

Allgemeine
Versicherungsbedingungen (AVB)
Teil II (Tarif)
für den

KombiMed Tarif NHB

FÜR GKV-VERSICHERTE

KRANKHEITSKOSTENVERSICHERUNG

Teil II gilt nur in Verbindung mit den AVB – Teil I – für Ergänzungsversicherungen zur gesetzlichen Krankenversicherung (Druckstück B 161)

Sehr geehrter Versicherungsnehmer,

Teil II der AVB enthält die speziell für Ihren gewählten Versicherungsschutz geltenden Bestimmungen, insbesondere zu Art und Umfang der Versicherungsleistung.

Ihre DKV Deutsche Krankenversicherung AG

Inhaltsverzeichnis

I. Unsere Leistungen	
1. Serviceleistungen	3
2. Leistungen bei ambulanter Heilbehandlung durch Ärzte oder Heilpraktiker nach Methoden der Alternativmedizin	
2.1 Erstattungsfähige Aufwendungen	3
2.2 Aufwendungsersatz	3
II. Ihre Leistungen	
Monatliche Beitragsraten	3
III. Sonstiges	
1. Welche Obliegenheit ist zu beachten; was passiert bei Verletzung der Obliegenheit?	4
2. Können wir den Versicherungsschutz anpassen?	4
3. Wer ist versicherungsfähig; was passiert bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit?	4
4. Kann die Versicherung nach Wegfall der Versicherungsfähigkeit fortgeführt werden?	4

I. Unsere Leistungen

1. Serviceleistungen

Medizinische Informationen und Beratungen bei ambulanter Heilbehandlung

Neben dem Ersatz von Aufwendungen für Krankheitskosten bieten wir Ihnen Serviceleistungen unseres Gesundheitstelefon, die Sie in Anspruch nehmen können.

Sie erreichen uns unter der Telefonnummer 0 18 01/358 100 (3,9 Ct/Min. aus dem dt. Festnetz; max. 42 Ct/Min. aus dt. Mobilfunknetzen).

Unsere Experten beraten Sie und geben Ihnen Informationen zu

- allgemeinen Gesundheitsfragen, Krankheiten, Arzneimitteln, Diagnose- und Behandlungsmethoden, Heil- und Hilfsmitteln, Vorsorgeprogrammen und Schutzimpfungen

wir nennen Ihnen

- Adressen und Telefonnummern von Behandlern und Kliniken

wir senden Ihnen

- Behandlungsleitlinien und Informationsmaterial für bestimmte Erkrankungen

außerdem bieten wir Ihnen

- zur Klärung schwieriger medizinischer Fragen
 - die Einschaltung von Spezialisten
 - die Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung.

2. Leistungen bei ambulanter Heilbehandlung durch Ärzte oder Heilpraktiker nach Methoden der Alternativmedizin

2.1 Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind – unabhängig von der Regelung in § 10 AVB Teil I – Aufwendungen für:

- vom Arzt oder Heilpraktiker durchgeführte Behandlungen nach Methoden der Alternativmedizin, die im jeweils gültigen Hufelandverzeichnis oder im jeweils gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sind,

soweit bei einer Behandlung durch Ärzte die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze¹ der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen bzw. bei der Behandlung durch Heilpraktiker das Honorar im Rahmen der Beträge des GebüH liegt.

- Vom Arzt oder Heilpraktiker im Zusammenhang mit einer solchen Behandlung verordnete Arznei-, Verband- und Heilmittel.

2.2 Aufwendungsersatz

Die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus Nr. 2.1 ergeben, werden zu 80% ersetzt, höchstens jedoch 1.000 EUR je Kalenderjahr.

Die Aufwendungen werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem der Arzt oder Heilpraktiker in Anspruch genommen, die Arznei-, Verband- und Heilmittel bezogen worden sind.

II. Ihre Leistungen

Monatliche Beitragsraten

1. Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.
2. Die Berechnung des Eintrittsalters richtet sich nach § 20 Abs. 1 AVB Teil I.
3. Für die versicherte Person, die das 19., 29., 39., 49., 59., 69., 79. bzw. das 89. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.

¹ Höchstsätze sind der 3,5fache Satz für persönliche Leistungen der GOÄ, der 2,5fache Satz bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ bzw. der 1,3fache Satz bei Leistungen nach Abschnitt M der GOÄ.

III. Sonstiges

1. Welche Obliegenheit ist zu beachten; was passiert bei Verletzung der Obliegenheit?

- 1.1 Neben KombiMed Tarif NHB darf für eine versicherte Person außer KombiMed Tarif AZM keine weitere Krankheitskostenversicherung für die in Nr. 1.2 genannten Leistungen bei uns oder einem anderen privaten Krankenversicherer fortgeführt oder abgeschlossen werden (s. § 22 Abs. 4 und § 23 AVB Teil I).
- 1.2 Wird diese Obliegenheit verletzt, sind wir mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (s. Anhang AVB Teil I) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei. Wir können das Versicherungsverhältnis aber auch ohne Einhaltung einer Frist unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (s. Anhang AVB Teil I) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung kündigen.

2. Können wir den Versicherungsschutz anpassen?

Wir sind unter den Voraussetzungen des § 27 AVB Teil I berechtigt, auch tariflich vorgesehene Höchstbeträge mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse den veränderten Verhältnissen anzupassen.

3. Wer ist versicherungsfähig; was passiert bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit?

Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Wenn die Versicherungsfähigkeit nicht mehr gegeben ist, endet die Versicherung nach KombiMed Tarif NHB. Den Eintritt des Beendigungsgrundes haben Sie uns innerhalb von zwei Monaten nach Wegfall der Versicherungsfähigkeit schriftlich mitzuteilen.

4. Kann die Versicherung nach Wegfall der Versicherungsfähigkeit fortgeführt werden?

Nach Eintritt des Beendigungsgrundes haben die versicherten Personen innerhalb von zwei Monaten das Recht, ihre Versicherung in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzuführen. Eine solche Versicherung erhält die erworbenen Rechte, bietet aber keinen Versicherungsschutz und hat dementsprechend geringere Beiträge.

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)