

Tarife ohne Gesundheitsfragen – Was Sie wissen sollten!

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

Ab wann gilt ein Versicherungsfall als eingetreten?

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

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

Ein Praxisbeispiel zum besseren Verständnis:

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

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

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

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

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

KombiMed Krankenhaus Tarif UZ1, KombiMed Krankenhaus Tarif UZ2

FÜR VERSICHERTE DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG (GKV)

Sehr geehrter Versicherungsnehmer,

diese AVB sind die Grundlage für unser gemeinsames Vertragsverhältnis. Der zwischen Ihnen und uns vereinbarte Versicherungsschutz ergibt sich aus diesen AVB, dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen und den gesetzlichen Vorschriften.

Es gilt deutsches Recht.

Inhaltsverzeichnis

1. Unsere Leistungen

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

2. Sonstige Bestimmungen

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

1. Unsere Leistungen

1.1 Was ist versichert?

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

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

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

1.2 Was sind unsere Leistungen?

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

- **Bei Tarif UZ2:**

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

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

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

- **Bei Tarif UZ1:**

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

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

Sie erhalten pro Tag

- **25 EUR**

bei **Tarif UZ2** bzw.

- **50 EUR**

bei **Tarif UZ1**.

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

- Wir bieten Ihnen Serviceleistungen unseres Gesundheitstelefon an (Tel.: 0800/3746 444 gebührenfreie Rufnummer). Unsere Experten beraten Sie und geben Ihnen Informationen zu allgemeinen Gesundheitsfragen, Krankheiten, Arzneimitteln, Diagnose- und Behandlungsmethoden und zu geplanten Krankenhausaufenthalten. Wir nennen Ihnen Adressen und Telefonnummern von Behandlern und Kliniken. Außerdem bieten wir Ihnen zur Klärung schwieriger medizinischer Fragen die Einschaltung von Spezialisten und die Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung.
-

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

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

1.4 Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?

- Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Er beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung). Er beginnt auch nicht vor Ablauf der Wartezeiten (vgl. Nr.1.5).

- Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht. Eine Besonderheit gilt für Versicherungsfälle, die nach Abschluss des Versicherungsvertrages, aber vor Versicherungsbeginn oder Ablauf der Wartezeiten eingetreten sind. Hier leisten wir lediglich nicht für die Aufwendungen, die in der Zeit vor Versicherungsbeginn oder während der Wartezeiten angefallen sind. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
- Für das neugeborene Kind einer versicherten Person kann der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt beginnen. Dazu müssen Sie das Kind spätestens zwei Monate nach der Geburt rückwirkend zur Versicherung bei uns anmelden. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender sein als der der versicherten Person. Diese Regelungen gelten entsprechend bei Adoption eines minderjährigen Kindes. Allerdings können wir bei einem erhöhten Gesundheitsrisiko einen Zuschlag bis zur einfachen Beitragshöhe verlangen.
- Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung des Versicherungsvertrages (vgl. Nr. 2.9). Dies gilt auch, wenn die Behandlung noch nicht abgeschlossen ist.

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

Die Wartezeiten fangen mit dem Versicherungsbeginn an (vgl. Nr. 1.4). Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt bei einem Unfall. Für Entbindung, Psychotherapie und Zahnersatz beträgt die Wartezeit acht Monate.

Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

1.6 Gilt der Versicherungsschutz auch bei Aufenthalten im Ausland?

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

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

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

- Zur Prüfung unserer Leistungspflicht können wir Originalrechnungen verlangen. Beteiligt sich ein anderer Kostenträger (z.B. die GKV), reicht auch eine Kopie aus. Auf der Kopie muss der andere Kostenträger die Höhe seiner Leistung vermerkt haben.

Rechnungen müssen den Namen der behandelten Person, die Aufenthaltsdauer sowie die einzelnen Leistungen enthalten.

Beantragen Sie das Ersatztagegeld, benötigen wir eine Bescheinigung des Krankenhauses (Entlassungsanzeige). Diese muss Angaben über den Namen der behandelten Person und die Aufenthaltsdauer enthalten.

- Krankheitskosten in ausländischer Währung rechnen wir zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in Euro um.
- Sie erhalten die Versicherungsleistungen, sobald wir festgestellt haben, ob und in welcher Höhe wir leistungspflichtig sind. Sollten wir dafür länger als einen Monat brauchen, erhalten Sie auf Wunsch vorab einen Abschlag. Maßgebend dafür ist die Höhe des Betrags, den wir nach den bisherigen Feststellungen voraussichtlich mindestens zahlen müssen. Die Monatsfrist ist unterbrochen, solange unsere Feststellungen infolge Ihres Verschuldens nicht beendet werden können.
- Eine Abtretung oder Verpfändung Ihrer Leistungsansprüche (z.B. an das aufgesuchte Krankenhaus) ist nur mit unserer Zustimmung wirksam. Das Abtretungsverbot gilt nicht, wenn die versicherte Person die ausgehängte DKV-Card verwendet.

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

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 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.
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.

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

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.

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

2. Sonstige Bestimmungen

2.1 Wer kann versichert werden?

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

2.2 Welche Obliegenheiten (Mitwirkungspflichten) sind im Versicherungsfall zu beachten?

- Zur Prüfung unserer Leistungspflicht und des Leistungsumfangs benötigen wir von Ihnen bzw. der versicherten Person ggf. Auskünfte. Sie bzw. die versicherte Person sind verpflichtet, uns die gewünschten Auskünfte zu geben.
- Die versicherte Person hat möglichst für die Minderung des Schadens zu sorgen und alles zu unterlassen, was der Genesung entgegensteht.
- Für eine versicherte Person darf keine weitere Zusatzversicherung für die in Nr. 1.2 genannten Leistungen fortgeführt oder abgeschlossen werden.

2.3 Welche Folgen kann die Verletzung von Obliegenheiten haben?

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

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

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

2.4 Wie werden die Beiträge berechnet?

- Die Berechnung der Beiträge ist in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.
- Zu Beginn der Versicherung zahlen Sie den Beitrag, der dem Eintrittsalter der versicherten Person entspricht. Das Eintrittsalter errechnet sich aus der Differenz zwischen dem Jahr, in dem die Versicherung beginnt und dem Geburtsjahr. Vollendet eine versicherte Person das 19., 29., 39., 49., 59., 69., 79. bzw. 89. Lebensjahr, ist für sie ab Beginn des nächsten Kalenderjahres der Beitrag der nächst höheren Altersgruppe zu zahlen.

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

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

2.6 Unter welchen Voraussetzungen können wir die Beiträge ändern?

Wir vergleichen mindestens jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Der Vergleich erfolgt für jede Beobachtungseinheit (Personen mit Alter 0 – 19 bzw. ab Alter 20) separat. Ergibt dieser Vergleich eine Abweichung von über 5% können wir alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüfen und, soweit erforderlich, ändern. Bei einer Abweichung von mehr als 10% müssen wir alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüfen und, soweit erforderlich, ändern. In beiden Fällen darf die Abweichung jedoch nicht nur vorübergehend sein. Eine Beitragsänderung können wir nur mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders durchführen.

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

2.7 Unter welchen Voraussetzungen können wir die AVB ändern?

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

2.8 Kann die versicherte Person aus Tarif UZ1 bzw. UZ2 in andere Tarife wechseln?

- Sie haben das Recht, jederzeit den Wechsel in einen anderen Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz zu verlangen. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person die im angestrebten Tarif beschriebene Versicherungsfähigkeit erfüllt. Die Beitragskalkulation bestimmt sich nach den Grundsätzen des Zieltarifs. Dabei werden die bis zum Wechsel erworbenen Rechte angerechnet. Der Wechsel in einen Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsabhängig kalkuliert werden, ist ausgeschlossen.
- Soweit der Versicherungsschutz in dem neuen Tarif höher oder umfassender ist, können wir einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag verlangen. Letzteren können Sie abwenden, indem Sie für die Mehrleistungen einen Leistungsausschluss mit uns vereinbaren.

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

- Der Versicherungsvertrag wird zunächst für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen und verlängert sich danach jeweils um ein weiteres Versicherungsjahr. Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt. Es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre stimmen mit dem Kalenderjahr überein.
- Sie können Tarif UZ1 bzw. UZ2 zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, nicht jedoch vor Ablauf der ersten zwei Versicherungsjahre kündigen. Ihre Kündigung muss in Textform (z.B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate. Sie können Tarif UZ1 bzw. UZ2 auch nur für einzelne versicherte Personen kündigen. Die Kündigung ist dann aber nur wirksam, wenn die betroffene versicherte Person über Ihre Kündigung informiert ist.
- Bei einer Beitragserhöhung können Sie die Versicherung für die von der Anpassung betroffenen Personen kündigen. Ihre Kündigung muss in Textform (z.B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Die Kündigung wird dann zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung wirksam. Folgende Fristen sind zu beachten:
Erhöhen sich die Beiträge aufgrund Wechsels der Altersgruppe (vgl. Nr. 2.4), müssen Sie innerhalb zweier Monate nach der Änderung kündigen.
Erhöhen wir die Beiträge gemäß der Nr. 2.6, müssen Sie innerhalb zweier Monate nach Mitteilung der Änderung kündigen. Dies gilt entsprechend, wenn wir unsere Leistungen gemäß der Nr. 2.7 der AVB vermindern.
- Wir können den Versicherungsvertrag ganz oder teilweise nur im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen aus einem wichtigen Grund kündigen. Diese Möglichkeit haben wir z.B. dann, wenn Sie die Beiträge nicht rechtzeitig zahlen (vgl. Nr. 2.5).
- Endet für die versicherte Person die Versicherung in der deutschen GKV, endet auch die Versicherung nach Tarif UZ1 bzw. UZ2. Dies gilt auch, wenn die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb der EU bzw. des EWR verlegt oder stirbt.
- Wird der Versicherungsvertrag durch Kündigung ganz oder teilweise bzw. durch Ihren Tod beendet, können die versicherten Personen ihre Versicherung fortführen. Die Fortführungserklärung muss innerhalb zweier Monate nach der Beendigung erfolgen.

2.10 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.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

KombiMed Krankenhaustagegeld Tarif KKHT

Tagegeldversicherung für:

- vollstationäre Krankenhausbehandlung bzw.
- vollstationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme

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?	3
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?	4
1.7	Welche Voraussetzungen müssen Bescheinigungen über einen vollstationären Aufenthalt erfüllen und wann erhalten Sie unsere Leistungen?	4
1.8	Können Sie bzw. die versicherte Person Auskunft über Gutachten oder Stellungnahmen verlangen?	4
1.9	Können Sie Ihre Leistungsansprüche auf Dritte übertragen?	4

2. Sonstige Bestimmungen

2.1	Welche Obliegenheiten (Mitwirkungspflichten) sind zu beachten?	4
2.2	Welche Folgen kann die Verletzung von Obliegenheiten haben?	5
2.3	Wie berechnen wir die Beiträge?	5
2.4	Wann ist der Beitrag zu zahlen und welche Folgen kann eine verspätete Zahlung haben?	5
2.5	Unter welchen Voraussetzungen können wir die Beiträge ändern?	5
2.6	Unter welchen Voraussetzungen können wir die AVB ändern?	5
2.7	Kann die versicherte Person aus Tarif KKHT in andere Tarife wechseln?	5
2.8	Wie lange läuft der Versicherungsvertrag und welche Beendigungsgründe gibt es?	6
2.9	Welche Gerichte sind zuständig?	6

1. Unsere Leistungen

1.1 Was ist versichert?

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

Im Versicherungsfall zahlen wir Ihnen bei vollstationärer – nicht bei einer teil-, vor- oder nachstationären –

- Krankenhausbehandlung,
- Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme,

ein Tagegeld. Darüber hinaus erbringen wir 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

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

1.2 Was sind unsere Leistungen?

Leistungen bei vollstationärer Krankenhausbehandlung

- Für jeden Tag einer vollstationären Krankenhausbehandlung zahlen wir ein Tagegeld in vereinbarter Höhe. Wir zahlen das Tagegeld auch für den Aufnahme- und den Entlassungstag.
- Für die vollstationäre ärztliche Behandlung von Soldaten im Sanitätsbereich der Truppe wird die Hälfte des vereinbarten Tagegeldes gezahlt.
- Wird neben einem versicherten Kind während einer vollstationären Krankenhausbehandlung eine Bezugsperson als Begleitperson stationär aufgenommen, gilt: Bis zum vollendeten 14. Lebensjahr verdoppelt sich das für das Kind vereinbarte Tagegeld für die Dauer der Begleitung.

Leistungen bei vollstationärer Rehabilitationsmaßnahme

- Für jeden Tag einer ärztlich verordneten vollstationären Rehabilitationsmaßnahme zahlen wir ohne Kostennachweis ein Tagegeld in vereinbarter Höhe. Der Anspruch besteht auch für den Aufnahme- und den Entlassungstag.
- Wird ein versichertes Kind während einer ärztlich verordneten vollstationären Rehabilitationsmaßnahme von einer Bezugsperson begleitet, gilt: Bis zum vollendeten 14. Lebensjahr verdoppelt sich das für das Kind vereinbarte Tagegeld für die Dauer der Begleitung.

Leistungen bei vollstationärer Vorsorgemaßnahme

- Für jeden Tag einer ärztlich verordneten vollstationären Vorsorgemaßnahme zahlen wir ein Tagegeld in vereinbarter Höhe. Der Anspruch besteht auch für den Aufnahme- und den Entlassungstag. Wir zahlen das Tagegeld ohne Kostennachweis maximal für die Dauer von 28 Tagen.
- Ein erneuter Anspruch besteht, wenn der Beginn der letzten Vorsorgemaßnahme mindestens 36 Monate zurückliegt.
- Wird ein versichertes Kind während einer ärztlich verordneten vollstationären Vorsorgemaßnahme von einer Bezugsperson begleitet, gilt: Bis zum vollendeten 14. Lebensjahr verdoppelt sich das für das Kind vereinbarte Tagegeld für die Dauer der Begleitung.

Tagegeldhöhe

Das Tagegeld kann nur in ganzen Vielfachen von 5 EUR vereinbart werden. Es muss mindestens 10 EUR betragen. Die Leistungshöhe wird als Zusatz hinter der Tarifbezeichnung angegeben. „KKHT 30“ bedeutet demnach 30 EUR Tagegeld. Für Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr kann maximal ein Tagegeld von 30 EUR vereinbart werden.

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 Tagegeld für vollstationäre, mindestens 92 Tage dauernde ununterbrochene Heilbehandlung,
- der Tarif KKHT besteht mindestens während der letzten 12 Monate ohne Beitragsrückstände.

Die Beitragsbefreiung für Tarif KKHT gilt ab dem Ersten des Monats, in dem die Voraussetzungen erfüllt sind. Sie bezieht sich auf volle Monatsbeiträge.

Serviceleistungen

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

- allgemeinen Gesundheitsfragen,
- Krankheiten und Arzneimitteln,
- Diagnose- und Behandlungsmethoden,
- geplanten Krankenhausaufenthalten,
- Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen.

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

Wahl des Krankenhauses bzw. der Rehabilitationseinrichtung

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

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).

Wir leisten jedoch generell nicht für:

- Krankheiten und Unfälle, die jeweils durch Kriegereignisse 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 Kriegereignisses 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.
- Eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

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

- Vor Beginn und nach Ende des Versicherungsschutzes (vgl. Nr. 1.4),
- bei Wartezeiten (vgl. Nr. 1.5),
- bei Aufenthalten im Ausland (vgl. Nr. 1.6),
- bei Verletzung von Obliegenheiten (vgl. Nr. 2.2),
- bei einem Beitragsrückstand (vgl. Nr. 2.4).

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 Abschluss des Versicherungsvertrages eingetreten sind, leisten wir nicht. Davon ist auszugehen, wenn eine
 - stationäre Krankenhausbehandlung,
 - Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme

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(n) erfolgt sein. Für Versicherungsfälle, die nach Abschluss des Versicherungsvertrages, aber vor Versicherungsbeginn oder Ablauf der Wartezeiten eingetreten sind, gilt: Wir zahlen das Tagelohn lediglich nicht für die Tage einer Krankenhausbehandlung bzw. Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme, die in der Zeit vor Versicherungsbeginn oder während der Wartezeiten liegen. Bei einem Wechsel in Tarif KKHT gelten die Sätze 1 bis 5 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. 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. 2.8). Dies gilt auch, wenn die Behandlung noch nicht abgeschlossen ist.

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

Die Wartezeiten fangen mit dem Versicherungsbeginn an (vgl. Nr. 1.4). Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt bei einem Unfall. Für Entbindung, Psychotherapie und Zahnersatz beträgt die Wartezeit acht Monate.

Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

1.6 Gilt der Versicherungsschutz auch bei Aufenthalten im Ausland?

Bei vorübergehenden Aufenthalten im europäischen Ausland besteht Versicherungsschutz. Der gewöhnliche Aufenthalt muss weiterhin in Deutschland sein.

Bei vorübergehenden Aufenthalten im außereuropäischen Ausland bleibt der Versicherungsschutz für sechs Monate ab Beginn des Auslandsaufenthaltes bestehen. Muss die versicherte Person ihren Aufenthalt wegen medizinisch notwendiger Heilbehandlung über sechs Monate hinaus ausdehnen, gilt Folgendes: Solange sie die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, besteht für bis zu zwei weitere Monate Versicherungsschutz.

Bitte teilen Sie uns unverzüglich mit, wenn der vorübergehende Aufenthalt im außereuropäischen Ausland länger als sechs Monate dauern wird. Wir prüfen dann, ob eine Vereinbarung zur weiteren Fortführung des Versicherungsschutzes möglich ist.

Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat außerhalb der Europäischen Union bzw. des Europäischen Wirtschaftsraums endet die Versicherung.

1.7 Welche Voraussetzungen müssen Bescheinigungen über einen vollstationären Aufenthalt erfüllen und wann erhalten Sie unsere Leistungen?

- Zur Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir eine Bescheinigung des Krankenhauses bzw. der Rehabilitationseinrichtung (Entlassungsanzeige) im Original. Diese muss Angaben über den Namen der behandelten Person, die Aufenthaltsdauer und die Krankheitsbezeichnungen enthalten.
- 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 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.

1.9 Können Sie Ihre Leistungsansprüche auf Dritte übertragen?

Sie dürfen Ihre Ansprüche auf Leistung weder abtreten noch verpfänden.

2. Sonstige Bestimmungen

2.1 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.
- Für eine versicherte Person darf eine weitere Tagegeldversicherung für
 - vollstationäre Krankenhausbehandlungen bzw.
 - vollstationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmennur mit unserer Einwilligung abgeschlossen werden. Dies gilt auch für die Erhöhung einer entsprechenden Tagegeldversicherung, die anderweitig besteht.

2.2 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 Auskunftspflicht 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 Nr. 2.1 Punkt 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.

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

2.3 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 Tarif KKHT 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 14., 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.

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

2.4 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 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.

2.5 Unter welchen Voraussetzungen können wir die Beiträge ändern?

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) 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.

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.

2.6 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.

2.7 Kann die versicherte Person aus Tarif KKHT 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.

2.8 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 KKHT 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 KKHT 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. 2.3), müssen Sie innerhalb zweier Monate nach der Änderung kündigen. Erhöhen wir die Beiträge aufgrund einer Beitragsanpassung (vgl. Nr. 2.5), 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. 2.6 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. 2.4). Auf weitere Kündigungsmöglichkeiten – unser ordentliches Kündigungsrecht – verzichten wir.
- Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat außerhalb der Europäischen Union bzw. des Europäischen Wirtschaftsraums endet die Versicherung.
- 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.

2.9 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.

Kundeninformationsblatt zur Krankenversicherung Einzelversicherung

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

Die Informationen auf diesem Blatt sind nicht abschließend.
Einzelheiten entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) Ihres Tarifs.

Angaben zum Versicherer

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

Vorstand und Aufsichtsrat

Vorstand: Dr. Clemens Muth, Vorsitzender;
Dr. Dr. Michael Fauser, Dr. Christoph Jurecka,
Mark Lammerskitten, Christian Molt, Dr. Sebastian Rapsch
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Markus Rieß

Hauptgeschäft

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

Angaben zum Garantiefonds

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

Versicherungsleistungen und Beitrag

Vertragsgrundlage sind die AVB. Hierzu zählen auch die Tarifbestimmungen. Diese Unterlagen enthalten abschließende Angaben zu den Leistungen. Im Informationsblatt zu Versicherungsprodukten fassen wir die wichtigsten Bestimmungen noch einmal zusammen. Die Höhe des zu zahlenden Beitrags entnehmen Sie bitte dem Antrag.

Zahlungsmodalitäten

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

Zustandekommen des Vertrages

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

Annahmefrist

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

Widerrufsrecht

Die Widerrufsbelehrung entnehmen Sie bitte dem Antrag. Sie enthält Angaben zu Ihrem Widerrufsrecht und den Folgen eines Widerrufs.

Versicherungsdauer

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

Vertragsbeendigung

Unter welchen Voraussetzungen können wir kündigen?

Für die Krankentagegeldversicherung gilt: Wir können zum Ende eines jeden der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Voraussetzung ist, dass kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht.

Ansonsten gilt für alle Versicherungen: Wir können den Versicherungsvertrag ganz oder teilweise im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen nur aus einem wichtigen Grund kündigen.

Die Einzelheiten entnehmen Sie bitte den AVB.

Unter welchen Voraussetzungen können Sie kündigen?

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

Die Kündigung eines Tarifs, der die gesetzliche Pflicht zur Versicherung erfüllt, hat folgende weitere Voraussetzungen: Für die versicherte Person muss bei einem anderen Unternehmen eine neue Versicherung abgeschlossen sein. Diese muss den Anforderungen an die gesetzliche Pflicht zur Versicherung genügen und nahtlos an die bisherige Versicherung anknüpfen. Nur wenn Sie dies innerhalb von zwei Monaten nach Ihrer Kündigungserklärung nachweisen, wird Ihre Kündigung wirksam.

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

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

Sonstiges

Der Sitzstaat ist Deutschland. Es gilt deutsches Recht. Die Vertragssprache ist deutsch.

Außergerichtliche Streitbeilegung

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. Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt unberührt. 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.

Aufsichtsbehörde

Die zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungen (BaFin). Auch an die BaFin können Sie Beschwerden richten. Die Adresse lautet: Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Tarif nach Art der Schadenversicherung

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

Tarif KombiMed Krankenhaustagegeld KKHT(STAND: 01.09.2018) Krankenhaustagegeld je 5 EURO

Alter	Monatliche Beiträge in Euro Mann / Frau
0 - 14	1,17
15 - 19	1,09
20 - 29	0,93
30 - 39	1,12
40 - 49	1,28
50 - 59	2,33
60 - 69	4,05
70 - 79	6,95
80 - 89	10,18
ab 90	10,77

Tarif KombiMed Krankenhaus UZ1

Alter	Monatliche Beiträge in Euro Mann / Frau
0 - 19	10,86
20 - 29	12,57
30 - 39	18,53
40 - 49	17,81
50 - 59	23,19
60 - 69	35,56
70 - 79	58,73
80 - 89	91,75
ab 90	99,34

Kundeninformation bei Verträgen im elektronischen Geschäftsverkehr

(gemäß § 312 g BGB in Verbindung mit Artikel 246 § 3 des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuch)

1. Welche technischen Schritte führen zum Vertragsabschluss?

Sie werden durch den Onlineabschluss geführt. Erst durch Klick auf „Zahlungspflichtig abschließen“ kommt es zum Vertragsabschluss. Eine Änderung Ihrer Eingaben ist danach nicht mehr möglich. Bevor Sie auf „Zahlungspflichtig abschließen“ klicken, sollten Sie daher Ihre Eingaben immer prüfen und falls erforderlich, korrigieren. Dazu klicken Sie bitte an der erforderlichen Stelle auf den Button „Ändern“.

Nach dem Klick auf „Zahlungspflichtig abschließen“ können Sie über den Button „Download Versicherungsunterlagen“ Ihren Versicherungsschein als PDF-Dokument herunterladen und zu Ihren Unterlagen nehmen.

Bitte beachten Sie in den Anlagen des Versicherungsscheins die weiteren Hinweise zu den Themen Datenschutz und Lastschriftverfahren.

2. Können gemachte Eingaben vor dem Abschluss der Versicherung geändert werden?

Sind Sie unsicher, ob Sie überall richtige Angaben gemacht haben, können Sie vor Abschluss der Versicherung jederzeit Ihre Angaben prüfen und ändern. Mit Hilfe des Buttons „Ändern“ können Sie an der jeweiligen Stelle die nötigen Korrekturen vornehmen.

3. Werden Ihre Vertragsdaten gespeichert?

Die von Ihnen eingegebenen Vertragsdaten werden von der DKV Deutsche Krankenversicherung AG gespeichert. Sie werden zur Begründung sowie Durchführung des Versicherungsvertrags verarbeitet und genutzt.

Als Versicherungsnehmer haben Sie die Möglichkeit, Ihre Vertragsdaten online einzusehen. Bitte melden Sie sich dazu bei „Meine Versicherungen“, dem persönlichen Kundenbereich der ERGO Versicherungsgruppe, an. Hier können private Kunden ihre aktuellen Verträge bei der DKV, ERGO sowie D.A.S. einsehen und bearbeiten.

Sie können auch telefonisch (z. B. per Rückrufservice) oder per E-Mail Auskunft zu Ihrem Versicherungsschutz erhalten.

Informieren Sie sich dazu unter www.kontakt.dkv.com

4. In welcher Sprache erfolgt der Vertragsschluss?

Die Vertragssprache ist Deutsch. Bitte geben Sie Ihre Kundendaten im Rahmen des Onlineabschlusses daher in deutscher Sprache ein.

Übersicht Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

In der folgenden Aufstellung finden Sie eine Übersicht über die zusammengestellten Dokumente in diesem PDF:

1. Informationsblatt zu Versicherungsprodukten für KKHT
2. Informationsblatt zu Versicherungsprodukten für UZ1

Private Krankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

DKV

Unternehmen: DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Deutschland Produkt: KombiMed Krankenhaustagegeld Tarif KKHT

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz.

Diese Informationen sind nicht abschließend. Der Vertragsinhalt ergibt sich aus folgenden Unterlagen:

- Ihrem Antrag bzw. Ihrer Anfrage in Verbindung mit unserem Angebot,
- dem Versicherungsschein bzw. -ausweis und ggf. weiteren schriftlichen Vereinbarungen,
- den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB),
- in der Gruppenversicherung dem Gruppenversicherungsvertrag.

Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Tagegeldversicherung für vollstationäre Krankenhausbehandlung bzw. vollstationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen.



Was ist versichert?

Sie sind versichert

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

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

Im Versicherungsfall zahlen wir das vereinbarte Tagegeld bei

- ✓ vollstationärer Krankenhausbehandlung,
- ✓ vollstationärer Rehabilitationsmaßnahme,
- ✓ vollstationärer Vorsorgemaßnahme.

Weitere Leistungen:

- ✓ Wird ein versichertes Kind von einer Bezugsperson begleitet (im Fall der Krankenhausbehandlung mit stationärer Aufnahme), gilt: Bis zum vollendeten 14. Lebensjahr verdoppelt sich das für das Kind vereinbarte Tagegeld für die Dauer der Begleitung.
- ✓ Beitragsbefreiung bei vollstationärer Krankenhausbehandlung über 91 Tage.
- ✓ Serviceleistungen unseres Gesundheitstelefon (Tel.: 0800 3746-444 gebührenfreie Rufnummer).



Was ist nicht versichert?

- ✗ Versicherungsfälle, die vor Abschluss des Versicherungsvertrages eingetreten sind.
- ✗ Versicherungsfälle, die durch vorsätzliches Handeln oder Kriegereignisse verursacht werden, einschließlich deren Folgen.
- ✗ Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren.
- ✗ Eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Die Deckung wird bestimmt durch Art und Umfang der Versicherungsleistungen in den einzelnen Leistungsbeschreibungen (vgl. AVB).
- ! Bei einer vollstationären Vorsorgemaßnahme zahlen wir das vereinbarte Tagegeld maximal für die Dauer von 28 Tagen. Ein erneuter Anspruch besteht, wenn der Beginn der letzten Vorsorgemaßnahme mindestens 36 Monate zurückliegt.
- ! Für die vollstationäre ärztliche Behandlung von Soldaten im Sanitätsbereich der Truppe wird die Hälfte des vereinbarten Tagegeldes gezahlt.
- ! Keine Leistung während der Wartezeit.
- ! Begrenzung der Gesamterstattung auf die Summe der Aufwendungen.
- ! Weitere Einschränkungen können sich ergeben:
 - bei Aufhalten im Ausland.
 - bei Verletzung von Obliegenheiten.
 - bei einem Beitragsrückstand.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Ihr Versicherungsschutz besteht in Deutschland.
- ✓ Bei vorübergehenden Aufenthalten im europäischen Ausland besteht Versicherungsschutz. Dies gilt entsprechend bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat der Europäischen Union (EU) bzw. des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR).
- ✓ Bei vorübergehenden Aufenthalten im außereuropäischen Ausland bleibt der Versicherungsschutz für sechs Monate ab Beginn des Auslandsaufenthaltes bestehen.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Zur Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir ggf. Auskünfte von Ihnen bzw. der versicherten Person. Sie bzw. die versicherte Person sind verpflichtet, uns die gewünschten Auskünfte zu geben.
- Die versicherte Person muss sich von einem von uns beauftragten Arzt untersuchen lassen, wenn wir sie hierzu auffordern.
- Die versicherte Person hat möglichst für eine Minderung des Schadens zu sorgen. Sie muss alles unterlassen, was der Genesung entgegensteht.
- Für eine versicherte Person darf eine weitere Tagegeldversicherung für vollstationäre Krankenhausbehandlungen bzw. vollstationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen nur mit unserer Einwilligung abgeschlossen werden. Dies gilt auch für die Erhöhung einer entsprechenden Tagegeldversicherung, die anderweitig besteht.



Wann und wie zahle ich?

Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und ist am Ersten eines jeden Monats fällig. Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins bzw. -ausweises zahlen. Nicht jedoch vor dem dort genannten Versicherungsbeginn.

Sie können uns den Beitrag überweisen oder uns ermächtigen, den Beitrag von Ihrem Konto einzuziehen. Bei der Gruppenversicherung gilt die im Gruppenversicherungsvertrag hinterlegte Zahlungsweise.



Wann beginnt und wann endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bzw. -ausweis angegebenen Zeitpunkt. Er beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages, bei der Gruppenversicherung nicht vor Zugang der Beitrittserklärung und vor Beginn des Gruppenversicherungsvertrages. Außerdem beginnt der Versicherungsschutz nicht vor Ablauf der Wartezeit.

Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung der Versicherung. Dies gilt auch, wenn die Behandlung noch nicht abgeschlossen ist.

Die Versicherung endet u. a. bei

- Kündigung,
- Tod der versicherten Person,
- Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat außerhalb der EU bzw. des EWR.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie können den Versicherungsvertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, nicht jedoch vor Ablauf der ersten zwei Versicherungsjahre, kündigen.

Ihre Kündigung muss in Textform (z. B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate. Sie können Ihre Kündigung auf einzelne versicherte Personen beschränken.

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

Unter bestimmten Voraussetzungen haben Sie ein Sonderkündigungsrecht. Zum Beispiel wenn sich die Beiträge erhöhen.

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

Private Krankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten



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

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz.

Diese Informationen sind nicht abschließend. Der Vertragsinhalt ergibt sich aus folgenden Unterlagen:

- Ihrem Antrag bzw. Ihrer Anfrage in Verbindung mit unserem Angebot,
- dem Versicherungsschein bzw. -ausweis und ggf. weiteren schriftlichen Vereinbarungen,
- den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB),
- in der Gruppenversicherung dem Gruppenversicherungsvertrag.

Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private stationäre Ergänzungsversicherung für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).



Was ist versichert?

Sie sind versichert

- ✓ bei stationärem Krankenhausaufenthalt.

Wir ersetzen nach Vorleistung der GKV folgende Aufwendungen:

- ✓ **Tarif UZ 1:** Zuschlag für die gesondert berechenbare Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer.
- ✓ **Tarif UZ 2:** Zuschlag für die gesondert berechenbare Unterbringung im Zweibettzimmer.
- ✓ Kann das Krankenhaus keine gesondert berechenbare Unterbringung zur Verfügung stellen, zahlen wir ein Tagegeld von
50 Euro für Tarif UZ 1 und von
25 Euro für Tarif UZ 2.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Versicherungsfälle, die vor Abschluss des Versicherungsvertrages eingetreten sind.
- ✗ allgemeine Krankenhausleistungen.
- ✗ alle sonstigen Behandlungsleistungen (z. B. von Ärzten und Hebammen).
- ✗ Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen.
- ✗ Versicherungsfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht werden, einschließlich deren Folgen.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

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



Wo bin ich versichert?

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



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Zur Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir ggf. Auskünfte von Ihnen bzw. der versicherten Person. Sie bzw. die versicherte Person sind verpflichtet, uns die gewünschten Auskünfte zu geben.
- Die versicherte Person muss sich von einem von uns beauftragten Arzt untersuchen lassen, wenn wir sie hierzu auffordern.
- Die versicherte Person hat möglichst für eine Minderung des Schadens zu sorgen. Sie muss alles unterlassen, was der Genesung entgegensteht.
- Für eine versicherte Person darf keine weitere Zusatzversicherung für die Leistungen des jeweiligen Tarifs bestehen.



Wann und wie zahle ich?

Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins bzw. -ausweises zahlen. Nicht jedoch vor dem dort genannten Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge sind, je nach Zahlungsweise, zu Beginn des vereinbarten Beitragszeitraums fällig. Bei der Gruppenversicherung gilt die im Gruppenversicherungsvertrag hinterlegte Zahlungsweise.

Sie können uns den Beitrag überweisen oder uns ermächtigen, den Beitrag von Ihrem Konto einzuziehen. Eine solche Einzugsermächtigung ist in der Regel Voraussetzung für die Teilnahme an einem Gruppenversicherungsvertrag.



Wann beginnt und wann endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bzw. -ausweis angegebenen Zeitpunkt. Er beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages, bei der Gruppenversicherung nicht vor Zugang der Beitrittserklärung und vor Beginn des Gruppenversicherungsvertrages. Außerdem beginnt der Versicherungsschutz nicht vor Ablauf der Wartezeit.

Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung der Versicherung. Dies gilt auch, wenn die Behandlung noch nicht abgeschlossen ist.

Die Versicherung endet u. a. bei

- Beendigung der Versicherung in der deutschen GKV,
- Kündigung,
- Tod der versicherten Person,
- Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat außerhalb der EU bzw. des EWR.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie können den Versicherungsvertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, nicht jedoch vor Ablauf der ersten zwei Versicherungsjahre, kündigen.

Ihre Kündigung muss in Textform (z. B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate. Sie können Ihre Kündigung auf einzelne versicherte Personen beschränken.

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

Unter bestimmten Voraussetzungen haben Sie ein Sonderkündigungsrecht. Zum Beispiel wenn sich die Beiträge erhöhen.

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

Erklärungen des Antragstellers/Beitretenden und der zu versichernden Person(en).

Information zum Datenschutz

Hiermit informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich?

DKV Deutsche Krankenversicherung AG
Aachener Straße 300
50933 Köln

Telefon: 0800 3746444
Fax: 01805 786000
(14 Ct./Min. aus dem deutschen Festnetz; max. 42 Ct./Min. aus dt. Mobilfunknetzen)
E-Mail: service@dkv.com

Unseren **Datenschutzbeauftragten** erreichen Sie unter der o.g. Adresse oder unter: datenschutz@dkv.com

Für welche Zwecke und auf welcher Rechtsgrundlage werden Ihre Daten verarbeitet?

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Wenn Sie sich bei uns versichern möchten, benötigen wir Ihre Daten für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten, um Ihnen die Police auszustellen oder eine Rechnung zu schicken. Angaben in Leistungsfällen benötigen wir, um zu prüfen, wie Sie sich im Detail abgesichert haben und welche Leistungen Sie von uns erhalten. Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages sind ohne die Verarbeitung Ihrer Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Wir nutzen zudem ausgewählte Daten aller innerhalb der ERGO Gruppe bestehenden Verträge für die Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise, um Sie gezielt bei einer Vertragsanpassung oder -ergänzung zu beraten. Sie sind auch die Grundlage für einen umfassenden Kundenservice.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten, z.B. Ihre Gesundheitsdaten, erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i. V. m. § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO). Dies kann z. B. erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur bedarfsgerechten Werbung für eigene Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der ERGO Gruppe und ihrer Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können.

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen. Schicken Sie uns hierzu eine kurze Nachricht per Post: DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Aachener Str. 300, 50933 Köln oder gern per E-Mail an: service@dkv.com. Per Fax erreichen Sie uns unter 01805 786000 (14 Ct./Min. aus dem deutschen Festnetz; max. 42 Ct./Min. aus dt. Mobilfunknetzen). Telefonisch erreichen Sie uns unter 0800 3746444 (gebührenfrei)¹.

¹oder aus dem Ausland +49 221 57894005 (Kosten gemäß Tarif des jeweiligen ausländischen Netzbetreibers bzw. Mobilfunkanbieters)

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen. Dazu gehören z. B. aufsichtsrechtliche Vorgaben, handels- und steuerrechtliche Aufbewahrungspflichten oder unsere Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO.

An welche Empfänger leiten wir Ihre personenbezogenen Daten weiter?

Rückversicherer

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei spezialisierten Versicherungsunternehmen - den sogenannten Rückversicherern. Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und gegebenenfalls Leistungsdaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann.

Vermittler

Werden Sie von einem Vermittler betreut, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Daten. Diese Daten gibt der Vermittler an uns weiter. Wir übermitteln im Gegenzug auch Daten an Ihren Vermittler, soweit der Vermittler diese Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigt.

Datenverarbeitung in der ERGO Gruppe

Innerhalb der ERGO Gruppe werden bestimmte Aufgaben in der Datenverarbeitung zentral wahrgenommen. Wenn Sie bei einem oder mehreren Unternehmen der ERGO Gruppe versichert sind, können Ihre Daten also durch ein Unternehmen der ERGO Gruppe verarbeitet werden. Beispielsweise aus folgenden Gründen: zur Verwaltung von Adressen, für den Kundenservice, zu Marketingzwecken, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung. In der beiliegenden Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen. Die jeweils aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.dkv.com im Abschnitt „Datenschutz“ eingesehen werden.

Externe Dienstleister

Wir arbeiten mit ausgewählten externen Dienstleistern zusammen, um unsere vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zu erfüllen. In der Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, zu denen wir dauerhafte Geschäftsbeziehungen haben. Die jeweils aktuelle Version können Sie auf unserer Internetseite einsehen.

Weitere Empfänger

Darüber hinaus können wir verpflichtet sein, Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger zu übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden und Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen).

Welche anderen Datenquellen nutzen wir?

Frühere Versicherer

Es kommt vor, dass wir mit Ihrem früheren Versicherer erforderliche personenbezogene Daten austauschen. Wenn Sie z. B. bei Abschluss des Versicherungsvertrages Ihre bisherige Vorversicherungszeit anrechnen lassen oder Ihre portablen Alterungsrückstellungen mitnehmen möchten.

Welche Daten tauschen wir aus?

- Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum
- Versicherungsbeginn und Versicherungsende
- sowie den Übertragungswert

Müssen wir Gesundheitsdaten abfragen, holen wir stets zuvor Ihre Einwilligung ein.

Datenaustausch mit Ihrem Arbeitgeber

Sofern Ihr Arbeitgeber für Sie als Mitarbeiter eine Gruppenversicherung bei uns abschließt, meldet er Sie zur Versicherung an. Hierbei teilt er uns Ihren Namen, Ihre Adresse, Ihr Geburtsdatum und Ihr Geschlecht mit.

Adressabfragen

Wir benötigen Ihre Adressdaten für die Verwaltung des Vertrags. Wöchentlich erhalten wir daher eine Liste mit Adressen von Personen, die bei der Deutschen Post einen Nachsendeantrag gestellt und sich mit der Weitergabe der neuen Adresse an Dritte einverstanden erklärt haben. Wir erhalten die Liste von der Deutsche Post Adress GmbH & Co. KG, Am Anger 33, 33332 Gütersloh. In dieser Liste sind die bisherige und die neue Anschrift sowie der voraussichtliche Zeitpunkt des Anschriftenwechsels/Umzugs aufgeführt. Wir prüfen, ob einer unserer Kunden auf dieser Liste steht, und speichern gegebenenfalls die neue Anschrift. Danach löschen wir die gelieferten Daten.

Dennoch kann es vorkommen, dass wir Ihnen einen Brief nicht zustellen können, da uns Ihre aktuelle Anschrift nicht vorliegt. Dann kann es zusätzlich notwendig sein, eine Anfrage an Ihr zuständiges Einwohnermeldeamt zu richten.

Wie übermitteln wir Daten ins außereuropäische Ausland?

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt dies nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde. Daneben ist dies erlaubt, wenn andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind. Detaillierte Informationen dazu sowie über das Datenschutzniveau bei unseren Dienstleistern in Drittländern können Sie unter der oben genannten Adresse anfordern.

Sind auch automatisierte Einzelfallentscheidungen möglich?

Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, entscheiden wir in einigen Fällen voll automatisiert über das Zustandekommen des Vertrages, mögliche medizinische Zuschläge oder über die Höhe der von Ihnen zu zahlenden Versicherungsprämie. Bei den automatisierten Entscheidungen verarbeiten wir die von Ihnen im Versicherungsantrag beantworteten Gesundheitsfragen. Bei bestimmten Krankheitsbildern ist ein Vertragsschluss regelmäßig nicht möglich. Bei anderen vergeben wir automatisch einen vorher prozentual festgelegten Zuschlag.

Im Lauf der Vertragsdurchführung treffen wir in einigen Fällen auch automatisierte Entscheidungen. Bei Ergänzungsversicherungen kündigen wir einen Vertrag automatisch, wenn Sie mit der Zahlung ihrer Beiträge in Verzug sind und auf unsere Mahnungen nicht reagieren. Bei diesen automatisierten Entscheidungen verarbeiten wir insbesondere die Daten über Ihre Beitragszahlungen.

Unsere Leistungsprüfung kann auch auf einer vollständig oder teilweise automatisierten Bearbeitung beruhen. Dies gilt sowohl für die private Kranken- wie auch für die Pflegeversicherung. Bei den automatisierten Entscheidungen verarbeiten wir – die Angaben aus den eingereichten Rechnungen sowie – die Leistungsmerkmale der jeweils versicherten Tarifbedingungen.

Was ist das Ziel der automatisierten Entscheidungen?

Wir möchten die Antrags-, Vertrags- und Leistungsbearbeitung im Interesse unserer Versicherten schnell und kostengünstig durchführen. Dazu nutzen wir die Möglichkeiten der Digitalisierung.

Wie lange speichern wir Ihre Daten?

Wir speichern Ihre Daten während der Laufzeit Ihres Vertrags. Darüber hinaus speichern wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung von gesetzlichen Nachweis- und Aufbewahrungspflichten. Diese ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Aufbewahrungsfristen betragen bis zu zehn Jahre.

Welche Rechte haben Sie?

Sie haben neben dem Widerspruchsrecht ein Recht auf Auskunft, Berichtigung und Löschung Ihrer Daten und auf Einschränkung der Verarbeitung. Wir stellen Ihnen die von Ihnen bereitgestellten Daten auf Wunsch in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zur Verfügung. Falls Sie Daten einsehen oder etwas ändern wollen, wenden Sie sich bitte an die oben genannte Adresse.

Möchten Sie sich über den Umgang mit Ihren Daten beschweren?

Sie haben die Möglichkeit, sich an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Nordrhein-Westfalen
Kavalleriestr. 2-4
40213 Düsseldorf

Gilt nur bei einer Gruppenversicherung

Einwilligung zum Bestandsabgleich

Mir ist bekannt, dass die DKV und der Versicherungsnehmer bei Beitritt zur Gruppenversicherung einen Bestandsabgleich durchführen. Dieser Bestandsabgleich erfolgt auch nach Vertragsschluss regelmäßig einmal im Jahr. Hierdurch wird festgestellt, ob ich (weiterhin) in der abgeschlossenen Gruppenversicherung versicherungsfähig bin. Ich willige ein, dass die DKV jährlich meine hierzu erforderlichen personenbezogenen Daten an den Versicherungsnehmer übermittelt. Das sind:

- Name
- Adresse und
- Geburtsdatum.

Gleichzeitig willige ich ein, dass der Versicherungsnehmer diese Daten für den Bestandsabgleich nutzt und speichert. Das Ergebnis übermittelt er an die DKV.

Ich weiß, dass die Abgabe dieser Einwilligung freiwillig ist. Ich kann die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der DKV widerrufen. Gebe ich die Einwilligung nicht ab, kann ich an der Gruppenversicherung nicht teilnehmen. Falls ich die Einwilligung widerrufe, kann der Vertrag in der Gruppenversicherung nicht fortgeführt werden.

Gilt nur für Kooperationen mit Krankenkassen

Die DKV unterhält Kooperationen mit verschiedenen Krankenkassen. Wenn zwischen meiner Krankenkasse und der DKV eine solche Kooperation besteht, kann mein Vertrag im Rahmen dieser Kooperation zustande kommen. Für diesen Fall gebe ich die folgenden Erklärungen ab:

Zusatzerklärung

Ich willige ein: Die DKV ist berechtigt, meiner gesetzlichen Krankenversicherung Angaben aus meinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten weiterzugeben.

Diese Angaben können Art und Umfang, Wechsel und Ende meines Versicherungstarifs betreffen. Meine gesetzliche Krankenversicherung darf diese Angaben speichern und nutzen. Zusätzlich willige ich in Folgendes ein: **Meine gesetzliche Krankenversicherung darf der DKV regelmäßig Auskunft über das Bestehen bzw. das Ende meiner Krankenversicherung geben.**

Sonderkonditionen

Wartezeiten

Die in den AVB vorgesehenen Wartezeiten entfallen. Dies gilt nicht für Tarife, die ohne Gesundheitsfragen abgeschlossen werden können (Ausnahme: KombiMed Tarif KSHR).

Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht (KombiMed Tarife KTAG, KTN2)

Die Tarife KTAG und KTN2 sehen in den AVB ein ordentliches Kündigungsrecht vor.

Wir verzichten hierauf.

Entfall der Sonderkonditionen

Die genannten Sonderkonditionen und der Beitragsnachlass entfallen, wenn

- die Mitgliedschaft / Versicherung in der Krankenkasse, mit der die DKV gemäß § 194 Sozialgesetzbuch V bzw. § 47 Sozialgesetzbuch XI kooperiert, oder
- diese Kooperationsvereinbarung endet.

Einwilligung zur Datenübermittlung an die DKV

Mir ist bekannt, dass Grundlage dieses Vertrags eine Kooperation der DKV mit meiner Krankenkasse ist. Im Rahmen dieser Kooperation können die DKV und meine Krankenkasse einen besonderen Service für die Leistungsabwicklung anbieten: Meine Krankenkasse kann Rechnungen sowie Heil- und Kostenpläne von Leistungserbringern, die sie nicht oder nur teilweise übernimmt, direkt an die DKV weiterleiten. Eine Erstattung dieser Kosten kommt nämlich grundsätzlich aus der bei der DKV für mich bestehenden privaten Ergänzungsversicherung infrage. Für mich hat dies mehrere Vorteile: Ich muss die Rechnungen sowie Heil- und Kostenpläne nicht selbst an die DKV senden. Ich spare dadurch Zeit und Kosten. Außerdem wird die Erstattung beschleunigt.

Wenn die Kooperation der DKV mit meiner Krankenkasse diesen besonderen Service vorsieht oder dieser Service später eingeführt wird, möchte ich an diesem Angebot teilnehmen. Meine Krankenkasse darf die genannten Rechnungen sowie Heil- und Kostenpläne direkt an die DKV weiterleiten. Ich bin damit einverstanden, dass meine Krankenkasse zusammen mit jeder Rechnung / jedem Heil- und Kostenplan folgende Daten: Name, Adresse, Geburtsdatum und – falls vorhanden – Krankenversicherungsnummer an die DKV übermittelt.

Auch willige ich darin ein, dass die DKV die von meiner Krankenkasse erhaltenen Rechnungen und Daten erhebt, verarbeitet und nutzt. Dies gilt, soweit dies zur Durchführung meiner privaten Ergänzungsversicherung erforderlich ist. Ich bin darüber informiert, dass die Abgabe dieser Einwilligung freiwillig ist. An dem Angebot kann ich jedoch nur dann teilnehmen, wenn ich diese Erklärung abgebe. Ich bin weiterhin darüber informiert, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Den Widerruf kann ich an die DKV oder meine Krankenkasse senden.

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung²

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag / diese Beitrittserklärung und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die DKV daher Ihre datenschutzrechtliche Einwilligung. Darüber hinaus benötigt die DKV Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigt die DKV Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um

Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. die ERGO Group AG, weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der oben angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird. Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten

- durch die DKV selbst (unter 1.)
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.)
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der DKV (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die DKV

Ich willige ein, dass die DKV die von mir in diesem Antrag / dieser Beitrittserklärung und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung / Prüfung der Beitrittserklärung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrags erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass die DKV die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die DKV wird im Einzelfall Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen einholen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der DKV

Die DKV verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die DKV benötigt Ihre

Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die DKV meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die DKV zurück übermittelt werden.

Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die DKV tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die DKV führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung der ERGO Group AG oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die DKV Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und, soweit erforderlich, für die anderen Stellen.

Die DKV führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die DKV erheben, verarbeiten oder nutzen, unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.dkv.com eingesehen oder bei service@dkv.com angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die DKV Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die DKV meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die DKV dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der ERGO Group AG und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die DKV Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rück-

versicherung ein eigenes Bild von dem Risiko oder dem Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die DKV Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die DKV aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die DKV das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch die DKV unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden.

Soweit erforderlich, entbinde ich die für die DKV tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die DKV gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann. Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die DKV meine Gesundheitsdaten und sonstige nach § 203 StGB geschützte Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die DKV Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Die DKV speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der DKV bis zum Ende des dritten Kalenderjahrs nach dem Jahr der Antragstellung / Abgabe der Beitrittserklärung gespeichert.

Ich willige ein, dass die DKV meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahrs der Antragstellung / Abgabe der Beitrittserklärung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

²Der Text der Einwilligung- / Schweigepflichtentbindungserklärung wurde 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt

DKV Deutsche Krankenversicherung AG

Aachener Straße 300, 50933 Köln
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Markus Rieß
Vorstand: Dr. Clemens Muth (Vorsitzender),
Dr. Dr. Michael Fauser, Dr. Christoph Jurecka,
Mark Lammerskitten, Christian Molt,
Dr. Sebastian Rapsch
Sitz: Köln, Handelsregister: Amtsgericht Köln
HRB 570, USt-ID DE123489120

Internet:

www.dkv.com

Unternehmen, die in gemeinsamen Datenbanken ihre Stammdaten verarbeiten und die gemeinsame Datenverarbeitungsverfahren nutzen

DKV Deutsche Krankenversicherung AG ERGO Direkt Krankenversicherung AG ERGO Direkt Lebensversicherung AG	ERGO Direkt Versicherung AG ERGO Lebensversicherung AG ERGO Pensionsfonds AG	ERGO Pensionskasse AG ERGO Versicherung AG	ERGO VORSORGE Lebensversicherung AG Victoria Lebensversicherung AG
--	--	---	---

Dienstleister mit Datenverarbeitung als Hauptgegenstand des Auftrags

Auftraggebende Gesellschaft	Dienstleister	Gegenstand/Zweck der Beauftragung
Alle Konzerngesellschaften	ERGO Beratung und Vertrieb AG	Vertrieb und Vermittlung von Versicherungen und anderen Finanzdienstleistungen
	ERGO Group AG	Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten zur Begründung, Durchführung oder Beendigung eines Versicherungsverhältnisses (z. B. Bearbeitung eines Antrags, zur Beurteilung des zu versichernden Risikos, Verwaltung von Versicherungsverträgen, zur Prüfung einer Leistungspflicht, In- und Outbound-Telefonie)
	ITERGO Informationstechnologie GmbH	IT-Dienstleister
DKV Deutsche Krankenversicherung AG	almeda GmbH	Kundenservice über verschiedene Kommunikationskanäle / Outboundtelefonie
	Medicomp GmbH	Übermittlung von Hilfsmittelaufträgen an Leistungserbringer über zentrales Medium der Medicomp GmbH
	PAV Card GmbH	Erstellen von Versichertenkarten
ERGO Versicherung AG	D.A.S. Rechtsschutz Leistungs-GmbH	Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten zur Durchführung eines Versicherungsverhältnisses (zur Prüfung einer Leistungspflicht)
	KA Köln.Assekuranz Agentur GmbH	Vermittlung, Antrags- und Leistungsbearbeitung, Vertragsverwaltung
	Legal Net GmbH	Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten zur Durchführung eines Versicherungsverhältnisses (zur Prüfung einer Leistungspflicht)
	LEGIAL AG	Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten zur Durchführung eines Versicherungsverhältnisses (zur Prüfung einer Leistungspflicht)
ERGO Lebensversicherung AG ERGO Pensionsfonds AG Victoria Lebensversicherung AG	ERGO VORSORGE Lebensversicherung AG	Antrags- und Leistungsbearbeitung Vertragsverwaltung
ERGO Lebensversicherung AG ERGO Pensionsfonds AG ERGO Pensionskasse AG ERGO VORSORGE Lebensversicherung AG Victoria Lebensversicherung AG	Longial GmbH	Verwaltung von Versorgungsverträgen
ERGO VORSORGE Lebensversicherung AG	Augsburger Aktienbank AG	Übertragung Fondsanteile
	ERGO Lebensversicherung AG	Antrags- und Leistungsbearbeitung
	ERGO Life S. A.	Verwaltung von Verträge

Kategorien von Dienstleistern, bei denen die Datenverarbeitung von personenbezogenen Daten kein Hauptgegenstand des Auftrags ist, und Auftragnehmer, die nur gelegentlich tätig werden

Auftraggebende Gesellschaft	Dienstleistungskategorie	Gegenstand/Zweck der Beauftragung
Alle Konzerngesellschaften	Adressermittler	Adressprüfung
	Call-Center	In- und Outbound-Telefonie
	IT- und Telekommunikationsdienstleister (T-Systems u.a.)	IT-, Netzwerk- und Telefoniebetreiber
	Telefonstudios (FWS, TNS u.a.)	Kundenzufriedenheitsbefragungen
	Assisteure (ALLYSCA, Actineo, GDV u.a.)	Assistanceleistungen
	Marktforschungsunternehmen	Marktforschung
	Marketingagenturen/-provider	Marketingaktionen
	Kooperationspartner im Bereich Reparatur	Unterstützung bei der Schadenregulierung durch Reparaturen
	Lettershops/Druckereien	Druck und Versand von Postsendungen
	IT-Wartungsdienstleister	Wartung von Systemen/Anwendungen
	Inkassounternehmen, Rechtsanwaltskanzleien	Forderungseinzug und Prozessführung
	Entsorger	Vernichtung von vertraulichen Unterlagen auf Papier und elektronischen Datenträgern
	Dokumenten-Management	Aufbereiten, Sortieren und Scannen von Eingangspost
	Archivierung	Archivierung von Akten
	Cloud Dienstleister	hosten von Servern / Web-Diensten
	Rückversicherer (Munich Re u.a.)	Risikoprüfung bei besonders hohen Risiken und bei Altersversorgung
	Sachverständige	Unterstützung bei der Schadensregulierung