DKV Deutsche Krankenversicherung AG

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

KombiMed Balance Tarif KAB

- Tarifstufen KABN und KABZ

FÜR VERSICHERTE DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG (GKV)

Die Tarifstufe KABZ ist nur in Verbindung mit einem KombiMed Zahn bzw. KombiMed Dental Tarif abschließbar.

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.

80% für *Methoden der Alternativmedizin* gemäß Hufelandverzeichnis bzw. Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker, **bis zu 600 Euro je Versicherungsjahr.** Dies gilt ab dem vierten Versicherungsjahr. Vorher ist der Erstattungsbetrag geringer. **80%** für *Arznei-, Verband- und Heilmittel* (auch im Rahmen der Alternativmedizin), **bis zu 600 Euro je Versicherungsjahr.** **100%** für *Sehhilfen*, **bis zu 300 Euro innerhalb 24 Monate.** **100%** für *Hörgeräte*, **bis zu 600 Euro je Hörgerät.** **100%** für *sonstige Hilfsmittel*, **bis zu 300 Euro je Versicherungsjahr.** **100%** für *refraktive Augenchirurgie* (z.B. Lasik Operationen), **bis zu 1.200 Euro innerhalb 60 Monate.** Dies gilt ab dem vierten Versicherungsjahr. Vorher ist der Erstattungsbetrag geringer. **100%** für *Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen* sowie **zwei** *Präventionskurse* je Versicherungsjahr**, bis zu 600 Euro je Versicherungsjahr.**	Leistungen bei einem *Auslandsaufenthalt* bis zu drei Monaten: 24-Stunden-Notruf-Service bei Auslandsreisen. **100%** für ärztliche Behandlung. **100%** für Arznei- und Verbandmittel. **100%** für Heilmittel. **100%** für stationäre Behandlung (einschließlich Unterkunft und Verpflegung). **100%** für den Transport zum nächstgelegenen Krankenhaus bzw. nächsterreichbaren Notfallarzt. **100%** für schmerzstillende Zahnbehandlung und Zahnfüllung in einfacher Ausführung. **100%** für die Mehrkosten eines Rücktransports aus dem Ausland**. 80%**, wenn nicht durch uns organisiert. **100%** für die Mehrkosten eines begleiteten Rücktransports mitgereister Kinder unter 16 Jahren aus dem Ausland. **80%**, wenn nicht durch uns organisiert. **100%** für den Transport von Arzneimitteln und Blutkonserven ins Ausland. **80%**, wenn nicht durch uns organisiert. Bei Todesfall im Ausland - Kosten der Überführung **bis zu 10.000 Euro**, - Kosten der Beisetzung im Ausland **bis zu 10.000 Euro.**
Serviceleistungen: Beratung und Informationen durch die Experten unseres **Gesundheitstelefons.**	

Inhaltsverzeichnis

Teil 1 Unsere Leistungen

1. Was ist versichert? 2
2. Was sind unsere Leistungen? 3
3. Welche Serviceleistungen bieten wir Ihnen? 6
4. Was sind unsere Leistungen bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt bis zu drei Monaten Dauer (Auslandsreiseschutz)? 6
5. Was ist nicht versichert und in welchen Fällen kann unsere Leistungspflicht eingeschränkt sein? 8
6. Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz? 9
7. Gibt es Wartezeiten? Wenn ja, wann beginnen sie und wie lange dauern sie? 9
8. Was gilt für den Versicherungsschutz bei Aufenthalten im Ausland? 9
9. Welche Voraussetzungen müssen Rechnungen erfüllen und wann erhalten Sie unsere Leistungen? 10
10. Erhalten Sie für eine beabsichtigte Heilbehandlung Auskunft über den Umfang Ihres Versicherungsschutzes? 10
11. Können Sie bzw. die versicherte Person Auskunft über Gutachten oder Stellungnahmen verlangen? 10
12. Können Sie Ihre Leistungsansprüche auf Dritte übertragen? 10

Teil 2 Sonstige Bestimmungen

1. Wer kann versichert werden? 11
2. Welche Obliegenheiten (Mitwirkungspflichten) sind zu beachten? 11
3. Welche Folgen kann die Verletzung von Obliegenheiten haben? 11
4. Wie berechnen wir die Beiträge? 11
5. Wann ist der Beitrag zu zahlen und welche Folgen kann eine verspätete Zahlung haben? 11
6. Unter welchen Voraussetzungen können wir die Beiträge ändern? 12
7. Unter welchen Voraussetzungen können wir die AVB ändern? 12
8. Kann die versicherte Person in eine andere Tarifstufe oder in andere Tarife wechseln? 12
9. Wie lange läuft der Versicherungsvertrag und welche Beendigungsmöglichkeiten gibt es? 12
10. An wen können Sie sich bei Beschwerden bzw. für eine außergerichtliche Streitbeilegung wenden? 13
11. Welche Gerichte sind zuständig? 13

Teil 1 Unsere Leistungen

1. Was ist versichert?

1.1 Wir bieten Versicherungsschutz bei Krankheiten und Unfällen. Darüber hinaus besteht Versicherungsschutz bei:

- Prävention, Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen,
- Schwangerschaft und Entbindung,
- Rücktransport aus dem Ausland, Transport von Arzneimitteln und Blutkonserven,
- Todesfall.

1.2 Im Versicherungsfall ersetzen wir Aufwendungen für Heilbehandlung und andere vereinbarte Leistungen. Darüber hinaus erbringen wir Serviceleistungen.

Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Als Versicherungsfall gelten auch die in Nr. 1.1 genannten Ereignisse.

Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn aus medizinischen Gründen keine Behandlung 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.

2. Was sind unsere Leistungen?

2.1 ***Methoden der Alternativmedizin***

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für:

Vom Arzt oder Heilpraktiker durchgeführte Behandlungen nach Methoden der Alternativmedizin

zu 80%.

Voraussetzung ist, dass die Methoden im jeweils gültigen Hufelandverzeichnis oder im jeweils gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sind.

Wir leisten jedoch maximal

- **100 Euro im ersten Versicherungsjahr,**
- **200 Euro im zweiten Versicherungsjahr,**
- **300 Euro im dritten Versicherungsjahr,**
- **600 Euro in jedem weiteren Versicherungsjahr.**

Bei Wechsel aus einem Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz, der auch Leistungen für Methoden der Alternativmedizin vorsieht, gilt Folgendes: Bei der Ermittlung des Höchstbetrags rechnen wir die in dem bisherigen Tarif bereits zurückgelegte Versicherungszeit an. Dies gilt nicht bei einem Wechsel aus einer Auslandsreise-Krankenversicherung.

Maßgeblich für die zeitliche Zuordnung der Höchstbeträge sind die Behandlungstage.

Welche Ärzte und Heilpraktiker kann die versicherte Person wählen?

Die versicherte Person hat die Wahl unter allen niedergelassenen Ärzten. Sie kann auch Einrichtungen aufsuchen, die zur Versorgung gesetzlich Versicherter vorgesehen sind. Dies sind z.B. zugelassene medizinische Versorgungszentren.

Außerdem kann die versicherte Person Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch nehmen.

Nach welchen Gebührenvorschriften sind die Aufwendungen für Leistungen von Ärzten erstattungsfähig?

Die Aufwendungen sind erstattungsfähig, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze[1] der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen. Die Gebühren müssen den Bemessungsgrundsätzen der GOÄ entsprechen.

Nach welchen Gebührenvorschriften sind die Aufwendungen für Leistungen von Heilpraktikern erstattungsfähig?

Das Honorar für die jeweilige Leistung ersetzen wir maximal im Rahmen der Beträge des GebüH.

2.2 ***Arznei-, Verband- und Heilmittel***

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen – z.B. auch die gesetzlich vorgesehene Zuzahlung – für:

Vom Arzt oder Heilpraktiker verordnete Arznei-, Verband- und Heilmittel

zu 80%, maximal 600 Euro je Versicherungsjahr.

Hierzu zählen auch Arznei-, Verband- und Heilmittel, die im Zusammenhang mit Methoden der Alternativmedizin nach Teil 1 Nr. 2.1 verordnet werden.

Die Aufwendungen rechnen wir dem Versicherungsjahr zu, in dem das Arznei-, Verband- bzw. Heilmittel bezogen bzw. in Anspruch genommen wurde.

Die ***Arznei- und Verbandmittel*** muss die versicherte Person aus der Apotheke (auch Versand- oder Internetapotheke) beziehen. Der Bezug kann auch über eine andere behördlich zugelassene Abgabestelle erfolgen.

Aufwendungen für ärztlich verordnete Sondennahrung ersetzen wir, sofern wegen einer medizinischen Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.

[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 ersetzen nicht – auch nicht bei einer vorliegenden Verordnung – Aufwendungen für:

- Mittel, die ausschließlich zum Zweck der Empfängnisverhütung verordnet werden (z.B. Ovulationshemmer),
- Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion sowie Präparate zur Steigerung der sexuellen Potenz,
- Mittel zur Abmagerung, Appetitzügelung und Regulierung des Körpergewichts,
- Präparate zur Verbesserung des Haarwuchses,
- Präparate zur Raucherentwöhnung,
- Präparate, die bei Anti-Aging-Behandlung, Lifestyle-Behandlung bzw. kosmetischer Behandlung (z.B. Faltenglättung) eingesetzt werden,
- Vitaminpräparate außer Vitaminmonopräparaten zur gezielten Behandlung von Vitaminmangelerkrankungen,
- Stärkungsmittel,
- kosmetische Mittel, Pflege- und Desinfektionsmittel, Badezusätze,
- Mineralwässer sowie Nährmittel außer Sondennahrung (siehe oben).

Als ***Heilmittel*** gelten

- physikalisch-medizinische Leistungen (z.B. Krankengymnastik, Massagen),
- medizinische Bäder,
- logopädische, podologische, ergotherapeutische und osteopathische Leistungen,
- ernährungstherapeutische Maßnahmen bei seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen, soweit wir vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Leistungszusage gegeben haben. Eine solche Zusage ist nicht erforderlich bei der Erkrankung Mukoviszidose/zystische Fibrose,

soweit sie im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet sind. Ein Verzeichnis der erstattungsfähigen Leistungen und Höchstbeträge erhalten Sie kostenlos auf Anforderung.

Die Heilmittel müssen Angehörige staatlich anerkannter therapeutischer Berufe (z.B. Physiotherapeut) erbringen. Diese müssen in eigener Praxis tätig sein.

Wir ersetzen nicht Mehraufwendungen, die für die Behandlung in der Wohnung der versicherten Person entstehen.

2.3 ***Hilfsmittel (außer Sehhilfen und Hörgeräte)***

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen – z.B. auch die gesetzlich vorgesehene Zuzahlung – für:

Vom Arzt verordnete Hilfsmittel

zu 100%, maximal 300 Euro je Versicherungsjahr.

Die Aufwendungen rechnen wir dem Versicherungsjahr zu, in dem das Hilfsmittel bezogen wurde.

Als Hilfsmittel gelten z.B.:

- Bandagen, Blindenstock, Bruchbänder, Einlagen zur Fußkorrektur, Gehstützen,
- Inhalationsgeräte,
- Kompressionsstrümpfe, Korrekturschienen,
- orthopädische Maßschuhe (Erstattungsfähig ist der Teil der Aufwendungen, der 100 Euro – bis zum 20. Lebensjahr 50 Euro – übersteigt.),
- orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen,
- Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf).

Die Aufwendungen für die Reparatur und Wartung von Hilfsmitteln sind ebenfalls erstattungsfähig. Dies gilt auch für die erforderliche Unterweisung zum Gebrauch von Hilfsmitteln.

Wir ersetzen nicht die Aufwendungen

- für die Reparatur an Sohlen und Absätzen von orthopädischen Maßschuhen,
- für Gebrauch (z.B. Batterien) und Pflege (z.B. Reinigungs- oder Desinfektionsmittel) von Hilfsmitteln,
- für Produkte, die dem Fitness- oder Wellnessbereich zuzuordnen sind.

2.4 ***Hörgeräte***

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen – z.B. auch die gesetzlich vorgesehene Zuzahlung – für:

Vom Arzt verordnete Hörgeräte (einschließlich Reparatur und Wartung)

zu 100%, maximal 600 Euro je Hörgerät.

Wir ersetzen nicht die Aufwendungen für Gebrauch (z.B. Batterien) und Pflege (z.B. Reinigungsmittel).

2.5 ***Sehhilfen***

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für:

Sehhilfen (einschließlich Reparatur)

zu 100%, maximal bis zu insgesamt 300 Euro innerhalb von 24 Monaten .

Als Sehhilfen gelten Brillengläser und -gestelle sowie Kontaktlinsen, auch Tages- und Monatslinsen.

Wir ermitteln den Erstattungsbetrag ausgehend vom Bezugs- bzw. Reparaturdatum der aktuell eingereichten Rechnung.

2.6 ***Refraktive Augenchirurgie (Operationen am Auge zur Behebung einer Fehlsichtigkeit)***

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für:

Ärztliche Leistungen im Rahmen der refraktiven Augenchirurgie wie z.B. Lasik oder Linsenaustausch

zu 100%.

Wir begrenzen unsere Erstattungsleistung auf maximal

a) 200 Euro innerhalb von 60 Versicherungsmonaten, wenn der erste Versicherungsfall im ersten Versicherungsjahr eintritt.

Ein erneuter Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht nach Ablauf dieser 60 Versicherungsmonate. Der Umfang der Versicherungsleistungen richtet sich nach Punkt d).

b) 400 Euro innerhalb von 60 Versicherungsmonaten, wenn der erste Versicherungsfall im zweiten Versicherungsjahr eintritt.

Ein erneuter Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht nach Ablauf dieser 60 Versicherungsmonate. Der Umfang der Versicherungsleistungen richtet sich nach Punkt d).

c) 600 Euro innerhalb von 60 Versicherungsmonaten, wenn der erste Versicherungsfall im dritten Versicherungsjahr eintritt.

Ein erneuter Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht nach Ablauf dieser 60 Versicherungsmonate. Der Umfang der Versicherungsleistungen richtet sich nach Punkt d).

d) 1.200 Euro innerhalb von 60 Versicherungsmonaten ab dem vierten Kalenderjahr, wenn in den ersten drei Versicherungsjahren kein Versicherungsfall eingetreten ist.

Bei Wechsel aus einem Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz, der auch Leistungen für refraktive Augenchirurgie vorsieht, gilt Folgendes: Bei der Ermittlung des Höchstbetrags rechnen wir die in dem bisherigen Tarif bereits zurückgelegte Versicherungszeit an. Dies gilt nicht bei einem Wechsel aus einer Auslandsreise-Krankenversicherung.

Maßgeblich für die zeitliche Zuordnung der Höchstbeträge sind die Behandlungstage.

Mit den jeweiligen Erstattungsbeträgen sind auch alle Vor- und Nachuntersuchungen, sowie Aufwendungen für eingesetzte Implantate (z.B. Intraokularlinsen) abgegolten.

Die Aufwendungen erstatten wir unabhängig von der medizinischen Notwendigkeit (vgl. Teil 1 Nr. 1.2).

Welche Ärzte kann die versicherte Person wählen?

Die versicherte Person hat die Wahl unter allen niedergelassenen Ärzten. Sie kann auch Einrichtungen aufsuchen, die zur Versorgung gesetzlich Versicherter vorgesehen sind. Dies sind z.B. zugelassene medizinische Versorgungszentren.

Nach welchen Gebührenvorschriften sind die Aufwendungen von Ärzten erstattungsfähig?

Die Aufwendungen sind erstattungsfähig, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze[2] der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen. Die Gebühren müssen den Bemessungsgrundsätzen der GOÄ entsprechen.

2.7 ***Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen, Präventionskurse (Gesundheitskurse)***

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für:

Ambulante Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen einschließlich Impfberatung sowie zwei Präventionskurse – auch als Online-Kurs – je Versicherungsjahr

zu 100%, maximal 600 Euro je Versicherungsjahr.

Maßgeblich für die zeitliche Zuordnung der Höchstbeträge sind:

- Bei ambulanten Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen die Behandlungstage.
- Bei Präventionskursen der Tag, an dem die versicherte Person erstmalig an dem Kurs teilnimmt.

Als ***Vorsorgeuntersuchungen*** gelten ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten.
Wir leisten unabhängig von Altersgrenzen und Zeitabständen, die für die Untersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen gelten. Vorsorgeuntersuchungen können z.B. sein: Vorsorgeuntersuchung U10, U11 und J2 für Kinder und Jugendliche, Knochendichtemessung (Osteoporose-Vorsorge), Hautkrebs-Vorsorge mit Auflichtmikroskop, ergänzende Krebsfrüherkennung wie Sonographie (Ultraschall) der Brust bei Frauen.

---

[2] 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 ersetzen nicht Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten sowie zahnärztliche Prophylaxeleistungen.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ***Schutzimpfungen***, die von der
- Ständigen Impfkommission des zuständigen Bundesinstitutes bzw.
- Deutschen Gesellschaft für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit

empfohlen werden. Die Aufwendungen für die hierbei verwendeten Impfstoffe erstatten wir ebenfalls.

Diese Regelung gilt auch für Reiseimpfungen sowie medikamentöse Malariaprophylaxe.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ***Präventionskurse***, die den Anforderungen von § 20 Abs. 1 Sozialgesetzbuch V entsprechen. Diese Voraussetzung erfüllen Kurse, die von der zentralen Prüfstelle Prävention zertifiziert sind. Diese Zertifizierung ist vom Anbieter des Präventionskurses auf der Teilnahmebescheinigung zu bestätigen.

Welche Ärzte kann die versicherte Person wählen?

Die versicherte Person hat die Wahl unter allen niedergelassenen Ärzten. Sie kann auch Einrichtungen aufsuchen, die zur Versorgung gesetzlich Versicherter vorgesehen sind. Dies sind z.B. zugelassene medizinische Versorgungszentren.

Nach welchen Gebührenvorschriften sind die Aufwendungen von Ärzten erstattungsfähig?

Die Aufwendungen sind erstattungsfähig, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze[3] der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen. Die Gebühren müssen den Bemessungsgrundsätzen der GOÄ entsprechen.

3. Welche Serviceleistungen bieten wir Ihnen?

Wir bieten Ihnen Serviceleistungen unseres Gesundheitstelefons (Tel.: 0800/3746 444 gebührenfreie Rufnummer). Unsere Experten beraten Sie und geben Ihnen Informationen zu: Allgemeinen Gesundheitsfragen, Krankheiten, Arzneimitteln, Diagnose- und Behandlungsmethoden, Heil- und Hilfsmitteln, Vorsorgeprogrammen und Schutzimpfungen. Wir nennen Ihnen Adressen und Telefonnummern von Behandlern und Kliniken. Außerdem bieten wir Ihnen an, zur Klärung schwieriger medizinischer Fragen, Spezialisten einzuschalten und eine ärztliche Zweitmeinung einzuholen.

4. Was sind unsere Leistungen bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt bis zu drei Monaten Dauer (Auslandsreiseschutz)?

4.1 ***24-Stunden-Notruf-Service***

Bei Auslandsreisen steht Ihnen und allen versicherten Personen der 24-Stunden-Notruf-Service unter der Rufnummer **+49 221/578 94005** (Kosten gemäß Tarif des jeweiligen ausländischen Netzbetreibers bzw. Mobilfunkanbieters) mit folgenden Leistungen zur Verfügung:

Der 24-Stunden-Notruf-Service
- vermittelt und nennt Ärzte, Dolmetscher und Krankenhäuser,
- vermittelt eine ärztliche Betreuung und übernimmt die Kontaktaufnahme mit dem Hausarzt,
- benachrichtigt die Angehörigen der versicherten Person,
- organisiert für die versicherte Person
  - Such-, Rettungs- und Bergungsmaßnahmen,
  - Transporte bzw. die Verlegung zum nächst erreichbaren Arzt/Krankenhaus,
  - den Rücktransport aus dem Ausland, unter bestimmten Voraussetzungen auch von mitgereisten gesunden Kindern,
  - den Transport von Blutkonserven und Arzneimitteln ins Ausland,
  - organisiert die Reise und Unterbringung einer der versicherten Person nahestehenden Person (z.B. Familienangehörige, Lebenspartner) von deren Wohnort zum Krankenhaus und zurück. Voraussetzung ist, dass der Krankenhausaufenthalt der versicherten Person im Ausland länger als 10 Tage dauert.
  - organisiert die Betreuung mitgereister Kinder unter 16 Jahren vor Ort durch einen Kinderdienst. Die Betreuung wird für die Dauer der stationären Heilbehandlung einer versicherten Person organisiert. Voraussetzung ist, dass aufgrund eines medizinischen Notfalls eine stationäre Heilbehandlung der Eltern im Ausland notwendig ist. Dies gilt entsprechend, wenn ein stationärer Krankenhausaufenthalt eines ohne Partner reisenden Elternteils erforderlich ist.
  - organisiert eine Beisetzung im Ausland bzw. Überführung an den Ort des gewöhnlichen Aufenthaltes.

[3] 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.

4.2 ***Ambulante, zahnärztliche und stationäre Heilbehandlung***

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für:

- Ärztliche Behandlung,
- Arznei- und Verbandmittel,
- Heilmittel,
- stationäre Behandlung (einschließlich Unterkunft und Verpflegung),
- den notwendigen Transport in das nächstliegende Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt durch anerkannte Rettungsdienste,
- schmerzstillende Zahnbehandlung und Zahnfüllung in einfacher Ausführung (nicht aber Zahnersatz oder Zahnkronen)

zu 100%.

Welche Ärzte kann die versicherte Person wählen?

Die versicherte Person hat die Wahl unter allen Ärzten und Zahnärzten, die im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassen sind.

Welche Krankenhäuser kann die versicherte Person wählen?

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung kann sie im Aufenthaltsland allgemein anerkannte Krankenhäuser aufsuchen, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen. Diese müssen außerdem über ausreichende diagnostische sowie therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

Welche Arznei-, Verband- und Heilmittel ersetzen wir?

Arznei-, Verband- und Heilmittel müssen oben genannte Ärzte oder Zahnärzte verordnen.

Die versicherte Person muss die Arzneimittel zudem aus der Apotheke (auch Versand- oder Internetapotheke) beziehen. Der Bezug kann auch über eine andere behördlich zugelassene Abgabestelle erfolgen.

Aufwendungen für ärztlich verordnete Sondennahrung ersetzen wir, sofern wegen einer medizinischen Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.

Wir ersetzen nicht – auch nicht bei einer vorliegenden Verordnung – Aufwendungen für:

- Mittel, die ausschließlich zum Zweck der Empfängnisverhütung verordnet werden (z.B. Ovulationshemmer),
- Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion sowie Präparate zur Steigerung der sexuellen Potenz,
- Mittel zur Abmagerung, Appetitzügelung und Regulierung des Körpergewichts,
- Präparate zur Verbesserung des Haarwuchses,
- Präparate zur Raucherentwöhnung,
- Präparate, die bei Anti-Aging-Behandlung, Lifestyle-Behandlung bzw. kosmetischer Behandlung (z.B. Faltenglättung) eingesetzt werden,
- Vitaminpräparate außer Vitaminmonopräparaten zur gezielten Behandlung von Vitaminmangelerkrankungen,
- Stärkungsmittel,
- Kosmetische Mittel, Pflege- und Desinfektionsmittel, Badezusätze,
- Mineralwässer sowie Nährmittel außer Sondennahrung (siehe oben).

Als Heilmittel gelten physikalisch-medizinische Leistungen (z.B. Krankengymnastik, Massagen) und medizinische Bäder. Die Leistungen müssen Angehörige eines im Aufenthaltsland staatlich anerkannten therapeutischen Berufes (z.B. Physiotherapeut) erbringen. Diese müssen in eigener Praxis tätig sein.

Wir ersetzen nicht

- Aufwendungen für sonstige Leistungen wie z.B. Thermal-, Sauna- und ähnliche Bäder,
- Besuchsgebühren und Wegegeld.

4.3 ***Mehrkosten eines Rücktransports aus dem Ausland***

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für:

a) Mehrkosten eines Rücktransports aus dem Ausland

zu 100%.

Folgende Voraussetzungen müssen gemeinsam erfüllt sein:

- Der Rücktransport der versicherten Person muss medizinisch notwendig sein. Wir leisten auch dann, wenn die Dauer der Krankenhausbehandlung im Aufenthaltsland voraussichtlich 14 Tage übersteigen würde. Dabei kommt es auf die Prognose des behandelnden Arztes an.
- Der Rücktransport erfolgt an den Ort des gewöhnlichen Aufenthaltes der versicherten Person oder in das diesem Wohnsitz nächstgelegene Krankenhaus.
- Der Rücktransport wird über uns organisiert (vgl. Teil 1 Nr. 4.1).

Wird der Rücktransport nicht über uns organisiert, so ersetzen wir die Mehrkosten

zu 80%.

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für:

b) Mehrkosten eines begleiteten Rücktransports mitgereister Kinder unter 16 Jahren aus dem Ausland

zu 100%.

Folgende Voraussetzungen müssen gemeinsam erfüllt sein:

- Mindestens ein Elternteil ist nach diesem Tarif versichert.
- Die Eltern bzw. ein ohne Partner reisendes Elternteil müssen wegen eines medizinischen Notfalls im Ausland stationär behandelt werden.
- Der Rücktransport der Kinder erfolgt an den Ort des gewöhnlichen Aufenthaltes.
- Der Rücktransport wird über uns organisiert (vgl. Teil 1 Nr. 4.1).

Wird der Rücktransport nicht über uns organisiert, so ersetzen wir die Mehrkosten

zu 80%.

Diese Regelungen gelten auch bei Tod der Eltern bzw. eines ohne Partner reisenden Elternteils im Ausland.

4.4 ***Transport von Arzneimitteln und Blutkonserven ins Ausland***

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für:

Den Transport von Arzneimitteln und Blutkonserven ins Ausland

zu 100%.

Folgende Voraussetzungen müssen gemeinsam erfüllt sein:

- Die versicherte Person benötigt
  - lebensnotwendige Arzneimittel, die vor Ort nicht erhältlich sind oder
  - Blutkonserven bzw. sie hat den berechtigten Wunsch nach Blutkonserven aus Deutschland (z.B. Eigenblutkonserven).
- Der Transport wird über uns organisiert (vgl. Teil 1 Nr. 4.1).

Wird der Transport nicht über uns organisiert, so ersetzen wir die Transportkosten

zu 80%.

Der Transport erfolgt von der nächstgelegenen Abgabestelle (Apotheke, Krankenhaus oder andere behördlich zugelassene Abgabestelle) bis zur versicherten Person. Dabei sind die geltenden Transport- sowie Im- und Exportbestimmungen zu beachten.

4.5 ***Todesfall im Ausland***

Wir ersetzen bei einem Todesfall im Ausland die erstattungsfähigen Aufwendungen für:

- Die Überführung der verstorbenen versicherten Person aus dem Ausland an den Ort des gewöhnlichen Aufenthaltes

  bis zu 10.000 Euro bzw.
- die Beisetzung der verstorbenen versicherten Person im Ausland

  bis zu 10.000 Euro.

Unser Dienstleister organisiert eine Beisetzung im Ausland oder eine Überführung an den Ort des gewöhnlichen Aufenthaltes der versicherten Person (vgl. Teil 1 Nr. 4.1).

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

5.1 Unsere Leistungspflicht wird bestimmt durch Art und Umfang unserer Versicherungsleistungen in den einzelnen Leistungsbeschreibungen (vgl. Teil 1 Nr. 2 bis 4).

Wir leisten jedoch generell nicht für:

- 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.
- Behandlungen durch Ehepartner, Lebenspartner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten erstatten wir tarifgemäß.

Der Auslandsreiseschutz (vgl. Teil 1 Nr. 4) enthält zudem keine Leistungen für:

- Behandlungen im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren.
- Krankheiten, von denen für die versicherte Person erkennbar bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise behandelt werden müssen. Dies gilt nicht, wenn die Reise wegen des Todes des Ehegatten bzw. des Lebenspartners einer eingetragenen Lebenspartnerschaft oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde.
- Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren.
- Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie Rehabilitationsmaßnahmen.
- Eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

5.2 **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. Teil 1 Nr. 6),
  - während der Wartezeiten (vgl. Teil 1 Nr. 7),
  - bei Aufenthalten im Ausland (vgl. Teil 1 Nr. 8),
  - bei Verletzung von Obliegenheiten (vgl. Teil 2 Nr. 3),
  - bei einem Beitragsrückstand (vgl. Teil 2 Nr. 5).

6. Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?

6.1 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 Wartezeiten (vgl. Teil 1 Nr. 7).

6.2 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 KAB gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

6.3 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.

6.4 Der Auslandsreiseschutz (vgl. Teil 1 Nr. 4) endet – auch wenn die Behandlung noch nicht abgeschlossen ist –
- jeweils mit Ende eines Auslandsaufenthaltes, spätestens jedoch drei Monate nach dessen Beginn bzw.
- mit Ende des Versicherungsvertrages (vgl. Teil 2 Nr. 9).

Kann die versicherte Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen nicht bis zum Ende des Versicherungsschutzes zurückreisen, gilt Folgendes: Unsere Leistungspflicht für den bereits eingetretenen Versicherungsfall verlängert sich so lange, bis die versicherte Person wieder transportfähig ist.

Für die übrigen Leistungen (vgl. Teil 1 Nr. 2 und 3) endet der Versicherungsschutz mit Beendigung des Versicherungsvertrages (vgl. Teil 2 Nr. 9). Dies gilt auch, wenn die Behandlung noch nicht abgeschlossen ist.

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

Die Wartezeiten fangen mit dem Versicherungsbeginn an (vgl. Teil 1 Nr. 6.1). 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 KAB gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

Für den Auslandsreiseschutz (vgl. Teil 1 Nr. 4) gelten keine Wartezeiten.

8. Was gilt für den Versicherungsschutz bei Aufenthalten im Ausland?

8.1 Für den Auslandsreiseschutz (vgl. Teil 1 Nr. 4) gilt:
Bei vorübergehenden Aufenthalten im Ausland bis zu drei Monaten Dauer besteht Versicherungsschutz. Nicht als Ausland gelten Deutschland und die Länder, in denen sich der Ort des gewöhnlichen Aufenthaltes der versicherten Person befindet.

8.2 Für die übrigen Leistungen (vgl. Teil 1 Nr. 2 und 3) gilt:
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 denje-

nigen 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.

8.3 Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb der EU bzw. des EWR, endet ihre Versicherung.

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

9.1 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.

Rechnungen über Heil- und Hilfsmittel müssen Sie uns zusammen mit der Verordnung schicken. Wir empfehlen, Rezepte zusammen mit der dazugehörigen Arzt- bzw. Heilpraktikerrechnung vorzulegen. Beim Bezug einer Sehhilfe genügt die Angabe der Dioptrienwerte in der Optikerrechnung.

9.2 Krankheitskosten in ausländischer Währung rechnen wir zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in Euro um.

9.3 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.

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

10.1 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 Euro 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.

10.2 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.

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

11.1 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.

11.2 Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden.

11.3 Haben Sie das Gutachten oder die Stellungnahme auf unsere Veranlassung eingeholt, erstatten wir Ihnen die entstandenen Kosten.

12. Können Sie Ihre Leistungsansprüche auf Dritte übertragen?

Sie dürfen Ihre Ansprüche auf Leistung 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 nach Tarifstufe KABN sind Personen, die in der deutschen GKV versichert sind.

Versicherungsfähig nach Tarifstufe KABZ sind Personen, die in der deutschen GKV versichert sind und bei uns einen KombiMed Zahn bzw. KombiMed Dental Tarif vereinbart haben.

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 Die versicherte Person muss sich von einem von uns beauftragten Arzt untersuchen lassen, wenn wir sie hierzu auffordern.

2.3 Die versicherte Person hat möglichst für die Minderung des Schadens zu sorgen. Sie muss alles unterlassen, was der Genesung entgegensteht.

2.4 Für eine versicherte Person darf keine weitere Zusatzversicherung für die in Teil 1 Nr. 2 genannten Leistungen bestehen.

3. Welche Folgen kann die Verletzung von Obliegenheiten haben?

3.1 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.

Wird die in Teil 2 Nr. 2.4 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.

3.2 Wir rechnen Ihnen die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person zu.

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.

Wir haben Tarif KAB 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 19., 29., 39., 49., 59., 69., 79. bzw. 89. Lebensjahr vollendet, gilt daher der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe. Diesen Beitrag haben Sie ab Beginn des dann folgenden Kalenderjahres zu zahlen.

Der Tarif KAB umfasst die zwei Tarifstufen KABN und KABZ. Die Tarifstufen unterscheiden sich lediglich dadurch, dass nach Tarifstufe KABZ versicherte Personen gleichzeitig einen KombiMed Zahn bzw. KombiMed Dental Tarif vereinbart haben müssen. Dadurch können sich für die beiden Tarifstufen bezogen auf die gleiche Altersgruppe unterschiedliche Beiträge ergeben.

4.2 Die Berechnung der Beiträge ist in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.

4.3 Bei Beitragsänderungen können wir auch vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

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. Er 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 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.

6. Unter welchen Voraussetzungen können wir die Beiträge ändern?

6.1 Wir vergleichen mindestens jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Leistungen. Der Vergleich erfolgt für jede Beobachtungseinheit (Personen mit Alter 0-19 bzw. ab Alter 20) einer Tarifstufe 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 durchführen, wenn ihr ein unabhängiger Treuhänder zustimmt.

Dabei können wir auch einen vereinbarten Risikozuschlag entsprechend ändern.

6.2 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 - 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.

7.2 Durch höchstrichterliche Entscheidungen oder bestandskräftige Verwaltungsakte insbesondere 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 in eine andere Tarifstufe oder in andere Tarife wechseln?

Sie haben das Recht, den Wechsel in eine andere Tarifstufe dieses Tarifs oder den Wechsel in einen anderen Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz zu verlangen. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person die in der angestrebten Tarifstufe bzw. 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.

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 KAB 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 KAB 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 aufgrund Wechsels der Altersgruppe (vgl. Teil 2 Nr. 4.1) oder der Tarifstufe (vgl. Teil 2 Nr. 9.6), müssen Sie innerhalb zweier Monate nach der Änderung kündigen. Erhöhen wir die Beiträge aufgrund einer Beitragsanpassung (vgl. Teil 2 Nr. 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. Teil 2 Nr. 7.1).

9.4 Ihre Kündigung für einzelne versicherte Personen ist nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass diese von der Kündigung erfahren haben.

9.5 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). Auf weitere Kündigungsmöglichkeiten - unser ordentliches Kündigungsrecht - verzichten wir.

9.6 Die Versicherung nach Tarifstufe KABZ endet zum gleichen Zeitpunkt, in dem der vereinbarte KombiMed Zahn bzw. KombiMed Dental Tarif endet. Die Versicherung nach Tarif KAB führen wir dann in der Tarifstufe KABN weiter. Diese Fortführung erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne neue Wartezeiten. Der Beitrag für die Tarifstufe KABN richtet sich nach dem erreichten Eintrittsalter der versicherten Person zum Zeitpunkt der Fortführung. Das Eintrittsalter errechnet sich aus der Differenz zwischen dem Jahr, in dem die Fortführung erfolgt und dem Geburtsjahr.

Bestehende Zuschläge für ein erhöhtes Krankheitsrisiko werden zu den gleichen Prozentsätzen auf die Tarifstufe KABN übertragen. Bestehende Leistungsausschlüsse werden ebenfalls übertragen.

9.7 Endet für die versicherte Person die Versicherung in der deutschen GKV, endet auch die Versicherung nach Tarif KAB. Dies gilt auch, wenn die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb der EU bzw. des EWR verlegt.

9.8 Der Versicherungsvertrag endet mit Ihrem Tod. Stirbt eine versicherte Person, endet deren Versicherung.

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.

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.

Anlage zu KombiMed Balance Tarif KAB – Tarifstufen KABN und KABZ
Information über die monatlichen Beiträge in den jeweiligen Altersgruppen

Wir haben den Tarif KAB 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. Der Beitrag ist daher abhängig vom Alter der versicherten Person. Dabei fassen wir mehrere Alter zusammen und berechnen den Beitrag jeweils nach diesen Altersgruppen.
Bei Erreichen des höchsten Alters der jeweiligen Altersgruppe wird die versicherte Person ab Beginn des folgenden Kalenderjahres in die nächsthöhere Altersgruppe eingestuft. Ab diesem Zeitpunkt müssen Sie den Beitrag der neuen Altersgruppe zahlen. Der Wechsel der Altersgruppe hat in der Regel deutliche Beitragssteigerungen zur Folge. Wir informieren Sie gern über die Beiträge in den einzelnen Altersgruppen.
Die Beiträge können sich zusätzlich durch erforderliche Beitragsanpassungen ändern.

Tarifstufe KABN

Altersgruppe*	Monatliche Beiträge in Euro (Einzelversicherung)** (Stand 1.7.2026)
0-19	11,45
20-29	11,63
30-39	17,83
40-49	26,24
50-59	29,61
60-69	31,81
70-79	37,54
80-89	37,54
ab 90	37,54

Tarifstufe KABZ

Altersgruppe*	Monatliche Beiträge in Euro (Einzelversicherung)** (Stand 1.7.2026)
0-19	10.31
20-29	10,47
30-39	16,05
40-49	23,61
50-59	26,65
60-69	28,63
70-79	33,79
80-89	33,79
ab 90	33,79

* 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.

** Ohne etwaigen Beitragsnachlass und ohne etwaige Zuschläge. Den individuellen aktuell zu zahlenden Beitrag für die versicherte Person finden Sie im Versicherungsschein, Nachtrag zum Versicherungsschein bzw. im Versicherungsausweis.

Bei einer Umstellung aus einer gleichartigen Versicherung, in welcher Alterungsrückstellungen gebildet wurden, gilt Folgendes: Bis dahin angesparte Alterungsrückstellungen werden in Tarif KAB „geparkt“. Sie führen nicht zu einer Minderung des Beitrags. Bei einem späteren Wechsel in einen gleichartigen Tarif, in dem Alterungsrückstellungen gebildet werden, übertragen wir die „geparkten“ Alterungsrückstellungen. Die Anrechnung erfolgt dann im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen.