

Private Krankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

DKV

Unternehmen: DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Deutschland Produkt: KombiMed Krankenhaus Tarife KS 1 / 2

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 stationäre Ergänzungsversicherung für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).



Was ist versichert?

Sie sind versichert

- ✓ bei Krankheiten und Unfällen,
- ✓ bei Schwangerschaft und Entbindung.

Wir ersetzen Aufwendungen für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung nach Vorleistung der GKV und andere vereinbarte Leistungen:

- ✓ **Tarif KS 1:** Zuschlag für die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer.
- ✓ **Tarif KS 2:** Zuschlag für die Unterbringung im Zweibettzimmer.
- ✓ Wahl- und belegärztliche Leistungen.
- ✓ Wird weder das Ein-/Zweibettzimmer noch wahl- oder belegärztliche Leistungen in Anspruch genommen, zahlen wir ein Tagegeld von 25 Euro für Tarif KS 1 und von 20 Euro für Tarif KS 2.
- ✓ Allgemeine Krankenhausleistungen, soweit nach Übernahme der Pflichtleistung durch die GKV Aufwendungen verbleiben.
- ✓ Transporte zum und vom Krankenhaus bis zu einer Entfernung von 100 km.
- ✓ 200 Euro Pauschale bei bestimmten ambulanten Operationen.
- ✓ Beitragsbefreiung bei vollstationärer Krankenhausbehandlung über 91 Tage.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind.
- ✗ die gesetzlich vorgesehene Zuzahlung bei vollstationärer Krankenhausbehandlung.
- ✗ Zahnersatz und Kieferorthopädie.
- ✗ Versicherungsfälle, die durch vorsätzliches Handeln oder Kriegereignisse verursacht werden, einschließlich deren Folgen.
- ✗ Behandlungen durch Ehepartner, Lebenspartner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, Eltern oder Kinder.
- ✗ Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren.
- ✗ Kurzbehandlung sowie Rehabilitationsmaßnahmen.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Die Deckung wird bestimmt durch Art und Umfang der Versicherungsleistungen in den einzelnen Leistungsbeschreibungen (vgl. AVB).
- ! Keine Leistung für Aufwendungen, die während der Wartezeit angefallen sind (gilt nicht in der Gruppenversicherung).
- ! Kein Krankenhaustagegeld bei teilstationärer Behandlung.
- ! Begrenzung der Gesamterstattung auf die Summe der Aufwendungen.
- ! Weitere Einschränkungen u. a.
 - bei Aufenthalt im Ausland.
 - bei Verletzung von Obliegenheiten.
 - bei einem Beitragsrückstand.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Ihr Versicherungsschutz besteht in Deutschland.
- ✓ Bei vorübergehenden Aufenthalten in anderen Staaten der Europäischen Union (EU), des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) sowie in der Schweiz besteht Versicherungsschutz. Dies gilt entsprechend bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat der EU bzw. des EWR.
- ✓ Bei vorübergehenden Aufenthalten in Staaten außerhalb der EU, des EWR und der Schweiz besteht kein Versicherungsschutz.



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.
- Für eine versicherte Person darf keine weitere Zusatzversicherung für die Leistungen des jeweiligen Tarifs bestehen.



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 der 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

- Beendigung der Versicherung in der deutschen GKV,
- Vollendung des 44. Lebensjahres (Umstellung in die Tarife KGZ 1 / 2 ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne neue Wartezeiten möglich),
- 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 wenn sich die Beiträge erhöhen.

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

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

KombiMed Krankenhaus Tarif KS1, KombiMed Krankenhaus Tarif KS2

FÜR VERSICHERTE DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG (GKV)

Sehr geehrter Versicherungsnehmer,

diese AVB sind die Grundlage für unser gemeinsames Vertragsverhältnis. Der vereinbarte Versicherungsschutz ergibt sich aus diesen AVB, dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen und den gesetzlichen Vorschriften.
Es gilt deutsches Recht.

Inhaltsverzeichnis

1. Unsere Leistungen

1.1	Was ist versichert?	2
1.2	Was sind unsere Leistungen?	2
1.3	Was ist nicht versichert und in welchen Fällen kann unsere Leistungspflicht eingeschränkt sein?	3
1.4	Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?	4
1.5	Gibt es Wartezeiten? Wenn ja, wann beginnen sie und wie lange dauern sie?	4
1.6	Gilt der Versicherungsschutz auch bei Aufenthalten im Ausland?	5
1.7	Welche Voraussetzungen müssen Rechnungen erfüllen und wann erhalten Sie unsere Leistungen?	5
1.8	Erhalten Sie für eine beabsichtigte Heilbehandlung Auskunft über den Umfang Ihres Versicherungsschutzes?	5
1.9	Können Sie bzw. die versicherte Person Auskunft über Gutachten oder Stellungnahmen verlangen?	5
1.10	Können Sie Ihre Leistungsansprüche auf Dritte übertragen?	5

2. Sonstige Bestimmungen

2.1	Wer kann versichert werden?	5
2.2	Welche Obliegenheiten (Mitwirkungspflichten) sind zu beachten?	6
2.3	Welche Folgen kann die Verletzung von Obliegenheiten haben?	6
2.4	Wie berechnen wir die Beiträge?	6
2.5	Wann ist der Beitrag zu zahlen und welche Folgen kann eine verspätete Zahlung haben?	6
2.6	Unter welchen Voraussetzungen können wir die Beiträge ändern?	6
2.7	Unter welchen Voraussetzungen können wir die AVB ändern?	6
2.8	Kann die versicherte Person aus Tarif KS1 bzw. Tarif KS2 in andere Tarife wechseln?	7
2.9	Wie lange läuft der Versicherungsvertrag und welche Beendigungsgründe gibt es?	7
2.10	An wen können Sie sich bei Beschwerden bzw. für eine außergerichtliche Streitbeilegung wenden?	7
2.11	Welche Gerichte sind zuständig?	8

1. Unsere Leistungen

1.1 Was ist versichert?

Wir bieten Versicherungsschutz bei Krankheiten, Unfällen, Schwangerschaft und Entbindung.

Im Versicherungsfall ersetzen wir Aufwendungen für stationäre (teil-, vor-, nach- und vollstationäre) Heilbehandlung und andere vereinbarte Leistungen. Darüber hinaus zahlen wir eine Pauschale bei ambulanten Operationen und erbringen Serviceleistungen.

Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen.

Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn aus medizinischen Gründen keine Heilbehandlung mehr erforderlich ist. Muss die Heilbehandlung auf eine andere Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, so entsteht ein neuer Versicherungsfall. Voraussetzung ist, dass die Krankheit oder Unfallfolge mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt.

Als Versicherungsfall gelten auch

- Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
- der nicht rechtswidrige Schwangerschaftsabbruch durch einen Arzt,
- die durch Krankheit erforderliche Sterilisation.

1.2 Was sind unsere Leistungen?

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für

- den Zuschlag für die gesondert berechenbare Unterbringung
im Ein- oder Zweibettzimmer bei **Tarif KS1** bzw.
im Zweibettzimmer bei **Tarif KS2**,
Wählt die im Tarif KS2 versicherte Person gesondert berechenbare Unterbringung im Einbettzimmer, gilt: Wir ersetzen den Unterbringungszuschlag für das Zweibettzimmer des aufgesuchten Krankenhauses. Zählt das Zweibettzimmer zu den allgemeinen Krankenhausleistungen, ersetzen wir den Unterbringungszuschlag für das in Anspruch genommene Einbettzimmer **zu 60%**.
- Zuschläge für Verpflegung, Telefon- und Internetanschluss, Radio- und Fernsehgerät,
- wahlärztliche Leistungen,
Dies sind gesondert berechenbare Behandlungen durch leitende Krankenhausärzte. Dazu gehören auch von diesen veranlasste Leistungen, die Ärzte bzw. ärztlich geleitete Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses durchführen.
- belegärztliche Leistungen,
Belegärzte sind nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte. Sie behandeln die Patienten unter Inanspruchnahme der Einrichtungen des Krankenhauses.
- Leistungen der Beleghebamme / des Belegentbindungspflegers,
Die Gebühren müssen im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet sein.
- Transporte zum und vom Krankenhaus bis zu einer Entfernung von 100 km
Ab einer Entfernung von mehr als 100 km ersetzen wir nur die Transportkosten zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.
zu 100%.

Die allgemeinen Krankenhausleistungen übernimmt in der Regel komplett die GKV. Verbleiben ausnahmsweise nach Vorleistung der GKV dennoch Aufwendungen hierfür, gilt:

Wir ersetzen die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen

zu 100%.

Können Sie keine Vorleistung der GKV nachweisen, ersetzen wir die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen nicht. Dies kann z.B. dann der Fall sein, wenn die versicherte Person ohne Zustimmung ihrer GKV eine Privatklinik aufsucht.

Nimmt die versicherte Person im Versicherungsfall keine gesondert berechenbare Unterbringung und keine wahl- und belegärztlichen Leistungen in Anspruch, zahlen wir Ihnen ersatzweise ein Tagegeld.

Sie erhalten für jeden Tag eines Krankenhausaufenthaltes

25 EUR bei **Tarif KS1** bzw.
20 EUR bei **Tarif KS2.**

Sie erhalten das Tagegeld auch für den Aufnahme- und Entlassungstag.

Das Tagegeld zahlen wir nur im Rahmen einer vollstationären – nicht bei einer teil-, vor- oder nachstationären – Heilbehandlung.

Beitragsbefreiung bei vollstationärer Krankenhausbehandlung

Für den über 91 Tage hinausgehenden vollstationären Krankenhausaufenthalt einer versicherten Person gibt es eine Beitragsbefreiung. Folgende Voraussetzungen müssen gemeinsam erfüllt sein:

- Sie haben einen Anspruch auf Kostenerstattung für vollstationäre, mindestens 92 Tage dauernde ununterbrochene Heilbehandlung,
- der Tarif KS1 bzw. der Tarif KS2 besteht mindestens während der letzten 12 Monate ohne Beitragsrückstände.

Die Beitragsbefreiung für Tarif KS1 bzw. Tarif KS2 gilt ab dem Ersten des Monats, in dem die Voraussetzungen erfüllt sind. Sie bezieht sich auf volle Monatsbeiträge einschließlich etwaiger Risikozuschläge.

Ambulante Operation

Bei einer ambulanten Operation zahlen wir eine Pauschale in Höhe von

200 EUR.

Als ambulante Operationen gelten die in unserem umfangreichen Verzeichnis des Tarifs (vgl. Druckstück B 500/3) aufgeführten Leistungen. Dazu zählen z.B. die Entfernung der Rachenmandeln und die Entfernung der Nasen-/Kehlkopfpolyphen.

Wir zahlen keine Pauschale

- für ambulante Operationen in den folgenden Bereichen:
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Augenheilkunde, Zahnheilkunde, Chirurgie der Körperoberfläche sowie
- für ambulante Hand- und Fußoperationen.

Serviceleistungen

Wir bieten Ihnen Serviceleistungen unseres Gesundheitstelefons an (Tel.: 0800/3746 444 gebührenfreie Rufnummer). Unsere Experten beraten Sie und geben Ihnen Informationen zu stationären Behandlungen.

Wir nennen Ihnen Adressen und Telefonnummern von Behandlern und Kliniken. Außerdem bieten wir Ihnen zur Klärung schwieriger medizinischer Fragen die Einschaltung von Spezialisten und die Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung.

Welche Krankenhäuser kann die versicherte Person wählen?

Die versicherte Person hat die freie Wahl unter allen Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen. Diese müssen über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen.

Müssen Sie bei stationärer Heilbehandlung in bestimmten Krankenhäusern eine vorherige Zusage einholen?

Ja, und zwar für Krankenhäuser, die auch Rehabilitationen/Kuren durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen.

Ihre Aufwendungen ersetzen wir nur dann, wenn Sie vor Beginn der Behandlung von uns eine schriftliche Zusage erhalten haben.

Eine Zusage ist in folgenden Fällen nicht notwendig:

- Bei einem Notfall,
- bei einer akuten Erkrankung während des Aufenthaltes im Krankenhaus, wenn dadurch eine stationäre Krankenhausbehandlung medizinisch notwendig wird.

Nach welchen Gebührevorschriften sind die Aufwendungen für ärztliche Leistungen erstattungsfähig?

Die Aufwendungen sind erstattungsfähig, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze¹ der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen. Die Gebühren müssen den Bemessungsgrundsätzen der GOÄ entsprechen. Für Aufwendungen, die über den Höchstsätzen der GOÄ liegen, gilt Folgendes: Sie sind nur erstattungsfähig, soweit sie durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwernisse begründet sind. Sie müssen nach den Bemessungskriterien der Gebührenordnung angemessen sein.

Welche Untersuchungs-/Behandlungsmethoden und Arzneimittel stehen unter Versicherungsschutz?

Wir leisten für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Darüber hinaus leisten wir unter folgenden Voraussetzungen für weitere Methoden und Arzneimittel: Diese müssen sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben. Oder sie müssen deswegen angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Wir können in diesen Fällen unsere Leistungen jedoch auf den Betrag herabsetzen, der bei einer schulmedizinischen Behandlung oder einem schulmedizinischen Arzneimittel angefallen wäre.

1.3 Was ist nicht versichert und in welchen Fällen kann unsere Leistungspflicht eingeschränkt sein?

Unsere Leistungspflicht wird bestimmt durch Art und Umfang unserer Versicherungsleistungen in den einzelnen Leistungsbeschreibungen (vgl. Nr. 1.2).

¹ Höchstsätze der GOÄ sind

- der 3,5fache Satz für persönliche Leistungen des Arztes,
- der 2,5fache Satz bei medizinisch-technischen Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ,
- der 1,3fache Satz bei Laborleistungen nach Abschnitt M der GOÄ.

Wir leisten jedoch generell nicht für:

- Die gesetzlich vorgesehene Zuzahlung bei vollstationärer Krankenhausbehandlung.
- Zahnersatz und Kieferorthopädie.
- Krankheiten, Unfälle und Todesfälle, die jeweils durch Kriegsereignisse verursacht wurden oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind. Außerdem leisten wir nicht für die Folgen solcher Krankheiten und Unfälle.

Diese Einschränkungen gelten nicht, wenn folgende Voraussetzungen vorliegen:

- Die versicherte Person wird im Ausland vom Eintritt eines Kriegsereignisses überrascht,
- sie nimmt an diesem Ereignis nicht aktiv teil und
- sie hat unverschuldet keine Möglichkeit, das betroffene Gebiet zu verlassen.
- Solche Krankheiten und Unfälle, die von der versicherten Person vorsätzlich herbeigeführt worden sind, einschließlich deren Folgen.
- Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren.
- Kurbehandlung sowie Rehabilitationsmaßnahmen.
- Behandlungen durch Ehepartner, Lebenspartner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten erstatten wir tarifgemäß.
- Eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

Unsere Leistungspflicht kann zusätzlich in folgenden Fällen eingeschränkt bzw. ausgeschlossen sein:

- Wir können unsere Zahlungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen, falls mehr oder umfangreichere Leistungen als medizinisch notwendig erbracht werden. Dasselbe gilt, soweit die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen.
- Bei einem Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung bzw. auf eine gesetzliche Heil- oder Unfallfürsorge gilt: Wir ersetzen nur die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen.
- Die Gesamterstattung ist – auch bei Anspruch auf Leistungen gegenüber mehreren Kostenträgern – insgesamt auf die Summe Ihrer Aufwendungen begrenzt.
- Weitere Einschränkungen können sich ergeben:
 - Vor Beginn und nach Ende des Versicherungsschutzes (vgl. Nr. 1.4),
 - während der Wartezeiten (vgl. Nr. 1.5),
 - bei Aufhalten im Ausland (vgl. Nr. 1.6),
 - bei Verletzung von Obliegenheiten (vgl. Nr. 2.3),
 - bei einem Beitragsrückstand (vgl. Nr. 2.5).

1.4 Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?

- Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Er beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung). Er beginnt auch nicht vor Ablauf der Wartezeiten (vgl. Nr. 1.5).
- Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht. Eine Besonderheit gilt für Versicherungsfälle, die nach Abschluss des Versicherungsvertrages, aber vor Versicherungsbeginn oder Ablauf der Wartezeiten eingetreten sind. Hier leisten wir lediglich nicht für die Aufwendungen, die in der Zeit vor Versicherungsbeginn oder während der Wartezeiten angefallen sind. Bei einem Wechsel in Tarif KS1 bzw. Tarif KS2 gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
- Für das neugeborene Kind einer versicherten Person kann der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt beginnen, wenn am Tag der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate bei uns versichert ist. Dazu müssen Sie das Kind spätestens zwei Monate nach der Geburt rückwirkend zur Versicherung bei uns anmelden. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender sein als der der versicherten Person. Unter diesen Voraussetzungen stehen dann auch angeborene Anomalien und Krankheiten unter Versicherungsschutz.

Diese Regelungen gelten entsprechend bei Adoption eines minderjährigen Kindes. Ist für den gewählten Tarif eine Gesundheitsprüfung vorgesehen, können wir allerdings bei einem erhöhten Krankheitsrisiko einen Zuschlag bis zur einfachen Beitragshöhe verlangen.
- Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung des Versicherungsvertrages (vgl. Nr. 2.9). Dies gilt auch, wenn die Behandlung noch nicht abgeschlossen ist.

1.5 Gibt es Wartezeiten? Wenn ja, wann beginnen sie und wie lange dauern sie?

Die Wartezeiten fangen mit dem Versicherungsbeginn an (vgl. Nr. 1.4). Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt bei einem Unfall. Für Entbindung und Psychotherapie beträgt die Wartezeit acht Monate. Wir können die Wartezeiten aufgrund einer ärztlichen Untersuchung erlassen, wenn Sie dies auf einem besonderen Vordruck der DKV beantragen.

Bei einem Wechsel in Tarif KS1 bzw. Tarif KS2 gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

1.6 Gilt der Versicherungsschutz auch bei Aufenthalten im Ausland?

Bei vorübergehenden Aufenthalten in anderen Staaten der Europäischen Union (EU), des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) sowie in der Schweiz besteht Versicherungsschutz. Wir sind jedoch höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die wir bei einem Aufenthalt in Deutschland zu erbringen hätten. Dies gilt entsprechend, wenn eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat der EU bzw. des EWR verlegt.

Bei vorübergehenden Aufenthalten in Staaten außerhalb der EU, des EWR und der Schweiz besteht kein Versicherungsschutz. Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb der EU bzw. des EWR, endet ihre Versicherung.

1.7 Welche Voraussetzungen müssen Rechnungen erfüllen und wann erhalten Sie unsere Leistungen?

- Zur Prüfung unserer Leistungspflicht können wir Originalrechnungen verlangen. Beteiligt sich ein anderer Kostenträger (z.B. die GKV), reicht auch eine Kopie aus. Auf der Kopie muss der andere Kostenträger die Höhe seiner Leistung vermerkt haben. Wir können von Ihnen den Nachweis vorheriger Bezahlung verlangen.
Rechnungen müssen den Namen der behandelten Person, die Behandlungsdaten, die einzelnen Leistungen sowie die Krankheitsbezeichnungen enthalten.
- Krankheitskosten in ausländischer Währung rechnen wir zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in Euro um.
- Sie erhalten die Versicherungsleistungen, sobald wir festgestellt haben, ob und in welcher Höhe wir leistungspflichtig sind. Sollten wir dafür länger als einen Monat brauchen, erhalten Sie auf Wunsch vorab einen Abschlag. Maßgebend dafür ist die Höhe des Betrags, den wir nach den bisherigen Feststellungen voraussichtlich mindestens zahlen müssen. Die Monatsfrist ist unterbrochen, solange wir unsere Feststellungen infolge Ihres Verschuldens nicht beenden können.

1.8 Erhalten Sie für eine beabsichtigte Heilbehandlung Auskunft über den Umfang Ihres Versicherungsschutzes?

- Vor Beginn einer Heilbehandlung können Sie in Textform (z.B. Brief oder E-Mail) Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Voraussetzung ist, dass die Kosten der Heilbehandlung voraussichtlich 2.000 EUR überschreiten werden. Sie erhalten dann von uns innerhalb von vier Wochen die Auskunft. Ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, erteilen wir die Antwort unverzüglich, spätestens aber nach zwei Wochen. Wir berücksichtigen dabei auch einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen.
- Die Frist beginnt mit dem Eingang des Auskunftsverlangens bei uns. Haben wir die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, gilt die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung als notwendig. Sind wir dann der Auffassung, dass die Heilbehandlung nicht notwendig ist, müssen wir dies beweisen.

1.9 Können Sie bzw. die versicherte Person Auskunft über Gutachten oder Stellungnahmen verlangen?

- Zur Prüfung unserer Leistungspflicht können wir Gutachten oder Stellungnahmen einholen. Über deren Inhalt müssen wir Ihnen bzw. der versicherten Person auf Verlangen Auskunft geben. Sie bzw. die versicherte Person sind auch berechtigt, Einsicht in diese Dokumente zu nehmen.
In Ausnahmefällen dürfen wir nur einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht geben. Dies ist der Fall, wenn (therapeutische) Gründe entgegenstehen, dass Sie bzw. die versicherte Person Auskunft oder Einsicht bekommen.
- Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden.
- Haben Sie das Gutachten oder die Stellungnahme auf unsere Veranlassung eingeholt, erstatten wir Ihnen die entstandenen Kosten.

1.10 Können Sie Ihre Leistungsansprüche auf Dritte übertragen?

Sie dürfen Ihre Ansprüche auf Leistung weder abtreten noch verpfänden. Dieses Abtretungsverbot gilt nicht, wenn wir mit einer DKV-Card die Übernahme von Aufwendungen bei stationärem Aufenthalt in einem Krankenhaus garantieren. Außerdem gilt das Abtretungsverbot nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

2. Sonstige Bestimmungen

2.1 Wer kann versichert werden?

In die Tarife KS1 und KS2 nehmen wir Personen mit einem Eintrittsalter von 20 bis 39 Jahren auf. Das Eintrittsalter errechnet sich aus der Differenz zwischen dem Jahr, in dem die Versicherung beginnt und dem Geburtsjahr.

Versicherungsfähig in den Tarifen KS1 und KS2 sind Personen, die in der deutschen GKV versichert sind.

2.2 Welche Obliegenheiten (Mitwirkungspflichten) sind zu beachten?

- Zur Prüfung unserer Leistungspflicht und des Leistungsumfangs benötigen wir von Ihnen bzw. der versicherten Person ggf. Auskünfte. 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 die Minderung des Schadens zu sorgen. Sie muss alles unterlassen, was der Genesung entgegensteht.

2.3 Welche Folgen kann die Verletzung von Obliegenheiten haben?

Sie erhalten keine Leistungen, wenn eine der genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzt wird. Wenn eine Obliegenheit grob fahrlässig (z.B. in besonders hohem Maße) verletzt wird, können wir unsere Leistung kürzen. Die Kürzung erfolgt entsprechend der Schwere des Verschuldens. Bei der Verletzung von Auskunfts- und Untersuchungspflichten können wir nur kürzen, wenn wir Sie hierauf in Textform (z.B. per Brief oder E-Mail) gesondert hingewiesen haben. Sie erhalten jedoch dann Leistungen, wenn die Verletzung der Obliegenheit keinen Einfluss auf unsere Leistungspflicht hat. Dies gilt nicht, wenn Sie uns arglistig (z.B. durch eine falsche Auskunft) täuschen. Wir rechnen Ihnen die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person zu.

2.4 Wie berechnen wir die Beiträge?

- Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag. Wir berechnen ihn vom Versicherungsbeginn an. Zu Beginn der Versicherung zahlen Sie den Beitrag, der dem Eintrittsalter der versicherten Person entspricht. Das Eintrittsalter errechnet sich aus der Differenz zwischen dem Jahr, in dem die Versicherung beginnt und dem Geburtsjahr.
Wir haben die Tarife KS1 und KS2 nach Art der Schadenversicherung kalkuliert. Dies bedeutet: Es werden keine Rückstellungen für das Alter angespart, um den mit zunehmendem Alter eintretenden Anstieg der Krankheitskosten vorzufinanzieren. Für die versicherte Person, die das 24., 29., 34. bzw. 39. Lebensjahr vollendet, gilt daher der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe. Diesen Beitrag haben Sie ab Beginn des dann folgenden Kalenderjahres zu zahlen.
- Die Berechnung der Beiträge ist in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.
- Bei Beitragsänderungen können wir auch vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

2.5 Wann ist der Beitrag zu zahlen und welche Folgen kann eine verspätete Zahlung haben?

- Der zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein. Er ist am Ersten eines jeden Monats fällig.
- Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen. Solange Sie ihn schuldhaft nicht zahlen, sind wir leistungsfrei und können auch vom Vertrag zurücktreten. Die nicht rechtzeitige Zahlung der Folgebeiträge kann zum Verlust des Versicherungsschutzes und zur Kündigung des Vertrages führen.
- Im Lastschriftverfahren zahlen Sie rechtzeitig, wenn wir den Beitrag zum Fälligkeitstag abbuchen können und Sie der Abbuchung nicht widersprechen. Können wir den fälligen Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht abbuchen, erhalten Sie von uns in Textform eine Zahlungsaufforderung. Wenn Sie dann den Beitrag unverzüglich zahlen, ist die Beitragszahlung noch rechtzeitig.

2.6 Unter welchen Voraussetzungen können wir die Beiträge ändern?

Wir vergleichen mindestens jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Leistungen. Ergibt dieser Vergleich eine Abweichung von über 5%, können wir alle Beiträge überprüfen und, soweit erforderlich, ändern. Bei einer Abweichung von mehr als 10% müssen wir alle Beiträge überprüfen und, soweit erforderlich, ändern. In beiden Fällen darf die Abweichung jedoch nicht nur vorübergehend sein. Eine Beitragsänderung können wir nur durchführen, wenn ihr ein unabhängiger Treuhänder zustimmt.

Dabei können wir auch einen vereinbarten Risikozuschlag entsprechend ändern.

Die Änderung und die Gründe für die Anpassung teilen wir Ihnen mit. Die Änderung wird zu Beginn des übernächsten Monats, der auf diese Mitteilung folgt, wirksam.

2.7 Unter welchen Voraussetzungen können wir die AVB ändern?

- Die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen können sich dauerhaft – z.B. durch Gesetze – ändern. In diesem Fall können wir die AVB an die geänderten Verhältnisse anpassen. Ein unabhängiger Treuhänder achtet dann darauf, dass die Änderung im Interesse der Versicherten erforderlich erscheint und angemessen ist. Die Änderung und die Gründe hierfür teilen wir Ihnen mit. Die Änderung wird zu Beginn des übernächsten Monats, der auf unsere Mitteilung folgt, wirksam.
- Durch höchstrichterliche Entscheidungen oder bestandskräftige Verwaltungsakte der Aufsichts- oder Kartellbehörden können AVB-Regelungen wider Erwarten für unwirksam erklärt werden. In diesen Fällen können wir die Regelung durch eine Neue ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Versicherungsvertrages notwendig ist. Das ist auch möglich, wenn eine Fortsetzung des Vertrages ohne die neue Regelung für eine der Vertragsparteien nicht zumutbar wäre. Die neue Regelung muss unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigen. Sie wird zwei Wochen, nachdem wir Sie über die Änderung und die hierfür maßgeblichen Gründe informiert haben wirksam.

2.8 Kann die versicherte Person aus Tarif KS1 bzw. Tarif KS2 in andere Tarife wechseln?

- Sie haben das Recht, den Wechsel in einen anderen Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz zu verlangen. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person die im angestrebten Tarif beschriebene Versicherungsfähigkeit erfüllt. Dabei rechnen wir die bis zum Wechsel erworbenen Rechte an. Der Wechsel in einen Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsabhängig kalkuliert werden, ist ausgeschlossen.
- Soweit der Versicherungsschutz in dem neuen Tarif höher oder umfassender ist, können wir einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag verlangen. Letzteren können Sie abwenden, indem Sie für die Mehrleistungen einen Leistungsausschluss mit uns vereinbaren. Wenn der neue Tarif Wartezeiten vorsieht, gelten diese für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

2.9 Wie lange läuft der Versicherungsvertrag und welche Beendigungsgründe gibt es?

- Der Versicherungsvertrag wird zunächst für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen und verlängert sich danach jeweils um ein weiteres Versicherungsjahr.
- Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt. Es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre stimmen mit dem Kalenderjahr überein.
- Sie können Tarif KS1 bzw. Tarif KS2 zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, nicht jedoch vor Ablauf der ersten zwei Versicherungsjahre kündigen. Ihre Kündigung muss in Textform (z.B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate. Sie können Tarif KS1 bzw. Tarif KS2 auch nur für einzelne versicherte Personen kündigen.
- Bei einer Beitragserhöhung können Sie die Versicherung für die hiervon betroffenen Personen kündigen. Das gleiche Recht haben Sie, wenn sich die Leistungen vermindern. Ihre Kündigung muss in Textform (z.B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Die Kündigung wird dann zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung bzw. der Leistungsverminderung wirksam.
Folgende Fristen sind zu beachten: Erhöhen sich die Beiträge aufgrund Wechsels der Altersgruppe (vgl. Nr. 2.4), müssen Sie innerhalb zweier Monate nach der Änderung kündigen. Erhöhen wir die Beiträge aufgrund einer Beitragsanpassung (vgl. Nr. 2.6), müssen Sie innerhalb zweier Monate nach Mitteilung der Erhöhung kündigen. Dies gilt auch, wenn sich die Leistungen wegen einer Änderung der AVB vermindern (vgl. Nr. 2.7 Punkt 1).
- Ihre Kündigung für einzelne versicherte Personen ist nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass diese von der Kündigung erfahren haben.
- Wir können den Versicherungsvertrag ganz oder teilweise nur im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen aus einem wichtigen Grund kündigen. Diese Möglichkeit haben wir z.B. dann, wenn Sie die Beiträge nicht rechtzeitig zahlen (vgl. Nr. 2.5). Auf weitere Kündigungsmöglichkeiten – unser ordentliches Kündigungsrecht – verzichten wir.
- Die Versicherung nach Tarif KS1 bzw. Tarif KS2 endet für die versicherte Person zum Ende des Kalenderjahres, in dem sie das 44. Lebensjahr vollendet. Wir passen den Versicherungsvertrag für die betroffene versicherte Person dann zu erleichterten Bedingungen wie folgt an.

Wir stellen die Versicherung nach Tarif KS1 in den KombiMed Krankenhaus Tarif KGZ1 um. Die Versicherung nach Tarif KS2 stellen wir in den KombiMed Krankenhaus Tarif KGZ2 um. Diese Umstellung ermöglichen wir ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne neue Wartezeiten. Die Versicherung im Tarif KGZ1 bzw. Tarif KGZ2 beginnt im unmittelbaren Anschluss an die Beendigung des Tarifs KS1 bzw. Tarifs KS2. Der Beitrag für Tarif KGZ1 bzw. Tarif KGZ2 richtet sich nach dem erreichten Eintrittsalter der versicherten Person zum Zeitpunkt der Umstellung. Das Eintrittsalter errechnet sich aus der Differenz zwischen dem Jahr, in dem die Umstellung gültig wird und dem Geburtsjahr. Eventuell vorhandene Alterungsrückstellungen rechnen wir an.

Soweit nichts anderes vereinbart wird, gilt:

Bestehende Zuschläge für ein erhöhtes Risiko werden zu den gleichen Prozentsätzen auf den neuen Tarif übertragen. Bestehende Leistungsausschlüsse werden ebenfalls übertragen.

Wenn Sie die Umstellung in Tarif KGZ1 bzw. Tarif KGZ2 nicht wünschen, müssen Sie uns dies innerhalb von zwei Monaten nach Mitteilung der Vertragsanpassung mitteilen. Wir beenden den Versicherungsvertrag dann zum Zeitpunkt der Umstellung.

- Endet für die versicherte Person die Versicherung in der deutschen GKV, endet auch die Versicherung nach Tarif KS1 bzw. Tarif KS2. Dies gilt auch, wenn die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb der EU bzw. des EWR verlegt.
- Der Versicherungsvertrag endet mit Ihrem Tod. Stirbt eine versicherte Person, endet deren Versicherung.
- Endet der Versicherungsvertrag ganz oder teilweise durch Kündigung, können die versicherten Personen ihre Versicherung fortführen. Die Erklärung zur Fortführung muss innerhalb von zwei Monaten nach der Beendigung erfolgen. Das gleiche Recht haben die versicherten Personen, wenn der Versicherungsvertrag durch Ihren Tod endet.

2.10 An wen können Sie sich bei Beschwerden bzw. für eine außergerichtliche Streitbeilegung wenden?

Wir nehmen am Verfahren des Ombudsmanns für die Private Kranken- und Pflegeversicherung teil. Den Ombudsmann erreichen Sie wie folgt:

Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, www.pkv-ombudsmann.de.

Der Ombudsmann ist der außergerichtliche Streitschlichter für die Private Kranken- und Pflegeversicherung. Er nimmt zu Meinungsverschiedenheiten zwischen Versicherten und ihren Versicherungsunternehmen neutral und unabhängig Stellung. Seine Entscheidungen sind für beide Seiten nicht bindend.

Für Verbraucher gilt: Haben Sie den Vertrag elektronisch geschlossen (z.B. über eine Internetseite oder per E-Mail), können Sie sich bei Beschwerden auch an die Plattform zur Online-Streitbeilegung der Europäischen Union wenden. Diese finden Sie unter <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) - Sektor Versicherungsaufsicht. Die Adresse lautet:
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, E-Mail: poststelle@bafin.de
Auch an die BaFin können Sie Beschwerden richten.

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht Ihnen der Rechtsweg offen.

2.11 Welche Gerichte sind zuständig?

Meinungsverschiedenheiten können ggf. auch eine gerichtliche Klärung erfordern. Für Ihre Klagen gegen uns ist das Gericht an unserem Sitz in Köln oder das Gericht an Ihrem Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort zuständig. Für unsere Klagen gegen Sie ist das Gericht an Ihrem Wohnsitz zuständig. Haben Sie keinen ständigen Wohnsitz, können wir unsere Klage an Ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort einreichen. Verlegen Sie nach Vertragsschluss Ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland, ist das Gericht an unserem Sitz in Köln zuständig. Dies gilt auch, wenn uns Ihr Wohnsitz bzw. gewöhnlicher Aufenthaltsort im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist.

Private Krankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

DKV

Unternehmen: DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Deutschland Produkt: KombiMed Krankenhaus Tarife KGZ 1 / 2

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 stationäre Ergänzungsversicherung für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).



Was ist versichert?

Sie sind versichert

- ✓ bei Krankheiten und Unfällen,
- ✓ bei Schwangerschaft und Entbindung.

Wir ersetzen Aufwendungen für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung nach Vorleistung der GKV und andere vereinbarte Leistungen:

- ✓ **Tarif KGZ 1:** Ein- oder Zweibettzimmer mit privatärztlicher Behandlung.
- ✓ **Tarif KGZ 2:** Zweibettzimmer mit privatärztlicher Behandlung.
- ✓ Wird weder das Ein-/Zweibettzimmer noch die privatärztliche Behandlung in Anspruch genommen, zahlen wir ein Tagegeld von 25 Euro für Tarif KGZ 1 und von 20 Euro für Tarif KGZ 2.
Für Kinder zahlen wir das Tagegeld in halber Höhe.
- ✓ Allgemeine Krankenhausleistungen, soweit nach Übernahme der Pflichtleistung durch die GKV Aufwendungen verbleiben.
- ✓ 200 Euro Pauschale bei bestimmten ambulanten Operationen.



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 einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, Eltern oder Kinder.
- ✗ Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren.
- ✗ Kurzbehandlung sowie Rehabilitationsmaßnahmen.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Die Deckung wird bestimmt durch Art und Umfang der Versicherungsleistungen in den einzelnen Leistungsbeschreibungen (vgl. AVB).
- ! Keine Leistung für Aufwendungen, die während der Wartezeit angefallen sind (gilt nicht in der Gruppenversicherung).
- ! Kein Krankenhaustagegeld bei teilstationärer Behandlung.
- ! Begrenzung der Gesamterstattung auf die Summe der Aufwendungen.
- ! Weitere Einschränkungen u. a.
 - bei Aufhalten im Ausland.
 - bei Verletzung von Obliegenheiten.
 - bei einem Beitragsrückstand.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Ihr Versicherungsschutz besteht in Deutschland.
- ✓ Bei vorübergehenden Aufenthalten im europäischen Ausland besteht Versicherungsschutz. Dies gilt entsprechend bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat der Europäischen Union (EU) bzw. des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR).
- ✓ Bei vorübergehenden Aufenthalten im außereuropäischen Ausland bleibt der Versicherungsschutz für einen Monat ab Beginn des Auslandsaufenthaltes bestehen. Der Versicherungsschutz bleibt für 6 Monate bestehen, wenn die Versicherung nach diesem Tarif bei Beginn des Aufenthaltes bereits 12 Monate besteht.



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.
- Für eine versicherte Person darf keine weitere Zusatzversicherung für die Leistungen des jeweiligen Tarifs bestehen.



Wann und wie zahle ich?

Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag. Er kann auch in monatlichen Betragsraten gezahlt werden. 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. Alle weiteren Beiträge sind, je nach Zahlungsweise, zu Beginn des vereinbarten Beitragszeitraums fällig.

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 der 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 wenn sich die Beiträge erhöhen.

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

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Teil III

KombiMed Krankenhaus Tarif KGZ

VERSICHERUNGSSCHUTZ FÜR MITGLIEDER GESETZLICHER KRANKENKASSEN TARIF FÜR STATIONÄRE HEILBEHANDLUNG

Dieser Tarif gilt nur in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, Teil I: Musterbedingungen (MB/KK 2009) und Teil II: Tarifbedingungen (in einem gesonderten Druckstück B 600).

1. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die aufgrund eigener Mitgliedschaft oder im Rahmen der Familienhilfe bei einem Träger der GKV versichert sind.

2. Serviceleistungen

Medizinische Informationen und Beratungen bei stationärer Heilbehandlung

Neben dem Ersatz von Aufwendungen für Krankheitskosten bieten wir Ihnen Serviceleistungen unseres Gesundheitstelefon, die Sie in Anspruch nehmen können. Sie erreichen uns unter der Telefonnummer 0800/3746 444 (gebührenfreie Rufnummer).

Unsere Experten beraten Sie und geben Ihnen Informationen zu

- stationären Behandlungen

wir nennen Ihnen

- Adressen und Telefonnummern von Behandlern und Kliniken

außerdem bieten wir Ihnen zur Klärung schwieriger medizinischer Fragen

- die Einschaltung von Spezialisten
- die Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung.

3. Leistungsumfang

- a) Die Aufwendungen für stationäre Heilbehandlung (§ 4 Abs. 10 b) AVB) werden nach Vorleistung einer gesetzlichen Krankenkasse zu 100% erstattet (s. hierzu auch § 5 Abs. 8 AVB), und zwar nach

Tarifstufe KGZ 1: Ein- oder Zweibettzimmer mit privatärztlicher Behandlung

Tarifstufe KGZ 2: Zweibettzimmer¹ mit privatärztlicher Behandlung.

Wird weder das Ein-/Zweibettzimmer noch die privatärztliche Behandlung in Anspruch genommen, wird ein Krankenhaustagegeld von

25 EUR für Tarifstufe KGZ 1 und von

20 EUR für Tarifstufe KGZ 2

gezahlt. Für Kinder wird das Krankenhaustagegeld in halber Höhe gezahlt. Bei teilstationärer Behandlung wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt (vgl. § 4 Abs. 13 d) AVB).

¹ Wählt der Versicherte 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.

- b) Verbleiben nach Vorleistung einer gesetzlichen Krankenversicherung nach § 4 Abs. 10 Buchst. a AVB erstattungsfähige Aufwendungen, werden diese ebenfalls zu 100% erstattet.
Zu den Vorleistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung gehören auch die dem Personenkreis mit einem Anspruch auf Teilkostenerstattung nach § 14 Sozialgesetzbuch (SGB), Fünftes Buch (V) von ihrem Arbeitgeber zu erbringenden Beihilfeleistungen.

Wird keine Vorleistung einer gesetzlichen Krankenversicherung nachgewiesen, kommt nur eine Erstattung nach 3. a) infrage.

- c) Zu den erstattungsfähigen Kosten zählen nicht die vom Versicherten kraft Gesetzes zu übernehmenden Zahlungen.
- d) Bei einer ambulanten Operation wird eine Pauschale in Höhe von 200 EUR gezahlt.
Als ambulante Operationen gelten die in dem umfangreichen Verzeichnis des Tarifs (vgl. Druckstück B 500/3) aufgeführten Leistungen. Dazu zählen z.B. die Entfernung der Rachenmandeln und die Entfernung der Nasen-/Kehlkopfpolyphen.

Keine Pauschale wird gezahlt

- für ambulante Operationen in den folgenden Bereichen:
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Augenheilkunde, Zahnheilkunde, Chirurgie der Körperoberfläche sowie
- für ambulante Hand- und Fußoperationen.

Verzeichnis ambulanter Operationen für die BestMed Eco Tarife BME / 1-2, die BestMed Komfort Tarife BMK / 0-3, den BestMed Uni Tarif BMUNI, das BeihilfeMed Tarifsysteem, die KombiMed Krankenhaus Tarife KGZ, KS1, KS2 sowie für die Tarife SD 9, SM 9 und GZ¹

Ambulante Operationen
Prävention
Transabdominale Blutentnahme aus der Nabelschnur unter Ultraschallsicht
Fruchtwasserentnahme durch Amniozentese unter Ultraschall
Transzervikale Gewinnung von Chorionzotengewebe oder transabdominale Gewinnung von Plazentagewebe, unter Ultraschallsicht
Empfängnisregelung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch (sonstige Hilfen)
Operative Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs unter medizinischer oder kriminologischer Indikation bis zur 13. Schwangerschaftswoche p.c. bzw. bis zur 14. kompletten Schwangerschaftswoche p.m., ggf. mit Erweiterung des Gebärmutterhalskanals, einschl. Überprüfung der Indikation
Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs unter medizinischer Indikation ab der 13. Schwangerschaftswoche p.c. bzw. ab der 14. kompletten Schwangerschaftswoche p. m., ggf. mit Erweiterung des Gebärmutterhalskanals und/oder intrazervikaler oder vaginaler Prostaglandinapplikation, einschl. Überprüfung der Indikation
Anästhesien/Narkose
Leitungsanästhesie eines Nerven oder Ganglions an der Schädelbasis (nicht Nn. Occipitales oder aurikulares), Nerv oder Ganglion ist anzugeben, oder retrobulbäre Anästhesie
Intravenöse, intramuskuläre und/oder rektale Narkose, einschl. Anlegen eines i. v.-Zuganges, kontinuierlichem EKG-Monitoring und kontinuierlicher Pulsoxymetrie, ggf. einschl. Infusion(en) nach Nr. 273, gesteuerter Blutdrucksenkung, Legen einer Magensonde
Plexusanästhesie (Plexus zervikalis, brachialis, axillaris, lumbalis, lumbosakralis) oder Spinal- oder Periduralanästhesie (auch kaudal), einzeitig oder mittels Katheter, ggf. einschl. Kontrolle der Katheterlage durch Injektion eines Lokalanästhetikums oder intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität einschl. Anlegen einer Blutleere oder Kombinationsnarkose mit Maske, Larynxmaske oder endotrachealer Intubation, einschl. Anlegen eines i.v. Zuganges, kontinuierlichem EKG-Monitoring und kontinuierlicher Pulsoxymetrie, ggf. einschl. der Infusion(en), gesteuerter Blutdrucksenkung, Legen einer Magensonde, Capnometrie und/oder Multigasmessung
Fortsetzung einer Anästhesie/Narkose nach Nr. 462, je vollendete weitere 15 Minuten
Zuschlag zur Leistung nach Nr. 462 für eine Plexus-, Spinal- oder Periduralanalgesie mittels Katheter zur postoperativen Analgesie nach operativen Eingriffen in Kombinationsnarkose, einschl. dokumentierter Überwachung, Zwischen- und Abschlussuntersuchungen
Dokumentierte Überwachung über mindestens 15 Minuten Dauer, bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen, einschl. Zwischen- und Abschlussuntersuchungen
Kontinuierliche Überwachung der Vitalfunktionen durch den Arzt für Anästhesiologie, ggf. einschl. EKG-Monitoring, während eines diagnostischen und/oder therapeutischen Eingriffs eines anderen Arztes, einschl. Bereitstellung der Ausrüstung zur Behandlung von Zwischenfällen, je vollendeten 15 Minuten
Gastroenterologie
Bougierung der Speiseröhre, je Sitzung, und/oder Dehnung des unteren Ösophagusphinkters (Kardiasprengung), je Sitzung
Einsetzen einer Ösophagusprothese, einschl. Ösophagoskopie
Endoskopische Sondierung der Papilla Vateri mit Einbringung von Kontrastmittel, ggf. einschl. Entnahme von Sekret und/oder Probeexzision
Papillotomie, ggf. einschl. Zertrümmerung und/oder Exzision von Steinen und/oder Legen einer Verweilsonde
Platzierung einer Drainage in den Gallen- oder Pankreasgang oder Entfernung
Gynäkologie und Geburtshilfe
Entfernung von Nachgeburten oder Nachgeburtsteilen durch inneren Eingriff und/oder Beendigung einer Fehlgeburt durch inneren Eingriff
Naht eines oder mehrerer Zervixrisse
Ausräumung einer Blasenmole oder einer missed abortion
Elektrokonzisation der Portio
Messerkonzisation der Portio, einschl. Versorgung des Wundgrundes
Abrasio der Gebärmutterhöhle und des Gebärmutterhalskanals, ggf. einschl. Entfernung von Polypen oder Fremdkörpern, ggf. einschl. Aufbereitung des Gewebematerials zur histologischen Untersuchung
Exstirpation oder Marsupialisation von Vaginalzysten oder Bartholini-Zysten
Ultraschallgezielte und/oder laparoskopische Eizellentnahme gemäß Nr. 12.6 der Richtlinien zur künstlichen Befruchtung im Zusammenhang mit Nr. 10.3, 10.4 und 10.5, ggf. einschl. Zusammenführung von Ei- und Spermazellen, mikroskopischer Beurteilung der Reifestadien der Eizellen (bei Maßnahmen nach Nr. 10.4) oder der Eizellkultur (bei Maßnahmen nach Nr. 10.3 und 10.5), ggf. einschl. intratubarer Transfer bei Maßnahmen nach Nr. 10.4

¹ Grundlage ist der gemäß § 115 b Sozialgesetzbuch V erstellte Katalog ambulant durchführbarer Operationen.

Nase, Nasennebenhöhlen

Operativer Eingriff in der Nase (z. B. Entfernung von bis zu zwei Nasenpolypen, anderen Neubildungen einer Nasenseite, Muschelkappung, Muschelfraktuierung, Muschelquetschung, Muschelkaustik, Synechie Lösung und/oder Probeexzision), als selbstständige Leistung

Operativer Eingriff zur Entfernung festsitzender Fremdkörper aus der Nase und/oder teilweise oder vollständige Abtragung einer Nasenmuschel und/oder submuköse Resektion an der Nasenscheidewand und/oder operative Entfernung von mehr als zwei Nasenpolypen und/oder anderen Neubildungen

Submuköse Resektion an der Nasenscheidewand mit Resektion der ausgedehnten knöchernen Leiste, als selbstständige Leistung

Plastische Korrektur am Nasenseptum und an den Weichteilen zur funktionellen Wiederherstellung der Nasenatmung, ggf. in mehreren Sitzungen

Plastische Korrektur am Nasenseptum, an den Weichteilen und am knöchernen Nasengerüst zur funktionellen Wiederherstellung der Nasenatmung, ggf. in mehreren Sitzungen

Plastische Operation zum Verschluss einer Nasenscheidewandperforation

Operative Korrektur eines Nasenflügels

Tränensackoperation vom Naseninnern aus

Fensterung einer Kieferhöhle, ggf. einschl. Absaugung, als selbstständige Leistung

Vollständige oder teilweise Ausräumung einer Kieferhöhle von der Nase aus

Operativer Verschluss einer retroaurikulären Öffnung oder einer Kieferhöhlenfistel, als selbstständige Leistung

Anbohrung einer Stirnhöhle von außen

Operative Eröffnung einer Stirnhöhle und ggf. der Siebbeinzellen vom Naseninnern aus

Mundhöhle, Rachen, Kehlkopf

Keilexzision aus der Zunge, als selbstständige Leistung

Adenotomie (Entfernung der Rachenmandel)

Operative Entfernung von Speichelstein(en)

Fremdkörperentfernung aus dem Kehlkopf, ggf. einschl. der Leistungen nach den Nrn. 1500 und 1506

Galvanokaustik oder Kürettament im Kehlkopf

Probeexzision aus dem Kehlkopf

Entfernung von Polypen oder anderen Neubildungen aus dem Kehlkopf

Mikrochirurgische Entfernung von Polypen oder anderen Neubildungen aus dem Kehlkopf

Verschluss des Tracheostomas

Ohr, Gleichgewichts- und Gehörorgan, Stimme und Sprache

Operative Beseitigung einer Stenose und/oder von Exostosen im knöchernen Teil des Gehörganges, als selbstständige Leistung

Eröffnung der Paukenhöhle durch temporäre Trommelfellaufklappung, als selbstständige Leistung

Myringoplastik vom Gehörgang aus

Operative Eröffnung des Warzenfortsatzes

Operative Korrektur eines abstehenden Ohres, z. B. durch Ohrmuschelanlageplastik mit Knorpelrezision und/oder operativer Korrektur der Ohrmuschel und/oder der Ohrmuschelgröße

Urologie

Endoskopische Untersuchung der Harnröhre mit operativem Eingriff (z. B. Papillomkoagulation)

Innere Harnröhrenschlitzung unter Sicht

Plastische Versorgung einer Meatusstriktur

Plastische Operation der Vorhaut und/oder des Frenulums

Varikozelenoperation (Skrotalschnitt)

Operation einer Hydro- und/oder Spermatozele, als selbstständige Leistung

Entfernung eines Hodens, ggf. einschl. des Nebenhodens

Entfernung eines Nebenhodens, als selbstständige Leistung

Operative Freilegung eines Hodens (z. B. bei Hodentorsion), ggf. mit Gewebeentnahme, als selbstständige Leistung

Operation eines Leistenhodens

Perkutane Anlage einer Harnblasenfistel, einschl. Spülung, Katheterfixation und Verband

Perkutane Anlage einer Nierenfistel, ggf. einschl. Spülung, Katheterfixation und Verband

Extremitätenchirurgie

Muskel- und/oder Fasziennaht, ggf. einschl. Versorgung einer frischen Wunde, als selbstständige Leistung

Präparation und Naht einer Strecksehne, ggf. einschl. Versorgung einer frischen Wunde

Präparation und Naht einer Beugesehne, ggf. einschl. Versorgung einer frischen Wunde

Präparation und Durchtrennung einer Sehne oder eines Muskels, als selbstständige Leistung

Raffung, Verkürzung, Verlängerung oder plastische Ausschneidung einer Sehne, einer Faszie oder eines Muskels oder operative Lösung von Verwachsungen um eine Sehne, als selbstständige Leistung

Operative Lösung von Verwachsungen um mehrere Sehnen oder Verpflanzung einer Sehne oder eines Muskels, als selbstständige Leistung

Freie Sehnentransplantation, als selbstständige Leistung

Operation des Karpal- oder Tarsaltunnelsyndroms mit Dekompression von Nerven oder Spaltung der Loge de Gyon, ggf. einschl. Neurolyse und/oder Tendosynovektomie und/oder Entfernung benigner Neubildungen

Operation eines peripheren Nervenengpasssyndroms (z. B. Supinatorloggen-Syndrom) - ggf. einschl. Neurolyse und/oder Tendosynovektomie und/oder Entfernung benigner Neubildungen.

Knochenchirurgie
Einrichtung der gebrochenen knöchernen Nase, ggf. einschl. Tamponade und Wundverband
Einrichtung eines gebrochenen Unterarm- oder Unterschenkelknochen, je Seite
Stabilisierung einer Fraktur mittels perkutaner Drahtfixation
Osteosynthese eines kleinen Röhrenknochens oder einer Rippe
Osteosynthese des Radius, der Ulna, der Fibula oder eines großen Röhrenknochens
Entfernung von Stellschrauben, tastbaren Einzelschrauben oder von Kirschnerdrähten aus einem Knochen nach Aufsuchen durch Schnitt oder Entfernung eines Fixateur extern
Entfernung von Osteosynthesematerial (z. B. Platten) aus einem kleinen Knochen
Entfernung von Osteosynthesematerial (z. B. Platten) aus einem großen Knochen
Entnahme von Knorpel- oder Knochenmaterial zur freien Verpflanzung
Implantation von Knorpel, Knochen oder alloplastischem Material
Gelenkchirurgie
Primäre Naht des Bandapparates, eines Bandes und/oder der Gelenkkapsel bzw. Reinsertion eines Bandes eines Daumen-, Kiefer-, Hand- oder Sprunggelenks
Bandplastik des Sprunggelenks und/oder der Syndesmose
Operation eines Meniskus
Operative Entfernung freier Gelenkkörper oder von Fremdkörpern aus einem Schulter-, Ellenbogen- oder Kniegelenk und/oder Glättung der Gelenkflächen als selbstständige Leistung
Operative Entfernung der Kniekehlezyste (Bakerzyste)
Synovektomie in einem Schulter-, Ellenbogen- oder Kniegelenk, als selbstständige Leistung
Diagnostische arthroskopische Operation, ggf. einschl. Entnahme von Gewebeproben aus Weichteilen, Knorpel oder Knochen und/oder Plica-(Teil-)Resektion, Entfernung von Synovialzotten, (Teil-)Resektion des Hoffa'schen Fettkörpers, Knorpelglättung und/oder Herausspülen freier Gelenkkörper, einschl. Kosten
Resezierende arthroskopische Operation und/oder arthroskopische Kapsel-Band-Spaltung und/oder arthroskopisch-instrumentelle Entfernung freier Gelenkkörper und/oder (sub-)totale Synovektomie, einschl. Kosten
Rekonstruktive arthroskopische Operation, einschl. Kosten (z. B. Bandrekonstruktion, Meniskusnaht)
Mobilisierung eines kontrakten Kiefer-, Schulter-, Ellenbogen-, Hüft- oder Kniegelenks in Narkose oder Regionalanästhesie, als selbstständige Leistung
Einkerbung der Sehnenplatte bei der Epikondylitis radialis oder ulnaris (OP nach Hohmann)
Operation der Epikondylitis radialis oder ulnaris mit partieller Denervierung des Ellenbogengelenks, ggf. einschl. partieller Synovektomie, ggf. einschl. Arthrotomie und Naht der Gelenkkapsel
Hals- und Abdominalchirurgie
Operation eines Leisten- oder Schenkelbruches, ggf. einschl. Faszienverwachsung oder plastischer Maßnahmen zum Verschluss der Bruchpforte
Operation eines Nabel- oder Mittellinienbruches
Operation eines Nabel- oder Mittellinienbruches mit Muskel- und/oder Faszienverschiebeplastik
Laparoskopie/Pelviskopie, ggf. einschl. Probeexzision und/oder Probepunktion und/oder Adhäsiolyse
Anus praeter-Bougierung, je Sitzung
Operation einer Analfissur, ggf. einschl. Sphinkterotomie, ggf. einschl. Exzision
Operation einer submukösen analen Fistel
Exzision von Hämorrhoidalknoten, segmentär nach Milligan-Morgan
Exzision von Hämorrhoidalknoten, submukös nach Parks
Thorax- und Gefäßchirurgie
Schrittmacher-Erstimplantation, einschl. Elektrodenwechsel bei implantiertem Schrittmacher-Aggregat
Wechsel des Schrittmacher-Aggregates
Implantation eines permanenten Zuganges (Port) zu einem Gefäß oder Implantation eines intrathekalen Katheters
Anlage eines arterio-venösen Shunts zur Hämodialyse
Anlage eines arterio-venösen Shunts zur Hämodialyse, mit freiem Transplantat
Beseitigung eines arterio-venösen Shunts
Exstirpation oder subfasziale Ligatur von Seitenastvarizen oder insuffizienten Perforansvenen, als selbstständige Leistung, je Sitzung
Crossectomie und/oder Exstirpation der Vena saphena parva, ggf. einschl. Exstirpation oder subfaszialer Ligatur von Seitenastvarizen oder insuffizienten Perforansvenen
Crossectomie und/oder Exstirpation der Vena saphena magna, ggf. einschl. der Vena saphena parva, ggf. einschl. Exstirpation oder subfaszialer Ligatur von Seitenastvarizen oder insuffizienten Perforansvenen
Neurochirurgie
Freilegung und Durchtrennung oder Exhairese eines Nerven, als selbstständige Leistung
Neurolyse, als selbstständige Leistung
Neurolyse mit Nervenverlagerung und Neueinbettung, als selbstständige Leistung
End-zu-End-Naht eines Nerven im Zusammenhang mit einer frischen Verletzung, einschl. Wundversorgung
Sekundärnaht eines peripheren Nerven durch epineurale Naht
Interfaszikuläre mikrochirurgische Nervennaht
Interfaszikuläre mikrochirurgische Nervennaht mit Defektüberbrückung durch Transplantat
Denervation der kleinen Wirbelgelenke (z. B. Facettendenervation), je Bewegungssegment

Orthopädisch-chirurgische konservative Leistungen

Stellungskorrektur der angeborenen Luxation eines Hüftgelenks

Jede weitere Stellungsänderung im Verlauf der Behandlung nach Nr. 3207

Strahlendiagnostik

Serienangiographie, einschl. aller Begleitleistungen, Kontrastmitteleinbringung(en) und Dokumentation, einmal im Behandlungsfall, wenn in gleicher Sitzung eine interventionelle Maßnahme (PTA, Stent, Embolisation, Atherektomie, Rotationsablatio, Lyse) erfolgt

Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie, einschl. aller Begleitleistungen ggf. einschl. Gerinnungsuntersuchungen (z. B. aktivierte Gerinnungszeit), Kontrastmitteleinbringung(en), selektiver Darstellung auch bei Patienten mit einem oder mehreren Bypässen und/oder bei Patienten mit Herzvitium, Angiokardiographie, Vorbereitung und Nachbetreuung, einmal im Behandlungsfall

Zuschlag zur Herzkatheteruntersuchung (s.o.) bei Durchführung einer interventionellen Maßnahme (PTA, Stent, Embolisation, Atherektomie, Rotationsablatio, Lyse)

Embolisations- bzw. Sklerosierungsbehandlung von Varikozelen, einschl. aller Begleitleistungen, einschl. Kontrastdarstellung

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Muster- und Tarifbedingungen

für die
Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Die AVB umfassen:

In diesem Druckstück: **Teil I: Musterbedingungen** 2009 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009)

Teil II: Tarifbedingungen der Deutschen Krankenversicherung (*Schrägschrift*)

In gesonderten
Druckstücken:

Teil III: Tarife AB, AN, ZB, ZS 60, SB, BE, BE1, ABA, ZBA, SBA, KH, KB, GE, GEP, GES, HMZ, ZEG, ZAS, AC, GZ und KGZ

Tarifbedingungen für die voll- und teilstationäre Hospizversorgung
(nach § 1 Abs. 8 und § 4 Abs. 1a)

Inhaltsverzeichnis

Der Versicherungsschutz

§ 1	Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	2
§ 2	Beginn des Versicherungsschutzes	2
§ 3	Wartezeiten	3
§ 4	Umfang der Leistungspflicht	3
§ 5	Einschränkung der Leistungspflicht	6
§ 6	Auszahlung der Versicherungsleistungen	7
§ 7	Ende des Versicherungsschutzes	7

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8	Beitragszahlung	7
§ 8a	Beitragsberechnung	8
§ 8b	Beitragsanpassung	9
§ 9	Obliegenheiten	9
§ 10	Folgen von Obliegenheitsverletzungen	9
§ 11	Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte	9
§ 12	Aufrechnung	10

Ende der Versicherung

§ 13	Kündigung durch den Versicherungsnehmer	10
§ 14	Kündigung durch den Versicherer	10
§ 15	Sonstige Beendigungsgründe	11

Sonstige Bestimmungen

§ 16	Willenserklärungen und Anzeigen	11
§ 17	Gerichtsstand	11
§ 18	Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen	11
§ 19	Wechsel in den Standardtarif	11
§ 20	Wechsel in den Basistarif	11

Anhang

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer
 - a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,
 - b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.
2. Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch
 - a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
 - b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
 - c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.
3. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
4. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vgl. aber § 15 Abs. 3). Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.
5. Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.
6. Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer nimmt den Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten

Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8 a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen. Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG – siehe Anhang) ist ebenfalls ausgeschlossen.

7. *Abweichend von Absatz 4 Satz 3 besteht bei einem vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz während der ersten 6 Monate, wenn der Vertrag nach den für den Versicherungsschutz infrage kommenden Tarifen bei Beginn des Aufenthaltes bereits 12 Monate besteht. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über 6 Monate ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere 3 Monate.*
8. *Als Versicherungsfall gelten auch gezielte ambulante Untersuchungen zur Vorsorge oder Früherkennung schwerer Erkrankungen, wie z. B. Krebs, Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Nierenerkrankung und Tuberkulose, ohne Altersbegrenzung sowie die Versorgung in einem stationären Hospiz, sofern eine Krankheitskostenvollversicherung besteht (nicht bei Ergänzungsversicherungen zur gesetzlichen Krankenversicherung).*

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
2. Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.
3. Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.
4. *Abweichend von Abs. 2 Satz 2 kann in den Tarifen für ambulante Heilbehandlung die Tarifstufe (Selbstbehaltstufe) frei gewählt werden.*

5. Der Vertrag wird grundsätzlich für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um je ein Jahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf schriftlich kündigt. Das erste Versicherungsjahr endet am 31. Dezember des Kalenderjahres, in dem der Vertrag beginnt. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

§ 3 Wartezeiten

1. Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.
2. Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.
Sie entfällt
 - a) bei Unfällen;
 - b) für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (s. Anhang) einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird.
3. Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.
4. Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten auf Grund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.
5. Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder aus einem anderen Vertrag über eine Krankheitskostenvollversicherung ausgeschieden sind, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 Abs. 1 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.
6. Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
7. Bei Unfällen entfallen die besonderen Wartezeiten für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie.
8. Sämtliche Wartezeiten – außer für Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung – können erlassen werden, wenn sich die zu versichernden Personen untersuchen lassen. Gehen die ärztlichen Untersuchungsbefunde auf den vorgeschriebenen Formularen nicht innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung ein, dann gilt der Antrag für den Abschluss einer Versicherung mit bedingungsgemäßen Wartezeiten.
9. Vermindert sich der Beihilfeanspruch für eine beihilfeberechtigte versicherte Person oder entfällt er, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung (Erhöhung des Versicherungsschutzes) im Rahmen der bestehenden Tarife. Dabei finden die Bestimmungen für eine Erhöhung des Versicherungsschutzes (Tarifierhöhung oder Tarifwechsel) zwar grundsätzlich Anwendung. Die erhöhten Leistungen werden jedoch ohne erneute Wartezeit und ohne erneute Risikoprüfung auch für laufende Versicherungsfälle

vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung an gewährt, soweit hierfür im Rahmen der bereits versicherten Tarife Leistungspflicht gegeben ist. Die Vergünstigungen gemäß Satz 3 finden nur Anwendung, wenn der Antrag auf Erhöhung spätestens innerhalb von 6 Monaten nach Änderung des Beihilfeanspruchs gestellt wird und der Versicherungsschutz nur soweit erhöht wird, dass er die Verminderung oder den Wegfall des Beihilfeanspruchs ausgleicht, jedoch nicht mehr als zur vollen Kostendeckung erforderlich ist. Diese Erhöhung des Versicherungsschutzes kann nur zum Ersten des Monats, in dem der Beihilfeanspruch sich ändert, oder zum Ersten des folgenden Monats beantragt und frühestens zum Beginn des Monats wirksam werden, in dem der Antrag beim Versicherer eingeht. Die Gründe für die Änderung des Beihilfeanspruchs sind anzugeben und auf Veranlassung des Versicherers nachzuweisen.

10. Abweichend von Abs. 6 verzichtet der Versicherer bei Erhöhung des Versicherungsschutzes innerhalb eines Tarifs oder bei Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz auf die Einhaltung der allgemeinen Wartezeiten.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

1. Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.
 - 1a) Art und Höhe der Leistungen für voll- und teilstationäre Hospizversorgung ergeben sich aus den Tarifbedingungen für die voll- und teilstationäre Hospizversorgung (vgl. § 1 Abs. 8) (Anlage).
2. Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Soweit die Tarifbedingungen nichts anderes bestimmen, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.
 - 2a) Die ambulante Psychotherapie können auch andere für diese Behandlung zugelassene und staatlich anerkannte Therapeuten durchführen. Diese müssen niedergelassen und im Arztregister eingetragen sein. Dies können z.B. auch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sein.
 - 2b) Es können auch nicht niedergelassene Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten gewählt werden, die ansonsten die Voraussetzungen des § 4 Abs. 2 bzw. 2a) erfüllen und die Behandlung in einem für die vertragsärztliche Versorgung zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum oder einer ärztlich geleiteten Einrichtung erbringen und diese entsprechend der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung abrechnen.
3. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Absatz 2 genannten Behandelnden verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.
 - 3a) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel können auch von den in Absatz 2b) genannten Behandelnden verordnet werden.
4. Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
5. Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonva-

leszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Absatz 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

6. Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
7. Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvorschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.
8. Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.
9. *Tarife für ambulante Heilbehandlung*
Erstattungsfähig sind die Kosten für
 - a) *Beratungen, Besuche einschl. Wegegebühren, ärztliche Sonderleistungen, Operationen, Röntgen-, Radium-, Isotopen-Diagnostik und -Therapie, Leistungen einer freiberuflichen Hebamme bei ambulanter Entbindung sowie medizinisch notwendige Transporte zur ambulanten Notfallbehandlung. Bei Inanspruchnahme von Heilpraktikern werden Beratungen, Besuche einschließlich Wegegebühren, physikalisch-therapeutische Anwendungen und Röntgendiagnostik erstattet.*
 - b) *Arznei- und Verbandmittel*
Dazu zählen nicht: Nähr- und Entfettungsmittel, Stärkungspräparate; kosmetische, vorbeugende, Regenerations- und Desinfektionsmittel, Weine, Mineralwasser und Tee, auch wenn sie ärztlich verordnet sind. Als Arzneimittel gelten jedoch bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z.B. bei

Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden. Aufwendungen für ärztlich verordnete Sondennahrung ersetzen wir, sofern wegen einer medizinischen Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.

c) *Heil- und Hilfsmittel*

Als Heilmittel gelten ärztlich verordnete physikalisch-medizinische Leistungen, z.B. medizinische und elektrische Bäder, Massagen, Inhalationen, Bestrahlungen und sonstige therapeutische Anwendungen des elektrischen Stroms. Außerdem

- *ergotherapeutische Leistungen, wenn sie vom Ergotherapeuten ausgeführt worden sind,*
- *osteopathische Leistungen, wenn sie vom Arzt oder Masseur, Masseur und medizinischen Bademeister, Krankengymnasten oder Physiotherapeuten ausgeführt worden sind,*
- *podologische Leistungen, wenn sie vom Podologen bzw. medizinischen Fußpfleger ausgeführt worden sind,*
- *Stimm-, Sprech- und Sprachübungsbehandlungen, wenn sie vom Logopäden, Diplom-Sprachtherapeuten, Sprachheilpädagogen oder Linguisten ausgeführt worden sind, und*
- *ernährungstherapeutische Maßnahmen bei seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen, wenn sie von einem Diätassistenten, Oecotrophologen oder einem Ernährungswissenschaftler ausgeführt worden sind und soweit der Versicherer vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Leistungszusage gegeben hat. Eine solche Zusage ist nicht erforderlich bei der Erkrankung Mukoviszidose/zystische Fibrose.*

Die aufgeführten Leistungen können auch von anderen Angehörigen der dafür staatlich anerkannten therapeutischen Berufe ausgeführt werden (z.B. Stimm-, Sprech- und Sprachübungsbehandlungen durch einen staatlich anerkannten Sprachtherapeuten).

Unter Hilfsmittel fallen ärztlich verordnete Brillengläser, Brillengestelle in einfacher Ausführung, Kontaktlinsen, Inhalationsgeräte, Bruchbänder, Bandagen, Blindenstock, Gehstützen, Kompressionsstrümpfe und orthopädische Einlagen und orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen. Große Hilfsmittel (Prothesen, Hörgeräte, orthopädische Schuhe, Krankenfahrstühle, und Ähnliches) werden alle drei Jahre erstattet. Bitte setzen Sie sich vor dem Bezug von großen Hilfsmitteln mit uns in Verbindung. Telefonisch erreichen Sie uns unter 0800/3746 444 (gebührenfreie Rufnummer).

- d) *Psychotherapie bis zu 50 Sitzungen im Versicherungsjahr. Die jeweils ersten 20 Sitzungen sind zu 100% erstattungsfähig, von der 21. bis zur 50. Sitzung zu 70%.*
- e) *Häusliche Krankenpflege bis zu den Beträgen, die für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung vereinbart sind.*

Voraussetzung ist eine Verordnung durch den Arzt.

Wir ersetzen Aufwendungen für häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn eine ambulante Palliativversorgung erforderlich ist oder eine ärztliche Krankenpflege nicht in Frage kommt.

Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Behandlungspflege, Grundpflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung.

Zudem ersetzen wir in folgenden Fällen Aufwendungen für die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung (Unterstützungspflege):

- Wegen schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit,
- nach einem krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausaufenthalt,
- nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausbehandlung.

Voraussetzung ist, dass für die versicherte Person keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 vorliegt.

- f) Haushaltshilfe bis zu 15 EUR pro Stunde und 90 EUR pro Tag.

Wir ersetzen Aufwendungen für ärztlich verordnete Haushaltshilfe. Dies setzt voraus, dass der versicherten Person die Weiterführung des Haushaltes aus folgenden Gründen nicht möglich ist:

- Wegen schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit,
- nach einem krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausaufenthalt,
- nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausbehandlung.

Außerdem kann keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen.

Der Anspruch für die Haushaltshilfe besteht längstens für vier Wochen. Weitere Voraussetzung ist, dass für die versicherte Person keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 vorliegt. Diese Voraussetzung gilt nicht, wenn im Haushalt ein Kind lebt. Dieses hat bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet oder ist behindert und auf Hilfe angewiesen. Zudem verlängert sich in diesen Fällen der Anspruch auf Haushaltshilfe auf längstens 26 Wochen.

Führen Verwandte und Verschwägerter bis zum zweiten Grad die Hilfe durch, gilt: Wir ersetzen die erforderlichen Fahrkosten (0,22 EUR pro Km) und einen etwaigen Verdienstaufschlag ebenfalls insgesamt bis zu 15 EUR pro Stunde und 90 EUR pro Tag.

- g) Kurzzeitpflege bis zu dem nach § 42 Absatz 2 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch festgelegten Höchstbetrag¹.

Wir ersetzen bei Kurzzeitpflege nur die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und medizinische Behandlungspflege.

Für den Leistungsanspruch müssen folgende Voraussetzungen gemeinsam erfüllt sein:

- Die Leistungen der häuslichen Krankenpflege in Form der Unterstützungspflege (vgl. Buchstabe e) reichen bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, nach einem krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausbehandlung nicht aus, um ein Verbleiben in der Häuslichkeit zu ermöglichen.
- Die Kurzzeitpflege muss ärztlich verordnet sein.

- Die Kurzzeitpflege muss in zugelassenen Einrichtungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch oder in anderen geeigneten Einrichtungen erbracht werden.

- Es liegt keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 vor.

Ein Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf 8 Wochen je Kalenderjahr begrenzt.

Wir ersetzen nicht: Aufwendungen für die Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten.

- h) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung bis zu den Beträgen, die für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung vereinbart sind.

Voraussetzung ist eine Verordnung durch den Arzt.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch, die darauf abzielen, die Betreuung der versicherten Person in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen.

Anspruchsberechtigt sind versicherte Personen mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung. Gleichzeitig muss die Lebenserwartung begrenzt sein. Weitere Voraussetzung ist, dass diese Personen eine besonders aufwändige Versorgung benötigen.

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung kann auch in stationären Pflegeeinrichtungen oder einer vergleichbaren geeigneten Einrichtung erbracht werden.

10. Tarife für stationäre Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind die Kosten für

- a) allgemeine Krankenhausleistungen

Dazu zählen u.a. Fallpauschalen, Zusatzentgelte, ergänzende Entgelte (§ 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz i.V.m. §§ 2 Abs. 2, 7 ff. Krankenhausentgeltgesetz) bzw. Pflegesätze (§ 2 Abs. 2 i.V.m. § 10 Bundespflegegesetzverordnung), vor- und nachstationäre Behandlung sowie medizinisch notwendiger Transport zum und vom nächstgelegenen aus medizinischer Sicht geeigneten Krankenhaus, Leistungen eines Belegarztes und einer Beleghebamme.

- b) Wahlleistungen (§ 17 Krankenhausentgeltgesetz bzw. § 22 Bundespflegegesetzverordnung)

Dazu zählen gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer, gesondert berechenbare Leistungen und privatärztliche Behandlung.

- c) Unterscheidet eine Krankenanstalt nach Pflegeklassen, dann entspricht die 1. Pflegeklasse einem Einbettzimmer, die 2. Pflegeklasse einem Zweibettzimmer und die 3. Pflegeklasse einem Zimmer mit drei oder mehr Betten.

11. Tarife für zahnärztliche Behandlung

Erstattungsfähig sind die Kosten für

- a) Zahnbehandlung

Dazu zählen konservierende und chirurgische Leistungen, Behandlung von Parodontose sowie zahnärztliche Prophylaxeleistungen einschließlich professioneller Zahnreinigung.

¹ Höchstbetrag 1.774 EUR (Stand: 1. Januar 2022)

- b) *Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung*
Als Zahnersatz gelten Prothesen sowie Brücken, Kronen und Stifzähne.
12. *Tarif für Kurbehandlung*
Für ärztlich verordnete Kuren wird ein Kurtagegeld gezahlt. Die medizinische Notwendigkeit der Kur ist durch ein ärztliches Gutachten vor Beginn der Kur nachzuweisen. Die Kosten des Gutachtens trägt der Versicherungsnehmer.
13. *Tarife für Krankenhaustagegeld und Unfall-Krankenhaustagegeld*
Krankenhaustagegeld wird gezahlt
- a) für Krankheiten und Unfälle sowie Entbindungen;
- b) bei Behandlung in Truppenanitätsbereichen oder diesen gleichstehenden Einrichtungen nach einem ununterbrochenen Aufenthalt von 7 Tagen für jeden folgenden Tag.
- c) *Unfall-Krankenhaustagegeld wird gezahlt bei stationärer Behandlung wegen Unfall. Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Als Unfälle gelten nicht Berufs- und Gewerbekrankheiten, Erkrankungen infolge psychischer Einwirkungen sowie Infektionskrankheiten. Absatz 11 Buchstabe b gilt entsprechend.*
- d) *Bei teilstationärer Behandlung wird kein Krankenhaustagegeld bzw. Unfall-Krankenhaustagegeld gezahlt.*
14. a) *Von dem Überschuss der Gesellschaft aus der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankenversicherung wird satzungsgemäß eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gebildet, die nur zugunsten der Versicherten verwendet werden darf. Als Verwendungsart der Überschüsse der nach diesen Bedingungen gültigen Tarife kommt insbesondere die Beitragssenkung in Betracht; die hierfür vorgesehenen Mittel werden den Versicherten jährlich gutgeschrieben und spätestens nach drei Jahren zur Beitragssenkung verwendet.*
Daneben kann als Form der Beitragsrückerstattung auch gewählt werden: Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen, Leistungserhöhung, Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen.
- b) *Abweichend hiervon dürfen im Interesse der Versicherten in Ausnahmefällen aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung Beträge zur Abwendung eines Notstandes (Verlustabdeckung) entnommen werden.*
- c) *Der Vorstand bestimmt mit Zustimmung des Treuhänders den jeweils zu verwendenden Betrag, die Art und den Zeitpunkt der Verwendung.*
- d) *Die Voraussetzungen für die Beitragssenkung oder Auszahlung sowie Gutschrift von Beitragsteilen werden vom Vorstand festgelegt.*
15. *Zur Finanzierung einer Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter werden der Deckungsrückstellung aller Versicherten von Krankheitskostentarifen, für die geschäftsplanmäßig eine Deckungsrückstellung über das 65. Lebensjahr hinaus zu bilden ist, zusätzliche Beträge nach Maßgabe des Geschäftsplans jährlich zugeschrieben. Dieser Teil der Deckungsrückstellung wird spätestens ab*
- Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten für Beitragsermäßigungen entsprechend der Festlegung im Geschäftsplan verwendet.
16. *Dauert ein Krankenhausaufenthalt länger als 3 Monate (91 Tage), so wird der Versicherte von der Beitragszahlung für den über 91 Tage hinausgehenden Krankenhausaufenthalt freigestellt, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:*
- a) *Es muss Anspruch auf Kostenerstattung für stationäre Heilbehandlung für mindestens 91 Tage bestanden haben.*
- b) *Die von der Beitragsfreistellung betroffenen Tarife müssen mindestens während der letzten 12 Monate mit voller Beitragspflicht bestanden haben. Krankenhaustagegeld- und Krankentagegeldtarife sind von der Beitragsfreistellung ausgeschlossen. Die Beitragsfreistellung wird in vollen Monatsbeiträgen gewährt.*
-
- § 5 Einschränkung der Leistungspflicht**
1. Keine Leistungspflicht besteht
- a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
- b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
- c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
- d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
- e) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltzweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
- f) ---
- g) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (s. Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- h) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
2. Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
3. Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versi-

cherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

4. Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.
5. *Abweichend von § 5 Abs. 1b) werden für Entziehungsmaßnahmen, für die anderweitig ein Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung nicht geltend gemacht werden kann, die tariflichen Leistungen gewährt, wenn der Versicherer dies vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat. Die Zusage kann von einer Begutachtung über die Erfolgsaussichten durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt abhängig gemacht werden. Bei einer stationären Entziehungsmaßnahme sind unabhängig von dem für stationäre Behandlung vereinbarten Krankheitskostentarif nur die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen erstattungsfähig. Die Anzahl der erstattungsfähigen ambulanten und stationären Entziehungsmaßnahmen ist auf insgesamt drei Maßnahmen begrenzt. Vorangegangene Entziehungsmaßnahmen rechnen wir an.*
Aus einer Krankenhaustagegeldversicherung wird im Rahmen von Satz 1 nur geleistet, soweit sie bei allgemeinen Krankenhausleistungen eine Kostenersatzfunktion hat und die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen nicht überschritten werden.
6. *Abweichend von § 5 Abs. 1d) werden Aufwendungen für die medizinisch notwendige Weiterbehandlung nach einem Aufenthalt im Akutkrankenhaus aus der Krankheitskostenvollversicherung (nicht aus Ergänzungsversicherungen zur gesetzlichen Krankenversicherung) erstattet, wenn und soweit der Versicherer dies vorher schriftlich zugesagt hat. Leistungsvoraussetzung ist ferner, dass die Behandlung binnen 14 Tagen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus beginnt.*
7. *Abweichend von § 5 Abs. 1e) besteht auch Versicherungsschutz für Kosten einer ambulanten Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort, nicht aber für Kur- und Sanatoriumsbehandlung (vgl. § 5 Abs. 1d).*
8. *Es werden solche Kosten erstattet, die den Vorschriften der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte entsprechen.*
9. *Ergänzung zu Absatz 4:*
Etwaige Beihilfeleistungen werden bei der Ermittlung der Gesamterstattung berücksichtigt.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

1. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
2. Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (s. Anhang).
3. Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
4. Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

5. Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.
6. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.
7. *Die Kostenerstattung erfolgt nach Vorlage von Originalrechnungen oder von Rechnungszweitschriften mit dem Erstattungsvermerk einer gesetzlichen Krankenkasse grundsätzlich in Euro. Die Belege müssen den Namen des Heilbehandelnden und der behandelten Person sowie die Krankheitsbezeichnung enthalten; sie müssen außerdem nach Datum und Einzelleistung aufgegliedert sein. Der Anspruch auf Erstattung von Rückführungskosten ist außerdem durch eine ärztliche Bescheinigung des im Ausland behandelnden Arztes, der die Notwendigkeit des Krankentransports zu entnehmen ist, zu begründen.*
8. *Krankenhaustagegeld wird ohne Nachweis von Kosten gezahlt. Es genügt eine Bescheinigung des Krankenhauses, in welcher der Name der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung sowie der Aufnahme- und Entlassungstag enthalten sein müssen.*
9. *Ist ein Krankenausweis ausgegeben worden, gilt das Abtretungsverbot (§ 6 Abs. 6 Satz 1) insoweit nicht.*
10. *Ergänzung zu § 6 Abs. 4: Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt wurden, gilt der Kurs gemäß »Währungen der Welt«, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, es wird durch Bankbeleg nachgewiesen, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben worden sind.*

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

1. Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.
2. Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif an Stelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

3. Wird der Versicherungsvertrag über eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – s. Anhang) später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Beitragszuschlag in Höhe eines Monatsbeitrags für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung zu entrichten, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem 1. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag wird verzinst.

4. Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.

5. Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.

6. Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – s. Anhang) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1% des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten zu entrichten. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsvertrages ein zweites Mal. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Beitragsanteil für einen Monat, ruht der Versicherungsvertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Anhang) versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung.

Das Ruhen des Versicherungsvertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch ist oder wird. Unbeschadet davon wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, wenn alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt sind. In den Fällen der Sätze 7 und 8 ist der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person so zu stellen, wie der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Anhang) stand, abgesehen von den während der Ruhezeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhezeit vorgenommene Beitragsanpassungen und Änderungen der allgemeinen Versiche-

rungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung der Versicherung in diesem Tarif.

Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.

7. Bei anderen als den in Absatz 6 genannten Versicherungen kann die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (s. Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.

8. Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (s. Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

9. Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

10. *Der Beitrag wird nach dem Geschlecht und dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt, das sich aus dem Unterschied zwischen Geburtsjahr und Kalenderjahr ergibt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden.*

11. *Für erschwerte Risiken können Beitragszuschläge vereinbart werden.*

12. *Für Kinder ist ab Beginn des Versicherungsjahres, welches der Vollendung des 15. und des 20. Lebensjahres bzw. bei Tarif KGZ der Vollendung des 14. und des 19. Lebensjahres folgt, der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.*

13. *Bei anderen als den in Absatz 6 genannten Versicherungen kann die Gesellschaft je rückständige Beitragsrate eine Mahngebühr von 1,53 EUR, daneben den Ersatz von Postgebühren verlangen.*

14. *Der Beitrag ist nach Absatz 1 ein Jahresbeitrag, der in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden kann. Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein. Bei Vorauszahlung der monatlichen Beitragsraten bietet der Versicherer einen Beitragsnachlass (Skonto) von*

3% bei einer Vorauszahlung für ein Versicherungsjahr,

2% bei einer Vorauszahlung für ein halbes Versicherungsjahr.

Die Skontoregelung gilt nicht für Tarif KGZ.

§ 8a Beitragsberechnung

1. Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des VAG und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

2. Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei In-Kraft-Treten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Alterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.
3. Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.
4. Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

§ 8b Beitragsanpassung

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 für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, 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) sowie der für die Beitragsbegrenzungen im Basistarif erforderliche Zuschlag (§ 20 Satz 2) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen, und, soweit erforderlich, angepasst.
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.
3. Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.
4. *Ergibt die Gegenüberstellung nach Absatz 1 Satz 2 bei den Versicherungsleistungen 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 nach Absatz 1 Satz 2 bei der Sterbewahrscheinlichkeit eine Abweichung von mehr als 5%, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

§ 9 Obliegenheiten

1. Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.
2. Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
3. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
4. Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
5. Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.
6. Eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

1. Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (s. Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
2. Wird eine der in § 9 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer ein Versicherungsverhältnis, das nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – s. Anhang) dient, unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (s. Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.
3. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

1. Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (s. Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.
2. Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.

3. Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
4. Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.
5. Erhöht der Versicherer die Beiträge auf Grund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.
6. Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

§ 12 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist. Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht kann jedoch ein Mitglied eines Versicherungsvereins nicht aufrechnen.

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

1. Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
2. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
3. Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer die Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.
4. Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Altersrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren In-Kraft-Tretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
5. Dient das Versicherungsverhältnis der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – s. Anhang), setzt die Kündigung nach den Absätzen 1, 2, 4, 5 und 6 voraus, dass für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung genügt. Die Kündigung wird nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Zeitpunkt, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Zeitpunkt erbracht werden.
8. Bei Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen, substitutiven Vertrages (§ 195 Abs. 1 VVG – s. Anhang) kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Altersrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 31. Dezember 2008 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG (s. Anhang) auf deren neuen Versicherer überträgt. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.
9. Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, kann der Versicherer den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.
10. Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.
11. Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen das Recht, einen gekündigten Vertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

1. In einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – s. Anhang) sowie in der substitutiven Krankheitskostenversicherung gemäß § 195 Abs. 1 VVG (s. Anhang) ist das ordentliche Kündigungsrecht ausgeschlossen. Dies gilt auch für eine Kran-

kenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht.

2. Liegen bei einer Krankenhaustagegeldversicherung oder einer Krankheitskostenteilversicherung die Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht vor, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen.
3. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
4. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
5. Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 10 Sätze 1 und 2 entsprechend.
6. *Abweichend von Absatz 2 verzichtet die Gesellschaft auch auf das ihr in der Krankheitskostenteilversicherung zustehende Kündigungsrecht innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre.*

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

1. Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.
2. Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
3. Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

S o n s t i g e B e s t i m m u n g e n

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand

1. Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
2. Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.
3. Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

1. Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.
2. Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

§ 19 Wechsel in den Standardtarif

1. Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 257 Abs. 2a Nr. 2, 2a und 2b SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung (s. Anhang) genannten Voraussetzungen erfüllen, in den Standardtarif mit Höchstbeitragsgarantie wechseln können. Zur Gewährleistung dieser Beitragsgarantie wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. Neben dem Standardtarif darf gemäß Nr. 1 Abs. 5 und Nr. 9 der Tarifbedingungen für den Standardtarif für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskostenteil- oder -vollversicherung bestehen. Der Wechsel ist jederzeit nach Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen möglich; die Versicherung im Standardtarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Versicherungsnehmers auf Wechsel in den Standardtarif folgt.
2. Absatz 1 gilt nicht für ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

§ 20 Wechsel in den Basistarif

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages in den Basistarif mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfebedürftigkeit wechseln können, wenn der erstmalige Abschluss der bestehenden Krankheitskostenvollversicherung ab dem 1. Januar 2009 erfolgte oder die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet hat oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist. Zur Gewährleistung dieser Beitragsbegrenzungen wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. § 19 Abs. 1 Satz 4 gilt entsprechend.

Anhang

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19 Anzeigepflicht

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

(2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

(1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

§ 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht

(3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder

2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder

3. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben oder

4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und Empfänger von Leistungen nach Teil 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskostenversicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1.

§ 195 Versicherungsdauer

(1) Die Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), ist vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 und der §§ 196 und 199 unbefristet. Wird die nicht substitutive Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben, gilt Satz 1 entsprechend.

Auszug aus dem Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (VAG)

§ 146 Substitutive Krankenversicherung

(1) Soweit die Krankenversicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), darf sie im Inland vorbehaltlich des Absatzes 3 nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, wobei

5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts desjenigen Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif im Sinne des § 152 Absatz 1 entsprechen, bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzusehen ist; dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge und

§ 153 Notlagentarif

(1) Nichtzahler nach § 193 Absatz 7 des Versicherungsvertragsgesetzes bilden einen Tarif im Sinne des § 155 Absatz 3 Satz 1. Der Notlagentarif sieht ausschließlich die Aufwendererstattung für Leistungen vor, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Abweichend davon sind für versicherte Kinder und Jugendliche zudem insbesondere Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen und für Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission beim Robert Koch-Institut gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfiehlt, zu erstatten.

(2) Für alle im Notlagentarif Versicherten ist eine einheitliche Prämie zu kalkulieren, im Übrigen gilt § 146 Absatz 1 Nummer 1 und 2. Für Versicherte, deren Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gewährt der Notlagentarif Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten. § 152 Absatz 3 ist entsprechend anzuwenden. Die kalkulierten Prämien aus dem Notlagentarif dürfen nicht höher sein, als es zur Deckung der Aufwendungen für Versicherungsfälle aus dem Tarif erforderlich ist. Mehraufwendungen, die zur Gewährleistung der in Satz 3 genannten Begrenzungen entstehen, sind gleichmäßig auf alle Versicherungsnehmer des Versicherers mit einer Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Absatz 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes erfüllt, zu verteilen. Auf die im Notlagentarif zu zahlende Prämie ist die Alterungsrückstellung in der Weise anzurechnen, dass bis

zu 25 Prozent der monatlichen Prämie durch Entnahme aus der Alterungsrückstellung geleistet werden.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch V (SGB V) [in der bis 31.12.2008 geltenden Fassung]

§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte

(2a) Der Zuschuss nach Absatz 2 wird ab 1. Juli 1994 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen

2. sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes) verfügen oder die das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buches) die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 nicht übersteigt und über diese Vorversicherungszeit verfügen, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung und für Ehegatten oder Lebenspartner insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt, sofern das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten oder Lebenspartner die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt,

2a. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen auch Personen, die das 55. Lebensjahr nicht vollendet haben, anzubieten, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben oder die ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen; dies gilt auch für Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Versicherungsnehmers nach § 10 familienversichert wären,

2b. sich verpflichtet, auch versicherten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben, sowie deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen die Beihilfe ergänzende Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag sich aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den in Nummer 2 genannten Höchstbeitrag ergibt,

Auszug aus dem Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft (Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG) [in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung]

§ 1 Form und Voraussetzungen

(1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.

(2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder mit einer dritten Person verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

(4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann kein Antrag auf Begründung der Lebenspartnerschaft gestellt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z.B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf den Rechtsweg

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht dem Versicherungsnehmer der Rechtsweg offen.

Kundeninformationsblatt zur Krankenversicherung Einzelversicherung

Nach der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-Informationspflichtenverordnung - VVG-InfoV)

Die Informationen auf diesem Blatt sind nicht abschließend.

Einzelheiten entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) Ihres Tarifs.

Wer ist Ihr Versicherer?

DKV Deutsche Krankenversicherung AG
Aachener Straße 300, 50933 Köln
weitere Postanschrift: 10963 Berlin, Stresemannstraße 111
Sitz: Köln, Aktiengesellschaft, HRB 570, Amtsgericht Köln

Vorstand: Dr. Clemens Muth, Vorsitzender;
Ursula Clara Deschka, Christoph Klawunn, Marcel Röttgen, Heiko Stüber
Vorsitzende des Aufsichtsrats: Silke Lautenschläger

Die DKV betreibt die private Krankenversicherung im In- und Ausland im direkten und indirekten Geschäft.

Die DKV gehört einem Insolvenzschutzfonds an. Dieser stellt sicher, dass in dem sehr unwahrscheinlichen Fall einer Insolvenz der DKV die Ansprüche ihrer Kunden nach wie vor erfüllt werden. Die Aufgaben des Sicherungsfonds werden von der Medicator AG, Gustav-Heinemann-Ufer 74c, 50968 Köln wahrgenommen.

Welche Leistungen erhalten Sie aus Ihrem Vertrag und welche Beiträge sind zu zahlen?

Vertragsgrundlage sind die AVB. Hierzu zählen auch die Tarifbestimmungen. Diese Dokumente enthalten abschließende Angaben zu den Leistungen. Im Informationsblatt für Versicherungsprodukte fassen wir die wichtigsten Bestimmungen noch einmal zusammen. Die Höhe des zu zahlenden Beitrags entnehmen Sie bitte Ihren Vertragsunterlagen.

Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

Die Zahlungsweise ist monatlich. Sie können aber auch eine viertel-, halb- oder jährliche Zahlungsweise wählen. Wenn nichts anderes vereinbart ist, ist der Beitrag am Ersten eines jeden Monats fällig. Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen.

Wie kommt der Vertrag zustande? Ab wann sind Sie versichert?

Der Vertrag kommt mit Zugang unserer Annahmeerklärung zustande. Regelmäßig erfolgt dies durch Zusendung des Versicherungsscheins. Online kann der Vertrag bereits durch das Herunterladen des Versicherungsscheins zustande kommen. Beim telefonischen Abschluss kommt der Vertrag mit dem geführten Telefonat zustande.

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Er beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages. Darüber hinaus beginnt er nicht vor Ablauf von möglichen Wartezeiten. Bei der Auslandsreise-Krankenversicherung beginnt der Versicherungsschutz zudem nicht vor Beginn des Auslandsaufenthaltes. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht.

Wie lange sind Sie an Ihren Antrag gebunden?

An Ihren Antrag sind Sie sechs Wochen gebunden. Die Frist beginnt mit dem Tag, an welchem alle notwendigen Unterlagen vorliegen. Fehlen noch Unterlagen, gilt: Die Frist beginnt am Tag nach Ablauf der Einreichfrist.

Können Sie Ihren Antrag widerrufen?

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- der Versicherungsschein,
- die Vertragsbestimmungen einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- die Widerrufsbelehrung nach § 8 Abs. 2 Nr. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG)
- sowie die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 VVG in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung in diesem Kundeninformationsblatt und im Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

**DKV Deutsche Krankenversicherung AG,
Aachener Straße 300, 50933 Köln bzw. Stresemannstraße 111, 10963 Berlin.
Telefax: 0180 578-6000 (14 ct/Min. aus dem deutschen Festnetz; max. 42 ct/Min. aus dt. Mobilfunknetzen),
E-Mail: service@dkv.com**

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich in Abhängigkeit von der vereinbarten Zahlungsweise (siehe Vertragsunterlagen) um einen Betrag in Höhe von 1/360 der Jahresprämie bei jährlicher Zahlungsweise bzw. 1/180 der Halbjahresprämie bei halbjährlicher Zahlungsweise, 1/90 der Vierteljahresprämie bei vierteljährlicher Zahlungsweise oder 1/30 der Monatsprämie bei monatlicher Zahlungsweise, multipliziert mit der Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat. Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Bitte beachten Sie die Widerrufsbelehrung in Ihren Vertragsunterlagen.

Wie lange läuft Ihr Vertrag?

Für die Krankheitskosten-, die Krankenhaustagegeld-, die Pflegeergänzungs- und die Serviceversicherung gilt: Die Mindestvertragsdauer beträgt zwei Versicherungsjahre. Für den Basistarif gilt: Die Mindestvertragsdauer beträgt 18 Monate. Für die Tarife KombiMed Option KOPT und BeihilfeMed Option BOPT gilt: Die Mindestversicherungsdauer beträgt ein Versicherungsjahr.

Wie kann Ihr Vertrag beendet werden?

Sie können den Versicherungsvertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen. Sie dürfen jedoch nicht vor Ablauf einer Mindestversicherungsdauer kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate. Sie können Ihre Kündigung auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränken.

Ihre Kündigung muss in Textform (z. B. Brief oder E-Mail) erfolgen.

Die Einzelheiten entnehmen Sie bitte den AVB. Aus diesen ergeben sich auch die weiteren Beendigungsgründe.

Welches Recht und welche Sprache finden Anwendung?

Es gilt deutsches Recht. Die Vertragssprache ist deutsch.

Tarif nach Art der Schadenversicherung

Wir haben die folgenden Tarife nach Art der Schadenversicherung kalkuliert. Tarife nach Art der Schadenversicherung sind reine Risikotarife. Es werden keine Rückstellungen für das Alter angespart, um den mit zunehmendem Alter eintretenden Anstieg der Krankheitskosten vorzufinanzieren. Wir berechnen den Beitrag in diesen Tarifen nach Altersgruppen. Bei Erreichen einer neuen Altersgruppe haben Sie - zusätzlich zu eventuell erforderlichen Beitragsanpassungen – den jeweiligen Beitrag der nächst höheren Altersgruppe zu zahlen. Der Wechsel der Altersgruppe hat in der Regel deutliche Beitragssteigerungen zur Folge. Wir informieren Sie gerne über die Beiträge in den einzelnen Altersgruppen.

Monatliche Beitragsraten in EUR (Stand: 01.01.2015 für KS1 / 01.07.2022 für KS2)

Gruppenversicherung

Tarif Alter	KS1 Mann/Frau	KS2 Mann/Frau
20-24	14,86	10,25
25-29	22,37	12,58
30-34	31,01	18,90
35-39	31,01	18,90
40-44	31,01	18,90

Monatliche Beitragsraten in EUR (Stand: 01.07.2019 für UZ1 / 01.07.2018 für UZ2)

Gruppenversicherung

Tarif Alter	UZ1 Mann/Frau	UZ2 Mann/Frau
0-19	9,01	2,38
20-29	12,03	3,64
30-39	17,74	5,02
40-49	17,06	4,87
50-59	22,20	6,76
60-69	34,05	11,52
70-79	56,24	22,14
80-89	87,85	40,72
90-99	95,12	45,07

Monatlicher Beitrag in EUR (Stand: 01.07.2021)

Gruppenversicherung

Tarif Alter	KSU Mann/Frau
0-19	4,10
20-29	6,10
30-39	6,40
40-49	6,40
50-59	8,00
60-69	13,80
70-79	23,90
80-89	35,80
90-120	44,30

Monatliche Beitragsraten in EUR (Stand: 01.04.2020)

Gruppenversicherung

Tarif Alter	KBCK Mann/Frau
0-59	3,70
ab 60	10,70

Monatliche Beitragsraten in EUR (Stand: 01.04.2022) Krankenhaustagegeld je 5 EUR

Gruppenversicherung

Tarif Alter	KKHT Mann/Frau
0-14	0,83
15-19	0,90
20-29	0,89
30-39	1,07
40-49	1,22
50-59	2,23
60-69	3,88
70-79	6,65
80-89	9,74
90-99	10,30