

DKV – eine gute Wahl für Ihre Gesundheit.

Die wichtigsten Vorteile auf einen Blick.

DKV

Deutsche Krankenversicherung



Ein Unternehmen der ERGO

Eine solide Basis: die gesetzliche Absicherung.

Die gesetzliche Krankenversicherung bietet einen guten Grundschutz. Doch viele Leistungen werden von ihr nicht übernommen oder erfordern eine Eigenbeteiligung.

Ausgewählte Leistungsbereiche beim Arzt (ambulante Leistungen)		Das übernimmt die Krankenkasse:
	Arzt	Keine freie Arztwahl Inanspruchnahme zugelassener Kassenärzte, keine Privatärzte.
	Sehhilfen z. B. Brillen, Kontaktlinsen Augenlaserooperationen 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 Augenlaserooperationen werden grundsätzlich nicht übernommen.
	Arznei- und Verbandmittel z. B. Medikamente, Kompressen, Stützverbände	Verschreibungspflichtige Mittel Die Krankenkasse legt Festbeträge für die Erstattung von Arzneimittelpreisen fest. Die Kassenleistung ergibt sich aus dem Festbetrag abzüglich 10 % des Verkaufspreises – mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro. Liegt der Preis eines verordneten Arzneimittels über dem Festbetrag, so zahlen Sie zusätzlich zu der Zuzahlung (5 Euro bis max. 10 Euro) die Differenz von Verkaufspreis und Festbetrag. Keine Leistung bei nicht verschreibungspflichtigen Mitteln Sie tragen die kompletten Kosten für nicht verschreibungspflichtige Arznei- und Verbandmittel.
	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 Euro 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 %.
	Zahnreinigung	In der Regel keine professionelle Zahnreinigung.
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.

Leistungsmerkmale BestMed Komfort

Tarife BMK 0-3

Produktdetails sind in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) beschrieben, in denen die Leistungen nach Art und Umfang maßgeblich geregelt sind.

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 diese über den Hilfsmittelservice der DKV bezogen werden, sonst zu 80 %.
Heilmittel	100 % für bestimmte verordnete Heilmittel (z. B. Bäder oder Massagen) bis zu den Höchstbeträgen des tariflichen Verzeichnisses. Dazu gehören auch podologische, ergotherapeutische und osteopathische Leistungen.
Logopädie	100 % für Leistungen des Logopäden im Rahmen des tariflichen Heilmittelverzeichnisses.
Heilpraktiker	80 %, bis zu 1.000 Euro je Versicherungsjahr für Leistungen des Heilpraktikers im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) einschließlich der hierzu verordneten Arzneimittel.
Naturheilverfahren gemäß Hufelandverzeichnis	80 %, bis zu 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: <ul style="list-style-type: none"> • 100 % für die ersten 30 Sitzungen • 80 % von der 31. bis zur 60. Sitzung • 70 % ab der 61. Sitzung Die Sitzungsanzahl ist tariflich nicht begrenzt. Eine vorherige Zusage durch die DKV ist erforderlich.
Vorsorgeuntersuchungen	100 % für Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen der Tarifliste, auch über die gesetzlich eingeführten Programme hinaus (z. B. Glaukomvorsorge zur Früherkennung des grünen Stars oder erweiterte Krebsvorsorge).
Schutzimpfungen (inkl. Impfstoff)	100 % für Impfungen, die von der <ul style="list-style-type: none"> • Ständigen Impfkommission bzw. • Deutschen Gesellschaft für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit empfohlen werden. Dazu zählen beispielsweise Impfungen gegen Tetanus und Diphtherie. Empfohlene Schutzimpfungen für Reisen sind ebenfalls versichert.
Krankentransport	100 % für den Transport <ul style="list-style-type: none"> • 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 Kraftfahrzeugs erstattet die DKV pro Kilometer 0,22 Euro.

Zahnleistungen	
Zahnärztliche Leistungen	100 % für die Zahnbehandlung einschließlich gezielter Vorsorgeuntersuchungen. Und damit verbundene Material- und Laborkosten gemäß Preis- und Leistungsverzeichnis (PLV).
Zahnersatz (inkl. Inlays)	75 % für Inlays, Zahnkronen, Brücken, Zahnprothesen. Einschließlich damit verbundener Material- und Laborkosten gemäß Preis- und Leistungsverzeichnis (PLV).
Implantate	75 % für max. sechs Implantate je Kiefer (einschließlich etwaiger bei Beginn des Versicherungsschutzes vorhandener Implantate), für den darauf zu befestigenden Zahnersatz und für damit verbundene Material- und Laborkosten gemäß Preis- und Leistungsverzeichnis (PLV).
Kieferorthopädie (KFO)	100 % für Kieferorthopädie einschließlich damit verbundener Material- und Laborkosten gemäß Preis- und Leistungsverzeichnis (PLV), sofern bei Beginn der Behandlung das 19. Lebensjahr noch nicht vollendet ist.
Material- und Laborkosten	Zuerst erfolgt die Ermittlung der Leistungen aus den Tarifen BMK 0–3. Die erstattungsfähigen Material- und Laborkosten ergeben sich aus dem tariflichen Preis-Leistungsverzeichnis. Die Aufbaustufe Tarif BMKD ergänzt den Leistungsanspruch der Tarife BMK 0–3 bis zur Höhe der in Deutschland üblichen Preise. Erstattet werden die aus dem Preis- und Leistungsverzeichnis der Tarife BMK 0–3 resultierenden betraglichen Minderungen zu den gleichen Prozentsätzen wie sie der Tarif BMK vorsieht. Die Zahnstaffel aus der Tarifreihe BMK wird bei der Ermittlung der Leistungen aus dem Tarif BMKD nicht berücksichtigt.
Zahnprophylaxe	100 % für Individualprophylaxe einschließlich professioneller Zahnreinigung.
Leistungserweiterung	85 % (statt 75 %) für Zahnersatz (inkl. Inlays) und Implantate, wenn für die vorgenannten Behandlungen ein mit der DKV kooperierender Zahnarzt aufgesucht wird.
Zahnstaffel	Die nachfolgende Zahnstaffel gilt für Zahnersatz (inkl. Inlays) und Implantate: <ul style="list-style-type: none"> • 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: <ul style="list-style-type: none"> • 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 % der Mehraufwendungen für das Einbettzimmer.
Ersatz-Krankenhaustagegeld (KHT)	20 Euro Ersatz-Krankenhaustagegeld bei Verzicht auf das Einbettzimmer.
Krankentransport	Dieser Versicherungsschutz ist in der bestehenden KKV enthalten.
Krankenhauswahl	Freie Krankenhauswahl einschließlich Privatkliniken.

Zusätzliche Leistungen

Auslandsrücktransport	100 % für die Mehrkosten bei Rücktransport aus dem Ausland, sofern die Organisation durch die DKV 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 unter anderem, dass die Frau das 40. und der Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.
Kuren	30 Euro Kurtagegeld für maximal 28 Tage zahlt die DKV ohne Kostennachweis bei ärztlich verordneter ambulanter oder stationärer Kur. 36 Monate nach der letzten Kur- bzw. Sanatoriumsbehandlung besteht ein erneuter Leistungsanspruch.
Beitragsbefreiung	Beitragsbefreiung bei Krankenhausaufenthalten ab dem 92. Tag unter bestimmten Voraussetzungen.
Serviceleistungen	Beratung und Informationen durch die Experten unseres Gesundheitstelefon, 24-Stunden-Notruf bei Auslandsreisen etc. Zudem Beratung und Organisation weiterer Serviceleistungen nach Unfällen, vollstationärer Behandlung oder ambulanten Operationen sowie nach traumatisierenden Ereignissen.

Allgemeines

Selbstbeteiligung	<p>Für die Leistungen aus den Tarifen BMK1-BMK3 ist eine Selbstbeteiligung pro Kalenderjahr vorgesehen.</p> <p>Folgende Leistungen werden nicht auf die Selbstbeteiligung angerechnet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorsorgeuntersuchungen • Schutzimpfungen (inkl. Impfstoff) • Entbindungspauschale • Pauschale bei ambulanten Operationen • Zahnvorsorge inkl. professioneller Zahnreinigung • Ersatz-Krankenhaustagegeld
Beitragsrückerstattung	<p>Die DKV belohnt ihre Kunden für ein gesundheits- und kostenbewusstes Verhalten mit einer attraktiven Beitragsrückerstattung. Sie ist vom Unternehmenserfolg abhängig. Über die Art der Vergabe und über die Höhe der Beitragsrückerstattung wird jedes Jahr durch den Vorstand mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders neu entschieden.</p> <p>Falls für diesen Tarif eine Beitragsrückerstattung in Form der Auszahlung vorgesehen ist, müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein. Unter anderem dürfen für das Geschäftsjahr keine Leistungen im ambulanten und zahnärztlichen Bereich erbracht worden sein. Die Auszahlung erfolgt dann im darauffolgenden Jahr.</p> <p>Die Auszahlung kann auch dann erfolgen, wenn ausschließlich folgende Leistungen in Anspruch genommen wurden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorsorgeuntersuchungen • Schutzimpfungen (inkl. Impfstoff) • Zahnvorsorge inkl. professioneller Zahnreinigung

KombiMed Best Care – Tarif KBCK



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.



- Unsere Top-Experten sind anerkannte Spezialisten ihrer jeweiligen Fachrichtung in Deutschland. Sie genießen einen ausgezeichneten Ruf und arbeiten in einer Klinik mit bestmöglicher medizinisch-technischer Ausstattung.
- Wir kooperieren mit etwa 100 Top-Experten.

Leistungsmerkmale

Allgemeines	Der medizinische Behandlungserfolg hängt auch von der ärztlichen Qualifikation und Erfahrung sowie der medizinisch-technischen Ausstattung einer Klinik ab. Im Ernstfall kann es wichtig sein, schnellstmöglich renommierte Experten einzuschalten. Top-Experten im Sinne dieses Tarifs sind Ärzte, die auf ihrem Fachgebiet anerkannt sind. Sie haben sich vertraglich zur Zusammenarbeit mit der DKV verpflichtet.
Expertenleistung	Bei bestimmten schweren Erkrankungen (siehe unten) schalten wir für Sie einen qualifizierten Top-Experten der jeweiligen Fachrichtung ein. Ist eine Operation erforderlich, organisieren wir, dass der Top-Experte diese Operation durchführt. Erfolgt keine Operation, besteht die Expertenleistung in einer begründeten Empfehlung für die weitere Behandlung.
Terminvereinbarung innerhalb von 5 Werktagen	Wir sichern zu, dass innerhalb von maximal 5 Werktagen (montags bis freitags) nach Eingang der erforderlichen medizinischen Unterlagen <ul style="list-style-type: none"> • die Aufnahme in das Krankenhaus, in dem der ausgewählte Top-Experte praktiziert, oder • die Vorstellung in der vorstationären Sprechstunde des Top-Experten erfolgt.
Aufwandspauschale	500 Euro erhalten Sie ohne Kostennachweis (zur freien Verfügung), beispielsweise für die Reise-/Hotelkosten zum Experten.
Ersatzpauschale	500 Euro erhalten Sie zusätzlich als Ersatzpauschale, wenn die 5-Tagesfrist nicht eingehalten werden kann.
Behandlungskosten	Die Kosten der Experten-Empfehlung sowie der Behandlung und Operation sind in diesem Tarif nicht versichert.
Besonderheit für Kinder und Jugendliche	Für Versicherte bis zum vollendeten 20. Lebensjahr besteht bei folgenden schweren Erkrankungen Anspruch auf unsere Serviceleistungen: <ul style="list-style-type: none"> • chronische physische (körperliche) Erkrankungen (z.B. Zuckererkrankungen, Rheuma) • angeborene Fehlbildungen (z.B. Herzklappenfehler) • bösartige Tumorerkrankungen (z.B. Blutkrebs) • gutartige Tumoren des Nervensystems • Komplikationen nach Unfallverletzungen
Besonderheit für Erwachsene	Für Versicherte ab dem vollendeten 20. Lebensjahr besteht bei folgenden schweren Erkrankungen Anspruch auf unsere Serviceleistungen: <ul style="list-style-type: none"> • bösartige Tumorerkrankungen (z.B. Lungenkrebs) • gutartige Tumoren des Nervensystems • Herzerkrankungen (z.B. Herzrhythmusstörungen) • arterielle Gefäßerkrankungen • Erkrankung der Wirbelsäule (z.B. Bandscheibenvorfall) • Erkrankung / Verletzung des Kniegelenks (z.B. Kreuzbandriss) • Komplikationen nach Unfallverletzungen
Geltungsbereich	Der Versicherungsschutz besteht innerhalb Deutschlands. Bitte beachten Sie, dass sich durch die Auswahl des Experten ergibt, wo die Leistung in Deutschland erbracht wird.

Gesundheit wird belohnt.

Bedürfnisorientierte Selbstbeteiligungsstufen

Wir möchten, dass Sie Ihre Gesundheit voll auskosten können. Deshalb haben wir vier verschiedene Selbstbeteiligungsstufen für Sie entwickelt. So können Sie Ihren Beitrag – entsprechend Ihren Bedürfnissen und Ihrer aktuellen Lebenssituation – aktiv beeinflussen.

Tarifvariante BMK/0	Tarifvariante BMK/1	Tarifvariante BMK/2	Tarifvariante BMK/3
Selbstbeteiligung 0 Euro/0 Euro ¹	Selbstbeteiligung 400 Euro/200 Euro ¹	Selbstbeteiligung 800 Euro/400 Euro ¹	Selbstbeteiligung 1.840 Euro/920 Euro ¹

¹ Für Kinder und Jugendliche gelten die hinter dem Schrägstrich genannten Beträge.

Attraktive Beitragsrückerstattung

Von gesundheits- und kostenbewusstem Verhalten profitieren alle. Deshalb erstatten wir Ihnen einen Teil Ihres Beitrags zurück, wenn Sie ein Jahr keine Leistungen in Anspruch nehmen. Wie viel Sie zurückbekommen, hängt unter anderem von unserem Unternehmenserfolg ab. Und wird jedes Jahr durch den Vorstand mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders neu entschieden.

Tarifvariante BMK/0	Tarifvariante BMK/1	Tarifvariante BMK/2	Tarifvariante BMK/3
Beitragsrückerstattung¹ 1.600 Euro/800 Euro ²	Beitragsrückerstattung¹ 1.300 Euro/650 Euro ²	Beitragsrückerstattung¹ 1.000 Euro/500 Euro ²	Beitragsrückerstattung¹ 700 Euro/350 Euro ²

¹ Beitragsrückerstattung im vergangenen Jahr.

² Für Kinder und Jugendliche gelten die hinter dem Schrägstrich genannten Beträge.

Reduzieren Sie Ihren Monatsbeitrag durch die Vorteile einer BRE – schauen Sie einfach selbst:

Tarif	Leistungen	Monatsbeitrag in Euro ¹
BMK0, BMZ1, BMKD	Krankenvollversicherung mit Einbettzimmer und Aufbaustufe Zahn	551,87 Euro
GBZ, KTC43/150, PVN	Gesetzlicher Beitragszuschlag, 150 Euro Krankentagegeld pro Tag, Pflegepflichtversicherung	188,78 Euro
Zwischensumme		740,65 Euro
Abzgl. Arbeitgeberzuschuss		370,32 Euro
Ihr monatlicher Beitrag ohne BRE		370,32 Euro
Bei einem leistungsfreien Kalenderjahr erstattet die DKV eine BRE in Höhe von 1.600 Euro = anteilig auf den Monatsbeitrag		133,33 Euro
Ihr monatlicher Beitrag mit BRE		236,99 Euro

Wussten Sie schon?



Die Selbstbeteiligung gilt für alle Leistungsbereiche – u. a. ambulante, zahnärztliche und stationäre Heilbehandlung. Einige wichtige Leistungen erhalten Sie ohne Selbstbeteiligung. Dazu zählen Vorsorgemaßnahmen, z. B. Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen und Zahnprophylaxe einschließlich professioneller Zahnreinigung.

Die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung erhalten Sie auch, wenn Sie von uns Leistungen für Vorsorgemaßnahmen erhalten haben. Auch ein stationärer Krankenhausaufenthalt hat keinen Einfluss auf Ihre Erstattung.

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 – Sofern in Ihrem Behandlungsfall nach allgemein anerkannten fachlichen Standards ein digitaler Arztbesuch ärztlich vertretbar ist. Hierzu kommt es insbesondere auf die vorliegenden Erkrankungen und Beschwerden an.



Ihre Vorteile mit **teleclinic**

- ✓ 24/7 für Sie per Videogespräch 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 Partner-Arzt entscheidet, ob in Ihrem Behandlungsfall nach allgemein anerkannten fachlichen Standards 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, wenn kein persönlicher ärztlicher Kontakt erforderlich ist.

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).

*Bewertung digitaler Angebote von Krankenversicherern.

„Beste App“ sagt
IT-Fachmagazin
Chip (8.2021).*



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).