

Private Krankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten



Unternehmen: DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Deutschland Produkt: Ergänzungstarif FFKV / PROKOMPAKT / FORDKOMPAKT

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz.

Diese Informationen sind nicht abschließend. Der Vertragsinhalt ergibt sich aus folgenden Unterlagen:

- Ihrem Antrag bzw. Ihrer Anfrage in Verbindung mit unserem Angebot,
- dem Versicherungsausweis und ggf. weiteren schriftlichen Vereinbarungen,
- den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB),
- dem Gruppenversicherungsvertrag.

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 Ergänzungsversicherung für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).



Was ist versichert?

Sie sind versichert

- ✓ bei Krankheiten und Unfällen,
- ✓ bei Schwangerschaft und Entbindung,
- ✓ bei einem Rücktransport aus dem Ausland,
- ✓ im Todesfall.

Wir ersetzen Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlung und andere vereinbarte Leistungen:

- ✓ Leistungen des Heilpraktikers: 80 %, max. 300 Euro pro Jahr.
- ✓ Sehhilfen: 80 %, max. 300 Euro je Sehhilfe.
- ✓ Hörgeräte nach vorheriger Leistung der GKV: 80 %, maximal 512 Euro je Hörgerät.
- ✓ Zahnleistungen:
 - Zahnkronen und Zahnersatz nach vorheriger Leistung der GKV: 60 % der GKV-Leistung.
 - Einlagefüllungen: 100 %, maximal 250 Euro pro Einlagefüllung.
- ✓ Gesetzlich vorgesehene Zuzahlung bei vollstationärer Krankenhausbehandlung.
- ✓ Ergänzende Leistungen bei Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen: 11 Euro Kurtagegeld.
- ✓ Auslandsreisekrankenenschutz: Bis zu 12 Wochen mit 24-Stunden-Notruf-Service.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind.
- ✗ Versicherungsfälle, die durch vorsätzliches Handeln oder Kriegereignisse verursacht werden, einschließlich deren Folgen.
- ✗ Behandlungen durch Ehepartner, Lebenspartner, Eltern oder Kinder.
- ✗ Behandlungen durch Leistungserbringer, deren Rechnungen wir aus wichtigem Grunde von der Leistungserstattung ausgeschlossen haben.
- ✗ Eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Die Deckung wird bestimmt durch Art und Umfang der Versicherungsleistungen in den einzelnen Leistungsbeschreibungen (vgl. AVB).
- ! Für Leistungen des Heilpraktikers beträgt die Wartezeit drei Monate. Für zahnärztliche Heilbehandlung beträgt die Wartezeit acht Monate. Die Wartezeiten entfallen für Personen, die dem Gruppenversicherungsvertrag innerhalb einer bestimmten Frist beitreten.
- ! Begrenzung der Gesamterstattung auf die Summe der Aufwendungen.
- ! Weitere Einschränkungen u. a.
 - bei Aufenthalt im Ausland.
 - bei Verletzung von Obliegenheiten.
 - bei einem Beitragsrückstand.

Wo bin ich versichert?

- ✓ Ihr Versicherungsschutz besteht in Deutschland.
- ✓ Bei vorübergehenden Aufenthalten im europäischen Ausland haben Sie ebenfalls Versicherungsschutz. Der gewöhnliche Aufenthalt muss weiterhin in Deutschland sein. Auch bei der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat der Europäischen Union (EU) bzw. des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) besteht Versicherungsschutz.
- ✓ Bei vorübergehenden Aufenthalten im außereuropäischen Ausland bleibt der Versicherungsschutz für einen Monat ab Beginn des Auslandsaufenthaltes bestehen.
- ✓ Für den Auslandsreisenschutz gilt: Bei vorübergehenden Aufenthalten im Ausland bis zu 12 Wochen Dauer besteht Versicherungsschutz. Nicht als Ausland gelten Deutschland und die Länder, in denen die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat.

Welche Verpflichtungen habe ich?

- Sie müssen die im Antrag oder zusätzlich in Textform (z. B. Brief, Fax oder E-Mail) gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Zur Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir ggf. Auskünfte von Ihnen bzw. der versicherten Person. Sie bzw. die versicherte Person sind verpflichtet, uns die gewünschten Auskünfte zu geben.
- Die versicherte Person muss sich von einem von uns beauftragten Arzt untersuchen lassen, wenn wir sie hierzu auffordern.
- Die versicherte Person hat möglichst für eine Minderung des Schadens zu sorgen. Sie muss alles unterlassen, was der Genesung entgegensteht.
- Sie müssen uns unverzüglich unterrichten, wenn für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer eine Krankheitskostenversicherung abgeschlossen wird.

Wann und wie zahle ich?

Der zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem Versicherungsausweis. Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag. Die Fälligkeit richtet sich nach den im Gruppenversicherungsvertrag getroffenen Vereinbarungen.

Es gilt die im Gruppenversicherungsvertrag hinterlegte Zahlungsweise.

Wann beginnt und wann endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsausweis angegebenen Zeitpunkt. Er beginnt jedoch nicht vor Zugang der Beitrittserklärung und vor Beginn des Gruppenversicherungsvertrages. Außerdem beginnt der Versicherungsschutz nicht vor Ablauf einer Wartezeit.

Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung der Versicherung. Dies gilt auch, wenn die Behandlung noch nicht abgeschlossen ist.

Die Versicherung endet u. a. bei

- Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis,
- Kündigung,
- Tod der versicherten Person,
- Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat außerhalb der EU bzw. des EWR.

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie können die Aufhebung der Versicherung zum Ende eines jeden Kalenderjahres verlangen.

Ihr Aufhebungsverlangen muss in Textform (z. B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Die Frist beträgt drei Monate. Sie können Ihre Erklärung auf einzelne versicherte Personen beschränken.

Das Aufhebungsverlangen für einzelne versicherte Personen ist nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass diese hiervon erfahren haben.

Unter bestimmten Voraussetzungen haben Sie ein Sonderkündigungsrecht. Zum Beispiel wenn sich die Beiträge erhöhen.

Allgemeine
Versicherungsbedingungen
der Gruppenversicherung (AVB-G)

G

ERGÄNZUNGSTARIF FFKV / PROKOMPAKT / FORDKOMPAKT

FÜR VERSICHERTE DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG (GKV)

Sehr geehrte Versicherte, sehr geehrter Versicherter,

mit Ihrer Beitrittserklärung haben Sie sich zur Teilnahme am Gruppenversicherungsvertrag angemeldet. Wir übernehmen für alle versicherbaren Personen, für die eine ordnungsgemäß ausgefüllte Beitrittserklärung vorliegt, den Versicherungsschutz. Der vereinbarte Versicherungsschutz ergibt sich aus dem Gruppenversicherungsvertrag, den AVB, dem Versicherungsausweis, späteren schriftlichen Vereinbarungen und den gesetzlichen Vorschriften. Es gilt deutsches Recht.

Unser Leistungsversprechen für Sie kurz im Überblick. Der genaue Umfang unserer Leistungen einschließlich der Einschränkungen ist auf den nachfolgenden Seiten geregelt.

<p>Ergänzende ambulante Leistungen: 80% für Leistungen des Heilpraktikers, bis zu 300 EUR pro Jahr. 80% für Sehhilfen, bis zu 300 EUR je Sehhilfe; ab dem vollendeten 14. Lebensjahr nur bei einer Veränderung der Sehfähigkeit um mind. 0,5 Dioptrien bzw. alle drei Jahre. 80% für Hörgeräte nach vorheriger Leistung der GKV, bis zu 512 EUR pro Jahr und Hörgerät.</p> <p>Ergänzende Zahnleistungen: 60% der GKV-Leistung für Zahnkronen, Zahnersatz (z.B. Brücken, Prothesen) sowie Material- und Laborkosten nach vorheriger Leistung der GKV. 100% für Einlagefüllungen einschließlich Material- und Laborkosten, bis zu 250 EUR pro Einlagefüllung.</p> <p>Ergänzende stationäre Leistungen: 100% für Zuzahlungen bei Krankenhausbehandlung nach vorheriger Leistung der GKV.</p> <p>Ergänzende Leistungen bei Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen: 11 EUR Kurtagegeld.</p>	<p>Ergänzende Leistungen bei einem Auslandsaufenthalt bis zu 12 Wochen: 24-Stunden-Notruf-Service bei Auslandsreisen. 100% für ärztliche Behandlung. 100% für Arznei- und Verbandmittel. 100% für Heilmittel. 100% für stationäre Behandlung (einschließlich Unterkunft und Verpflegung). 100% für den Transport zum nächstgelegenen Krankenhaus bzw. nächsterreichbaren Notfallarzt. 100% für schmerzstillende Behandlung im Mund- und Zahnreich; Zahnfüllung in einfacher Ausführung. 100% für die Mehrkosten eines Rücktransportes aus dem Ausland. Überführung bei Todesfall - im europäischen Ausland bis zu 5.113 EUR, - im außereuropäischen Ausland bis zu 10.226 EUR. Beisetzung im Ausland bis zu 5.113 EUR. Telefonkosten in Verbindung mit einem stationären Aufenthalt bzw. einer Rückführung aus dem Ausland pauschal 11 EUR.</p>
--	--

Inhaltsverzeichnis

Seite

Allgemeines zur Gruppenversicherung

3

Teil 1 Was sind unsere Leistungen?

1. Was ist versichert?	3
2. Was sind unsere ergänzenden Leistungen bei ambulanter Heilbehandlung?	3
3. Was sind unsere ergänzenden Leistungen bei zahnärztlicher Heilbehandlung?	3
4. Was sind unsere ergänzenden Leistungen bei stationärer Heilbehandlung?	4
5. Was sind unsere ergänzenden Leistungen bei Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen?	4
6. Was sind unsere ergänzenden Leistungen bei einem Auslandsaufenthalt bis zu 12 Wochen?	4
7. Welche Untersuchungs-/Behandlungsmethoden und Arzneimittel stehen unter Versicherungsschutz?	6
8. Was ist nicht versichert und in welchen Fällen kann unsere Leistungspflicht eingeschränkt sein?	6
9. Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?	6
10. Wann können wir einen Leistungsauschluss festlegen oder einen Risikozuschlag erheben?	7
11. Gibt es Wartezeiten? Wenn ja, wann beginnen sie und wie lange dauern sie?	7
12. Gilt der Versicherungsschutz auch bei Aufenthalten im Ausland?	7
13. Welche Voraussetzungen müssen Rechnungen erfüllen und wann erhalten Sie unsere Leistungen?	7
14. Erhalten Sie für eine beabsichtigte Heilbehandlung Auskunft über den Umfang Ihres Versicherungsschutzes?	8
15. Können Sie bzw. die versicherte Person Auskunft über Gutachten oder Stellungnahmen verlangen?	8
16. Können Sie Ihre Leistungsansprüche auf Dritte übertragen?	8

Teil 2 Allgemeine Bestimmungen

1. Wer kann versichert werden?	8
2. Welche Obliegenheiten (Mitwirkungspflichten) sind zu beachten?	8
3. Welche Folgen kann die Verletzung von Obliegenheiten haben?	9
4. Wie berechnen wir die Beiträge?	9
5. Wann ist der Beitrag zu zahlen und welche Folgen kann eine verspätete Zahlung haben?	9
6. Unter welchen Voraussetzungen können wir die AVB ändern?	9
7. Kann die versicherte Person in andere Tarife wechseln?	9
8. Wie lange läuft die Versicherung und welche Beendigungsgründe gibt es?	10
9. Wann kann die Versicherung in der Einzelversicherung fortgeführt werden?	10
10. Welche Gerichte sind zuständig?	10

Allgemeines zu Gruppenversicherung

Wir haben den Gruppenversicherungsvertrag mit dem jeweiligen Gruppenvertragspartner geschlossen. Dieser gilt im Rahmen dieses Vertrages als Versicherungsnehmer. Sie als Versicherte bzw. Versicherter haben aber einen unmittelbaren Anspruch auf unsere Versicherungsleistungen. Zudem erhalten Sie einen Auszug aus dem Gruppenversicherungsvertrag mit den für Sie relevanten Bestimmungen.

Teil 1 Was sind unsere Leistungen?

1. Was ist versichert?

- 1.1 Wir bieten Versicherungsschutz bei Krankheiten und Unfällen. Darüber hinaus besteht Versicherungsschutz bei
- Schwangerschaft und Entbindung,
 - Rücktransport aus dem Ausland, sowie im
 - Todesfall.
- 1.2 Im Versicherungsfall ersetzen wir Aufwendungen für Heilbehandlung und andere vereinbarte Leistungen. Darüber hinaus erbringen wir Serviceleistungen.
- Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Als Versicherungsfall gelten auch die in Nr. 1.1 genannten Ereignisse.
- Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn aus medizinischen Gründen keine Behandlung mehr erforderlich ist. Muss die Heilbehandlung auf eine andere Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, so entsteht ein neuer Versicherungsfall. Voraussetzung ist, dass die Krankheit oder Unfallfolge mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt.

2. Was sind unsere ergänzenden Leistungen bei ambulanter Heilbehandlung?

- 2.1 Wir ersetzen **ohne vorherige Leistung der GKV** die erstattungsfähigen Aufwendungen für
- **Leistungen des Heilpraktikers**
zu **80%**,
maximal 300 EUR je Kalenderjahr.
Voraussetzung ist, dass die Behandlungen im jeweils gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sind. Das Honorar für die jeweilige Leistung ersetzen wir maximal im Rahmen der Beträge des GebüH.
Die versicherte Person kann unter den Heilpraktikern im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes frei wählen. Unsere Leistung ist nicht auf die in Teil 1 Nr. 7 (vgl. Seite 6) beschriebenen Methoden beschränkt.
 - **Sehhilfen** (einschließlich Brillenfassungen)
zu **80%**,
maximal 300 EUR je Sehhilfe.
Ab dem vollendeten 14. Lebensjahr ist Voraussetzung für eine Erstattung, dass sich die Sehfähigkeit um mindestens **0,5 Dioptrien** auf einem Auge ändert. Ansonsten ersetzen wir die Aufwendungen für eine Sehhilfe **frühestens drei Jahre nach Bezug der letzten Sehhilfe.**
Als Sehhilfen gelten Brillengläser und -gestelle sowie Kontaktlinsen, auch Tages- und Monatslinsen.
Wir ersetzen nicht die Aufwendungen für Reparaturen.
- 2.2 Wir ersetzen **nach vorheriger Leistung der GKV** die erstattungsfähigen Aufwendungen für
- **Hörgeräte**, einschließlich Reparatur und Wartung sowie der gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlung (§ 33 Abs. 8 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V))
zu **80%**,
maximal 512 EUR je Hörgerät und Kalenderjahr.
Voraussetzung ist eine Verordnung durch den Arzt.
Wir ersetzen nicht die Aufwendungen für Gebrauch (z.B. Batterien) und Pflege (z.B. Reinigungsmittel).

3. Was sind unsere ergänzenden Leistungen bei zahnärztlicher Heilbehandlung?

- 3.1 Erstattungsfähig sind **nach vorheriger Leistung der GKV** Aufwendungen für:
- **Zahnkronen und Zahnersatz** (z. B. Brücken, Prothesen), einschließlich der vorbereitenden Maßnahmen,
 - **Material- und Laborkosten**, soweit sie bei Zahnkronen und Zahnersatz anfallen.

Wir erstatten

60%

des Betrages, den die GKV im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung übernommen hat.

3.2 Wir ersetzen **ohne vorherige Leistung der GKV** die erstattungsfähigen Aufwendungen für:

- **Einlagefüllungen**

**zu 100%,
maximal 250 EUR je Einlagefüllung.**

Damit sind auch alle Begleitleistungen im Zusammenhang mit dem Einbringen der Einlagefüllung sowie die Material- und Laborkosten abgegolten.

Die Aufwendungen sind erstattungsfähig, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze¹ der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) liegen. Die Gebühren müssen den Bemessungsgrundsätzen der GOÄ bzw. der GOZ entsprechen.

3.3 Die versicherte Person hat die Wahl unter allen niedergelassenen Zahnärzten, die zur Versorgung gesetzlich Versicherter zugelassen oder ermächtigt sind. Sie kann auch Einrichtungen aufsuchen, die zur Versorgung gesetzlich Versicherter vorgesehen sind. Dies sind z.B. zugelassene medizinische Versorgungszentren.

4. Was sind unsere ergänzenden Leistungen bei stationärer Heilbehandlung?

Wir ersetzen **nach vorheriger Leistung der GKV** die erstattungsfähigen Aufwendungen für die

- **gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen des GKV-Versicherten bei einer vollstationären Krankenhausbehandlung** (§ 39 Abs. 4 SGB V)

zu 100%.

5. Was sind unsere ergänzenden Leistungen bei Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen?

Wir zahlen bei einer ärztlich verordneten ambulanten oder stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme ein Kurtagegeld. Dieses beträgt

11 EUR je Tag.

Leistungen der GKV rechnen wir nicht an. Ein erneuter Anspruch besteht, wenn der Beginn der letzten Vorsorge- bzw. Rehabilitationsmaßnahme mindestens 24 Monate zurückliegt.

6. Was sind unsere ergänzenden Leistungen bei einem Auslandsaufenthalt bis zu 12 Wochen?

6.1 Bei Auslandsreisen steht Ihnen und allen versicherten Personen der **24-Stunden-Notruf-Service** unter der Rufnummer

+49 221/578 94005

- (Kosten gemäß Tarif des jeweiligen inländischen bzw. ausländischen Netzbetreibers bzw. Mobilfunkanbieters) -

mit folgenden Leistungen zur Verfügung:

Der **24-Stunden-Notruf-Service**

- hilft bei der Beschaffung notwendiger Medikamente vor Ort,
- vermittelt Ärzte und Spezialkliniken,
- gibt bei einem stationären Krankenhausaufenthalt Zahlungsgarantien,
- benachrichtigt die Angehörigen,
- organisiert einen Krankenrücktransport und führt diesen durch – an jeden Ort der Welt und zu jeder Uhrzeit.

Wir empfehlen bei einem zu erwartenden stationären Aufenthalt die Einschaltung des Notruf-Services. Dann können wir ein geeignetes Krankenhaus suchen.

6.2 Wir ersetzen bei einem Auslandsaufenthalt von bis zu zwölf Wochen **ohne vorherige Leistung der GKV** die erstattungsfähigen Aufwendungen für:

- **Ärztliche Behandlung** **zu 100%.**
- **Arznei- und Verbandmittel** **zu 100%.**

¹ Höchstsätze sind

- der 3,5fache Satz für persönliche Leistungen des Zahnarztes nach der GOZ bzw. GOÄ.
- der 2,5fache Satz bei medizinisch-technischen Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ.
- der 1,3fache Satz bei Laborleistungen nach Abschnitt M der GOÄ.

Voraussetzung ist eine Verordnung durch den Arzt bzw. Zahnarzt (vgl. Nr. 6.3). Die versicherte Person muss die Arzneimittel aus der Apotheke (auch Versand- oder Internetapotheke) beziehen. Der Bezug kann auch über eine andere behördlich zugelassene Abgabestelle erfolgen.

Nährmittel, Stärkungsmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer, Mittel zur Hygiene und Körperpflege sowie Badeszusätze gelten nicht als Arzneimittel.

- **Heilmittel** **zu 100%.**

Voraussetzung ist eine Verordnung durch den Arzt bzw. Zahnarzt (vgl. Nr. 6.3). Als Heilmittel gelten physikalisch-medizinische Leistungen (z.B. Krankengymnastik, Massagen) und medizinische Bäder. Die Leistungen müssen Angehörige eines im Aufenthaltsland staatlich anerkannten therapeutischen Berufes (z.B. Physiotherapeut) erbringen. Diese müssen in eigener Praxis tätig sein.

Wir ersetzen nicht

- Aufwendungen für sonstige Leistungen, wie z.B. Thermal-, Sauna- und ähnliche Bäder,
- Besuchsgebühren und Wegegeld.

- **Stationäre Behandlung (einschließlich Unterkunft und Verpflegung)**

zu 100%.

- **Den notwendigen Transport in das nächstgelegene Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt durch anerkannte Rettungskräfte**

zu 100%.

- **Schmerzstillende Behandlung im Mund- und Zahnbereich, Zahnfüllung in einfacher Ausführung (nicht aber Zahnersatz und Zahnkronen)**

zu 100%.

- **Mehrkosten eines Rücktransports aus dem Ausland**

zu 100%.

Folgende Voraussetzungen müssen dafür gemeinsam erfüllt sein:

- Der Rücktransport der versicherten Person muss medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet sein.
 - Der Rücktransport erfolgt an den Ort des gewöhnlichen Aufenthaltes der versicherten Person in Deutschland oder in ein Krankenhaus in Deutschland. Bei der Rückführung in ein Krankenhaus sind die erstattungsfähigen Kosten beschränkt: Es sind nur die Kosten erstattungsfähig,
 - die bei einer Rückführung an den gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland oder
 - in das von dort nächstgelegene geeignete Krankenhaus entstanden wären.
- Die Mehrkosten für eine Begleitperson sind nicht erstattungsfähig.
- Es muss das kostengünstigste Transportmittel gewählt werden, soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen.

- **Todesfall im Ausland, und zwar für die**

- Überführung der verstorbenen versicherten Person aus dem Ausland an den Ort des gewöhnlichen Aufenthaltes
 - bei Tod im europäischen Ausland **bis zu 5.113 EUR,**
 - bei Tod im außereuropäischen Ausland **bis zu 10.226 EUR.**
- Beisetzung der verstorbenen versicherten Person im Ausland **bis zu 5.113 EUR.**

- **Telefonkosten pauschal in Höhe von jeweils**

11 EUR.

Es muss sich dabei um Telefonkosten handeln, die

- bei der ersten Kontaktaufnahme mit unserem Notruf-Service entstehen, und die
- anlässlich einer stationären Heilbehandlung bzw. Rückführung aus dem Ausland anfallen.

6.3 Die versicherte Person hat die Wahl unter allen Ärzten und Zahnärzten, die im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassen sind. Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung kann sie im Aufenthaltsland allgemein anerkannte Krankenhäuser aufsuchen, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen. Diese müssen außerdem über ausreichende diagnostische sowie therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

6.4 Wir leisten nicht für Auslandsreisen, die zum Zwecke einer Heilbehandlung oder entgegen ärztlichem Rat unternommen werden.

Der Auslandsschutz endet jeweils mit Beendigung des Auslandsaufenthaltes, spätestens jedoch nach Ablauf der zwölften Woche des Auslandsaufenthaltes. Dies gilt auch für schwebende Versicherungsfälle. Muss die versicherte Person ihren Aufenthalt wegen medizinisch notwendiger Heilbehandlung über zwölf Wochen hinaus ausdehnen, gilt Folgendes: Es besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwölf Wochen.

7. Welche Untersuchungs-/Behandlungsmethoden und Arzneimittel stehen unter Versicherungsschutz?

Wir leisten für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Darüber hinaus leisten wir unter folgenden Voraussetzungen für weitere Methoden und Arzneimittel: Diese müssen sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben. Oder sie müssen deswegen angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Wir können in diesen Fällen unsere Leistungen jedoch auf den Betrag herabsetzen, der bei einer schulmedizinischen Behandlung angefallen wäre.

8. Was ist nicht versichert und in welchen Fällen kann unsere Leistungspflicht eingeschränkt sein?

8.1 Unsere Leistungspflicht wird bestimmt durch Art und Umfang unserer Versicherungsleistungen in den einzelnen Leistungsbeschreibungen (vgl. Teil 1 Nr. 2 bis 6).

Wir leisten jedoch generell nicht für:

- Krankheiten, Unfälle und Todesfälle, die jeweils durch Kriegsereignisse verursacht wurden oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind. Außerdem leisten wir nicht für die Folgen solcher Krankheiten und Unfälle.

Diese Einschränkungen gelten nicht, wenn folgende Voraussetzungen vorliegen:

- Die versicherte Person wird im Ausland vom Eintritt eines Kriegsereignisses überrascht,
- sie nimmt an diesem Ereignis nicht aktiv teil und
- sie hat unverschuldet keine Möglichkeit, das betroffene Gebiet zu verlassen.
- Solche Krankheiten und Unfälle, die von der versicherten Person vorsätzlich herbeigeführt worden sind, einschließlich deren Folgen.
- Behandlungen durch Ehepartner, Lebenspartner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten erstatten wir tarifgemäß.
- Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenhäusern, deren Rechnungen wir aus wichtigem Grunde von unserer Leistungserstattung ausgeschlossen haben. Dies gilt erst dann, wenn wir Ihnen den Ausschluss mitgeteilt haben. Ist zum Zeitpunkt unserer Mitteilung die Behandlung noch nicht abgeschlossen, gilt Folgendes: Wir ersetzen die weiteren Aufwendungen für längstens drei Monate, gerechnet ab dem Zeitpunkt des Zugangs unserer Mitteilung.
- Eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

8.2 **Unsere Leistungspflicht kann zusätzlich in folgenden Fällen eingeschränkt bzw. ausgeschlossen sein:**

- Wir können unsere Zahlungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen, falls mehr oder umfangreichere Leistungen als medizinisch notwendig erbracht werden. Dasselbe gilt, soweit die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen.
- Bei einem Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung bzw. auf eine gesetzliche Heil- oder Unfallfürsorge gilt: Wir ersetzen nur die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen.
- Die Gesamterstattung ist – auch bei Anspruch auf Leistungen gegenüber mehreren Kostenträgern – insgesamt auf die Summe Ihrer Aufwendungen begrenzt.
- Weitere Einschränkungen können sich ergeben:
 - vor Beginn und nach Ende des Versicherungsschutzes (vgl. Teil 1 Nr. 9, Seite 6),
 - bei Wartezeiten (vgl. Teil 1 Nr. 11, Seite 7),
 - bei Aufenthalt im Ausland (vgl. Teil 1 Nr. 12, Seite 7),
 - bei Verletzung von Obliegenheiten (vgl. Teil 2 Nr. 3, Seite 8),
 - bei einem Beitragsrückstand (vgl. Teil 2 Nr. 5, Seite 9).

9. Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?

9.1 Der Versicherungsschutz beginnt zu dem in Ihrem Versicherungsausweis angegebenen Zeitpunkt. Er beginnt jedoch nicht vor Zugang der Beitrittserklärung, vor Beginn des Gruppenversicherungsvertrages sowie vor dem Ablauf von Wartezeiten. Eine Leistungspflicht besteht nur für Versicherungsfälle, die nach diesem Zeitpunkt eintreten.

9.2 Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht. Für Krankheiten und Unfallfolgen, die bei Beginn des Versicherungsschutzes noch behandelt werden oder behandlungsbedürftig sind, gilt Folgendes: Sie fallen erst unter Versicherungsschutz, wenn für die Zukunft nach ärztlichem Befund aus medizinischen Gründen Behandlungsbedürftigkeit nicht zu erwarten ist. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes. Für Versicherungsfälle, die nach Versicherungsbeginn, jedoch vor Ablauf der Wartezeit eintreten, leisten wir für Behandlungen vom Ablauf der Wartezeit an. Aufwendungen für Zahnersatz für bei Beginn des Versicherungsschutzes fehlende Zähne fallen unter Versicherungsschutz, soweit dies mit uns ausdrücklich vereinbart wurde.

9.3 Für eine bei Beginn des Versicherungsschutzes bestehende Schwangerschaft gilt: Diese Schwangerschaft (einschließlich einer etwaigen Früh- oder Fehlgeburt), der Schwangerschaftsabbruch ist vom Versicherungsschutz ausgeschlossen. Dies gilt auch für schwangerschaftsbedingte Krankheiten und Vorsorgeuntersuchungen, Wochenbett und Entbindung sowie deren jeweilige Folgen.

- 9.4 Für das neugeborene Kind einer versicherten Person kann der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und Wartezeiten ab Vollendung der Geburt beginnen. Dazu müssen Sie das Kind spätestens zwei Monate nach der Geburt rückwirkend zur Versicherung bei uns anmelden. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender sein als der der versicherten Person. Unter diesen Voraussetzungen stehen dann auch angeborene Anomalien und Krankheiten unter Versicherungsschutz.
Diese Regelungen gelten entsprechend bei Adoption eines minderjährigen Kindes. Allerdings können wir bei einem erhöhten Krankheitsrisiko einen Zuschlag bis zur einfachen Beitragshöhe verlangen.
- 9.5 Der Versicherungsschutz endet grundsätzlich mit Beendigung der Versicherung (vgl. Teil 2 Nr. 8, Seite 9). Dies gilt auch, wenn die Behandlung noch nicht abgeschlossen ist.

10. Wann können wir einen Leistungsausschluss festlegen oder einen Risikozuschlag erheben?

- 10.1 Bei erhöhten Risiken können wir einen Ausschluss für bestimmte Leistungen festlegen oder einen Risikozuschlag erheben. Lehnen Sie die Zahlung des Risikozuschlags ab, gilt Folgendes: Für die Krankheiten und Unfallfolgen, für die wir den Risikozuschlag verlangt haben, besteht kein Versicherungsschutz.
- 10.2 Leistungsausschlüsse und Risikozuschläge können auf Ihren Antrag entfallen. Voraussetzung ist, dass für die Zukunft nach ärztlichem Befund aus medizinischen Gründen Behandlungsbedürftigkeit nicht zu erwarten ist. Der Entfall wird dann zu Beginn des Monats wirksam, der auf den Zugang des Antrages bei uns folgt.

11. Gibt es Wartezeiten? Wenn ja, wann beginnen sie und wie lange dauern sie?

- 11.1 Für Leistungen des Heilpraktikers beträgt die Wartezeit drei Monate; für zahnärztliche Heilbehandlung beträgt die Wartezeit acht Monate. Die Wartezeiten fangen mit dem Versicherungsbeginn an (vgl. Teil 1 Nr. 9.1, Seite 6). Ansonsten gibt es keine Wartezeiten.
- 11.2 Die Wartezeiten entfallen für Personen, die dem Gruppenversicherungsvertrag
- innerhalb von sechs Monaten nach Vertragsbeginn bzw.
 - innerhalb von drei Monaten nach Erfüllung der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit beitreten.

12. Gilt der Versicherungsschutz auch bei Aufenthalten im Ausland?

- 12.1 Für unsere ergänzenden Leistungen bei ambulanter, zahnärztlicher und stationärer Heilbehandlung sowie bei Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen (vgl. Teil 1 Nr. 2 bis 5, Seite 3 und 4) gilt: Bei vorübergehenden Aufenthalten im europäischen Ausland besteht Versicherungsschutz. Bei vorübergehenden Aufenthalten im außereuropäischen Ausland bleibt der Versicherungsschutz für einen Monat ab Beginn des Auslandsaufenthaltes bestehen. Muss die versicherte Person ihren Aufenthalt wegen medizinisch notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausdehnen, gilt Folgendes: Solange sie die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, besteht für bis zu zwei weitere Monate Versicherungsschutz.
Bitte teilen Sie uns unverzüglich mit, wenn der vorübergehende Aufenthalt im außereuropäischen Ausland länger als einen Monat dauern wird. Wir prüfen dann, ob eine Vereinbarung zur weiteren Fortführung des Versicherungsschutzes möglich ist.
Für den Auslandsreisenschutz (vgl. Teil 1 Nr. 6, Seite 4) gilt: Bei vorübergehenden Aufenthalten im Ausland bis zu 12 Wochen besteht Versicherungsschutz. Nicht als Ausland gelten Deutschland und die Länder, in denen sich der Ort des gewöhnlichen Aufenthaltes der versicherten Person befindet.
- 12.2 Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat der Europäischen Union bzw. des Europäischen Wirtschaftsraums besteht weiter Versicherungsschutz. Wir sind jedoch höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die wir bei einem Aufenthalt in Deutschland zu erbringen hätten. Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat außerhalb der Europäischen Union bzw. des Europäischen Wirtschaftsraums endet die Versicherung.
- 12.3 Bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland können Sie auch verlangen, dass wir die betreffende Versicherung im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen. Eine solche Versicherung erhält die erworbenen Rechte, bietet aber keinen Versicherungsschutz. Sie hat daher geringere Beiträge.

13. Welche Voraussetzungen müssen Rechnungen erfüllen und wann erhalten Sie unsere Leistungen?

- 13.1 Rechnungen müssen den Namen der behandelten Person, die Behandlungsdaten, die einzelnen Leistungen sowie die Krankheitsbezeichnungen enthalten. Rechnungen über Heil- und Hilfsmittel müssen Sie uns zusammen mit der Verordnung senden. Wir empfehlen, Rezepte zusammen mit der dazugehörigen Arztrechnung vorzulegen. Beim Bezug einer Sehhilfe genügt die Angabe der Dioptrienwerte in der Optikerrechnung.
- 13.2 Soweit sich die GKV an den Kosten beteiligt, müssen Sie die Rechnungen zunächst bei Ihrer GKV einreichen. Die GKV bestätigt Ihnen daraufhin schriftlich die Höhe ihrer Leistung. Anschließend reichen Sie uns die Rechnungen (ggf. Kopien) zusammen mit der Leistungsabrechnung Ihrer GKV zur Prüfung unserer Leistungspflicht ein.
Dieses Verfahren gilt entsprechend, wenn ein anderer Kostenträger, z.B. eine Berufsgenossenschaft, leistungspflichtig ist.

Leistet Ihre GKV oder ein anderer Kostenträger nicht, können wir die Originalrechnung verlangen. Wir können von Ihnen den Nachweis vorheriger Bezahlung verlangen.

- 13.3 Krankheitskosten in ausländischer Währung rechnen wir zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in Euro um.
- 13.4 Sie erhalten die Versicherungsleistungen, sobald wir festgestellt haben, ob und in welcher Höhe wir leistungspflichtig sind. Sollten wir dafür länger als einen Monat brauchen, erhalten Sie auf Wunsch vorab einen Abschlag. Maßgebend dafür ist die Höhe des Betrags, den wir nach den bisherigen Feststellungen voraussichtlich mindestens zahlen müssen. Die Monatsfrist ist unterbrochen, solange wir unsere Feststellungen infolge Ihres Verschuldens nicht beenden können.

14. Erhalten Sie für eine beabsichtigte Heilbehandlung Auskunft über den Umfang Ihres Versicherungsschutzes?

1. Vor Beginn einer Heilbehandlung können Sie in Textform (z.B. Brief oder E-Mail) Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Voraussetzung ist, dass die Kosten der Heilbehandlung voraussichtlich 2.000 EUR überschreiten werden. Sie erhalten dann von uns innerhalb von vier Wochen die Auskunft. Ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, erteilen wir die Antwort unverzüglich, spätestens aber nach zwei Wochen. Wir berücksichtigen dabei auch einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen.
2. Die Frist beginnt mit dem Eingang des Auskunftsverlangens bei uns. Haben wir die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, gilt die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung als notwendig. Sind wir dann der Auffassung, dass die Heilbehandlung nicht notwendig ist, müssen wir dies beweisen.

15. Können Sie bzw. die mitversicherte Person Auskunft über Gutachten oder Stellungnahmen verlangen?

1. Zur Prüfung unserer Leistungspflicht können wir Gutachten oder Stellungnahmen einholen. Über deren Inhalt müssen wir Ihnen bzw. der mitversicherten Person auf Verlangen Auskunft geben. Sie bzw. die mitversicherte Person sind auch berechtigt, Einsicht in diese Dokumente zu nehmen. In Ausnahmefällen dürfen wir nur einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht geben. Dies ist der Fall, wenn (therapeutische) Gründe entgegenstehen, dass Sie bzw. die mitversicherte Person Auskunft oder Einsicht bekommen.
2. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden.
3. Haben Sie das Gutachten oder die Stellungnahme auf unsere Veranlassung eingeholt, erstatten wir Ihnen die entstandenen Kosten.

16. Können Sie Ihre Leistungsansprüche auf Dritte übertragen?

Sie dürfen Ihre Ansprüche auf Leistung weder abtreten noch verpfänden.

Teil 2 Allgemeine Bestimmungen

1. Wer kann versichert werden?

Versichert werden können nur Personen, die in der deutschen GKV versichert sind. Den Wegfall der Versicherungsfähigkeit müssen Sie uns innerhalb von einem Monat schriftlich mitteilen.

2. Welche Obliegenheiten (Mitwirkungspflichten) sind zu beachten?

- 2.1 Zur Prüfung unserer Leistungspflicht und des Leistungsumfangs benötigen wir von Ihnen bzw. der versicherten Person ggf. Auskünfte. Sie bzw. die versicherte Person sind verpflichtet, uns die gewünschten Auskünfte zu geben.
- 2.2 Die versicherte Person muss sich von einem von uns beauftragten Arzt untersuchen lassen, wenn wir sie hierzu auffordern.
- 2.3 Die versicherte Person hat möglichst für eine Minderung des Schadens zu sorgen. Sie muss alles unterlassen, was der Genesung entgegensteht.
- 2.4 Sie müssen uns unverzüglich unterrichten, wenn für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer eine Krankheitskostenversicherung abgeschlossen wird.

3. Welche Folgen kann die Verletzung von Obliegenheiten haben?

- 3.1 Sie erhalten keine Leistungen, wenn eine der genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzt wird. Wenn eine Obliegenheit grob fahrlässig (z.B. in besonders hohem Maße) verletzt wird, können wir unsere Leistung kürzen. Die Kürzung erfolgt entsprechend der Schwere des Verschuldens. Bei der Verletzung von Auskunfts- und Untersuchungspflichten können wir nur kürzen, wenn wir Sie hierauf in Textform (z.B. per Brief oder E-Mail) gesondert hingewiesen haben. Sie erhalten jedoch dann Leistungen, wenn die Verletzung der Obliegenheit keinen Einfluss auf unsere Leistungspflicht hat. Dies gilt nicht, wenn Sie uns arglistig (z.B. durch eine falsche Auskunft) täuschen.
- 3.2 Wird die in Teil 2 Nr. 2.4 (vgl. Seite 8) genannte Obliegenheit vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt, können wir die Versicherung auch ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Dieses Recht besteht innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung.
- 3.3 Wir rechnen Ihnen die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person zu.

4. Wie berechnen wir die Beiträge?

- 4.1 Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag. Wir berechnen ihn vom Versicherungsbeginn an. Zu Beginn der Versicherung zahlen Sie den Beitrag, der dem Eintrittsalter der versicherten Person entspricht. Das Eintrittsalter errechnet sich aus der Differenz zwischen dem Jahr, in dem die Versicherung beginnt, und dem Geburtsjahr.
- 4.2 Wir haben Tarif FFKV / PROKOMPAKT / FORDKOMPAKT nach Art der Schadenversicherung kalkuliert. Das bedeutet: Es werden keine Rückstellungen für das Alter angespart, um den mit zunehmendem Alter eintretenden Anstieg der Krankheitskosten vorzufinanzieren. Wir berechnen den Beitrag in diesem Tarif nach Altersgruppen. Für die versicherte Person, die das 19. bzw. 64. Lebensjahr vollendet, gilt daher der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe. Diesen Beitrag haben Sie ab Beginn des dann folgenden Kalenderjahres zu zahlen.
- 4.3 Die Berechnung der Beiträge ist in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.
- 4.4 Bei einer Änderung der Beiträge berücksichtigen wir das erreichte Alter der versicherten Person. Zur Bestimmung des Alters kommt es auf den Zeitpunkt an, zu dem die Änderung wirksam wird.
- 4.5 Bei Beitragsänderungen können wir auch vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

5. Wann ist der Beitrag zu zahlen und welche Folgen kann eine verspätete Zahlung haben?

- 5.1 Der zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem Versicherungsausweis bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsausweis. Die Fälligkeit des Beitrags richtet sich nach den mit dem Versicherungsnehmer im Gruppenversicherungsvertrag getroffenen Vereinbarungen.
- 5.2 Im Lastschriftverfahren zahlen Sie rechtzeitig, wenn wir den Beitrag zum Fälligkeitstag einziehen können und Sie der Einziehung nicht widersprechen. Können wir den fälligen Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht einziehen, erhalten Sie von uns in Textform eine Zahlungsaufforderung. Wenn Sie dann den Beitrag unverzüglich zahlen, ist die Beitragszahlung noch rechtzeitig.
- 5.3 Die nicht rechtzeitige Zahlung der Beiträge kann zum Verlust des Versicherungsschutzes und zur Kündigung der Versicherung führen.

6. Unter welchen Voraussetzungen können wir die AVB ändern?

- 6.1 Die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen können sich dauerhaft – z.B. durch Gesetze – ändern. In diesem Fall können wir die AVB an die geänderten Verhältnisse anpassen. Ein unabhängiger Treuhänder achtet dann darauf, dass die Änderung im Interesse der Versicherten erforderlich erscheint und angemessen ist. Die Änderung und die Gründe hierfür teilen wir Ihnen mit. Die Änderung wird zu Beginn des übernächsten Monats, der auf unsere Mitteilung folgt, wirksam.
- 6.2 Durch höchstrichterliche Entscheidungen oder bestandskräftige Verwaltungsakte der Aufsichts- oder Kartellbehörden können AVB-Regelungen wider Erwarten für unwirksam erklärt werden. In diesen Fällen können wir die Regelung durch eine neue ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Versicherungsvertrages notwendig ist. Das ist auch möglich, wenn eine Fortsetzung des Vertrages ohne die neue Regelung für eine der Vertragsparteien nicht zumutbar wäre. Die neue Regelung muss unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigen. Sie wird zwei Wochen, nachdem wir Sie über die Änderung und die hierfür maßgeblichen Gründe informiert haben, wirksam.

7. Kann die versicherte Person in andere Tarife wechseln?

Sie haben das Recht, den Wechsel in einen anderen Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz zu verlangen. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person die im angestrebten Tarif beschriebene Versicherungsfähigkeit erfüllt. Dabei rechnen wir die bis zum Wechsel erworbenen Rechte an.

Soweit der Versicherungsschutz in dem neuen Tarif höher oder umfassender ist, können wir einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag verlangen. Letzteren können Sie abwenden, indem Sie für die Mehrleistungen einen Leistungsausschluss mit uns vereinbaren. Wenn der neue Tarif Wartezeiten vor-

sieht, gelten diese für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes. Der Wechsel in einen Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsabhängig kalkuliert werden, ist ausgeschlossen.

8. Wie lange läuft die Versicherung und welche Beendigungsgründe gibt es?

- 8.1 Eine Mindestversicherungsdauer gibt es nicht. Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsausweis genannten Zeitpunkt. Es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre stimmen mit dem Kalenderjahr überein.
- 8.2 Sie können sich von der Teilnahme am Gruppenversicherungsvertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres abmelden. Ihre Abmeldung muss in Textform (z.B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Die Frist beträgt drei Monate. Sie können die Abmeldung auch auf einzelne versicherte Personen beschränken. Scheiden Sie aus dem Gruppenversicherungsvertrag aus, enden gleichzeitig die Versicherungen der mitversicherten Personen.
- 8.3 Bei einer Beitragserhöhung können Sie die Versicherungen für die hiervon betroffenen Personen abmelden. Das gleiche Recht haben Sie, wenn sich die Leistungen vermindern. Ihre Abmeldung muss in Textform (z.B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Die Abmeldung wird dann zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung bzw. der Leistungsverminderung wirksam.
Folgende Fristen sind zu beachten: Erhöhen sich die Beiträge aufgrund Wechsels der Altersgruppe (vgl. Teil 2 Nr. 4.2, Seite 8), beträgt die Frist zwei Monate ab Wirksamwerden der Änderung. Erhöhen wir die Beiträge aufgrund einer entsprechenden Vereinbarung mit dem Gruppenvertragspartner beträgt die Frist zwei Monate ab Mitteilung über die Erhöhung. Dies gilt auch, wenn sich die Leistungen wegen einer Änderung der AVB vermindern (vgl. Teil 2 Nr. 6.1, Seite 9).
- 8.4 Ihre Abmeldung ist nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass die betroffenen mitversicherten Personen hiervon Kenntnis erlangt haben.
- 8.5 Wir können die Versicherung ganz oder teilweise nur im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen aus einem wichtigen Grund kündigen. Diese Möglichkeit haben wir z.B. dann, wenn Sie die Beiträge nicht rechtzeitig zahlen (vgl. Teil 2 Nr. 5.3, Seite 9).
- 8.6 Die Versicherung endet bei
- Beendigung der Versicherung in der deutschen GKV,
 - Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat außerhalb der Europäischen Union bzw. des Europäischen Wirtschaftsraums,
 - Ihrem Tod. Stirbt eine mitversicherte Person, endet deren Versicherung.
- 8.7 Die Versicherung endet außerdem bei
- Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages bzw.
 - Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis.
- Für schwebende Versicherungsfälle besteht in diesen Fällen weiter Versicherungsschutz. Dieser endet spätestens vier Wochen nach der Beendigung der Versicherung.
- 8.8 Endet die Versicherung ganz oder teilweise durch Ihre Abmeldung, können die mitversicherten Personen ihre Versicherung fortführen. Die Erklärung zur Fortführung muss innerhalb von zwei Monaten nach der Beendigung erfolgen. Das gleiche Recht haben die mitversicherten Personen, wenn die Versicherung durch Ihren Tod endet.

9. Wann kann die Versicherung in der Einzelversicherung fortgeführt werden?

- 9.1 Endet die Versicherung besteht folgender Anspruch: Sie bzw. die betroffene mitversicherte Person können die Versicherung zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortsetzen. Die aus der Versicherung erworbenen Rechte rechnen wir an. Bei einer Beendigung des Gruppenvertrages informieren wir Sie bzw. die mitversicherte Person über das Fortführungsrecht. Dieses endet zwei Monate nach dem Zeitpunkt, zu dem Sie bzw. die mitversicherte Person von diesem Recht erfahren haben. Das Fortführungsrecht gilt nicht, wenn die Versicherung durch außerordentliche Kündigung, Anfechtung oder Rücktritt beendet wurde.
- 9.2 Die Zeit, in welcher im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages eine ununterbrochene Versicherung bestand, berücksichtigen wir wie folgt: Wir rechnen sie auf die Fristen und Wartezeiten der beantragten Tarife in der Einzelversicherung an. Der Beitrag wird nach dem zu diesem Zeitpunkt erreichten Alter der versicherten Person festgesetzt.

10. Welche Gerichte sind zuständig?

Meinungsverschiedenheiten können ggf. auch eine gerichtliche Klärung erfordern. Für Ihre Klagen gegen uns ist das Gericht an unserem Sitz in Köln oder das Gericht an Ihrem Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort zuständig. Für unsere Klagen gegen Sie ist das Gericht an Ihrem Wohnsitz zuständig. Haben Sie keinen ständigen Wohnsitz können wir unsere Klage an Ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort einreichen. Verlegen Sie nach Beginn der Versicherung Ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland, ist das Gericht an unserem Sitz in Köln zuständig. Dies gilt auch, wenn uns Ihr Wohnsitz bzw. gewöhnlicher Aufenthaltsort im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist.

Kundeninformationsblatt zur Krankenversicherung Gruppenversicherung

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

Die Informationen auf diesem Blatt sind nicht abschließend.
Einzelheiten entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) Ihres Tarifs.

Wer ist Ihr Versicherer?

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

Vorstand: Dr. Clemens Muth, Vorsitzender;
Dr. Dr. Michael Fauser, Dr. Christoph Jurecka,
Mark Lammerskitten, Christian Molt, Dr. Sebastian Rapsch
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Markus Rieß

Die DKV betreibt die private Krankenversicherung im In- und Ausland im direkten und indirekten Geschäft.

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

Welche Leistungen erhalten Sie aus Ihrer Versicherung und welche Beiträge sind zu zahlen?

Vertragsgrundlage sind die AVB. Hierzu zählen auch die Tarifbestimmungen. Diese Dokumente enthalten abschließende Angaben zu den Leistungen. Im Informationsblatt für Versicherungsprodukte fassen wir die wichtigsten Bestimmungen noch einmal zusammen. Die Höhe des zu zahlenden Beitrags entnehmen Sie bitte Ihren Versicherungsunterlagen.

Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

Die Zahlungsweise ist monatlich. Sie können aber auch eine viertel-, halb- oder jährliche Zahlungsweise wählen. Dies gilt dann, wenn sich aus dem Gruppenversicherungsvertrag keine Besonderheiten ergeben. Wenn nichts anderes vereinbart ist, ist der Beitrag am Ersten eines jeden Monats fällig. Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsausweises zahlen.

Wie kommt die Versicherung zustande? Ab wann sind Sie versichert?

Die Versicherung kommt mit Zugang der Beitrittserklärung zum Gruppenversicherungsvertrag zustande. Haben Sie Ihren Beitritt online erklärt, kommt die Versicherung sofort über Internet zustande, beim telefonischen Abschluss mit dem geführten Telefonat. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsausweis angegebenen Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Er beginnt jedoch nicht vor Zugang der Beitrittserklärung und vor Beginn des Gruppenversicherungsvertrags. Darüber hinaus beginnt er nicht vor dem Ablauf der Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht.

Können Sie Ihre Beitrittserklärung widerrufen?

Sie können Ihre Beitrittserklärung unter bestimmten Voraussetzungen widerrufen. Beachten Sie hierzu bitte die nachfolgende Widerrufsbelehrung:

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung(en) innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsausweis, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben, bei Verträgen im elektronischen Geschäftsverkehr (§ 312i Absatz 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs) jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten gemäß § 312i Absatz 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs in Verbindung mit Artikel 246c des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuche. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an:

DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Aachener Straße 300, 50933 Köln bzw. Stresemannstraße 111, 10963 Berlin.
Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 01805 786000 (14 Ct./Min. aus dem deutschen Festnetz; max. 42 Ct./Min. aus dt. Mobilfunknetzen), per E-Mail an: service@dkv.com.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil des Beitrags, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten. Dabei handelt es sich in Abhängigkeit von der vereinbarten Zahlungsweise (siehe Beitrittserklärung) um einen Betrag in Höhe von 1/360 des Jahresbeitrags bei jährlicher Zahlungsweise bzw. 1/180 des Halbjahresbeitrags bei halbjährlicher Zahlungsweise, 1/90 des Vierteljahresbeitrags bei vierteljährlicher Zahlungsweise oder 1/30 des Monatsbeitrags bei monatlicher Zahlungsweise, multipliziert mit der Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurück zu gewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind. Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 des Versicherungsvertragsgesetzes wirksam ausgeübt, sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Ende der Widerrufsbelehrung

Wie lange läuft Ihre Versicherung?

Eine Mindestversicherungsdauer gibt es nicht.

Wie kann Ihre Versicherung beendet werden?

Sie können sich zum Ende eines jeden Versicherungsjahres abmelden. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate. Sie können die Abmeldung auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränken. Ihre Abmeldung muss in Textform (z.B. Brief oder E-Mail) erfolgen.

Die Versicherung endet durch Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages. Außerdem endet sie bei Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis.

Die Einzelheiten entnehmen Sie bitte den AVB. Aus diesen ergeben sich auch die weiteren Beendigungsgründe.

Endet die Gruppenversicherung können Sie Ihre Versicherung in der Einzelversicherung fortführen. Die Voraussetzungen entnehmen Sie bitte den AVB.

Welches Recht und welche Sprache finden Anwendung?

Es gilt deutsches Recht. Die Vertragssprache ist deutsch.

Wo können Sie sich beschweren bzw. eine außergerichtliche Streitbeilegung beanspruchen?

Wir nehmen am Verfahren des Ombudsmanns für die Private Kranken- und Pflegeversicherung teil. Den Ombudsmann erreichen Sie wie folgt:

Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, www.pkvombudsmann.de. Der Ombudsmann ist der außergerichtliche Streitschlichter für die private Kranken- und Pflegeversicherung. Er nimmt zu Meinungsverschiedenheiten zwischen Versicherten und ihren Versicherungsunternehmen neutral und unabhängig Stellung. Seine Entscheidungen sind für beide Seiten nicht bindend. Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt unberührt. Für Verbraucher gilt: Haben Sie den Vertrag elektronisch geschlossen (z.B. über eine Internetseite oder per E-Mail), können Sie sich bei Beschwerden auch an die Plattform zur Online-Streitbeilegung der Europäischen Union wenden. Diese finden Sie unter <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform dem Ombudsmann weitergeleitet.

Die zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungen (BaFin). Auch an die BaFin können Sie Beschwerden richten. Die Adresse lautet: Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Was ist bei Tarifen nach Art der Schadenversicherung zu beachten?

Wir haben den Tarif FFKV nach Art der Schadenversicherung kalkuliert. Tarife nach Art der Schadenversicherung sind reine Risikotarife. Es werden keine Rückstellungen für das Alter angespart, um den mit zunehmendem Alter eintretenden Anstieg der Krankheitskosten vorzufinanzieren. Wir berechnen den Beitrag in diesen Tarifen nach Altersgruppen. Bei Erreichen einer neuen Altersgruppe haben Sie – zusätzlich zu eventuell erforderlichen Beitragsanpassungen – den jeweiligen Beitrag der nächst höheren Altersgruppe zu zahlen. Der Wechsel der Altersgruppe hat in der Regel deutliche Beitragssteigerungen zur Folge. Wir informieren Sie gerne über die Beiträge in den einzelnen Altersgruppen.

Tarif FFKV / PROKOMPAKT / FORDKOMPAKT

Alter	Monatliche Beiträge in Euro Mann/Frau
0–19	5,30
20–64	15,00
ab 65	21,20

Unternehmen, die in gemeinsamen Datenbanken ihre Stammdaten verarbeiten und die gemeinsame Datenverarbeitungsverfahren nutzen

DKV Deutsche Krankenversicherung AG ERGO Direkt Krankenversicherung AG ERGO Direkt Lebensversicherung AG	ERGO Direkt Versicherung AG ERGO Lebensversicherung AG ERGO Pensionsfonds AG	ERGO Pensionskasse AG ERGO Versicherung AG	ERGO VORSORGE Lebensversicherung AG Victoria Lebensversicherung AG
--	--	---	---

Dienstleister mit Datenverarbeitung als Hauptgegenstand des Auftrags

Auftraggebende Gesellschaft	Dienstleister	Gegenstand/Zweck der Beauftragung
Alle Konzerngesellschaften	ERGO Beratung und Vertrieb AG	Vertrieb und Vermittlung von Versicherungen und anderen Finanzdienstleistungen
	ERGO Group AG	Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten zur Begründung, Durchführung oder Beendigung eines Versicherungsverhältnisses (z. B. Bearbeitung eines Antrags, zur Beurteilung des zu versichernden Risikos, Verwaltung von Versicherungsverträgen, zur Prüfung einer Leistungspflicht, In- und Outbound-Telefonie)
	ITERGO Informationstechnologie GmbH	IT-Dienstleister
	ERGO Direkt Krankenversicherung AG, ERGO Direkt Lebensversicherung AG, ERGO Direkt Versicherung AG	bedarfsgerechte Kundenansprache
DKV Deutsche Krankenversicherung AG	almeda GmbH, Europäische Reiseversicherung AG	Kundenservice über verschiedene Kommunikationskanäle / Outboundtelefonie
	Medicomp GmbH	Übermittlung von Hilfsmittelaufträgen an Leistungserbringer über zentrales Medium der Medicomp GmbH
	PAV Card GmbH	Erstellen von Versichertenkarten
ERGO Versicherung AG	D.A.S. Rechtsschutz Leistungs-GmbH	Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten zur Durchführung eines Versicherungsverhältnisses (zur Prüfung einer Leistungspflicht)
	KA Köln.Assekuranz Agentur GmbH	Vermittlung, Antrags- und Leistungsbearbeitung, Vertragsverwaltung
	Legal Net GmbH	Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten zur Durchführung eines Versicherungsverhältnisses (zur Prüfung einer Leistungspflicht)
	LEGIAL AG	Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten zur Durchführung eines Versicherungsverhältnisses (zur Prüfung einer Leistungspflicht)
ERGO Lebensversicherung AG ERGO Pensionsfonds AG Victoria Lebensversicherung AG	ERGO VORSORGE Lebensversicherung AG	Antrags- und Leistungsbearbeitung Vertragsverwaltung
ERGO Lebensversicherung AG ERGO Pensionsfonds AG ERGO Pensionskasse AG ERGO VORSORGE Lebensversicherung AG Victoria Lebensversicherung AG	Longial GmbH	Verwaltung von Versorgungsverträgen
ERGO VORSORGE Lebensversicherung AG	Augsburger Aktienbank AG	Übertragung Fondsanteile
	ERGO Lebensversicherung AG	Antrags- und Leistungsbearbeitung
	ERGO Life S. A.	Verwaltung von Verträge

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

Auftraggebende Gesellschaft	Dienstleistungskategorie	Gegenstand/Zweck der Beauftragung
Alle Konzerngesellschaften	Adressermittler	Adressprüfung
	Call-Center	In- und Outbound-Telefonie
	IT- und Telekommunikationsdienstleister (T-Systems u. a.)	IT-, Netzwerk- und Telefoniebetreiber
	Telefonstudios (FWS, TNS u. a.)	Kundenzufriedenheitsbefragungen
	Assisteure (ALLYSCA, Actineo, Euro-Center Holding, GDV, u. a.)	Assistanceleistungen
	Marktforschungsunternehmen	Marktforschung
	Marketingagenturen/-provider	Marketingaktionen
	Kooperationspartner im Bereich Reparatur	Unterstützung bei der Schadenregulierung durch Reparaturen
	Lettershops/Druckereien	Druck und Versand von Postsendungen
	Inkassounternehmen, Rechtsanwaltskanzleien	Forderungseinzug und Prozessführung
	Entsorger	Vernichtung von vertraulichen Unterlagen auf Papier und elektronischen Datenträgern
	Archivierung	Archivierung von Akten
	Rückversicherer (Munich Re u. a.)	Risikoprüfung bei besonders hohen Risiken und bei Altersversorgung
	Sachverständige	Unterstützung bei der Schadensregulierung

Datenschutz

Einwilligungserklärung zum Datenschutz gegenüber der FVV

Ihre in der vorseitigen Beitrittserklärung gemachten personenbezogenen Angaben werden von der FVV für Zwecke der Vertragsverwaltung erhoben und verwendet sowie an die DKV für die Vertragsdurchführung übermittelt. Diese Einwilligungserklärung kann nicht widerrufen werden, weil der Vertrag sonst nicht weitergeführt werden kann.

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung gegenüber der Deutsche Krankenversicherung (DKV) *

(*Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung wurde 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt.)

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag/ diese Beitrittserklärung und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die DKV daher Ihre datenschutzrechtliche Einwilligung. Darüber hinaus benötigt die DKV Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigt die DKV Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. die ERGO Group AG weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/ Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der unten angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird. Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch die DKV selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der DKV (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die DKV

Ich willige ein, dass die DKV die von mir in diesem Antrag/ dieser Beitrittserklärung und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung/ Prüfung der Beitrittserklärung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass die DKV die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die DKV wird im Einzelfall Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen einholen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der DKV

Die DKV verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die DKV benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die DKV meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die DKV zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die DKV tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die DKV führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung,

Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung der ERGO Group AG oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die DKV Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen. Die DKV führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die DKV erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.dkv.com eingesehen oder bei service@dkv.com angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die DKV Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die DKV meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie DKV dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der ERGO Group AG und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die DKV Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die DKV Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die DKV aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die DKV das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weiter gegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsdaten verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch die DKV unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die DKV tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die DKV gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann. Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die DKV meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die DKV Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Die DKV speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der DKV bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung/ Abgabe der Beitrittserklärung gespeichert.

Ich willige ein, dass die DKV meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung/ Abgabe der Beitrittserklärung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.