

Allgemeine Versicherungsbedingungen der Gruppenversicherung (AVB-G)

G

DKV-Tarife 80

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
- zahnärztliche 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. TARIF AD 1

Ambulante Heilbehandlung, Früherkennung, Entbindung

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,
Schutzimpfungen,
die von der Ständigen Impfkommission des zuständigen Bundesinstitutes allein in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht (also zum Beispiel unabhängig von Beruf, Reisen, Freizeitgewohnheiten) für alle empfohlen werden,
Psychotherapie
(siehe Leistungsvoraussetzungen § 6 Abs. 2 AVB-G)
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.
- **Häusliche Behandlungspflege**
medizinische Leistungen von Pflegefachkräften nach Anweisung des Arztes (wie Verband- oder Katheterwechsel, Injektionen),
- **Häusliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung**
durch Pflegefachkräfte, wenn gleichzeitig Versicherungsschutz für ambulante Heilbehandlung und allgemeine Krankenhausleistungen vereinbart ist und durch die häusliche Krankenpflege stationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird. Die Pflege muss ärztlich verordnet sein. Erstattungsfähig sind die Gebühren, die in der Pflegepflichtversicherung mit Leistungserbringern vereinbart sind.
- **Arznei- und Verbandmittel,**
- **Leistungen des Masseurs, des Masseurs und medizinischen Bademeisters, des Krankengymnasten,**
soweit sie im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet sind,
- **Leistungen des Logopäden,**
soweit die Vergütungen im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet sind. Als üblich gelten Vergütungen bis zu den vom Bundesminister des Innern festgesetzten beihilfefähigen Höchstbeträgen.¹
- **Leistungen der Hebamme / des Entbindungspflegers,**
soweit die Gebühren im Rahmen der dafür geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung liegen,
- **Hilfsmittel**
(vgl. § 6 Abs. 3 AVB-G - ausgenommen Brillenfassungen),
- **Brillenfassungen**
abweichend von § 6 Abs. 3 AVB-G sind erstattungsfähig
(ab 15. Lebensjahr einmal innerhalb von drei Jahren) bis zu 76,69 EUR,
- **Transport zum nächsterreichbaren Arzt oder Krankenhaus**
zur Erstversorgung nach einem Unfall bzw. Notfall,
- **Leistungen des Heilpraktikers (es dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden)**
bis zu den Regelhöchstbeträgen² der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte,

¹ Ein Verzeichnis der erstattungsfähigen Leistungen und Höchstbeträge erhalten Sie kostenlos auf Anforderung.

² Das sind die Sätze, die von Ärzten ohne nähere Begründung oder ohne eine von der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abweichende Vereinbarung nicht überschritten werden dürfen. Eine Kurzfassung der GOÄ erhalten Sie kostenlos auf Anforderung.

2.2 **Die erstattungsfähigen Aufwendungen je Kalenderjahr und je Versicherten bzw. Mitversicherten werden ersetzt**

zu	80 %	Selbstbeteiligung	20 %,
zu	100 %	höchstens jedoch	306,78 EUR,
		nach Überschreitung des Höchstbetrags der Selbstbeteiligung.	

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 Höchstbetrag der Selbstbeteiligung für das erste Kalenderjahr um jeweils 1/12 für jeden nicht versicherten Monat gemindert. Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, mindert sich die Selbstbeteiligung nicht.

3. **TARIFE ZD 1 BIS ZD 3**

Zahnärztliche Behandlung

3.1 **Erstattungsfähig** sind Aufwendungen für:

- Zahnärztliche Leistungen einschließlich
 - gezielter Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, Zahnkronen
 - Zahnersatz (z.B. Prothesen, Brücken),
 - funktionsanalytische, funktionstherapeutische und implantologische Leistungen,
 - Kieferorthopädie,soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte/Ärzte liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.
- Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, soweit sie im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet sind,
- Heil- und Kostenplan

3.2 **Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden ersetzt**

		nach Tarif	
		ZD 1	ZD 3
bei	Zahnkronen, Zahnersatz, funktionsanalytischen, funktionstherapeutischen und implantologischen Leistungen	zu 50 %	85 %
bei	Kieferorthopädie	zu 50 %	85 %
bei	sonstigen zahnärztlichen Leistungen	zu 100 %	100 %
bei	zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien	Erstattungsprozentsatz wie bei der zugrunde liegenden zahnärztlichen Leistung.	

Als Zahnersatz gelten auch die vorbereitenden Maßnahmen.

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

Bei Zahnersatz und bei Kieferorthopädie empfiehlt es sich, dem Versicherer vor der eigentlichen Behandlung einen Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorzulegen. Der Versicherte erhält dann eine Mitteilung über die Versicherungsleistung.

4. TARIFE SD 2 UND SD 3

Stationäre Heilbehandlung, Entbindung

4.1 Erstattungsfähig sind

nach **Tarif SD 2** Aufwendungen für:

- Allgemeine Krankenhausleistungen.
- Unterkunftszuschlag Zweibettzimmer³.
- Neben dem Unterkunftszuschlag berechenbarer Zuschlag für Verpflegung, Sanitärzelle, Telefonanschluss, Radio- und Fernsehgerät.
- Wahlärztliche⁴ und belegärztliche⁵ Leistungen, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.
- 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.

nach **Tarif SD 3** Aufwendungen für:

- Allgemeine Krankenhausleistungen.
- Belegärztliche⁵ (nicht wahlärztliche⁴) Leistungen, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.
- 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.

4.2 Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100 % ersetzt.

Nach SD 3 ist jedoch die Erstattung für belegärztliche Leistungen bei Inanspruchnahme gesondert berechenbarer Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer auf

40 %

begrenzt; der Unterkunftszuschlag ist nicht erstattungsfähig.

4.3 Wird gesondert berechenbare Unterkunft nicht in Anspruch genommen, zahlt der Versicherer nach SD 2 bei stationärer - nicht bei teilstationärer - Heilbehandlung oder Entbindung neben dem Ersatz der erstattungsfähigen Aufwendungen ein Krankenhaustagegeld von

15,34 EUR.

4.4 Ambulante Entbindung

Ohne Kostennachweis wird eine Pauschale von

613,55 EUR
511,29 EUR

bei Tarif SD 2
bei Tarif SD 3

gezahlt.

³ Wählt der Versicherte bzw. Mitversicherte gesondert berechenbare Unterkunft im Einbettzimmer, ist der Unterkunfts-
zuschlag für ein Zweibettzimmer des aufgesuchten Krankenhauses erstattungsfähig. Zählt die Unterkunft im Zweibett-
zimmer zu den allgemeinen Krankenhausleistungen, ist der Zuschlag für das Zweibettzimmer zu 60 % erstattungs-
fähig.

⁴ gesondert berechenbare Behandlung durch leitende Krankenhausärzte

⁵ Belegärzte sind nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte, die Patienten unter Inanspruchnahme der Einrichtungen des
Krankenhauses stationär behandeln.

5. Beitragsentlastung

5.1 Gegenstand der Vereinbarung

- Ab Beginn des Monats, der bei Vereinbarung auf die Vollendung des
"Beitragsentlastung V65" 65. Lebensjahres
"Beitragsentlastung V70" 70. Lebensjahres
"Beitragsentlastung V75" 75. Lebensjahres
des Versicherten bzw. Mitversicherten folgt,
verringert sich der Monatsbeitrag, der dann für ihre Krankheitskostenversicherung bei dem Versicherer zu zahlen ist, um den vereinbarten Entlastungsbetrag.
Eine "Beitragsentlastung" kann frühestens vom vollendeten 20. Lebensjahr an vereinbart werden.

- Eine Vereinbarung kann nur bis zur Vollendung des
"Beitragsentlastung V65" 59. Lebensjahres
"Beitragsentlastung V70" 64. Lebensjahres
"Beitragsentlastung V75" 69. Lebensjahres
getroffen werden.

5.2 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 des Versicherten bzw. Mitversicherten vereinbart werden.
- Eine Anhebung des vereinbarten Entlastungsbetrages bis zu dem nach Ziff. 5.2 Abs. 1 aktuellen Beitrag für die Krankheitskostenversicherung kann bei Vereinbarung nur bis zur Vollendung des
"Beitragsentlastung V65" 59. Lebensjahres
"Beitragsentlastung V70" 64. Lebensjahres
"Beitragsentlastung V75" 69. 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 der vereinbarte Entlastungsbetrag herabgesetzt wird, gilt Satz 2 entsprechend.

5.3 Tarifbezeichnung

Im Versicherungsausweis werden neben den vereinbarten Tarifen der Krankheitskostenversicherung das Alter, nach dessen Vollendung die Beitragsentlastung wirksam wird, und der vereinbarte Entlastungsbetrag angegeben,

z.B. AD 1, ZD 3, SD 2, V65/300 EUR oder
AD 1, ZD 3, SD 2, V65/200 EUR, V70/100 EUR.

5.4 Beitragsanpassung

Die Beiträge für die "Beitragsentlastung" werden im Rahmen einer Beitragsanpassung der Krankheitskostenversicherung nach Ziffer 8 vom Versicherer überprüft. Bei einer Veränderung der Rechnungsgrundlagen in der Krankheitskostenversicherung können die Beiträge für die "Beitragsentlastung" mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.

5.5 Beendigung der Vereinbarung "Beitragsentlastung"

- Die Vereinbarung "Beitragsentlastung" kann nur neben solchen Krankheitskostenversicherungen beim Versicherer für den Versicherten bzw. Mitversicherten 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 beim Versicherer für den Versicherten bzw. Mitversicherten weiter bestehenden Krankheitskostenversicherung angerechnet. Dabei kann eine sofortige Anrechnung oder eine Anrechnung zum Ablauf der vereinbarten Laufzeit gewählt werden.

- Für Versicherte bzw. Mitversicherte, deren für die Beitragsentlastungsvereinbarung zugrunde liegende Krankheitskostenversicherung vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat und für die die Mitgabe des Übertragungswertes nach § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG nicht vorgesehen ist, gilt:

Endet mit der Vereinbarung "Beitragsentlastung" auch die Krankheitskostenversicherung nach Nr. 5.5 Abs. 1 und besteht dann für den Versicherten bzw. Mitversicherten keine andere Krankheitskostenversicherung mehr bei der DKV, verfällt die Alterungsrückstellung aus dieser Vereinbarung zugunsten der Versichertengemeinschaft.

Für Versicherte bzw. Mitversicherte, deren für die Beitragsentlastungsvereinbarung zugrunde liegende Krankheitskostenversicherung ab dem 1. Januar 2009 begonnen hat und für die die Mitgabe des Übertragungswertes nach § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG vorgesehen ist, gilt:

Endet mit der Vereinbarung "Beitragsentlastung" auch die Krankheitskostenversicherung nach Nr. 5.5 Abs. 1, und besteht dann für den Versicherten bzw. Mitversicherten keine andere Krankheitskostenversicherung mehr bei der DKV, gelten die Regelungen zu § 14 Abs. 9 AVB-G entsprechend.

Wird eine Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig und hat die Vereinbarung "Beitragsentlastung" zehn Jahre bestanden, wird der Gegenwert für die Alterungsrückstellung aus dieser Vereinbarung auf eine bestehende Pflegeergänzungsversicherung oder Krankenhaustagegeldversicherung angerechnet, soweit dadurch bei der weiter bestehenden Versicherung ein monatlicher Beitrag von 5 EUR nicht unterschritten wird.

6. Monatliche Beiträge

- 6.1 Der monatlich zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem Versicherungsausweis bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsausweis.
- 6.2 Die Berechnung des Eintrittsalters richtet sich nach § 17 Abs. 3 AVB-G.
- 6.3 Für mitversicherte Kinder, die das 14. und Jugendliche, die das 19. Lebensjahr vollenden, 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.
- 6.4 Der Beitrag für die "Beitragsentlastung" ist auch nach Vollendung des 65. Lebensjahres zu zahlen, und zwar bis zur Beendigung der Krankheitskostenversicherung.

7. Beitragsrückerstattung (Gewinnbeteiligung)

- 7.1 Von dem satzungsgemäß ermittelten Überschuss eines Geschäftsjahres (Kalenderjahres) werden mindestens 80 % einer Rückstellung zugeführt, die ausschließlich für Zwecke der Beitragsrückerstattung verwendet wird (Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung). Der Versicherer kann außer der Auszahlung auch die Verwendung zur Beitragssenkung oder zur Abwendung bzw. Milderung von Beitragserhöhungen wählen. Welche Tarife oder Tarifkombinationen an der Beitragsrückerstattung teilnehmen und in welcher Höhe, wird vom Versicherer jährlich mit Zustimmung des Treuhänders entschieden.
- 7.2 Wird für die vereinbarten Tarife eine Beitragsrückerstattung in Form der Auszahlung vorgesehen, besteht ein Anspruch für jede Versicherung, wenn
 - a) für das Geschäftsjahr keine Versicherungsleistungen erbracht worden sind (Versicherungsleistungen sind auch die gesetzlichen Ausgleichsleistungen; einmal erbrachte Versicherungsleistungen werden von Ersatz- oder Ausgleichsleistungen Dritter an den Versicherer nicht berührt);
 - b) die Versicherung während des ganzen Geschäftsjahres in dem betreffenden Tarifverband bestanden hat und am 30. Juni des folgenden Geschäftsjahres noch immer besteht (die zweite Voraussetzung entfällt, wenn die Versicherung nach § 14 Abs. 1 d oder Abs. 3 AVB-G geendet hat);
 - c) die Beiträge, die während des Geschäftsjahres fällig geworden sind, bis zum 31. Dezember vollständig entrichtet sind.
- 7.3 Die Beitragsrückerstattung nach Abs. 2 kann nach der Anzahl der aufeinander folgenden Jahre, in denen die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt worden sind, gestaffelt werden.
- 7.4 Eine Beitragsrückerstattung nach Abs. 2 erfolgt nicht vor dem 1. Juli des Folgejahres.
- 7.5 Der Versicherer ist berechtigt, die Gewinnbeteiligung in Form einer Beitragsgutschrift durchzuführen.

8. Beitragsanpassung

- 8.1 Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung bei den Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 10 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst; bei einer Abweichung von mehr als 5 % können alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Ergibt die Gegenüberstellung bei der Sterbewahrscheinlichkeit eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung werden auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 19 Abs. 1 Satz 2 AVB-G) sowie der für die Beitragsbegrenzungen im Basistarif erforderliche Zuschlag (§ 20 Satz 2 AVB-G) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen und, soweit erforderlich, angepasst.
- 8.2 Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
- 8.3 Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherten folgt.

Gerne geben wir bei Fragen ausführliche Auskunft:
Kundenservice Center 0 18 01/358 100 (3,9 ct/Min.*)
(*aus dem deutschen Festnetz, abweichende Kosten aus Mobilfunknetzen möglich)

Wichtige Informationen zu Tarif SD 3

Zur Absicherung gegen Kosten **stationärer Heilbehandlung im Krankenhaus** haben Sie sich für Tarif SD 3 entschieden. Beiliegende Allgemeine Versicherungsbedingungen nennen Ihnen Tarifleistungen und Leistungsvoraussetzungen. Hier sei nur kurz zusätzlich erläutert, welche Krankenhauskosten und welche Kosten ärztlicher Leistungen nach diesem Tarif erstattet werden - und welche nicht:

1. Ihnen reichen die **allgemeinen Krankenhausleistungen** aus; Sie legen keinen Wert auf eine besondere Unterkunftsart (sonst hätten Sie ja einen unserer anderen Tarife ausgesucht).

Allgemeine Krankenhausleistungen werden im Mehrbettzimmer, teilweise auch im Zweibettzimmer angeboten. Diese Standardleistungen schließen die ärztlichen Leistungen ein - Ausnahme: belegärztliche Leistungen (Belegärzte sind Ärzte, die - obwohl nicht am Krankenhaus angestellt - zur stationären Behandlung ihrer Patienten Einrichtungen des Krankenhauses benutzen).

Ihre Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen erstattet die DKV zu 100 %.

2. Behandelt Sie im Krankenhaus ein **Belegarzt**, darf er Ihnen seine Leistungen berechnen. Nehmen Sie im Übrigen nur die allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch, gilt:

Ihre Aufwendungen für die Leistungen des Belegarztes erstattet die DKV zu 100 %*.

3. Viele Krankenhäuser bieten neben den allgemeinen Krankenhausleistungen (siehe Nr. 1) so genannte **wahlärztliche Leistungen** (gesondert berechenbare Behandlung durch leitende Krankenhausärzte) an.

Aufwendungen für wahlärztliche Leistungen werden nach Tarif SD 3 nicht erstattet.

4. Wählen Sie **im Ausnahmefall** dennoch gesondert berechenbare Unterkunft im Zwei- oder Einbettzimmer und Leistungen des Belegarztes bzw. des leitenden Krankenhausarztes, werden Aufwendungen

- für die allgemeinen Krankenhausleistungen zu 100 %,
- für die belegärztlichen Leistungen **nur zu 40 %**,
- für die wahlärztlichen Leistungen überhaupt nicht erstattet.

Ihnen verbleiben dann beträchtliche Eigenbeteiligungen:

- beim Unterkunftszuschlag 100 %,
- bei Aufwendungen für belegärztliche Leistungen 60 %,
- bei Aufwendungen für wahlärztliche Leistungen 100 %.

Gerne geben wir bei Fragen ausführliche Auskunft:
Kundenservice Center 0 18 01/358 100 (3,9 ct/Min. *)
(*aus dem deutschen Festnetz, abweichende Kosten aus Mobilfunknetzen möglich)

Bitte nehmen Sie dieses Informationsblatt zu Ihren Versicherungsunterlagen.

* sofern die in Tarif SD 3 zur Gebührenordnung für Ärzte genannten Voraussetzungen erfüllt sind