

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

TARIF KUR

ZUR KRANKHEITSKOSTENVOLLVERSICHERUNG

Die AVB 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 stationärer Heilbehandlung sowie Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen**

1.1 Neben dem Ersatz von Aufwendungen für Vorsorgemaßnahmen bzw. von 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 Kurmitteln, Vorsorgeprogrammen, Funktionstraining und Rehabilitationssport
- geplanten Krankenhausaufenthalten bzw. Vorsorge und Rehabilitationsmaßnahmen (auch zu unseren Kooperationspartnern)

wir nennen Ihnen

- Adressen und Telefonnummern von Behandlern, Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen

wir senden Ihnen

- Behandlungsleitlinien und Informationsmaterial für bestimmte Erkrankungen

außerdem bieten wir Ihnen

- Terminvereinbarungen mit Behandlern, Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen
- zur Klärung schwieriger medizinischer Fragen
 - die Einschaltung von Spezialisten
 - die Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung

2. **Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen**

2.1 **Erstattungsfähig** sind Aufwendungen für:

- Ärztliche Leistungen, Arznei-, Heil- und Kurmittel, Unterkunft und Verpflegung einer ärztlich verordneten ambulanten Vorsorge oder Rehabilitationsmaßnahme, um
 - einer Gefährdung der körperlichen oder seelischen gesundheitlichen Entwicklung einer versicherten Person (bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres) entgegenzuwirken,
 - eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,
 - Krankheiten zu heilen, zu lindern oder deren Verschlimmerung zu vermeiden,
 - eine Erwerbsminderung oder deren Verschlimmerung zu vermeiden bzw. zu beseitigen oder
 - Pflegebedürftigkeit zu vermeiden bzw. zu mindern.

2.2 Die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus Nr. 2.1 ergeben, werden bis zu 110 EUR je Tag für maximal 28 Tage ersetzt.

Soweit Aufwendungen nach Nr. 2.1 aus einer Krankheitskostenvollversicherung bei der DKV gemäß § 5 Abs. 1 da) AVB ganz oder teilweise ersetzt werden, sind Leistungen nach Nr. 2.2 ausgeschlossen.

2.3 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- Ärztliche Leistungen, Arznei-, Heil- und Kurmittel, Unterkunft und Verpflegung einer ärztlich verordneten stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme in einer geeigneten Einrichtung (siehe auch Nr. 2.7),
 - wenn das Vorsorge- bzw. Rehabilitationsziel durch ambulante Heil- bzw. Kurbehandlung nicht zu erreichen ist.

2.4 Die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus Nr. 2.3 ergeben, werden bis zu 165 EUR je Tag für maximal 28 Tage ersetzt.

Soweit Aufwendungen nach Nr. 2.3 aus einer Krankheitskostenvollversicherung bei der DKV gemäß § 5 Abs. 1 da) AVB ganz oder teilweise ersetzt werden, sind Leistungen nach Nr. 2.4 ausgeschlossen.

2.5 Wird bei einem versicherten Kind bis zum vollendeten 10. Lebensjahr eine Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme gemäß Nr. 2.3 durchgeführt, sind die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einer Bezugsperson, die das Kind begleitet, aus der Versicherung des Kindes erstattungsfähig.

2.6 Die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus Nr. 2.5 ergeben, werden bis zu 27,50 EUR je Tag für maximal 28 Tage ersetzt.

2.7 Wird zur Durchführung der Behandlung eine Einrichtung aufgesucht, mit der die DKV hierfür ein Kooperationsabkommen geschlossen hat, erhält der Versicherte neben den Leistungen aus diesem Tarif zusätzlich ein Tagegeld ohne Kostennachweis in Höhe

von 16,50 EUR je Tag für maximal 21 Tage.

Rufen Sie unsere Experten des Gesundheitstelefon an. Sie geben Ihnen gerne vor Beginn der Maßnahme Auskunft über entsprechende Einrichtungen.

2.8 Wird der Ersatz von Aufwendungen für eine Maßnahme nach Nr. 2.1 bzw. 2.3 nicht gefordert, weil ein gesetzlicher Rehabilitationsträger (z. B. gesetzliche Rentenversicherung) die Leistung erbringt, erhält der Versicherte ein Kurtagegeld ohne Kostennachweis in Höhe

von 33 EUR je Tag für maximal 28 Tage.

2.9 Ein erneuter Leistungsanspruch nach den Nrn. 2.1 bis 2.8 besteht, wenn der Beginn der letzten Vorsorge- bzw. Rehabilitationsmaßnahme mindestens 36 Monate zurückliegt.

2.10 Bei verordneten und notwendigen Maßnahmen bzw. Behandlungen können Sie unsere Experten des Gesundheitstelefon anrufen. Sie geben Ihnen Hilfestellung bei der Suche nach einer geeigneten Einrichtung.

3. Funktionstraining und Rehabilitationssport

3.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- Die ärztlich verordnete Teilnahme am Funktionstraining,
 - wie z.B. Trockengymnastik, Wassergymnastik in Gruppen bzw. Einrichtungen, die zur Erbringung solcher Leistungen zu Lasten gesetzlicher Rehabilitationsträger zugelassen sind.
- Die ärztlich verordnete Teilnahme am Rehabilitationssport,
 - wie z.B. Gymnastik, Leichtathletik, Schwimmen, Bewegungsspiele in Sportgemeinschaften, die zur Erbringung solcher Leistungen zu Lasten gesetzlicher Rehabilitationsträger zugelassen sind.

3.2 Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100 % ersetzt, soweit sie im Rahmen der in Deutschland üblichen Vergütungen¹ berechnet sind.

Leistungen des Versicherungsnehmers

4. Monatliche Beitragsraten

- 4.1 Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.
- 4.2 Die Berechnung des Eintrittsalters richtet sich nach § 8 Abs. 2.1 AVB.
- 4.3 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.

Sonstiges

5. Versicherungsfähigkeit

Der Tarif KUR kann nur in Verbindung mit Tarifen der DKV für ambulante und stationäre Heilbehandlung vereinbart werden. Fällt während der Versicherungsdauer einer dieser Tarife fort, endet damit auch die Versicherung nach Tarif KUR.

Nicht versicherungsfähig sind Personen, die gesetzlich krankenversichert sind oder Anspruch auf Beihilfe bzw. freie Heilfürsorge haben sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige.

6. 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.

Gerne geben wir bei Fragen ausführliche Auskunft:

Kundenservice Center 0 18 01/358 100*

(*3,9 Ct/Min. aus dem dt. Festnetz; ab 1.3.2010 max. 42 Ct/Min. aus dt. Mobilfunknetzen)

¹ Als üblich gelten die mit den gesetzlichen Rehabilitationsträgern vereinbarten Vergütungen.