

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

KombiMed Krankenhausstagegeld Tarif KKHT

Tagegeldversicherung für:

- vollstationäre Krankenhausbehandlung bzw.
- vollstationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme

Sehr geehrter Versicherungsnehmer,

diese AVB sind die Grundlage für unser gemeinsames Vertragsverhältnis. Der vereinbarte Versicherungsschutz ergibt sich aus diesen AVB, dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen und den gesetzlichen Vorschriften. Es gilt deutsches Recht.

Inhaltsverzeichnis

1. Unsere Leistungen

1.1	Was ist versichert?	2
1.2	Was sind unsere Leistungen?	2
1.3	Was ist nicht versichert und in welchen Fällen kann unsere Leistungspflicht eingeschränkt sein?	3
1.4	Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?	3
1.5	Gibt es Wartezeiten? Wenn ja, wann beginnen sie und wie lange dauern sie?	4
1.6	Gilt der Versicherungsschutz auch bei Aufenthalten im Ausland?	4
1.7	Welche Voraussetzungen müssen Bescheinigungen über einen vollstationären Aufenthalt erfüllen und wann erhalten Sie unsere Leistungen?	4
1.8	Können Sie bzw. die versicherte Person Auskunft über Gutachten oder Stellungnahmen verlangen?	4
1.9	Können Sie Ihre Leistungsansprüche auf Dritte übertragen?	4

2. Sonstige Bestimmungen

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

1. Unsere Leistungen

1.1 Was ist versichert?

Wir bieten Versicherungsschutz bei Krankheiten, Unfällen, Schwangerschaft und Entbindung.

Im Versicherungsfall zahlen wir Ihnen bei vollstationärer – nicht bei einer teil-, vor- oder nachstationären –

- Krankenhausbehandlung,
- Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme,

ein Tagegeld. Darüber hinaus erbringen wir Serviceleistungen.

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

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

Als Versicherungsfall gelten auch

- die Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft,
- die Entbindung,
- der nicht rechtswidrige Schwangerschaftsabbruch durch einen Arzt,
- die durch Krankheit erforderliche Sterilisation.

1.2 Was sind unsere Leistungen?

Leistungen bei vollstationärer Krankenhausbehandlung

- Für jeden Tag einer vollstationären Krankenhausbehandlung zahlen wir ein Tagegeld in vereinbarter Höhe. Wir zahlen das Tagegeld auch für den Aufnahme- und den Entlassungstag.
- Für die vollstationäre ärztliche Behandlung von Soldaten im Sanitätsbereich der Truppe wird die Hälfte des vereinbarten Tagegeldes gezahlt.
- Wird neben einem versicherten Kind während einer vollstationären Krankenhausbehandlung eine Bezugsperson als Begleitperson stationär aufgenommen, gilt: Bis zum vollendeten 14. Lebensjahr verdoppelt sich das für das Kind vereinbarte Tagegeld für die Dauer der Begleitung.

Leistungen bei vollstationärer Rehabilitationsmaßnahme

- Für jeden Tag einer ärztlich verordneten vollstationären Rehabilitationsmaßnahme zahlen wir ohne Kostennachweis ein Tagegeld in vereinbarter Höhe. Der Anspruch besteht auch für den Aufnahme- und den Entlassungstag.
- Wird ein versichertes Kind während einer ärztlich verordneten vollstationären Rehabilitationsmaßnahme von einer Bezugsperson begleitet, gilt: Bis zum vollendeten 14. Lebensjahr verdoppelt sich das für das Kind vereinbarte Tagegeld für die Dauer der Begleitung.

Leistungen bei vollstationärer Vorsorgemaßnahme

- Für jeden Tag einer ärztlich verordneten vollstationären Vorsorgemaßnahme zahlen wir ein Tagegeld in vereinbarter Höhe. Der Anspruch besteht auch für den Aufnahme- und den Entlassungstag. Wir zahlen das Tagegeld ohne Kostennachweis maximal für die Dauer von 28 Tagen.
- Ein erneuter Anspruch besteht, wenn der Beginn der letzten Vorsorgemaßnahme mindestens 36 Monate zurückliegt.
- Wird ein versichertes Kind während einer ärztlich verordneten vollstationären Vorsorgemaßnahme von einer Bezugsperson begleitet, gilt: Bis zum vollendeten 14. Lebensjahr verdoppelt sich das für das Kind vereinbarte Tagegeld für die Dauer der Begleitung.

Tagegeldhöhe

Das Tagegeld kann nur in ganzen Vielfachen von 5 EUR vereinbart werden. Es muss mindestens 10 EUR betragen. Die Leistungshöhe wird als Zusatz hinter der Tarifbezeichnung angegeben. „KKHT 30“ bedeutet demnach 30 EUR Tagegeld. Für Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr kann maximal ein Tagegeld von 30 EUR vereinbart werden.

Beitragsbefreiung bei vollstationärer Krankenhausbehandlung

Für den über 91 Tage hinausgehenden vollstationären Krankenhausaufenthalt einer versicherten Person gibt es eine Beitragsbefreiung. Folgende Voraussetzungen müssen gemeinsam erfüllt sein:

- Sie haben einen Anspruch auf Tagegeld für vollstationäre, mindestens 92 Tage dauernde ununterbrochene Heilbehandlung,
- der Tarif KKHT besteht mindestens während der letzten 12 Monate ohne Beitragsrückstände.

Die Beitragsbefreiung für Tarif KKHT gilt ab dem Ersten des Monats, in dem die Voraussetzungen erfüllt sind. Sie bezieht sich auf volle Monatsbeiträge.

Serviceleistungen

Wir bieten Ihnen Serviceleistungen unseres Gesundheitstelefons an (Tel.: 0800/3746 444 gebührenfreie Rufnummer). Unsere Experten beraten Sie und geben Ihnen Informationen zu

- allgemeinen Gesundheitsfragen,
- Krankheiten und Arzneimitteln,
- Diagnose- und Behandlungsmethoden,
- geplanten Krankenhausaufenthalten,
- Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen.

Wir nennen Ihnen Adressen und Telefonnummern von Behandlern, Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen. Außerdem bieten wir Ihnen zur Klärung schwieriger medizinischer Fragen die Einschaltung von Spezialisten und die Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung.

Wahl des Krankenhauses bzw. der Rehabilitationseinrichtung

Die versicherte Person hat die Wahl unter allen Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen. Sie müssen über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen.

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

Unsere Leistungspflicht wird bestimmt durch Art und Umfang unserer Versicherungsleistungen in den einzelnen Leistungsbeschreibungen (vgl. Nr. 1.2).

Wir leisten jedoch generell nicht für:

- Krankheiten und Unfälle, 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 Kriegseignisses 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.
- Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren.
- Eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

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

- Vor Beginn und nach Ende des Versicherungsschutzes (vgl. Nr. 1.4),
- bei Wartezeiten (vgl. Nr. 1.5),
- bei Aufenthalten im Ausland (vgl. Nr. 1.6),
- bei Verletzung von Obliegenheiten (vgl. Nr. 2.2),
- bei einem Beitragsrückstand (vgl. Nr. 2.4).

1.4 Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?

- Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Er beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung). Er beginnt auch nicht vor Ablauf der Wartezeiten (vgl. Nr. 1.5).
- Für Versicherungsfälle, die vor Abschluss des Versicherungsvertrages eingetreten sind, leisten wir nicht. Davon ist auszugehen, wenn eine
 - stationäre Krankenhausbehandlung,
 - Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme

als mögliche Behandlungsalternative zwischen Arzt und versicherter Person besprochen wurde. Dieses Gespräch muss in den letzten 24 Monaten vor Abschluss des Vertrages anlässlich der den Versicherungsfall auslösenden Diagnose(n) erfolgt sein. Für Versicherungsfälle, die nach Abschluss des Versicherungsvertrages, aber vor Versicherungsbeginn oder Ablauf der Wartezeiten eingetreten sind, gilt: Wir zahlen das Tagesgeld lediglich nicht für die Tage einer Krankenhausbehandlung bzw. Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme, die in der Zeit vor Versicherungsbeginn oder während der Wartezeiten liegen. Bei einem Wechsel in Tarif KKHT gelten die Sätze 1 bis 5 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

- Für das neugeborene Kind einer versicherten Person kann der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt beginnen. Dazu müssen Sie das Kind spätestens zwei Monate nach der Geburt rückwirkend zur Versicherung bei uns anmelden. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender sein als der der versicherten Person. Unter diesen Voraussetzungen stehen dann auch angeborene Anomalien und Krankheiten unter Versicherungsschutz.

Diese Regelungen gelten entsprechend bei Adoption eines minderjährigen Kindes. Ist für den gewählten Tarif eine Gesundheitsprüfung vorgesehen, können wir allerdings bei einem erhöhten Krankheitsrisiko einen Zuschlag bis zur einfachen Beitragshöhe verlangen.

- Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung des Versicherungsvertrages (vgl. Nr. 2.8). Dies gilt auch, wenn die Behandlung noch nicht abgeschlossen ist.

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

Die Wartezeiten fangen mit dem Versicherungsbeginn an (vgl. Nr. 1.4). Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt bei einem Unfall. Für Entbindung, Psychotherapie und Zahnersatz beträgt die Wartezeit acht Monate.

Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

1.6 Gilt der Versicherungsschutz auch bei Aufenthalten im Ausland?

Bei vorübergehenden Aufenthalten im europäischen Ausland besteht Versicherungsschutz. Der gewöhnliche Aufenthalt muss weiterhin in Deutschland sein.

Bei vorübergehenden Aufenthalten im außereuropäischen Ausland bleibt der Versicherungsschutz für sechs Monate ab Beginn des Auslandsaufenthaltes bestehen. Muss die versicherte Person ihren Aufenthalt wegen medizinisch notwendiger Heilbehandlung über sechs Monate 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 sechs Monate dauern wird. Wir prüfen dann, ob eine Vereinbarung zur weiteren Fortführung des Versicherungsschutzes möglich ist.

Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat außerhalb der Europäischen Union bzw. des Europäischen Wirtschaftsraums endet die Versicherung.

1.7 Welche Voraussetzungen müssen Bescheinigungen über einen vollstationären Aufenthalt erfüllen und wann erhalten Sie unsere Leistungen?

- Zur Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir eine Bescheinigung des Krankenhauses bzw. der Rehabilitationseinrichtung (Entlassungsanzeige) im Original. Diese muss Angaben über den Namen der behandelten Person, die Aufenthaltsdauer und die Krankheitsbezeichnungen enthalten.
- Sie erhalten die Versicherungsleistungen, sobald wir festgestellt haben, ob und in welcher Höhe wir leistungspflichtig sind. Sollten wir dafür länger als einen Monat brauchen, erhalten Sie auf Wunsch vorab einen Abschlag. Maßgebend dafür ist die Höhe des Betrags, den wir nach den bisherigen Feststellungen voraussichtlich mindestens zahlen müssen. Die Monatsfrist ist unterbrochen, solange wir unsere Feststellungen infolge Ihres Verschuldens nicht beenden können.

1.8 Können Sie bzw. die versicherte Person Auskunft über Gutachten oder Stellungnahmen verlangen?

Zur Prüfung unserer Leistungspflicht können wir Gutachten oder Stellungnahmen einholen. Über deren Inhalt müssen wir Ihnen bzw. der versicherten Person auf Verlangen Auskunft geben. Sie bzw. die versicherte Person sind auch berechtigt, Einsicht in diese Dokumente zu nehmen.

In Ausnahmefällen dürfen wir nur einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht geben. Dies ist der Fall, wenn (therapeutische) Gründe entgegenstehen, dass Sie bzw. die versicherte Person Auskunft oder Einsicht bekommen.

Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden.

Haben Sie das Gutachten oder die Stellungnahme auf unsere Veranlassung eingeholt, erstatten wir Ihnen die entstandenen Kosten.

1.9 Können Sie Ihre Leistungsansprüche auf Dritte übertragen?

Sie dürfen Ihre Ansprüche auf Leistung weder abtreten noch verpfänden.

2. Sonstige Bestimmungen

2.1 Welche Obliegenheiten (Mitwirkungspflichten) sind zu beachten?

- 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.
- Die versicherte Person muss sich von einem von uns beauftragten Arzt untersuchen lassen, wenn wir sie hierzu auffordern.
- Die versicherte Person hat möglichst für die Minderung des Schadens zu sorgen. Sie muss alles unterlassen, was der Genesung entgegensteht.
- Für eine versicherte Person darf eine weitere Tagesgeldversicherung für
 - vollstationäre Krankenhausbehandlungen bzw.
 - vollstationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmennur mit unserer Einwilligung abgeschlossen werden. Dies gilt auch für die Erhöhung einer entsprechenden Tagesgeldversicherung, die anderweitig besteht.

2.2 Welche Folgen kann die Verletzung von Obliegenheiten haben?

Sie erhalten keine Leistungen, wenn eine der genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzt wird. Wenn eine Obliegenheit grob fahrlässig (z.B. in besonders hohem Maße) verletzt wird, können wir unsere Leistung kürzen. Die Kürzung erfolgt entsprechend der Schwere des Verschuldens. Bei der Verletzung von Auskunfts- und Untersuchungspflichten können wir nur kürzen, wenn wir Sie hierauf in Textform (z.B. per Brief oder E-Mail) gesondert hingewiesen haben. Sie erhalten jedoch dann Leistungen, wenn die Verletzung der Obliegenheit keinen Einfluss auf unsere Leistungspflicht hat. Dies gilt nicht, wenn Sie uns arglistig (z.B. durch eine falsche Auskunft) täuschen.

Wird die in Nr. 2.1 Punkt 4 genannte Obliegenheit vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt, können wir den Versicherungsvertrag auch ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Dieses Recht besteht innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung.

Wir rechnen Ihnen die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person zu.

2.3 Wie berechnen wir die Beiträge?

- Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag. Wir berechnen ihn vom Versicherungsbeginn an. Zu Beginn der Versicherung zahlen Sie den Beitrag, der dem Eintrittsalter der versicherten Person entspricht. Das Eintrittsalter errechnet sich aus der Differenz zwischen dem Jahr, in dem die Versicherung beginnt und dem Geburtsjahr.

Wir haben Tarif KKHT nach Art der Schadenversicherung kalkuliert. Dies bedeutet: Es werden keine Rückstellungen für das Alter angespart, um den mit zunehmendem Alter eintretenden Anstieg der Krankheitskosten vorzufinanzieren. Für die versicherte Person, die das 14., 19., 29., 39., 49., 59., 69., 79. bzw. 89. Lebensjahr vollendet, gilt daher der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe. Diesen Beitrag haben Sie ab Beginn des dann folgenden Kalenderjahres zu zahlen.

- Die Berechnung der Beiträge ist in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.

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

- Der zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein. Er ist am Ersten eines jeden Monats fällig.
- Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen. Solange Sie ihn schuldhaft nicht zahlen, sind wir leistungsfrei und können auch vom Vertrag zurücktreten. Die nicht rechtzeitige Zahlung der Folgebeiträge kann zum Verlust des Versicherungsschutzes und zur Kündigung des Vertrages führen.
- Im Lastschriftverfahren zahlen Sie rechtzeitig, wenn wir den Beitrag zum Fälligkeitstag einziehen können und Sie der Einziehung nicht widersprechen. Können wir den fälligen Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht einziehen, erhalten Sie von uns in Textform eine Zahlungsaufforderung. Wenn Sie dann den Beitrag unverzüglich zahlen, ist die Beitragszahlung noch rechtzeitig.

2.5 Unter welchen Voraussetzungen können wir die Beiträge ändern?

Wir vergleichen mindestens jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Leistungen. Der Vergleich erfolgt für jede Beobachtungseinheit (Personen mit Alter 0 - 19 bzw. ab Alter 20) separat. Ergibt dieser Vergleich eine Abweichung von über 5%, können wir alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüfen und, soweit erforderlich, ändern. Bei einer Abweichung von mehr als 10% müssen wir alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüfen und, soweit erforderlich, ändern. In beiden Fällen darf die Abweichung jedoch nicht nur vorübergehend sein. Eine Beitragsänderung können wir nur durchführen, wenn ihr ein unabhängiger Treuhänder zustimmt.

Die Änderung und die Gründe für die Anpassung teilen wir Ihnen mit. Die Änderung wird zu Beginn des übernächsten Monats, der auf diese Mitteilung folgt, wirksam.

2.6 Unter welchen Voraussetzungen können wir die AVB ändern?

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

2.7 Kann die versicherte Person aus Tarif KKHT in andere Tarife wechseln?

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

- Soweit der Versicherungsschutz in dem neuen Tarif höher oder umfassender ist, können wir einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag verlangen. Letzteren können Sie abwenden, indem Sie für die Mehrleistungen einen Leistungsausschluss mit uns vereinbaren. Wenn der neue Tarif Wartezeiten vorsieht, gelten diese für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

2.8 Wie lange läuft der Versicherungsvertrag und welche Beendigungsgründe gibt es?

- Der Versicherungsvertrag wird zunächst für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen und verlängert sich danach jeweils um ein weiteres Versicherungsjahr.
- Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt. Es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre stimmen mit dem Kalenderjahr überein.
- Sie können Tarif KKHT zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, nicht jedoch vor Ablauf der ersten zwei Versicherungsjahre kündigen. Ihre Kündigung muss in Textform (z.B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate. Sie können Tarif KKHT auch nur für einzelne versicherte Personen kündigen.
- Bei einer Beitragserhöhung können Sie die Versicherung für die hiervon betroffenen Personen kündigen. Das gleiche Recht haben Sie, wenn sich die Leistungen vermindern. Ihre Kündigung muss in Textform (z.B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Die Kündigung wird dann zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung bzw. der Leistungsverminderung wirksam.
Folgende Fristen sind zu beachten:
Erhöhen sich die Beiträge aufgrund Wechsels der Altersgruppe (vgl. Nr. 2.3), müssen Sie innerhalb zweier Monate nach der Änderung kündigen. Erhöhen wir die Beiträge aufgrund einer Beitragsanpassung (vgl. Nr. 2.5), müssen Sie innerhalb zweier Monate nach Mitteilung der Erhöhung kündigen. Dies gilt auch, wenn sich die Leistungen wegen einer Änderung der AVB vermindern (vgl. Nr. 2.6 Punkt 1).
- Ihre Kündigung für einzelne versicherte Personen ist nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass diese von der Kündigung erfahren haben.
- Wir können den Versicherungsvertrag ganz oder teilweise nur im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen aus einem wichtigen Grund kündigen. Diese Möglichkeit haben wir z.B. dann, wenn Sie die Beiträge nicht rechtzeitig zahlen (vgl. Nr. 2.4). Auf weitere Kündigungsmöglichkeiten – unser ordentliches Kündigungsrecht – verzichten wir.
- Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat außerhalb der Europäischen Union bzw. des Europäischen Wirtschaftsraums endet die Versicherung.
- Der Versicherungsvertrag endet mit Ihrem Tod. Stirbt eine versicherte Person, endet deren Versicherung.
- Endet der Versicherungsvertrag ganz oder teilweise durch Kündigung, können die versicherten Personen ihre Versicherung fortführen. Die Erklärung zur Fortführung muss innerhalb von zwei Monaten nach der Beendigung erfolgen. Das gleiche Recht haben die versicherten Personen, wenn der Versicherungsvertrag durch Ihren Tod endet.

2.9 Welche Gerichte sind zuständig?

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