Versicherungsbedingungen für Tarif MeinKrankenhausschutz Plus (KHP03AR)

Inhalt

1. Versicherungsnehmer und versicherte Person

2. Versicherte Leistungen

2.1 Leistungserbringer und Honorargrenzen
2.2 Grundabsicherung
2.3 Aufenthalte im Krankenhaus
2.4 Ambulante Operationen im Krankenhaus
2.5 Haushaltshilfe
2.6 Schwangerschaft und Entbindung
2.7 Leistungen im Ausland
2.8 Leistungsausschlüsse und -reduzierung
2.9 Der Versicherungsfall - Grundlage unserer Leistung
2.10 Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
2.11 Umfang des Versicherungsschutzes

3. Allgemeines zu unseren Zahlungen

3.1 Kostenbegriff
3.2 Zeitpunkt der Kosten
3.3 Recht auf die Leistungen
3.4 Nachweise, damit wir zahlen können
3.5 Hier müssen andere zuerst zahlen

4. Ihre vertraglichen Verhaltenspflichten

5. Voraussetzungen für die Versicherung

6. Beitrag und Beitragsänderungen

6.1 Beitragszahlung
6.2 Beitragsänderungen

7. Weitere Vertragsänderungen

7.1 Tarifwechsel
7.2 Versicherung von Kindern

8. Vertragsende und Fortsetzung

8.1 Kündigung
8.2 Sonstiges Vertragsende
8.3 Fortsetzung

9. Sonstige Regelungen

9.1 Auskunft und Offenlegung
9.2 Ausländisches Geld
9.3 Kosten, die wir abziehen können
9.4 Verrechnung von Zahlungen
9.5 Deutsches Recht
9.6 Beschwerdemöglichkeiten

1. Versicherungsnehmer und versicherte Person

Sie sind unser Vertragspartner. Deshalb wenden sich die Vertragsbedingungen an Sie als Versicherungsnehmer. Die Person, die vereinbarungsgemäß unmittelbar unter den Versicherungsschutz fällt, ist die versicherte Person. Das können Sie selbst oder andere Personen sein, für die Sie den Vertrag abgeschlossen haben. Im Versicherungsschein ist angegeben, wer versicherte Person ist.

2. Versicherte Leistungen

Wir übernehmen folgende Kosten für medizinische Leistungen und Gegenstände. Nach diesem Tarif besteht jedoch kein Anspruch auf Leistungen in Privatkliniken.

2.1 Leistungserbringer und Honorargrenzen

Versicherte Leistungserbringer und Honorargrenzen	Umfang	Ausnahmen
Leistungserbringer	Sie haben die freie Wahl unter allen öffentlichen Krankenhäusern. Das sind Krankenhäuser, die nach dem Krankenhaus-Entgeltgesetz oder der Bundespflegesatz-Verordnung abrechnen müssen. Das sind etwa Universitätskliniken sowie städtische und kirchliche Krankenhäuser. Wir leisten nicht für Aufenthalte in Privatkliniken. Zu den Krankenhäusern gehören jedoch nicht Arztpraxen, selbst wenn diese Patienten auch über Nacht ärztlich und pflegerisch betreuen können. Sie können auch ein Krankenhaus wählen, das Kuren und Sanatoriums-Behandlungen durchführt oder Genesende aufnimmt. Wenn Sie Fragen zu der Einrichtigung haben, in der Sie behandelt werden sollen, können Sie sich gerne an uns wenden. Wir informieren Sie dann über den Umfang unserer Zahlung. 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. Zusätzlich können Sie unter allen Leistungserbringern wählen, die in den Ziffern 2.3 bis 2.7 für die jeweilige Leistung genannt sind.	Wir zahlen keine Behandlungen durch Ehepartner, eingetragene Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Wir übernehmen in diesem Fall die Sachkosten und Auslagen des Leistungserbringers. Wir zahlen auch nicht für einzelne 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.
Honorar- und Preisgrenzen	Die Vergütung für ärztliche Leistungen muss nach der Gebührenordnung für Ärzte berechnet werden. Wir erstatten diese Kosten auch oberhalb der Höchstsätze dieser Gebührenordnung. Die Vergütung für einen Beleg-Entbindungspfleger oder eine Beleg-Hebamme erstatten wir zu den Sätzen der gesetzlichen Gebührenordnung.	Wir erstatten keine unangemessen hohe Vergütung. Kosten nach gesetzlichem Vergütungsrecht sind angemessen, soweit sie nach den gesetzlichen Bemessungskriterien gerechtfertigt sind.

2.2 Grundabsicherung

Grundabsicherung	Umfang	Ausnahmen
Grundabsicherung	Sie unterhalten diesen Tarif neben einer Grundabsicherung. Diese liegt vor, wenn für die versicherte Person	

	ein Anspruch aus der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung oder auf Heilfürsorge ohne Wahlleistungen im Krankenhaus besteht.	
Abzug der Vorleistung der Grundabsicherung	Bei bestimmten Leistungen nach den Ziffern 2.3 bis 2.7 ziehen wir folgende Vorleistung der Grundabsicherung ab, ehe wir zahlen. • Bei gesetzlich Versicherten: Die Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung sowie ein Selbstbehalt in einem Wahltarif. • Bei Heilfürsorge-Berechtigten: Die Vorleistung der Heilfürsorge und die der Beihilfe, wenn die versicherte Person ergänzend auch einen Beihilfe-Anspruch hat. Wir nennen es "abzüglich der Vorleistung der Grundabsicherung". Soweit nicht anders vereinbart, leisten wir ebenfalls, wenn die Grundabsicherung in Anspruch genommen worden ist, aber nicht vorgeleistet hat.	

2.3 Aufenthalte im Krankenhaus

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Aufenthalte im Krankenhaus	Wir leisten für Aufenthalte von mindestens 24 Stunden (vollstationäre Aufenthalte). Zudem leisten wir auch für teil- oder tagesstationäre Aufenthalte. In diesem Fall dauert ihr Aufenthalt weniger als 24 Stunden (zum Beispiel in einer Tages- oder Nachtklinik).	Es muss sich um ein öffentliches Krankenhaus handeln (bitte vergleichen Sie unter Ziffer 2.1).
Akut-Behandlungen - 100 Prozent der Kosten abzüglich der Vorleistung der Grundabsicherung.	Akut-Behandlungen umfassen sowohl geplante als auch Notfall-Behandlungen einer bestehenden akuten oder chronischen Erkrankung oder Unfallfolge. Wir erstatten die Kosten für: • gesondert berechnungsfähige ärztliche Leistungen ("Chefarzt" und Belegarzt). • das gesondert berechnungsfähige Ein- oder Zweibett-Zimmer. • Internet- und Telefonanschluss. • die Miete für Radio und Fernsehen. • die vom Krankenhaus angebotene besondere Verpflegung. • die Betten-Freihaltegebühr für gesondert berechnungsfähige Ein- oder Zweibett-Zimmer. • Unterbringung und Verpflegung für eine Begleitperson, die aus medizinischen Gründen bei Ihnen sein muss. Wenn die versicherte Person bei Beginn des Krankenhaus-Aufenthalts jünger als 16 Jahre alt ist, gilt die Mitaufnahme einer Begleitperson als medizinisch begründet. • allgemeine Krankenhaus-Leistungen, wenn Sie ein anderes Krankenhaus wählen, als in der ärztlichen Einweisung genannt ist.	

	• Vor- und Nachbehandlungen nach § 115a des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch.	
- Krankenhaus-Tagegeld bis zu 100 Euro täglich.	Statt der Kostenerstattung können Sie das Tagegeld wählen. Wir zahlen kein Krankenhaus-Tagegeld für: • Tage, die Sie vollständig außerhalb des Krankenhauses verbringen (Beurlaubungstage). • eine Behandlung von weniger als 24 Stunden je Tag (teil- oder tagesstationäre Behandlung). Wir zahlen jedoch für den Tag der Aufnahme.	
	a) Verzicht auf zusätzliche Arztkosten: • 50 Euro täglich, • 25 Euro, wenn die Person jünger als 16 Jahre ist.	Wir zahlen das Tagegeld nach a), wenn Sie während des gesamten Krankenhaus-Aufenthalts auf gesondert berechnungsfähige Arzt-Behandlung verzichten ("Chefarzt" und Belegarzt).
	b) Verzicht auf besondere Unterkunft: • 50 Euro täglich, • 25 Euro, wenn die Person jünger als 16 Jahre ist.	Wir zahlen das Tagegeld nach b), wenn Sie während des gesamten Krankenhaus-Aufenthalts auf zusätzlich berechnungsfähiges Ein- und Zweibett-Zimmer verzichten.
	Wir zahlen dieses Tagegeld nicht für: • den Tag der Entlassung. • Tage auf Intensiv- oder Säuglingsstation.	
Anschluss-Heilbehandlungen - 100 Prozent der Kosten der Reha-Einrichtung abzüglich der Vorleistung der Grundabsicherung und anderer Leistungsträger.	Eine Anschluss-Heilbehandlung (AHB) ist eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme (Reha). Diese muss zeitlich eng mit einer Akut-Behandlung im Krankenhaus zusammenhängen. Wenn die AHB innerhalb von 28 Tagen nach dem Krankenhaus-Aufenthalt durchgeführt wird, gehen wir von einem engen zeitlichen Zusammenhang aus. Beginnt die AHB später, prüfen wir den engen zeitlichen Zusammenhang anhand der Erkrankung oder Unfallfolge, wegen der Sie behandelt werden. Bei einer AHB erstatten wir die Kosten der Reha-Einrichtung für: • das gesondert berechnungsfähige Ein- oder Zweibett-Zimmer. • Internet- und Telefonanschluss. • die Miete für Radio und Fernsehen. • besondere Verpflegung. • Unterbringung und Verpflegung für eine Begleitperson, die aus medizinischen Gründen bei Ihnen sein muss. Wenn die versicherte Person bei Beginn des Krankenhaus-Aufenthalts jünger als 16 Jahre alt ist, gilt die Mitaufnahme einer Begleitperson als medizinisch begründet. Der Anspruch gegenüber der Grundabsicherung und anderen Leistungsträgern (etwa Renten- oder Unfallversicherung) geht unserer Erstattung vor. Wir zahlen den Rest, der danach verbleibt.	Wir zahlen nur, wenn die Grundabsicherung oder ein anderer Leistungsträger (etwa Renten- oder Unfallversicherung) vorgeleistet hat.

- 100 Prozent der Kosten für ärztliche Leistungen.	Wir erstatten die Kosten für gesondert berechnungsfähige ärztliche Leistungen.	

2.4 Ambulante Operationen im Krankenhaus

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Ambulante Operationen Ärztliche Leistungen - 100 Prozent der Kosten abzüglich der Vorleistung der Grundabsicherung.	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. 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.	Die ambulante Operation muss von einem angestellten oder beamteten Arzt des Krankenhauses oder von einem Belegarzt durchgeführt werden.
Ambulante Voruntersuchungen - 100 Prozent der Kosten abzüglich der Vorleistung der Grundabsicherung. - 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 frühenstens 4 Wochen vor der Operation.
Ambulante Nachuntersuchungen - 100 Prozent der Kosten abzüglich der Vorleistung der Grundabsicherung. - 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.

2.5 Haushaltshilfe

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Leistungen für Haushaltshilfe - 100 Prozent der Kosten bis 50 Euro täglich. - bis zu 30 Tage im Kalenderjahr.	Wir erstatten die Kosten für eine Haushaltshilfe, wenn es Ihnen nicht möglich ist, Ihren Haushalt weiterzuführen wegen: • eines Krankenhaus-Aufenthalts. • eines Aufenthalts in einer Reha-Einrichtung (auch Anschluss-Heilbehandlung). • eines Kur-Aufenthalts. Dazu gehören auch Kuren für Mütter und Väter.	Dafür müssen diese Voraussetzungen alle erfüllt sein: • Keine andere Person im selben Haushalt kann diesen weiterführen. • Ihr Arzt hat bestätigt, dass es Ihnen aus den genannten Gründen nicht möglich ist, Ihren Haushalt weiterzuführen. • Sie haben die Grundabsicherung in Anspruch genommen, diese hat aber nicht vorgeleistet.

	• schwerer Krankheit und akuter Verschlimmerung einer Krankheit nach einem Krankenhaus-Aufenthalt. • einer ambulanten Operation im Krankenhaus. Verwandte oder verschwägerte Angehörige bis zum zweiten Grad sind keine Haushaltshilfe.	

2.6 Schwangerschaft und Entbindung

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Leistungen bei Schwangerschaft und Entbindung - 100 Prozent der Kosten abzüglich der Vorleistung der Grundabsicherung.	Wir zahlen die tariflichen Leistungen (Ziffern 2.3 bis 2.5) auch, wenn Sie wegen einer Schwangerschaft behandelt oder entbunden werden. Wir zahlen auch die Kosten für: • Unterkunft im Familienzimmer eines Krankenhauses. • Leistungen von Beleg-Hebammen oder Beleg-Entbindungspflegern.	
Leistungen bei häuslicher Entbindung - 300 Euro.	Wir zahlen 300 Euro je Geburt. Eine Mehrlingsgeburt gilt als eine Geburt.	Dafür müssen diese beiden Voraussetzungen erfüllt sein: • Sie werden zu Hause entbunden. • Sie müssen nicht innerhalb von 48 Stunden nach der Geburt im Krankenhaus behandelt werden. Das gilt nicht, wenn Sie wegen einer von der Geburt unabhängigen Erkrankung oder Unfallfolge ins Krankenhaus müssen.

2.7 Leistungen im Ausland

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Auslandsbehandlungen	Wir erstatten bei Behandlungen im Ausland die ortsüblichen Kosten für Leistungen nach Ziffern 2.1 bis 2.6. Außerdem gelten keine deutschen Gebührensätze oder Begrenzungen auf die Höhe der Leistungen anderer Leistungsträger. Zudem zahlen wir die Pauschale nach Ziffer 2.6 auch, wenn Sie sich im Ausland aufhalten. Wir erstatten auch Kosten für Krankheiten - einschließlich chronische - oder Unfallfolgen, die Sie bereits zu Reisebeginn haben. Das gilt auch dann, wenn sich diese später verschlimmern.	Voraussetzung ist, dass Sie nicht zum Zweck der Behandlung oder der Entbindung ins Ausland gereist sind. Sie müssen uns so schnell wie möglich informieren, nachdem Sie ein ausländisches Krankenhaus aufgenommen hat.
Versicherte Länder Europa	Wir zahlen für Leistungen in ganz Europa.	
Nichteuropäische Länder	Wir zahlen bei vorübergehenden Aufenthalten von bis zu 2 Monaten in außereuropäischen Staaten. Wenn Sie aus medizinischen Gründen länger behandelt werden müssen, zahlen wir, bis Sie wieder zurückreisen können, ohne Ihre Gesundheit zu gefährden. Sie können auch früher nach Hause kommen, wenn Sie transportfähig sind. Wenn Sie aus anderen Gründen, die Sie nicht zu vertreten haben (etwa Flugausfälle wegen Pan-	

	demie), nicht nach Hause zurückkehren können, zahlen wir auch, bis Sie zurückreisen können. Wir können auch für längere Aufenthalte zahlen, wenn wir dies mit Ihnen gesondert vereinbaren. Wir dürfen für die Verlängerung einen Beitragszuschlag verlangen. Die Höhe hängt vom Aufenthaltsland ab. Er endet mit Ablauf der Verlängerung (etwa bei Rückkehr nach Europa).	Für die Verlängerung müssen Sie uns sagen, dass Sie diese wollen, bevor die 2 Monate abgelaufen sind.
Hinweis bei Wegzug	Wenn die versicherte Person aus der Europäischen Union oder dem Europäischen Wirtschaftsraum wegzieht, vergleichen Sie dazu bitte Ziffer 8.2.1.	

2.8 Leistungsausschlüsse und -reduzierung

Grund	Ausschluss	Erläuterungen
Privatkliniken	Wir zahlen nicht für Behandlungen in Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhaus-Entgeltgesetz oder der Bundespflegesatz-Verordnung abrechnen müssen (Privatkliniken).	
Wehrdienst-Beschädigung	Wir zahlen nicht für anerkannte Wehrdienst-Beschädigungen.	
Übermaß-Behandlung	Wir können unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Dafür muss eine Übermaß-Behandlung vorliegen.	Eine Übermaß-Behandlung ist eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, die das medizinisch notwendige Maß übersteigt (bitte vergleichen Sie dazu Ziffer 2.9).
Zahnärztliche Leistungen	Wir zahlen keine zahnärztlichen Leistungen. Für Behandlungen im Mund- und Kieferbereich, die ausschließlich von einem Arzt durchgeführt werden dürfen (etwa Operation eines Kieferbruchs nach einem Unfall), leisten wir jedoch im tariflichen Umfang.	
Zuzahlungen	Wir zahlen keine Kosten für Zuzahlungen für gesetzlich Versicherte nach § 61 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch oder für Heilfürsorge-Berechtigte.	

2.9 Der Versicherungsfall - Grundlage unserer Leistung

Damit wir leisten, müssen Sie sich in einer Heilbehandlung wegen einer Krankheit oder Unfallfolge befinden.

Die Behandlung muss medizinisch notwendig sein. 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.

Wir erkennen die medizinische Notwendigkeit von Krankenhaus-Behandlungen an, wenn die Grundabsicherung die allgemeinen Krankenhaus-Leistungen übernimmt. In den anderen Fällen prüfen wir, ob die Behandlung medizinisch notwendig ist.

Wir leisten auch in diesen Fällen:

- Sie werden wegen einer Schwangerschaft untersucht oder medizinisch notwendig behandelt und von Ihrem Kind entbunden.
- Sie werden wegen einer Fehlgeburt untersucht oder medizinisch notwendig behandelt.
- Es wird ein rechtmäßiger Schwangerschafts-Abbruch aus medizinisch notwendigen Gründen oder wegen eines Verbrechens durchgeführt.

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.

2.10 Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Wir zahlen für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Dazu gehören auch:
- Schröpfen.
- Akupunktur zur Schmerz-Therapie.
- Chirotherapie.
- Eigenblut-Behandlung als naturheilkundliche Reiztherapie.
- therapeutische Lokal-Anästhesie.

Das gilt auch für solche Methoden und Arzneimittel, die es heute noch nicht gibt und die erst in Zukunft anerkannt werden. Ihr Versicherungsschutz passt sich automatisch an solche Innovationen an. Sie müssen dafür nichts tun (Innovationsgarantie).

Wir zahlen zudem für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Wir können dann auf den Betrag kürzen, der für eine schulmedizinische Methode oder ein solches Arzneimittel angefallen wäre.

2.11 Umfang des Versicherungsschutzes

2.11.1 Wartezeiten

Für die im Krankenhaus durchgeführte Psychotherapie sowie eine Entbindung gilt eine Wartezeit von 8 Monaten ab dem vereinbarten Versicherungsbeginn.

2.11.2 Beginn des Versicherungsschutzes

Soweit eine Wartezeit nach Ziffer 2.11.1 vereinbart ist, beginnt der Versicherungsschutz erst, wenn diese abgelaufen ist. In sonstigen Fällen beginnt der Versicherungsschutz zum vereinbarten Zeitpunkt, wenn Sie den ersten Beitrag pünktlich zahlen. Zahlen Sie diesen erst später, startet der Versicherungsschutz erst, wenn wir den Beitrag erhalten haben.

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht. Ausnahme: Wenn der Versicherungsfall eintritt, nachdem Sie den Tarif abgeschlossen haben, zahlen wir für den Teil, der nach Beginn des Versicherungsschutzes liegt.

2.11.3 Bestandteile des Vertrags

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

2.11.4 Ende des Versicherungsschutzes

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

3. Allgemeines zu unseren Zahlungen

3.1 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.

3.2 Zeitpunkt der Kosten

Wenn es darauf ankommt, wann Ihnen Kosten entstanden sind, ist das Datum entscheidend, an dem Sie behandelt worden sind oder eine Leistung bezogen haben. Das ist wichtig etwa beim Vertragsende.

3.3 Recht auf die Leistungen

Sie als unser Vertragspartner haben Anspruch auf die Versicherungsleistungen. Die Regelungen über unsere Leistungen beziehen sich jedoch auf die versicherte Person. Anspruchsberechtigt bleiben aber 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.

3.4 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.
- Bezeichnung der Krankheit oder Unfallfolge.
- Art der Leistungen.
- Behandlungsdaten oder Daten der Miete.

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 oder Unfallfolge.
- Daten zu Aufnahme, Entlassung und - sofern der Fall - Tagen außerhalb des Krankenhauses.

3.5 Hier müssen andere zuerst zahlen

Neben der in Ziffer 2.2 genannten Vorleistung der Grundabsicherung können Sie auch Ansprüche gegen einen anderen Kostenträger haben. Diese gehen unserer Zahlung vor. Andere Kostenträger sind:
- gesetzliche Unfall- oder Rentenversicherung.
- gesetzliche Unfallfürsorge.

Wenn Sie es wünschen, zahlen wir in diesen Fällen 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.

4. Ihre vertraglichen Verhaltenspflichten

Wenn Sie für Ihre Behandlung auch bei einer anderen privaten Krankenversicherung Ansprüche haben, müssen Sie uns so schnell wie möglich informieren.

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

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

Die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person stehen Ihrer Kenntnis und Ihrem Verhalten gleich. Die Verhaltenspflichten müssen deshalb nicht nur von Ihnen erfüllt werden, sondern auch von der versicherten Person.

5. Voraussetzungen für die Versicherung

Die versicherte Person ist nach diesem Tarif versicherbar

- wenn sie mindestens 21 Jahre alt ist und
- solange für sie eine Grundabsicherung nach Ziffer 2.2 besteht.

Die Versicherung endet für die versicherte Person zum Ende des Monats, in dem sie diese Voraussetzungen letztmalig erfüllt.

6. Beitrag und Beitragsänderungen

6.1 Beitragszahlung

6.1.1 Monatsbeitrag

Sie müssen einen Monatsbeitrag zahlen. Dieser steht in Ihrem aktuellen Versicherungsschein.

Wir berechnen ihn geschlechtsunabhängig nach dem Versicherungsaufsichtsgesetz und den Grundsätzen, die in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt sind.

6.1.2 Zahlungstermine

Sie müssen den ersten Beitrag zum Versicherungsbeginn zahlen. Das Datum steht im Versicherungsschein.

Die folgenden Beiträge müssen Sie immer zum Monatsersten zahlen.

6.1.3 Zahlung per Lastschrift

Ist mit Ihnen vereinbart, dass der Beitrag von einem Konto eingezogen wird (Lastschriftverfahren), müssen Sie uns hierfür ein SEPA-Lastschriftmandat erteilen. Wir können verlangen, dass Sie es in Textform (etwa Brief, E-Mail) erteilen.

6.1.4 Ausnahme Tagesbeitrag

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

Wenn wir wegen einer Verletzung Ihrer Anzeigepflicht nach § 19 Versicherungsvertragsgesetz vom Vertrag zurücktreten oder ihn wegen arglistiger Täuschung anfechten, müssen Sie den Beitrag jedoch bis zu dem Zeitpunkt zahlen, zu dem Ihnen unsere Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zugeht.

6.2 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 Sie über die Anpassung in Textform (etwa Brief, E-Mail) und nennen Ihnen die maßgeblichen Gründe. Die Anpassung wird mit Anfang des zweiten Monats nach unserer Information wirksam.

Bei einer Änderung der Beiträge können wir auch einen vereinbarten Risikozuschlag entsprechend ändern.

7. Weitere Vertragsänderungen

7.1 Tarifwechsel

Sie können nach § 204 Versicherungsvertragsgesetz den Versicherungsschutz ändern.

Wenn Sie nach § 204 Versicherungsvertragsgesetz in den Tarif MeinKrankenhausschutz Plus gewechselt sind, berücksichtigen wir das wie folgt:
Wir rechnen die Leistungen, die wir im bisherigen Tarif erbracht haben, auf die Kostenerstattung bis zu den Höchstbeträgen an, die im Tarif MeinKrankenhausschutz Plus vereinbart sind.

7.2 Versicherung von Kindern

7.2.1 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. Wenn wir diesen Vertrag schon vor dem Versicherungsbeginn geschlossen hatten, rechnen die 3 Monate bereits ab Vertragsschluss.
- Sie melden das Kind innerhalb von 2 Monaten nach seiner Geburt bei uns an.

7.2.2 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.

7.2.3 Umfang des Versicherungsschutzes

Bei der Nachversicherung nach den Ziffern 7.2.1 und 7.2.2 darf der Versicherungsschutz des Kindes 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.

8. Vertragsende und Fortsetzung

8.1 Kündigung

Wir haben kein ordentliches Kündigungsrecht.

Sie können folgendermaßen kündigen:

8.1.1 Form und Rechtzeitigkeit sowie Information der versicherten Person

Sie müssen in Textform (etwa Brief, E-Mail) kündigen. Mündlich oder telefonisch reicht nicht aus.

Wenn Sie eine Kündigungsfrist oder Frist für einen Nachweis verpassen, ist die Kündigung unwirksam.

Kündigen Sie den Vertrag für eine versicherte Person, ist dies nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass die versicherte Person davon weiß.

8.1.2 Ordentliche Kündigung

Sie können zu jedem Monatsende kündigen. Sobald wir Ihre Kündigung erhalten haben, endet Ihr Vertrag zum Ende des darauffolgenden Monats.

Sie können die Kündigung auf einzelne versicherte Personen beschränken.

8.1.3 Erhöhung von Beitrag oder Risikozuschlag sowie Minderung unserer Leistungen

Erhöhen wir den Beitrag oder einen Risikozuschlag wegen einer Änderung von Rechnungsgrundlagen, können Sie für die Person kündigen, für die Sie mehr zahlen müssen. Sie können auch kündigen, wenn wir den Umfang des Versicherungsschutzes verringern.

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

8.1.4 Ihr Recht auf Gegenkündigung

Wenn wir nur für eine versicherte Person anfechten, zurücktreten oder außerordentlich kündigen, haben Sie ein Kündigungsrecht. Sie können damit die Aufhebung aller Verträge bei uns verlangen. Wir müssen Ihre 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 Sie unsere Erklärung erhalten haben. Bei außerordentlicher Kündigung enden die Verträge zu dem Zeitpunkt, zu dem unsere Kündigung wirksam wird.

8.2 Sonstiges Vertragsende

8.2.1 Wegzug

Der Vertrag gilt für die versicherte Person, solange diese in der Europäischen Union oder im Europäischen Wirtschaftsraum wohnt. Wenn wir nichts anderes vereinbaren, endet er mit Ablauf des Monats, in dem sie aus der Europäischen Union und dem Europäischen Wirtschaftsraum wegzieht.

8.2.2 Tod

Der Vertrag endet für alle versicherten Personen an dem Tag, an dem der Versicherungsnehmer stirbt. Stirbt eine versicherte Person, endet er für diese an ihrem Todestag.

8.3 Fortsetzung

8.3.1 Fortsetzung nach Ihrer Kündigung

Wenn Sie für einzelne versicherte Personen kündigen, können diese den Vertrag fortsetzen. Dazu müssen Sie uns innerhalb von 2 Monaten nach der Kündigung den neuen Vertragspartner nennen.

Wenn Sie für eine versicherte Person kündigen, können Sie beide den Vertrag nach § 204 Absatz 5 Versicherungsvertragsgesetz als Anwartschaftsversicherung fortsetzen. Die Mitteilung müssen wir innerhalb von 2 Monaten nach Ihrer Kündigung erhalten.

8.3.2 Vertragstrennung

Wenn Sie den Vertrag für eine andere Person abgeschlossen haben, hat diese Person das Recht, ihren Vertrag selbst fortzusetzen. Dies setzt voraus, dass die versicherte Person voll geschäftsfähig ist.

8.3.3 Fortsetzung nach Wegzug

Zieht die versicherte Person aus der Europäischen Union und dem Europäischen Wirtschaftsraum weg, können Sie mit uns vor dem Wegzug eine Fortsetzung nach Ziffer 2.7 vereinbaren. Das gilt auch, wenn Sie in ein europäisches Land ziehen, das nicht der Europäischen Union oder dem Europäischen Wirtschaftsraum angehört. Dazu zählen etwa die Schweiz und Großbritannien.

Alternativ können wir vereinbaren, dass der Vertrag als Anwartschaftsversicherung fortgesetzt wird.

8.3.4 Tod des Versicherungsnehmers

Stirbt der Versicherungsnehmer, können die versicherten Personen den Vertrag fortsetzen. Dazu müssen sie uns innerhalb von 2 Monaten den neuen Vertragspartner nennen. Die Frist beginnt mit dem Tod des bisherigen Versicherungsnehmers.

9. Sonstige Regelungen

9.1 Auskunft und Offenlegung

9.1.1 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, 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.

9.1.2 Offenlegung von Unterlagen

Gutachten und Stellungnahmen, die wir besorgt oder angefordert haben, weil wir die Notwendigkeit einer Behandlung prüfen, legen wir auf Wunsch offen. Die berechtigte Person erhält so Auskunft und kann die Unterlagen einsehen.

Den Anspruch hat die Person, auf die sich die Unterlage bezieht. 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 Kosten dafür.

9.2 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.

9.3 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.

9.4 Verrechnung von Zahlungen

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

9.5 Deutsches Recht

Es gilt deutsches Recht.

9.6 Beschwerdemöglichkeiten

9.6.1 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.

9.6.2 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 Personen 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.

9.6.3 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 sich auch an diese wenden.

9.6.4 Rechtsweg

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