

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

TARIF BS 1

KRANKHEITSKOSTENVERSICHERUNG ALS GRUNDSCHUTZ

Dieser Tarif gilt in Verbindung mit den AVB (Musterbedingungen 2009 - MB/KK 2009 - und Tarifbedingungen) für die Krankheitskostenversicherung.

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.

2. Weitere Leistungen nach Tarif BS 1

Erstattet werden Aufwendungen für:		Erstattung:
2.1	Ambulante Heilbehandlung ärztliche Leistungen	100 % bis zum 1,7fachen, bei Leistungen nach den Abschnitten A, E und O bis zum 1,3fachen sowie bei Leistungen nach Abschnitt M bis zum 1,1fachen Satz der GOÄ*
	Arznei- und Verbandmittel Leistungen des Masseurs, medizinischen Bademeisters, Krankengymnasten, Ergotherapeuten, Podologen, medizinischen Fußpflegers,	100 % soweit die Selbstbeteiligung - je Kalenderjahr und Person 153,39 EUR ab 21. Lebensjahr, vorher 76,69 EUR - überschritten wird**
	Hilfsmittel (vgl. § 4 Abs. 3.3 AVB - jedoch ohne Sehhilfen und Brillenfassungen)	
	Sehhilfen (einschließlich Brillenfassungen)	100 %, innerhalb von zwei Kalenderjahren bis zu einem Höchstsatz von insgesamt 102,26 EUR
	* Amtliche deutsche Gebührenordnung für Ärzte	
	** Die Aufwendungen werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Behandlung erfolgte. Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar, wird die Selbstbeteiligung für das erste Kalenderjahr um jeweils 1/12 für jeden fehlenden Monat gemindert. Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, mindert sich die Selbstbeteiligung nicht. Nach Vollendung des 20. Lebensjahres gilt ab folgendem Kalenderjahr die höhere Selbstbeteiligung.	
	Die Inanspruchnahme von Heilpraktikern und von Diplom-Psychologen mit einer Erlaubnis nach § 1 Abs. 1 Heilpraktikergesetz fällt nicht unter Versicherungsschutz.	
2.2	Zahnärztliche Behandlung	
	Zahnbehandlung sowie prophylaktische Leistungen einschließlich professioneller Zahnreinigung (PZR)	100 % bis zum 2,0fachen Satz der GOZ*
	Zahnersatz (z. B. Prothesen, Brücken) - Abschnitte F und H der GOZ -	70 % höchstens jedoch 70 % des 2,3fachen Satzes der GOZ
	* Amtliche deutsche Gebührenordnung für Zahnärzte	
	Kieferorthopädie - Abschnitt G der GOZ -	75 % höchstens jedoch 75 % des 2,3fachen Satzes der GOZ
	zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, soweit sie zu den üblichen Preisen berechnet sind	70 %
	Leistungen, die gemäß den Vorschriften der GOZ nach der GOÄ zu berechnen sind	100 % bis zu den für ärztliche Leistungen gem. Nr. 2.1 erstattungsfähigen Sätzen der GOÄ
	Bei Zahnersatz und bei Kieferorthopädie empfiehlt es sich, der DKV vor der eigentlichen Behandlung einen Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorzulegen. Der Versicherte erhält dann eine Mitteilung über die Versicherungsleistung.	
2.3	Stationäre Heilbehandlung	
	Krankenhauspflegesatz*	100 %
	neben dem Pflegesatz berechnete diagnostische und therapeutische Leistungen, Leistungen der Hebamme	
	Transport im Krankenwagen zum Krankenhaus bis 100 km	
	* Mit dem Pflegesatz für das Mehrbettzimmer - allgemeine Krankenhausleistungen - sind auch die ärztlichen Leistungen abgegolten (Ausnahme: belegärztliche Leistungen).	

Wird bei stationärer Behandlung ein Belegarzt in Anspruch genommen, erstattet die DKV seine Gebühren zu 100 % bis zum 1,7fachen, bei Leistungen nach den Abschnitten A, E und O bis zum 1,3fachen sowie bei Leistungen nach Nr. 437 und Abschnitt M bis zum 1,1fachen Satz der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte.

Belegärzte sind Ärzte in eigener Praxis, die ihre Patienten bei Krankenhausaufenthalt weiterbehandeln.

3. Monatliche Beitragsraten

- 3.1 Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.
- 3.2 Die Berechnung des Eintrittsalters richtet sich nach § 8 Abs. 2.1 AVB.
- 3.3 Für die versicherte Person, die das 14. bzw. das 19. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.

4. Behandlungsausweis

- 4.1 Die DKV stellt einen Behandlungsausweis (Basis-Card) aus
- für den Versicherungsnehmer, dessen Einkommen zusammen mit demjenigen seines Ehegatten bzw. Lebenspartners gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz die Jahresarbeitsentgeltgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht überschreitet,
 - und für seine im Tarif BS 1 mitversicherten unterhaltsberechtigten Familienangehörigen (Ehegatte bzw. Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Kinder unter 25 Jahren).

Sind mindestens zwei unterhaltsberechtigende Kinder unter 25 Jahren bei der DKV versichert, wird der Ausweis auch dann ausgestellt, wenn das Einkommen beider Ehegatten bzw. Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz die obige Grenze um nicht mehr als ein Drittel überschreitet.

Die DKV kann Einkommensnachweise verlangen.

- 4.2 Als Einkommen gelten
- bei Arbeitnehmern das Bruttoarbeitsentgelt,
 - bei Selbstständigen der nach dem Einkommensteuergesetz ermittelte Gewinn (Betriebseinnahmen abzüglich Betriebsausgaben) aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb und selbstständiger Arbeit,
 - Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und Versorgungsbezüge.

Als Einkommen gelten auch sonstige regelmäßige Einkünfte.

- 4.3 Der Behandlungsausweis wird ungültig, wenn das Einkommen des Versicherungsnehmers - gegebenenfalls zusammen mit demjenigen seines Ehegatten bzw. Lebenspartners gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz - nicht nur vorübergehend die Einkommensgrenze nach 4.1 überschreitet, spätestens jedoch drei Jahre nach der Ausstellung. Bestehen die Voraussetzungen nach 4.1 weiterhin, stellt die DKV auf Antrag einen neuen Ausweis aus.
- 4.4 Ungültige Behandlungsausweise dürfen nicht mehr verwendet werden; sie müssen auf Verlangen der DKV zurückgesandt werden.

5. Einkommensverbesserung / Änderung der Familiengröße: Verpflichtung zur Anzeige

Der Versicherungsnehmer hat die DKV unverzüglich schriftlich zu informieren,

- wenn sein Einkommen - gegebenenfalls zusammen mit demjenigen seines Ehegatten bzw. Lebenspartners gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz - die Grenze nach 4.1 nicht nur vorübergehend überschreitet,
- wenn seine Familie nicht mehr die in 4.1 genannte Größe hat und sein Einkommen die Jahresarbeitsentgeltgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung übersteigt.

6. Versicherungsfähigkeit

- 6.1 In den Tarif BS 1 können Personen, deren Einkommen die Grenzen nach 4.1 nicht übersteigt, aufgenommen werden.
- 6.2 Wird die Einkommensgrenze nach 4.1 überschritten bzw. die Familiengröße unterschritten, können die versicherten Personen den Tarif BS 1 ohne Behandlungsausweis beibehalten.

Innerhalb von drei Monaten nach Feststellung des Überschreitens der Einkommensgrenze bzw. nach Unterschreiten der Familiengröße nach 4.1 haben die versicherten Personen das Recht, ihre Versicherung ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneuten Wartezeiten in andere für den Neuzugang geöffnete Krankheitskostentarife mit gleichartigen Leistungen umstellen zu lassen. Dabei wird das dann erreichte Alter zugrunde gelegt und die Alterungsrückstellung (§ 8a AVB) berücksichtigt.

7. Auszahlung an den Arzt / Zahnarzt

Die DKV kann die Versicherungsleistungen für ärztliche und zahnärztliche Behandlung auf Wunsch an den Arzt bzw. Zahnarzt überweisen, dessen Rechnung ihr der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person unquittiert einreicht. Insoweit gilt das Abtretungsverbot (§ 6 Abs. 6 AVB) nicht. Der Versicherungsnehmer erhält eine Zahlungsmitteilung.

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