



DKV

Deutsche Krankenversicherung

BestMed Kombitarife zur GKV
Zusatzversicherung für gesetzlich Versicherte

**Vorteile clever kombinieren.
Gesetzlich versichert –
privat behandelt.**

Nutzen Sie das Beste aus gesetzlicher Krankenkasse und privater Versicherung.

**Rundum-Schutz in einem Paket:
einzigartig am Markt!**

Ein Unternehmen der ERGO



Vorteile clever kombinieren. Gesetzlich versichert – privat behandelt beim Arzt, Zahnarzt und im Krankenhaus.

Das deutsche Gesundheitssystem verfügt im internationalen Vergleich über einen der umfangreichsten Leistungskataloge und eines der quantitativ höchsten Versorgungsniveaus. Auch zeichnet es sich durch einen überdurchschnittlich guten Zugang zur Gesundheitsversorgung aus. Beide, die gesetzliche und die private Krankenversicherung, tragen ihren Teil dazu bei. Wir geben Ihnen die Möglichkeit, die Vorteile beider Systeme für sich zu nutzen.

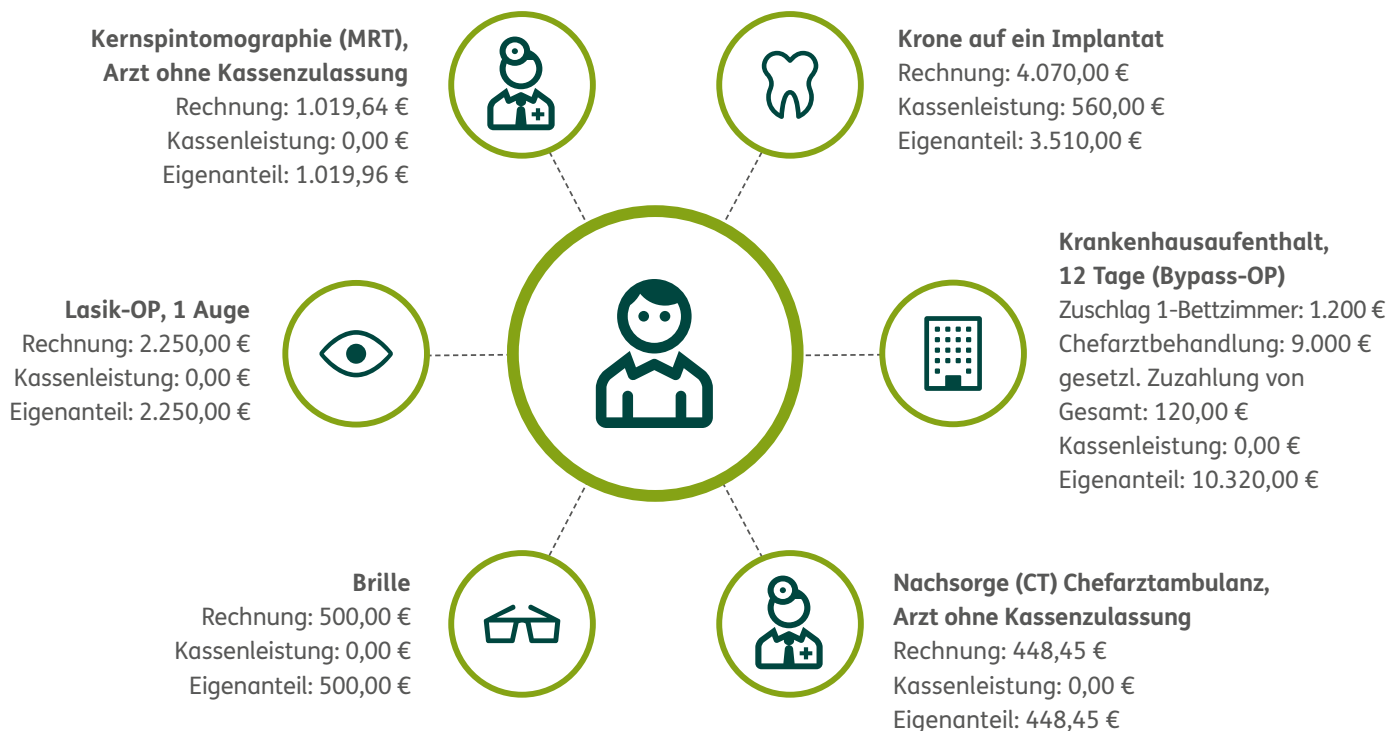
Inhaltsverzeichnis

Beim Arzt, Zahnarzt und im Krankenhaus: Welche Zuzahlungen erwarten Sie?	4
Die gesetzliche Absicherung. Guter Grundschutz.	5
Der DKV Rundumschutz beim Arzt, Zahnarzt und im Krankenhaus im Überblick.	6 – 7
Mit einem „Ja“ zur Kostenerstattung werden Sie zum Privatpatienten.	8 – 9
Zusätzliche Angebote für einen noch hochwertigeren Schutz.	10
Was die DKV auszeichnet: Leistungsstärke, Fairness und erstklassiger Service.	10
Sonderkonditionen für besondere Berufsgruppen, in der Firmengruppenversicherung und über GKV-Kooperationen.	12
Die DKV Produktleistungen im Detail inklusive Beiträge.	13 – 15



Beim Arzt, Zahnarzt und im Krankenhaus: Welche Zuzahlungen erwarten Sie?

Die gesetzliche Krankenversicherung bietet eine gute Absicherung Ihrer Gesundheit. Wenn es um die eigene Gesundheit geht, ist gut jedoch oft nicht gut genug. Als Privatpatient können Sie auf einen erstklassigen Schutz und neueste Behandlungsmethoden zählen.



Clever kombiniert: als Kassenpatient versichert – privat behandelt.

Können Sie sich vorstellen als GKV-Versicherter wie ein Privatpatient behandelt zu werden? Ohne aus der Krankenkasse auszutreten?

- ✓ Sie bleiben gesetzlich versichert.
- ✓ Sie und Ihre Familie behalten alle Rechte und Vorteile der GKV.
- ✓ Sie haben zusätzlich den privaten Versicherungsschutz. Und können Ihre Gesundheit komplett wie ein Privatversicherter absichern.

Ihre Vorzüge als Privatpatient.

Sichern Sie sich mit unserer Premiumlösung BestMed Kombitarif BMG Ihren Privatpatientenstatus beim Arzt, im Krankenhaus und beim Zahnarzt.

- ✓ Freie Arztwahl mit höchstmöglicher Versorgungsqualität.
- ✓ Reduzierung von Zuzahlungen (z. B. Vorsorge, Heilmittel oder Alternativmedizin).
- ✓ Moderne Zahnersatzlösungen (z. B. Implantate statt Prothese) und umfangreiche Leistungen für die Zahnbehandlung und Kieferorthopädie.
- ✓ Freie Krankenhaus- und Arztwahl für die bestmögliche Versorgung.

Die gesetzliche Absicherung. Guter Grundschutz.

Ausgewählte Leistungsbereiche beim Arzt (ambulante Leistungen)		Das übernimmt die Krankenkasse:
	Arzt	Inanspruchnahme zugelassener Kassenärzte, keine Privatärzte.
	Sehhilfen z. B. Brillen, Kontaktlinsen Augenlaseroperationen refraktive Augenchirurgie: Lasik, Lasek und Linsenaustausch	Zuschüsse sind die Ausnahme Sie tragen die Kosten selbst. Nur selten zahlt die Krankenkasse Zuschüsse, z. B. für Kinder und schwer Sehbehinderte. Die Kosten für Augenlaseroperationen werden grundsätzlich nicht übernommen.
	Vorsorge z. B. ergänzende Krebsfrüherkennung bei Frauen z. B. Früherkennung und Vorsorge bei Kindern und Jugendlichen	Übernahme fest definierter Untersuchungen Als Kassenpatient haben Sie einen Anspruch auf regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen – abhängig von Geschlecht und Alter. Diese werden in unterschiedlichen Abständen gewährt. Außerhalb der definierten Zeiträume tragen Sie die Kosten selbst.
	Alternativmedizin z. B. Heilpraktiker	Keine Kostenübernahme bei Heilpraktikern Gesetzliche Krankenkassen dürfen keine Kosten für Heilpraktiker erstatten. Nur bei Ärzten mit entsprechender Zusatzausbildung „Naturheilverfahren“ ist eine Kostenerstattung denkbar.
	Heilmittel z. B. Krankengymnastik, manuelle Therapie, Massagen, Sprach- und Ergotherapie	90 % übernimmt die Kasse Die gesetzliche Absicherung beträgt 90 %, die restlichen 10 % sowie 10,00 € je Verordnung müssen Sie zuzahlen.

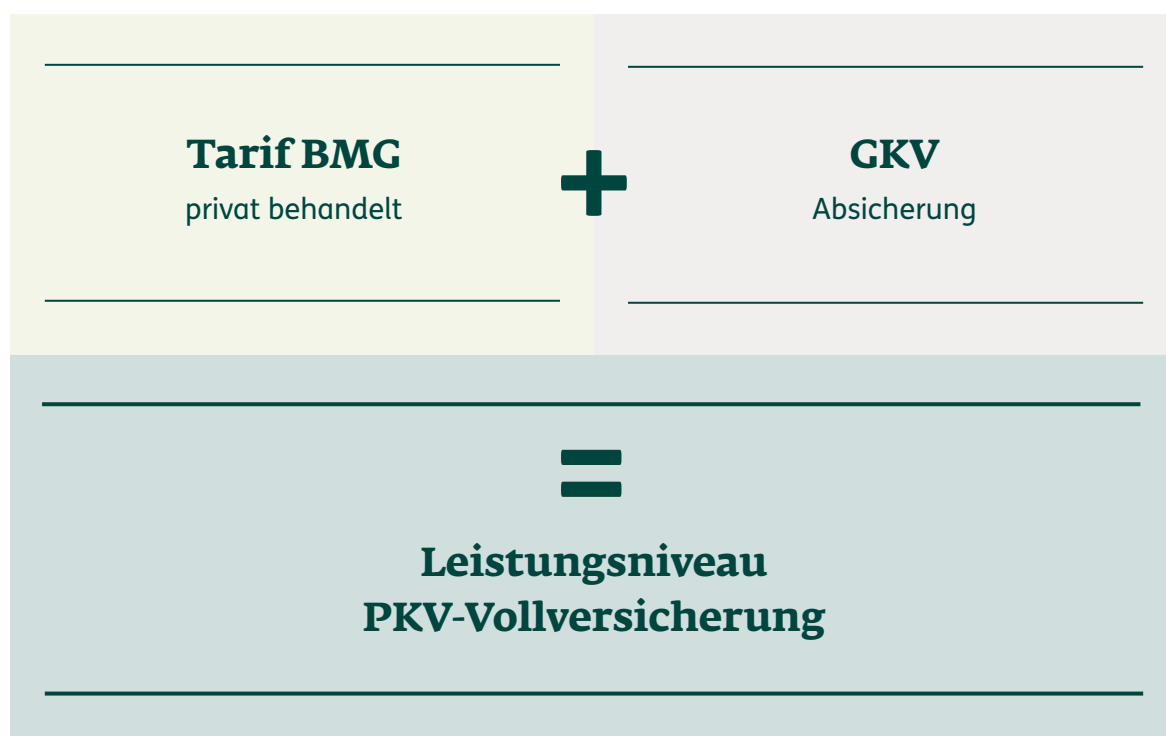
Ausgewählte Leistungsbereiche beim Zahnarzt (zahnärztliche Leistungen)		Das übernimmt die Krankenkasse:
	Zahnersatz	Die Krankenkasse zahlt einen Festzuschuss. Dieser richtet sich nach dem Befund. Der Festzuschuss orientiert sich an den Kosten einer Standardtherapie (Regelversorgung). Er beträgt 60 % der Kosten dieser Standardtherapie. Bei einem jährlichen Kontrollbesuch beim Zahnarzt und gepflegtem Bonusheft erhöht sich der Festzuschuss: bei fünf Jahren lückenloser Führung auf 70 % und bei zehn Jahren lückenloser Führung auf 75 %.
	Kieferorthopädie	Ab der KIG 3 übernimmt die Krankenkasse die Kosten für eine kieferorthopädische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen. Sie übernimmt 80 % sofort und weitere 20 % nach erfolgter Behandlung. Die Behandlung muss aber vor dem 18. Geburtstag beginnen. Bei KIG 1 und KIG 2 übernimmt die Krankenkasse keinerlei Kosten.

Ausgewählte Leistungsbereiche im Krankenhaus (stationäre Leistungen)		Das übernimmt die Krankenkasse:
	Krankenhauswahl	Sie sind bei der Wahl des Krankenhauses eingeschränkt. Die Krankenkasse darf zur Kostenoptimierung bei der Krankenhauswahl mitentscheiden.
	Arzt	Behandlung durch den diensthabenden Arzt.
	Unterbringung	Mehrbettzimmer. Für Erwachsene ab 18 Jahren: pro Tag eine Zuzahlung von 10 Euro für längstens 28 Tage im Jahr.

Privatpatient beim Arzt, Zahnarzt und im Krankenhaus.

Mit der Zusatzversicherung Tarif BMG werden Sie zum Privatpatienten in allen Bereichen sowie bei sämtlichen ärztlich verordneten Leistungen. Und bleiben gleichzeitig in der Krankenkasse versichert. So müssen Sie sich nicht zwischen beiden Systemen entscheiden.

Die Leistungen aus Tarif BMG zusammen mit den Leistungen der Krankenkassen entsprechen dem Leistungsniveau einer hochwertigen privaten Vollversicherung.



Für Kinder besonders attraktiv und günstig!

- ✓ Schaffen Sie die besten Voraussetzungen für eine rasche Genesung Ihres Kindes.
- ✓ Der Beitrag ist äußerst attraktiv. Und Ihr kleiner Schatz genießt den Schutz eines Privatpatienten.
- ✓ Unsere Empfehlung: Vereinbaren Sie bei bestimmten schweren Erkrankungen die Terminvermittlung zu renommierten Top-Experten mit dem Zusatztarif KombiMed BestCare.

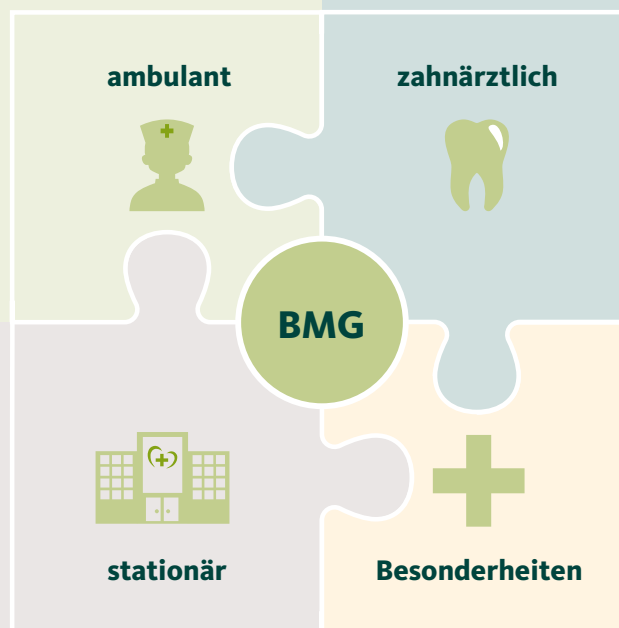
Ein Mehr an Sicherheit. Die wichtigsten Leistungen auf einen Blick.

Beim Arzt

- ✓ 100 % ambulante ärztliche Leistungen.
- ✓ 100 % Arznei-, Verband- und Hilfsmittel.
- ✓ 100 % Heilmittel im Rahmen des Heilmittelverzeichnis.
- ✓ 100 % nach vorheriger schriftlicher Zusage für Augenlasik.

Beim Zahnarzt

- ✓ 100 % Zahnbehandlung inklusive Prophylaxeleistungen.
- ✓ Bis zu 85 % für Einlagefüllungen (Inlays), Zahnkronen und Zahnersatz (bis zu sechs Implantate je Kiefer einschließlich bereits vorhandener).
- ✓ 100 % Kieferorthopädie bei Behandlungsbeginn vor dem 19. Geburtstag.



Im Krankenhaus

- ✓ Freie Krankenhauswahl, auch Privatkliniken.
- ✓ Freie Arztwahl, auch Chefarzt.
- ✓ Ruhe und Erholung im Zweibettzimmer.

Auf Wunsch erweiterbar:

- ✓ Einbettzimmer im Krankenhaus. Auch ohne erneute Gesundheitsprüfung zu Beginn des vierten Vertragsjahres.
- ✓ Wir vermitteln Ihnen bei bestimmten schweren Erkrankungen einen Termin bei einem renommierten Top-Experten in Deutschland. Innerhalb von maximal fünf Werktagen – montags bis freitags.

Besonderheiten

- ✓ Mit Eigenverantwortung finanzielle Vorteile sichern: Vereinbaren Sie auf Wunsch einen **beitragsmindernden Selbstbehalt**.
- ✓ Mit dem Abschluss des Tarifs BMG haben Sie die Möglichkeit, bei Beendigung der Versicherung in der GKV in die private Vollversicherung zu wechseln. Und das **ohne erneute Gesundheitsprüfung**.

Hinweis:

Sie müssen bei Ihrer Krankenkasse die „Kostenerstattung“ beantragen. Weitere Informationen auf den beiden nächsten Seiten.

So werden Sie zum Privatpatienten. Mit einem „Ja“ zur Kostenerstattung.

Als gesetzlich Krankenversicherter legen Sie bei einem Arztbesuch die Versichertenkarte vor. Ihr Arzt rechnet dann direkt mit der Krankenkasse ab. Dieses Verfahren ist allgemein bekannt und wird als „Sachleistungsprinzip“ bezeichnet.

Als gesetzlich Versicherter sind Sie aber nicht an das Sachleistungsprinzip gebunden. Ihre Krankenkasse bietet Ihnen auch das Prinzip der „Kostenerstattung“ an.

Möchten Sie mit dem Premiumschutz Tarif BMG zum Privatpatienten werden, ist die „Kostenerstattung“ ein Muss. Sie ist zwingend erforderlich, damit Ihre BMG-Tarifleistung unter Berücksichtigung der GKV-Leistungen von uns ermittelt und ausgezahlt werden kann.

- Erst mit der Wahl der „Kostenerstattung“ bei Ihrer Krankenkasse kann Ihr Arzt Sie als Privatpatient behandeln. Sie können damit die Leistungen in Anspruch nehmen, die über die gesetzlich festgelegten Leistungen der Krankenkasse hinausgehen.
- Ohne die „Kostenerstattung“ können wir Ihnen keinen Versicherungsschutz im Tarif BMG bieten.
- Die „Kostenerstattung“ vereinbaren Sie, nachdem Sie den Tarif BMG abgeschlossen haben, zum Vertragsbeginn.

Wie vereinbare ich die Kostenerstattung?

1	Informieren Sie Ihre Krankenkasse, dass Sie von nun an über das Kostenerstattungsverfahren abrechnen möchten. Viele Krankenkassen bieten für die Beantragung spezielle Formulare an.
2	Sie binden sich damit für mindestens ein Kalendervierteljahr an die Abrechnungsform der Kostenerstattung.

Folgende Behandlungsarten müssen Sie bei der GKV beantragen:

	ambulante ärztliche Versorgung
	ambulante zahnärztliche Versorgung
	ärztlich bzw. zahnärztlich veranlasste Versorgung (Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, Hilfsmittel)
	stationäre Versorgung
Wichtig:	Im Tarif BMG müssen Sie die Kostenerstattung nicht für stationäre Leistungen (Krankenhaus) beantragen. Sie werden dennoch auch im Krankenhaus wie ein Privatpatient behandelt. Die Abrechnung erfolgt weiter direkt zwischen Krankenhaus und Krankenkasse.

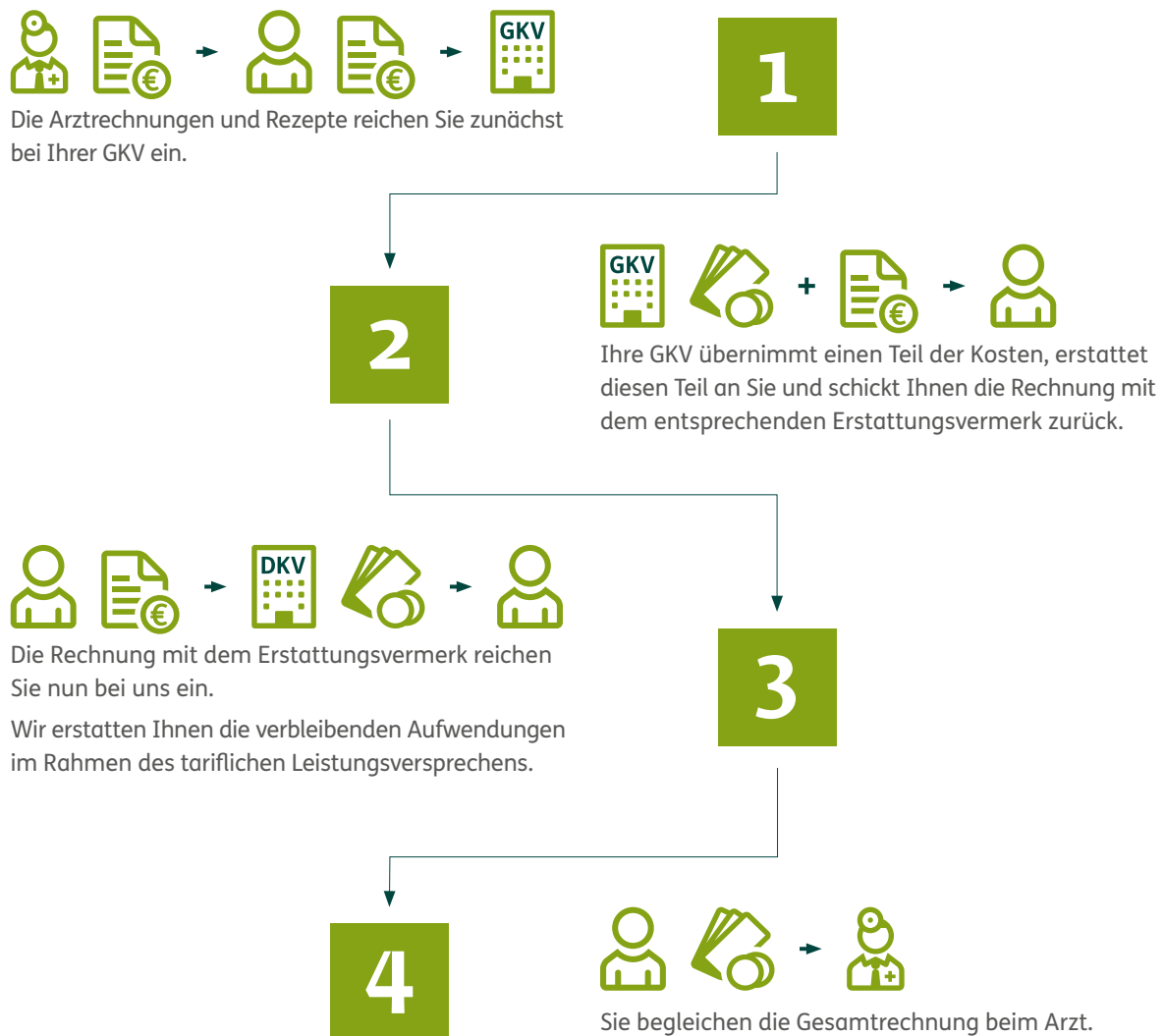
Was ändert sich mit der „Kostenerstattung“?

- Sie werden zum Privatpatienten und Selbstzahler.
- Arzt und Krankenkasse rechnen nicht direkt miteinander ab.
- Sie und Ihr Arzt werden Vertragspartner.
- Sie erhalten die Arztrechnungen, Apothekenquittungen und die Rechnungen anderer Heilbehandler (Heilpraktiker, Physiotherapeuten o.Ä.).
- Die Rechnungen und Quittungen reichen Sie zunächst bei Ihrer Krankenkasse und anschließend bei uns zur Erstattung ein.
- Im Anschluss bezahlen Sie die Rechnung bei Ihrem Arzt.

Welche Vorteile bietet die „Kostenerstattung“?

- Sie bleiben gesetzlich versichert.
- Sie werden dennoch zum Privatpatienten.
- Sie können die Leistungen aus dem Tarif BMG in vollem Umfang genießen.
- Sie haben einen Kosteneinblick in Ihre Arztrechnungen.

Vier Schritte für eine reibungslose Leistungserstattung.



Schwere Erkrankungen dulden keinen Aufschub – innerhalb von nur 5 Werktagen zum Top-Experten.

**Einzigartig
am Markt!**

Nach einer bestimmten schweren Diagnose – bei Erwachsenen beispielsweise Herzrhythmusstörung, Bandscheibenvorfall oder Tumorerkrankung – vereinbaren wir für unsere Best Care Versicherten bei einem erforderlichen Krankenhausaufenthalt innerhalb von nur 5 Werktagen (montags bis freitags) einen Termin bei einem Top-Experten in Deutschland.

Bundesweit gehören die Top-Experten zu den besten Spezialisten in ihrem Fachgebiet. Für den Behandlungs- und Heilungserfolg ist die bestmögliche Therapie unerlässlich.

Im Ernstfall nicht allein – mit diesen Leistungen sind wir für Sie da.



Innerhalb von nur 5 Werktagen (montags bis freitags) organisieren wir Ihnen einen Termin bei einem Top-Experten in Deutschland.



Ist eine Operation erforderlich, organisieren wir hierfür den Termin beim Top-Experten.



Sie erhalten eine ausführliche Zweitmeinung zur weiteren Behandlung.



500 Euro Pauschale zur freien Verfügung. Beispielsweise für Aufwendungen wie die Anreise zum Top-Experten oder für die Kosten der ambulanten Sprechstunde.

Was die DKV auszeichnet: Leistungsstärke, Fairness und erstklassiger Service.

- ✓ Die DKV ist eines der führenden Unternehmen der privaten Krankenversicherung.
- ✓ Wir sind der Marktführer im Bereich der privaten Zusatzversicherung.
- ✓ Wir stehen für Finanzkraft, Sicherheit und erstklassige Produkte.

**DKV – die Nr. 1
für private Zusatz-
versicherungen**

Wir erhalten regelmäßig sehr gute Bewertungen für unsere Produkt- und Servicelösungen. Und das schon seit Jahren.



Das IT-Fachmagazin Chip hat die digitalen Angebote von Krankenversicherern verglichen und bewertet (08.2021). Die DKV bietet „Top digitale Services“ und die beste App im Vergleich.

Wir sind für Sie da – persönlich und digital.

Nutzen Sie unsere Serviceleistungen rund um Ihre Gesundheit und Ihren Vertrag.



„TeleClinic“ App – Digitale Sprechstunde statt Wartezimmer. Flexibel erreichbar – rund um die Uhr. 24/7.

Teleclinic ist der einzige vollständig integrierte Telemedizin-Anbieter im Gesundheitssystem und damit Marktführer in Deutschland. Als DKV Versicherte können Sie jetzt Ihr Arztgespräch inklusive Rezept und Krankschreibung in Minuten per App erledigen.



Ihre Vorteile mit **teleclinic**

- ✓ Servicehotline – 24/7 für Sie erreichbar: individuelle und persönliche Betreuung durch medizinisches Fachpersonal. Rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr.
- ✓ Als Versicherte/-r der DKV sprechen Sie innerhalb von 30 Minuten mit einem Arzt. Der ausgewählte Arzt entscheidet, ob ein digitaler Arztbesuch ärztlich vertretbar oder ein persönlicher ärztlicher Kontakt erforderlich ist.
- ✓ Medizinische Betreuung: die besten Ärzte für Sie – mit mindestens 5 Jahren Berufserfahrung und Top-Bewertung von Patienten.
- ✓ Digitales Rezept oder AU aufs Handy: Erhalten Sie Ihre Medikamente oder Krankschreibung ohne Umwege oder lange Wartezeiten.

Die TeleClinic App für iOS und Android jetzt herunterladen.
Weitere Informationen zu unserem Partner TeleClinic erhalten Sie direkt unter: <https://teleclinic.com/versicherung/dkv/>



„Meine DKV“ App

Sie möchten alle relevanten Gesundheitsdaten im Blick haben und Leistungsbelege digital einreichen? Oder Organisatorisches rund um Ihre Versicherung erledigen? Nutzen Sie einfach unsere „Meine DKV“ App. Datenschutz, der neueste gesetzliche Standards erfüllt (E-Health Gesetz), ist bei uns selbstverständlich.

- ✓ Rechnungen einreichen.
- ✓ Zugang zum Kundenportal „Meine Versicherungen“.
- ✓ Adress-/Bankdatenänderung.
- ✓ Arzneimittel-Preisvergleich.
- ✓ Elektronische Gesundheitsakte (eGA) – für alle relevanten Gesundheitsdaten (z. B. medizinische Dokumente, Arztbesuche, Impfungen, Medikamente, Vorsorgeuntersuchungen).

„Beste App“ sagt
IT-Fachmagazin Chip
(08.2021).



DKV Gesundheitstelefon

Erhalten Sie kompetente Beratung zu medizinischen Themen und Ihrer Gesundheit.

- ✓ Sie wünschen sich Unterstützung bei der Krankenhaus- oder Facharztsuche?
- ✓ Sie möchten eine Diagnose richtig verstehen?
- ✓ Sie haben Fragen zu Krankheiten, Arzneimitteln oder zu Diagnose- und Behandlungsmethoden?



DKV Gesundheitstelefon: 0800 3746-444 (gebührenfrei).

Sonderkonditionen für besondere Berufsgruppen, in der Firmengruppenversicherung und über GKV-Kooperationen.

Die größte Anzahl angesehener Berufsgruppen ist bei uns versichert. Hierzu zählen medizinische Heilberufe genauso wie Freiberufler, Selbstständige und leitende Angestellte in über 200 Berufs- und Standesorganisationen. Unsere Partner in der Firmengruppenversicherung sind namhafte Unternehmen, darunter viele DAX®-40-Unternehmen.



Darüber hinaus führen wir erfolgreiche Kooperationen mit derzeit 13 gesetzlichen Krankenkassen.

- AOK Hessen
- Audi BKK
- BKK Voralb
- BIG direkt gesund
- KARL MAYER Betriebskrankenkasse
- Mobil Krankenkasse
- KNAPPSCHAFT
- vivida BKK
- BKK Stadt Augsburg
- VIACTIV Krankenkasse
- energie-BKK
- Salus BKK
- BKK Verkehrsbau Union (VBU)

Profitieren Sie von exklusiven Konditionen.

Über eine Gruppenversicherung oder als Versicherter einer kooperierenden Krankenkasse profitieren Sie von vielen Vorteilen:

- ✓ Attraktive Beiträge.
- ✓ Annahmegarantie für versicherungsfähige Personen.
- ✓ Sofortiger Versicherungsschutz ohne Wartezeiten bei Tarifen mit Gesundheitsfragen.
- ✓ Gleiche Konditionen für Familienangehörige und Lebenspartner.

Die Sonderkonditionen machen diese Vorsorgelösungen noch vorteilhafter:

- ✓ Krankheitskostenvollversicherung.
- ✓ Zusatzversicherung als Erweiterung des gesetzlichen Krankenversicherungsschutzes.
- ✓ Krankentagegeldversicherung bei Arbeitsunfähigkeit.
- ✓ Pflegeversicherung bei Pflegebedürftigkeit.
- ✓ Schutz auf Auslandsreisen.

Leistungsmerkmale BestMed Kombitarife zur GKV – Tarif BMG (Einzelversicherung).

Produktdetails sind in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) beschrieben, in denen die Leistungen nach Art und Umfang geregelt sind. Die Prozentangaben beziehen sich auf die nach Anrechnung etwaiger Leistungen der GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen und nicht auf den Rechnungsbetrag. **Wichtig: Um die Leistungen des Tarifs BMG in Anspruch zu nehmen, ist die Wahl der „Kostenerstattung“ ein Muss.**

Ambulante Leistungen	
Ärztliche Leistungen	100 % für ambulante Behandlung und Untersuchung sowie freie Arztwahl.
Arznei- und Verbandmittel	100 % für verordnete (verschreibungs- und nicht verschreibungspflichtige) Arznei- und Verbandmittel.
Sehhilfen	Bis zu 500 Euro innerhalb von 24 Monaten für neue Brillen und Kontaktlinsen sowie Reparaturen.
Hilfsmittel außer Sehhilfen	100 % für verordnete bestimmte im Tarif aufgeführte Hilfsmittel (z.B. Gehstützen oder Bandagen). 100 % für verordnete weitere Hilfsmittel (z.B. Krankenfahrstühle), wenn wir hierzu eine vorherige Zusage erteilt haben.
Heilmittel	100 % für bestimmte, verordnete Heilmittel (z.B. Bäder oder Massagen) bis zu den Höchstbeträgen des tariflichen Heilmittelverzeichnisses. Dazu gehören auch podologische, ergotherapeutische und osteopathische Leistungen.
Logopädie	100 % für Leistungen des Logopäden im Rahmen des tariflichen Heilmittelverzeichnisses.
Heilpraktiker	Bis zu 80 %, maximal 1.000 Euro je Versicherungsjahr für Leistungen des Heilpraktikers im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) einschließlich der hierzu verordneten Arzneimittel.
Naturheilverfahren gemäß Hufelandverzeichnis	Bis zu 80 %, maximal 1.000 Euro je Versicherungsjahr für Methoden der Alternativmedizin gemäß Hufelandverzeichnis einschließlich der hierzu verordneten Arzneimittel. Die Behandlung muss durch einen Arzt erfolgen.
Ambulante Psychotherapie	Für die Psychotherapie werden erstattet: – 100 % für die ersten 30 Sitzungen. – Bis zu 80 % von der 31. bis zur 60. Sitzung. – Bis zu 70 % ab der 61. Sitzung. Die Sitzungsanzahl ist tariflich nicht begrenzt. Eine vorherige Zusage durch die DKV ist nur erforderlich, wenn die GKV keine Vorleistung erbringt.
Vorsorgeuntersuchungen	100 % für Vorsorgeuntersuchungen auch über die gesetzlich eingeführten Programme hinaus (z.B. Glaukom-Vorsorge zur Früherkennung des grünen Stars oder erweiterte Krebsvorsorge).
Schutzimpfungen (inkl. Impfstoff)	100 % für Impfungen, die von der – Ständigen Impfkommision bzw. – Deutschen Gesellschaft für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit empfohlen werden. Dazu zählen beispielsweise Impfungen gegen Tetanus und Diphtherie. Schutzimpfungen für Reisen sind ebenfalls versichert.
Krankentransport	100 % für den Transport – zum nächsterreichbaren Arzt oder zum nächstgelegenen, für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus nach einem Unfall bzw. im Notfall. – zu und von der ambulanten Dialysebehandlung, Röntgentiefen- und Chemotherapie. – zu und von der ambulanten Behandlung bei bestimmter Schwerbehinderung bzw. Pflegebedürftigkeit. Bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeuges erstattet die DKV pro Kilometer 0,22 Euro.

Zahnleistungen	
Zahnärztliche Leistungen	100 % für die Zahnbehandlung einschließlich gezielter Vorsorgeuntersuchungen.
Zahnersatz (inkl. Inlays)	Bis zu 85 % für Inlays, Zahnkronen, Brücken, Zahnprothesen.
Implantate	Bis zu 85 % für max. 6 Implantate je Kiefer (einschließlich etwaiger bei Beginn des Versicherungsschutzes vorhandener Implantate) und den darauf zu befestigenden Zahnersatz.
Kieferorthopädie (KFO)	100 % für Kieferorthopädie, sofern bei Beginn der Behandlung das 19. Lebensjahr noch nicht vollendet ist.
Zahnprophylaxe	100 % für Individual-Prophylaxe einschließlich professioneller Zahnreinigung.
Zahnstaffel	Die nachfolgende Zahnstaffel gilt für Zahnersatz (inkl. Inlays oder auch Zahnkronen) und Implantate: – im 1. Versicherungsjahr bis 1.000 Euro. – im 1. bis 2. Versicherungsjahr bis 2.000 Euro. – im 1. bis 3. Versicherungsjahr bis 3.000 Euro. – im 1. bis 4. Versicherungsjahr bis 4.000 Euro. – im 1. bis 5. Versicherungsjahr bis 5.000 Euro. Die Zahnstaffel entfällt: – ab dem 6. Versicherungsjahr. – bei unfallbedingter Behandlung.
Stationäre Leistungen	
Allgemeine Krankenhausleistungen und ärztliche Leistungen	100 % der allgemeinen Krankenhausleistungen. 100 % für die privatärztliche Versorgung einschließlich Chefarzt.
Unterkunft	100 % für das Zweibettzimmer. 60 % für das Einbettzimmer, wenn das Zweibettzimmer zu den Allgemeinen Krankenhausleistungen gehört.
Ersatz-Krankenhaustagegeld (KHT)	Bis zu 80 Euro Ersatz-Krankenhaustagegeld bei Verzicht auf die privatärztliche Versorgung und / oder das Zweibettzimmer.
Krankentransport	100 % für den Krankentransport zum und vom Krankenhaus bis zu einer Entfernung von 100 km. 100 % für den Krankentransport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus bei mehr als 100 km Entfernung.
Krankenhauswahl	Freie Krankenhauswahl einschließlich Privatkliniken.
Zusätzliche Leistungen	
Auslandsrücktransport	100 % für die Mehrkosten bei Rücktransport aus dem Ausland, sofern die Organisation durch die DKKV erfolgt, sonst zu 80 %.
Überführung aus dem Ausland/Beisetzung im Ausland	100 % für die Überführung aus dem Ausland, bis zu 10.000 Euro. 100 % für die Beisetzung im Ausland, bis zu 5.000 Euro.
Entbindungspauschale	Für versicherte Frauen: 1.000 Euro Entbindungspauschale bei ambulanter oder stationärer Entbindung zur freien Verfügung.
Ambulante Operationen	200 Euro Pauschale bei bestimmten ambulanten Operationen zur freien Verfügung.
Lasik	100 % für eine Lasik-Operation (Methode zur Behebung von Fehlsichtigkeit mittels Lasertechnik) nach vorheriger schriftlicher Zusage.
Kinderwunschbehandlung	100 % für verschiedene Methoden der künstlichen Befruchtung. Voraussetzung ist u. a., dass die Frau das 40. und der Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Ohne Vorleistung der Krankenkasse ist die Anzahl der Maßnahmen begrenzt.
Kuren	30 Euro Kurtagegeld für max. 28 Tage zahlt die DKKV ohne Kostennachweis bei ärztlich verordneter ambulanter oder stationärer Kur. 36 Monate nach der letzten Kur- bzw. Sanatoriumsbehandlung besteht ein erneuter Leistungsanspruch.
Beitragsfreistellung	Beitragsfreiheit bei Krankenhausaufenthalten ab dem 92. Tag unter bestimmten Voraussetzungen.

Zusätzliche Leistungen	
Serviceleistungen	Beratung und Informationen durch die Experten unseres Gesundheitstelefons, 24-Stunden-Notruf bei Auslandsreisen etc. Zudem Beratung und Organisation weiterer Serviceleistungen nach Unfällen, vollstationärer Behandlung oder ambulanten Operationen sowie nach traumatisierenden Ereignissen.
Regelung ohne GKV-Vorleistung	Wichtig zu wissen: Die „Kostenerstattung“ ist eine Vertragsgrundlage! – Denn erst mit der Wahl der „Kostenerstattung“ und dem Tarif BMG können Sie Leistungen in Anspruch nehmen, die über die gesetzlich festgelegten Leistungen der Krankenkasse hinausgehen. – Die Wahl der „Kostenerstattung“ ist damit ein Muss für Ihren Vertrag. Ohne die „Kostenerstattung“ können wir Ihnen keinen Versicherungsschutz im Tarif BMG bieten. – Die „Kostenerstattung“ vereinbaren Sie bitte zu Beginn des Tarifs BMG. Zuerst reichen Sie bitte die Rechnung bei Ihrer Krankenkasse ein. Erfolgt daraufhin trotz vereinbarter GKV-Kostenerstattung keine GKV-Vorleistung, werden alle vorstehenden Leistungen zum entsprechenden Prozentsatz erstattet.
Verwaltungskosten-Abschlag/Zuzahlungen	100 % für die Abzüge der GKV für Verwaltungskosten. Ebenfalls versichert sind Zuzahlungen, die in unmittelbarem Zusammenhang mit den versicherten Leistungen stehen.
Allgemeines	
Gebührenordnung	Ärztliche und zahnärztliche Leistungen werden im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte (GOÄ/GOZ) und den dort festgelegten Bemessungskriterien erstattet. In bestimmten Fällen sind auch über den jeweiligen Höchstgrenzen liegende Aufwendungen erstattungsfähig.
Geltungsbereich	Innerhalb Europas besteht ein zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz, sofern der gewöhnliche Aufenthalt in Deutschland liegt. Bei vorübergehenden Aufenthalten im außereuropäischen Ausland gilt der Versicherungsschutz für 6 Monate (längstens für 2 weitere Monate, wenn die Rückreise nicht ohne Gefährdung der Gesundheit angetreten werden kann), sofern der gewöhnliche Aufenthalt in Deutschland liegt.
Wartezeiten	Es bestehen keine Wartezeiten.
Optionsrecht	- Optionsrecht auf Erhöhung des Versicherungsschutzes: Entweder zu Beginn des 4. Versicherungsjahres oder zu Beginn des 6. Versicherungsjahres besteht die Möglichkeit, den Versicherungsschutz zu erhöhen. Voraussetzung ist, dass die Versicherung nach dem Tarif BMG bis Eintrittsalter 55 begonnen hat. - Optionsrecht auf eine Krankheitskostenvoll- und Krankentagegeldversicherung sowie eine private Pflegepflichtversicherung: Bei einer Beendigung der Versicherung in der GKV können Sie von Tarif BMG in einen KKV-BestMed- oder BeihilfeMed-Tarif wechseln. Zusätzlich können Sie einen Krankentagegeldtarif sowie die private Pflegepflichtversicherung abschließen.

Monatliche Beiträge in Euro – Einzelversicherung (Stand: 01.07.2015 für Tarif BMG)

Zu Ihrer Information haben wir beispielhaft die Beiträge zu den nachfolgenden Eintrittsaltern aufgeführt. Die Beiträge zu den weiteren Eintrittsaltern stellen wir Ihnen auf Anfrage gerne zur Verfügung.

Tarif	Tarif BMG0	Tarif BMG1	Tarif BMG2	Tarif BMG3
Alter				
10 Jahre	73,54	60,23	50,00	35,37
15 Jahre	87,59	76,14	66,76	52,45
20 Jahre	205,80	179,03	157,47	127,10
25 Jahre	228,29	200,32	177,30	144,01
30 Jahre	248,46	219,58	195,38	159,56
35 Jahre	265,22	235,61	210,50	172,66
40 Jahre	284,37	253,99	227,92	188,01
45 Jahre	308,43	277,32	250,28	208,19
50 Jahre	335,56	303,79	275,83	231,54
55 Jahre	363,65	331,13	302,20	255,63

Wir sind immer für Sie da.

Wer sein Leben selbst gestalten will, braucht jemanden an seiner Seite, der dafür genügend Sicherheit bietet. Wir helfen Ihnen dabei, Ihren Weg in sichere Bahnen zu lenken. Wenn Sie Fragen haben – kein Problem.

Ihr Partner für Versicherungsfragen

Sollte Ihr Partner für Versicherungsfragen einmal nicht erreichbar sein, nutzen Sie gern unseren Kundenservice.

Telefon 0800 3746-444

Gebührenfrei. Oder aus dem Ausland +49 221 57894005.
(Kosten gemäß Tarif des jeweiligen ausländischen Netzbetreibers bzw. Mobilfunkanbieters)

Telefax 01805 786000

(14 Ct./Min. aus dem dt. Festnetz; max. 42 Ct./Min. aus dt. Mobilfunknetzen)

Sie möchten mehr darüber erfahren, was wir für Sie tun können?
Besuchen Sie uns auf:

www.dkv.de

Versicherungen und deren Leistungen klar beschreiben – das ist unser Anspruch. Ist uns das gelungen? Wir freuen uns auf Ihre Meinung unter:

www.dkv.de/feedback

Über nähere Einzelheiten informieren Sie die jeweiligen Versicherungsbedingungen.

Wenn Sie unsere Informationen und Angebote künftig nicht mehr erhalten möchten, können Sie bei uns der Verwendung Ihrer Daten zu Werbezwecken widersprechen. Schicken Sie hierzu einfach eine E-Mail an service@dkv.com oder rufen Sie uns an unter 0800 3746-444 (gebührenfrei).