

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

KombiMed Tarif DT85

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 zahnärztlicher Heilbehandlung: Einlagefüllungen, dentinadhäsive Füllungen, Zahnkronen, Zahnersatz, implantologische Leistungen**
 - 2.1 Erstattungsfähige Aufwendungen 3
 - 2.2 Aufwendungsersatz 3
 - 2.3 Vorlage Heil- und Kostenplan 4

II. Ihre Leistungen

- Monatliche Beitragsraten** 4

III. Sonstiges

- 1. Welche Nachweise sind zu erbringen?** 4
- 2. Welche Obliegenheit ist zu beachten; was passiert bei Verletzung der Obliegenheit?** 4
- 3. Können wir den Versicherungsschutz anpassen?** 4
- 4. Wer ist versicherungsfähig; was passiert bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit?** 4
- 5. Kann die Versicherung nach Wegfall der Versicherungsfähigkeit fortgeführt werden?** 4
- 6. In welchen Fällen sind keine Wartezeiten zu durchlaufen?** 4

I. Unsere Leistungen

1. Serviceleistungen

Medizinische Informationen und Beratungen bei zahnärztlicher 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 0800/3746 444 (gebührenfreie Rufnummer).

Unsere Experten beraten Sie und geben Ihnen Informationen zu

- zahnärztlichen Behandlungen und Heil- und Kostenplänen
- Adressen und Telefonnummern von Behandlern und Kliniken

außerdem bieten wir Ihnen

- zur Klärung schwieriger zahnmedizinischer Fragen
 - die Einschaltung von Spezialisten
 - die Einholung einer zahnärztlichen Zweitmeinung.

2. Leistungen bei zahnärztlicher Heilbehandlung: Einlagefüllungen, dentinadhäsive Füllungen, Zahnkronen, Zahnersatz, implantologische Leistungen

2.1 Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind – unter der Voraussetzung, dass die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zuvor ihre Pflichtleistung erbracht hat – Aufwendungen für:

- Einlagefüllungen, dentinadhäsive Füllungen,
- Zahnkronen,
- Zahnersatz (z.B. Brücken, Prothesen) einschließlich implantatgetragendem Zahnersatz,
- implantologische Leistungen,
- Wiederherstellung von Zahnkronen und Zahnersatz,

soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze¹ der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

- Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien,

soweit sie im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise (auch unter Berücksichtigung des Kreises der gesetzlich Krankenversicherten) berechnet sind und bei zahnärztlichen Leistungen anfallen, für die Aufwendungen nach Nr. 2.1 erstattungsfähig sind.

2.2 Aufwundersatz

Die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus Nr. 2.1 ergeben, werden zusammen mit den Leistungen der GKV zu **85% ersetzt.**

Unsere Leistungen sind begrenzt auf

- **insgesamt bis zu 500 EUR im ersten Versicherungsjahr,**
- **insgesamt bis zu 1.000 EUR im ersten und zweiten Versicherungsjahr,**
- **insgesamt bis zu 1.500 EUR in den ersten drei Versicherungsjahren.**

Für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind, entfallen die vorstehenden Höchstbeträge.

Maßgeblich für die zeitliche Zuordnung der Höchstbeträge sind die Behandlungstage.

Werden die zahnärztlichen Maßnahmen nach Nr. 2.1 ausschließlich von mit uns kooperierenden Zahnärzten² durchgeführt, so erhöht sich der Erstattungsprozentsatz nach Nr. 2.2 Satz 1 um 5%-Punkte auf **90%.**

Fragen Sie uns nach den mit uns kooperierenden Zahnärzten. Telefonisch erreichen Sie uns unter 0800/3746 444 (gebührenfreie Rufnummer) oder schauen Sie ganz einfach im Internet unter www.dkv.com – Zahnarztsuche – nach.

Wird eine zahnärztliche Maßnahme nach Nr. 2.1 (Ausnahme: Einlagefüllungen, dentinadhäsive Füllungen) ausschließlich im Rahmen der Regelversorgung durchgeführt, so erhöht sich der Erstattungsprozentsatz nach Nr. 2.2 Satz 1 um 15%-Punkte auf **100%.**

¹ Höchstsätze sind der 3,5fache Satz für persönliche Leistungen der GOZ bzw. 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.

² Mit uns kooperierende Leistungserbringer im Sinne der AVB erfüllen Kriterien für ein ständig hohes Qualitätsniveau in der medizinischen Versorgung und haben mit uns oder mit einem mit uns verbundenen Unternehmen einen entsprechenden Kooperationsvertrag vereinbart.

2.3 Vorlage Heil- und Kostenplan

Wir empfehlen Ihnen, vor der eigentlichen Behandlung einen Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorzulegen. Sie erhalten dann eine Mitteilung über die Versicherungsleistung.

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 9., 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.

III. Sonstiges

1. Welche Nachweise sind zu erbringen?

Für die in Nr. I.2 genannten Leistungen haben Sie uns jeweils eine Kopie der spezifizierten Gesamtrechnung mit dem Erstattungsvermerk der GKV vorzulegen.

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

1. Neben KombiMed Tarif DT85 darf für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskostenversicherung für die in Nr. I.2 genannten Leistungen bei uns oder einem anderen privaten Krankenversicherer fortgeführt oder abgeschlossen werden (s. § 24 Abs. 4 und § 25 AVB Teil I).
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.

3. 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.

4. 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 DT85. Den Eintritt des Beendigungsgrundes haben Sie uns innerhalb von zwei Monaten nach Wegfall der Versicherungsfähigkeit schriftlich mitzuteilen.

5. 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.

6. In welchen Fällen sind keine Wartezeiten zu durchlaufen?

Die besonderen Wartezeiten für Zahnbehandlung und Zahnersatz gemäß § 5 Abs. 2 AVB Teil I entfallen bei Unfällen.

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

Anlage zu KombiMed Tarif DT85

Information über die monatlichen Beitragsraten in den jeweiligen Altersgruppen

Wir haben den Tarif DT85 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. Der Beitrag ist daher abhängig vom Alter der versicherten Person. Dabei fassen wir mehrere Alter zusammen und berechnen den Beitrag jeweils nach diesen Altersgruppen.

Bei Erreichen des höchsten Alters der jeweiligen Altersgruppe wird die versicherte Person ab Beginn des folgenden Kalenderjahres in die nächsthöhere Altersgruppe eingestuft. Ab diesem Zeitpunkt müssen Sie den Beitrag der neuen Altersgruppe zahlen. Der Wechsel der Altersgruppe hat in der Regel deutliche Beitragssteigerungen zur Folge. Wir informieren Sie gern über die Beiträge in den einzelnen Altersgruppen.

Die Beiträge können sich zusätzlich durch erforderliche Beitragsanpassungen ändern.

Tarif DT85

Altersgruppe*	Monatliche Beitragsraten in Euro (Einzelversicherung)** (Stand 1.7.2026)
0-9	1,04
10-19	1,04
20-29	4,36
30-39	11,69
40-49	20,25
50-59	31,53
60-69	38,58
70-79	38,58
80-89	38,58
ab 90	38,58

* Zu Beginn der Versicherung zahlen Sie den Beitrag, der dem Eintrittsalter der versicherten Person entspricht. 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.

Bei einer Umstellung aus einer gleichartigen Versicherung, in welcher Alterungsrückstellungen gebildet wurden, gilt Folgendes: Bis dahin angesparte Alterungsrückstellungen werden in Tarif DT85 „geparkt“. Sie führen nicht zu einer Minderung des Beitrags. Bei einem späteren Wechsel in einen gleichartigen Tarif, in dem Alterungsrückstellungen gebildet werden, übertragen wir die „geparkten“ Alterungsrückstellungen. Die Anrechnung erfolgt dann im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen.