DKV Deutsche Krankenversicherung AG

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

KombiMed Krankenhaus Unfall Tarif KSU

FÜR VERSICHERTE DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG (GKV)

Sehr geehrter Versicherungsnehmer,

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

Inhaltsverzeichnis

1. Unsere Leistungen

1.1	Was ist versichert?	2
1.2	Was sind unsere Leistungen?	2
1.3	Was ist nicht versichert und in welchen Fällen kann unsere Leistungspflicht eingeschränkt sein?	3
1.4	Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?	4
1.5	Gilt der Versicherungsschutz auch bei Aufenthalten im Ausland?	5
1.6	Welche Voraussetzungen müssen Rechnungen erfüllen und wann erhalten Sie unsere Leistungen?	5
1.7	Erhalten Sie für eine beabsichtigte Heilbehandlung Auskunft über den Umfang Ihres Versicherungsschutzes?	5
1.8	Können Sie bzw. die versicherte Person Auskunft über Gutachten oder Stellungnahmen verlangen?	5
1.9	Können Sie Ihre Leistungsansprüche auf Dritte übertragen?	5

2. Sonstige Bestimmungen

2.1	Wer kann versichert werden?	5
2.2	Welche Obliegenheiten (Mitwirkungspflichten) sind zu beachten?	5
2.3	Welche Folgen kann die Verletzung von Obliegenheiten haben?	6
2.4	Wie berechnen wir die Beiträge?	6
2.5	Wann ist der Beitrag zu zahlen und welche Folgen kann eine verspätete Zahlung haben?	6
2.6	Unter welchen Voraussetzungen können wir die Beiträge ändern?	6
2.7	Unter welchen Voraussetzungen können wir die AVB ändern?	6
2.8	Kann die versicherte Person aus Tarif KSU in andere Tarife wechseln?	6
2.9	Wie lange läuft der Versicherungsvertrag und welche Beendigungsgründe gibt es?	7
2.10	An wen können Sie sich bei Beschwerden bzw. für eine außergerichtliche Streitbeilegung wenden?	7
2.11	Welche Gerichte sind zuständig?	7

1. Unsere Leistungen

1.1 Was ist versichert?

Wir bieten Versicherungsschutz bei Unfällen.

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch

- ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis)
- unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung

erleidet.

Als Unfall gilt bzw. gelten auch

- wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule
  - ein Gelenk verrenkt wird oder
  - Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.
- wenn die versicherte Person bei der Bemühung zur Rettung von Menschenleben, Tieren, Sachen oder bei der rechtmäßigen Verteidigung gegen Angriffe Dritter eine bewusst in Kauf genommene Gesundheitsschädigung erleidet.
- tauchtypische Gesundheitsschäden.
- unfreiwillig erlittene Erfrierungen.

Im Versicherungsfall ersetzen wir Aufwendungen für stationäre (teil-, vor-, nach- und vollstationäre) Heilbehandlung und andere vereinbarte Leistungen. Darüber hinaus zahlen wir eine Pauschale bei ambulanten Operationen und erbringen Serviceleistungen.

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

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

1.2 Was sind unsere Leistungen?

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für

- den Zuschlag für die gesondert berechenbare Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer,
- Zuschläge für Verpflegung, Telefon- und Internetanschluss, Radio- und Fernsehgerät,
- wahlärztliche Leistungen,

  Dies sind gesondert berechenbare Behandlungen durch leitende Krankenhausärzte. Dazu gehören auch von diesen veranlasste Leistungen, die Ärzte bzw. ärztlich geleitete Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses durchführen.
- belegärztliche Leistungen,

  Belegärzte sind nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte. Sie behandeln die Patienten unter Inanspruchnahme der Einrichtungen des Krankenhauses.
- Transporte zum und vom Krankenhaus bis zu einer Entfernung von 100 km

  Ab einer Entfernung von mehr als 100 km ersetzen wir nur die Transportkosten zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.
- die gesetzlich vorgesehene Zuzahlung bei vollstationärer Krankenhausbehandlung

zu 100%.

Die allgemeinen Krankenhausleistungen übernimmt in der Regel komplett die GKV. Übernimmt die GKV ihre Pflichtleistung und verbleiben ausnahmsweise dennoch Aufwendungen hierfür, gilt:
Wir ersetzen die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen

zu 100%.

Als Pflichtleistung gelten neben der gesetzlichen Leistung auch Satzungs- und Kulanzleistungen der GKV. Voraussetzung ist: Diese Leistungen entsprechen der gesetzlichen Pflichtleistung für allgemeine Krankenhausleistungen in einem für die Behandlung von GKV-Versicherten zugelassenen Krankenhaus.

Erbringt die GKV ihre Pflichtleistung nicht, ersetzen wir die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen nicht. Dies kann z.B. dann der Fall sein, wenn die versicherte Person ohne Zustimmung ihrer GKV eine Privatklinik aufsucht.

Nimmt die versicherte Person im Versicherungsfall keine gesondert berechenbare Unterbringung und keine wahl- und belegärztlichen Leistungen in Anspruch, zahlen wir Ihnen ersatzweise ein Tagegeld. Sie erhalten für jeden Tag eines Krankenhausaufenthaltes

25 EUR.

Sie erhalten das Tagegeld auch für den Aufnahme- und Entlassungstag.

Das Tagegeld zahlen wir nur im Rahmen einer vollstationären – nicht bei einer teil-, vor- oder nachstationären – Heilbehandlung.

Beitragsbefreiung bei vollstationärer Krankenhausbehandlung

Für den über 91 Tage hinausgehenden vollstationären Krankenhausaufenthalt einer versicherten Person gibt es eine Beitragsbefreiung. Folgende Voraussetzungen müssen gemeinsam erfüllt sein:

- Sie haben einen Anspruch auf Kostenerstattung für vollstationäre, mindestens 92 Tage dauernde ununterbrochene Heilbehandlung,
- der Tarif KSU besteht mindestens während der letzten 12 Monate ohne Beitragsrückstände.

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

Ambulante Operation

Bei einer unfallbedingten ambulanten Operation zahlen wir eine Pauschale in Höhe von

200 EUR.

Als ambulante Operationen gelten die in unserem Verzeichnis des Tarifs (vgl. Druckstück B 500/5) aufgeführten Leistungen. Dazu zählen z.B. die Einrichtung eines gebrochenen Unterarm- oder Unterschenkelknochens und die Operation eines Meniskus.

Wir zahlen keine Pauschale

- für ambulante Operationen in den folgenden Bereichen:
  Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Augenheilkunde, Zahnheilkunde, Chirurgie der Körperoberfläche sowie
- für ambulante Hand- und Fußoperationen.

Serviceleistungen

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

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

Welche Krankenhäuser kann die versicherte Person wählen?

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

Müssen Sie bei stationärer Heilbehandlung in bestimmten Krankenhäusern eine vorherige Zusage einholen?

Ja, und zwar für Krankenhäuser, die auch Rehabilitationen/Kuren durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen.

Ihre Aufwendungen ersetzen wir nur dann, wenn Sie vor Beginn der Behandlung von uns eine schriftliche Zusage erhalten haben.

Eine Zusage ist in folgenden Fällen nicht notwendig:

- Bei einem unfallbedingten Notfall,
- bei einem Unfall während des Aufenthaltes im Krankenhaus, wenn dadurch eine stationäre Krankenhausbehandlung medizinisch notwendig wird.

Nach welchen Gebührenvorschriften sind die Aufwendungen für ärztliche Leistungen erstattungsfähig?

Die Aufwendungen sind erstattungsfähig, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze[1] der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen. Die Gebühren müssen den Bemessungsgrundsätzen der GOÄ entsprechen. Für Aufwendungen, die über den Höchstsätzen der GOÄ liegen, gilt Folgendes: Sie sind nur erstattungsfähig, soweit sie durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwernisse begründet sind. Sie müssen nach den Bemessungskriterien der Gebührenordnung angemessen sein.

Welche Untersuchungs-/Behandlungsmethoden und Arzneimittel stehen unter Versicherungsschutz?

Wir leisten für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Darüber hinaus leisten wir unter folgenden Voraussetzungen für weitere Methoden und Arzneimittel: Diese müssen sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben. Oder sie müssen deswegen angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Wir können in diesen Fällen unsere Leistungen jedoch auf den Betrag herabsetzen, der bei einer schulmedizinischen Behandlung oder einem schulmedizinischen Arzneimittel angefallen wäre.

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

Unsere Leistungspflicht wird bestimmt durch Art und Umfang unserer Versicherungsleistungen in den einzelnen Leistungsbeschreibungen (vgl. Nr. 1.2).

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

Wir leisten jedoch generell nicht für:

- Krankheitsbedingte stationäre Aufenthalte.
- Zahnersatz und Kieferorthopädie.
- Unfälle durch Bewusstseinsstörungen der versicherten Person, soweit diese
  - beim Führen von Kraftfahrzeugen mit einer Blutalkoholkonzentration von mindestens 1,1 Promille eintreten oder
  - auf der Einnahme von sonstigen Drogen oder Rauschmitteln beruhen.

  Außerdem leisten wir nicht für die Folgen solcher Unfälle.
- Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht. Außerdem leisten wir nicht für die Folgen solcher Unfälle.
- Unfälle, die jeweils durch Kriegsereignisse verursacht wurden oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind. Außerdem leisten wir nicht für die Folgen solcher Unfälle.

  Diese Einschränkungen gelten nicht, wenn folgende Voraussetzungen vorliegen:
  - Die versicherte Person wird im Ausland vom Eintritt eines Kriegsereignisses überrascht,
  - sie nimmt an diesem Ereignis nicht aktiv teil und
  - sie hat unverschuldet keine Möglichkeit, das betroffene Gebiet zu verlassen.
- Solche Unfälle, die von der versicherten Person vorsätzlich herbeigeführt worden sind, einschließlich deren Folgen.
- Infektionen, einschließlich deren Folgen.

  Versichert sind jedoch
  - Tollwut oder Wundstarrkrampf.
  - Infektionen, die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person verursacht sind, wenn diese durch ein unter Versicherungsschutz fallendes Unfallereignis veranlasst wurden.
  - Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch Unfallverletzungen in den Körper gelangt sind.

  Ausgeschlossen bleiben Infektionen durch Insektenstiche/-bisse oder durch sonstige geringfügige Haut-/Schleimhautverletzungen.
- Vergiftungen durch Nahrungs- oder Genussmittel, einschließlich deren Folgen.

  Versicherungsschutz für Vergiftungen durch Genussmittel besteht jedoch, wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt der Vergiftung das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.
- Kurbehandlung sowie Rehabilitationsmaßnahmen.
- Behandlungen durch Ehepartner, Lebenspartner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten erstatten wir tarifgemäß.
- Eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

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

- Wir können unsere Zahlungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen, falls mehr oder umfangreichere Leistungen als medizinisch notwendig erbracht werden. Dasselbe gilt, soweit die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen.
- Bei einem Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung bzw. auf eine gesetzliche Heil- oder Unfallfürsorge gilt: Wir ersetzen nur die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen.
- Die Gesamterstattung ist – auch bei Anspruch auf Leistungen gegenüber mehreren Kostenträgern – insgesamt auf die Summe Ihrer Aufwendungen begrenzt.
- Weitere Einschränkungen können sich ergeben:
  - Vor Beginn und nach Ende des Versicherungsschutzes (vgl. Nr. 1.4),
  - bei Aufenthalten im Ausland (vgl. Nr. 1.5),
  - bei Verletzung von Obliegenheiten (vgl. Nr. 2.3),
  - bei einem Beitragsrückstand (vgl. Nr. 2.5).

1.4 Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?

- Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Er beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung).
- 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 eingetreten sind. Hier leisten wir lediglich nicht für die Aufwendungen, die in der Zeit vor Versicherungsbeginn angefallen sind. Bei einem Wechsel in Tarif KSU gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
- Für das neugeborene Kind einer versicherten Person kann der Versicherungsschutz 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.
- Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung des Versicherungsvertrages (vgl. Nr. 2.9). Dies gilt auch, wenn die Behandlung noch nicht abgeschlossen ist.

1.5 Gilt der Versicherungsschutz auch bei Aufenthalten im Ausland?

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

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

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

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

  Rechnungen müssen den Namen der behandelten Person, die Behandlungsdaten, die einzelnen Leistungen sowie die Krankheitsbezeichnungen enthalten.
- Krankheitskosten in ausländischer Währung rechnen wir zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in Euro um.
- Sie erhalten die Versicherungsleistungen, sobald wir festgestellt haben, ob und in welcher Höhe wir leistungspflichtig sind. Sollten wir dafür länger als einen Monat brauchen, erhalten Sie auf Wunsch vorab einen Abschlag. Maßgebend dafür ist die Höhe des Betrags, den wir nach den bisherigen Feststellungen voraussichtlich mindestens zahlen müssen. Die Monatsfrist ist unterbrochen, solange wir unsere Feststellungen infolge Ihres Verschuldens nicht beenden können.

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

- Vor Beginn einer Heilbehandlung können Sie in Textform (z.B. Brief oder E-Mail) Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Voraussetzung ist, dass die Kosten der Heilbehandlung voraussichtlich 2.000 EUR überschreiten werden. Sie erhalten dann von uns innerhalb von vier Wochen die Auskunft. Ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, erteilen wir die Antwort unverzüglich, spätestens aber nach zwei Wochen. Wir berücksichtigen dabei auch einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen.
- Die Frist beginnt mit dem Eingang des Auskunftsverlangens bei uns. Haben wir die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, gilt die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung als notwendig. Sind wir dann der Auffassung, dass die Heilbehandlung nicht notwendig ist, müssen wir dies beweisen.

1.8 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. Dieses Abtretungsverbot gilt nicht, wenn wir mit einer DKV-Card die Übernahme von Aufwendungen bei stationärem Aufenthalt in einem Krankenhaus garantieren. Außerdem gilt das Abtretungsverbot nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

2. Sonstige Bestimmungen

2.1 Wer kann versichert werden?

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

2.2 Welche Obliegenheiten (Mitwirkungspflichten) sind zu beachten?

- Zur Prüfung unserer Leistungspflicht und des Leistungsumfangs benötigen wir von Ihnen bzw. der versicherten Person ggf. Auskünfte. Sie bzw. die versicherte Person sind verpflichtet, uns die gewünschten Auskünfte zu geben.
- Die versicherte Person muss sich von einem von uns beauftragten Arzt untersuchen lassen, wenn wir sie hierzu auffordern.

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

2.3 Welche Folgen kann die Verletzung von Obliegenheiten haben?

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

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

2.4 Wie berechnen wir die Beiträge?

- Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag. Wir berechnen ihn vom Versicherungsbeginn an. Zu Beginn der Versicherung zahlen Sie den Beitrag, der dem Eintrittsalter der versicherten Person entspricht. Das Eintrittsalter errechnet sich aus der Differenz zwischen dem Jahr, in dem die Versicherung beginnt und dem Geburtsjahr.

  Wir haben Tarif KSU nach Art der Schadenversicherung kalkuliert. Dies bedeutet: Es werden keine Rückstellungen für das Alter angespart, um den mit zunehmendem Alter eintretenden Anstieg der Krankheitskosten vorzufinanzieren. Für die versicherte Person, die das 19., 29., 39., 49., 59., 69., 79., 89., 99. bzw. 109. 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.

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

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

2.6 Unter welchen Voraussetzungen können wir die Beiträge ändern?

Wir vergleichen mindestens jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Leistungen. Der Vergleich erfolgt für jede Beobachtungseinheit (Personen mit Alter 0 - 19 bzw. ab Alter 20) separat. Ergibt dieser Vergleich eine Abweichung von über 5%, müssen wir alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüfen und, soweit erforderlich, ändern. Die Abweichung darf 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.

2.7 Unter welchen Voraussetzungen können wir die AVB ändern?

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

2.8 Kann die versicherte Person aus Tarif KSU in andere Tarife wechseln?

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

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

- Der Versicherungsvertrag wird zunächst für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen und verlängert sich danach jeweils um ein weiteres Versicherungsjahr.
- Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt. Es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre stimmen mit dem Kalenderjahr überein.
- Sie können Tarif KSU 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 KSU auch nur für einzelne versicherte Personen kündigen.
- Bei einer Beitragserhöhung können Sie die Versicherung für die hiervon betroffenen Personen kündigen. Das gleiche Recht haben Sie, wenn sich die Leistungen vermindern. Ihre Kündigung muss in Textform (z.B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Die Kündigung wird dann zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung bzw. der Leistungsverminderung wirksam.
  Folgende Fristen sind zu beachten: Erhöhen sich die Beiträge aufgrund Wechsels der Altersgruppe (vgl. Nr. 2.4), müssen Sie innerhalb zweier Monate nach der Änderung kündigen. Erhöhen wir die Beiträge aufgrund einer Beitragsanpassung (vgl. Nr. 2.6), müssen Sie innerhalb zweier Monate nach Mitteilung der Erhöhung kündigen. Dies gilt auch, wenn sich die Leistungen wegen einer Änderung der AVB vermindern (vgl. Nr. 2.7 Punkt 1).
- Ihre Kündigung für einzelne versicherte Personen ist nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass diese von der Kündigung erfahren haben.
- Wir können den Versicherungsvertrag ganz oder teilweise nur im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen aus einem wichtigen Grund kündigen. Diese Möglichkeit haben wir z.B. dann, wenn Sie die Beiträge nicht rechtzeitig zahlen (vgl. Nr. 2.5). Auf weitere Kündigungsmöglichkeiten – unser ordentliches Kündigungsrecht – verzichten wir.
- Endet für die versicherte Person die Versicherung in der deutschen GKV, endet auch die Versicherung nach Tarif KSU. Dies gilt auch, wenn die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb der EU bzw. des EWR verlegt.
- Der Versicherungsvertrag endet mit Ihrem Tod. Stirbt eine versicherte Person, endet deren Versicherung.
- Endet der Versicherungsvertrag ganz oder teilweise durch Kündigung, können die versicherten Personen ihre Versicherung fortführen. Die Erklärung zur Fortführung muss innerhalb von zwei Monaten nach der Beendigung erfolgen. Das gleiche Recht haben die versicherten Personen, wenn der Versicherungsvertrag durch Ihren Tod endet.

2.10 An wen können Sie sich bei Beschwerden bzw. für eine außergerichtliche Streitbeilegung wenden?

Wir nehmen am Verfahren des Ombudsmanns für die Private Kranken- und Pflegeversicherung teil. Den Ombudsmann erreichen Sie wie folgt:

Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, www.pkv-ombudsmann.de.

Der Ombudsmann ist der außergerichtliche Streitschlichter für die Private Kranken- und Pflegeversicherung. Er nimmt zu Meinungsverschiedenheiten zwischen Versicherten und ihren Versicherungsunternehmen neutral und unabhängig Stellung. Seine Entscheidungen sind für beide Seiten nicht bindend.

Für Verbraucher gilt: Haben Sie den Vertrag elektronisch geschlossen (z.B. über eine Internetseite oder per E-Mail), können Sie sich bei Beschwerden auch an die Plattform zur Online-Streitbeilegung der Europäischen Union wenden. Diese finden Sie unter http://ec.europa.eu/consumers/odr/. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) - Sektor Versicherungsaufsicht. Die Adresse lautet:
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, E-Mail: poststelle@bafin.de
Auch an die BaFin können Sie Beschwerden richten.

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht Ihnen der Rechtsweg offen.

2.11 Welche Gerichte sind zuständig?

Meinungsverschiedenheiten können ggf. auch eine gerichtliche Klärung erfordern. Für Ihre Klagen gegen uns ist das Gericht an unserem Sitz in Köln oder das Gericht an Ihrem Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort zuständig. Für unsere Klagen gegen Sie ist das Gericht an Ihrem Wohnsitz zuständig. Haben Sie keinen ständigen Wohnsitz, können wir unsere Klage an Ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort einreichen.
Verlegen Sie nach Vertragsschluss Ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland, ist das Gericht an unserem Sitz in Köln zuständig. Dies gilt auch, wenn uns Ihr Wohnsitz bzw. gewöhnlicher Aufenthaltsort im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist.

Anlage zu KombiMed Krankenhaus Unfall Tarif KSU
Information über die monatlichen Beiträge in den jeweiligen Altersgruppen

Wir haben den Tarif KSU 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 nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Der Wechsel der Altersgruppe hat in der Regel deutliche Beitragssteigerungen zur Folge. Wir informieren Sie gerne über die Beiträge in den einzelnen Altersgruppen.

Tarif KSU

Eintrittsalter* der versicherten Person	Monatliche Beiträge in Euro (Einzelversicherung)** (Stand 1.7.2021)
0-19	4,30
20-29	6,40
30-39	6,60
40-49	6,70
50-59	8,30
60-69	14,10
70-79	24,20
80-89	36,00
90-99	44,60
100-109	44,60
ab 110	44,60

* Das Eintrittsalter errechnet sich aus der Differenz zwischen dem Jahr, in dem die Versicherung beginnt, und dem Geburtsjahr.

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