl. zugehöriger Applikationshilfen) und Verbandmittel zu 75% der erstattungsfähigen Aufwendungen, wenn für die (Erst-) Behandlung nicht der Hausarzt (Arzt für Allgemeinmedizin/praktischer Arzt), ein Facharzt für Gynäkologie, für Augenerkrankungen oder für Kindererkrankungen in Anspruch genommen wird. Solche Heilbehandlungen sind indes im Rahmen einer medizinischen Notfallbehandlung zu 100% erstattungsfähig.

Die Heilbehandlung durch Heilpraktiker ist nicht erstattungsfähig.

2.2 Überwachung der Schwangerschaft durch Arzt, Hebamme oder Entbindungspfleger sowie Hausentbindungen.

2.3 Schutzimpfungen (einschließlich Impfstoff), die von der Ständigen Impfkommission empfohlen werden (nicht für Beruf und Reisen).

2.4 Häusliche Krankenpflege bis zu den Beträgen, die für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung vereinbart sind.

Voraussetzung ist eine Verordnung durch den Arzt.

Wir ersetzen Aufwendungen für häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn eine ambulante Palliativversorgung erforderlich ist oder eine ärztliche Krankenpflege nicht in Frage kommt. Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Behandlungspflege, Grundpflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung.

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.

2.5 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 Verdienstausfall ebenfalls insgesamt bis zu 15 Euro pro Stunde und 90 Euro pro Tag.

2.6 Kurzzeitpflege bis zu dem nach § 42 Abs. 2 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch festgelegten Höchstbetrag<sup>1</sup>.

Wir ersetzen bei Kurzzeitpflege nur die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und medizinische Behandlungspflege.

---

<sup>1</sup> Höchstbetrag 1.774 Euro (Stand: 1. Januar 2022)

Für den Leistungsanspruch müssen folgende Voraussetzungen gemeinsam erfüllt sein:

- Die Leistungen der häuslichen Krankenpflege in Form der Unterstützungspflege nach Nr. 2.4 reichen bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, nach einem krankheits- oder unfallbedingtem 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.

- 2.7 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.

---

### 3. Stationäre Heilbehandlung

---

- 3.1 Unterbringung, Verpflegung und Behandlung im Krankenhaus als Regelleistung gemäß § 4 Abs. 4.1 und 4.2 der AVB.

- 3.2 Medizinisch notwendige Fahrten und Transporte zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.

---

### 4. Zahnbehandlung

---

- 4.1 Zahnbehandlung gemäß § 4 Abs. 2.7 der AVB.

- 100% für allgemeine und prophylaktische zahnärztliche Leistungen einschließlich professioneller Zahnreinigung, konservierende (ausgenommen Einlagefüllungen) und chirurgische Zahnbehandlung einschließlich Röntgenleistungen, Leistungen bei Erkrankung der Mundschleimhaut und des Parodontiums.
- 60% für Einlagefüllungen (Inlays), Aufbissbehelfe und Schienen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen.

- 4.2 Zahnersatz gemäß § 4 Abs. 2.8 der AVB.

- 60% für Zahnkronen, Kieferorthopädie sowie prothetische und implantologische Leistungen, insbesondere Brücken und Kronen.

- 4.3 Der Erstattungsbetrag für Zahnbehandlung und Zahnersatz ist insgesamt begrenzt auf 5.000 Euro jeweils für einen Zeitraum von zwei aufeinander folgenden Kalenderjahren.  
Unter Berücksichtigung dieser Begrenzung werden in den ersten 6 Kalenderjahren jedoch höchstens erstattet:

1.000 Euro insgesamt im 1. Kalenderjahr  
1.500 Euro insgesamt im 1. bis 2. Kalenderjahr  
2.500 Euro insgesamt im 1. bis 3. Kalenderjahr  
5.000 Euro insgesamt im 1. bis 4. Kalenderjahr  
7.500 Euro insgesamt im 1. bis 5. Kalenderjahr  
10.000 Euro insgesamt im 1. bis 6. Kalenderjahr.

Die Begrenzung der erstattungsfähigen Aufwendungen 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.

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

---

## 5. Selbstbeteiligung

---

Die oben angegebenen Tarifleistungen gelten unter Abzug der tariflich vereinbarten Selbstbeteiligung. Die Selbstbeteiligung gilt pro Person und Kalenderjahr (vgl. § 4 Abs. 9 der AVB). Die Selbstbeteiligung beträgt für versicherte Personen:

ab dem 20.  
Lebensjahr  
Frauen                    370,00 Euro  
Männer                    400,00 Euro

ab dem 15.  
bis zum 20.  
Lebensjahr  
Frauen                    330,00 Euro  
Männer                    330,00 Euro

bis zum 15.  
Lebensjahr                165,00 Euro.

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

---

## 6. Optionsrecht

---

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass der Versicherer einen Antrag auf Abschluss des VollMed Tarifs PLU ohne erneute Risikoprüfung und Wartezeiten annimmt, soweit der Versicherungsnehmer dies bis zu dem auf die Vollendung des 45. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr beantragt.

Darüber hinaus kann der Versicherungsnehmer 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

- die Selbstbeteiligung nach Art und Umfang mindestens genau so hoch ist, wie im versicherten Tarif zum Zeitpunkt der Umstellung,
- bei stationärer Behandlung der Leistungsumfang auf die Kosten für wahlärztliche Leistungen und die Unterbringung im Zweibettzimmer begrenzt ist.

Das Optionsrecht kann ausschließlich zum 1. Januar des vierten oder sechsten Kalenderjahres nach erstmaligem Versicherungsbeginn des VollMed Tarifs SMB ausgeübt werden. Der Antrag auf Abschluss des VollMed Tarifs PLU bzw. der Antrag auf Wechsel in andere Tarife muss dem Versicherer spätestens am 31.10. des dritten bzw. fünften Kalenderjahres nach erstmaligem Versicherungsbeginn des VollMed Tarifs SMB vorliegen.

Bei Ausübung des Optionsrechts werden besonders vereinbarte Beitragszuschläge entsprechend angepasst, Leistungsausschlüsse und andere Sondervereinbarungen bleiben bestehen.

Das Recht, jederzeit einen Umwandlungsantrag gemäß § 1 Abs. 6 der MB/KK 2009 zu stellen sowie das Recht auf einen Tarifwechsel entsprechend der Regelung des § 204 Versicherungsvertragsgesetz, bleibt unberührt.

---

## 7. Obliegenheiten

---

Neben dem VollMed Tarif SMB darf für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskostenteil- oder Krankheitskostenvollversicherung mit Ausnahme des VollMed Tarifs PLU bei der DKV oder einer anderen privaten Krankenversicherung fortgeführt oder abgeschlossen werden.

---

## 8. Beitragsentlastung

---

### 8.1 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.

### 8.2 Entlastungsbetrag

- Es kann ein monatlicher Entlastungsbetrag in Stufen von jeweils 50 Euro 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. 8.2 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.

### 8.3 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 SMB V65 / 200 Euro.

### 8.4 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.

### 8.5 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 Tariftteil bzw. in den jeweiligen Tariftteilen 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. 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 § 146 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 Krankenhausstagesgeldversicherung angerechnet, soweit dadurch bei der weiter bestehenden Versicherung eine monatliche Beitragsrate von 2,56 Euro nicht unterschritten wird.

### 8.6 Dauer der Beitragszahlung

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