

# Allgemeine Versicherungsbedingungen der Gruppenversicherung (AVB-G)

**G**

## H - TARIFE

Für den Zugang  
ab 01.03.2009.

### SPEZIALTARIFE FÜR ÄRZTE UND ZAHNÄRZTE

### 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 AH 0

---

### Ambulante Heilbehandlung, Früherkennung, Entbindung, Rückführung aus dem Ausland, Todesfall im Ausland

---

#### 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 Leistungsvoraussetzung § 6 Abs. 2 AVB-G)  
soweit die Gebühren den 0,6fachen Satz der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte nicht überschreiten und den Bemessungsgrundsätzen der Gebührenordnung entsprechen.
- 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 Vergütungen den 0,6fachen Satz der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte nicht überschreiten.
- 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 Vergütungen, die in der Pflegepflichtversicherung mit Leistungserbringern vereinbart sind.
- 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, soweit die Vergütungen 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.<sup>1</sup>
- Hilfsmittel (siehe § 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 102,26 EUR.
- Rückführung aus dem Ausland  
Mehrkosten des medizinisch notwendigen Rücktransports wegen Krankheit oder Unfallfolgen an den Heimatwohnsitz oder in das dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus:
- Todesfall im Ausland  
Überführung an den Heimatwohnsitz aus dem  
europäischen Ausland bis zu 5.112,92 EUR,  
außereuropäischen Ausland bis zu 10.225,84 EUR,  
Beisetzung im Ausland bis zu 5.112,92 EUR.

#### 2.2 Die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus Nr. 2.1 ergeben, werden zu 100 % ersetzt.

---

<sup>1</sup> Ein Verzeichnis der erstattungsfähigen Leistungen und Höchstbeträge erhalten Sie kostenlos auf Anforderung.

### 3. TARIFE AH 2 BIS AH 4:

---

#### Ambulante Heilbehandlung, Früherkennung, Entbindung, Rückführung aus dem Ausland, Todesfall im Ausland

---

##### 3.1 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 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 %,

soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

Erstattungsfähig sind auch über den Höchstsätzen dieser Gebührenordnung liegende Aufwendungen, die durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwerisse begründet und nach den Bemessungskriterien der Gebührenordnung angemessen sind.
- 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 Vergütungen im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet sind. Sind zwischen den Leistungserbringern und den gesetzlichen Kostenträgern Vergütungen vereinbart, gelten diese als üblich.
- 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 Vergütungen, die in der Pflegepflichtversicherung mit Leistungserbringern vereinbart sind.
- 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, soweit die Gebühren 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.<sup>1</sup>
- Hilfsmittel (siehe § 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 102,26 EUR.

---

<sup>1</sup> siehe Seite 2

- Rückführung aus dem Ausland  
Mehrkosten des medizinisch notwendigen Rücktransports wegen Krankheit oder Unfallfolgen an den Heimatwohnsitz oder in das dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus.
- Todesfall im Ausland  
Überführung an den Heimatwohnsitz aus dem
 

europäischen Ausland	bis zu	5.112,92 EUR,
außereuropäischen Ausland	bis zu	10.225,84 EUR,
Beisetzung im Ausland	bis zu	5.112,92 EUR.

3.2 **Die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus Nr. 3.1 ergeben, werden zu 100 % ersetzt, abzüglich des nach Nr. 3.3 vorgesehenen Selbstbehaltes.**

3.3 **Der vorgesehene Selbstbehalt beträgt je Kalenderjahr für jeden Versicherten bzw. Mitversicherten**

		nach Tarif			
		AH2	AH3	AH4	
ab dem 20. Lebensjahr					
Frauen	340,00	730,00	1.200,00	EUR	
Männer	340,00	730,00	1.200,00	EUR	
ab dem 15. bis zum 20. Lebensjahr					
Frauen	360,00	600,00	1.020,00	EUR	
Männer	360,00	600,00	1.020,00	EUR	
bis zum 15. Lebensjahr					
	180,00	300,00	600,00	EUR	

Nach Vollendung des 14. bzw. 19. Lebensjahres gilt ab folgendem 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 Selbstbehalt 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.

#### 4. TARIF ZH 0

---

##### Zahnärztliche Behandlung

---

4.1 **Erstattungsfähig sind** Aufwendungen für:

- Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien,  
soweit die dafür in Rechnung gestellten Beträge im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise<sup>2</sup> berechnet sind.

4.2 **Die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus Nr. 4.1 ergeben, werden zu 100 % ersetzt.**

4.3 Ist aus der nach Einzelverrichtungen und Einzelpreisen spezifizierten Laborrechnung nicht ersichtlich, welchen zahnärztlichen Leistungen die Laborarbeiten bzw. Materialien im Einzelnen zuzuordnen sind, genügen dazu die entsprechenden Angaben des Versicherten.

4.4 Der Tarif ZH 0 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 Tarif ZH 0.

<sup>2</sup> Sind zwischen den Innungsverbänden der Zahntechniker und den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen Höchstpreise vereinbart, gelten diese als üblich.

---

## 5. Beitragsentlastung

---

### 5.1 Gegenstand der Vereinbarung

- Ab Beginn des Monats, der bei Vereinbarung "Beitragsentlastung V65" auf die Vollendung des 65. 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 Vereinbarung "Beitragsentlastung V65" kann nur bis zur Vollendung des 59. 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 Nr. 5.2 Abs. 1 aktuellen Beitrag für die Krankheitskostenversicherung kann bei Vereinbarung "Beitragsentlastung V65" nur bis zur Vollendung des 59. 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.: AH 0, ZH 0, SM 6, V65 / 300 EUR

### 5.4 Beitragsanpassung

Die Beiträge für die "Beitragsentlastung" werden im Rahmen einer Beitragsanpassung der Krankheitskostenversicherung nach Nr. 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 Tariffteil bzw. in den jeweiligen Tariffteilen 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 beim Versicherer, 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 2,56 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. 4 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 dt. Festnetz; ab 1.3.2010 max. 42 Ct/Min. aus dt. Mobilfunknetzen)

## Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

### **BAN - TARIFE**

#### FÜR BEAMTE IN DER AUSBILDUNG

Die AVB umfassen diese Tarife sowie (in einem gesonderten Druckstück) die Musterbedingungen 2009 - MB/KK 2009 - des Verbandes der privaten Krankenversicherung und die Tarifbedingungen der DKV.

#### **L e i s t u n g e n d e r D K V <sup>1</sup>**

---

#### **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
- zahnärztlichen 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.

---

<sup>1</sup> Erstattungssätze siehe Nr. 6

## 2. TARIF H

### 2.1 Ambulante Heilbehandlung, Früherkennung, Entbindung

---

**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 Impfkommision des zuständigen Bundesinstitutes allein in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht (also zum Beispiel unabhängig von Beruf, Reisen, Freizeitgewohnheiten) für alle empfohlen werden, Psychotherapie (siehe Leistungsvoraussetzung § 4 Abs. 2.1 und 2.2 AVB)

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.
- 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 Vergütungen im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet sind. Sind zwischen den Leistungserbringern und den gesetzlichen Kostenträgern Vergütungen vereinbart, gelten diese als üblich.
- 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 Vergütungen, die in der Pflegepflichtversicherung mit Leistungserbringern vereinbart sind.
- Leistungen des Heilpraktikers bis zu den Regelhöchstsätzen<sup>2</sup> der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte.
- Arznei- und Verbandmittel (siehe § 4 Abs. 3 und 3.1 AVB).
- Leistungen der Hebamme / des Entbindungspflegers, soweit die Gebühren im Rahmen der dafür geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung liegen.
- Leistungen des Masseurs, des Masseur und medizinischen Bademeisters, des Krankengymnasten, des Physiotherapeuten, 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.<sup>3</sup>
- 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.<sup>3</sup>
- Hilfsmittel (siehe § 4 Abs. 3.3 AVB).

### 2.2 Zahnärztliche Heilbehandlung, Früherkennung

---

**Erstattungsfähig** sind

- bei den mit "Unfall" bezeichneten Leistungen jedoch nur dann, wenn sie auf einem Unfall beruhen, der während der Zeit des Vorbereitungsdienstes eingetreten ist -

<sup>2</sup> Das sind der 2,3fache Satz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ der 1,8fache Satz, bei Leistungen nach Abschnitt M der GOÄ der 1,15fache Satz. Eine Kurzfassung der GOÄ erhalten Sie kostenlos auf Anforderung.

<sup>3</sup> Ein Verzeichnis der erstattungsfähigen Leistungen und Höchstbeträge erhalten Sie kostenlos auf Anforderung.



Aufwendungen für :

- Zahnärztliche Leistungen einschließlich gezielter Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, Einlagefüllungen, Zahnkronen, Zahnersatz (zum Beispiel Brücken, Prothesen) mit vorbereitenden Maßnahmen, funktionsanalytischer, funktionstherapeutischer und implantologischer Leistungen, kieferorthopädischer Leistungen mit vorbereitenden Maßnahmen, Erstellen eines Heil- und Kostenplanes, } Unfall  
soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte bzw. Ärzte liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

- Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, soweit die dafür in Rechnung gestellten Beträge im Rahmen der in Deutschland üblichen<sup>4</sup> Preise berechnet sind. } Unfall

Wir empfehlen Ihnen, bei den mit "Unfall" gekennzeichneten Leistungen vor der eigentlichen Behandlung einen Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorzulegen. Sie erhalten dann eine Mitteilung über die Versicherungsleistung.

### 3. TARIF P

---

#### 3.1 Stationäre Heilbehandlung, Entbindung

---

**Erstattungsfähig** sind Aufwendungen für:

- Allgemeine Krankenhausleistungen, hierzu zählen nicht: Wahlleistungen wie zum Beispiel die gegen einen Zuschlag erhältliche besondere Unterkunft, die gesondert berechenbare Behandlung durch leitende Krankenhausärzte (wahlärztliche); belegärztliche<sup>5</sup> Leistungen.
- Transport - jeweils bis 100 km - im Krankenwagen zum und vom Krankenhaus, im Rettungshubschrauber zum Krankenhaus.

---

#### 3.2 Ambulante Entbindung

---

Ohne Kostennachweis wird eine Pauschale gezahlt.

Sie ergibt sich aus dem tariflichen Prozentsatz eines Grundbetrages von 511,29 EUR.

### 4. TARIF R

---

#### 4.1 Stationäre Heilbehandlung, Entbindung

---

**Erstattungsfähig** sind Aufwendungen für:

- Allgemeine Krankenhausleistungen.
- Unterkunftszuschlag Zweibettzimmer.<sup>6</sup>
- Wahlärztliche<sup>7</sup> und belegärztliche<sup>5</sup> 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.

<sup>4</sup> Sind zwischen den Innungsverbänden der Zahntechniker und den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen Höchstpreise vereinbart, gelten diese als üblich.

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

<sup>6</sup> Wählt die versicherte Person gesondert berechenbare Unterkunft im Einbettzimmer, ist der Unterkunftszuschlag für ein Zweibettzimmer des aufgesuchten Krankenhauses erstattungsfähig. Zählt die Unterkunft im Zweibettzimmer zu den allgemeinen Krankenhausleistungen, ist der Zuschlag für das Einbettzimmer zu 60 % erstattungsfähig.

<sup>7</sup> gesondert berechenbare Behandlung durch leitende Krankenhausärzte

---

#### 4.2 Krankenhaustagegeld

---

Wird gesondert berechenbare Unterkunft nicht in Anspruch genommen, zahlt die DKV bei vollstationärer - nicht bei teil-, vor- oder nachstationärer - Heilbehandlung oder Entbindung neben dem Ersatz der erstattungsfähigen Aufwendungen ein Krankenhaustagegeld.

Das Tagegeld ergibt sich aus dem tariflichen Prozentsatz eines Grundbetrages von 30,68 EUR (Beispiel Tarifstufe 30 R: 30 % von 30,68 EUR = 9,20 EUR).

---

#### 4.3 Ambulante Entbindung

---

Ohne Kostennachweis wird eine Pauschale gezahlt.  
Sie ergibt sich aus dem tariflichen Prozentsatz eines Grundbetrages von 613,55 EUR.

---

### 5. TARIF EBE

---

#### 5.1 Stationäre Heilbehandlung, Entbindung

---

**Erstattungsfähig** sind die nicht beihilfefähigen Mehraufwendungen für die Unterkunft im Einbettzimmer (Differenz zwischen den Unterkunftszuschlägen Ein-/Zweibettzimmer).

---

#### 5.2 Krankenhaustagegeld

---

Wird gesondert berechenbare Unterkunft im Einbettzimmer nicht in Anspruch genommen, zahlt die DKV bei vollstationärer - nicht bei teil-, vor- oder nachstationärer - Heilbehandlung oder Entbindung ein Krankenhaustagegeld von 20,45 EUR.

---

### 6. Erstattungssätze

---

**Die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus Nr. 2, 3, 4 und 5 geben, werden ersetzt:**

			nach Tarifstufe	
			20H	30H
bei	ambulanter Heilbehandlung	zu	20 %	30 %
bei	unfallbedingten Einlagefüllungen, Zahnkronen, Zahnersatz (zum Beispiel Brücken, Prothesen), funktionsanalytischen, funktionstherapeutischen und implantologischen Leistungen, kieferorthopädischen Leistungen einschließlich der jeweils vorbereitenden Maßnahmen	zu	20 %	30 %
bei	unfallbedingten zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien, unabhängig von den zugrundeliegenden zahnärztlichen Leistungen	zu	15 %	22,5 %
bei	sonstigen erstattungsfähigen zahnärztlichen Leistungen	zu	20 %	30 %
			nach Tarifstufe	
			20P 20R	30P 30R
bei	stationärer Heilbehandlung	zu	20 %	30 %
			nach Tarif	
			EBE	
		zu	100 %	

Den vereinbarten Erstattungsprozentsatz nennt bei den Tarifen H, P und R die Tarifstufe; zum Beispiel werden aus Tarifstufe 30 H für ambulante Heilbehandlung, aus Tarifstufe 30 R für stationäre Heilbehandlung je 30 % erstattet.

## **L e i s t u n g e n   d e s   V e r s i c h e r u n g s n e h m e r s**

---

### **7.     Monatliche Beitragsraten**

---

- 7.1 Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.
- 7.2 Die Berechnung des Eintrittsalters richtet sich nach § 8 Abs. 2.1 AVB.
- 7.3 Für die versicherte Person, die das 14., 19., 24. bzw. 29. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.

## **S o n s t i g e s**

---

### **8.     Wartezeiten**

---

Alle Wartezeiten (§ 3 AVB) entfallen.

---

### **9.     Versicherungsfähigkeit / Versicherungsende**

---

- 9.1 Versicherungsfähig sind:
- Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst (Anwärter, Referendare), die Anwärterbezüge - also keine Dienstbezüge - erhalten,
  - nicht berufstätige, bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Ehegatten bzw. Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz und Kinder der bei der DKV nach BAN-Tarifen versicherten Beamten im Vorbereitungsdienst,
- sofern bei Versicherungsbeginn das 33. Lebensjahr noch nicht vollendet ist.
- 9.2 Die Versicherung nach BAN-Tarifen endet
- außer in den Fällen der §§ 13 bis 15 AVB - mit Ablauf des Monats, in dem
  - a) die Versicherungsfähigkeit nicht mehr gegeben ist,
  - b) die Ausbildung vorzeitig aufgegeben bzw. um mehr als sechs Monate unterbrochen wird,
  - c) der Anwärter oder Referendar das 34. Lebensjahr vollendet,
  - d) für die Versicherung nach den Tarifen H, P; R, EBE die Höchstvertragsdauer von fünf Jahren erreicht ist.
- Gleichzeitig endet dann auch für Ehegatten bzw. Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz und Kinder die Versicherung nach BAN-Tarifen.
- Den Eintritt des Beendigungsgrundes nach Nr. 9.2 a oder b teilt der Versicherungsnehmer der DKV innerhalb von zwei Monaten schriftlich mit.
- 9.3 Fällt Tarif R fort, endet auch die Versicherung nach Tarif EBE.

---

### **10.    Fortführung der Versicherung**

---

- 10.1 Besteht nach Eintritt des Beendigungsgrundes weiterhin Beihilfeanspruch, haben die versicherten Personen innerhalb von sechs Monaten das Recht, ihre Versicherung nach anderen Quotentarifen der DKV - Spezialtarife für Beihilfeberechtigte - in entsprechenden Tarifstufen fortzuführen, wenn nach diesen Tarifen Versicherungsfähigkeit gegeben ist. Die Fortführung der Versicherung nach Quotentarifen erfolgt dann ohne erneute Risikoprüfung und ohne neue Wartezeiten. Der Beitrag wird nach dem zu diesem Zeitpunkt erreichten Alter (Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr der Fortführung) festgesetzt.
- 10.2 Besteht kein Beihilfeanspruch mehr, richtet sich die Fortführung der Versicherung nach Nr. 11.

Hinweis:

Die Versicherung nach den BAN-Tarifen H und R bzw. H und P wird auf Antrag des Versicherungsnehmers in den Tarif UNI umgestellt, sofern die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt sind, sich unmittelbar an die abgeschlossene Ausbildung eine vorübergehende Arbeitslosigkeit anschließt und innerhalb von zwei Monaten nach dem Abschluss die Umstellung der Versicherung in Tarif UNI beantragt wird. Die Umstellung erfolgt dann ohne erneute Risikoprüfung und ohne neue Wartezeiten.  
(Einen Tariffteil, aus denen die Leistungen etc. hervorgehen, senden wir Ihnen auf Anforderung zu.)

---

## 11. Anpassung des Versicherungsschutzes

---

### 11.1 Auf Antrag des Versicherungsnehmers wird

- bei Minderung des Beihilfebemessungssatzes der Versicherungsschutz im Rahmen der BAN-Tarife,
- bei Fortfall des Beihilfeanspruchs für die versicherte Person der Versicherungsschutz im Rahmen anderer, für den Neuzugang geöffneter Krankheitskostentarife

angepasst, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

Die Anpassung wird innerhalb von sechs Monaten nach einer dieser Änderungen beantragt. Sie soll wirksam werden zum Beginn des Monats, in dem die Änderung eingetreten ist. Wird der Antrag nicht spätestens in dem Monat gestellt, in dem die Beihilfeänderung wirksam wird, dann wird die Änderung zu Beginn des Monats wirksam, der auf die Beihilfeänderung folgt.

Der Versicherungsschutz wird nur soweit angepasst, das er die Minderung des Beihilfebemessungssatzes oder den Fortfall des Beihilfeanspruchs für die versicherte Person ausgleicht, ohne im Übrigen das Niveau des Schutzes zu verbessern (es bleibt also zum Beispiel bei einem Versicherungsschutz für gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer des Krankenhauses).

Anspruch auf die höheren Leistungen besteht dann - auch für laufende Versicherungsfälle - ohne Risikoprüfung und ohne neue Wartezeiten.

### 11.2 Bei Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes

kann die DKV den Versicherungsschutz - auch für laufende Versicherungsfälle - zum Beginn des zweiten Monats (auf Wunsch des Versicherungsnehmers schon zum Beginn des ersten Monats) nach der Erhöhung entsprechend herabsetzen. Der Versicherungsnehmer teilt der DKV die Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes unverzüglich schriftlich mit.

### 11.3 Die DKV ist unter den Voraussetzungen des § 18 AVB berechtigt, auch tariflich vorgesehene Höchstbeträge mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, den veränderten Verhältnissen anzupassen.

---

## 12. Begrenzung der Versicherungsleistung

---

Übersteigen im Ausnahmefall Tarifleistung und Beihilfe zusammen 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen (wenn zum Beispiel eine Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes nicht rechtzeitig mitgeteilt worden ist), wird die Tarifleistung entsprechend gemindert.

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)

## Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

### ERGÄNZUNGSTARIF BAT

#### FÜR NACH BAN-TARIFEN DER DKV VERSICHERTE

Die AVB umfassen diesen Tarif sowie (in einem gesonderten Druckstück) die Musterbedingungen 2009 - MB/KK 2009 - des Verbandes der privaten Krankenversicherung und die Tarifbedingungen der DKV.

#### Leistungen der DKV

##### 1. Ambulante Heilbehandlung, Zahnärztliche Heilbehandlung

- 1.1 Wenn für die versicherte Person bei den hier aufgeführten Leistungsarten Beihilfeansprüche bestehen, sind **erstattungsfähig** Aufwendungen für:

**Ersetzt werden unter Anrechnung der Beihilfeansprüche und der Leistungen aus Tarif H der BAN-Tarife:**

- Leistungen des Heilpraktikers  
soweit das Honorar im Rahmen der Beträge des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker 1985 liegt 100 %

- 1.2 Wenn für die versicherte Person bei den hier aufgeführten Leistungsarten keine Beihilfeansprüche bestehen, sind **erstattungsfähig** Aufwendungen für:

**Ersetzt werden:**

- Zahnärztliche Leistungen:
  - Einlagefüllungen, Zahnkronen, Zahnersatz (zum Beispiel Brücken, Prothesen) mit vorbereitenden Maßnahmen, funktionsanalytische, funktionstherapeutische und implantologische Leistungen, kieferorthopädische Leistungen mit vorbereitenden Maßnahmen, Erstellen eines Heil- und Kostenplanes,} 75 %

soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte bzw. Ärzte liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.
- Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien,
  - soweit die dafür in Rechnung gestellten Beträge im Rahmen der in Deutschland üblichen<sup>1</sup> Preise berechnet sind. 75 %.

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

<sup>1</sup> Sind zwischen den Innungsverbänden der Zahntechniker und den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen Höchstpreise vereinbart, gelten diese als üblich.

1.3 **Erstattungsfähig** sind Aufwendungen für:

**Ersetzt werden unter Anrechnung der Leistungen aus Tarif H der BAN-Tarife:**

- Brillenfassung  
(ab dem 15. Lebensjahr frühestens zwei Jahre nach Verordnung der letzten Brille)

bis zu 76,69 EUR.

---

**2. Leistungen bei Auslandsaufenthalt bis zu sechs Wochen (siehe auch Nr. 5)**

---

**Erstattungsfähig** sind Aufwendungen für:

**Ersetzt werden unter Anrechnung der Beihilfeansprüche und der Leistungen aus BAN-Tarifen:**

- Ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung

- a) ärztliche Behandlung,
- b) Arznei- und Verbandmittel,
- c) Heilmittel (vgl. § 4 Abs. 3.2 AVB),
- d) stationäre Behandlung (einschließlich Unterkunft und Verpflegung),
- e) den notwendigen Transport in das nächstliegende Krankenhaus oder zum nächst erreichbaren Notfallarzt durch anerkannte Rettungsdienste,
- f) schmerzstillende Behandlung im Mund- und Zahnbereich, Zahnfüllung mit plastischem Material (nicht aber Zahnersatz und Zahnkronen)

} 100 %

- Rückführung

Erstattungsfähig sind auch die Mehrkosten einer ärztlich angeordneten Rückführung aus dem Ausland, wenn die durch die Krankheit oder die Unfallfolgen verursachten Mehrkosten des Rücktransportes der versicherten Person (nicht der Begleitperson) und die medizinische Notwendigkeit nachgewiesen werden.

100 %

Mehrkosten sind die durch den Eintritt des Versicherungsfalles für eine Rückkehr ins Inland zusätzlich entstehenden Kosten.

Die Rückführung muss an den Heimatwohnsitz der versicherten Person oder in ein Krankenhaus in Deutschland erfolgen. Bei Rückführung in ein Krankenhaus sind die erstattungsfähigen Mehrkosten auf diejenigen beschränkt, die bei einer Rückführung an den Heimatwohnsitz oder in das von dort nächst erreichbare geeignete Krankenhaus entstanden wären. Soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen.

- Todesfall im Ausland

Stirbt die versicherte Person während des Auslandsaufenthaltes, werden erstattet:

- die unmittelbaren Kosten einer Überführung an ihren Heimatwohnsitz
  - bei Tod im europäischen Ausland
  - bei Tod im außereuropäischen Ausland
- im Falle einer Beisetzung im Ausland entstandene Bestattungskosten

bis zu 5.112,92 EUR,  
bis zu 10.225,84 EUR,  
bis zu 5.112,92 EUR.

---

**3. Krankenhaustagegeld**

---

Die DKV zahlt bei vollstationärer - nicht bei teil-, vor- oder nachstationärer - Heilbehandlung oder Entbindung ein Krankenhaustagegeld von

12,78 EUR.

---

#### **4. Monatliche Beitragsraten**

---

- 4.1 Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.
- 4.2 Die Berechnung des Eintrittsalters richtet sich nach § 8 Abs. 2.1 AVB.
- 4.3 Für die versicherte Person, die das 14., 19., 24. bzw. 29. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.

---

#### **5. Leistungen bei Auslandsaufenthalt bis zu sechs Wochen nach Nr. 2**

---

Nur für die in Nr. 2 genannten Leistungen gelten an Stelle teilweise anders lautender Bestimmungen der AVB folgende Regelungen:

zu § 1 Abs. 4:

Für Auslandsreisen zum Zwecke einer Heilbehandlung besteht kein Versicherungsschutz.

Als Ausland gelten die Länder, in denen die versicherte Person keinen ständigen Wohnsitz unterhält; die Bundesrepublik Deutschland gilt nicht als Ausland.

Der Auslandsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - nach Ablauf der sechsten Woche des Auslandsaufenthaltes. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über sechs Wochen hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, bei Aufenthalt im außereuropäischen Ausland längstens für weitere zwei Monate.

zu § 4 Abs. 3:

Die von den in § 4 Abs. 2 Satz 1 genannten Behandlern verordneten Arznei- und Verbandmittel müssen nicht ausschließlich aus der Apotheke bezogen werden: an deren Stelle kann auch eine andere behördlich zugelassene Abgabestelle für Arzneimittel treten.

---

#### **6. Versicherungsfähigkeit**

---

Nach Tarif BAT versicherungsfähig ist, wer bei der DKV so nach BAN-Tarifen versichert ist, dass Beihilfebemessungssatz und Erstattungsprozentsatz insgesamt 100 % ergeben. Fällt auch nur einer der BAN-Tarife fort, endet die Versicherung nach BAT gleichfalls.

---

#### **7. Anpassung des Versicherungsschutzes**

---

Die DKV ist unter den Voraussetzungen des § 18 AVB berechtigt, auch tariflich vorgesehene Höchstbeträge mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, den veränderten Verhältnissen anzupassen.

---

#### **8. Fortführung der Versicherung**

---

Endet die Versicherung nach Tarif BAT, besteht jedoch weiterhin Beihilfeanspruch, und wird die bisher nach BAN-Tarifen bestehende Versicherung nach anderen Quotentarifen der DKV - Spezialtarife für Beihilfeberechtigte - fortgeführt, kann innerhalb von sechs Monaten beantragt werden, die Versicherung nach Tarif BAT vom Beginn des Folgemonats an ohne erneute Risikoprüfung und ohne neue Wartezeiten nach dem Ergänzungstarif BET der DKV fortzuführen. Bei Fortführung der Versicherung nach Tarif BET wird der Beitrag nach dem zu diesem Zeitpunkt erreichten Alter (Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr der Fortführung) festgesetzt.

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)