Versicherungsbedingungen Tarif betriebliche KV Krankenhaustagegeld (kurz: FKHT01B) - Gruppenversicherung

Inhalt

1. Versicherte Leistungen 1

1.1 Versicherte Einrichtungen 1
1.2 Höhe und Dauer unserer Zahlung 1
1.3 Leistungen im Ausland 1
1.4 Leistungsausschlüsse- und Reduzierung 2
1.5 Der Versicherungsfall - Grundlage unserer Leistungen 2
1.6 Umfang des Versicherungsschutzes 3

2. Allgemeines zu unseren Zahlungen ... 3

2.1 Recht auf die Leistungen 3
2.2 Nachweise, damit wir zahlen können 3

3. Ihre vertraglichen Verhaltenspflichten 3

4. Voraussetzungen, damit Sie versichert sein können 3

5. Beitrag und Beitragsänderungen 3

5.1 Beitragszahlung 3
5.2 Beitragsänderungen 3

6. Weitere Vertragsänderungen 3

6.1 Recht auf Beitragsbefreiung 3
6.2 Versicherung von Kindern 4
6.3 Änderung der Vertragsbedingungen 4

7. Vertragsende und Fortsetzung 4

7.1 Kündigung 4
7.2 Sonstiges Vertragsende 5
7.3 Fortsetzung 5

8. Sonstige Regelungen 5

8.1 Offenlegung 5
8.2 Kosten, die wir abziehen können 5
8.3 Verrechnung von Zahlungen 5
8.4 Deutsches Recht 5
8.5 Beschwerdemöglichkeiten 5

1. Versicherte Leistungen

Im Versicherungsfall zahlen wir bei einer Krankenhaus-Behandlung das versicherte Krankenhaustagegeld nach den folgenden Regelungen.

1.1 Versicherte Einrichtungen

Leistungserbringer	Umfang	Ausnahmen
Krankenhäuser und andere Einrichtungen	Sie haben die freie Wahl unter allen Krankenhäusern. 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. Das versicherte Krankenhaustagegeld zahlen wir auch bei vollstationärer Entbindung im Entbindungsheim. Wenn Sie Fragen zu der Einrichtung haben, in der Sie behandelt werden sollen, können Sie sich gerne an uns wenden. Wir informieren Sie dann über den Umfang unserer Zahlung.	Wir zahlen nicht für Aufenthalte in Krankenhäusern, die wir aus wichtigem Grund vom Versicherungsschutz ausgeschlossen haben. Wir informieren Sie in diesem Fall über den Ausschluss vom Versicherungsschutz. Erst dann gilt er für Sie. Wenn Sie diese Information erst erhalten, während Sie behandelt werden, zahlen wir das Krankenhaustagegeld für Krankenhaus-Behandlungen in diesem Haus in den ersten 3 Monaten nach unserer Information.

1.2 Höhe und Dauer unserer Zahlung

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Höhe des Tagessatzes	Ihr Krankenhaustagegeld richtet sich nach dem vereinbarten Tagessatz. Dieser steht in Ihrer aktuellen "Bescheinigung für den Versicherten".	
Dauer des Krankenhaustagegelds	Das versicherte Krankenhaustagegeld zahlen wir für jeden Tag einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung oder einer stationären Entbindung. In beiden Fällen gilt keine zeitliche Begrenzung.	Sie müssen in der Einrichtung vollstationär untergebracht sein. Deshalb zahlen wir nicht für • Tage außerhalb der Einrichtung. • teilstationäre Behandlungen. Diese liegt vor, wenn die stationäre Behandlung kürzer als 24 Stunden je Tag dauert. Die Tage von Aufnahme und Entlassung gelten jedoch als Bestandteil der vollstationären Behandlung.

1.3 Leistungen im Ausland

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Auslandsbehandlungen	Wir zahlen auch für Behandlungen wegen 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 stationär behandelt werden	

	müssen, zahlen wir, bis Sie gesundheitlich wieder zurückreisen können.	

1.4 Leistungsausschlüsse- und Reduzierung

Grund	Ausschluss	Erläuterungen
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 nicht bei einer Kur- und Sanatoriums-Behandlung. Wir zahlen auch nicht bei Reha-Maßnahmen, die ein gesetzlicher Reha-Träger zahlt (etwa Renten- oder Unfallversicherung).	Kuren und Sanatoriumsbehandlung sind Maßnahmen, die typischerweise der Erhaltung der Gesundheit dienen (etwa Badekuren).
Übermaßbehandlung	Wir können unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Dafür muss eine Übermaß-Behandlung vorliegen.	Eine Übermaß-Behandlung ist eine stationäre Behandlung, deren Dauer das medizinisch notwendige Maß übersteigt.

1.5 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.	

1.6 Umfang des Versicherungsschutzes

1.6.1 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 für den Teil, der nach Beginn des Versicherungsschutzes liegt.

1.6.2 Bestandteile des Vertrags

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

1.6.3 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.

2. Allgemeines zu unseren Zahlungen

2.1 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.

2.2 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.

Für das Krankenhaustagegeld 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.

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 10 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

Der Versicherungsnehmer muss in Textform (etwa Brief, Fax, E-Mail) kündigen. 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 Offenlegung

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 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.

8.3 Verrechnung von Zahlungen

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

8.4 Deutsches Recht

Es gilt deutsches Recht.

8.5 Beschwerdemöglichkeiten

8.5.1 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.

8.5.2 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.

8.5.3 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.

8.5.4 Rechtsweg

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