DKV Deutsche Krankenversicherung AG

Der Gesundheitsversicherer der ERGO

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

KombiMed Tarif HMR

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 für Sehhilfen
2.1 Erstattungsfähige Aufwendungen 3
2.2 Aufwendungsersatz 3

3. Leistungen für Hörgeräte
3.1 Erstattungsfähige Aufwendungen 3
3.2 Aufwendungsersatz 3

4. Leistungen für Hilfsmittel (ausgenommen Sehhilfen und Hörgeräte)
4.1 Erstattungsfähige Aufwendungen 3
4.2 Aufwendungsersatz 3

5. Leistungen bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt bis zu drei Monaten Dauer
5.1 24-Stunden-Notruf-Service 4
5.2 Erstattungsfähige Aufwendungen 4
5.3 Aufwendungsersatz 5
5.4 Todesfall im Ausland 5
5.5 Vom Bedingungsteil (AVB Teil I) abweichende Regelungen 5

II. Ihre Leistungen

Monatliche Beitragsraten 5

III. Sonstiges

1. Welche Obliegenheit ist zu beachten; was passiert bei Verletzung der Obliegenheit? 5

2. Können wir den Versicherungsschutz anpassen? 5

3. Wer ist versicherungsfähig; was passiert bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit? 6

4. Kann die Versicherung nach Wegfall der Versicherungsfähigkeit fortgeführt werden? 6

I. Unsere Leistungen

1. Serviceleistungen

Medizinische Informationen und Beratungen bei ambulanter Heilbehandlung

Neben dem Ersatz von Aufwendungen für Krankheitskosten bieten wir Ihnen Serviceleistungen unseres Gesundheitstelefons, die Sie in Anspruch nehmen können.
Sie erreichen uns unter der Telefonnummer 0800/3746 444 (gebührenfreie Rufnummer).

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 für Sehhilfen

2.1 Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- Sehhilfen; nach Vollendung des 14. Lebensjahres jedoch nur bei Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien auf einem Auge bzw. ohne eine solche Veränderung der Sehfähigkeit frühestens zwei Jahre nach Bezug der letzten Sehhilfe.
  Aufwendungen für Reparaturen sind nicht erstattungsfähig.

2.2 Aufwendungsersatz

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden je Sehhilfe zu 90% ersetzt, höchstens jedoch 300 EUR.

3. Leistungen für Hörgeräte

3.1 Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- Hörgeräte.

3.2 Aufwendungsersatz

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden je Hörgerät zu 80% ersetzt, höchstens jedoch 600 EUR.

4. Leistungen für Hilfsmittel (ausgenommen Sehhilfen und Hörgeräte)

4.1 Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind – unabhängig von § 8 Nr. 2.3 a) und b) AVB Teil I – nach vorheriger Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Aufwendungen für:

- Hilfsmittel (ausgenommen Sehhilfen und Hörgeräte).

4.2 Aufwendungsersatz

Die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 80% ersetzt, höchstens jedoch 300 EUR je Kalenderjahr.

5. Leistungen bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt bis zu drei Monaten Dauer

5.1 24-Stunden-Notruf-Service

Bei Auslandsreisen steht Ihnen der 24-Stunden-Notruf-Service – Telefonnummer +49 221/578 2222 – 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, unter bestimmten Voraussetzungen auch von mitgereisten gesunden Kindern (s. auch tariflichen Leistungsanspruch gemäß Nr. 5.2),
- Organisation einer Betreuung von mitgereisten Kindern unter 16 Jahren vor Ort durch einen Kinderdienst für die Dauer der stationären Heilbehandlung, wenn auf Grund eines medizinischen Notfalls eine stationäre Heilbehandlung beider Eltern im Ausland (nicht Ort des gewöhnlichen Aufenthaltes) notwendig ist. Vorstehende Regelung gilt entsprechend, wenn ein stationärer Krankenhausaufenthalt eines ohne Partner reisenden Elternteils erforderlich ist.
- Organisation der Reise und der Unterbringung einer der versicherten Person nahe stehenden Person (z.B. Familienangehörige, Lebenspartner) von deren Wohnort zum Krankenhaus und zurück, wenn der Krankenhausaufenthalt des Versicherten im Ausland länger als 10 Tage dauert.
- Organisation des Transports von zur Heilbehandlung erforderlichen Blutkonserven und Arzneimitteln ins Ausland (s. auch tariflichen Leistungsanspruch gemäß Nr. 5.2),
- Organisation einer Beisetzung im Ausland bzw. Überführung an den Ort des gewöhnlichen Aufenthaltes (s. auch tariflichen Leistungsanspruch gemäß Nr. 5.4).

5.2 Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- Ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung
  - a) ärztliche Behandlung,
  - b) Arznei- und Verbandmittel,
  - c) Heilmittel (s. § 8 Abs. 2.2 AVB Teil I),
  - d) stationäre Behandlung (einschließlich Unterkunft und Verpflegung),
  - e) den notwendigen Transport in das nächstliegende Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt durch anerkannte Rettungsdienste,
  - f) schmerzstillende Zahnbehandlung und Zahnfüllung in einfacher Ausführung (nicht aber Zahnersatz und Zahnkronen).

- Rücktransport aus dem Ausland

  Mehrkosten des medizinisch notwendigen Rücktransportes an den Ort des gewöhnlichen Aufenthaltes der versicherten Person oder in das diesem Wohnsitz nächstgelegene Krankenhaus. Die Mehrkosten des Rücktransportes werden auch übernommen, wenn nach der Prognose des behandelnden Arztes die Dauer der Krankenhausbehandlung im Aufenthaltsland voraussichtlich 14 Tage übersteigen würde. Für den Rücktransport bieten wir einen 24-Stunden-Notruf-Service an (s. auch Nr. 5.1).

  Wird der Rücktransport nicht durch uns organisiert,
  so sind die Aufwendungen nur zu **80% erstattungsfähig.**

  Mehrkosten eines begleiteten Rücktransportes mitgereister minderjähriger Kinder unter 16 Jahren an den Ort ihres gewöhnlichen Aufenthaltes, wenn auf Grund eines medizinischen Notfalls eine stationäre Heilbehandlung beider Eltern bzw. eines ohne Partner reisenden Elternteils im Ausland (nicht Ort des gewöhnlichen Aufenthaltes) notwendig ist (s. auch Nr. 5.1).

  Die Regelung zu einem begleitenden Rücktransport mitgereister minderjähriger Kinder unter 16 Jahren gilt entsprechend bei Tod beider Eltern bzw. eines ohne Partner reisenden Elternteiles im Ausland.

  Wird der Rücktransport der Kinder nicht durch uns organisiert,
  so sind die Aufwendungen nur zu **80% erstattungsfähig.**

- Transport von Arzneimitteln und Blutkonserven

  unter Beachtung der geltenden Transport- sowie Im- und Exportbestimmungen von der nächstgelegenen Abgabestelle (Apotheke, Krankenhaus oder andere behördlich zugelassene Abgabestelle) bis zur versicherten Person, sofern lebensnotwendige Arzneimittel gestohlen worden bzw. verdorben sind und diese oder vergleichbare Arzneimittel vor Ort nicht erhältlich sind bzw. zur Heilbehandlung Blutkonserven fehlen oder ein berechtigter Wunsch des Kunden nach Blutkonserven aus Deutschland (z.B. Eigenblutkonserven) besteht (s. auch Nr. 5.1).

  Wird der Transport nicht durch uns organisiert,
  so sind die Aufwendungen nur zu **80% erstattungsfähig.**

5.3 Aufwendungsersatz

Die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus Nr. 5.2 ergeben, werden zu 100% ersetzt.

5.4 Todesfall im Ausland

Stirbt die versicherte Person während des Auslandsaufenthaltes, werden ersetzt:

- die unmittelbaren Kosten einer Überführung an den Ort ihres gewöhnlichen Aufenthaltes bis zu 10.000 EUR,
- im Falle einer Beisetzung im Ausland entstandene Bestattungskosten bis zu 10.000 EUR.

5.5 Vom Bedingungsteil (AVB Teil I) abweichende Regelungen

Für die in den Nrn. 5.1 bis 5.4 genannten Leistungen gelten an Stelle teilweise anders lautender Bestimmungen des Bedingungsteils (AVB Teil I) folgende Regelungen:

zu § 7 Abs. 1 bis 3 AVB Teil I:

Kein Versicherungsschutz besteht für Behandlungen im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren sowie für Krankheiten, von denen für die versicherte Person erkennbar bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise behandelt werden müssen, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde.

Als Ausland gelten nicht die Länder, in denen sich der Ort des gewöhnlichen Aufenthaltes der versicherten Person befindet; die Bundesrepublik Deutschland gilt nicht als Ausland.

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – jeweils mit Beendigung eines Auslandsaufenthaltes, spätestens jedoch drei Monate nach Beginn des Auslandsaufenthaltes bzw. mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Kann die versicherte Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen nicht bis zur Beendigung des Versicherungsschutzes zurückreisen, verlängert sich die Leistungspflicht für den bereits eingetretenen Versicherungsfall so lange, bis sie wieder transportfähig ist.

zu § 5 Abs. 1 und 2 AVB Teil I:

Die Wartezeiten entfallen für Leistungen bei Auslandsaufenthalt.

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 § 22 Abs. 1 AVB Teil I.
3. Für die versicherte Person, die das 19. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.

III. Sonstiges

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

1.1 Neben KombiMed Tarif HMR darf für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskostenversicherung für die in Nr. I.2, I.3 und I.4 genannten Leistungen bei uns oder einem anderen privaten Krankenversicherer fortgeführt oder abgeschlossen werden (s. § 24 Abs. 4 und § 25 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 § 29 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 GKV versichert sind.
Wenn die Versicherungsfähigkeit nicht mehr gegeben ist, endet die Versicherung nach KombiMed Tarif HMR. 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 0800/3746 444 (gebührenfreie Rufnummer)

Anlage zu KombiMed Tarif HMR
Information über die monatlichen Beiträge in den jeweiligen Altersgruppen

Wir haben den Tarif HMR nach Art der Schadenversicherung kalkuliert. Tarife nach Art der Schadenversicherung sind reine Risikotarife. Es werden keine Rückstellungen für das Alter angespart, um den mit zunehmendem Alter eintretenden Anstieg der Krankheitskosten vorzufinanzieren. Wir berechnen den Beitrag in diesen Tarifen nach Altersgruppen.
Bei Erreichen einer neuen Altersgruppe haben Sie - zusätzlich zu eventuell erforderlichen Beitragsanpassungen - den jeweiligen Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Der Wechsel der Altersgruppe hat in der Regel deutliche Beitragssteigerungen zur Folge. Wir informieren Sie gerne über die Beiträge in den einzelnen Altersgruppen.

Tarif HMR

Eintrittsalter* der versicherten Person	Monatliche Beiträge in Euro (Einzelversicherung)** (Stand 1.7.2017)
0-19	7,86
ab 20	10,06

* Das Eintrittsalter errechnet sich aus der Differenz zwischen dem Jahr, in dem die Versicherung beginnt, und dem Geburtsjahr.

** Ohne etwaigen Beitragsnachlass und ohne etwaige Zuschläge. Den individuellen aktuell zu zahlenden Beitrag für die versicherte Person finden Sie im Versicherungsschein bzw. Nachtrag zum Versicherungsschein.