

## Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

### KombiMed Best Care Tarif KBCK

SERVICEVERSICHERUNG zu Stationärтарifen

**Sehr geehrter Versicherungsnehmer,**

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

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

Bei ausgewählten Diagnosen:

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

## Inhaltsverzeichnis

### Teil 1 Unsere Leistungen

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

### Teil 2 Sonstige Bestimmungen

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

## Teil 1 Unsere Leistungen

---

### 1. Was ist versichert?

---

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

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

---

### 2. Was sind unsere Leistungen?

---

#### 2.1 Versicherungsfall

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

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

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

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

b) Bei Personen ab Vollendung des 20. Lebensjahres:

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

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

#### 2.2 Ärztliche Nachweise

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

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

Sie erreichen uns unter:

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

Oder:

Senden Sie uns eine E-Mail: [service@dkv.com](mailto:service@dkv.com).

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

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

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

## 2.3 Organisation der Behandlung

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

Wir sichern zu, dass

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

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

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

## 2.4 Aufwandspauschale

Wir zahlen Ihnen eine

Aufwandspauschale in Höhe von **500 EUR**.

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

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

## 2.5 Ersatzpauschale

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

Ersatzpauschale in Höhe von **500 EUR**.

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

Weitergehende Ansprüche bestehen nicht.

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

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

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

---

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

---

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

**Wir leisten jedoch generell nicht:**

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

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

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

### 3.2 Weitere Einschränkungen können sich ergeben:

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

---

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

---

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

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

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

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

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

---

## 5. Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?

---

5.1 Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Er beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung). Er beginnt auch nicht vor Ablauf der Wartezeit (vgl. Teil 1 Nr. 6, Seite 4 f.).

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

5.3 Für das neugeborene Kind einer versicherten Person kann der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und Wartezeiten ab Vollendung der Geburt beginnen. Dazu müssen Sie das Kind spätestens zwei Monate nach der Geburt rückwirkend zur Versicherung bei uns anmelden. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender sein als der der versicherten Person. Unter diesen Voraussetzungen stehen dann auch angeborene Anomalien und Krankheiten unter Versicherungsschutz.

Diese Regelungen gelten entsprechend bei Adoption eines minderjährigen Kindes. Allerdings können wir bei einem erhöhten Krankheitsrisiko einen Zuschlag bis zur einfachen Beitragshöhe verlangen.

5.4 Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung des Versicherungsvertrages (vgl. Teil 2 Nr. 9, Seite 6 f.). Mit diesem Zeitpunkt endet auch eine ggf. noch nicht abgeschlossene Organisation der Behandlung.

---

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

---

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

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

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

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

---

**7. Können Sie Ihre Leistungsansprüche auf Dritte übertragen?**

---

Sie dürfen Ihre Ansprüche aus Tarif KBCK weder abtreten noch verpfänden.

## **Teil 2 Sonstige Bestimmungen**

---

**1. Wer kann versichert werden?**

---

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

- den Unterkunftszuschlag eines Ein- oder Zweibettzimmers und
- wahl- und belegärztliche Leistungen bis zu den Höchstsätzen<sup>1</sup> der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder darüber hinaus

vorsehen.

---

**2. Welche Obliegenheiten (Mitwirkungspflichten) sind zu beachten?**

---

- 2.1 Zur Prüfung unserer Leistungspflicht und des Leistungsumfangs benötigen wir von Ihnen bzw. der versicherten Person ggf. Auskünfte. Sie bzw. die versicherte Person sind verpflichtet, uns die gewünschten Auskünfte zu geben.
- 2.2 Sie müssen uns unverzüglich anzeigen, wenn der neben Tarif KBCK bestehende stationäre Krankenversicherungsschutz für Sie bzw. eine versicherte Person endet. Dies gilt auch, wenn dieser in eine Anwartschaft umgestellt wird.

---

**3. Welche Folgen kann die Verletzung von Obliegenheiten haben?**

---

- 3.1 Sie erhalten keine Leistungen, wenn die in Teil 2 Nr. 2.1, Seite 5 genannte Obliegenheit vorsätzlich verletzt wird. Wenn diese Obliegenheit grob fahrlässig (z.B. in besonders hohem Maße) verletzt wird, können wir unsere Leistung kürzen. Die Kürzung erfolgt entsprechend der Schwere des Verschuldens. Bei der Verletzung von Auskunfts- und Untersuchungspflichten können wir nur kürzen, wenn wir Sie hierauf in Textform (z.B. per Brief oder E-Mail) gesondert hingewiesen haben. Sie erhalten jedoch dann Leistungen, wenn die Verletzung der Obliegenheit keinen Einfluss auf unsere Leistungspflicht hat. Dies gilt nicht, wenn Sie uns arglistig (z.B. durch eine falsche Auskunft) täuschen.
- 3.2 Wir rechnen Ihnen die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person zu.

---

**4. Wie berechnen wir die Beiträge?**

---

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

---

<sup>1</sup> Höchstsätze der GOÄ sind

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

---

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

---

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

---

**6. Unter welchen Voraussetzungen können wir die Beiträge ändern?**

---

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

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

---

**7. Unter welchen Voraussetzungen können wir die AVB ändern?**

---

- 7.1 Die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen können sich dauerhaft - z.B. durch Gesetze oder wissenschaftlichen Fortschritt - ändern. In diesem Fall können wir die AVB an die geänderten Verhältnisse anpassen. Ein unabhängiger Treuhänder achtet dann darauf, dass die Änderung im Interesse der Versicherten erforderlich erscheint und angemessen ist. Die Änderung und die Gründe hierfür teilen wir Ihnen mit. Die Änderung wird zu Beginn des übernächsten Monats, der auf unsere Mitteilung folgt, wirksam.

Bei einer solchen Änderung im Gesundheitswesen können wir auch die Auswahl der Diagnosen (vgl. Teil 1 Nr. 2.1, Seite 2) anpassen.

- 7.2 Durch höchstrichterliche Entscheidungen oder bestandskräftige Verwaltungsakte der Aufsichts- oder Kartellbehörden können AVB-Regelungen wider Erwarten für unwirksam erklärt werden. In diesen Fällen können wir die Regelung durch eine Neue ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Versicherungsvertrages notwendig ist. Das ist auch möglich, wenn eine Fortsetzung des Vertrages ohne die neue Regelung für eine der Vertragsparteien nicht zumutbar wäre. Die neue Regelung muss unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigen. Sie wird zwei Wochen, nachdem wir Sie über die Änderung und die hierfür maßgeblichen Gründe informiert haben, wirksam.

---

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

---

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

---

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

---

- 9.1 Der Versicherungsvertrag wird zunächst für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen und verlängert sich danach jeweils um ein weiteres Versicherungsjahr. Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt. Es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre stimmen mit dem Kalenderjahr überein.
- 9.2 Sie können Tarif KBCK zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, nicht jedoch vor Ablauf der ersten zwei Versicherungsjahre kündigen. Ihre Kündigung muss in Textform (z.B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate. Sie können Tarif KBCK auch nur für einzelne versicherte Personen kündigen.

- 9.3 Bei einer Beitragserhöhung können Sie die Versicherung für die hiervon betroffenen Personen kündigen. Das gleiche Recht haben Sie, wenn sich die Leistungen vermindern. Ihre Kündigung muss in Textform (z.B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Die Kündigung wird dann zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung bzw. der Leistungsverminderung wirksam.  
Folgende Fristen sind zu beachten:  
Erhöhen sich die Beiträge wegen Vollendung des 59. Lebensjahres (vgl. Teil 2 Nr. 4.2, Seite 5), müssen Sie innerhalb von zwei Monaten nach der Änderung kündigen. Erhöhen wir die Beiträge aufgrund einer Beitragsanpassung (vgl. Teil 2 Nr. 6, Seite 6), müssen Sie innerhalb von zwei Monaten nach Mitteilung über die Erhöhung kündigen. Dies gilt auch, wenn sich die Leistungen wegen einer Änderung der AVB vermindern (vgl. Teil 2 Nr. 7.1, Seite 6).
- 9.4 Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, gilt Folgendes: Sie können innerhalb von drei Monaten die Versicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Ihre Kündigung muss in Textform (z.B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Den Eintritt der Versicherungspflicht müssen Sie uns nachweisen; die Frist hierzu beträgt zwei Monate. Andernfalls ist Ihre Kündigung unwirksam. Die Frist beginnt erst, wenn wir Sie zum Nachweis aufgefordert haben. Die Kündigung ist trotz Versäumung der Frist wirksam, wenn Sie dies nicht zu vertreten haben. Später können Sie die Versicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem Sie den Eintritt der Versicherungspflicht nachweisen. Uns steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge.
- 9.5 Ihre Kündigung für einzelne versicherte Personen ist nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass diese von der Kündigung erfahren haben.
- 9.6 Wir können den Versicherungsvertrag ganz oder teilweise nur im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen aus einem wichtigen Grund kündigen. Diese Möglichkeit haben wir z.B. dann, wenn Sie die Beiträge nicht rechtzeitig zahlen (vgl. Teil 2 Nr. 5, Seite 5 f.). Auf weitere Kündigungsmöglichkeiten - unser ordentliches Kündigungsrecht - verzichten wir.
- 9.7 Endet für die versicherte Person der Krankenversicherungsschutz nach Teil 2 Nr. 1, Seite 5 endet auch die Versicherung nach Tarif KBCK. Wird der Krankenversicherungsschutz in eine Anwartschaft umgestellt, muss auch Tarif KBCK entsprechend umgestellt werden. Ansonsten endet Tarif KBCK mit Beginn der Anwartschaft für den Krankenversicherungsschutz.
- 9.8 Die Versicherung nach Tarif KBCK endet auch, wenn die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb der EU bzw. des EWR verlegt oder stirbt.
- 9.9 Endet der Versicherungsvertrag ganz oder teilweise durch Kündigung, können die versicherten Personen ihre Versicherung fortführen. Die Erklärung zur Fortführung muss innerhalb von zwei Monaten nach der Beendigung erfolgen. Das gleiche Recht haben die versicherten Personen, wenn der Versicherungsvertrag durch Ihren Tod endet.

---

## 10. 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.



## Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

### **Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht gemäß § 10 a Abs. 3 VAG**

In der Presse und in der Öffentlichkeit werden im Zusammenhang mit der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung Begriffe gebraucht, die erklärungsbedürftig sind. Dieses Informationsblatt will Ihnen die Prinzipien der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung kurz erläutern.

#### **Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung**

In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht das Solidaritätsprinzip. Dies bedeutet, dass die Höhe des Beitrages nicht in erster Linie vom im Wesentlichen gesetzlich festgelegten Leistungsumfang, sondern von der nach bestimmten Pauschalregeln ermittelten individuellen Leistungsfähigkeit des versicherten Mitglieds abhängt. Die Beiträge werden regelmäßig als Prozentsatz des Einkommens bemessen.

Weiterhin wird das Versicherungsentgelt im Umlageverfahren erhoben. Dies bedeutet, dass alle Aufwendungen im Kalenderjahr durch die in diesem Jahr eingehenden Beiträge gedeckt werden. Außer einer gesetzlichen Rücklage werden keine weiteren Rückstellungen gebildet.

Unter bestimmten Voraussetzungen sind Ehegatten und Kinder beitragsfrei mitversichert.

#### **Prinzipien der privaten Krankenversicherung**

In der privaten Krankenversicherung ist für jede versicherte Person ein eigener Beitrag zu zahlen. Die Höhe des Beitrages richtet sich nach dem Alter und nach dem Gesundheitszustand der versicherten Person bei Vertragsabschluss sowie nach dem abgeschlossenen Tarif. Es werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen berechnete risikogerechte Beiträge erhoben.

Die altersbedingte höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird durch eine Alterungsrückstellung berücksichtigt. Bei der Kalkulation wird unterstellt, dass sich die Kosten im Gesundheitswesen nicht erhöhen und die Beiträge nicht allein wegen des Älterwerdens des Versicherten steigen. Dieses Kalkulationsverfahren bezeichnet man als Anwartschaftsdeckungsverfahren oder Kapitaldeckungsverfahren.

Ein Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist in der Regel zum Ablauf des Versicherungsjahres möglich. Dabei ist zu beachten, dass für die Krankenversicherer – mit Ausnahme der Versicherung im Basistarif – keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Ein Teil der kalkulierten Alterungsrückstellung kann an den neuen Versicherer übertragen werden.<sup>1</sup> Der übrige Teil kann bei Abschluss eines Zusatztarifes auf dessen Prämie angerechnet werden; andernfalls verbleibt er bei dem bisherigen Versichertenkollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

<sup>1</sup>Waren Sie bereits vor dem 01.01.2009 privat krankenversichert, gelten für Sie Sonderregelungen. Bitte informieren Sie sich ggf. gesondert über diese Regelungen.



## Ergänzungen zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)

für die Tarife **BM, BMK, BMZ1, BMZ2, KTC, KTN2, KTAG, KDT50/85, KDBE, KNHB, KSHR, KHMR, KAZM, KAMP, UZ1/2, KDT, KKHT, KKUR und KBCK**

Sehr geehrte Versicherte,  
sehr geehrter Versicherter,

mit Ihrer Beitrittserklärung haben Sie sich zur Teilnahme am Gruppenversicherungsvertrag angemeldet. Dies ist für Sie mit vielen Vorteilen verbunden. Zum Beispiel ist der zu zahlende Beitrag **günstiger** als im entsprechenden Tarif der Einzelversicherung. Darüber hinaus bestehen grundsätzlich **keine Wartezeiten**.

Im Rahmen dieses Gruppenvertrages gelten die vereinbarten AVB mit folgenden Besonderheiten:

### 1. Gruppenversicherungsvertrag

Wir haben den Gruppenversicherungsvertrag mit dem jeweiligen Gruppenvertragspartner geschlossen. Dieser gilt im Rahmen dieses Vertrages als Versicherungsnehmer. Sie als Versicherter haben aber einen unmittelbaren Anspruch auf unsere Versicherungsleistungen. In den beiliegenden AVB sprechen wir Sie daher direkt als Versicherungsnehmer an. Zudem erhalten Sie einen Auszug aus dem Gruppenversicherungsvertrag mit den für Sie relevanten Bestimmungen.

### 2. Wann beginnt der Versicherungsschutz?

- 2.1 Ihr Versicherungsschutz beginnt zu dem in Ihrem Versicherungsausweis angegebenen Zeitpunkt. Er beginnt jedoch nicht vor Zugang der Beitrittserklärung und vor Beginn des Gruppenversicherungsvertrages. Bei den Tarifen KBCK, KDT, KKHT, KKUR und UZ1/2 müssen zusätzlich die Wartezeiten abgelaufen sein.
- 2.2 Eine Leistungspflicht besteht nur für Versicherungsfälle, die nach Beginn des Versicherungsschutzes eintreten. Für Krankheiten und Unfallfolgen, die bei Beginn des Versicherungsschutzes noch behandelt werden oder behandlungsbedürftig sind, gilt abweichend von den AVB Folgendes: Sie fallen erst unter Versicherungsschutz, wenn für die Zukunft nach ärztlichem Befund aus medizinischen Gründen Behandlungsbedürftigkeit nicht zu erwarten ist. Für die Tarife UZ1/2, KKHT, KKUR und KBCK gelten diese Regelungen nicht. Es gelten stattdessen Nr. 1.4 der AVB der Tarife UZ1/2, KKHT, KKUR bzw. Teil 1 Nr. 5.2 der AVB des Tarifs KBCK mit folgender Besonderheit: Es kommt nicht auf den Abschluss des Vertrages an, sondern auf den Zeitpunkt, in welchem die Beitrittserklärung zugeht.
- 2.3 In der Krankheitskostenversicherung gilt für eine bei Beginn des Versicherungsschutzes bestehende Schwangerschaft: Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind die derzeitige Schwangerschaft (einschließlich einer etwaigen Früh- oder Fehlgeburt), der Schwangerschaftsabbruch, schwangerschaftsbedingte Krankheiten und Vorsorgeuntersuchungen, Wochenbett und Entbindung sowie deren jeweilige Folgen. Diese Regelung gilt nicht für Tarif UZ1/2.

### 3. In welchem Umfang besteht der Versicherungsschutz?

- 3.1 Wir übernehmen für alle versicherbaren Personen, für die eine ordnungsgemäß ausgefüllte Beitrittserklärung vorliegt, den Versicherungsschutz.
- 3.2 Der vereinbarte Versicherungsschutz ergibt sich aus dem Gruppenversicherungsvertrag, den AVB, dem Versicherungsausweis, späteren schriftlichen Vereinbarungen sowie den gesetzlichen Vorschriften.
- 3.3 Bei erhöhten Risiken können wir einen Ausschluss für bestimmte Leistungen festlegen oder einen Risikozuschlag erheben. Lehnen Sie die Zahlung des Risikozuschlags ab, gilt Folgendes: Für die Krankheiten und Unfallfolgen, für die wir den Risikozuschlag verlangt haben, besteht kein Versicherungsschutz. Diese Regelung gilt nicht für die Tarife KSHR, UZ1/2, KKHT, KKUR, KDT und KBCK.
- 3.4 Leistungsausschlüsse und Risikozuschläge können auf Ihren Antrag entfallen. Voraussetzung ist, dass für die Zukunft nach ärztlichem Befund aus medizinischen Gründen Behandlungsbedürftigkeit nicht zu erwarten ist. Der Entfall wird dann zu Beginn des Monats wirksam, der auf den Zugang des Antrages bei uns folgt.
- 3.5 Es gilt folgender Höchstsatz für die Krankenhaustagegeldversicherung: Insgesamt können Sie bei uns maximal 65 EUR Krankenhaustagegeld versichern.

3.6 Es gelten folgende Höchstsätze für die Krankentagegeldversicherung:

**Tarife KTC, KTAG:** Insgesamt können Sie bei uns maximal 520 EUR Krankentagegeld versichern.

**Tarif KTN2:** Für den 55 EUR übersteigenden Teil des Krankentagegeldes muss eine Karenzzeit von mindestens 7 Tagen vereinbart werden. Insgesamt können Sie bei uns maximal 300 EUR Krankentagegeld versichern.

#### 4. **Gibt es Wartezeiten?**

Es gibt - mit Ausnahme der Tarife UZ1/2, KKHT, KKUR, KDT und KBCK - keine Wartezeiten.

#### 5. **Was ist bei der Beitragszahlung zu beachten?**

Es gelten die Regelungen der vereinbarten AVB, soweit sich aus dem Gruppenversicherungsvertrag keine Besonderheiten ergeben.

#### 6. **Welche Beendigungsmöglichkeiten gibt es und wann endet der Versicherungsschutz?**

6.1 Eine Mindestversicherungsdauer gibt es - mit Ausnahme der Tarife UZ1/2, KKHT, KKUR und KBCK - nicht.

6.2 Sie können sich von der Teilnahme am Gruppenversicherungsvertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres abmelden, frühestens aber zum Ablauf einer etwaigen Mindestversicherungsdauer. Ihre Abmeldung muss in Textform (z. B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Die Frist beträgt drei Monate. Sie können die Abmeldung auch auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränken. Scheiden Sie aus dem Gruppenversicherungsvertrag aus, enden gleichzeitig die Versicherungen der mitversicherten Personen. Die Abmeldung ist nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass die betroffenen Mitversicherten von der Abmeldung Kenntnis erlangt haben.

6.3 In der Krankentagegeldversicherung verzichten wir abweichend von den AVB auf unser ordentliches Kündigungsrecht.

6.4 Die Versicherung endet bei

- Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages bzw.
- Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis.

In der Krankheitskosten-, Krankenhaustagegeld- und Kurtagegeldversicherung besteht in diesen Fällen für schwebende Versicherungsfälle weiter Versicherungsschutz. Dieser endet spätestens vier Wochen nach der Beendigung der Versicherung.

6.5 In der Krankentagegeldversicherung gelten folgende Besonderheiten:

- Kündigen wir den Gruppenvertrag, endet der Versicherungsschutz für schwebende Versicherungsfälle erst am dreißigsten Tage nach der Beendigung.
- Besteht bei Eintritt von Berufsunfähigkeit in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, gilt Folgendes: Die Versicherung besteht noch bis zu dem Zeitpunkt, bis zu dem wir Krankentagegeld für diese Arbeitsunfähigkeit zahlen müssen. Sie endet aber spätestens 52 Wochen nach Beginn dieser Arbeitsunfähigkeit.
- Sie haben einen Anspruch auf Umwandlung in eine Krankenhaustagegeldversicherung, wenn die Krankentagegeldversicherung wegen Entfall der Versicherungsfähigkeit beendet wird. Dies gilt auch bei Beendigung wegen des Bezugs von Altersrente bzw. Vollendung des 70. oder 75. Lebensjahres. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person länger als drei Monate versichert war. Die Umwandlung ist nur zulässig, wenn dadurch das bei uns insgesamt versicherte Krankenhaustagegeld einen Tagegeldsatz von 65 EUR nicht übersteigt. Sie müssen den Antrag auf Umwandlung spätestens bis zum Ablauf des zweiten Monats nach Beendigung der Versicherung stellen.

6.6 Die weiteren Beendigungsmöglichkeiten ergeben sich aus den vereinbarten AVB.

#### 7. **Wann kann die Versicherung in der Einzelversicherung fortgeführt werden?**

7.1 Endet die Versicherung besteht folgender Anspruch: Sie bzw. die betroffene mitversicherte Person können die Versicherung zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortsetzen. Die aus dem Vertrag erworbenen Rechte und die Alterungsrückstellung rechnen wir an. Bei einer Beendigung des Gruppenvertrages informieren wir Sie bzw. die mitversicherte Person über das Fortführungsrecht. Dieses endet zwei Monate nach dem Zeitpunkt, zu dem Sie bzw. die mitversicherte Person von diesem Recht erfahren haben. Das Fortführungsrecht gilt nicht, wenn die Versicherung durch außerordentliche Kündigung, Anfechtung oder Rücktritt beendet wurde.

7.2 Die Zeit, in welcher im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages eine ununterbrochene Versicherung bestand, berücksichtigen wir wie folgt: Wir rechnen sie auf die Fristen und Wartezeiten der beantragten Tarife in der Einzelversicherung an.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre DKV Deutsche Krankenversicherung AG