

Allgemeine  
Versicherungsbedingungen  
der Gruppenversicherung (AVB-G)

**G**

**TARIF K 95**

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 Gesundheitstelefon, 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. 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, Freizeittätigkeiten) für alle empfohlen werden,
  - Psychotherapie  
(siehe Leistungsvoraussetzung § 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 %,
- Transport zum nächsterreichbaren Arzt oder Krankenhaus  
zur Erstversorgung nach einem Unfall bzw. Notfall.
- Häusliche Behandlungspflege  
Medizinische Leistungen von Pflegefachkräften nach Anweisung des Arztes (wie Verband- oder Katheterwechsel, Injektionen), soweit die Gebühren im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet sind.
- 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.
- Leistungen des Heilpraktikers (es dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden)  
bis zu den Sätzen der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)<sup>1</sup>, die von Ärzten ohne nähere Begründung oder ohne eine von der GOÄ abweichende Vereinbarung nicht überschritten werden dürfen.
- Arznei- und Verbandmittel  
(siehe § 6 Abs. 3 AVB-G)
- 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  
bis zu den im Heilmittelverzeichnis des Tarifs K 95 (Anlage Druckstück B 142/1) genannten erstattungsfähigen Höchstbeträgen.
- Leistungen des Logopäden  
bis zu den Sätzen der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)<sup>1</sup>, die von Ärzten ohne nähere Begründung oder ohne eine von der GOÄ abweichende Vereinbarung nicht überschritten werden dürfen.

---

<sup>1</sup> Eine Kurzfassung der GOZ bzw. GOÄ erhalten Sie kostenlos auf Anforderung.

- Hilfsmittel  
(siehe § 6 Abs. 3 AVB-G – ausgenommen Sehhilfen einschließlich Brillenfassungen).
- Sehhilfen (einschließlich Brillenfassungen)  
abweichend von § 6 Abs. 3 AVB-G sind erstattungsfähig
 

- ab 15. Lebensjahr einmal innerhalb von drei Jahren -	bis zu	153,39 EUR,
- bis zum 15. Lebensjahr je Kalenderjahr -	bis zu	76,69 EUR.

2.2 **Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden, soweit sich nicht aus Nr. 2.1 etwas anderes ergibt, zu 100 % ersetzt, abzüglich des nach Nr. 5 vorgesehenen Selbstbehaltes.**

---

### 3. Zahnärztliche Heilbehandlung, Früherkennung

---

3.1 **Erstattungsfähig** sind Aufwendungen für:

- Zahnärztliche Leistungen  
einschließlich  
gezielter Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten,  
Erstellen eines Heil- und Kostenplanes,  
soweit die Gebühren im Rahmen der Sätze der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahn-  
ärzte (GOZ)<sup>1</sup> bzw. Ärzte (GOÄ)<sup>1</sup> liegen und deren Bemessungsgrundsätze entsprechen, die von Ärzten bzw.  
Zahnärzten ohne nähere Begründung oder ohne eine von der GOZ bzw. GOÄ abweichende Vereinbarung  
nicht überschritten werden dürfen.

**Die Erstattungsfähigkeit ist begrenzt bei**

- Kronen und Brücken in  
metallischer Ausführung: auf eine Verblendung bis zum Zahn 5,
- implantologischen Leistungen: auf das Einbringen von bis zu 4 Implantaten in den zahnlosen Unter-  
kiefer und den darauf zu befestigenden Zahnersatz

- Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien,

soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen des Tarifs K 95 (Anlage  
Druckstück B 142/2) aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet sind. Die  
Höhe der Versicherungsleistungen bemisst sich nach dem Prozentsatz, zu dem die jeweiligen  
Aufwendungen für die zahnärztlichen Leistungen ersetzt werden.

3.2 **Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden ersetzt, soweit sich nicht aus Nr. 3.3 etwas anderes ergibt,**

- a) bei Einlagefüllungen, Zahnkronen, Zahnersatz (z.B. Brücken,  
Prothesen) sowie funktionsanalytischen, funktionstherapeutischen,  
implantologischen und kieferorthopädischen Leistungen  
einschließlich der jeweils vorbereitenden Maßnahmen zu 50 %,
- b) bei sonstigen zahnärztlichen Leistungen zu 100 %,

abzüglich des nach Nr. 5 vorgesehenen Selbstbehaltes.

3.3 Heil- und Kostenplan

Bei den in Nr. 3.2 a) genannten Leistungen ist dem Versicherer vor Durchführung der Behandlung ein Heil- und  
Kostenplan mit vollständiger Befundangabe vorzulegen, wenn die voraussichtlichen Gesamtkosten im  
Versicherungsfall 2.556,46 EUR übersteigen. Der Versicherer prüft den Heil- und Kostenplan und gibt über die zu  
erwartende Versicherungsleistung schriftlich Auskunft.

Wird vor dieser Auskunft mit den in Nr. 3.2 a) genannten Leistungen begonnen, so wird der 2.556,46 EUR  
übersteigende Teil der erstattungsfähigen Aufwendungen abweichend von Nr. 3.2 a) zu

40 %

ersetzt.

---

<sup>1</sup> siehe Seite 2

---

#### 4. Stationäre Heilbehandlung, Entbindung

---

##### 4.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- Allgemeine Krankenhausleistungen  
Belegärztliche<sup>2</sup> (nicht wahlärztliche<sup>3</sup>) Leistungen,  
soweit die Gebühren im Rahmen der Sätze der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)<sup>1</sup> liegen und deren Bemessungsgrundsätze entsprechen, die von Ärzten ohne nähere Begründung oder ohne eine von der GOÄ abweichende Vereinbarung nicht überschritten werden dürfen.
- Leistungen der Beleghebamme / des Belegentbindungspflegers,  
soweit die Gebühren im Rahmen der dafür geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung liegen.
- Transport – jeweils bis zu 100 km – im Krankenwagen zum und vom Krankenhaus,  
im Rettungshubschrauber zum Krankenhaus.

Bei stationärer Krankenhausbehandlung außerhalb der Mitgliedsstaaten der Europäischen Union oder der Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sind die anfallenden Aufwendungen bis 255,65 EUR je Verweiltag im Krankenhaus erstattungsfähig.  
(Vgl.: Wichtiger Hinweis zum Auslandsaufenthalt, Seite 8)

##### 4.2 Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden, soweit sich nicht aus Nr. 4.1 etwas anderes ergibt, zu 100 % ersetzt.

##### 4.3 Ambulante Entbindung

Ohne Kostennachweis wird eine Pauschale von 511,29 EUR gezahlt.

---

#### 5. Selbstbehalt

---

Der vorgesehene Selbstbehalt nach den Nrn. 2.2 und 3.2 beträgt insgesamt je Kalenderjahr für jeden Versicherten bzw. Mitversicherten

ab dem 20. Lebensjahr	Frauen	380,00 EUR
	Männer	400,00 EUR
ab dem 15. bis zum 20. Lebensjahr	Frauen	380,00 EUR
	Männer	380,00 EUR
bis zum 15. Lebensjahr		200,00 EUR

Nach Vollendung des 14. bzw. 19. Lebensjahres gilt ab dem folgenden 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 Höchstbetrag des Selbstbehaltes 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.

---

<sup>1</sup> siehe Seite 2

<sup>2</sup> Belegärzte sind nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte, die Patienten unter Inanspruchnahme der Einrichtungen des Krankenhauses stationär behandeln.

<sup>3</sup> gesondert berechenbare Behandlung durch leitende Krankenhausärzte.

---

## 6. Beitragsentlastung

---

### 6.1 Gegenstand der Vereinbarung

- Ab Beginn des Monats, der bei Vereinbarung auf die Vollendung des  
"Beitragsentlastung V 65" 65. Lebensjahres  
"Beitragsentlastung V 70" 70. Lebensjahres  
"Beitragsentlastung V 75" 75. Lebensjahres  
des Versicherten bzw. des Mitversicherten folgt,  
verringert sich der Monatsbeitrag, der dann für ihre Krankheitskostenversicherung bei der DKV zu zahlen ist, um den vereinbarten Entlastungsbetrag.

- Eine Vereinbarung kann nur bis zur Vollendung des  
"Beitragsentlastung V 65" 59. Lebensjahres  
"Beitragsentlastung V 70" 64. Lebensjahres  
"Beitragsentlastung V 75" 69. 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 des Versicherten bzw. Mitversicherten vereinbart werden.
- Eine Anhebung des vereinbarten Entlastungsbetrages bis zu dem nach Nr. 6.2 Abs. 1 aktuellen Beitrag für die Krankheitskostenversicherung kann  
bei Vereinbarung nur bis zur Vollendung des  
"Beitragsentlastung V 65" 59. Lebensjahres  
"Beitragsentlastung V 70" 64. Lebensjahres  
"Beitragsentlastung V 75" 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

### 6.3 Tarifbezeichnung

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

z.B.: K 95 V 65 / 150 EUR oder  
K 95 V 65 / 100 EUR V 70 / 50 EUR.

### 6.4 Beitragsanpassung

Die Beiträge für die "Beitragsentlastung" werden im Rahmen einer Beitragsanpassung der Krankheitskostenversicherung nach Nr. 12 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 beim Versicherer für den Versicherten bzw. Mitversicherten bestehen, die Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung vorsehen und bei denen - wie in diesem Druckstück - im Tariftteil bzw. in den jeweiligen Tariftteilen 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. 6.5 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 Versicherten-gemeinschaft.

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. 6.5 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.

---

## 7. Anpassung des Versicherungsschutzes

---

Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen des § 18 AVB-G berechtigt, tariflich vorgesehene Höchstbeträge und die tariflichen Leistungen für Heilmittel sowie für zahntechnische Laborarbeiten und Materialien mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, den veränderten Verhältnissen anzupassen.

---

## 8. Monatliche Beiträge

---

- 8.1 Der monatlich zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem Versicherungsausweis bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsausweis.
- 8.2 Die Berechnung des Eintrittsalters richtet sich nach § 17 Abs. 4 AVB-G.
- 8.3 Für mitversicherte Kinder, die das 14. und Jugendliche, die das 19. Lebensjahr vollenden, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe bzw. des nächsthöheren Alters zu zahlen. Das gilt nicht bei Beiträgen für die "Beitragsentlastung", weil diese Entlastung frühestens mit 20 Jahren vereinbart werden kann.
- 8.4 Der Beitrag für die "Beitragsentlastung" ist auch nach Vollendung des 65. Lebensjahres zu zahlen, und zwar bis zur Beendigung der Krankheitskostenversicherung.

---

## 9. Obliegenheit

---

Neben dem Tarif K 95 darf für den Versicherten bzw. den Mitversicherten keine weitere Krankheitskostenteil- oder Krankheitskostenvollversicherung (Ausnahme: Auslandsreise-Krankenversicherung) beim Versicherer oder einem anderen privaten Krankenversicherer fortgeführt oder abgeschlossen werden.

---

## 10. Optionsrecht

---

- 10.1 Hat die Versicherung nach Tarif K 95 für den Versicherten bzw. den Mitversicherten bis Eintrittsalter 35 Jahre begonnen, kann der Versicherte für sich bzw. den Mitversicherten Tarif K 95

mit Beginn des 19., des 37. oder letztmalig mit Beginn des 61. Vertragsmonats  
- gerechnet vom Versicherungsbeginn dieser Versicherung -

zu folgenden erleichterten Bedingungen in leistungsstärkere Tarife umstellen lassen:

- a) Der Umwandlungsantrag ist mit einer Beitrittserklärung des Versicherers – unter Beantwortung der Gesundheitsfragen – zu stellen; er kann frühestens zwei Monate vor einem der in Nr. 10.1 Satz 1 genannten Termine gestellt werden, er muss dem Versicherer jedoch spätestens einen Monat vor dem gewählten Umwandlungszeitpunkt vorliegen. Für die Einhaltung der Fristen ist der Versicherte verantwortlich.

- b) Der Versicherer nimmt den fristgerechten Umwandlungsantrag an.  
Bei einer Umwandlung zu Beginn des 19. Vertragsmonats verzichtet der Versicherer auf neue Risikozuschläge.  
Soweit ein erhöhtes Risiko vorliegt, kann der Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes (Mehrleistung) einen Risikozuschlag (§ 17 Abs. 6 und 7 AVB-G) bei einer Umwandlung zu Beginn des 37. Vertragsmonats von maximal 50 %, bzw. bei einer Umwandlung zu Beginn des 61. Vertragsmonats von maximal 100 % des auf die Mehrleistung entfallenden Beitragsanteils verlangen.
  - c) Die Vereinbarung eines Leistungsausschlusses kann der Versicherer nicht verlangen.
  - d) Für laufende Versicherungsfälle wird ab Umwandlungstermin nach den dann geltenden Tarifen geleistet.
  - e) Der vom Umwandlungstermin an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem dann erreichten Alter des Versicherten bzw. Mitversicherten unter Berücksichtigung eventuell erworbener Anrechnungsbeträge<sup>4</sup>.
- 10.2 Für die mitversicherten Personen, die nach den Bestimmungen für die Kindernachversicherung gemäß § 5 Abs. 2 und 3 der AVB-G nach Tarif K 95 versichert wurden, besteht ein Optionsrecht nur unter folgenden Voraussetzungen:
- a) zumindest ein Elternteil war am Tage der Geburt des Kindes mindestens drei Monate nach Tarif K 95 versichert und
  - b) die Umstellung der Versicherung des Kindes von Tarif K 95 in leistungsstärkere Tarife kann zu erleichterten Bedingungen nur gleichzeitig mit einer Umstellung der Versicherung nach Nr. 10.1 für zumindest ein Elternteil erfolgen; die Regelungen in Nr. 10.1 gelten für die Umstellung der Versicherung des Kindes entsprechend. Soweit es dabei in Nr. 10.1 Satz 1 und Nr. 10.1 b) auf den Beginn des 19., 37. oder 61. Vertragsmonats ankommt, wird auch hinsichtlich des Kindes auf den für ein Elternteil bei der Umstellung maßgeblichen Vertragsmonat abgestellt.
- 10.3 Das Optionsrecht gilt nicht für den Versicherten bzw. Mitversicherten, der wiederholt nach Tarif K 95 versichert ist - unabhängig davon, ob er bei der erstmaligen Versicherung nach Tarif K 95 das Optionsrecht wahrgenommen hat.
- 10.4 Im Übrigen gelten die AVB-G. Das Recht, jederzeit einen Umwandlungsantrag nach den AVB-G zu stellen, bleibt unberührt.

---

## 11. Beitragsrückerstattung (Gewinnbeteiligung)

---

- 11.1 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.
- 11.2 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.
- 11.3 Die Beitragsrückerstattung nach Abs. 2 kann nach der Anzahl der aufeinander folgenden Jahre, in denen die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt worden sind, gestaffelt werden.
- 11.4 Eine Beitragsrückerstattung nach Abs. 2 erfolgt nicht vor dem 1. Juli des Folgejahres.
- 11.5 Der Versicherer ist berechtigt, die Gewinnbeteiligung in Form einer Beitragsgutschrift durchzuführen.

---

<sup>4</sup> Beim Anrechnungsbetrag handelt es sich um den monatlichen Gegenwert der für den Versicherten bzw. Mitversicherten gebildeten Alterungsrückstellung. Damit wird nach versicherungsmathematischen Grundsätzen die bereits zurückgelegte Versicherungszeit berücksichtigt.

---

## 12. Beitragsanpassung

---

- 12.1 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.
- 12.2 Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
- 12.3 Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherten folgt.

### **Wichtiger Hinweis zum Auslandsaufenthalt:**

Für Tarif K 95 gilt die Regelung in § 3 Abs. 3 AVB-G. Allerdings sollte berücksichtigt werden, dass der Leistungsumfang des Tarifs die Leistungserbringung im deutschen Gesundheitssystem berücksichtigt und Höchstgrenzen vorsieht. Auf Grund unterschiedlich ausgestalteter Gesundheitssysteme in anderen Ländern ist es denkbar, dass die Tarifleistungen aus K 95 - bei Behandlungen außerhalb Deutschlands - zur Deckung aller Kosten nicht ausreichen. Wir empfehlen Ihnen deshalb dringend, gleich bzw. rechtzeitig vor Antritt einer Auslandsreise bei der DKV eine Auslandsreise-Krankenversicherung abzuschließen. Unsere Außendienstmitarbeiter/-partner beraten Sie gerne, welcher Tarif für Sie der zweckmäßigste ist. Sie können sich auch an eine unserer Geschäftsstellen oder an die Hauptverwaltung in Köln wenden.

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)

Heilmittelverzeichnis des Tarifs K 95<sup>1</sup>

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
<b>I. Inhalationen</b>	
001 Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - als Einzelinhalation	6,70
<b>II. Krankengymnastik, Bewegungsübungen</b>	
002 Krankengymnastische Behandlung (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Massage -	19,50
003 Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	23,10
004 Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder frühkindlich erworbenen zentralen Bewegungsstörungen, als Einzelbehandlung bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres, Mindestaufenthaltsdauer 45 Minuten	34,30
005 Krankengymnastik in einer Gruppe (2-8 Personen) - auch orthopädisches Turnen -, je Teilnehmer	6,20
006 Krankengymnastik in einer Gruppe bei zerebralen Dysfunktionen (2-4 Personen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	10,80
007 Krankengymnastik (Atemtherapie)	
a) bei Behandlung von Mukoviscidose als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	34,30
b) in einer Gruppe (2-5 Personen) bei Behandlung von Mukoviscidose und vergleichbar schweren Bronchialerkrankungen, Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten, je Teilnehmer	10,80
008 Bewegungsübungen	7,70
009 a) Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	23,60
010 b) Krankengymnastik/Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Personen), je Teilnehmer - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	11,80
011 Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	22,50
012 Chirogymnastik - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	14,40
013 Erweiterte ambulante Physiotherapie, Mindestbehandlungsdauer 120 Minuten, je Behandlungstag	81,90
014 Gerätegestützte Krankengymnastik (Krankengymnastik an Seilzug- und/oder Sequenztrainingsgeräten, je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen), Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	35,00
015 Extensionsbehandlung (z.B. Glissonschiene)	5,20
016 Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (z. B. Schrägbrett, Extensionstisch, Peri'sches Gerät, Schlingentisch)	6,70
<b>III. Massagen</b>	
017 Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment-, Periost-, Bürsten- und Colonmassage)	13,80
018 Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder	
a) Großbehandlung, mindestens 30 Minuten	19,50
b) Ganzbehandlung, mindestens 45 Minuten	29,20
c) Kompressionsbandagierung einer Extremität	8,70
019 Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wanneninhalt von mindestens 600 Litern und einer Aggregatleistung von mindestens 200 l/min. sowie mit Druck- und Temperaturmesseinrichtung - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	23,10

<sup>1</sup> Grundlage sind die vom Bundesminister des Innern festgesetzten beihilfefähigen Höchstbeträge. Änderungen sind vorbehalten (siehe Nr. 6. Tarif K 95, § 18 AVB).

Leistung	Erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR	
<b>IV. Packungen, Hydrotherapie, Bäder</b>		
020	Heiße Rolle - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	10,30
021	a) Wärmepackung eines oder mehrerer Körperteile - einschließlich der erforderlichen Nachruhe - b) - bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien (z. B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	11,80
022	An- oder absteigendes Teilbad (z. B. Hauffe) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	12,30
023	Wechsel-Teilbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	9,20
024	Medizinische Bäder mit Zusätzen a) Teilbad (Hand-, Fußbad) mit Zusatz, z. B. vegetabilische Extrakte, ätherische Öle, spezielle Emulsionen, mineralische huminsäurehaltige und salizylsäurehaltige Zusätze b) Sitzbad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe - c) Weitere Zusätze, je Zusatz	6,70 13,30 3,10
025	Gashaltige Bäder a) Gashaltiges Bad (z. B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) b) Gashaltiges Bad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe - c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	19,50 22,50 21,00
<b>V. Kälte- und Wärmebehandlung</b>		
026	a) Eisanwendung, Kältebehandlung (z. B. Kompresse, Eisbeutel, direkte Abreibung) b) Eisanwendung, Kältebehandlung (z. B. Kaltgas, Kaltluft)	9,80 6,70
027	Eisteilbad	9,80
028	Heißluftbehandlung oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler - auch Infrarot -) eines oder mehrerer Körperteile	5,70
<b>VI. Elektrotherapie</b>		
029	Ultraschallbehandlung - auch Phonophorese -	6,20
030	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen)	6,20
031	Behandlung eigens oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (z. B. Reizstrom, diadynamischer Strom, Interferenzstrom, Galvanisation)	6,20
032	Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik bei spastischen oder schlaffen Lähmungen	11,80
033	Iontophorese	6,20
034	Zwei- oder Vierzellenbad	11,30
035	Hydroelektrisches Vollbad (z. B. Stangerbad) auch mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	22,00
<b>VII. Lichttherapie</b>		
036	Behandlung mit Ultraviolettlicht a) als Einzelbehandlung b) in einer Gruppe, je Teilnehmer	3,10 2,60
037	a) Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht b) Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	3,10 5,20
038	a) Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes b) Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	6,20 8,70

Preis- und Leistungsverzeichnis des Tarifs K95 für zahntechnische Leistungen<sup>1</sup>

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
001 Modell	5,62
002 Doublieren/Platzhalter einfügen/Verwendung von Kunststoff/Galvanisieren	13,29
003 Set-up	8,18
005 Stumpfmodell	9,20
007 Zahnkranz sockeln	5,62
011 Modellpaar trimmen/Fixator	8,18
012 Einstellen im Mittelwertartikulator	8,18
013 Modellpaar sockeln	19,94
020 Basis für Konstruktionsbiss/Basis für Vorbissnahme	9,71
021 Basis für Autopolymerisat	18,92
022 Bisswall	5,62
024 Übertragungskappe	21,99
031 Provisorische Krone oder Brückenglied	27,61
032 Formteil	16,87
101 Wurzelstiftkappe	61,36
102 Vollkrone/Teilkrone/Flügel Adhäsivbrücke, je Flügel/ Krone für Keramik-/Kunststoffverblendung	69,02
103 Vorbereiten Krone/Krone einarbeiten/ Stiftaufbau einarbeiten	13,29
104 Modellation gießen	19,94
105 Stiftaufbau	43,97
110 Brückenglied	49,08
111 Mantelkrone Kunststoff	60,93
112 Mantelkrone Keramik	99,19
120 Teleskopierende Krone	204,52
130 Steg	81,81
131 Stegglasche/Stegreiter	46,53
132 Steggeschiebe individuell	95,10
133 Individuelles Geschiebe/Ankerbandklammer/ Rillen-Schulter-Geschiebe	178,44
134 Konfektions-Geschiebe/Konfektions-Gelenk/ Konfektions-Anker/Konfektions-Riegel	91,01
135 Friktionsstift/Federbolzen/Schraube/Bolzen	42,44
136 Gefrästes Lager	52,66
137 Schubverteilungsarm	53,69
140 Riegel individuell	159,01
150 Metallverbindung nach Brand	25,05
160 Verblendung Kunststoff	39,88
161 Zahnfleisch aus Kunststoff	13,80

<sup>1</sup> Grundlage ist das bundeseinheitliche Verzeichnis zahntechnischer Leistungen (BEL II) gemäß § 88 Abs. 1 SGB V.

Die erstattungsfähigen Höchstbeträge orientieren sich an den in den Bundesländern nach § 88 Abs. 2 SGB V unterschiedlich festgesetzten Höchstpreisen.

Änderungen sind vorbehalten (siehe Nr. 7. Tarif K 95, § 18 AVB).

<b>Leistung</b>	<b>erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR</b>
162 Verblendung aus Keramik	75,16
163 Zahnfleisch aus Keramik	30,68
201 Metallbasis	110,44
202 einarmige Klammer/Inlayklammer/fortlaufende Klammer/ Bonyhardklammer/Kralle/Ney-Stiel/Auflage/Umgebungsbügel	11,25
203 zweiarmige Klammer/Approximalklammer/Ringklammer/ Rücklaufklammer/Bonyhardklammer Gegenlager/Doppelbogenklammer	17,90
204 zweiarmige Klammer, Auflage/Approximalklammer, Auflage/Ringklammer, Auflage/Rücklaufklammer, Auflage/Bonyhardklammer/Auflage/ Überwurfklammer, Auflage	29,65
205 Bonwillklammer	38,86
208 Rückenschutzplatte/Metallzahn/Metallkaufäche	37,32
210 Lösungsknopf für Friktionsprothese	12,27
211 Abschlussrand	16,36
212 Zuschlag einzelne Klammer	18,92
301 Aufstellung Wachsbasis Grundeinheit	24,54
302 Aufstellung auf Wachsbasis, je Zahn	2,05
303 Aufstellung auf Metallbasis, je Zahn	3,07
341 Übertragung einer Aufstellung auf Metall, je Zahn	2,05
361 Fertigstellung einer Prothese Grundeinheit	44,99
362 Fertigstellung je Zahn	3,07
380 Einarmige Klammer/Inlayklammer/Interdental-Knopfklammer/ Approximalklammer/Auflage/Bonyhardklammer	9,71
381 Zweiarmige Klammer, Auflage/Bonyhardklammer, Auflage/ Überwurfklammer/Doppelbogenklammer	14,83
382 Weichkunststoff ZE	83,34
383 Herstellung eines Zahnes aus zahnfarbenem Kunststoff	32,72
401 Aufbisschiene/Knirscherschiene/Bissführungsplatte	102,26
402 Miniplastschiene/Retentionsschiene/ Verband-, Verschlussplatte	60,84
403 Umarbeiten einer Prothese zum Aufbissbehelf mit adjustierter Oberfläche	42,44
404 Festsitzende Schiene aus Kunststoff mit adjustierter Oberfläche, je Zahn	8,18
405 Abnehmbare Dauerschiene mit adjustierter Oberfläche aus Metall	150,83
701 Basis für Einzelkiefergerät	47,04
702 Basis für bimaxilläres Gerät	99,19
703 Schiefe Ebene	40,39
704 Vorhofplatte	52,66
705 Kinnkappe	45,50
710 Aufbiss	9,71
711 Abschirmelement	15,85
712 Weichkunststoff KFO	43,97
720 Schraube einarbeiten	14,32
721 Spezialschraube einarbeiten	20,45
722 Trennen einer Basis	6,14
730 Labialbogen intramaxillär mit zwei Schlaufen	18,41
731 Labialbogen intramaxillär mit mehr als zwei Schlaufen	23,52
732 Labialbogen intermaxillär	28,12
733 Feder, offen	8,18
734 Feder, geschlossen	10,23
740 Verbindungselement intramaxillär	20,96

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
741 Verbindungselemente intermaxillär	23,52
742 Verankerungselement	19,43
743 Einzelement einarbeiten	10,23
744 Metallverbindung KFO	14,32
750 Einarmiges Halte- oder Abstützelement, je Zahn	8,69
751 Mehrarmiges Halte- oder Abstützelement, je Zahn	14,83
761 Grundeinheit für Instandsetzung und/oder Erweiterung einer KFO-Basis oder Aufbissbehelfs	15,85
762 Leistungseinheit Dehn-, Regulierungselement	6,65
770 Remontieren eines Gerätes ohne Kunststoffbasis	33,23
801 Grundeinheit für Instandsetzung und/oder Erweiterung	16,36
802 Leistungseinheit Sprung/Bruch/Einarbeiten Zahn/Basisteil Kunststoff/ Klammer einarbeiten/Rückenschutzplatte/Kunststoffsattel	7,16
803 Retention, gebogen	40,90
804 Retention, gegossen	50,11
806 Gegossenes Basisteil	62,89
807 Metallverbindung	21,47
808 Teilunterfütterung	37,84
809 Vollständige Unterfütterung	49,08
810 Basis erneuern	58,80
813 Auswechseln von Konfektionsteilen	11,76
820 Kronen- oder Brückenreparatur	32,72
933 Versandkosten	3,07
970 Verrechnungseinheit für die Fertigung aus edelmetallfreier Legierung	7,67
971 Verrechnungseinheit für die Fertigung aus edelmetallfreier Legierung	7,67
<hr/>	
Einlagefüllung (Inlay), einflächig <sup>2</sup>	45,50
Einlagefüllung (Inlay), zweiflächig <sup>2</sup>	53,17
Einlagefüllung (Inlay; Onlay), mehr als zweiflächig <sup>2</sup>	66,47

<sup>2</sup> Leistung, die nicht im BEL II enthalten ist.

## Wichtige Informationen zu Tarif K 95

Zur Absicherung gegen Kosten **ambulanter, zahnärztlicher und stationärer Heilbehandlung** haben Sie sich für Tarif K 95 entschieden. Beiliegende Allgemeine Versicherungsbedingungen nennen Ihnen insbesondere Tarifleistungen und Leistungsvoraussetzungen neben anderen Bestimmungen, die diesem Versicherungsvertrag zugrunde liegen.

Hiermit möchten wir Ihnen zunächst einen kurzen zu-sätzlichen Überblick verschaffen, welche Kosten ärztlicher Leistungen und welche Krankenhauskosten nach Tarif K 95 erstattet werden - und welche nicht:

1. Tarif K 95 bietet für ambulante, zahnärztliche und stationäre Heilbehandlung einen rundum kompakten Versicherungsschutz mit - gegenüber anderen DKV-Tarifen - zum Teil niedrigeren Versicherungsleistungen.

Nach Tarif K 95 sind die Gebühren, die Ihnen u.a. von Ärzten/Zahnärzten in Rechnung gestellt werden, bis zu den **Regelhöchstätzen**<sup>1</sup> der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte erstattungsfähig. In aller Regel reichen diese Leistungen aus. Sollten dennoch Ärzte/Zahnärzte ihre Gebühren über diese Regelspanne hinaus berechnen, fällt der Teil der Gebühren, der über die Regelhöchstätze hinausgeht, **n i c h t** unter die erstattungsfähigen Aufwendungen.

2. Durch einen jährlichen Selbstbehalt
  - bis zum 15. Lebensjahr von 200,00 EUR,
  - ab dem 15. bis zum 20. Lebensjahr von 380,00 EUR,
  - Männer ab dem 20. Lebensjahr von 380,00 EUR,
  - Frauen ab dem 20. Lebensjahr von 340,00 EUR,
 haben Sie sich entschieden, **Kosten für ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung mitzutragen**.

3. Ihnen reichen die **allgemeinen Krankenhausleistungen** aus; Sie legen derzeit keinen Wert auf eine besondere Unterkunftsart (sonst hätten Sie einen unserer Tarife ausgesucht, der eine Erstattung des Unterkunftszuschlages für das Ein- oder Zweibettzimmer vorsieht).

Allgemeine Krankenhausleistungen werden im Mehrbettzimmer, teilweise auch im Zweibettzimmer angeboten. Diese Standardleistungen schließen die ärztliche Behandlung ein - Ausnahme: belegärztliche Leistungen (Belegärzte sind nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte, die Patienten unter Inanspruchnahme der Einrichtungen des Krankenhauses stationär behandeln).

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

4. 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 %, soweit die Gebühren im Rahmen der Regelhöchstätze der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte**

**liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.**

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

**Aufwendungen für wahlärztliche Leistungen werden nach Tarif K 95 n i c h t erstattet.**

6. Wählen Sie im **Ausnahmefall** dennoch gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer und Leistungen des Belegarztes bzw. des leitenden Krankenhausarztes, werden die erstattungsfähigen Aufwendungen
  - für die allgemeinen Krankenhausleistungen zu 100 %,
  - für die belegärztlichen Leistungen zu 100 %,
  - für die wahlärztlichen Leistungen und die Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer **nicht**

erstattet.

**Ihnen verbleiben dann beträchtliche Eigenbeteiligungen:**

- beim Unterkunftszuschlag,
- bei Aufwendungen für wahlärztliche Leistungen.

7. Da das Leistungsversprechen des Tarifs insbesondere im Stationärbereich auf die gesetzlichen Vorschriften und Gegebenheiten des deutschen Gesundheitssystems zugeschnitten ist, sind bei stationärer Behandlung außerhalb der Mitgliedsstaaten der Europäischen Union oder der Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum anfallende Aufwendungen nur **bis zu 255,65 EUR je Verweiltag** erstattungsfähig. Um mögliche Eigenbeteiligungen auszuschließen, empfehlen wir Ihnen dringend, für geplante Auslandsaufenthalte bei der DKV eine Auslandsreise-Krankenversicherung abzuschließen.

Ergänzend möchten wir Sie auf das im Tarif verankerte **Optionsrecht** (vgl. Tarif K 95, Nr. 10) hinweisen, das die Möglichkeit bietet, zu drei feststehenden Zeitpunkten (19., 37. oder 61. Vertragsmonat) eine Erhöhung des Versicherungsschutzes unter erleichterten Bedingungen vorzunehmen. Wenn der erstmögliche Umwandlungszeitpunkt - 19. Vertragsmonat - genutzt wird, verzichtet die DKV auf Konsequenzen aus der Risikoprüfung, d.h. dieser Erhöhung des Versicherungsschutzes wird auch bei einer zwischenzeitlich eingetretenen Verschlechterung des Gesundheitszustandes **ohne Risikozuschlag** zugestimmt. Wird zu Beginn des 37. Vertragsmonats die Umwandlung beantragt, ist ein erforderlicher Risikozuschlag maximal auf 50 % des Mehrbeitrages der Mehrleistung begrenzt. Bei der Wahl des letztmaligen Optionstermins wird die Höhe eines neuen Zuschlages auf maximal 100 % des Mehrbeitrages der Mehrleistung festgesetzt.

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)

<sup>1</sup> (2,3facher Satz für persönliche Leistungen, 1,8facher Satz für so genannte medizinisch-technische Leistungen).