

# Private Krankenversicherung

## Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

# DKV

Unternehmen: DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Deutschland Produkt: KombiMed Krankenhaus Tarife KGZ 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 Krankheiten und Unfällen,
- ✓ bei Schwangerschaft und Entbindung.

Wir ersetzen Aufwendungen für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung nach Vorleistung der GKV und andere vereinbarte Leistungen:

- ✓ **Tarif KGZ 1:** Ein- oder Zweibettzimmer mit privatärztlicher Behandlung.
- ✓ **Tarif KGZ 2:** Zweibettzimmer mit privatärztlicher Behandlung.
- ✓ Wird weder das Ein-/Zweibettzimmer noch die privatärztliche Behandlung in Anspruch genommen, zahlen wir ein Tagegeld von 25 Euro für Tarif KGZ 1 und von 20 Euro für Tarif KGZ 2.  
Für Kinder zahlen wir das Tagegeld in halber Höhe.
- ✓ Allgemeine Krankenhausleistungen, soweit nach Übernahme der Pflichtleistung durch die GKV Aufwendungen verbleiben.
- ✓ 200 Euro Pauschale bei bestimmten ambulanten Operationen.



### Was ist nicht versichert?

- ✗ Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind.
- ✗ Versicherungsfälle, die durch vorsätzliches Handeln oder Kriegereignisse verursacht werden, einschließlich deren Folgen.
- ✗ Behandlungen durch Ehepartner, Lebenspartner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, Eltern oder Kinder.
- ✗ Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren.
- ✗ Kurzbehandlung sowie Rehabilitationsmaßnahmen.



### 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 (gilt nicht in der Gruppenversicherung).
- ! Kein Krankenhaustagegeld bei teilstationärer Behandlung.
- ! Begrenzung der Gesamterstattung auf die Summe der Aufwendungen.
- ! Weitere Einschränkungen u. a.
  - 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 einen Monat ab Beginn des Auslandsaufenthaltes bestehen. Der Versicherungsschutz bleibt für 6 Monate bestehen, wenn die Versicherung nach diesem Tarif bei Beginn des Aufenthaltes bereits 12 Monate besteht.



## Welche Verpflichtungen habe ich?

- Sie müssen die im Antrag oder zusätzlich in Textform (z. B. Brief, Fax oder E-Mail) gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- 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?

Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag. Er kann auch in monatlichen Betragsraten gezahlt werden. 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.

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 und vor Ablauf der Wartezeit. Bei der Gruppenversicherung beginnt der Versicherungsschutz nicht vor Zugang der Beitrittserklärung und vor Beginn des Gruppenversicherungsvertrages.

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. Bei der Gruppenversicherung gibt es keine Mindestversicherungsdauer.

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

# DKV

Unternehmen: DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Deutschland Produkt: KombiMed Best Care Tarif KBCK

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 Serviceversicherung zu Stationärтарifen.

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 dieser Versicherung decken wir diesen Bedarf bei bestimmten Diagnosen ab. Die Serviceleistungen aus Tarif KBCK ergänzen Ihren bestehenden stationären Versicherungsschutz.



#### Was ist versichert?

Sie sind versichert

- ✓ bei bestimmten Erkrankungen, Fehlbildungen und Komplikationen nach Unfallverletzungen. Diese müssen im Krankenhaus stationär behandlungsbedürftig sein.

Was leisten wir?

- ✓ Wir schalten einen für die jeweilige Diagnose qualifizierten Top-Experten ein. Dies sind Ärzte, die mit uns kooperieren. Sie sind renommiert und für die jeweilige Diagnose als Experte anerkannt.
- ✓ 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.
- ✓ Wir organisieren für Sie auf der Grundlage des zugrundeliegenden Krankenversicherungsschutzes die Durchführung einer erforderlichen Operation durch den Experten.
- ✓ Erfolgt keine Operation, besteht die Expertenleistung in einer begründeten Empfehlung für die weitere Behandlung.
- ✓ 500 Euro Aufwandspauschale zur freien Verfügung.
- ✓ 500 Euro Ersatzpauschale, falls wir die Fünftagefrist nicht einhalten.



#### Was ist nicht versichert?

- ✗ Versicherungsfälle, die vor Abschluss des Versicherungsvertrages eingetreten sind.
- ✗ akute Notfälle (z. B. Herzinfarkt, Schlaganfall, Unfall), die eine sofortige ärztliche Behandlung erfordern.
- ✗ Transplantationen (außer Hauttransplantationen).
- ✗ Aufwendungen für die Behandlung.
- ✗ Reise- und Transportkosten zum oder vom Experten.



#### Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Die Deckung wird bestimmt durch Art und Umfang der Versicherungsleistungen in den einzelnen Leistungsbeschreibungen (vgl. AVB).
- ! Keine Leistung während der Wartezeit.
- ! Weitere Einschränkungen können sich ergeben:
  - bei Aufenthalt im Ausland.
  - bei Verletzung von Obliegenheiten.
  - bei einem Beitragsrückstand.



#### Wo bin ich versichert?

- ✓ Ihr Versicherungsschutz besteht in Deutschland.



## 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.
- 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.



## 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 Organisation der Behandlung noch nicht abgeschlossen ist.

Die Versicherung endet u. a. bei

- Beendigung des erforderlichen stationären Krankenversicherungsschutzes,
- 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.