

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz im Tarif vario. Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (RB/KK 2009 und TB/KK 2009), dem Tarif vario, dem Versicherungsantrag und dem Versicherungsschein. 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 Krankheitskostenvollversicherung, die den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ersetzt und die gesetzliche Pflicht zur Versicherung erfüllt. Sie sichert Sie gegen das Krankheitskostenrisiko ab.



Was ist versichert?

- ✓ Der Tarif CV3A bietet Ihnen Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse (z.B. Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen, Schwangerschaft und Entbindung).
- ✓ ambulant
100 % der Aufwendungen für ärztliche Leistungen (einschließlich Psychotherapie (Sitzungsanzahl begrenzt), keine Heilpraktikerleistungen), Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel (gemäß Hilfsmittelkatalog, summenmäßige Begrenzung für Sehhilfen), Hebammenleistungen, Transport und Unterbringung bei ambulanten Operationen (summenmäßige Begrenzung)
- ✓ stationär
100 % der Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen, Unterbringung im Zweibettzimmer, chefärztliche/belegärztliche Leistungen, Hebammenleistungen und Transport zum/vom Krankenhaus
Ersatz-Krankenhaustagegeld bei Verzicht auf Zweibettzimmer
- ✓ Zahn
unter Beachtung der summenmäßigen Begrenzungen für zahnärztliche Behandlung:
100 % der Aufwendungen für Zahnbehandlung und Prophylaxe
75 % der Aufwendungen für Zahnersatz (einschließlich Implantate, Inlays und Zahnkronen) und Kieferorthopädie
- ✓ 100 % der Mehrkosten für den Rücktransport/ Bestattung/ Überführung bei kurzfristigen Auslandsreisen (summenmäßige Begrenzung für Bestattung/Überführung).
- ✓ Erstattung bis zu den Höchstsätzen der GOÄ/GOZ, im stationären Bereich bei wirksamer Honorarvereinbarung auch darüber hinaus.



Was ist nicht versichert?

Keine Leistungspflicht besteht z.B. für:

- ✗ medizinisch nicht notwendige, z.B. kosmetische Behandlungen
- ✗ das medizinisch notwendige Maß übersteigende Behandlungen
- ✗ Behandlungen, bei denen die Aufwendungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen
- ✗ alternative Behandlungsmethoden, die sich nicht praktisch bewährt und keine allgemeine Anerkennung gefunden haben
- ✗ Behandlungen durch Ehegatten/Lebenspartner, Eltern oder Kinder



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Von den vorgenannten erstattungsfähigen Aufwendungen wird folgende Selbstbeteiligung in Abzug gebracht:
Männer/Frauen: 1.250,00 EUR je Person und Kalenderjahr
Kinder/Jugendl.: 1.250,00 EUR je Person und Kalenderjahr
- ! Durch summenmäßige und prozentuale Begrenzungen bei einzelnen Leistungen (vgl. „Was ist versichert?“) können Ihnen Eigenanteile entstehen.
- ! Bei bestimmten Behandlungen sind Sie verpflichtet, vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Leistungszusage von uns einzuholen.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa.
- ✓ Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden.
- ✓ Während der ersten drei Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz.



Wann beginnt und endet die Deckung?

- Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang des Versicherungsscheins) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten.
- Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.
- Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Die im Antrag gestellten Fragen, insbesondere zum Gesundheitszustand, sind von besonderer Bedeutung für das Zustandekommen des Vertrages. Sie sind verpflichtet, die Fragen wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten.
- Auch wenn eine in Ihrem Vertrag versicherte Person der gesetzlichen Krankenversicherung beiträgt oder bei einem anderen privaten Krankenversicherer eine weitere Krankheitskostenversicherung abschließt, ist uns dies mitzuteilen.
- Um Leistungsfälle schnell und unkompliziert bearbeiten zu können, sind wir auf die Mitwirkung unserer Versicherten angewiesen. Es kann im Einzelfall z.B. erforderlich sein, dass die versicherte Person ihre Behandelnden von der Schweigepflicht entbindet, damit wir die benötigten Informationen einholen können. Darüber hinaus kann es ebenfalls erforderlich sein, dass Sie sich durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen lassen.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Mindestversicherungsdauer von zwei Versicherungsjahren. Hierbei gilt eine Kündigungsfrist von drei Monaten.
- Wenn Sie oder eine in Ihrem Vertrag versicherte Person in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig werden, können Sie den Vertrag innerhalb von drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht außerordentlich - rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht - kündigen. Später können Sie den Vertrag nur zum Ende des Monats kündigen, in dem Sie den Eintritt der Versicherungspflicht nachweisen. Das Gleiche gilt, wenn Sie einen Anspruch auf Familienversicherung oder einen nicht nur vorübergehenden Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis erwerben.
- Erhöhen sich die Beiträge, können Sie Ihren Vertrag innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung außerordentlich kündigen.
- Ihre Kündigung wird nur wirksam, wenn Sie uns innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweisen, dass Sie über einen anderweitigen Krankenversicherungsschutz verfügen, der sich nahtlos an die gekündigte Versicherung anschließt.



Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und am Ersten eines jeden Monats fällig. Es kann abweichend davon auch eine andere Zahlungsweise (viertel-, halb- oder jährlich) vereinbart werden.
- Den ersten Beitrag müssen Sie, sofern nicht etwas anderes vereinbart wurde, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen.
- Der Beitrag ist bis zum Ende des Versicherungsschutzes zu zahlen.
- Verspätete Beitragszahlungen können zu einem Säumniszuschlag und Mahnkosten führen. Unter bestimmten Umständen können Beitragsrückstände dazu führen, dass Ihnen nur noch Aufwendungen für Behandlungen akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erstattet werden.