

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 Aufenthalt 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.

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 Extraktion von Steinen und/oder Legen einer Verweilsonde
Platzierung einer Drainage in den Gallen- oder Pankreasgang oder Entfernung
Gynäkologie und Geburtshilfe
Entfernung von Nachgeburten oder Nachgeburtsresten 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
Extirpation 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. Supinatorlogen-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. Faszien Doppelung 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. Facettendeneration), 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)

KombiMed Best Care Tarif KBCK

SERVICEVERSICHERUNG zu Stationärтарifen

Sehr geehrter Versicherungsnehmer,

diese AVB sind 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.

Unser Leistungsversprechen für Sie kurz im Überblick. Der genaue Umfang unserer Leistungen einschließlich der Einschränkungen ist auf den nachfolgenden Seiten geregelt.

Bei ausgewählten Diagnosen:

- Wir schalten innerhalb von fünf Werktagen einen Top-Experten ein.
- Sie erhalten eine Aufwandspauschale in Höhe von 500 EUR zur freien Verfügung.
- Falls wir die Fünf-Tagefrist nicht einhalten, erhalten Sie eine Ersatzpauschale von 500 EUR.

Inhaltsverzeichnis

Teil 1 Unsere Leistungen

1.	Was ist versichert?	2
2.	Was sind unsere Leistungen?	2
3.	Was ist nicht versichert und in welchen Fällen kann unsere Leistungspflicht eingeschränkt sein?	3
4.	Welche Ärzte sind Top-Experten im Sinne des Tarifs KBCK und wo erbringen diese ihre Leistungen?	4
5.	Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?	4
6.	Gibt es eine Wartezeit? Wenn ja, wann beginnt sie und wie lange dauert sie?	4
7.	Können Sie bzw. die versicherte Person Auskunft über Gutachten oder Stellungnahmen verlangen?	5
8.	Können Sie Ihre Leistungsansprüche auf Dritte übertragen?	5

Teil 2 Sonstige Bestimmungen

1.	Wer kann versichert werden?	5
2.	Welche Obliegenheiten (Mitwirkungspflichten) sind zu beachten?	5
3.	Welche Folgen kann die Verletzung von Obliegenheiten haben?	5
4.	Wie berechnen wir die Beiträge?	6
5.	Wann ist der Beitrag zu zahlen und welche Folgen kann eine verspätete Zahlung haben?	6
6.	Unter welchen Voraussetzungen können wir die Beiträge ändern?	6
7.	Unter welchen Voraussetzungen können wir die AVB ändern?	6
8.	Kann die versicherte Person aus Tarif KBCK in andere Tarife wechseln?	6
9.	Wie lange läuft der Versicherungsvertrag und welche Beendigungsgründe gibt es?	7
10.	An wen können Sie sich bei Beschwerden bzw. für eine außergerichtliche Streitbeilegung wenden?	7
11.	Welche Gerichte sind zuständig?	8

Teil 1 Unsere Leistungen

1. Was ist versichert?

Der medizinische Behandlungserfolg hängt auch von der ärztlichen Qualifikation und Erfahrung sowie der medizinisch-technischen Ausstattung einer Klinik ab. Im Ernstfall kann es wichtig sein, schnellstmöglich renommierte und anerkannte Experten einzuschalten. Mit Tarif KBCK decken wir diesen Bedarf bei bestimmten Diagnosen (vgl. Teil 1 Nr. 2.1, Seite 2) ab.

Mit den Serviceleistungen aus Tarif KBCK ergänzen Sie Ihren bestehenden stationären Versicherungsschutz (vgl. Teil 2 Nr. 1, Seite 5).

2. Was sind unsere Leistungen?

2.1 Versicherungsfall

Bei folgenden – im Krankenhaus stationär behandlungsbedürftigen – Erkrankungen, Fehlbildungen und Komplikationen nach Unfallverletzungen besteht ein Anspruch auf die Leistungen nach Nr. 2.3 bis 2.5:

a) Bei Personen bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres:

- Chronische physische (körperliche) Erkrankungen (z.B. Zuckerkrankheit, Rheuma); nicht aber psychische (seelische) Erkrankungen (z.B. Depression, Verhaltensstörung),
- angeborene Fehlbildungen (z.B. Herzklappenfehler, Lippen-Kiefer-Gaumenspalte),
- bösartige Tumorerkrankungen (z.B. Blutkrebs),
- gutartige Tumore des Nervensystems (z.B. Geschwulst der Hirnanhangsdrüse),
- Komplikationen nach Unfallverletzungen (z.B. Knochenfehlstellung, Bewegungseinschränkung).

Wird vor Vollendung des 20. Lebensjahres eine Erkrankung diagnostiziert, die nur in Nr. 2.1 b) aufgeführt ist, gilt: Sie haben Anspruch auf alle Leistungen des Tarifs KBCK.

b) Bei Personen ab Vollendung des 20. Lebensjahres:

- Bösartige Tumorerkrankungen (z.B. Lungenkrebs, Darmkrebs, Brustkrebs),
- gutartige Tumore des Nervensystems (z.B. Tumor der Hirnhaut oder des Hörnerven),
- Herzerkrankungen (z.B. Verengung der Herzkranzgefäße, Herzrhythmusstörungen),
- arterielle Gefäßerkrankungen (z.B. Erweiterung der Bauchschlagader, Verengung der Beinschlagader),
- Erkrankungen der Wirbelsäule mit Beeinträchtigung von Nerven (z.B. Bandscheibenvorfall),
- Erkrankungen und Verletzungen des Kniegelenks und des Schultergelenks (z.B. Arthrose, Kreuzbandriss),
- Komplikationen nach Unfallverletzungen (z.B. Lähmungserscheinung, Bewegungseinschränkung).

Voraussetzung ist, dass die betreffende Diagnose fachärztlich gesichert ist. Ist dies erst im Rahmen einer stationären Krankenhausbehandlung möglich, reicht auch ein durch ärztliche Voruntersuchungen begründeter Krankheitsverdacht aus. Nach Ansicht des behandelnden Facharztes muss eine stationäre Krankenhausbehandlung angezeigt sein.

2.2 Ärztliche Nachweise

Die ärztlichen Nachweise über das Vorliegen einer Diagnose nach Nr. 2.1 senden Sie uns zu. Sie können uns die Unterlagen in Textform (z.B. per Brief oder E-Mail) senden. Die ärztlichen Berichte müssen neben dem Befund folgende Angaben enthalten: Vor- und Zuname der betroffenen versicherten Person sowie das Datum des Befundes. Diese Unterlagen werden unser Eigentum.

Versehen Sie dabei die Unterlagen – bei Briefen von außen – deutlich sichtbar mit dem **Stichwort „Best Care“**. **Fehlt das Stichwort** beginnt die Fünf-Tagefrist nach Nr. 2.3 erst mit Zugang der Nachweise in der zuständigen Serviceeinheit.

Sie erreichen uns unter:

DKV AG – Kundenservice Center – **Stichwort „Best Care“** – 50594 Köln.

Oder:

Senden Sie uns eine E-Mail: service@dkv.com.

Faxen Sie uns: 01 80 / 5 78 60 00 (14 Ct/Min. aus dem dt. Festnetz, max. 42 Ct/Min. aus dt. Mobilfunknetzen).

Rufen Sie uns an: 0800/37 46 444 (gebührenfreie Rufnummer).

Geben Sie auch dabei immer das **Stichwort „Best Care“** an, damit wir Ihnen umgehend helfen können.

2.3 Organisation der Behandlung

- a) Wir schalten für Sie einen für die jeweilige Diagnose qualifizierten Top-Experten (vgl. Teil 1 Nr. 4, Seite 4) ein. Ist eine Operation erforderlich, organisieren wir auf der Grundlage des bestehenden Krankenversicherungsschutzes, dass der Experte die Operation durchführt. Erfolgt keine Operation, besteht die Expertenleistung in einer begründeten Empfehlung für die weitere Behandlung, ggf. im Rahmen einer vorstationären Sprechstunde.

Wir sichern zu, dass

- die stationäre Aufnahme in dem Krankenhaus, in dem der ausgewählte Top-Experte praktiziert,
- oder die Vorstellung in der vorstationären Sprechstunde des Top-Experten,

innerhalb von fünf Werktagen außer Samstag erfolgt. Die Fünf-Tagefrist beginnt am folgenden Tag, nachdem wir die Nachweise (vgl. Nr. 2.2) erhalten haben. Sollten Sie nicht transportfähig sein, beginnt die Frist an dem Tag, an dem Sie uns die ärztlich gesicherte Transportfähigkeit mitteilen.

- b) Eine Operation kann durch den ständigen Vertreter des Top-Experten erfolgen, wenn der Experte unvorhergesehen verhindert ist. Eine unvorhersehbare Verhinderung liegt vor, wenn der Experte die Operation aufgrund einer Erkrankung nicht durchführen kann. Entsprechendes gilt, wenn der Experte durch eine unplanbare berufliche Verpflichtung oder vergleichbar gravierende Gründe verhindert ist. Die berufliche Verpflichtung muss aufgrund des Anstellungsvertrages oder einer Güterabwägung vorrangig sein.
- c) Ist keine Operation erforderlich, besteht kein Anspruch, dass nach Festlegung der Therapie auch die anschließende Behandlung durch einen Top-Experten erfolgt.
- d) Im Übrigen besteht im Versicherungsfall ein Anspruch auf Beratung vor, während und nach der Behandlung durch unser Kundenservice Center. Diese umfasst u. a. Informationen über die Kostenträger von medizinisch notwendigen Anschlussheilbehandlungen. Auf Ihren Wunsch übernehmen wir auch gerne die Organisation dieser Maßnahmen. Voraussetzung ist, dass kein anderer Leistungsträger (z.B. Rentenversicherung, Berufsgenossenschaft, Gesetzliche Krankenversicherung/GKV, anderer privater Krankenversicherer) zuständig ist.

2.4 Aufwandspauschale

Wir zahlen Ihnen eine

Aufwandspauschale in Höhe von **500 EUR**.

Dies gilt unabhängig davon, ob Sie die Organisation der Behandlung wünschen.

Diese Pauschale zahlen wir Ihnen, wenn die Nachweise nach Nr. 2.2 erbracht sind. Sie steht Ihnen zur freien Verfügung. Sie kann z.B. für Reise- und Transportkosten zum Experten verwendet werden.

2.5 Ersatzpauschale

Können wir die Fünf-Tagefrist bei der Organisation der Behandlung ausnahmsweise nicht einhalten, zahlen wir Ihnen einmalig eine

Ersatzpauschale in Höhe von **500 EUR**.

Wir werden danach weiterhin versuchen, schnellstmöglich einen Top-Experten einzuschalten.

Weitergehende Ansprüche bestehen nicht.

2.6 Wann besteht ein erneuter Anspruch auf die Leistungen des Tarifs KBCK?

Ein erneuter Anspruch auf Leistungen aufgrund derselben Diagnose besteht frühestens zwölf Monate nach Ablauf der Fünf-Tagefrist.

Die Zwölf-Monatsfrist gilt nicht, wenn die Leistungsvoraussetzungen aufgrund einer anderen Diagnose erfüllt sind. Dies ist dann der Fall, wenn die neue Diagnose nicht in einem ursächlichen Zusammenhang mit der bisher behandelten steht. Entsprechendes gilt, wenn zwar ein ursächlicher Zusammenhang besteht, das Krankheitsgeschehen aber als ein selbstständiges zu bewerten ist. Von einem selbstständigen Krankheitsgeschehen ist auszugehen, wenn andere Körperteile oder Organe betroffen sind.

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

- 3.1 Unsere Leistungspflicht wird bestimmt durch Art und Umfang unserer Versicherungsleistungen in unseren Leistungsbeschreibungen (vgl. Teil 1 Nr. 2, Seite 2 f.).

Wir leisten jedoch generell nicht:

- Bei akuten Notfällen (z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall, Unfall), die eine sofortige ärztliche Behandlung erfordern. Als Notfallbehandlung gilt auch, wenn die stationäre Krankenhausbehandlung aus medizinischen Gründen vor Ablauf der Fünf-Tagefrist (vgl. Teil 1 Nr. 2.3, Seite 3) begonnen werden muss.
- Bei Transplantationen (außer bei Hauttransplantationen).
- Für die Aufwendungen der Behandlung. Daher muss neben Tarif KBCK ein stationärer Versicherungsschutz gemäß Teil 2 Nr. 1, Seite 5 bestehen. Für etwaige ambulante Behandlungskosten können Versicherte, die ei-

ne private Krankheitskostenvollversicherung vereinbart haben, auf ihren ambulanten Versicherungsschutz zurückgreifen. GKV-Versicherte ohne entsprechende ambulante Zusatzversicherung können bei Bedarf hierfür die Aufwandspauschale verwenden.

- Für die Reise- und Transportkosten zum oder vom Experten.

3.2 Weitere Einschränkungen können sich ergeben:

- vor Beginn und nach Ende des Versicherungsschutzes (vgl. Teil 1 Nr. 5, Seite 4),
- während der Wartezeiten (vgl. Teil 1 Nr. 6, Seite 4 f.),
- bei Verletzung von Obliegenheiten (vgl. Teil 2 Nr. 3, Seite 5),
- bei einem Beitragsrückstand (vgl. Teil 2, Nr. 5, Seite 6).

4. Welche Ärzte sind Top-Experten im Sinne des Tarifs KBCK und wo erbringen diese ihre Leistungen?

4.1 Top-Experten im Sinne des Tarifs KBCK sind Ärzte, die mit uns im Rahmen einer diesbezüglichen Vereinbarung kooperieren. Diese Ärzte sind renommiert und für die jeweilige Diagnose (vgl. Teil 1 Nr. 2.1, Seite 2) als Experte anerkannt.

Uns steht es frei zu entscheiden, welche Experten wir als Top-Experten aufnehmen. Sollten Top-Experten mit uns getroffene Vereinbarungen nicht einhalten, können wir die Zusammenarbeit mit diesen beenden. Eine Vermittlung zu diesem Top-Experten ist dann im Rahmen des Tarifs KBCK nicht mehr möglich.

4.2 Bei der Auswahl der Top-Experten, bedienen wir uns wissenschaftlicher Kriterien und der Kenntnis von unserem Hause unabhängiger Fachleute.

4.3 Soweit möglich, berücksichtigen wir gerne Ihre Wünsche, welcher der von uns genannten Experten eingeschaltet werden soll. Beachten Sie dabei, dass sich durch die Auswahl der Experten ergibt, wo die Leistungen in Deutschland erbracht werden.

4.4 Wir rechnen die aus Tarif KBCK zu erstattenden Serviceleistungen der Experten direkt mit diesen ab. Aufwendungen für Behandlungen werden aus Tarif KBCK nicht erstattet.

5. Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?

5.1 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 Wartezeit (vgl. Teil 1 Nr. 6, Seite 4 f.).

5.2. Für Versicherungsfälle, die vor Abschluss des Versicherungsvertrages eingetreten sind, leisten wir nicht. Davon ist auszugehen, wenn eine stationäre Krankenhausbehandlung als mögliche Behandlungsalternative zwischen Arzt und versicherter Person besprochen wurde. Dieses Gespräch muss in den letzten 24 Monaten vor Abschluss des Vertrages anlässlich der den Versicherungsfall auslösenden Diagnose erfolgt sein. Bei einem Wechsel in Tarif KBCK gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

5.3 Für das neugeborene Kind einer versicherten Person kann der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und 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. Allerdings können wir bei einem erhöhten Krankheitsrisiko einen Zuschlag bis zur einfachen Beitragshöhe verlangen.

5.4 Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung des Versicherungsvertrages (vgl. Teil 2 Nr. 9, Seite 7). Mit diesem Zeitpunkt endet auch eine ggf. noch nicht abgeschlossene Organisation der Behandlung.

6. Gibt es eine Wartezeit? Wenn ja, wann beginnt sie und wie lange dauert sie?

6.1 Die Wartezeit fängt mit dem Versicherungsbeginn an (vgl. Teil 1 Nr. 5, Seite 4) und beträgt drei Monate. Sie entfällt bei einem Unfall. Bei einem Wechsel in Tarif KBCK gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

6.2 Zeiten einer Vorversicherung rechnen wir auf die Wartezeit an. Dazu müssen folgende Voraussetzungen gemeinsam erfüllt sein:

- Die versicherte Person muss aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder aus einem anderen Vertrag über eine Krankheitskostenvollversicherung ausgeschieden sein.
- Tarif KBCK muss spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt worden sein.
- Tarif KBCK muss im unmittelbaren Anschluss zur Vorversicherung begonnen haben.
- Die ununterbrochene Vorversicherungszeit müssen Sie uns nachweisen.

- 6.3 Die vorstehende Regelung gilt entsprechend bei Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis, wenn ein Anspruch auf Heilfürsorge bzw. Beihilfe bestanden hat. In diesen Fällen rechnen wir die bisherige Dienstzeit auf die Wartezeiten an.

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

- 7.1 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.
- 7.2 Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden.
- 7.3 Haben Sie das Gutachten oder die Stellungnahme auf unsere Veranlassung eingeholt, erstatten wir Ihnen die entstandenen Kosten.

8. Können Sie Ihre Leistungsansprüche auf Dritte übertragen?

Sie dürfen Ihre Ansprüche aus Tarif KBCK weder abtreten noch verpfänden. Das Abtretungsverbot gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

Teil 2 Sonstige Bestimmungen

1. Wer kann versichert werden?

Versicherungsfähig sind Personen, für die neben Tarif KBCK ein stationärer Krankenversicherungsschutz besteht. Dieser muss die Erstattung von Aufwendungen für

- den Unterkunftszuschlag eines Ein- oder Zweibettzimmers und
- wahl- und belegärztliche Leistungen bis zu den Höchstsätzen¹ der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder darüber hinaus

vorsehen.

2. Welche Obliegenheiten (Mitwirkungspflichten) sind zu beachten?

- 2.1 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.
- 2.2 Sie müssen uns unverzüglich anzeigen, wenn der neben Tarif KBCK bestehende stationäre Krankenversicherungsschutz für Sie bzw. eine versicherte Person endet. Dies gilt auch, wenn dieser in eine Anwartschaft umgestellt wird.

3. Welche Folgen kann die Verletzung von Obliegenheiten haben?

- 3.1 Sie erhalten keine Leistungen, wenn die in Teil 2 Nr. 2.1, Seite 5 genannte Obliegenheit vorsätzlich verletzt wird. Wenn diese 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.
- 3.2 Wir rechnen Ihnen die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person zu.

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.

4. Wie berechnen wir die Beiträge?

- 4.1 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.
- 4.2 Wir haben Tarif KBCK nach Art der Schadenversicherung kalkuliert. Dies bedeutet: Es werden keine Rückstellungen für das Alter angespart, um die mit zunehmendem Alter häufigere Inanspruchnahme des Versicherungsschutzes vorzufinanzieren. Für die versicherte Person, die das 59. Lebensjahr vollendet, gilt daher der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe. Diesen Beitrag haben Sie ab Beginn des dann folgenden Kalenderjahres zu zahlen.
- 4.3 Die Berechnung der Beiträge ist in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.
- 4.4 Bei einer Änderung der Beiträge berücksichtigen wir das erreichte Alter der versicherten Person. Zur Bestimmung des Alters kommt es auf den Zeitpunkt an, zu dem die Änderung wirksam wird.

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

- 5.1 Der zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein. Der Beitrag ist am Ersten eines jeden Monats fällig.
- 5.2 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.
- 5.3 Im Lastschriftverfahren zahlen Sie rechtzeitig, wenn wir den Beitrag zum Fälligkeitstag einziehen können und Sie der 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.

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.

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.

7. Unter welchen Voraussetzungen können wir die AVB ändern?

- 7.1 Die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen können sich dauerhaft - z.B. durch Gesetze oder wissenschaftlichen Fortschritt - 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.
- Bei einer solchen Änderung im Gesundheitswesen können wir auch die Auswahl der Diagnosen (vgl. Teil 1 Nr. 2.1, Seite 2) anpassen.
- 7.2 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.

8. Kann die versicherte Person aus Tarif KBCK in andere Tarife wechseln?

- 8.1 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.
- 8.2 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.

9. Wie lange läuft der Versicherungsvertrag und welche Beendigungsgründe gibt es?

- 9.1 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.
- 9.2 Sie können Tarif KBCK 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 KBCK auch nur für einzelne versicherte Personen kündigen.
- 9.3 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 wegen Vollendung des 59. Lebensjahres (vgl. Teil 2 Nr. 4.2, Seite 6), müssen Sie innerhalb von zwei Monaten nach der Änderung kündigen. Erhöhen wir die Beiträge aufgrund einer Beitragsanpassung (vgl. Teil 2 Nr. 6, Seite 6), müssen Sie innerhalb von zwei Monaten nach Mitteilung über die Erhöhung kündigen. Dies gilt auch, wenn sich die Leistungen wegen einer Änderung der AVB vermindern (vgl. Teil 2 Nr. 7.1, Seite 6).
- 9.4 Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, gilt Folgendes: Sie können innerhalb von drei Monaten die Versicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Ihre Kündigung muss in Textform (z.B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Den Eintritt der Versicherungspflicht müssen Sie uns nachweisen; die Frist hierzu beträgt zwei Monate. Andernfalls ist Ihre Kündigung unwirksam. Die Frist beginnt erst, wenn wir Sie zum Nachweis aufgefordert haben. Die Kündigung ist trotz Versäumung der Frist wirksam, wenn Sie dies nicht zu vertreten haben. Später können Sie die Versicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem Sie den Eintritt der Versicherungspflicht nachweisen. Uns 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.
- 9.5 Ihre Kündigung für einzelne versicherte Personen ist nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass diese von der Kündigung erfahren haben.
- 9.6 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. Teil 2 Nr. 5, Seite 6). Auf weitere Kündigungsmöglichkeiten - unser ordentliches Kündigungsrecht - verzichten wir.
- 9.7 Endet für die versicherte Person der Krankenversicherungsschutz nach Teil 2 Nr. 1, Seite 5 endet auch die Versicherung nach Tarif KBCK. Wird der Krankenversicherungsschutz in eine Anwartschaft umgestellt, muss auch Tarif KBCK entsprechend umgestellt werden. Ansonsten endet Tarif KBCK mit Beginn der Anwartschaft für den Krankenversicherungsschutz.
- 9.8 Die Versicherung nach Tarif KBCK endet auch, wenn die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb der EU bzw. des EWR verlegt oder stirbt.
- 9.9 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.

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.

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.