

Tarif KlinikUpgrade Top (L)

(Tarif KUT(L))

Die folgende Kurzübersicht soll eine schnelle Orientierung über die tariflichen Leistungen geben, weshalb die Inhalte sehr verkürzt dargestellt sind. Die vollständige und rechtsverbindliche Festlegung der Tarifleistungen entnehmen Sie bitte den Tarifbedingungen für den Tarif KlinikUpgrade Top (L) (Teil II: Tarif KUT(L)) auf den folgenden Seiten.

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen

- Erstattung der Aufwendungen für **privatärztliche Leistungen** im Krankenhaus (Wahlarzt, Belegarzt), **auch über Höchstsätze der GOÄ** hinaus
- Unterbringung im **Ein- oder im Zweibettzimmer**
- Unterbringung im **Familienzimmer** bei stationärer Entbindung
- **50 Euro Ersatz-Krankenhaustagegeld** bei Verzicht auf gesondert berechenbare **ärztliche Leistungen**
- **50 Euro Ersatz-Krankenhaustagegeld** bei Verzicht auf gesondert berechenbare **Unterbringung** für jeden Tag des Verzichts
- Erstattung der **Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen** bei Wahl eines anderen als in der ärztlichen Einweisung genannten Krankenhauses
- **Unterbringung und Verpflegung einer erwachsenen Begleitperson** bei stationärer Behandlung eines nach diesem Tarif versicherten Kindes (sofern jünger als 14 Jahre)
- Erstattung der Aufwendungen für gesondert berechenbare ärztliche Leistungen bei **vor- und nachstationärer Behandlung** im Krankenhaus, auch **über Höchstsätze der GOÄ** hinaus
- Erstattung der Aufwendungen für gesondert berechenbare ärztliche Leistungen jeweils einer **ambulanten Aufnahme- und Abschlussuntersuchung**, auch **über Höchstsätze der GOÄ** hinaus
- Erstattung der Aufwendungen für gesondert berechenbare ärztliche Leistungen für **ambulant durchgeführte stationersetzende Operationen im Krankenhaus**, auch **über Höchstsätze der GOÄ** hinaus

Inhaltsverzeichnis zu den Tarifbedingungen für den Tarif KlinikUpgrade Top (L) (Teil II: Tarif KUT(L))

A	Allgemeine vertragliche Bestimmungen	3
A1	Versicherungsfähigkeit	3
A2	Wartezeiten	3
B	Allgemeine Grundsätze zur Leistungserstattung	3
B1	Versicherte stationäre Behandlung	3
B2	Vorleistung der Grundversicherung	3
C	Erstattungsfähige Aufwendungen	3
C1	Privatärztliche Behandlung bei stationärer Behandlung	3
C2	Gesondert berechenbare Unterkunft bei stationärer Behandlung	4
C3	Ersatz-Krankenhaustagegeld	4
C4	Allgemeine Krankenhausleistungen bei Wahl eines anderen Krankenhauses	4
C5	Rooming-In bei stationärer Behandlung	4
C6	Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus	5
C7	Aufnahme und Abschlussuntersuchung bei stationärer Behandlung	5
C8	Ambulant durchgeführte stationersetzende Operationen im Krankenhaus	5
D	Sonderbedingungen für Erwachsene bis zur Vollendung des 45. Lebensjahres	5
E	Glossar	7

Tarifbedingungen für den Tarif KlinikUpgrade Top (L) (Teil II: Tarif KUT(L))

Die Tarifbedingungen gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die stationäre Zusatzversicherung (AVB/SZV). Zentrale Begriffe sind nachfolgend kursiv dargestellt und werden im Glossar erläutert.

A Allgemeine vertragliche Bestimmungen

- A1 Versicherungsfähigkeit** Versicherungsfähig sind Personen, die Anspruch auf Leistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben. Entfällt dieser Anspruch, endet zum Zeitpunkt des Entfalls auch die Versicherung nach diesem Tarif.
- A2 Wartezeiten** Abweichend von § 3 AVB/SZV entfällt die allgemeine Wartezeit. Die besondere Wartezeit gemäß § 3 AVB/SZV bleibt unberührt.

B Allgemeine Grundsätze zur Leistungserstattung

- B1 Versicherte stationäre Behandlung** Als stationäre Behandlung gelten sowohl die vollstationäre als auch die *teilstationäre Behandlung* sowie die *vor- und nachstationäre Behandlung* im Sinne von Abschnitt C6.
- Versichert sind neben *akutstationären Behandlungen* auch stationäre *Anschlussrehabilitationen* im Sinne des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), bei denen die GKV der *Kostenträger* ist. Nicht versichert sind solche Anschlussrehabilitationsmaßnahmen, bei denen die GKV nicht der *Kostenträger* ist. Nicht versichert sind darüber hinaus andere *Rehabilitationsmaßnahmen*, insbesondere Entwöhnungsbehandlungen sowie Kur- und Sanatoriumsbehandlungen (vgl. auch § 5 Abs. 1 g) AVB/SZV).
- B2 Vorleistung der Grundversicherung** Sofern ein Anspruch auf Leistungen der GKV oder anderer *Kostenträger* (z.B. gesetzliche Renten- oder Unfallversicherung) besteht, sind diese Leistungen vorrangig in Anspruch zu nehmen. Der Versicherer ist berechtigt, hierüber einen entsprechenden Nachweis zu verlangen.
- Ein eventuell bestehender Selbstbehalt in einem Wahltarif nach § 53 SGB V gilt als Vorleistung der GKV und wird nicht erstattet. Ebenfalls nicht erstattet werden Zuzahlungen, die bei der GKV gemäß § 61 SGB V zu leisten sind.
- Übernimmt die GKV bei einer stationären Behandlung die *allgemeinen Krankenhausleistungen*, so erkennt der Versicherer die *medizinische Notwendigkeit* der stationären Behandlung insoweit an.

C Erstattungsfähige Aufwendungen

- C1 Privatärztliche Behandlung bei stationärer Behandlung** Erstattungsfähig sind Aufwendungen für *gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen* (Wahlarzt, *Belegarzt*) bis zu den Höchstsätzen der *Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)*. Bei Abschluss einer *rechtswirksamen Honorarvereinbarung* gemäß § 2 GOÄ sind auch Gebühren über den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig.

C2
Gesondert berechenbare Unterkunft bei stationärer Behandlung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die *gesondert berechenbare Unterbringung* im Ein- oder im Zweibettzimmer. Bei stationärer Entbindung sind auch die Aufwendungen für die Unterbringung in einem Familienzimmer erstattungsfähig, sofern die Schwangere bzw. Mutter des Neugeborenen nach diesem Tarif versichert ist. Die Erstattung für die *gesondert berechenbare Unterbringung* erfolgt im Rahmen der *gemeinsamen Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V.* (PKV-Verband).

C3
Ersatz-Krankenhaustagegeld

Werden bei einer *akutstationären Behandlung* Leistungen nach Abschnitt C1 bzw. C2 nicht in Anspruch genommen, wird auf Antrag des Versicherungsnehmers als Ersatzleistung ein Krankenhaustagegeld gezahlt, und zwar:

- a. 50 Euro, sofern während des gesamten stationären Aufenthalts gesondert berechenbare ärztliche Leistungen nicht in Anspruch genommen werden. Das Krankenhaustagegeld wird dann für jeden Tag des stationären Aufenthalts gezahlt. Aufnahme- und Entlassungstag gelten jeweils als ein voller Tag.
- b. 50 Euro, sofern während des stationären Aufenthalts eine *gesondert berechenbare Unterbringung* nicht in Anspruch genommen wurde. Das Krankenhaustagegeld wird dann für jeden Tag des stationären Aufenthalts gezahlt, an dem eine *gesondert berechenbare Unterbringung* nicht in Anspruch genommen wurde. Aufnahme- und Entlassungstag gelten jeweils als ein voller Tag.

Es können für einen stationären Aufenthalt auch beide Ersatzleistungen parallel bezogen werden.

Für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres wird der jeweils hälftige Betrag gezahlt.

Eine Ersatzleistung gemäß Buchstaben b. wird nicht geleistet während des Aufenthalts auf einer Intensiv- oder Säuglingsstation sowie bei *teilstationärer Behandlung* in einer Tagesklinik.

Bei einer gemäß Abschnitt B1 versicherten *Anschlussrehabilitation* wird kein Ersatz-Krankenhaustagegeld geleistet.

C4
Allgemeine Krankenhausleistungen bei Wahl eines anderen Krankenhauses

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die Mehrkosten für *allgemeine Krankenhausleistungen* bei Wahl eines anderen als in der ärztlichen Einweisung genannten Krankenhauses ohne zwingenden Grund gemäß § 39 Abs. 2 SGB V.

Diese Leistung wird nicht erbracht, wenn das gewählte Krankenhaus nicht nach *Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG)* oder *Bundespflegesatzverordnung (BPfIV)* abrechnet, was z.B. bei *Privatkliniken* ohne Versorgungsvertrag mit der GKV der Fall ist.

C5
Rooming-In bei stationärer Behandlung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Mitaufnahme (Unterbringung und Verpflegung) einer erwachsenen Begleitperson bei stationärer Behandlung eines nach diesem Tarif versicherten Kindes, welches zu Beginn der stationären Behandlung das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Das Vorliegen der *medizinischen Notwendigkeit* für die Mitaufnahme einer erwachsenen Begleitperson wird unter diesen Voraussetzungen vom Versicherer als gegeben angesehen.

- C6 Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus** Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen bei *vor- und nachstationärer Behandlung* im Krankenhaus gemäß § 115a SGB V bis zu den Höchstsätzen der *Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)*. Bei Abschluss einer *rechtswirksamen Honorarvereinbarung* gemäß § 2 GOÄ sind auch Gebühren über den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig.
- C7 Aufnahme und Abschlussuntersuchung bei stationärer Behandlung** Erstattungsfähig sind Aufwendungen für gesondert berechenbare ärztliche Leistungen jeweils einer ambulanten Aufnahme- und Abschlussuntersuchung bis zu den Höchstsätzen der *Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)*. Bei Abschluss einer *rechtswirksamen Honorarvereinbarung* gemäß § 2 GOÄ sind auch Gebühren über den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig.
- C8 Ambulant durchgeführte stationsersetzende Operationen im Krankenhaus** Erstattungsfähig sind Aufwendungen für gesondert berechenbare ärztliche Leistungen für *ambulant durchgeführte stationsersetzende Operationen im Krankenhaus* bis zu den Höchstsätzen der *Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)*. Bei Abschluss einer *rechtswirksamen Honorarvereinbarung* gemäß § 2 GOÄ sind auch Gebühren über den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig.
- Die ambulant stationsersetzenden Operationen im Krankenhaus ergeben sich aus dem gemäß § 115 b Abs. 1 SGB V erstellten Katalog.
- Erstattungsfähig sind darüber hinaus Aufwendungen für gesondert berechenbare ärztliche Leistungen jeweils einer ambulanten Aufnahme- und Abschlussuntersuchung bis zu den Höchstsätzen der *Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)* im Zusammenhang mit einer stationsersetzenden ambulanten Operation im Krankenhaus. Bei Abschluss einer *rechtswirksamen Honorarvereinbarung* gemäß § 2 GOÄ sind auch Gebühren über den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig.

D Sonderbedingungen für Erwachsene bis zur Vollendung des 45. Lebensjahres

Ergänzend zu den Tarifbestimmungen gemäß Abschnitt A, B, und C können folgende Sonderbedingungen, vereinbart werden, die eine Versicherung erwachsener Personen nach Tarif KlinikUpgrade Top bis zur Vollendung des 45. Lebensjahres gemäß § 8a Abs. 4 AVB/SZV ohne Bildung von *Alterungsrückstellungen* ermöglichen.

1. **Tarifbezeichnung**
Solange die Sonderbedingungen gelten, lautet die Tarifbezeichnung KlinikUpgrade Top (Tarif KUT). In Unterscheidung hierzu lautet die Tarifbezeichnung für Erwachsene ohne Sonderbedingungen KlinikUpgrade Top L (Tarif KUTL).
2. **Aufnahmefähigkeit**
Aufnahmefähig nach diesen Sonderbedingungen sind nach Abschnitt A1 versicherungsfähige Personen mit einem Eintrittsalter zwischen 21 und 40 Jahren.

3. Beitragsberechnung

Jede nach den Sonderbedingungen versicherte Person wird in eine der folgenden Altersgruppen eingeordnet:

- 21 bis 25 Jahre
- 26 bis 30 Jahre
- 31 bis 45 Jahre

Maßgeblich für die Einordnung ist dabei die Differenz aus aktuellem Kalenderjahr und Geburtsjahr der versicherten Person. Der Beitrag ist abhängig von der Altersgruppe und steigt mit der nächsthöheren Altersgruppe an. Ändert sich für eine versicherte Person während der Versicherungszeit nach diesen Sonderbedingungen die Altersgruppe, in die sie einzuordnen ist, erhöht sich damit auch der Beitrag. Es werden keine *Alterungsrückstellungen* gebildet.

4. Entfall der Sonderbedingungen vor Vollendung des 45. Lebensjahres nach Beantragung

Nach Abschluss der Sonderbedingungen kann für die versicherte Personen jederzeit der Entfall der Sonderbedingungen und die Fortführung unter Bildung von *Alterungsrückstellungen* nach Tarif KUTL zum nächsten Monatsersten beantragt werden. Es ist dann der Beitrag zum erreichten Eintrittsalter (Differenz aus aktuellem Kalenderjahr und Geburtsjahr) im Tarif KUTL zu bezahlen.

5. Obligatorischer Entfall der Sonderbedingungen nach Vollendung des 45. Lebensjahres

Die Sonderbedingungen entfallen spätestens mit Beginn des Kalenderjahres, das auf die Vollendung des 45. Lebensjahres folgt. Der Versicherungsschutz wird dann bei gleichem Leistungsumfang und unter Bildung von *Alterungsrückstellungen* im Tarif KUTL fortgeführt. Für die Höhe der Beiträge ist das dann erreichte Eintrittsalter 46 maßgebend.

6. Kündigungsrecht nach obligatorischem Entfall der Sonderbedingungen

Will der Versicherungsnehmer die Versicherung nach obligatorischem Entfall der Sonderbedingungen nach Nummer 5 nicht weiterführen, kann er den Vertrag für die betroffene versicherte Person bis zu zwei Monate nach Beginn der Fortführung in Tarif KUTL rückwirkend zum Zeitpunkt des Entfalls der Sonderbedingungen kündigen.

E Glossar

Um Ihnen das Verstehen der Tarifbedingungen zu erleichtern, erklären wir im Folgenden – alphabetisch sortiert – einige zentrale Begriffe aus diesen Tarifbedingungen. Diese Begriffe sind in den Tarifbedingungen selbst **kursiv** kenntlich gemacht.

- **Akutstationäre Behandlungen:** Dies sind Krankenhausbehandlungen, die unerlässlich sind, um Ihre Gesundheit wiederherzustellen bzw. einer Verschlimmerung einer Krankheit entgegenzuwirken. Hierzu gehören neben stationären Behandlungen im Rahmen von Operationen (sowohl notfallmäßige als auch geplante) beispielsweise auch stationäre Aufenthalte wegen Chemo- oder Strahlentherapie. In Abgrenzung hierzu siehe auch >> *Rehabilitationsmaßnahmen*.
- **Allgemeine Krankenhausleistungen:** Die allgemeinen Krankenhausleistungen bezeichnen die Grundleistungen eines Krankenhauses (Standardkategorie/Allgemeine Pflegeklasse), auf die Sie als gesetzlich Versicherter Anspruch haben.
- **Alterungsrückstellungen:** Sofern Ihr Beitrag mit Alterungsrückstellungen kalkuliert ist, wird ein zusätzlicher Prämienbestandteil erhoben, der verzinslich angespart wird, um die durchschnittlich deutlich höheren Leistungsausgaben im Alter zu finanzieren.
- **Ambulant durchgeführte stationersetzende Operationen im Krankenhaus:** Sie müssen operiert werden und es ist medizinisch indiziert, dass Sie diese Operation im Rahmen eines stationären Aufenthalts im Krankenhaus durchführen. Sofern es medizinisch in Ihrem Fall auch möglich und vertretbar ist, die Operation ambulant im Krankenhaus durchzuführen und Sie sich hierfür entscheiden, sprechen wir von einer ambulant durchgeführten stationersetzenden Operation im Krankenhaus. Die ambulant stationersetzenden Operationen im Krankenhaus können beim Versicherer jederzeit erfragt werden.
- **Anschlussrehabilitation:** Siehe >> *Rehabilitationsmaßnahmen*.
- **Belegarzt:** Ein Belegarzt ist ein Arzt, der Sie in einem Krankenhaus operiert bzw. behandelt, ohne selbst dort angestellt zu sein. Er hat stattdessen mit dem Krankenhaus eine vertragliche Vereinbarung geschlossen, dass er Betten einer Station ganz oder teilweise mit seinen Patienten belegen und auch die Einrichtungen des Krankenhauses (z.B. Operationssaal, Apparate zur Diagnostik) nutzen darf. Ein Belegarzt ist grundsätzlich berechtigt, seine Leistungen zusätzlich zu den >> *allgemeinen Krankenhausleistungen* privat nach >> GOÄ abzurechnen.
- **Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ):** Sofern ein Arzt in Deutschland nicht mit Ihrer gesetzlichen Krankenversicherung, sondern mit Ihnen privat abrechnet, ist er dazu gesetzlich verpflichtet, nach der gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abzurechnen.
- **Gemeinsame Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV-Verband):** Für die >> *gesonderte berechenbare Unterbringung* im Ein- oder Zweibettzimmer erstatten wir die Kosten im Rahmen der gemeinsamen Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV-Verband) gemäß § 22 Abs. 1 BPfIV / § 17 Abs. 1 KHEntgG.
- **Gesondert berechenbare privatärztliche Leistung:** Durch die >> *allgemeinen Krankenhausleistungen* besteht Anspruch auf die Behandlung durch den diensthabenden Stationsarzt. Werden Sie auf Ihren Wunsch dagegen vom Chefarzt behandelt und schließen Sie mit diesem eine >> *wahlärztliche Vereinbarung*, so kann dieser Ihnen seine Aufwendungen zusätzlich privat in Rechnung stellen. Ähnliches kann für einen >> *Belegarzt* gelten. Diese nach >> GOÄ gesondert berechenbaren Gebühren übernehmen wir, sofern Sie nach Tarif KlinikUpgrade Top (L) versichert sind.

- **Gesondert berechenbare Unterbringung:** Durch die >> *allgemeinen Krankenhausleistungen* besteht nur Anspruch auf die Unterbringung in der Standardkategorie/Allgemeinen Pflegeklasse im jeweiligen Krankenhaus. In der Regel ist das ein Dreibettzimmer, in einigen Krankenhäusern kann auch ein meist kleineres Zweibettzimmer die Standardkategorie darstellen. Wollen Sie während Ihres Krankenhausaufenthalts besser untergebracht sein (Ein- oder Zweibettzimmer, Familienzimmer, falls Sie stationär entbinden) berechnet das Krankenhaus hierfür zusätzliche Kosten, die wir im Rahmen der >> *gemeinsamen Empfehlung der deutschen Krankenhausgesellschaft und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV-Verband)* übernehmen, sofern Sie nach Tarif KlinikUpgrade Top (L) versichert sind.
- **Kostenträger:** Die Kosten einer >> *Rehabilitationsmaßnahme*, insbesondere einer stationären >> *Anschlussrehabilitation* trägt in vielen Fällen die gesetzliche Renten- oder Unfallversicherung. In diesem Fall leistet Tarif KlinikUpgrade Top (L) grundsätzlich nicht. Ist in Ihrem Fall jedoch die gesetzliche Krankenversicherung der Kostenträger einer >> *Anschlussrehabilitation*, leistet Tarif KlinikUpgrade Top (L) als stationäre Zusatzversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung in vollem tariflichem Umfang.
- **Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder Bundespflegesatzverordnung (BPflV):** Krankenhäuser in Deutschland, die von Ihnen als gesetzlich Versicherter in Anspruch genommen werden dürfen, unterliegen entweder den Bestimmungen des Krankenhausentgeltgesetzes oder der Bundespflegesatzverordnung. In diesem vom Gesetzgeber erlassenen Regelwerk werden u.a. auch die Richtlinien festgelegt, welche Gebühren für >> *allgemeine Krankenhausleistungen* ein Krankenhaus berechnen darf.
- **Medizinische Notwendigkeit:** Wir leisten grundsätzlich nur für medizinisch notwendige Behandlungen. Wir leisten z.B. nicht bei rein ästhetischen Operationen ohne medizinische Indikation. Sofern Ihre gesetzliche Krankenversicherung für eine >> *akutstationäre Behandlung* oder eine >> *Anschlussrehabilitation* die >> *allgemeinen Krankenhausleistungen* übernimmt, erkennen wir die medizinische Notwendigkeit automatisch an und leisten in vollem tariflichem Umfang.
- **Privatkliniken:** Diese unterliegen in Deutschland keiner gesetzlichen Regulierung bezüglich berechenbarer Gebühren für >> *allgemeine Krankenhausleistungen* und erheben meist deutlich höhere Gebühren als die, die nach >> *Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder Bundespflegesatzverordnung (BPflV)* berechnungsfähig wären. Deshalb wird sich Ihre gesetzliche Krankenversicherung in vielen Fällen nicht an den Kosten für >> *allgemeine Krankenhausleistungen* einer Privatklinik beteiligen. Bitte beachten Sie, dass diese Kosten in diesen Fällen auch nicht aus Tarif KlinikUpgrade Top (L) übernommen werden können. Alle anderen Kosten, insbesondere die für >> *gesondert berechenbare Unterbringung* bzw. für >> *gesondert berechenbare privatärztliche Behandlung* übernehmen wir stattdessen in tariflich vollem Umfang.
- **Rechtswirksame Honorarvereinbarung:** Bei Abrechnung persönlich erbrachter ärztlicher Leistungen werden die erbrachten Leistungen gemäß >> GOÄ unter gewissen Voraussetzungen mit einem Steigerungssatz versehen. Dieser Steigerungssatz beträgt maximal 3,5 (Höchstsatz). Die >> GOÄ eröffnet einem Arzt aber auch die Möglichkeit, vor Beginn einer Behandlung eine Honorarvereinbarung mit dem Patienten zu schließen, um gewisse Leistungen mit einem höheren als dem 3,5-fachen Satz abzurechnen. Rechtsgültig ist eine solche Vereinbarung nur, wenn sie die in § 2 GOÄ festgelegten Kriterien erfüllt. Diese besagen unter anderem, dass eine Honorarvereinbarung den Hinweis enthalten muss, dass Erstattungsstellen (also Ihr Krankenversicherer) die Gebühren über den Höchstsätzen gegebenenfalls nicht übernimmt und folglich von Ihnen selbst zu tragen sind. Wir übernehmen die Gebühren über den Höchstsätzen bei Vorliegen einer rechtswirksamen Honorarvereinbarung, sofern Sie nach Tarif KlinikUpgrade Top (L) versichert sind.

- **Rehabilitationsmaßnahmen:** Diese können sowohl ambulant als auch stationär stattfinden und dienen dazu, Sie nach überstandener Erkrankung, auf den Arbeits- oder Lebensalltag zu Hause vorzubereiten. Die häufigste Rehabilitationsmaßnahme ist die Anschlussrehabilitation. Sie findet in der Regel zeitnah nach einer >> *akutstationären Behandlung* statt, die so schwerwiegend bzw. einschneidend ist, dass Sie als Patient Unterstützung zur Rückkehr in den Alltag benötigen. Beispiele für >> *akutstationäre Behandlungen*, die in der Regel eine Anschlussrehabilitation nach sich ziehen sind große orthopädische oder neurologische Operationen, Operationen am Herzen oder Gehirn oder Organtransplantationen. Siehe auch >> *Kostenträger*.
- **Teilstationäre Behandlung:** Es handelt sich um eine Behandlung in einem Krankenhaus, die entweder nur tagsüber (Tagesklinik) oder nachts (Nachtklinik) stattfindet. In der jeweils anderen Hälfte der Zeit sind Sie zu Hause.
- **Vor- und nachstationäre Behandlung:** Es handelt sich um eine Behandlung im Krankenhaus ohne Unterkunft und Verpflegung. Das Ziel der vorstationären Behandlung ist es, die stationäre Behandlung vorzubereiten oder deren Notwendigkeit abzuklären. Das Ziel der nachstationären Behandlung ist es, die vorangegangene stationäre Behandlung zu festigen bzw. deren Ergebnis zu sichern. Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt, die nachstationäre Behandlung auf längstens sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung. Sofern Sie für den stationären Aufenthalt die >> *gesondert berechenbare privatärztliche Behandlung* gewählt haben, wird auch die vor- und nachstationäre Behandlung privat nach >> *GOÄ* abgerechnet werden, deren Kosten wir nach Tarif KlinikUpgrade Top (L) übernehmen.
- **Wahlärztliche Vereinbarung:** Sofern Sie bei einem stationären Aufenthalt vom Chefarzt einer Abteilung behandelt werden wollen, schließt dieser mit Ihnen eine wahlärztliche Vereinbarung, die ihn berechtigt, seine Leistungen zusätzlich zu den >> *allgemeinen Krankenhausleistungen* privat nach >> *GOÄ* abzurechnen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die stationäre Zusatzversicherung (AVB/SZV)

Teil I: AVB/SZV
gültig für die Tarife KUP(L) und KUT(L)

§ 2
Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen.
- (2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

Als Versicherungsfall gelten auch

- a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
- b) die Fehlgeburt und der nicht rechtswidrige Schwangerschaftsabbruch,
- c) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten sowie Schutzimpfungen, soweit in den Tarifbedingungen (Teil II) vereinbart.

- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Teil I) und Tarifbedingungen (Teil II) sowie den gesetzlichen Vorschriften.

Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

- (4) Sofern in den Tarifbedingungen (Teil II) nicht anders vereinbart, erstreckt sich der Versicherungsschutz auf Heilbehandlung in Deutschland.
- (5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.
- (6) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in Abs. 5 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es auf Grund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes aus Deutschland in einen anderen Staat als die in Abs. 5 genannten kann der Versicherungsnehmer verlangen, das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln, wenn ein entsprechender Antrag innerhalb von zwei Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes beim Versicherer eingeht.

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt für die versicherte Person mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt.
- (2) Bei Vertragsänderungen gilt Absatz 1 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
- (3) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge, ohne Leistungsausschlüsse und ohne Wartezeiten, wenn am Tage der Geburt ein versichertes Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist oder zwischen dem Zeitpunkt der Beantragung der Versicherung des Elternteils und der Geburt des Kindes mindestens drei Monate liegen. Die Anmeldung zur Versicherung muss dabei spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend zum Ersten des Geburtsmonats erfolgen. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der des versicherten Elternteils sein. Dies gilt nicht für etwaige Selbstbehalte, die in den Tarifen des betreffenden Elternteils vereinbart sind. Sind die Voraussetzungen für die Mitversicherung eines Neugeborenen ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeit erfüllt, dann besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden sowie für angeborene Krankheiten und Anomalien.
- (4) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

§ 3 Wartezeiten

- (1) Die allgemeine Wartezeit beträgt für jede versicherte Person drei Monate. Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate. Wartezeiten entfallen bei Unfällen.
- (2) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Art, Höhe und Umfang der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem vereinbarten Tarif mit seinen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Teil I) und Tarifbedingungen (Teil II). Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden dem Kalenderjahr zugeordnet, in dem die Behandlung oder sonstige versicherte Leistung erfolgt ist bzw. in dem die verordneten Arznei-, Verband- und Hilfsmittel bezogen wurden.
- (2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Es können auch approbierte Ärzte und Zahnärzte in Anspruch genommen werden, die in einem Krankenhaus oder in einem zur Versorgung von gesetzlich Krankenversicherten zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) tätig sind.

Ebenso versichert sind Leistungen approbierter Ärzte, die als Notärzte oder bei ärztlichen Akutdiensten tätig sind. Soweit in den Tarifbedingungen (Teil II) entsprechende Leistungen vorgesehen sind, dürfen auch

- a) psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bei ambulanter Psychotherapie,
- b) Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes,
- c) die in der Anlage der Bundesbeihilfeverordnung genannten Leistungserbringer für Heilmittel (z.B. Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden),
- d) Hebammen und Entbindungspfleger

in Anspruch genommen werden.

- (3) Arzneimittel, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von Ärzten, Zahnärzten oder Heilpraktikern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden. Abweichend hiervon ist beim Bezug von Sehhilfen eine Refraktionsbestimmung durch den Optiker ausreichend.
- (4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person die Wahl unter Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
- (5) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus 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; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
- (6) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen, erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.
- (7) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

§ 5

Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht

- a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegereignisse in Deutschland verursacht oder als Wehr-

dienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind,

- b) für solche Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegereignisse im Ausland verursacht worden sind, es sei denn, der Eintritt des Kriegereignisses war für die versicherte Person überraschend. Der Eintritt eines Kriegereignisses gilt als überraschend, wenn für das Reisegebiet vor Antritt der Reise keine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes bestanden hat,
 - c) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen,
 - d) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker, psychologische Psychotherapeuten, sonstige Heilbehandler und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen,
 - e) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet,
 - f) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung,
 - g) für Entwöhnungsbehandlungen sowie für Kur- und Sanatoriumsbehandlung, sofern in den Tarifbedingungen (Teil II) nicht anders vereinbart.
- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
 - (3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
 - (4) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 6

Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

Alle Nachweise sind im Original einzureichen oder – soweit vom Versicherer digitale Anwendungen zur Verfügung gestellt werden – per Upload der LKH zukommen zu lassen. Rechnungen müssen ausreichend spezifiziert sein. Hierzu gehören insbesondere die Namen der behandelten Personen, die Bezeichnung der Krankheiten, die Angabe der einzelnen Leistungen des Heilbehandlers (entsprechende Ziffern der in der Bundesrepublik Deutschland jeweils gültigen Gebührenordnungen bzw. Gebührenverzeichnissen) und die dafür in Rechnung gestellten Einzelbeträge, die Behandlungsdaten, die Aufschlüsselung der Medikamente nach Art, Menge und Einzelbeträgen.

Besteht noch eine anderweitige Versicherung, so werden auch Duplikatrechnungen anerkannt. Sie müssen den Bestätigungsvermerk des anderen Versicherers oder Versicherungsträgers über die Erstattungshöhe aufweisen.

- (2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG.
- (3) Der Versicherer ist verpflichtet, nur dann an die versicherte Person bzw. ihren gesetzlichen Vertreter zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
- (4) Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß Wechselkursstatistik, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach dem jeweils neuesten Stand.
- (5) Die Kosten für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden. Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen können nur dann abgezogen werden, wenn der Empfänger der Versicherungsleistung kein Inlandskonto benannt hat. Innerhalb des SEPA-Zahlungsraumes erfolgt die Überweisung der Versicherungsleistung in Euro kostenfrei.
- (6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können nicht verpfändet werden.

§ 7

Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8

Beitragszahlung

- (1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist in gleichen monatlichen Raten zu entrichten, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.
- (2) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem vereinbarten im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge sind jeweils zum vereinbarten Fälligkeitstag zu zahlen.
- (3) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.
- (4) Die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet. Darüber hinaus können Verzugszinsen und von Dritten in Rechnung gestellte Kosten und Gebühren erhoben werden.
- (5) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslauf-

zeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Vertragsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

- (6) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 8a

Beitragsabrechnung

- (1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des VAG und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt. Liegt ein erhöhtes Risiko vor, kann mit Beginn des Versicherungsverhältnisses ein Risikozuschlag vereinbart werden.
- (2) Personen mit einem Alter bis zu 15 Jahren zahlen bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem sie das 15. Lebensjahr vollenden, den Beitrag für die Altersgruppe 0 – 15 Jahre (Kinder). Vom Beginn des nächsten Jahres an ist bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem sie das 20. Lebensalter vollenden der Beitrag für die Altersgruppe 16 – 20 Jahre (Jugendliche) zu zahlen. Vom Beginn des Jahres an, in dem sie das 21. Lebensjahr vollenden, ist der dann gültige Neuzugangsbeitrag für das jüngste Erwachsenenalter zu zahlen.
- (3) Personen, deren Versicherungsverhältnis nach Vollendung des 21. Lebensjahres beginnt, zahlen einen Neugeschäftsbeitrag in Abhängigkeit ihres Eintrittsalters. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis beginnt und dem Geburtsjahr. Es werden für diese Personen Alterungsrückstellungen gebildet, d.h. der Beitrag ändert sich nicht wegen des Älterwerdens einer versicherten Person.
- (4) Es kann in den Tarifbedingungen (Teil II) vereinbart werden, dass die Beitragsberechnung abweichend der Bestimmungen der Absätze 1 bis 3 erfolgt.
- (5) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Risikozuschlag zu.

§ 8b

Beitragsanpassung

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder auf Grund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit entweder bei den Versicherungsleistungen oder bei den Sterbewahrscheinlichkeiten eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Die Definition der Beobachtungseinheiten erfolgt in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers. Werden die Beiträge angepasst, so richtet sich die Höhe des neuen Beitrages nach dem bei Inkrafttreten der Änderung erreichten Lebensalter der versicherten Person.

Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

- (2) Von einer Beitragsanpassung muss abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
- (3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 9 Obliegenheiten

- (1) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
- (2) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person zur Feststellung des Leistungsfalls verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (3) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- (4) Eine weitere Krankheitskostenzusatzversicherung oder eine Krankenhaustagegeldversicherung darf bei einem anderen privaten Krankenversicherer nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden. Keine Zustimmung ist erforderlich, sofern eine Krankenhaustagegeldversicherung abgeschlossen wird, die ausschließlich für unfallbedingte Krankenhausaufenthalte leistet. Ebenfalls keine Zustimmung ist erforderlich, sofern es sich um eine arbeitgeberfinanzierte Krankheitskostenversicherung der betrieblichen Krankenversicherung handelt.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 4 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.
- (3) Wird die in § 9 Abs. 4 genannte Obliegenheit verletzt, so kann der Versicherer ein Versicherungsverhältnis unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

- (1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG, die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistungen) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.
- (2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.

- (3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Abs. 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
- (4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Abs. 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist. Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht kann der Versicherungsnehmer nicht aufrechnen.

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1) Der Versicherungsvertrag wird zunächst auf die Dauer von zwei Versicherungsjahren abgeschlossen. Er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Jahr, sofern er nicht mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres gekündigt wird. Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre entsprechen jeweils dem Kalenderjahr. Durch spätere Vertragsänderungen ändert sich das Versicherungsjahr nicht.
- (2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (3) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
- (4) Erhöht der Versicherer die Beiträge auf Grund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.
- (5) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
- (6) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis

unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

- (7) Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen das Recht, einen gekündigten Vertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen.

Die Fortsetzung des insgesamt oder für einzelne versicherte Personen gekündigten Vertrages in Form einer Anwartschaftsversicherung muss vom Versicherungsnehmer oder von den betroffenen versicherten Personen unter Benennung eines künftigen Versicherungsnehmers beantragt werden.

Der Antrag muss spätestens innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Zugang der Kündigung beim Versicherer eingegangen sein.

§14

Kündigung durch den Versicherer

- (1) Der Versicherer verzichtet auf sein ordentliches Kündigungsrecht.
- (2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

§15

Sonstige Beendigungsgründe

- (1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.
- (2) Bei Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

Sonstige Bestimmungen

§16

Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§17

Gerichtsstand

- (1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- (2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.
- (3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers ausschließlich zuständig.

- (4) Hatte der Versicherungsnehmer im Zeitpunkt des Vertragsschlusses seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland und tritt das den streitigen Anspruch auslösende Ereignis im Ausland ein, so ist hierfür das Gericht am Sitz des Versicherers ausschließlich zuständig, wenn nicht schon nach anderen gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmungen die Zuständigkeit eines anderen Gerichtes in Deutschland gegeben ist. Ansonsten gilt:

Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so ist außer dem Gericht am Sitz des Versicherers ausschließlich das Gericht des Ortes zuständig, das im Zeitpunkt des Vertragsschlusses in Ansehung des damaligen Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherungsnehmers zuständig gewesen wäre.

§ 18

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

- (1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Teil I) und die Tarifbedingungen (Teil II) den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und/oder der Tarifbedingungen werden zu dem in der jeweiligen Änderungsmitteilung genannten Zeitpunkt wirksam, frühestens jedoch zu Beginn des zweiten Monats, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.
- (2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und/oder in den Tarifbedingungen durch höchstgerichtliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

Stand: Dezember 2023

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z. B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf den Rechtsweg

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht dem Versicherungsnehmer der Rechtsweg offen.

Private Krankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Unternehmen: Landeskrankenhilfe V.V.a.G. Deutschland

**Produkt: KlinikUpgrade Top (L)
(Tarif KUT(L))**

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz in der stationären Zusatzversicherung nach Tarif KUT(L). Die vollständigen Informationen finden Sie in Ihren Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen bestehend aus Teil I, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die stationäre Zusatzversicherung (AVB/SZV) und Teil II, den Tarifbedingungen des Tarifs KUT(L). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Kranken-Zusatzversicherung für stationäre Heilbehandlungen. Sie ergänzt den Versicherungsschutz der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung.

Den Tarif gibt es in zwei Varianten, mit (Tarif KUTL) und ohne (Tarif KUT) Alterungsrückstellung. Die zweite Variante kann von Erwachsenen bis zum Eintrittsalter 40 gewählt werden; es kommt dann zu altersbedingten Beitragserhöhungen bei Erreichen der im Tarif genannten Altersgrenzen (siehe Abschnitt D der Tarifbedingungen Tarif KUT(L)).



Was ist versichert?

- ✓ Chefarzt: Privatärztliche Leistungen im Krankenhaus, auch über Höchstsätze der GOÄ hinaus
- ✓ Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer
- ✓ Unterbringung im Familienzimmer bei stationärer Entbindung
- ✓ Ersatzkrankhaustagegeld bei Verzicht auf vorgenannte privatärztliche Leistungen und/oder gesonderte Unterbringung (bis zu maximal 100 € pro Krankentage)
- ✓ Freie Krankenhauswahl: Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen bei Wahl eines anderen als in der ärztlichen Einweisung genannten Krankenhauses, wenn das Krankenhaus nach Krankenhausentgeltgesetz oder Bundespflegesatzverordnung abrechnet
- ✓ Rooming-In: Unterbringung und Verpflegung einer erwachsenen Begleitperson im Krankenhaus bei Kindern (sofern jünger als 14 Jahre)
- ✓ Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus
- ✓ Ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung
- ✓ Ambulant durchgeführte stationärsersetzende Operationen im Krankenhaus

Einzelheiten zu den versicherten Leistungen entnehmen Sie bitte § 4 der AVB/SZV und den Tarifbedingungen des Tarifs KUT(L).



Was ist nicht versichert?

- ✗ Leistungen für Behandlungen und Untersuchungen, die nicht medizinisch notwendig sind
- ✗ Leistungen für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen
- ✗ Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Weitere Einschränkungen finden Sie in den AVB/SZV (insbesondere im § 5) und den Tarifbedingungen des Tarifs KUT(L).



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Es gibt Fälle, in denen der Versicherungsschutz eingeschränkt sein kann. Einschränkungen ergeben sich beispielsweise aus den nachfolgend genannten Umständen:
- ! Sofern ein Anspruch auf Leistungen der GKV oder anderer Kostenträger besteht, sind diese Leistungen vorrangig in Anspruch zu nehmen, oder übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Einzelheiten zu den Einschränkungen entnehmen Sie bitte den AVB/SZV und den Tarifbedingungen des Tarifs KUT(L).



Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlungen im Krankenhaus in Deutschland.

Alle Informationen zum Thema Geltungsbereich finden Sie in den AVB/SZV.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Das Leistungsversprechen, das wir Ihnen geben, setzt voraus, dass wir Ihren Antrag sorgfältig prüfen können. Deshalb ist es notwendig, dass Sie bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung (im Regelfall mit Unterschrift des Antrags) die durch uns gestellten Fragen nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und wahrheitsgemäß beantworten.
- Bitte teilen Sie uns das Bestehen einer weiteren Krankenversicherung mit. Während der Vertragslaufzeit haben Sie uns den Abschluss einer weiteren Krankheitskostenzusatzversicherung oder Krankenhaustagegeldversicherung unverzüglich anzuzeigen; ebenso das Ausscheiden aus der deutschen GKV oder den Verzug ins Ausland.
- Bei Eintritt des Versicherungsfalles müssen Sie uns auf Verlangen jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles, der Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist. Darüber hinaus hat die versicherte Person möglichst für die Minderung des Schadens zu sorgen.
- Die Nichtbeachtung dieser Pflichten kann für Sie Konsequenzen haben. Je nach Schwere der Pflichtverletzung können Sie Ihren Versicherungsschutz ganz oder teilweise verlieren.



Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und kann in gleichen monatlichen Raten entrichtet werden. Diese sind zum Ersten eines jeden Monats zu zahlen.
- Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein vereinbarten Versicherungsbeginn.
- Verspätete oder nicht gezahlte Beiträge können zum Verlust des Versicherungsschutzes sowie zur Beendigung des Versicherungsvertrages führen.
- Sie können uns die Beiträge überweisen oder uns ermächtigen, die Beiträge von Ihrem Konto einzuziehen (SEPA-Lastschriftmandat).



Wann beginnt und endet die Deckung?

- Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages.
- Es bestehen besondere Wartezeiten von acht Monaten nach diesem Tarif bei stationärer Entbindung. Der Versicherungsschutz beginnt in diesem Fall erst nach Ablauf dieser Wartezeit.
- Das Versicherungsverhältnis ist grundsätzlich unbefristet, es gilt eine Mindestvertragsdauer von zwei Jahren. Es verlängert sich jeweils um ein Jahr, sofern es nicht mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres/Kalenderjahres gekündigt wird.
- Der Versicherungsschutz endet mit der Beendigung des Versicherungsvertrages, z.B. aufgrund Kündigung oder Wegfall der Versicherungsfähigkeit.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können Ihren Versicherungsvertrag zum Ende des Versicherungsjahres (Kalenderjahr) in Textform kündigen, frühestens zum Ablauf der Mindestversicherungsdauer von zwei Jahren. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate.
- Erhöhen sich die Beiträge, können Sie Ihren Versicherungsvertrag innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Beitragserhöhung kündigen.