Versicherungsbedingungen Tarif betriebliche KV Krankenhaus (kurz: FKH02B) - Gruppenversicherung

Inhalt

1. Versicherte Leistungen 1

1.1 Leistungserbringer und Honorargrenzen 1
1.2 Behandlungen im Krankenhaus 1
1.3 Schwangerschaft und Entbindung 3
1.4 Ambulante Operationen im Krankenhaus 3
1.5 Leistungen im Ausland 4
1.6 Leistungsausschlüsse und -reduzierung 4
1.7 Der Versicherungsfall - Grundlage unserer Leistungen 5
1.8 Untersuchungs- und Behandlungsmethoden 5
1.9 Umfang des Versicherungsschutzes 5
1.10 Definition der Grundsicherung 6

2. Allgemeines zu unseren Zahlungen ... 6

2.1 Kostenbegriff 6
2.2 Zeitpunkt der Kosten 6
2.3 Recht auf die Leistungen 6
2.4 Nachweise, damit wir zahlen können 6
2.5 Hier müssen andere zuerst zahlen 6

3. Ihre vertraglichen Verhaltenspflichten 6

4. Voraussetzungen, damit Sie versichert sein können 6

5. Beitrag und Beitragsänderungen 6

5.1 Beitragszahlung 6
5.2 Beitragsänderungen 7

6. Weitere Vertragsänderungen 7

6.1 Recht auf Beitragsbefreiung 7
6.2 Versicherung von Kindern 7
6.3 Änderung der Vertragsbedingungen 7

7. Vertragsende und Fortsetzung 8

7.1 Kündigung 8
7.2 Sonstiges Vertragsende 8
7.3 Fortsetzung 8

8. Sonstige Regelungen 8

8.1 Auskunft und Offenlegung 8
8.2 Ausländisches Geld 8
8.3 Kosten, die wir abziehen können 8
8.4 Verrechnung von Zahlungen 9
8.5 Deutsches Recht 9
8.6 Beschwerdemöglichkeiten 9

1. Versicherte Leistungen

Wir übernehmen folgende Aufwendungen für medizinische notwendige Leistungen. Wir leisten jedoch nicht für zahnärztliche Leistungen.

1.1 Leistungserbringer und Honorargrenzen

Versicherte Leistungserbringer und Honorargrenzen	Umfang	Ausnahmen
Leistungserbringer	Sie haben die freie Wahl unter allen Ärzten, die zur Ausübung der Heilkunde berechtigt sind. Diese müssen niedergelassen oder in einem medizinischen Versorgungszentrum tätig sein. Sie haben die freie Wahl unter allen Krankenhäusern (bitte vergleichen Sie unter "Behandlungen im Krankenhaus"). Dazu gehören jedoch nicht Arztpraxen, selbst wenn diese Patienten auch über Nacht ärztlich und pflegerisch betreuen können. Bei Tuberkulose können Sie zudem in eine Tuberkulose-Heilstätte oder ein Tuberkulose-Sanatorium gehen.	Wir zahlen keine Behandlungen durch Ehepartner, eingetragene Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Wir übernehmen in diesem Fall die Auslagen des Leistungserbringers. Wir zahlen auch nicht für Leistungserbringer, die wir aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen haben. Wir können ausschließen: • einzelne Ärzte. • einzelne Krankenhäuser. Wir informieren Sie in diesem Fall über den Ausschluss von der Kostenerstattung. Erst dann gilt er für Sie. Wenn Sie diese Information erst erhalten, während Sie bereits behandelt werden, erstatten wir noch die Kosten für Behandlungen in den ersten 3 Monaten nach unserer Information.
Honorargrenzen	Die Vergütung für einen Entbindungspfleger oder eine Hebamme erstatten wir zu den Sätzen der gesetzlichen Gebührenordnung. Die Vergütung für ärztliche Leistungen muss nach der Gebührenordnung für Ärzte berechnet werden. Wir erstatten diese Kosten auch oberhalb der Höchstsätze dieser Gebührenordnung. Diese kann Ihr Arzt berechnen, wenn er sie in einer wirksamen Honorar-Vereinbarung mit Ihnen festgelegt hat. Bei einer zu hohen Rechnung können wir aber unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen (Ziffer 1.6).	

1.2 Behandlungen im Krankenhaus

Unsere Zahlungen	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Behandlungen im Krankenhaus	Wir erstatten die Kosten für diese Krankenhäuser: • mit staatlicher Förderung. Das sind etwa Universitätskliniken sowie städtische und kirchliche Krankenhäuser. • ohne staatliche Förderung (Privatkliniken). In beiden Fällen erstatten wir auch, wenn Sie in einem Krankenhaus behandelt werden, das auch Kuren und Sanatoriums-Behandlungen durchführt oder Genesende aufnimmt. Wenn Sie Fragen zu dem Krankenhaus haben, in dem Sie behandelt werden sollen, können Sie sich gerne an uns wenden. Wir informieren Sie dann über den Umfang unserer Erstattung.	Bietet ein Krankenhaus auch Kuren und Sanatoriums-Behandlungen an oder nimmt es Genesende auf, erstatten wir nur, wenn wir dies vorher schriftlich zugesagt haben. Wenn wir feststellen, dass wir leistungspflichtig sind, sagen wir zu. Ohne Zusage erstatten wir in einem dieser Fälle: • Sie werden als Notfall in das Krankenhaus eingewiesen, müssen wegen eines Notfalls sofort stationär behandelt werden oder müssen stationär operiert werden. • Sie befinden sich bereits in dem Haus und bekommen eine neue Erkrankung. Diese ist so schlimm,

		dass deshalb ein Krankenhaus-Aufenthalt medizinisch notwendig ist. • Das Krankenhaus hat als einziges im Umkreis von 20 Kilometern zu Ihrem Wohnort einen Versorgungsvertrag mit der gesetzlichen Krankenversicherung.
Krankenhäuser mit staatlicher Förderung - 100 Prozent.	Wir erstatten die Kosten für: • ärztliche Leistungen. • das gesondert berechnungsfähige Zweibett-Zimmer (auch bei Unterkunft im Einbett-Zimmer). • einen Telefonanschluss. • die Miete für Radio und Fernsehen. • die besondere Verpflegung durch das Krankenhaus. • die Betten-Freihaltegebühr für das gesondert berechnungsfähige Zweibett-Zimmer. • Vor- und Nachbehandlungen nach § 115a des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch. Zudem erstatten wir die Kosten für allgemeine Krankenhaus-Leistungen, die nach Ihrer Grundabsicherung (siehe Ziffer 1.10) verbleiben. Umfasst sind auch die Aufnahme und Verpflegung für eine Begleitperson, die aus medizinischen Gründen bei Ihnen sein muss.	Die Kosten für allgemeine Krankenhaus-Leistungen erstatten wir nur, wenn Sie ein anderes Krankenhaus wählen als in der ärztlichen Einweisung genannt ist. Wir zahlen bei gesetzlich Krankenversicherten nur, wenn die gesetzliche Krankenversicherung vorgeleistet hat.
- Krankenhaus-Tagegeld bis zu 50 Euro täglich.	Statt der Kostenerstattung können Sie das Tagegeld wählen. Wir zahlen kein Krankenhaus-Tagegeld für: • Tage vollständig außerhalb des Krankenhauses. • eine Behandlung von weniger als 24 Stunden je Tag (teilstationäre Behandlung). Wir zahlen: • 25 Euro täglich, wenn Sie auf zusätzlich berechnungsfähige Arzt-Behandlung verzichten ("Chefarzt" und Belegarzt). • 25 Euro täglich, wenn Sie auf zusätzlich berechnungsfähiges Einbett- und Zweibett-Zimmer verzichten. Das gilt nicht am Tag der Entlassung sowie für Tage auf Intensiv- oder Säuglingsstation.	
Krankenhäuser ohne staatliche Förderung (Privatkliniken) - bei Unterkunft im Einbett-Zimmer: 60 Prozent der Kosten, die nach Ihrer Grundabsicherung (siehe Ziffer 1.10) verbleiben. - bei Unterkunft im Zwei- oder Mehrbett-Zimmer: 100 Prozent der Kosten, die nach Ihrer Grundabsicherung (siehe Ziffer 1.10) verbleiben.	Privatkliniken sind Krankenhäuser ohne staatliche Förderung. Diese müssen nicht nach dem Krankenhaus-Entgeltgesetz oder der Bundespflegesatz-Verordnung abrechnen. Wir erstatten die Kosten für: • ärztliche Leistungen. • Ein-, Zwei- oder Mehrbett-Zimmer. • einen Telefonanschluss. • die Miete für Radio und Fernsehen. • die besondere Verpflegung durch das Krankenhaus. • die Betten-Freihaltegebühr für das Ein- oder Zweibett-Zimmer • medizinisch begründete Nebenkosten. • Aufnahme und Verpflegung einer Begleitperson, die aus medizinischen Gründen bei Ihnen sein muss. • als Krankenhaus-Leistungen berechnete Arzt-Kosten.	Wir zahlen bei gesetzlich Krankenversicherten nur, wenn die gesetzliche Krankenversicherung vorgeleistet hat.
Spezielle Services	Bei einer Krankenhaus-Behandlung erhalten Sie auf Wunsch folgende Services:	

	• Wir nennen einen persönlichen Ansprechpartner, den Sie während der gesamten Behandlung anrufen können. • Wir nennen Kliniken (auch für eine medizinische Reha) und Erbringer von Assistance-Leistungen. • Damit die Behandlungsabläufe erforderlichenfalls besser koordiniert werden, kontaktieren wir Ihre Ärzte sowie die Leistungserbringer, die zum Versorgungsmanagement Ihrer Krankenkasse gehören. • Wir beraten Sie über eine ambulante Versorgung nach der Krankenhaus-Behandlung sowie über Leistungen der sozialen Pflege-Pflichtversicherung.	
Wunschverlegung	Wenn Sie in ein anderes deutsches Krankenhaus mit staatlicher Förderung verlegt werden wollen, erstatten wir die Kosten dafür. Das gilt auch dann, wenn der Transport nicht medizinisch notwendig ist.	Diese Voraussetzungen müssen alle erfüllt sein: • Ihre Krankenhausbehandlung wird voraussichtlich noch mindestens 7 Tage andauern, nachdem Sie verlegt worden sind. • Wir organisieren die Verlegung.

1.3 Schwangerschaft und Entbindung

Unsere Zahlungen	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Leistungen bei Schwangerschaft und Entbindung	Wir zahlen die Leistungen für Krankenhaus-Behandlung (Ziffer 1.2) auch, wenn Sie schwanger sind oder entbunden werden. Wir zahlen auch die Behandlung und Unterkunft im Entbindungsheim, Hebammen oder Entbindungspfleger.	

1.4 Ambulante Operationen im Krankenhaus

Unsere Zahlungen	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Ambulante Operationen	Ambulante Operationen sind Eingriffe im Krankenhaus nach dem Katalog nach § 115b des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch. Dazu gehören etwa die Entfernung von Krampfadern oder Hämorrhoiden sowie arthroskopische Eingriffe am Knie.	Die ambulante Operation muss von einem angestellten oder beamteten Arzt des Krankenhauses oder von einem Belegarzt durchgeführt werden.
Ärztliche Leistungen - 100 Prozent der Kosten, die nach Ihrer Grundabsicherung (siehe Ziffer 1.10) verbleiben.	Wir erstatten die Kosten für ärztliche Leistungen. Das gilt für die Operation und damit zusammenhängende anästhesiologische Leistungen. Zudem erstatten wir weitere ärztliche Leistungen, die während der Operation im unmittelbaren medizinischen Zusammenhang erbracht oder veranlasst werden. Dazu gehören insbesondere Laboruntersuchungen, radiologische, histologische und pathologische Leistungen. Dafür können Sie auch in Anspruch nehmen: • Institute, die auf ärztliche Veranlassung diese Leistungen durchführen. • medizinische Versorgungszentren.	Wir zahlen bei gesetzlich Krankenversicherten nur, wenn die gesetzliche Krankenversicherung vorgeleistet hat.
Ambulante Voruntersuchung - 100 Prozent der Kosten, die nach Ihrer Grundabsicherung (siehe Ziffer 1.10) verbleiben. - einmal je Operation	Wir erstatten die Kosten für eine einmalige ärztliche Voruntersuchung im Zusammenhang mit einer ambulanten Operation.	Diese Voraussetzungen müssen alle erfüllt sein: • Die Voruntersuchung wird von dem Arzt vorgenommen, der Sie operieren wird. • Er untersucht Sie frühestens 4 Wochen vor der Operation.

		Wir zahlen bei gesetzlich Krankenversicherten nur, wenn die gesetzliche Krankenversicherung vorgeleistet hat.
Ambulante Nachuntersuchungen - 100 Prozent der Kosten, die nach Ihrer Grundabsicherung (siehe Ziffer 1.10) verbleiben. - bis zu 7 Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach der ambulanten Operation.	Wir erstatten die Kosten für ärztliche Nachuntersuchungen.	Diese Voraussetzungen müssen alle erfüllt sein: • Die Nachuntersuchung wird von dem Arzt vorgenommen, der die ambulante Operation durchgeführt hat. • Er untersucht Sie, um den Behandlungserfolg der Operation zu sichern oder zu festigen. Wir zahlen bei gesetzlich Krankenversicherten nur, wenn die gesetzliche Krankenversicherung vorgeleistet hat.

1.5 Leistungen im Ausland

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Auslandsbehandlungen	Wir erstatten die ortsüblichen Kosten für Leistungen nach den Ziffern 1.1 bis 1.4 zu den Prozentsätzen, die für eine Behandlung in Deutschland gelten. Wir erstatten auch Kosten für Krankheiten - einschließlich chronische - oder Unfallfolgen, die Sie bereits zu Reisebeginn haben. Das gilt auch dann, wenn sich diese auf der Reise verschlimmern.	
Versicherte Länder		
Europa	Wir zahlen für Leistungen in ganz Europa.	
Nichteuropäische Länder	Wir zahlen bei vorübergehenden Aufenthalten von bis zu 6 Monaten in außereuropäischen Staaten. Wenn Sie aus medizinischen Gründen länger behandelt werden müssen, zahlen wir, bis Sie gesundheitlich wieder zurückreisen können.	

1.6 Leistungsausschlüsse und -reduzierung

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Krieg und Wehrdienstbeschädigung	Wir zahlen nicht, wenn Sie durch Kriegsereignisse verletzt werden. Wir zahlen dennoch, wenn Sie außerhalb des Lands, in dem Sie Ihren Wohnort haben, vom Kriegsbeginn überrascht werden und Sie ohne Schuld im Kriegsgebiet bleiben müssen. Wir zahlen auch nicht für anerkannte Wehrdienstbeschädigungen.	Terroristische Anschläge sind keine Kriegsereignisse. Als Wohnort gilt, wo Sie sich gewöhnlich aufhalten. Ein Kriegsereignis ist überraschend, wenn es hierzu keine Reisewarnung des deutschen Auswärtigen Amts gab, bevor Sie das Land, in dem Sie wohnen, verlassen haben.
Entwöhnung	Wir zahlen nicht, wenn Sie ausschließlich wegen einer Entwöhnung behandelt werden.	Eine Entwöhnung ist eine Behandlung, die darauf abzielt, den Patienten aus der Bindung an Drogen, Alkohol oder andere Suchtmittel zu lösen.
Kur, Sanatoriums-Behandlung und Reha	Wir zahlen keine Kur- und Sanatoriumsbehandlung.	Kuren und Sanatoriumsbehandlung sind Maßnahmen, die typischerweise der Erhaltung der Gesundheit dienen (etwa Badekuren).

	Wir übernehmen auch keine Reha-Maßnahmen, die ein gesetzlicher Reha-Träger zahlt (etwa Renten- oder Unfallversicherung).	
Zahnärztliche Leistungen	Wir zahlen keine zahnärztlichen Leistungen. Das gilt unabhängig davon, ob diese von einem Arzt, Zahnarzt oder Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen erbracht werden.	
Zuzahlungen	Wir zahlen keine Zuzahlungen, die Sie nach § 61 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch leisten müssen.	
Übermaßbehandlung und zu hohe Rechnungen	Wir können unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Dafür muss eine Übermaß-Behandlung vorliegen oder eine unangemessen hohe Vergütung verlangt werden.	Eine Übermaß-Behandlung ist eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, die das medizinisch notwendige Maß übersteigt. Kosten nach gesetzlichem Vergütungsrecht sind angemessen, soweit sie nach den gesetzlichen Bemessungskriterien medizinisch gerechtfertigt sind.

1.7 Der Versicherungsfall - Grundlage unserer Leistungen

Versicherungsfall	Beschreibung	Erläuterungen
Behandlung bei Krankheit oder Unfallfolgen sowie weitere Versicherungsfälle	Damit wir leisten, müssen Sie sich in einer Heilbehandlung wegen einer Krankheit oder Unfallfolge befinden. Die Behandlung muss medizinisch notwendig sein. Wir leisten auch in diesen Fällen: • Sie werden wegen einer Schwangerschaft untersucht oder medizinisch notwendig behandelt und von Ihrem Kind entbunden. • Es wird ein rechtmäßiger Schwangerschafts-Abbruch aus medizinisch notwendigen Gründen oder wegen eines Verbrechens durchgeführt.	Medizinisch notwendig bedeutet: Die Behandlung eignet sich für den Behandlungserfolg. Und sie ist erforderlich. Beides muss man zum Zeitpunkt der Behandlung bejahen können - nach objektiven medizinischen Kriterien und wissenschaftlichen Erkenntnissen.
Beginn und Ende	Der Versicherungsfall beginnt, wenn Sie sich wegen der Krankheit oder des Unfalls erstmals behandeln oder untersuchen lassen. Das gilt auch, wenn noch keine oder keine richtige Diagnose existiert. Der Versicherungsfall endet, wenn Sie aus medizinischen Gründen keine Behandlung mehr benötigen. Ein neuer Versicherungsfall beginnt, wenn Sie während der Behandlung auch wegen einer anderen Krankheit oder Unfallfolge behandelt werden müssen. Das setzt voraus, dass die Krankheit oder Unfallfolge mit der bereits behandelten nicht zusammenhängt.	

1.8 Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Wir zahlen für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind.

Wir zahlen zudem für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben, etwa:
- Schröpfen.
- Akupunktur zur Schmerz-Therapie.
- Chirotherapie.
- Osteopathie.
- Eigenblut-Behandlung.
- therapeutische Lokal-Anästhesie.

Außerdem zahlen wir für Methoden und Arzneimittel, die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen.

Wir können in diesen Fällen auf den Betrag kürzen, der für eine schulmedizinische Methode oder ein solches Arzneimittel angefallen wäre.

1.9 Umfang des Versicherungsschutzes

1.9.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt ohne Wartezeiten zum vereinbarten Zeitpunkt, wenn der Versicherungsnehmer den ersten Beitrag pünktlich zahlt. Zahlt er diesen erst später, startet der Versicherungsschutz erst, wenn wir den Beitrag erhalten haben.

Wir leisten auch für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind. Das gilt aber nur für den Teil, der nach Beginn des Versicherungsschutzes liegt.

Das bedeutet zum Beispiel: Halten Sie sich bei Versicherungsbeginn bereits im Krankenhaus auf, zahlen wir für diesen Aufenthalt teilweise. Wir zahlen dann nur den Teil, der nach Beginn des Versicherungsschutzes liegt.

1.9.2 Bestandteile des Vertrags

Der Vertrag setzt sich zusammen aus
- dem Versicherungsschein.
- den schriftlichen Vereinbarungen.
- diesen Versicherungsbedingungen.
- den gesetzlichen Vorschriften.

1.9.3 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet mit Vertragsende. Das gilt auch für laufende Behandlungen.

Wenn der Gruppenversicherungsvertrag beendet wird und Sie den Vertrag nicht als Einzelversicherung fortsetzen, leisten wir noch für weitere 4 Wochen. Das gilt nur für Behandlungen, die bei der Beendigung noch nicht abgeschlossen sind.

1.10 Definition der Grundsicherung

Eine Grundsicherung liegt vor, wenn Sie eine gesetzliche Absicherung im Krankheitsfall oder eine private Krankenversicherung nach § 146 Versicherungsaufsichtsgesetz haben.

2. Allgemeines zu unseren Zahlungen

2.1 Kostenbegriff

Wir erstatten nur die Kosten, zu deren Zahlung Sie aus dem Vertrag mit dem Leistungserbringer verpflichtet sind (Aufwendungen). Das heißt: Wir erstatten keine Kosten, die Ihnen aus nicht berechtigten Ansprüchen Dritter entstehen.

2.2 Zeitpunkt der Kosten

Wenn es darauf ankommt, wann Ihnen Kosten entstanden sind, ist das Datum entscheidend, an dem Sie untersucht worden sind. Das ist wichtig etwa beim Vertragsende.

2.3 Recht auf die Leistungen

Sie als Hauptversicherter haben Anspruch auf die Leistungen. Deshalb wenden sich die Vertragsbedingungen an Sie.

Ihre Ansprüche auf Versicherungsleistungen in Geld sind nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften nicht pfändbar.

Sofern Sie Ihre Ansprüche auf Versicherungsleistungen an Dritte abtreten, müssen Sie uns dies unverzüglich anzeigen.

Es ist auch ausreichend, wenn der Abtretungsgläubiger uns die Abtretungsurkunde vorlegt. Abtretungsgläubiger ist die Person, die durch die Abtretung die Forderung auf Versicherungsleistungen erhalten hat. Wir benötigen regelmäßig nicht das Original der Abtretungsurkunde. Vielmehr reicht grundsätzlich etwa eine Kopie, Zweitschrift, ein Scan oder ein Foto von der Urkunde aus.

Solange uns die Abtretung nicht in einer dieser beiden Alternativen angezeigt worden ist, müssen wir nicht an den Abtretungsgläubiger leisten. In diesem Fall können wir die Forderung weiterhin erfüllen, indem wir an Sie leisten.

Diese Vorgaben und Rechtsfolgen ergeben sich aus dem Gesetz. Sie haben keinen Einfluss auf die rechtliche Zulässigkeit oder Wirksamkeit der Abtretung von Ansprüchen auf Versicherungsleistungen an Dritte.

2.4 Nachweise, damit wir zahlen können

Unsere Zahlungen werden nach § 14 Versicherungsvertragsgesetz fällig. Dort ist auch geregelt, wann Sie Abschlagszahlungen von uns verlangen können.

Damit wir zahlen, benötigen wir alle erforderlichen Informationen und Nachweise. Nachweise werden unser Eigentum, wenn wir sie erhalten.

Solche Nachweise sind vor allem Rechnungen (auch unbezahlte). Sie erfordern mindestens diesen Inhalt:
- Name der behandelten Person.
- die durchgeführte Untersuchungsmethode.
- Art der Leistungen.
- Behandlungsdaten.

Bei einer ambulanten Operation im Krankenhaus benötigen wir zusätzlich diese Informationen:
- Name und Ort des Krankenhauses, in dem Sie operiert wurden.
- den Operationen- und Prozeduren-Schlüssel (OPS) für Ihre Operation.

Wenn Sie die Rechnung schon woanders eingereicht haben, benötigen wir die Angaben über die Zahlung des anderen Kostenträgers.

Für das Krankenhaus-Tagegeld ist eine Bescheinigung mit mindestens diesem Inhalt erforderlich:
- Name der behandelten Person.
- Bezeichnung der Krankheit.
- Daten zu Aufnahme, Entlassung und - sofern der Fall - Tagen außerhalb des Krankenhauses.

2.5 Hier müssen andere zuerst zahlen

Der Tarif betriebliche KV Krankenhaus bietet ergänzende Leistungen zur gesetzlichen Krankenversicherung. Es gilt:

Wenn Sie Ansprüche gegen einen anderen Kostenträger haben, gehen diese unserer Zahlung vor. Andere Kostenträger sind:
- gesetzliche Unfall- oder Rentenversicherung.
- gesetzliche Heil- oder Unfallfürsorge.

Wenn Sie es wünschen, zahlen wir auch als Erster. Dafür müssen Sie uns Ihren Anspruch gegen den anderen Kostenträger abtreten, soweit wir zahlen.

Haben Sie das Krankenhaus-Tagegeld gewählt, erhalten Sie es unabhängig davon, ob ein Anderer die Krankenhaus-Kosten übernimmt.

3. Ihre vertraglichen Verhaltenspflichten

Sie müssen sich von einem Arzt, den wir beauftragen, untersuchen lassen, wenn wir das verlangen.

Wir müssen nicht oder zum Teil nicht leisten, wenn Sie diese Pflicht verletzen. Das regelt § 28 Absätze 2 bis 3 Versicherungsvertragsgesetz.

4. Voraussetzungen, damit Sie versichert sein können

Sie sind nach diesem Tarif versicherbar, solange Sie zum versicherbaren Personenkreis gehören. Dieser ist im Gruppenversicherungsvertrag festgelegt. Ihre Versicherung endet mit dem Tag, an dem Sie aus dem versicherbaren Personenkreis ausscheiden.

5. Beitrag und Beitragsänderungen

5.1 Beitragszahlung

5.1.1 Beitrag

Der Versicherungsnehmer muss einen Monatsbeitrag zahlen. Dieser steht im aktuellen Versicherungsschein. Wir berechnen ihn geschlechtsunabhängig nach den Grundsätzen, die in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt sind.

5.1.2 Zahlungstermine

Der Versicherungsnehmer muss den ersten Beitrag zum Versicherungsbeginn zahlen. Das Datum steht im Versicherungsschein.

Die folgenden Beiträge muss der Versicherungsnehmer immer zum Monatsersten zahlen.

5.1.3 Zahlung per Lastschrift

Ist mit dem Versicherungsnehmer vereinbart, dass der Beitrag von einem Konto eingezogen wird (Lastschriftverfahren), muss er uns hierfür ein SEPA-Lastschriftmandat erteilen. Wir können verlangen, dass er es in Textform (etwa Brief, Fax, E-Mail) erteilt.

5.1.4 Tagesbeitrag

Wir verlangen den Beitrag nur für die Zeit, in der Sie bei uns versichert sind. Wenn Ihre Versicherung nicht am Monatsanfang beginnt oder vor dem Monatsende ausläuft, verlangen wir den Beitrag nur für die Tage dieses Monats, an denen Sie bei uns versichert sind. Als Tagesbeitrag gilt 1/30 des Monatsbeitrags. Wir runden auf volle Cent auf.

5.2 Beitragsänderungen

Wir haben das Recht, den Beitrag während der Vertragslaufzeit anzupassen. Dafür müssen die Voraussetzungen nach § 203 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetz erfüllt sein. Die dafür nötige Gegenüberstellung muss eine Abweichung von mehr als 5 Prozent ergeben.

Wir informieren den Versicherungsnehmer über die Anpassung in Textform (etwa Brief, Fax, E-Mail) und nennen ihm die maßgeblichen Gründe. Die Anpassung wird mit Anfang des zweiten Monats nach unserer Information wirksam.

6. Weitere Vertragsänderungen

6.1 Recht auf Beitragsbefreiung

6.1.1 Beitragsbefreiung in Zeiten ohne Gehalt

Der Versicherungsnehmer kann eine vorübergehende Beitragsbefreiung für Ihre Versicherung verlangen. Das bedeutet:
- Der Versicherungsnehmer muss für Sie in dieser Zeit keine Beiträge zahlen.
- Sie behalten in dieser Zeit aber Ihren vollen Anspruch auf die Leistungen.

Die Beitragsbefreiung kann in diesen Fällen, in denen Sie kein Gehalt bekommen, vereinbart werden:
- Sie sind durch Krankheit oder Unfall arbeitsunfähig.
- Sie nehmen Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz.
- Sie pflegen einen nahen Angehörigen nach dem Familien-Pflegezeitgesetz.
- Sie sind aus einem anderen Grund von Ihrer Pflicht zur Arbeitsleistung vorübergehend freigestellt ("Sabbatical").

6.1.2 Dauer der Beitragsbefreiung

Beginnt die Zeit ohne Gehalt an einem Monatsersten, muss der Beitrag ab diesem Tag nicht mehr bezahlt werden. Entfällt Ihr Gehalt jedoch später, gilt die Beitragsbefreiung erst ab dem nächsten Monat.

Die Beitragsbefreiung für Ihre Versicherung kann für jeweils höchstens 36 Monate verlangt werden. Vor Ablauf dieser Frist endet die Beitragsbefreiung mit dem Monat, in dem die Zeit ohne Gehalt ausläuft. Der Versicherungsnehmer muss ab dem nächsten Monat den dann gültigen Beitrag zahlen.

6.2 Versicherung von Kindern

6.2.1 Neugeborene

Wir versichern Neugeborene ohne Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse und Wartezeiten nach § 198 Absatz 1 Versicherungsvertragsgesetz. Geburtsschäden und angeborene Krankheiten sind dann auch abgesichert.

Dafür müssen diese 2 Voraussetzungen erfüllt sein:
- Ein Elternteil ist am Tag der Geburt mindestens 3 Monate bei uns versichert.
- Sie melden das Kind innerhalb von 2 Monaten nach seiner Geburt bei uns an.

6.2.2 Adoptivkinder

Wir versichern Adoptivkinder, die bei der Adoption noch keine 18 Jahre alt sind, ohne Leistungsausschlüsse und Wartezeiten nach § 198 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetz.

Für ein erhöhtes Risiko können wir einen Risikozuschlag von bis zu 100 Prozent des Monatsbeitrags verlangen. Hierfür gelten unsere Grundsätze für die Risikobewertung.

Für die Nachversicherung müssen diese 2 Voraussetzungen erfüllt sein:
- Ein Elternteil ist am Tag der Adoption mindestens 3 Monate bei uns versichert.
- Sie melden das Kind innerhalb von 2 Monaten nach der Adoption bei uns an.

6.2.3 Umfang des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz des Kindes darf nicht höher oder umfassender sein als für den Elternteil, der bei uns versichert ist.

Wenn beide Eltern bei uns versichert sind, ist der insgesamt leistungsstärkere Versicherungsschutz die Grenze.

6.3 Änderung der Vertragsbedingungen

Ändern wir die Vertragsbedingungen in den folgenden Fällen, informieren wir den Versicherungsnehmer in Textform (etwa Brief, Fax, E-Mail) und nennen ihm die maßgeblichen Gründe.

6.3.1 Anpassung

Wir können Vertragsbedingungen anpassen, wenn sich die Verhältnisse im Gesundheitswesen nicht nur vorübergehend ändern. Das gilt etwa bei der Änderung von Gesetzen, die sich auf unsere Leistungszusage auswirken.

Dazu müssen diese Voraussetzungen alle erfüllt sein:
- Die Anpassung ist notwendig, um den Vertrag weiterzuführen.
- Ohne Anpassung wäre es für einen Vertragspartner unzumutbar, an dem Vertrag festzuhalten. Dabei müssen auch die Interessen des anderen Vertragspartners berücksichtigt werden.
- Die neue Regelung berücksichtigt die Belange des Versicherungsnehmers und der versicherten Personen angemessen. Dabei wird das Vertragsziel gewahrt.

Außerdem muss ein unabhängiger Treuhänder diese Voraussetzungen überprüft haben. Er muss bestätigen, dass die Anpassung angemessen ist.

Die Anpassung wird mit Anfang des zweiten Monats nach unserer Information wirksam.

6.3.2 Ersetzung

Wir können Vertragsbedingungen nach § 203 Absatz 4 in Verbindung mit § 164 Versicherungsvertragsgesetz durch neue Regelungen ersetzen. Das gilt etwa, wenn eine Bestimmung höchstrichterlich für unwirksam erklärt wurde.

Die neue Regelung wird 2 Wochen nach unserer Information wirksam.

7. Vertragsende und Fortsetzung

7.1 Kündigung

Wir haben kein ordentliches Kündigungsrecht.

Der Versicherungsnehmer kann folgendermaßen kündigen:

7.1.1 Form und Rechtzeitigkeit sowie Information des Versicherten

Eine Kündigung muss in Textform (etwa Brief, Fax, E-Mail) erklärt werden. Mündlich oder telefonisch reicht nicht aus.

Wenn der Versicherungsnehmer eine Kündigungsfrist oder Frist für einen Nachweis verpasst, ist die Kündigung unwirksam.

Kündigt der Versicherungsnehmer den Vertrag für einen Versicherten, ist dies nur wirksam, wenn er nachweist, dass der Versicherte davon weiß.

7.1.2 Ordentliche Kündigung

Der Versicherungsnehmer kann die Kündigung auf einzelne versicherte Personen beschränken. Wir müssen die Kündigung spätestens am 30. September des Jahres erhalten, zu dessen Ende er kündigen will.

7.1.3 Erhöhung von Beitrag sowie Minderung unserer Leistungen

Erhöhen wir den Beitrag, kann der Versicherungsnehmer für die Person kündigen, für die er mehr zahlen muss. Er kann auch für sie kündigen, wenn wir den Umfang des Versicherungsschutzes verringern.

In beiden Fällen gilt:
- Wir müssen die Kündigung innerhalb von 2 Monaten erhalten, nachdem wir dem Versicherungsnehmer die Vertragsänderung mitgeteilt haben.
- Die Versicherung endet zu dem Tag, an dem die Vertragsänderung (Beitragserhöhung oder Leistungsminderung) wirksam wird.

7.1.4 Recht auf Gegenkündigung

Wenn wir nur für einzelne Versicherte anfechten, zurücktreten oder außerordentlich kündigen, hat der Versicherungsnehmer ein Kündigungsrecht. Er kann damit die Aufhebung aller Verträge bei uns verlangen. Wir müssen die Kündigung innerhalb von 2 Wochen nach unserer Vertragserklärung erhalten.

Wenn wir angefochten haben oder zurückgetreten sind, heben wir die Verträge zum Ende des Monats auf, in dem der Versicherungsnehmer unsere Erklärung erhalten hat. Bei außerordentlicher Kündigung enden die Verträge zu dem Zeitpunkt, zu dem unsere Kündigung wirksam wird.

7.2 Sonstiges Vertragsende

7.2.1 70. Geburtstag

Ihre Versicherung endet mit dem Monat, in dem Sie Ihren 70. Geburtstag haben.

7.2.2 Ende des Gruppenversicherungsvertrags

Ihre Versicherung endet mit dem Ende des Gruppenversicherungsvertrags.

7.2.3 Tod

Ihre Versicherung endet mit dem Tag, an dem Sie sterben.

7.3 Fortsetzung

7.3.1 Kündigung des Gruppenversicherungsvertrags

Wenn Ihre Versicherung endet, weil die Gruppenversicherung gekündigt wird, können Sie den Vertrag zu den Bedingungen der Einzelversicherung nach § 206 Absatz 4 und § 207 Absatz 2 Satz 3 Versicherungsvertragsgesetz fortsetzen.

7.3.2 Sonstiges Fortsetzungsrecht

Wenn Ihre Versicherung endet, weil Sie
- aus dem versicherbaren Personenkreis ausscheiden oder
- 70 Jahre geworden sind,

können Sie den Vertrag zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortsetzen. Dies müssen Sie uns innerhalb von 2 Monaten nach dem Ende der Versicherung mitteilen.

Wenn die Einzelversicherung einen höheren oder umfassenden Versicherungsschutz enthält, können wir für diese Mehrleistung besondere Vereinbarungen treffen.

Die bisherige ununterbrochene Versicherungszeit rechnen wir auf die Wartezeiten in der Einzelversicherung an.

8. Sonstige Regelungen

8.1 Auskunft und Offenlegung

8.1.1 Auskunft vor Behandlungsbeginn

Wenn eine Behandlung ansteht, die mehr als 2.000 Euro kosten soll, können Sie davor folgende Auskunft von uns erhalten:

Wir nennen Ihnen den Umfang unserer Zahlung und begründen das in Textform (etwa Brief, Fax, E-Mail). Wenn Sie uns einen Kostenvoranschlag oder andere Unterlagen gegeben haben, gehen wir auch darauf ein.

Grundsätzlich informieren wir Sie spätestens innerhalb von 4 Wochen. Wenn die Behandlung aber eilt, geben wir Ihnen die Auskunft spätestens nach 2 Wochen. Diese Fristen beginnen, sobald wir Ihre Anfrage erhalten.

Wenn wir die 2- oder 4-wöchige Frist nicht einhalten, wird vermutet, dass die Behandlung medizinisch notwendig ist. Das gilt so lange, bis wir das Gegenteil beweisen.

8.1.2 Offenlegung von Unterlagen

Gutachten und Stellungnahmen, die wir besorgt oder angefordert haben, weil wir die Notwendigkeit einer Behandlung prüfen, legen wir auf Wunsch offen. Sie erhalten so Auskunft und können die Unterlagen einsehen.

Den Anspruch haben Sie. An Ihrer Stelle ist Ihr gesetzlicher Vertreter berechtigt, die Offenlegung zu verlangen. Wenn erhebliche Gründe dieser Offenlegung entgegenstehen, kann sie nur ein Arzt oder Rechtsanwalt verlangen.

Wenn wir diese Dokumente von Ihnen anfordern, zahlen wir Ihre Aufwendungen dafür.

8.2 Ausländisches Geld

Wir rechnen ausländische Währungen in Euro um. Dafür gilt der Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Gibt es keinen Wechselkurs für Ihre Währung, rechnen wir zum aktuellen Kurs nach der "Devisenkurs-Statistik" um (Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank).

Wir rechnen zu dem Tageskurs um, an dem wir Ihre Belege erhalten. Wenn Sie das Geld zu einem schlechteren Kurs erworben haben, nehmen wir diesen. Bitte legen Sie uns dazu Ihren Bankbeleg vor.

8.3 Kosten, die wir abziehen können

Unsere Zahlung auf ein deutsches Konto ist für Sie kostenlos. Unsere Kosten für Auslandszahlungen und für Übersetzungen können wir von unserer Zahlung abziehen.

8.4 Verrechnung von Zahlungen

Sie können gegen unsere Forderungen aufrechnen. Das gilt, soweit Ihr Anspruch unbestritten oder abschließend gerichtlich festgestellt ist.

8.5 Deutsches Recht

Es gilt deutsches Recht.

8.6 Beschwerdemöglichkeiten

8.6.1 Beschwerde bei uns oder Ihrem Vermittler

Sollten Sie nicht zufrieden sein, wenden Sie sich bitte gerne an uns. Weitere Informationen hierzu sowie Kontaktmöglichkeiten finden Sie unter www.allianz.de/service/beschwerde/. Sie können Ihre Beschwerde auch an den Versicherungsvermittler richten.

8.6.2 Beschwerde beim Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Sie haben auch die Möglichkeit, ein Beschwerdeverfahren beim Ombudsmann der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung durchzuführen (Anschrift: Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, Website: www.pkv-ombudsmann.de). Wir nehmen am Streitbeilegungsverfahren vor dieser Schlichtungsstelle teil. An den Ombudsmann können sich Versicherungsnehmer und Versicherte mit Beschwerden über ihren privaten Kranken- und Pflegeversicherer oder Beschwerden über den Versicherungsvermittler im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen wenden. Der Ombudsmann antwortet auf jede Beschwerde und unterbreitet in geeigneten Fällen einen Schlichtungsvorschlag.

8.6.3 Beschwerde bei der Versicherungsaufsicht

Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn, E-Mail: poststelle@bafin.de, Website: www.bafin.de. Im Fall einer Beschwerde können Sie oder der Versicherungsnehmer sich auch an diese wenden.

8.6.4 Rechtsweg

Unabhängig von der Beschwerde haben Sie oder der Versicherungsnehmer immer auch die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.