

## Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

### TARIF GST

Für den Zugang  
ab 1.3.2009

#### KRANKHEITSKOSTENVERSICHERUNG

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

#### U n s e r e   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.

---

##### 2. **Ambulante Heilbehandlung, Früherkennung, Entbindung, Rückführung aus dem Ausland, Todesfall im Ausland**

---

2.1 **Erstattungsfähig** sind Aufwendungen für:

- Ärztliche Leistungen  
einschließlich  
gezielter Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen, insbesondere zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei Frauen und Männern,

zur Früherkennung von Herz- und Kreislauferkrankungen, Nierenerkrankungen und Zuckerkrankheit,  
zur Sicherung der normalen körperlichen und geistigen Entwicklung des Kindes,  
(die in den gesetzlich eingeführten Programmen vorgesehenen Altersgrenzen für Erwachsene  
müssen nicht eingehalten werden)

Schutzimpfungen,  
die von der Ständigen Impfkommission des zuständigen Bundesinstitutes empfohlen werden.<sup>1</sup>

Psychotherapie  
(siehe Leistungsvoraussetzung § 4 Abs. 2.1 und 2.2 AVB)

bis zu	30	Sitzungen	zu	100 %,
von der	31.	Sitzung an	zu	80 %,
von der	61.	Sitzung an	zu	70 %,

soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

Erstattungsfähig sind auch über den Höchstsätzen dieser Gebührenordnung liegende Aufwendungen, die durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwernisse begründet und nach den Bemessungskriterien der Gebührenordnung angemessen sind.

- Transport zum nächsterreichbaren Arzt oder Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Unfall bzw. Notfall.
- Fahrten zum und vom nächsterreichbaren zuständigen Arzt bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit.
- Häusliche Behandlungspflege  
Medizinische Leistungen von Pflegefachkräften nach Anweisung des Arztes (wie Verband- oder Katheterwechsel, Injektionen), soweit die Vergütungen im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet sind. Sind zwischen den Leistungserbringern und den gesetzlichen Kostenträgern Vergütungen vereinbart, gelten diese als üblich.
- Häusliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung durch Pflegefachkräfte, wenn durch die häusliche Krankenpflege stationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird. Die Pflege muss ärztlich verordnet sein. Erstattungsfähig sind die Vergütungen, die in der Pflegepflichtversicherung mit Leistungserbringern vereinbart sind.
- Leistungen des Heilpraktikers, nach dem jeweils gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) und soweit das Honorar im Rahmen der Beträge des GebüH liegt.
- Arznei- und Verbandmittel (siehe § 4 Abs. 3 und 3.1 AVB).
- Leistungen der Hebamme / des Entbindungspflegers, soweit die Gebühren im Rahmen der dafür geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung liegen.
- Leistungen des Masseurs, des Masseurs und medizinischen Bademeisters, des Krankengymnasten, des Physiotherapeuten, des Ergotherapeuten, des Podologen, des medizinischen Fußpflegers, soweit die Vergütungen im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet sind.
- Leistungen des Logopäden, soweit die Vergütungen im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet sind.
- Hilfsmittel (siehe § 4 Abs. 3.3 AVB - ausgenommen Sehhilfen einschließlich Brillenfassungen).
- Sehhilfen (einschließlich Brillenfassungen) abweichend von § 4 Abs. 3.3 AVB  
je Kalenderjahr bis zu 250 EUR.
- Rückführung aus dem Ausland  
Mehrkosten des medizinisch notwendigen Rücktransports wegen Krankheit oder Unfallfolgen an den Heimatwohnsitz oder in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus.

<sup>1</sup> Ein aktuelles Verzeichnis, in dem die einzelnen erstattungsfähigen Schutzimpfungen aufgeführt sind, erhalten Sie kostenlos auf Anforderung. Sie können sich aber auch direkt an unsere Experten wenden.

- Todesfall im Ausland
 

Überführung an den Heimatwohnsitz aus dem Ausland	bis zu	10 000 EUR,
Beisetzung im Ausland	bis zu	10 000 EUR.

2.2 **Die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus Nr. 2.1 ergeben, werden zu 100 % ersetzt, abzüglich des nach Nr. 5 vorgesehenen Selbstbehaltes.**

2.3 Serviceleistungen

Rufen Sie unsere Experten an. Wir informieren Sie über Behandlungsmethoden, Arznei- und Hilfsmittel, Vorsorgeprogramme und anderes mehr.

---

### 3. Zahnärztliche Heilbehandlung, Früherkennung

---

3.1 **Erstattungsfähig** sind Aufwendungen für:

- Zahnärztliche Leistungen einschließlich
  - gezielter Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, Individual-Prophylaxe einschließlich professioneller Zahnreinigung (PZR),
  - Einlagefüllungen,
  - Zahnkronen, Zahnersatz (z. B. Prothesen, Brücken) mit vorbereitenden Maßnahmen,
  - funktionsanalytischer, funktionstherapeutischer und implantologischer Leistungen,
  - kieferorthopädischer Leistungen mit vorbereitenden Maßnahmen,
  - Erstellen eines Heil- und Kostenplanes,

soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte bzw. Ärzte liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

Erstattungsfähig sind auch über den Höchstsätzen dieser Gebührenordnung liegende Aufwendungen, die durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwernisse begründet und nach den Bemessungskriterien der Gebührenordnung angemessen sind.

- Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, soweit sie im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet sind.

3.2 **Die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus Nr. 3.1 ergeben, werden ersetzt,**

- |     |  |    |   |
|-----|--|----|---|
| bei | Zahnkronen, Zahnersatz, funktionsanalytischen, funktionstherapeutischen und implantologischen Leistungen einschließlich der jeweils vorbereitenden Maßnahmen | zu | 75 %,   |
| bei | sonstigen zahnärztlichen Leistungen einschließlich kieferorthopädischen Leistungen und der vorbereitenden Maßnahmen  | zu | 100 %,  |
| bei | zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien  |    | Erstattungsprozentsatz wie bei der zu Grunde liegenden zahnärztlichen Leistung, |

abzüglich des nach Nr. 5 vorgesehenen Selbstbehaltes.

3.3 Heil- und Kostenplan

Wir empfehlen Ihnen, bei den oben einzeln genannten zahnärztlichen Leistungen (die Vorsorgeuntersuchung ausgenommen) vor der eigentlichen Behandlung einen Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorzulegen. Sie erhalten dann eine Mitteilung über die Versicherungsleistung.

3.4 Serviceleistungen

Rufen Sie unsere Experten an. Wir informieren Sie über Behandlungsmethoden, nennen Ihnen Behandler und sind bei der Terminvereinbarung behilflich.

---

#### 4. Stationäre Heilbehandlung, Entbindung

---

##### 4.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- Allgemeine Krankenhausleistungen.
- Unterkunftszuschlag Ein- oder Zweibettzimmer.
- Neben dem Unterkunftszuschlag berechenbarer Zuschlag für Verpflegung, Sanitärzelle, Telefonanschluss, Radio- und Fernsehgerät.
- Wahlärztliche<sup>2</sup> und belegärztliche<sup>3</sup> Leistungen,  
soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.  
Erstattungsfähig sind auch über den Höchstsätzen dieser Gebührenordnung liegende Aufwendungen, die durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwerisse begründet und nach den Bemessungskriterien der Gebührenordnung angemessen sind.
- Leistungen der Beleghebamme / des Belegentbindungspflegers,  
soweit die Gebühren im Rahmen der dafür geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung liegen.
- Transport - jeweils bis 100 km - im Krankenwagen zum und vom Krankenhaus,  
im Rettungshubschrauber zum Krankenhaus; mindestens aber  
ins nächstgelegene geeignete Krankenhaus.

##### 4.2 Die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus Nr. 4.1 ergeben, werden zu 100 % ersetzt, abzüglich des nach Nr. 5 vorgesehenen Selbstbehaltes.

##### 4.3 Serviceleistungen

Rufen Sie unsere Experten an. Wir nennen Ihnen Krankenhäuser und informieren Sie über Behandlungsmethoden. Ist ein Rücktransport aus dem Ausland notwendig, der 24-Stunden-Notruf-Service übernimmt die Organisation für Sie.

##### 4.4 Krankenhaustagegeld

Wird gesondert berechenbare Unterkunft nicht in Anspruch genommen, zahlt die DKV bei vollstationärer - nicht bei teil-, vor- oder nachstationärer - Heilbehandlung oder Entbindung neben dem Ersatz der erstattungsfähigen Aufwendungen ein Krankenhaustagegeld von

30 EUR.

Werden weder gesondert berechenbare wahlärztliche noch belegärztliche Leistungen in Anspruch genommen, zahlt die DKV bei vollstationärer - nicht bei teil-, vor- oder nachstationärer - Heilbehandlung oder Entbindung neben dem Ersatz der erstattungsfähigen Aufwendungen ein Krankenhaustagegeld von

30 EUR.

Das Krankenhaustagegeld wird nicht auf den tariflichen Selbstbehalt nach Nr. 5 angerechnet.

##### 4.5 Ambulante Entbindung

Ohne Kostennachweis wird eine Pauschale von 1 000 EUR gezahlt.

Diese Pauschale wird nicht auf den tariflichen Selbstbehalt nach Nr. 5 angerechnet.

---

<sup>2</sup> gesondert berechenbare Behandlung durch leitende Krankenhausärzte

<sup>3</sup> Belegärzte sind nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte, die Patienten unter Inanspruchnahme der Einrichtungen des Krankenhauses stationär behandeln.

---

## 5. Selbstbehalt

---

Der vorgesehene Selbstbehalt nach den Nrn. 2.2, 3.2 und 4.2 beträgt insgesamt je Kalenderjahr und je versicherte Person

ab dem 20. Lebensjahr		
Frauen	3 500,00	EUR
Männer	3 500,00	EUR

ab dem 15. bis zum 20. Lebensjahr		
Frauen	3 300,00	EUR
Männer	3 300,00	EUR

bis zum 15. Lebensjahr	1 650,00	EUR.
---------------------------	----------	------

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

Die Aufwendungen werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Behandler in Anspruch genommen, die Arznei-, Verband- und Hilfsmittel bezogen worden sind.

Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar, wird der Selbstbehalt für das erste Kalenderjahr um jeweils 1/12 für jeden am vollen Kalenderjahr fehlenden Monat gemindert. Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, mindert sich der Selbstbehalt nicht.

---

## 6. Beitragsentlastung

---

### 6.1 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 nur bis zur Vollendung des 59. Lebensjahres getroffen werden.

### 6.2 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. 6.2 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

### 6.3 Tarifbezeichnung

Im Versicherungsschein werden neben den vereinbarten Tarifen der Krankheitskostenversicherung das Alter, nach dessen Vollendung die Beitragsentlastung wirksam wird, und der vereinbarte Entlastungsbetrag angegeben,  
z. B. GST V 65 / 100 EUR.

### 6.4 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.

## 6.5 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 Tarifteil bzw. in den jeweiligen Tarifteilen 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. 6.5 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. 6.5 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.

## Leistungen des Versicherungsnehmers

---

### 7. Monatliche Beitragsraten

---

- 7.1 Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.
- 7.2 Die Berechnung des Eintrittsalters richtet sich nach § 8 Abs. 2.1 AVB.
- 7.3 Für die versicherte Person, die das 14. bzw. das 19. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag des nächsthöheren Alters zu zahlen. Das gilt nicht bei Beiträgen für die "Beitragsentlastung", weil diese Entlastung frühestens mit 20 Jahren vereinbart werden kann.
- 7.4 Der Beitrag für die "Beitragsentlastung" ist auch nach Vollendung des 65. Lebensjahres zu zahlen, und zwar bis zur Beendigung der Krankheitskostenversicherung.

## Sonstiges

---

### 8. Wartezeiten

---

Alle Wartezeiten (§ 3 AVB) entfallen.

---

### 9. Anpassung des Versicherungsschutzes

---

Die DKV ist unter den Voraussetzungen des § 18 AVB berechtigt, tariflich vorgesehene Höchstbeträge mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, den veränderten Verhältnissen anzupassen.