

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

KombiMed Tarif NHB

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 ambulanter Heilbehandlung durch Ärzte oder Heilpraktiker nach Methoden der Alternativmedizin**
 - 2.1 Erstattungsfähige Aufwendungen 3
 - 2.2 Aufwendungsersatz 3

II. Ihre Leistungen

- Monatliche Beitragsraten** 3

III. Sonstiges

- 1. Welche Obliegenheit ist zu beachten; was passiert bei Verletzung der Obliegenheit?** 4
- 2. Können wir den Versicherungsschutz anpassen?** 4
- 3. Wer ist versicherungsfähig; was passiert bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit?** 4
- 4. Kann die Versicherung nach Wegfall der Versicherungsfähigkeit fortgeführt werden?** 4

I. Unsere Leistungen

1. Serviceleistungen

Medizinische Informationen und Beratungen bei ambulanter 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 0 18 01/358 100 (3,9 Ct/Min. aus dem dt. Festnetz; max. 42 Ct/Min. aus dt. Mobilfunknetzen).

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 bei ambulanter Heilbehandlung durch Ärzte oder Heilpraktiker nach Methoden der Alternativmedizin

2.1 Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind – unabhängig von der Regelung in § 10 AVB Teil I – Aufwendungen für:

- vom Arzt oder Heilpraktiker durchgeführte Behandlungen nach Methoden der Alternativmedizin, die im jeweils gültigen Hufelandverzeichnis oder im jeweils gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sind,

soweit bei einer Behandlung durch Ärzte die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze¹ der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen bzw. bei der Behandlung durch Heilpraktiker das Honorar im Rahmen der Beträge des GebüH liegt.

- Vom Arzt oder Heilpraktiker im Zusammenhang mit einer solchen Behandlung verordnete Arznei-, Verband- und Heilmittel.

2.2 Aufwendungsersatz

Die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus Nr. 2.1 ergeben, werden zu 80% ersetzt, höchstens jedoch 1.000 EUR je Kalenderjahr.

Die Aufwendungen werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem der Arzt oder Heilpraktiker in Anspruch genommen, die Arznei-, Verband- und Heilmittel bezogen worden sind.

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 § 20 Abs. 1 AVB Teil I.
3. Für die versicherte Person, die das 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.

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

III. Sonstiges

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

- 1.1 Neben KombiMed Tarif NHB darf für eine versicherte Person außer KombiMed Tarif AZM keine weitere Krankheitskostenversicherung für die in Nr. 1.2 genannten Leistungen bei uns oder einem anderen privaten Krankenversicherer fortgeführt oder abgeschlossen werden (s. § 22 Abs. 4 und § 23 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 § 27 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 gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Wenn die Versicherungsfähigkeit nicht mehr gegeben ist, endet die Versicherung nach KombiMed Tarif NHB. 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 0 18 01/358 100*

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

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

TARIF OPTIMED O1G

ZUSATZSCHUTZ ZUR GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG (GKV)

**Sehr geehrte Versicherungsnehmerin,
sehr geehrter Versicherungsnehmer,**

im Folgenden erhalten Sie die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)

für Ihre ambulante Zusatzversicherung

zu Ihrem Krankenversicherungsschutz bei einer Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

nach unserem Tarif OPTIMED O1G,
einem Versicherungsschutz aus dem Spektrum der Individuellen Gesundheitsleistungen.

Die mit diesem Tarif vereinbarten Leistungen betreffen Vorsorgeleistungen, die von einer GKV grundsätzlich nicht erstattet werden, weil sie

- nicht an einen Krankheitsverdacht und insbesondere nicht an eventuelle Krankheitssymptome anknüpfen und damit über die gesetzlichen Leistungen der Krankheitsdiagnostik hinausgehen, also der Gesunderhaltung und nicht der Wiederherstellung der Gesundheit dienen bzw.
- die in der GKV eingeführten Programme für Vorsorgeleistungen auf Maßnahmen/Untersuchungen ausdehnen, die in diesen Programmen nicht enthalten sind.

Für den Fall, dass Ihre GKV (z.B. in Form sogenannter "Modellversuche") dennoch Leistungen erbringen sollte, die mit diesem Produkt abgesichert sind, so erhalten Sie mit diesem Tarif eine zusätzliche diesbezügliche Leistung, die Sie neben der Leistung der GKV bei uns in Anspruch nehmen können.

Im Übrigen handelt es sich bei Tarif OPTIMED O1G um einen sogenannten "gemanagten" Tarif (vgl. § 18 Ziff. 1 c). Dies bedeutet:

- sollte die GKV in Zukunft allgemein Leistungen in ihr Leistungsspektrum aufnehmen, die auch mit diesem Tarif abgesichert sind und
- eine solche Mehrfachabsicherung medizinisch als überflüssig anzusehen sein,

wird wie folgt verfahren:

- entweder werden solche Leistungen aus diesem Tarif herausgenommen und die Beiträge entsprechend angepasst oder
- es werden anstelle der alten Leistungen neue aufgenommen.

(Sie haben in solchen Fällen natürlich ein Sonderkündigungsrecht, vgl. § 18 Ziff. 3)

Eine weitere Besonderheit dieses Tarifs sind die Höchsterstattungsbeträge (vgl. § 2). Diese sind so kalkuliert worden, dass wir GKV-Versicherten einen umfangreichen Vorsorge-Tarif mit einem sehr guten Preis-/Leistungsverhältnis anbieten können. Gleichzeitig sind die Höchsterstattungsbeträge auch für Ihren Arzt attraktiv. Sie liegen regelmäßig oberhalb des Vergütungsniveaus der GKV und sichern dem Arzt demgemäß ein entsprechend attraktives Honorar. Hält Ihr Arzt diese tariflichen Vorgaben ein, ergeben sich für Sie keine Zuzahlungen.

Ein weiteres Mittel, diesen umfangreichen Versicherungsschutz medizinisch sinnvoll und auch preiswert zu gestalten, sind die zeitlichen Intervalle, die für die Inanspruchnahme der verschiedenen Vorsorgeleistungen ebenfalls von einem Stab von Ärzten ausgewählt wurden (vgl. § 2).

Das zum Tarif gehörende Leistungsverzeichnis enthält alle Informationen, die Ihr Arzt benötigt, um Sie zuzahlungsfrei behandeln zu können. Legen Sie dem Arzt bitte dieses Verzeichnis vor und sagen Sie ihm, dass Sie zu diesen Bedingungen behandelt werden möchten. (Zusätzliche Exemplare des Verzeichnisses können Sie bei Bedarf unter den unten angegebenen Adressen/Nummern anfordern.)

Haben Sie Fragen? Sie erreichen uns unter

DKV Deutsche Krankenversicherung AG
Informationsservice
50594 Köln

Oder:

- rufen Sie uns an: Hotline 0 18 01 / 358 100 (3,9 Ct/Min.*)
- faxen Sie uns: 01 80 / 5 78 60 00 (14 Ct/Min.)*
(*aus dem dt. Festnetz; ab 1.3.2010 max. 42 Ct/Min. aus dt. Mobilfunknetzen)
- senden Sie uns eine E-Mail: service@dkv.com
- werfen Sie einen Blick auf unsere Homepage: www.dkv.com

Ihre DKV Deutsche Krankenversicherung AG Köln

§ 1 Allgemeine Grundsätze zum Umfang des Versicherungsschutzes

1. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, etwaigen späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften.

Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

2. Tarif OPTIMED O1G bietet Versicherungsschutz für die in § 2 aufgeführten Leistungen. Für ihre Durchführung kann jeder niedergelassene approbierte Arzt in Anspruch genommen werden.

Es können auch nicht niedergelassene Ärzte gewählt werden, die ansonsten die Voraussetzungen des Satzes 1 erfüllen und die Behandlung in einem für die vertragsärztliche Versorgung zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum oder einer ärztlich geleiteten Einrichtung erbringen und diese entsprechend der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung abrechnen.

Die Einzelleistungen (z.B. "Blutabnahme"), aus denen sich die jeweilige Vorsorgeleistung (z.B. "Blutgruppenbestimmung") ergibt, sind in dem Leistungsverzeichnis zu Tarif OPTIMED O1G aufgeführt. Aus diesem Verzeichnis ergibt sich auch, wie nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abzurechnen ist, um den Höchsterstattungsbetrag für die jeweilige Vorsorgeleistung nicht zu überschreiten.

3. Werden anstelle der aus dem oben genannten Leistungsverzeichnis ersichtlichen Einzelleistungen andere Einzelleistungen erbracht, erfolgt eine Vergütung dennoch bis zum Höchsterstattungsbetrag der in § 2 aufgeführten Leistung, wenn

- die zu ersetzende Maßnahme zur Erreichung der mit der vereinbarten Leistung verbundenen medizinischen Zielsetzung nicht offensichtlich ungeeignet ist,
- Anzahl/Intervall und Mindest- und/oder Höchstalter gemäß § 2 eingehalten sind und
- die Ersetzung vom Arzt in der Rechnung nachvollziehbar begründet ist.

Beispiel: Werden beim Großen Gesundheits-Check (vgl. § 2 Ziff. III.2) andere als die aus dem Leistungsverzeichnis ersichtlichen Maßnahmen getroffen, die aber ebenfalls das Ziel "Gesundheits-Check" verfolgen und für die Erreichung dieses Ziels auch nicht offensichtlich ungeeignet sind, wird dennoch bis zum Höchsterstattungsbetrag geleistet, sofern die übrigen Bedingungen (z.B. Intervall seit dem letzten Gesundheits-Check) eingehalten werden.

4. Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 2 Welche Leistungen umfasst Tarif OPTIMED O1G?

Der Tarif umfasst die nachfolgenden Leistungen:

I. Leistungen ab Geburt:

1. Neugeborenen Audio-Check: Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Schwerhörigkeit
- Anzahl/Intervall: einmalig innerhalb der ersten 3 Lebensmonate
 - Höchsterstattungsbetrag: bis 37,30 EUR

2.	Schiel-Vorsorge: Untersuchung zur Früherkennung von Schwachsichtigkeit und Schielen			
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anzahl/Intervall: einmalig im Laufe des 3. Lebensjahres ▪ Anzahl Höchsterstattungsbetrag: 		bis	23,97 EUR
3.	Kindergarten-Eingangsuntersuchung			
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anzahl/Intervall: einmalig ▪ Höchsterstattungsbetrag: 		bis	20,98 EUR
4.	Fettstoffwechsel-Vorsorge: Untersuchung zur Früherkennung von Fettstoffwechselstörungen			
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anzahl/Intervall: einmalig zwischen dem 10. und 16. Lebensjahr ▪ Höchsterstattungsbetrag: 		bis	14,69 EUR
5.	Kinder-Intervall-Checks: Allgemeine Vorsorgeuntersuchungen für Kinder/Jugendliche			
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anzahl/Intervall: <ul style="list-style-type: none"> ▪ U6a: einmalig im 15. bis 18. Lebensmonat ▪ U7a: einmalig im 30. bis 40. Lebensmonat ▪ U9a: einmalig im 8. Lebensjahr ▪ U9b: einmalig im 10. Lebensjahr ▪ J2: einmalig im 14. bis 16. Lebensjahr ▪ Anstelle eines der Intervall-Checks kann auch eine Sporttauglichkeits-Untersuchung mit entsprechender ärztlicher Bescheinigung erfolgen ▪ Höchsterstattungsbetrag: 	jeweils	bis	39,34 EUR
6.	Reisemedizinische Vorsorge: Beratung, ggf. inklusive schriftlicher Information und/oder klinischer Untersuchung			
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anzahl/Intervall: dreimal innerhalb von 3 Jahren ▪ Höchsterstattungsbetrag: 		bis	23,84 EUR
7.	Reisemedizinische Impfung			
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Impfung: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anzahl/Intervall: dreimal innerhalb von 3 Jahren ▪ Höchsterstattungsbetrag je Impfung: ▪ Impfstoff/Prophylaxe: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anzahl/Intervall: innerhalb von 3 Jahren ▪ Höchsterstattungsbetrag: 	insgesamt	bis	100,00 EUR
8.	Hauttyp-Bestimmung einschließlich -Beratung			
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anzahl/Intervall: einmalig ▪ Höchsterstattungsbetrag: 		bis	13,06 EUR
9.	Blutgruppenbestimmung			
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anzahl/Intervall: einmalig ▪ Höchsterstattungsbetrag: 		bis	35,67 EUR

II. Weitere Leistungen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr:

1.	Sportmedizinischer Check-up:			
	<ul style="list-style-type: none"> a) Internistische Variante: Untersuchung u.a. mit Kontrolle von Blut- und Stoffwechselwerten, Lungenfunktionsprüfung sowie Belastungs-EKG b) Orthopädische Variante: Untersuchung u.a. mit Kontrolle von Blut- und Stoffwechselwerten, Feststellung des Sportmedizinischen Status sowie Ultraschall von Muskel- und Sehnenansätzen ▪ Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 4 Jahren, ab vollendetem 35. Lebensjahr wahlweise anstelle des Großen Gesundheits-Checks (vgl. § 2 Ziff. III.2) ▪ Höchsterstattungsbetrag: 		bis	129,41 EUR
2.	Lungen-Check: Lungenfunktionsprüfung zur Krankheitsfrüherkennung			
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anzahl/Intervall: bis zum vollendeten 35. Lebensjahr einmal innerhalb von 4 Jahren (vgl. aber auch § 2 Ziff. III.1), wenn dieser Check nicht schon im Rahmen des Sportmedizinischen Check-up durchgeführt wurde/wird ▪ Höchsterstattungsbetrag: 		bis	35,94 EUR

- | | | | | |
|----|---|-----|--|-----------|
| 3. | Hautkrebs-Vorsorge | | | |
| | ▪ Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren | | | |
| | ▪ Höchsterstattungsbetrag: | bis | | 30,07 EUR |
| 4. | HIV-Test zum Ausschluss einer HIV-Infektion bzw. AIDS-Erkrankung | | | |
| | ▪ Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren | | | |
| | ▪ Höchsterstattungsbetrag: | bis | | 27,51 EUR |
| 5. | Beratung zur Selbstmedikation im Rahmen von Prävention und Lebensführung | | | |
| | ▪ Anzahl/Intervall: einmal jährlich | | | |
| | ▪ Höchsterstattungsbetrag: | bis | | 10,73 EUR |
| 6. | Beratung zur Hausapotheke, insbesondere hinsichtlich ihrer Zusammenstellung und Anwendung | | | |
| | ▪ Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren | | | |
| | ▪ Höchsterstattungsbetrag: | bis | | 10,73 EUR |

Speziell für Frauen:

- | | | | | |
|----|---|-----|---|-----------|
| 7. | Vitalitäts-Untersuchung des Feten in der 6. bis 8. Schwangerschaftswoche mittels Sonographie (Ultraschall) mit Aushändigung der Bilddokumentation | | | |
| | ▪ Anzahl/Intervall: einmal je Schwangerschaft | | | |
| | ▪ Höchsterstattungsbetrag: | bis | | 29,73 EUR |
| 8. | Triple-Test als zusätzliche Labordiagnostik in der Schwangerschaft bzgl.: | | | |
| | Neuralrohrdefekt = | | einer schwerwiegenden Fehlentwicklung im Bereich des zentralen Nervensystems (z.B. sogenannter "offener Rücken") | |
| | Morbus Down = | | einer mit organischen Schäden (z.B. Herzfehler) und geistiger Behinderung verbundenen Erkrankung aufgrund eines überzähligen Chromosoms (sogenannte-r „Trisomie 21“ bzw. „Mongolismus“) | |
| | ▪ Anzahl/Intervall: einmal je Schwangerschaft | | | |
| | ▪ Höchsterstattungsbetrag: | bis | | 53,74 EUR |

III. Weitere Leistungen ab dem vollendeten 35. Lebensjahr:

- | | | | | |
|----|---|-----|--|------------|
| 1. | Allgemeine Check-up-Leistungen | | | |
| | ▪ Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 2 Jahren | | | |
| | ▪ Gesamthöchsterstattungsbetrag: | bis | | 81,00 EUR |
| | Gilt für folgende Leistungen, die bis zu dem oben genannten Gesamthöchsterstattungsbetrag zusammengestellt werden können: | | | |
| | a) Sono-Check: Sonographie (Ultraschall) innerer Organe | | | |
| | ▪ Höchsterstattungsbetrag: | bis | | 40,34 EUR |
| | b) Lungen-Check: vgl. § 2 Ziffer II.2 | | | |
| | ▪ Höchsterstattungsbetrag: | bis | | 35,94 EUR |
| | c) Kleiner Gesundheits-Check: | | | |
| | aa) Internistische Variante: Untersuchung u. a. mit Kontrolle von Blut- und Stoffwechselwerten sowie Ruhe-EKG | | | |
| | bb) Orthopädische Variante: Untersuchung u.a. mit Kontrolle von Blut- und Stoffwechselwerten sowie Ultraschall von Muskel- und Sehnenansätzen | | | |
| | ▪ Höchsterstattungsbetrag: | bis | | 80,49 EUR |
| 2. | Großer Gesundheits-Check (wahlweise anstelle des Sportmedizinischen Check-up gemäß § 2 Ziff. II.1) als Ergänzung zu: | | | |
| | - einem Kleinen Gesundheits-Check (§ 2 Ziff. III.1. c) oder | | | |
| | - Check-up Leistungen der GKV | | | |
| | als Vorsorgeuntersuchung u.a. mit umfangreicher Kontrolle von Blut- und Stoffwechselwerten, Lungenfunktionsprüfung, Sonographie (Ultraschall) innerer Organe sowie Belastungs-EKG | | | |
| | ▪ Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 4 Jahren | | | |
| | ▪ Höchsterstattungsbetrag: | bis | | 131,57 EUR |

3. Große Krebsvorsorge für Frauen: Untersuchung u.a. mittels Sonographie (Ultraschall) von insbesondere Gebärmutter und Eierstöcken
- Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren
 - Höchsterstattungsbetrag: bis 59,98 EUR

IV. Weitere Leistungen ab dem vollendeten 45. Lebensjahr:

1. Glaukom-Vorsorge: Untersuchung zur Früherkennung der mit Erblindungsgefahr verbundenen Augenkrankheit "Grüner Star"
- Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren
 - Höchsterstattungsbetrag: bis 27,87 EUR
2. Osteoporose-Vorsorge: Knochendichtemessung (Osteodensitometrie) zur Früherkennung der Skeletterkrankung Osteoporose, die durch Verminderung der Knochensubstanz zu einer erhöhten Bruchgefahr führt
- Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren
 - Höchsterstattungsbetrag: bis 29,73 EUR
3. Schilddrüsen-Vorsorge: Schilddrüsendiagnostik insbesondere zur Früherkennung von Über- und Unterfunktionen durch Bestimmung des Hormons TSH
- Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren
 - Höchsterstattungsbetrag: bis 24,60 EUR
4. Brustkrebs-Vorsorge: Mammographie (Röntgen der Brust) zur medizinisch empfohlenen Früherkennung von Brustkrebs, unabhängig von relevanten Risikofaktoren. Auf besonderen Wunsch (z.B. Vermeidung von Strahlenbelastung) kann anstelle der Mammographie auch eine Sonographie (Ultraschall-Untersuchung) in Anspruch genommen werden.
- Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren
 - Höchsterstattungsbetrag: bis 75,19 EUR
5. Große Krebsvorsorge für Männer: Untersuchung u.a. mittels Sonographie (Ultraschall) insbesondere von Prostata, Hoden und Nieren sowie Bestimmung des prostataspezifischen Antigens als möglicher Hinweis auf einen Tumor (PSA-Test)
- Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren
 - Höchsterstattungsbetrag: bis 72,81 EUR

V. Weitere Leistungen ab dem vollendeten 55. Lebensjahr:

1. Hirnleistungs-Check: Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Hirnabbauprozessen wie Morbus Alzheimer
- Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren
 - Höchsterstattungsbetrag: bis 15,78 EUR
2. Schlaganfall-Vorsorge: Untersuchung zur Früherkennung von Schlaganfall-Risiken an den Hirngefäßen (z.B. Halsschlagader) mittels Doppler-Ultraschall
- Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren
 - Höchsterstattungsbetrag: bis 56,25 EUR

§ 3 Wer kann sich versichern?

Nach Tarif OPTIMED O1G kann sich jeder versichern, der

- in einer deutschen GKV versichert ist,
- seinen ständigen Wohnsitz in Deutschland hat (vgl. aber § 9 Ziff. 5 c)).

§ 3 gilt entsprechend, wenn ein den Leistungen der GKV vergleichbarer ambulanter Versicherungsschutz besteht.

§ 4 Wie wird der Versicherungsvertrag abgeschlossen?

Ihren Versicherungsantrag nehmen wir durch das Zusenden des Versicherungsscheins an. Eine Annahme kann auch durch eine entsprechende ausdrückliche Erklärung durch unseren Vorstand erfolgen.

§ 5 Was kostet der Versicherungsschutz?

1. Die Versicherung kostet monatlich:

Alter	Kinder
0 bis 3 Jahre	8,50 EUR
4 bis 17 Jahre	5,00 EUR

Alter	Männer	Frauen
18 bis 34 Jahre	11,00 EUR	12,00 EUR
35 bis 44 Jahre	14,50 EUR	18,00 EUR
45 bis 54 Jahre	16,50 EUR	18,50 EUR
ab 55 Jahre	19,00 EUR	20,50 EUR

2. **Zu Beginn der Versicherung ist zunächst der Beitrag zu zahlen, der dem Eintrittsalter entspricht.** Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns (siehe § 9 Ziff. 1).
3. Sobald eine versicherte Person das 3., 17., 34., 44. bzw. 54. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des hierauf folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächst höheren Altersgruppe zu zahlen. Sie können das Versicherungsverhältnis nach Tarif OPTIMED O1G hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht, vgl. § 9 Ziff. 5 d).

§ 6 Kann sich der Versicherungsbeitrag nach Abschluss des Vertrages noch ändern?

1. Wir sind berechtigt, die Beiträge zu ändern, wenn die tatsächlich erforderlichen Leistungen die kalkulierten Versicherungsleistungen übersteigen. Um diesen Beitragsänderungsgrund festzustellen, vergleichen wir zumindest jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit des Tarifs eine Abweichung von mehr als 10 %, werden wir alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüfen und, soweit erforderlich, anpassen; ergibt die Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 %, können alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und, soweit erforderlich, angepasst werden.
2. Die geänderten Beiträge werden Ihnen schriftlich bekannt gegeben und erläutert. Sie werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung folgt.
3. Sie gelten als genehmigt, wenn Sie nicht innerhalb von sechs Wochen nach Bekanntgabe des Versicherungsverhältnisses zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Hierauf werden Sie bei der Bekanntgabe ausdrücklich hingewiesen.
Zur Einhaltung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung der Kündigung. Die fristgemäße Kündigung wird zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Beitragsänderung wirksam, vgl. auch § 9 Ziff. 5 d).
4. Zu Beitragsveränderungen aufgrund steigenden Lebensalters vgl. § 5 Ziff. 3.

§ 7 Wie erfolgt die Beitragszahlung?

1. Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an (siehe § 9 Ziff. 1) berechnet. Der Beitrag darf aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden.

Wird ein Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

Fällig ist

- der Jahresbeitrag zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres,
- eine Beitragsrate am Ersten eines jeden Monats. Bis zum Monatsersten gelten die Raten jeweils als gestundet.

Fällige Beiträge sind an die von uns zu bezeichnende Stelle zu entrichten. Wird der Beitrag im Lastschriftverfahren im Voraus gezahlt, geben wir Ihnen einen Beitragsnachlass von:

- 3 % bei einer Vorauszahlung von 12 Monaten,
- 2 % bei einer Vorauszahlung von 6 Monaten.

Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist - sofern nicht anders vereinbart - unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.

Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht uns für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Treten wir zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, können wir eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

2. Achtung: Wird der erste Beitrag oder werden spätere Beiträge nicht bzw. nicht rechtzeitig gezahlt, kann dies unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen!

Auszug aus dem VVG

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

(2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

3. Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig, d.h. ihre Stundung wird aufgehoben, so dass auch hier dann die Regelung in § 7 Ziff. 2 gilt.

Die Raten gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat entrichtet sind.

§ 8 Wo gilt der Versicherungsschutz?

Versicherungsschutz besteht in Deutschland (vgl. aber § 9 Ziff. 5 c)).

§ 9 Wie lange dauert der Versicherungsvertrag?

1. Der Versicherungsvertrag gilt zunächst bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem der Versicherungsvertrag begonnen hat, zuzüglich eines weiteren Jahres, d.h. bis zum Ende des ersten auf das Jahr des Beginns folgenden Kalenderjahres. Als Versicherungsbeginn kann nur der Erste eines Monats vereinbart werden.
2. Der Versicherungsvertrag verlängert sich jeweils um ein weiteres Kalenderjahr, wenn nicht der Verlängerung durch Sie oder uns zum Ende eines solchen Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten schriftlich widersprochen wird.

3. Sowohl Sie als auch wir können den Widerspruch gegen die Vertragsverlängerung auf bestimmte versicherte Personen begrenzen.
Allerdings darf dann der jeweils andere Vertragspartner (also Sie oder wir) innerhalb von zwei Wochen nach Zugang eines solchen Teilwiderspruchs den Restvertrag rückwirkend zu dem Zeitpunkt beenden, in dem der (erste) Teilwiderspruch wirksam geworden ist.
4. Wird eine bisher freiwillig in der GKV versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so können Sie binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht diese Versicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn Sie den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweisen, nachdem wir Sie hierzu in Textform aufgefordert haben, es sei denn, Sie haben die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Machen Sie von Ihrem Kündigungsrecht Gebrauch, steht uns der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später können Sie diese Versicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem Sie den Eintritt der Versicherungspflicht nachweisen. Uns steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.
5. Sonstige Beendigungsgründe:
- a) Die Versicherung endet mit der Beendigung der Versicherung in der deutschen GKV bzw. des vergleichbaren Versicherungsschutzes (vgl. § 3).
- b) Die Versicherung endet auch im Falle Ihres Todes.
Stirbt eine versicherte Person, endet das Versicherungsverhältnis insoweit.
- c) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als in die in ca) genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Wir können im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in ca) genannten können Sie verlangen, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln. Eine solche Versicherung erhält die erworbenen Rechte, bietet aber keinen Versicherungsschutz und hat dementsprechend geringere Beiträge.
- ca) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass wir höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleiben, die wir bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätten. Die Versicherung kann auf Ihr Verlangen insoweit auch im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortgesetzt werden.
- d) Bezüglich der Beendigung durch Ihre Kündigung wegen einer Änderung der Versicherungsbeiträge oder der Versicherungsbedingungen vgl. §§ 5 und 6 Ziff. 3 bzw. § 18 Ziff. 3.
- e) Endet die Versicherung aufgrund Ihrer Kündigung wegen Eintritts der Versicherungspflicht (§ 9 Ziff. 4), Ihres Todes (§ 9 Ziff. 5 b)) oder aufgrund der Verlegung Ihres gewöhnlichen Aufenthaltes (§ 9 Ziff. 5 c)), haben die versicherten Personen ein Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Eine solche Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten abzugeben. Der Lauf dieser Frist beginnt ab Beendigung der Versicherung.

§ 10 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt:

- mit dem Versicherungsbeginn (siehe § 9 Ziff. 1),
- jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (siehe § 4) und
- nicht vor Ablauf der Wartezeiten (siehe § 11).

§ 11 Wie lange sind die Wartezeiten für den Beginn des Versicherungsschutzes?

- Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.
- Für die Leistungen im Falle einer Schwangerschaft beträgt die Wartezeit acht Monate.
- Keine Wartezeiten gelten für den Neugeborenen Audio-Check gemäß § 2 Ziff. I.1.

Der Ablauf der Wartezeiten berechnet sich nach bzw. ab dem Zeitpunkt für den Versicherungsbeginn gemäß § 9 Ziff. 1.

§ 12 Wann endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung des Versicherungsvertrages. Dies gilt auch dann, wenn eine Leistung gemäß § 2 vorher schon begonnen wurde oder noch nicht beendet ist.

§ 13 Was müssen Sie beachten, damit die Versicherungsleistungen ausgezahlt werden können?

1. Senden Sie Ihre Rechnungen im Original an die DKV in Köln.
2. Die Rechnungen müssen folgende Angaben enthalten:
 - Vor- und Zunamen der behandelten Person,
 - die einzelnen erbrachten Leistungen gemäß dieses Tarifs (vgl. Leistungsverzeichnis),
 - das Datum der Durchführung der jeweiligen Leistung.
3. Die Rechnungen und eventuelle sonstige Nachweise werden unser Eigentum.
4. Wir sind verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn Sie uns diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt haben. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, können nur Sie als Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
5. Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit unserer Leistungen aus § 14 Versicherungsvertragsgesetz (VVG).

Auszug aus dem VVG

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 14 Können Sie Ihre Ansprüche gegen die DKV auf Dritte übertragen?

Sie können Ihre Ansprüche auf Versicherungsleistungen aus diesem Tarif nicht auf Dritte übertragen. Die Ansprüche können insbesondere weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 15 Wann können Sie aufrechnen?

Sie können gegen Forderungen, die wir gegen Sie haben, nur aufrechnen, soweit die Forderung, die Sie gegen uns haben, rechtskräftig festgestellt oder von uns nicht bestritten worden ist.

§ 16 Was ist bei der Abgabe von Willenserklärungen und Anzeigen zu beachten?

An uns gerichtete Willenserklärungen und Anzeigen bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform (z. B. auch E-Mail) vereinbart wird.

§ 17 Gerichtsstand

1. Für unsere Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen Sie ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem Sie Ihren Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.
2. Gegen uns gerichtete Klagen können bei dem Gericht an Ihrem Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt oder bei dem Gericht an unserem Sitz in Köln anhängig gemacht werden.
3. Verlegen Sie nach Vertragsschluss Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht an unserem Sitz in Köln zuständig.

§ 18 Können sich die Versicherungsbedingungen nach Abschluss des Vertrages noch verändern?

1. Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und angemessen sind. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an Sie als Versicherungsnehmer folgt.

Zu solchen Veränderungen gehören insbesondere:
 - a) Änderungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ),
 - b) Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) als "Gebührenordnung für Kassenärzte" in Bezug auf Rechnungen gegenüber der GKV,
 - c) Maßnahmen der GKV, durch die diese in Zukunft allgemein Leistungen in ihr Leistungsspektrum aufnimmt,
 - die auch mit diesem Tarif (§ 2) abgesichert sind und
 - wenn die hierdurch entstehende Mehrfachabsicherung als medizinisch überflüssig anzusehen sein sollte.In diesem Fall wird wie folgt verfahren:
 - entweder werden solche Leistungen aus dem Tarif herausgenommen und die Beiträge entsprechend angepasst oder
 - es werden anstelle der alten Leistungen neue aufgenommen.
 - d) Änderungen (sonstiger) Rechtsvorschriften, auf denen einzelne Bedingungen des Vertrages beruhen.
2. Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, können wir sie durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für Sie oder uns auch unter Berücksichtigung der Interessen der jeweils anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem Ihnen die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.
3. Die Änderungen in Absatz 1 gelten als genehmigt, wenn Sie nicht innerhalb von sechs Wochen nach Bekanntgabe das Versicherungsverhältnis zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Hierauf werden Sie bei der Bekanntgabe ausdrücklich hingewiesen.

Zur Einhaltung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung der Kündigung. Die fristgemäße Kündigung wird zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Bedingungsänderung wirksam, vgl. auch § 9 Ziff. 5 d).
4. Sollte diese Bedingungsänderungsklausel ganz oder zum Teil unwirksam sein, tritt an die Stelle der unwirksamen Regelung eine solche, die dem zuvor Gewollten am nächsten kommt, soweit die gesetzlichen Vorschriften keine Regelung enthalten, die an ihre Stelle tritt.

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)