

Private Krankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

DKV

Unternehmen: DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Deutschland Produkt: BestMed Komfort Tarife BMK/0-3
BestMed Komfort Dental Tarif BMKD
BestMed Krankenhaus Tarif BMZ1

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz.

Diese Informationen sind nicht abschließend. Der Vertragsinhalt ergibt sich aus folgenden Unterlagen:

- Ihrem Antrag bzw. Ihrer Anfrage in Verbindung mit unserem Angebot,
- dem Versicherungsschein bzw. -ausweis und ggf. weiteren schriftlichen Vereinbarungen,
- den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB),
- in der Gruppenversicherung dem Gruppenversicherungsvertrag.

Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Krankheitskostenvollversicherung. Diese ersetzt den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Krankenversicherungsschutz. Sie erfüllt die Pflicht zur Versicherung nach § 193 Abs. 3 Versicherungsvertragsgesetz.



Was ist versichert?

Sie sind versichert

- ✓ bei Krankheiten und Unfällen,
- ✓ bei Vorsorgeuntersuchungen und Zahnprophylaxe, Schutzimpfungen,
- ✓ bei Schwangerschaft und Entbindung, Kinderwunschbehandlung,
- ✓ bei einem Rücktransport aus dem Ausland, Transport von Arzneimitteln und Blutkonserven,
- ✓ bei Versorgung in einem stationären Hospiz,
- ✓ im Todesfall.

Wir ersetzen Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlung und andere vereinbarte Leistungen:

- ✓ Ambulante ärztliche Leistungen.
- ✓ Naturheilverfahren: 80 %, maximal 1.000 Euro je Versicherungsjahr.
- ✓ Sehhilfen bis zu insgesamt 500 Euro, innerhalb von 24 Monaten.
- ✓ Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel.
- ✓ Leistungen des Heilpraktikers: 80 %, max. 1.000 Euro je Versicherungsjahr.
- ✓ Zahnleistungen:
 - Zahnbehandlung und Kieferorthopädie.
 - Einlagefüllungen (Inlays), Zahnkronen und Zahnersatz (bis zu 6 Implantate je Kiefer): 75 % (85 % beim Kooperationszahnarzt).
 - **Aufbaustufe Tarif BMKD:** Ergänzende Leistungen für Material- und Laborkosten bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Heilbehandlung.
- ✓ Stationäre Behandlung im Zweibettzimmer und wahlärztliche Leistungen.
 - **Aufbaustufe Tarif BMZ1:** Zuschlag für die Unterbringung im Einbettzimmer.
- ✓ Zusätzliche Leistungen, u. a.:
 - 200 Euro Pauschale bei bestimmten ambulanten Operationen.
 - 30 Euro Kurtagegeld für max. 28 Tage.
 - Gesundheitstelefon, Notruf-Service.
 - Optionsrecht: Sie können Ihren Versicherungsschutz zu erleichterten Bedingungen erhöhen.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind.
- ✗ Versicherungsfälle, die durch vorsätzliches Handeln oder Kriegereignisse verursacht werden, einschließlich deren Folgen.
- ✗ Behandlungen durch Ehepartner, Lebenspartner, Eltern oder Kinder.
- ✗ Behandlungen durch Leistungserbringer, deren Rechnungen wir aus wichtigem Grunde von der Leistungserstattung ausgeschlossen haben.
- ✗ Eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Die Deckung wird bestimmt durch Art und Umfang der Versicherungsleistungen in den einzelnen Leistungsbeschreibungen (vgl. AVB).
- ! Bei Einlagefüllungen, Zahnkronen und Zahnersatz in den ersten fünf Versicherungsjahren begrenzte Erstattung.
- ! Begrenzung der Gesamterstattung auf die Summe der Aufwendungen.
- ! Weitere Einschränkungen u. a.
 - bei Aufenthalt im Ausland.
 - bei Verletzung von Obliegenheiten.
 - bei einem Beitragsrückstand.
- ! In Höhe eines vereinbarten Selbstbehaltes müssen Sie die Kosten eines jeden Versicherungsfalls selbst tragen. Selbstbehalt pro Kalenderjahr für:

Erwachsene:	/	Kinder/Jugendliche:	
BMK0	0 Euro	/ BMK0	0 Euro
BMK1	400 Euro	/ BMK1	200 Euro
BMK2	960 Euro	/ BMK2	400 Euro
BMK3	2.000 Euro	/ BMK3	920 Euro
- ! Keine Leistung für Aufwendungen, die während der Wartezeit in der Aufbaustufe BMZ1 angefallen sind (gilt nicht in der Gruppenversicherung).



Wo bin ich versichert?

- ✓ Versicherungsschutz besteht in Deutschland.
- ✓ Bei vorübergehenden Aufenthalten im europäischen Ausland besteht Versicherungsschutz. Der gewöhnliche Aufenthalt muss weiterhin in Deutschland sein. Auch bei der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat der Europäischen Union (EU) bzw. des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) besteht Versicherungsschutz.
- ✓ Bei vorübergehenden Aufenthalten im außereuropäischen Ausland bleibt der Versicherungsschutz für sechs Monate ab Beginn des Auslandsaufenthaltes bestehen. Unsere Versicherungsleistungen sind aber begrenzt.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Sie müssen die im Antrag oder zusätzlich in Textform (z. B. Brief, Fax oder E-Mail) gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Zur Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir ggf. Auskünfte von Ihnen bzw. der versicherten Person. Sie bzw. die versicherte Person sind verpflichtet, uns die gewünschten Auskünfte zu geben.
- Die versicherte Person muss sich von einem von uns beauftragten Arzt untersuchen lassen, wenn wir sie hierzu auffordern.
- Die versicherte Person hat möglichst für eine Minderung des Schadens zu sorgen. Sie muss alles unterlassen, was der Genesung entgegensteht.



Wann und wie zahle ich?

Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und ist am Ersten eines jeden Monats fällig. Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins bzw. -ausweises zahlen. Nicht jedoch vor dem dort genannten Versicherungsbeginn.

Sie können uns den Beitrag überweisen oder uns ermächtigen, den Beitrag von Ihrem Konto einzuziehen. Bei der Gruppenversicherung gilt die im Gruppenversicherungsvertrag hinterlegte Zahlungsweise.



Wann beginnt und wann endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bzw. -ausweis angegebenen Zeitpunkt. Er beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und vor Ablauf einer Wartezeit. Bei der Gruppenversicherung beginnt der Versicherungsschutz nicht vor Zugang der Beitrittserklärung und vor Beginn des Gruppenversicherungsvertrages.

Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung der Versicherung. Dies gilt auch, wenn die Behandlung noch nicht abgeschlossen ist.

Die Versicherung endet u. a. bei

- Kündigung,
- Tod der versicherten Person,
- Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat außerhalb der EU bzw. des EWR.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie können den Versicherungsvertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, nicht jedoch vor Ablauf der ersten zwei Versicherungsjahre, kündigen. Bei der Gruppenversicherung gibt es keine Mindestversicherungsdauer.

Ihre Kündigung muss in Textform (z. B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate. Sie können Ihre Kündigung auf einzelne versicherte Personen beschränken.

Die Kündigung für einzelne versicherte Personen ist nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass diese von der Kündigung erfahren haben.

Unter bestimmten Voraussetzungen haben Sie ein Sonderkündigungsrecht. Zum Beispiel bei Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung. Oder wenn sich die Beiträge erhöhen.

Voraussetzung für jede Kündigung: Für die versicherte Person muss bei einem anderen Unternehmen eine neue Versicherung abgeschlossen werden. Diese muss den Anforderungen an die gesetzliche Pflicht zur Versicherung genügen und nahtlos an die bisherige Versicherung anknüpfen. Nur wenn Sie dies innerhalb von zwei Monaten nach Ihrer Kündigungserklärung nachweisen, wird Ihre Kündigung wirksam.

Die Punkte gelten entsprechend, wenn Sie sich von der Teilnahme an einem Gruppenversicherungsvertrag abmelden.