

Leistungsmerkmale BestMed. Private Vollversicherung.

(EINZELVERSICHERUNG)

Klartext – wir möchten, dass Sie uns verstehen. Und Klartext zu sprechen, heißt für uns auch, offen über Dinge zu reden. Die Übersicht zeigt Ihnen die wichtigsten Leistungsmerkmale der BestMed Produkte im Vergleich. Weitere Leistungsbeschreibungen finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB), in denen die Leistungen nach Art und Umfang geregelt sind. Die Prozentangaben beziehen sich auf die nach den AVB erstattungsfähigen Aufwendungen (nicht auf den Rechnungsbetrag).

LEISTUNGEN BEIM ARZT	BestMed Eco Tarif BME	BestMed Komfort Tarif BMK
Ärztliche Behandlung	Ja. 100 % der Kosten für die Erstbehandlung beim Hausarzt und die anschließende Facharztbehandlung. 75 % der Kosten für den Facharzt ohne vorherigen Erstbesuch beim Hausarzt. Versichert sind ärztliche Leistungen im Rahmen der Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte.	Ja. 100 % der Kosten. Versichert sind ärztliche Leistungen im Rahmen der Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte. Für Aufwendungen über die Höchstsätze hinaus erfolgt eine Erstattung, wenn diese durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwerisse begründet sind.
Arzneimittel	Ja. 100 % der Kosten aller verordneten Arzneimittel.	Ja. 100 % der Kosten aller verordneten Arzneimittel.
Heilpraktiker	Ja. 75 % der Kosten bis zu 500 Euro pro Jahr. Versichert sind alle Behandlungsmethoden, die im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker aufgeführt sind sowie hierzu verordnete Arzneimittel.	Ja. 80 % der Kosten bis zu 1.000 Euro pro Jahr. Versichert sind alle Behandlungsmethoden, die im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker aufgeführt sind sowie hierzu verordnete Arzneimittel.
Naturheilverfahren	Ja. 75 % der Kosten bis zu 500 Euro pro Jahr, nach Erstbehandlung durch den Hausarzt. Sonst 60 % Erstattung bis zu 500 Euro pro Jahr. Versichert sind alle Behandlungsmethoden, die im Hufelandverzeichnis enthalten sind. Dazu gehören beispielsweise Homöopathie, Akupunktur, Bioelektronische Funktionsdiagnostik, Osteopathie und Sauerstofftherapien.	Ja. 80 % der Kosten bis zu 1.000 Euro pro Jahr. Versichert sind alle Behandlungsmethoden, die im Hufelandverzeichnis enthalten sind. Dazu gehören beispielsweise Homöopathie, Akupunktur, Bioelektronische Funktionsdiagnostik, Osteopathie und Sauerstofftherapien.
Sehhilfen	Ja. Bis zu 200 Euro innerhalb von 24 Monaten.	Ja. Bis zu 500 Euro innerhalb von 24 Monaten.
Heilmittel (z.B. Bäder, Massagen, Logopädie, etc.)	Ja. 100 % der Kosten im Rahmen des Verzeichnisses für Heilmittel.	Ja. 100 % der Kosten im Rahmen des Verzeichnisses für Heilmittel.
Hilfsmittel	Ja. 100 % der Kosten, wenn die Hilfsmittel über die DKV bezogen werden. 75 % ohne Einschaltung des DKV Hilfsmittelservices. Bestimmte Hilfsmittel können auch direkt bezogen werden. Diese sind in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführt.	Ja. 100 % der Kosten, wenn die Hilfsmittel über die DKV bezogen werden. 80 % ohne Einschaltung des DKV Hilfsmittelservices. Bestimmte Hilfsmittel können auch direkt bezogen werden. Diese sind in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführt.
Psychotherapie	Ja. Nach Zusage ist die Erstattung wie folgt: – 100 % der Kosten für die ersten 30 Sitzungen – 80 % der Kosten ab der 31. Sitzung – 70 % der Kosten ab der 61. Sitzung	Ja. Nach Zusage ist die Erstattung wie folgt: – 100 % der Kosten für die ersten 30 Sitzungen – 80 % der Kosten ab der 31. Sitzung – 70 % der Kosten ab der 61. Sitzung
Vorsorgeuntersuchungen	Ja. Nach gesetzlich eingeführten Programmen. Bei Durchführung durch den Hausarzt werden 100 % der Kosten erstattet. Die Facharztrechnung erstatten wir zu 75 % ohne vorherigen Erstbesuch beim Hausarzt.	Ja. Auch über die gesetzlich eingeführten Programme hinaus. Die Kosten erstatten wir zu 100 %.

Leistungsmerkmale BestMed. Private Vollversicherung.

(EINZELVERSICHERUNG)

LEISTUNGEN BEIM ZAHNARZT	BestMed Eco Tarif BME	BestMed Komfort Tarif BMK
Zahnbehandlung	Ja. 100 % der Kosten. Versichert sind zahnärztliche Leistungen im Rahmen der Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte.	Ja. 100 % der Kosten. Versichert sind zahnärztliche Leistungen im Rahmen der Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte. Für Aufwendungen über die Höchstsätze hinaus erfolgt eine Erstattung, wenn diese durch krankheitsbzw. befundbedingte Erschwernisse begründet sind.
Zahnersatz, Einlagefüllungen und Kronen	Ja. 70 % der Kosten.	Ja. 75 % der Kosten. Wird die Maßnahme bei einem Kooperationszahnarzt durchgeführt, erhöht sich die Leistung auf 85 %.
Implantate	Ja. 70 % der Kosten bei bis zu 4 Implantaten je Kiefer. Bei Versicherungsbeginn bereits vorhandene Implantate werden angerechnet.	Ja. 75 % der Kosten bei bis zu 6 Implantaten je Kiefer. Bei Versicherungsbeginn bereits vorhandene Implantate werden angerechnet. Wird die Maßnahme bei einem Kooperationszahnarzt durchgeführt, erhöht sich die Leistung auf 85 %.
Kieferorthopädie	Ja. 90 % der Kosten bei Behandlungsbeginn bis zum 19. Lebensjahr.	Ja. 100 % der Kosten bei Behandlungsbeginn bis zum 19. Lebensjahr.
Professionelle Zahnreinigung (PZR)	Ja. 100 % der Kosten.	Ja. 100 % der Kosten.
Leistungsbegrenzung je Versicherungsjahr für Zahnersatz, Einlagefüllungen, Kronen, Implantate und Kieferorthopädie	Ja. Die Leistung für Zahnersatz und Kieferorthopädie ist wie folgt begrenzt: – im 1. Jahr bis zu 1.000 Euro – in den ersten 2 Jahren bis zu 2.000 Euro – in den ersten 3 Jahren bis zu 3.000 Euro Ab dem 4. Jahr bis zu 3.000 Euro pro Jahr. Bei Unfall wird ab Beginn bis zu 3.000 Euro im Jahr ersetzt.	Ja. Die Leistung für Zahnersatz ist wie folgt begrenzt: – im 1. Jahr bis zu 1.000 Euro – in den ersten 2 Jahren bis zu 2.000 Euro – in den ersten 3 Jahren bis zu 3.000 Euro – in den ersten 4 Jahren bis zu 4.000 Euro – in den ersten 5 Jahren bis zu 5.000 Euro Die Staffel entfällt ab dem fünften Jahr und immer bei Unfall.
LEISTUNGEN IM KRANKENHAUS	BestMed Eco Tarif BME	BestMed Komfort Tarif BMK
Freie Krankenhauswahl	Ja.	Ja.
Privatärztliche Behandlung	Nein. Über die Aufbaustufe Tarif BMZ2 kann jedoch die Chefarztbehandlung hinzerversichert werden.	Ja. Versichert sind ärztliche Leistungen im Rahmen der Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte. Für Aufwendungen über die Höchstsätze hinaus erfolgt eine Erstattung, wenn diese durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwernisse begründet sind.
Übernahme der Kosten für die Unterbringung im 2-Bett-Zimmer	Nein. Über die Aufbaustufe Tarif BMZ2 kann jedoch die Unterbringung im 2-Bett-Zimmer hinzerversichert werden.	Ja.
Übernahme der Kosten für die Unterbringung im 1-Bett-Zimmer	Nein. Über die Kombination der Tarife BMZ2 + BMZ1 kann jedoch die Unterbringung im 1-Bett-Zimmer hinzerversichert werden.	Nein. Über die Aufbaustufe Tarif BMZ1 kann jedoch das 1-Bett-Zimmer hinzerversichert werden.
LEISTUNGEN IM AUSLAND	BestMed Eco Tarif BME	BestMed Komfort Tarif BMK
Vorübergehender Auslandsaufenthalt. Der gewöhnliche Aufenthalt muss weiterhin in Deutschland sein.	Ja. Im europäischen Ausland besteht ein zeitlich unbegrenzter Schutz. Im außereuropäischen Ausland besteht Versicherungsschutz bis zu 1 Monat. Bei Reiseunfähigkeit max. weitere 2 Monate. Die Behandlungskosten im europäischen und außereuropäischen Ausland werden bis zu der Höhe übernommen, wie sie bei einer Behandlung in Deutschland anfallen würden. Für einen notwendigen Krankenrücktransport werden 100 % der zusätzlichen Kosten übernommen, wenn der Rücktransport über die DKV organisiert wird. Sonst 60 %.	Ja. Im europäischen Ausland besteht ein zeitlich unbegrenzter Schutz. Die Behandlungskosten werden bis zu der Höhe übernommen, wie sie im jeweiligen Land üblich sind. Im außereuropäischen Ausland besteht Versicherungsschutz bis zu 6 Monaten. Bei Reiseunfähigkeit max. weitere 2 Monate. Die Behandlungskosten werden bis zur doppelten Höhe übernommen, wie sie bei einer Behandlung in Deutschland anfallen würden. Für einen notwendigen Krankenrücktransport werden 100 % der zusätzlichen Kosten übernommen, wenn der Rücktransport über die DKV organisiert wird. Sonst 80 %.

Leistungsmerkmale BestMed. Private Vollversicherung.

(EINZELVERSICHERUNG)

ALLGEMEINE LEISTUNGEN UND BESONDERHEITEN	BestMed Eco Tarif BME	BestMed Komfort Tarif BMK
Selbstbehalt	Ja. Den Selbstbehalt für ambulante Behandlung können Sie wie folgt wählen: – bis 20 Jahre 300 oder 600 Euro pro Jahr – ab 20 Jahre 600 oder 1.200 Euro pro Jahr. Pauschalen, z.B. für ambulante Operation werden ohne Selbstbehalt ausgezahlt.	Ja. Den Selbstbehalt für alle Leistungsbereiche – ambulante, zahnärztliche und stationäre Behandlung – können Sie wie folgt wählen: – bis 20 Jahre: 0, 200, 400 oder 800 Euro pro Jahr – ab 20 Jahre: 0, 400, 800 oder 1.600 Euro pro Jahr.
Beitragsrückerstattung (Über die Art der Vergabe und die Höhe der Beitragsrückerstattung wird jedes Jahr mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders neu entschieden.)	Ja. Sie erhalten – je nach Selbstbehaltstufe – bis zu 1.200 Euro (Kinder und Jugendliche bis zu 600 Euro) wieder zurück, wenn Sie – für das gesamte Kalenderjahr keine Leistungen für ambulante und zahnärztliche Behandlung beansprucht haben und – das gesamte Kalenderjahr bei uns versichert sind und der Vertrag am 31.12. des Jahres ungekündigt ist.	Ja. Sie erhalten – je nach Selbstbehaltstufe – bis zu 1.500 Euro (Kinder und Jugendliche bis zu 750 Euro) wieder zurück, wenn Sie – für das gesamte Kalenderjahr keine Leistungen für ambulante und zahnärztliche Behandlung beansprucht haben und – das gesamte Kalenderjahr bei uns versichert sind und der Vertrag am 31.12. des Jahres ungekündigt ist.
Optionsrecht, zu erleichterten Bedingungen den Versicherungsschutz optimieren	Ja. Zu erleichterten Bedingungen können die BestMed Krankenhaus Tarife BMZ1 und BMZ2 hinzuversichert werden bzw. ist der Wechsel in den BestMed Komfort Tarif BMK möglich. Das Optionsrecht kann bis zum 55. Lebensjahr zu zwei Terminen beantragt werden: nach drei oder nach fünf Jahren nach Erstabschluss der Versicherung. Oder nach Geburt (Adoption) eines Kindes innerhalb der ersten drei Lebensjahre.	Ja. Zu erleichterten Bedingungen kann der BestMed Krankenhaus Tarif BMZ1 hinzuversichert werden. Das Optionsrecht kann bis zum 55. Lebensjahr zu zwei Terminen beantragt werden: nach drei oder nach fünf Jahren nach Erstabschluss der Versicherung.
Prüfung des Gesundheitszustandes bei Vertragsabschluss	Ja. Je nach Ergebnis kann der Vertrag nicht zustande kommen oder eventuell ein Zuschlag bzw. der Ausschluss von Krankheiten bzw. Mehrleistungen vereinbart werden.	
Anpassung der Versicherungsbeiträge	Ja, ist möglich. Die Notwendigkeit einer Anpassung wird jedes Jahr überprüft und kann zu einer Erhöhung oder Verminderung der Versicherungsbeiträge führen. Auf jeden Fall muss die Anpassung von einem unabhängigen Treuhänder bestätigt werden.	

Was verstehen wir unter Hausarzt?

Unter Hausarzt verstehen wir den Arzt für Allgemeinmedizin bzw. den praktischen Arzt und den als Hausarzt tätigen Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung. Die Leistungen von Augenärzten, Kinderärzten und Gynäkologen werden auch ohne den Erstbesuch beim Hausarzt zu 100 % ersetzt.

Bestätigt der Hausarzt nachträglich die Notwendigkeit der Weiterbehandlung durch den Facharzt, werden alle weiteren Behandlungen und Untersuchungen durch den Facharzt zu 100 % erstattet.

DKV Deutsche Krankenversicherung AG

50594 Köln

Telefon 0 800 / 3 74 64 44 (gebührenfrei)*

Telefax 0 18 05 / 78 60 00 (14 Ct./Min. aus dem dt. Festnetz; max. 42 Ct./Min. aus dt. Mobilfunknetzen)

*oder aus dem Ausland +49 / 221 / 57 89 40 05 (Kosten gemäß Tarif des jeweiligen ausländischen Netzbetreibers bzw. Mobilfunkanbieters)

service@dkv.com, www.dkv.com

Ihre persönliche Betreuung vor Ort: