

Tarife ohne Gesundheitsfragen – Was Sie wissen sollten!

Die Tarife **UZ**, **KKHT**, **KBCK** und **KKUR** können Sie ohne Gesundheitsprüfung abschließen. Bestehende Vorerkrankungen sind für den Vertragsabschluss somit kein Hindernis. Für Versicherungsfälle, die vor Abschluss des Versicherungsvertrages eingetreten sind, leisten wir aber nicht.

Ab wann gilt ein Versicherungsfall als eingetreten?

Ein Versicherungsfall gilt vor Abschluss des Versicherungsvertrages als eingetreten, wenn eine stationäre Krankenhausbehandlung (Tarife UZ, KKHT, KBCK) bzw. Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme (Tarife KKUR und KKHT)

- innerhalb der letzten 24 Monate vor Vertragsabschluss
- anlässlich der den Versicherungsfall auslösenden Diagnose(n)
- als mögliche Behandlungsalternative zwischen Arzt und versicherter Person besprochen wurde.

Ein Praxisbeispiel zum besseren Verständnis:

Am 1.1.2017 erfahren Sie, dass Sie einen Bandscheibenvorfall haben. Der Arzt verschreibt daraufhin Physiotherapie. Zusätzlich informiert der Arzt Sie, dass Sie an der Bandscheibe operiert werden müssen, wenn die Physiotherapie keinen Erfolg hat.

Am 1.3.2017 schließen Sie bei der DKV eine stationäre Zusatzversicherung ohne Gesundheitsprüfung ab.

Mitte Juli 2017 verschlimmern sich die Rückenschmerzen. Es erfolgt eine Operation an der Bandscheibe. Die Operation wurde in den letzten 24 Monaten vor Vertragsabschluss mit dem Arzt besprochen. Daher besteht für diesen Versicherungsfall kein Leistungsanspruch aus der stationären Zusatzversicherung.

Bei Fragen rufen Sie uns bitte unter der Telefonnummer **0800 3746-100** (gebührenfrei) an – wir sind gern für Sie da.

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.

Monatlicher Beitrag in EUR (Stand: 01. 01. 2015 für KS1/KS2)

(Einzelversicherung)

Tarif Alter	KS1 Mann/Frau	KS2 Mann/Frau
20-24	15,52	11,73
25-29	23,36	16,29
30-34	32,37	21,62
35-39	32,37	21,62
40-44	32,37	21,62

Monatlicher Beitrag in EUR (Stand: 01. 07. 2021)

(Einzelversicherung)

Tarif Alter	KSU Mann/Frau
0-19	4,30
20-29	6,40
30-39	6,60
40-49	6,70
50-59	8,30
60-69	14,10
70-79	24,20
80-89	36,00
90-120	44,60

Monatlicher Beitrag in EUR (Stand: 01. 07. 2019 für UZ1 / 01. 07. 2018 für UZ2)

(Einzelversicherung)

Tarif Alter	UZ1 Mann/Frau	UZ2 Mann/Frau
0-19	9,41	2,49
20-29	12,57	3,80
30-39	18,53	5,24
40-49	17,81	5,09
50-59	23,19	7,06
60-69	35,56	12,03
70-79	58,73	23,12
80-89	91,75	42,53
90-99	99,34	47,07

Monatlicher Beitrag in EUR (Stand: 01. 04. 2020)

(Einzelversicherung)

Tarif Alter	KBCK Mann/Frau
0-59	3,90
ab 60	11,10

Monatlicher Beitrag in EUR (Stand: 01. 04. 2022) Krankenhaustagegeld je 5 EUR

(Einzelversicherung)

Tarif Alter	KKHT Mann/Frau
0-14	0,86
15-19	0,93
20-29	0,93
30-39	1,12
40-49	1,28
50-59	2,33
60-69	4,05
70-79	6,95
80-89	10,18
90-99	10,77

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

KombiMed Krankenhaus Tarif UZ1, KombiMed Krankenhaus Tarif UZ2

FÜR VERSICHERTE DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG (GKV)

Sehr geehrter Versicherungsnehmer,

diese AVB sind die Grundlage für unser gemeinsames Vertragsverhältnis. Der zwischen Ihnen und uns 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?	2
1.4	Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?	2
1.5	Gibt es Wartezeiten? Wenn ja, wann beginnen sie und wie lange dauern sie?	3
1.6	Gilt der Versicherungsschutz auch bei Aufenthalten im Ausland?	3
1.7	Welche Voraussetzungen müssen Rechnungen erfüllen und wann erhalten Sie unsere Leistungen?	3
1.8	Erhalten Sie für eine beabsichtigte Heilbehandlung Auskunft über den Umfang Ihres Versicherungsschutzes?	3
1.9	Können Sie bzw. die versicherte Person Auskunft über Gutachten oder Stellungnahmen verlangen?	4

2. Sonstige Bestimmungen

2.1	Wer kann versichert werden?	4
2.2	Welche Obliegenheiten (Mitwirkungspflichten) sind im Versicherungsfall zu beachten?	4
2.3	Welche Folgen kann die Verletzung von Obliegenheiten haben?	4
2.4	Wie werden die Beiträge berechnet?	4
2.5	Wann ist der Beitrag zu zahlen und welche Folgen kann eine verspätete Zahlung haben?	4
2.6	Unter welchen Voraussetzungen können wir die Beiträge ändern?	4
2.7	Unter welchen Voraussetzungen können wir die AVB ändern?	5
2.8	Kann die versicherte Person aus Tarif UZ1 bzw. UZ2 in andere Tarife wechseln?	5
2.9	Wie lange läuft der Versicherungsvertrag und welche Beendigungsgründe gibt es?	5
2.10	An wen können Sie sich bei Beschwerden bzw. für eine außergerichtliche Streitbeilegung wenden?	5
2.11	Welche Gerichte sind zuständig?	6

1. Unsere Leistungen

1.1 Was ist versichert?

Wir bieten Versicherungsschutz bei stationärem Krankenhausaufenthalt. Abgesichert ist dabei die gesondert berechenbare Unterbringung im Zweibettzimmer (Tarif UZ2) bzw. im Ein- oder Zweibettzimmer (Tarif UZ1). Voraussetzung ist die Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen (Versicherungsfall).

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 die stationäre Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung im Krankenhaus. Gleiches gilt für den stationären nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch durch einen Arzt sowie für durch Krankheit erforderliche stationäre Sterilisation im Krankenhaus.

1.2 Was sind unsere Leistungen?

- Unter der Voraussetzung, dass Ihre gesetzliche Krankenkasse ihre Pflichtleistung erbringt, ersetzen wir Ihnen folgende Aufwendungen:

- **Bei Tarif UZ2:**

- 100% des Zuschlags für gesondert berechenbare Unterbringung im Zweibettzimmer.

Wählt die versicherte Person gesondert berechenbare Unterbringung im Einbettzimmer, erstatten wir den Unterbringungszuschlag für das Zweibettzimmer des aufgesuchten Krankenhauses.

Zählt das Zweibettzimmer zu den allgemeinen Krankenhausleistungen, erstatten wir den Unterbringungszuschlag für das in Anspruch genommene Einbettzimmer zu 50%.

- **Bei Tarif UZ1:**

- 100% des Zuschlags für gesondert berechenbare Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer.

- Kann Ihnen das Krankenhaus im Versicherungsfall keine gesondert berechenbare Unterbringung zur Verfügung stellen, zahlen wir Ihnen ersatzweise ein Tagegeld.

Sie erhalten pro Tag

- **25 EUR**

bei **Tarif UZ2** bzw.

- **50 EUR**

bei **Tarif UZ1**.

Wir zahlen das Tagegeld für jeden Tag des stationären Krankenhausaufenthaltes, auch für den Aufnahme- und Entlassungstag.

- Wir bieten Ihnen Serviceleistungen unseres Gesundheitstelefon an (Tel.: 0800/3746 444 gebührenfreie Rufnummer). Unsere Experten beraten Sie und geben Ihnen Informationen zu allgemeinen Gesundheitsfragen, Krankheiten, Arzneimitteln, Diagnose- und Behandlungsmethoden und zu geplanten Krankenhausaufenthalten. 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.
-

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

- Es besteht kein Versicherungsschutz für:
 - Allgemeine Krankenhausleistungen,
 - alle sonstigen Behandlungsleistungen (z.B. von Ärzten und Hebammen),
 - Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen,
 - solche Krankheiten und Unfälle, die durch Kriegereignisse verursacht worden sind oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind, einschließlich ihrer Folgen.
 - Die Erstattung ist – auch bei Leistungen mehrerer Kostenträger – insgesamt auf die Summe Ihrer Aufwendungen begrenzt.
 - Weitere Einschränkungen können sich auch aus den Nummern 1.4, 1.6, 2.3 und 2.5 ergeben.
-

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 Vertragsänderungen 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. Diese Regelungen gelten entsprechend bei Adoption eines minderjährigen Kindes. Allerdings können wir bei einem erhöhten Gesundheitsrisiko 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, Psychotherapie und Zahnersatz beträgt die Wartezeit acht Monate.

Bei Vertragsänderungen 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 sowie außerhalb 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.
Rechnungen müssen den Namen der behandelten Person, die Aufenthaltsdauer sowie die einzelnen Leistungen enthalten.
Beantragen Sie das Ersatztagelohn, benötigen wir eine Bescheinigung des Krankenhauses (Entlassungsanzeige). Diese muss Angaben über den Namen der behandelten Person und die Aufenthaltsdauer 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 unsere Feststellungen infolge Ihres Verschuldens nicht beendet werden können.
- Eine Abtretung oder Verpfändung Ihrer Leistungsansprüche (z.B. an das aufgesuchte Krankenhaus) ist nur mit unserer Zustimmung wirksam. Das Abtretungsverbot gilt nicht, wenn die versicherte Person die ausgehändigte DKV-Card verwendet. Außerdem gilt das Abtretungsverbot nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

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 Kostenvorschlag 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.

2. Sonstige Bestimmungen

2.1 Wer kann versichert werden?

Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen GKV versichert sind.

2.2 Welche Obliegenheiten (Mitwirkungspflichten) sind im Versicherungsfall 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 hat möglichst für die Minderung des Schadens zu sorgen und alles zu unterlassen, was der Genesung entgegensteht.
- Für eine versicherte Person darf keine weitere Zusatzversicherung für die in Nr. 1.2 genannten Leistungen fortgeführt oder abgeschlossen werden.

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. Dies gilt nur, 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 wollen.

Wird die in Nr. 2.2 Punkt 3 genannte Obliegenheit vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt, können wir den Versicherungsvertrag auch ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Dieses Recht besteht innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung.

Die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person werden Ihnen zugerechnet.

2.4 Wie werden die Beiträge berechnet?

- Die Berechnung der Beiträge ist in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.
- 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. Vollendet eine versicherte Person das 19., 29., 39., 49., 59., 69., 79. bzw. 89. Lebensjahr, ist für sie ab Beginn des nächsten Kalenderjahres der Beitrag der nächst höheren Altersgruppe zu zahlen.

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

- Der Beitrag ist monatlich zu zahlen und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.
- Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen. Solange Sie ihn schuldhaft nicht zahlen, sind wir leistungsfrei und können auch vom Vertrag zurücktreten.
- Alle weiteren Beiträge sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Die nicht rechtzeitige Zahlung kann zum Verlust des Versicherungsschutzes und zur Kündigung des Vertrages führen.
- Im Lastschriftverfahren zahlen Sie rechtzeitig, wenn wir den Beitrag zum Fälligkeitstag einziehen können und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen. Können wir den fälligen Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht einziehen, 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 für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Der Vergleich erfolgt für jede Beobachtungseinheit (Personen mit Alter 0 – 19 bzw. ab Alter 20) separat. Ergibt dieser Vergleich eine Abweichung von über 5% können wir alle

Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüfen und, soweit erforderlich, ändern. Bei einer Abweichung von mehr als 10% müssen wir alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüfen und, soweit erforderlich, ändern.

In beiden Fällen darf die Abweichung jedoch nicht nur vorübergehend sein. Eine Beitragsänderung können wir nur mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders durchführen.

Die Änderung und die Gründe dafür 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 Vertrages 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 UZ1 bzw. UZ2 in andere Tarife wechseln?

- Sie haben das Recht, jederzeit den Wechsel in einen anderen Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz zu verlangen. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person die im angestrebten Tarif beschriebene Versicherungsfähigkeit erfüllt. Die Beitragskalkulation bestimmt sich nach den Grundsätzen des Zieltarifs. Dabei werden die bis zum Wechsel erworbenen Rechte angerechnet. 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.

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 UZ1 bzw. UZ2 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 UZ1 bzw. UZ2 auch nur für einzelne versicherte Personen kündigen. Die Kündigung ist dann aber nur wirksam, wenn die betroffene versicherte Person über Ihre Kündigung informiert ist.
- Bei einer Beitragserhöhung können Sie die Versicherung für die von der Anpassung betroffenen Personen kündigen. Ihre Kündigung muss in Textform (z.B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Die Kündigung wird dann zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung 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 gemäß der Nr. 2.6, müssen Sie innerhalb zweier Monate nach Mitteilung der Änderung kündigen. Dies gilt entsprechend, wenn wir unsere Leistungen gemäß der Nr. 2.7 der AVB vermindern.
- 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).
- Endet für die versicherte Person die Versicherung in der deutschen GKV, endet auch die Versicherung nach Tarif UZ1 bzw. UZ2. Dies gilt auch, wenn die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb der EU bzw. des EWR verlegt oder stirbt.
- Wird der Versicherungsvertrag durch Kündigung ganz oder teilweise bzw. durch Ihren Tod beendet, können die versicherten Personen ihre Versicherung fortführen. Die Fortführungserklärung muss innerhalb zweier Monate nach der Beendigung erfolgen.

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.