

## Kundeninformationsblatt zur Krankenversicherung

### Einzelversicherung

Nach der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen  
 (VVG-Informationspflichtenverordnung – VVG-InfoV)

Die Informationen auf diesem Blatt sind nicht abschließend.  
 Einzelheiten können Sie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen zum jeweiligen Produkt entnehmen.

#### Angaben zum Versicherer

DKV Deutsche Krankenversicherung AG  
 50933 Köln · Aachener Straße 300  
 weitere Postanschrift: 10963 Berlin · Stresemannstraße 111  
 Sitz: Köln · Aktiengesellschaft · HRB 570 · Amtsgericht Köln

#### Vorstand und Aufsichtsrat

Vorstand: Dr. Clemens Muth, Vorsitzender  
 Dr. Christoph Jurecka · Silke Lautenschläger · Dr. Johannes Lörper · Frank Neuroth · Dr. Hans Josef Pick  
 Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Torsten Oletzky

#### Hauptgeschäft

Gegenstand des Unternehmens ist im In- und Ausland der unmittelbare und mittelbare Betrieb der privaten Krankenversicherung.

#### Angaben zum Garantiefonds

Die DKV gehört einem Insolvenzschutzfonds an, der in dem sehr unwahrscheinlichen Fall einer Insolvenz der DKV sicherstellt, dass die Ansprüche ihrer Kunden nach wie vor erfüllt werden. Die Aufgaben des Sicherungsfonds werden von der Medicator AG, Gustav-Heinemann-Ufer 74c, 50968 Köln wahrgenommen.

#### Leistungsmerkmale Ihres gewünschten Versicherungsschutzes und Beitragszahlung

Umfassende Angaben über die Leistungen finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich der Tarifbestimmungen. Den Beitrag können Sie dem Antrag entnehmen.

#### Zahlungsmodalitäten

Die Zahlungsweise erfolgt wie vereinbart.

#### Zustandekommen des Vertrages

Der Vertrag kommt mit Zugang der Versicherungsurkunde oder einer schriftlichen Annahmeerklärung des Vorstands zu Stande. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem in der Versicherungsurkunde bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang der Versicherungsurkunde oder einer schriftlichen Annahmeerklärung). Darüber hinaus – soweit tariflich vorgesehen nicht vor Ablauf von eventuellen Wartezeiten und bei der Auslandsreise-Krankenversicherung nach Tarif ARE zudem nicht vor Beginn des Auslandsaufenthaltes. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes bzw. bei Tarif ARE vor Antritt von Reisen eingetreten sind, wird nicht geleistet.

## **Annahmefrist**

Mein Antrag kann von der DKV binnen sechs Wochen angenommen werden. Beantragen Sie für die Krankenversicherung den Erlass der allgemeinen Wartezeit aufgrund ärztlicher Untersuchung, beginnt die Annahmefrist an dem Tage, an dem die Untersuchungsberichte der DKV zugehen, spätestens jedoch am Tage nach Ablauf der Einreichfrist.

## **Widerrufsrecht**

Die Widerrufsrechtsbelehrung inklusive Rechtsfolgen entnehmen Sie bitte dem Antrag.

## **Versicherungsdauer**

Verträge nach Krankheitskosten-, Krankenhaustagegeld-, Pflegeergänzungstarifen und Serviceprodukten werden für die Dauer von zwei Versicherungsjahren abgeschlossen (ausgenommen die Auslandsreise-Krankenversicherung nach Tarif ARE – 12 Monate). Sie verlängern sich jeweils um ein Jahr, sofern sie nicht bedingungsgemäß gekündigt bzw. beendet werden.

Verträge nach Krankentagegeldtarifen werden für die Dauer von einem Versicherungsjahr abgeschlossen. Sie verlängern sich stillschweigend jeweils um ein Jahr, sofern sie nicht bedingungsgemäß gekündigt werden.

Der Basistarif gemäß MB/BT 2009 wird für die Dauer von 18 Monaten abgeschlossen. Das Versicherungsjahr beginnt mit dem in der Versicherungsurkunde bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Der Vertrag verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Jahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird (§ 13 Abs. 1 der MB/BT 2009).

## **Vertragsbeendigung**

Die Kündigung einer Krankheitskostenversicherung, die eine Pflicht nach § 193 Abs. 3 VVG erfüllt, ist durch den Versicherer ausgeschlossen. Darüber hinaus ist das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers in der substitutiven Krankenversicherung ausgeschlossen. Dies gilt auch für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht.

Liegen bei einer Krankenhaustagegeldversicherung oder einer Krankheitskostenteilversicherung die oben genannten Voraussetzungen nicht vor, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen.

Der Versicherer kann eine Krankentagegeldversicherung (Verdienstauffallversicherung) zum Ende eines jeden der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen, sofern kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht.

Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis bedingungsgemäß ordentlich und – bei Vorliegen der Voraussetzungen hierfür – auch außerordentlich kündigen. Die Einzelheiten zu den Kündigungsrechten des Versicherungsnehmers ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Die Kündigung einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG) wird allerdings nur wirksam, wenn Sie uns innerhalb der Kündigungsfrist einen Nachweis über den Anschluss eines anderweitigen Krankenversicherungsschutzes beigebracht haben, der sich nahtlos an die gekündigte Versicherung anschließt.

## **Sonstiges**

Der Sitzstaat ist Deutschland. Es gilt deutsches Recht. Die Vertragssprache ist deutsch. Beschwerden können an die DKV AG, an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, oder an die zuständige Aufsichtsbehörde – Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn – gerichtet werden. Eine solche Beschwerde schließt den Rechtsweg nicht aus.

## Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

### KombiMed Naturheilverfahren Tarif KNHB

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?	2
1.4	Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?	3
1.5	Gibt es Wartezeiten? Wenn ja, wann beginnen sie und wie lange dauern sie?	3
1.6	Gilt der Versicherungsschutz auch bei Aufenthalt im Ausland?	3
1.7	Welche Voraussetzungen müssen Rechnungen erfüllen und wann erhalten Sie unsere Leistungen?	3
1.8	Erhalten Sie für eine beabsichtigte Heilbehandlung Auskunft über den Umfang Ihres Versicherungsschutzes?	3
1.9	Können Sie bzw. die versicherte Person Auskunft über Gutachten oder Stellungnahmen verlangen?	4
1.10	Können Sie Ihre Leistungsansprüche auf Dritte übertragen?	4

### 2. Sonstige Bestimmungen

2.1	Wer kann versichert werden?	4
2.2	Welche Obliegenheiten (Mitwirkungspflichten) sind zu beachten?	4
2.3	Welche Folgen kann die Verletzung von Obliegenheiten haben?	4
2.4	Wie berechnen wir die Beiträge?	4
2.5	Wann ist der Beitrag zu zahlen und welche Folgen kann eine verspätete Zahlung haben?	4
2.6	Unter welchen Voraussetzungen können wir die Beiträge ändern?	5
2.7	Unter welchen Voraussetzungen können wir die AVB ändern?	5
2.8	Kann die versicherte Person aus Tarif KNHB in andere Tarife wechseln?	5
2.9	Wie lange läuft der Versicherungsvertrag und welche Beendigungsgründe gibt es?	5
2.10	Welche Gerichte sind zuständig?	6

# 1. Unsere Leistungen

---

## 1.1 Was ist versichert?

---

Wir bieten Versicherungsschutz bei Krankheiten und Unfällen.

Im Versicherungsfall ersetzen wir Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung. Darüber hinaus erbringen wir Serviceleistungen.

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

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

Als Versicherungsfall gilt auch die Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft sowie die Entbindung.

---

## 1.2 Was sind unsere Leistungen?

---

- Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für
  - vom Arzt oder Heilpraktiker durchgeführte Behandlungen nach Methoden der Alternativmedizin, die im jeweils gültigen Hufelandverzeichnis oder im jeweils gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sind, soweit bei einer Behandlung durch Ärzte die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze<sup>1</sup> der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen bzw. bei der Behandlung durch Heilpraktiker das Honorar im Rahmen der Beträge des GebüH liegt.
  - vom Arzt oder Heilpraktiker im Zusammenhang mit einer solchen Behandlung verordnete Arznei-, Verband- und Heilmittel

zu **80%, maximal 1.000 EUR je Kalenderjahr**.

Die Aufwendungen rechnen wir dem Kalenderjahr zu, in dem

- die Heilbehandlung durchgeführt worden ist bzw.
  - die Arznei-, Verband- und Heilmittel bezogen worden sind.
- Wir bieten Ihnen Serviceleistungen unseres Gesundheitstelefons (Tel.: 0800/3746 444 gebührenfreie Rufnummer). Unsere Experten beraten Sie und geben Ihnen Informationen zu: Allgemeinen Gesundheitsfragen, Krankheiten, Arzneimitteln, Diagnose- und Behandlungsmethoden, Heil- und Hilfsmitteln, Vorsorgeprogrammen und Schutzimpfungen. Wir nennen Ihnen Adressen und Telefonnummern von Behandlern und Kliniken. Wir senden Ihnen Behandlungsleitlinien und Informationsmaterial für bestimmte Erkrankungen. Außerdem bieten wir Ihnen an, zur Klärung schwieriger medizinischer Fragen, Spezialisten einzuschalten und eine ärztliche Zweitmeinung einzuholen.
  - Die versicherte Person hat die Wahl unter allen niedergelassenen Ärzten. Sie kann auch Einrichtungen aufsuchen, die zur Versorgung gesetzlich Versicherter vorgesehen sind. Dies sind z.B. zugelassene medizinische Versorgungszentren. Außerdem kann die versicherte Person Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch nehmen.
  - Die versicherte Person muss die Arzneimittel aus der Apotheke (auch Versand- oder Internetapotheke) beziehen. Der Bezug kann auch über eine andere behördlich zugelassene Abgabestelle erfolgen.

**Wir ersetzen nicht** – auch nicht bei einer vorliegenden Verordnung – Aufwendungen für:

- Mittel, die ausschließlich zum Zweck der Empfängnisverhütung verordnet werden (z.B. Ovulationshemmer).
- Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion sowie Präparate zur Steigerung der sexuellen Potenz.
- Mittel zur Abmagerung, Appetitzügelung und Regulierung des Körpergewichts.
- Präparate zur Verbesserung des Haarwuchses.
- Präparate zur Raucherentwöhnung.
- Präparate, die bei Anti-Aging-Behandlung, Lifestyle-Behandlung bzw. kosmetischer Behandlung (z.B. Faltenglättung) eingesetzt werden.
- Vitaminpräparate außer Vitaminmonopräparaten zur gezielten Behandlung von Vitaminmangelkrankungen.
- Stärkungsmittel.
- Kosmetische Mittel, Pflege- und Desinfektionsmittel, Badezusätze.
- Mineralwässer sowie Nahrungsmittel.
- Heilmittel müssen Angehörige staatlich anerkannter therapeutischer Berufe (z.B. Physiotherapeut) erbringen. Diese müssen in eigener Praxis tätig sein.

**Wir ersetzen nicht** Mehraufwendungen, die für die Behandlung in der Wohnung der versicherten Person entstehen.

---

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

---

- Es besteht kein Versicherungsschutz für:
  - Solche Krankheiten und Unfälle, die von der versicherten Person vorsätzlich herbeigeführt worden sind, einschließlich deren Folgen.
  - Behandlungen durch Ehepartner, Lebenspartner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten erstatten wir tarifgemäß.

---

<sup>1</sup>Höchstsätze sind der 3,5fache Satz für persönliche Leistungen der GOZ bzw. GOÄ, der 2,5fache Satz bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ bzw. der 1,3fache Satz bei Leistungen nach Abschnitt M der GOÄ.

- Unsere Leistungspflicht ist in folgenden Fällen eingeschränkt:
  - 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 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 auch aus den Nummern 1.4, 1.5, 1.6, 2.3 und 2.5 ergeben.

---

#### 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). Er beginnt auch nicht vor Ablauf der Wartezeiten (vgl. Nr. 1.5).
- 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 oder Ablauf der Wartezeiten eingetreten sind. Hier leisten wir lediglich nicht für die Aufwendungen, die in der Zeit vor Versicherungsbeginn oder während der Wartezeiten angefallen sind. Bei einem Wechsel in Tarif KNHB gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
- Für das neugeborene Kind einer versicherten Person kann der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt beginnen. Dazu müssen Sie das Kind spätestens zwei Monate nach der Geburt rückwirkend zur Versicherung bei uns anmelden. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender sein als der der versicherten Person. Unter diesen Voraussetzungen stehen dann auch angeborne Anomalien und Krankheiten unter Versicherungsschutz.  
Diese Regelungen gelten entsprechend bei Adoption eines minderjährigen Kindes. Allerdings können wir bei einem erhöhten Krankheitsrisiko einen Zuschlag bis zur einfachen Beitragshöhe verlangen.
- Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung des Versicherungsvertrages (vgl. Nr. 2.9). Dies gilt auch, wenn die Behandlung noch nicht abgeschlossen ist.

---

#### 1.5 Gibt es Wartezeiten? Wenn ja, wann beginnen sie und wie lange dauern sie?

Die Wartezeiten fangen mit dem Versicherungsbeginn an (vgl. Nr. 1.4). Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt bei einem Unfall. Für Entbindung und Psychotherapie beträgt die Wartezeit acht Monate. Wir können die Wartezeiten aufgrund einer ärztlichen Untersuchung erlassen, wenn Sie dies auf einem besonderen Vordruck der DKV beantragen. Bei einem Wechsel in Tarif KNHB gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

---

#### 1.6 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.

---

#### 1.7 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. Rechnungen über Heilmittel müssen Sie uns zusammen mit der Verordnung senden. Wir empfehlen, Rezepte zusammen mit der dazugehörigen Arzt- bzw. Heilpraktikerrechnung vorzulegen.
- 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.

---

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

1. 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.

---

### **1.9 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.

---

### **1.10 Können Sie Ihre Leistungsansprüche auf Dritte übertragen?**

Sie dürfen Ihre Ansprüche auf Leistung weder abtreten noch verpfänden.

---

## **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 Leistungsumfanges 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.
- Für eine versicherte Person darf keine weitere Zusatzversicherung für die in Nr. 1.2 genannten Leistungen bestehen. Dies gilt nicht für die Tarife AZM und KAZM.

---

### **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.

Wird die in Nr. 2.2 Punkt 4 genannte Obliegenheit vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt, können wir den Versicherungsvertrag auch ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Dieses Recht besteht innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung.

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 KNHB 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. bzw. 89. 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.
- Bei Beitragsänderungen können wir auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

---

### **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 einziehen können und Sie der Einziehung nicht widersprechen. Können wir den fälligen Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht einziehen, erhalten Sie von uns in Textform eine Zahlungsaufforderung. Wenn Sie dann den Beitrag unverzüglich zahlen, ist die Beitragszahlung noch rechtzeitig.

---

## 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% können wir alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüfen und, soweit erforderlich, ändern. Bei einer Abweichung von mehr als 10% müssen wir alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüfen und, soweit erforderlich, ändern. In beiden Fällen darf die Abweichung jedoch nicht nur vorübergehend sein. Eine Beitragsänderung können wir nur durchführen, wenn ihr ein unabhängiger Treuhänder zustimmt.

Dabei können wir auch einen vereinbarten Risikozuschlag entsprechend ändern.

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 KNHB 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 KNHB 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 KNHB 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 KNHB. Dies gilt auch, wenn die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb der EU bzw. des EWR verlegt oder stirbt.
- 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 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.



## Liste der Dienstleister

### Konzerngesellschaften, die in gemeinsamen Datenbanken ihre Stammdaten verarbeiten und die gemeinsame Datenverarbeitungs-Verfahren nutzen

DKV Deutsche Krankenversicherung AG  
 D.A.S. Rechtsschutz-Versicherungs-AG  
 ERGO Versicherung AG  
 ERGO Lebensversicherung AG  
 ERGO Pensionsfonds AG  
 ERGO Pensionskasse AG  
 Hamburg-Mannheimer Pensionskasse AG  
 Victoria Lebensversicherung AG  
 Vorsorge Lebensversicherung AG

### Dienstleister mit Datenverarbeitung als Hauptgegenstand des Auftrags

Auftraggebende Gesellschaft	Dienstleister	Gegenstand/Zweck der Beauftragung
Alle Konzerngesellschaften	ERGO Versicherungsgruppe AG	Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten zur Begründung, Durchführung oder Beendigung eines Versicherungsverhältnisses (z. B. Bearbeitung eines Antrags, zur Beurteilung des zu versichernden Risikos, Verwaltung von Versicherungsverträgen, zur Prüfung einer Leistungspflicht)
	ITERGO Informationstechnologie GmbH	IT-Dienstleister
	T-Systems	Netzwerk- und Telefoniebetreiber
	ERGO Beratung und Vertrieb AG	Vertrieb und Vermittlung von Versicherungen und anderen Finanzdienstleistungen
	FWS Fieldwork Services GmbH	Kundenzufriedenheitsbefragungen
DKV Deutsche Krankenversicherung AG	Almeda GmbH	In- und Outbound-Telefonie
	Inter Assistance GmbH	Assistanceleistungen
	Inter Partner Assistance Service GmbH	Assistanceleistungen
	Medicomp GmbH	Übermittlung von Hilfsmittelaufträgen an Leistungserbringer über zentrales Medium der Medicomp GmbH
	PAV Card GmbH	Erstellen von Versichertenkarten
D.A.S. Rechtsschutz-Versicherungs AG	Legial AG	Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten zur Durchführung eines Versicherungsverhältnisses (zur Prüfung einer Leistungspflicht)
ERGO Lebensversicherung AG Victoria Lebensversicherung AG ERGO Pensionskasse AG Hamburg-Mannheimer Pensionskasse AG ERGO Pensionsfonds AG	Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft AG	Risikoprüfung bei besonders hohen Risiken
ERGO Lebensversicherung AG ERGO Pensionsfonds AG	Vorsorge Lebensversicherung AG	Antrags- und Leistungsbearbeitung
ERGO Lebensversicherung AG Victoria Lebensversicherung AG ERGO Pensionskasse AG Hamburg-Mannheimer Pensionskasse AG ERGO Pensionsfonds AG Vorsorge Lebensversicherung AG	Longial GmbH	Verwaltung von Versorgungsverträgen

**Kategorien von Dienstleistern, bei denen die Datenverarbeitung von personenbezogenen Daten kein Hauptgegenstand des Auftrags ist, und Auftragnehmer, die nur gelegentlich tätig werden**

Auftraggebende Gesellschaft	Dienstleistungskategorie	Gegenstand/Zweck der Beauftragung
Alle Konzerngesellschaften	Adressermittler	Adressprüfung
	Call-Center	In- und Outbound-Telefonie
	IT- und Telekommunikationsdienstleister	IT-, Netzwerk- und Telefoniebetreiber
	Assisteure	Assistanceleistungen
	Marktforschungsunternehmen	Marktforschung
	Marketingagenturen/-provider	Marketingaktionen
	Lettershops/ Druckereien	Druck und Versand von Postsendungen
	IT-Wartungsdienstleister	Wartung von Systemen/Anwendungen
	Inkassounternehmen	Forderungseinzug
	Entsorger	Vernichtung von vertraulichen Unterlagen auf Papier und elektronischen Datenträgern
	Dokumenten-Management	Aufbereiten, Sortieren und Scannen von Eingangspost
	Archivierung	Archivierung von Akten
Sachverständige	Unterstützung bei der Schadensregulierung	
DKV Deutsche Krankenversicherung AG	Kooperationspartner im Hilfsmittelbereich	Bereitstellung von medizinischen Hilfsmitteln



