

Dieses Informationsblatt ist ein kurzer Überblick. Die Informationen sind daher nicht abschließend. Die vollständigen Informationen finden Sie in den Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Bei dem angebotenen Versicherungsvertrag handelt es sich um eine Krankheitskosten-Vollversicherung. Es besteht Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Die Leistung besteht im Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen.



Was ist versichert?

- ✓ Wir erstatten Ihnen die Kosten für ambulante Heilbehandlungen:
 - a) 100% für ärztliche Heilbehandlung einschl. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,
 - b) 100% für Heilpraktiker bis 2.000 Euro pro Jahr,
 - d) 100% für Sehhilfen bis 600 Euro in 24 Monaten, LASIK-Operation bis 4.000 Euro
 - c) 100% für Psychotherapie,
 - d) Präventionskurse bis zu 200 Euro pro Jahr.
- ✓ Wir erstatten Ihre Kosten für stationäre Heilbehandlungen im Ein- oder Zweibettzimmer und die Chefarztbehandlung zu 100 %.
- ✓ Wir erstatten 100 % der Kosten für Zahnbehandlungen und Inlays und 90 % für Onlays, Zahnersatz und Kieferorthopädie. Die Erstattung für zahnärztliche Heilbehandlungen ist außer bei Unfällen auf 1.000 Euro im ersten Kalenderjahr, 2.000 Euro im zweiten Kalenderjahr, 3.000 Euro dritten Kalenderjahr begrenzt, ab dem vierten Kalenderjahr unbegrenzt.
- ✓ Sie erhalten pro Kalenderjahr eine Pauschalersatzung von 300 Euro (Kinder/Jugendliche 150 Euro), wenn Sie keine Rechnungen einreichen. Wenn Sie Rechnungen einreichen, so gilt eine Selbstbeteiligung von 600 Euro pro Kalenderjahr (Kinder/Jugendliche 300 Euro).

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Einzelheiten zu unserer Leistungspflicht entnehmen Sie bitte den §§ 1 und 4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie der Tarifbeschreibung.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Leistungen für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen.
- ✗ Behandlungen durch Ehegatten bzw. Lebenspartner, Eltern oder Kinder.
- ✗ Unterbringung auf Grund Pflegebedürftigkeit.
- ✗ Es können sich zusätzliche Leistungs- und Risikoausschlüsse im Rahmen der Risiko- und Gesundheitsprüfung ergeben. Auf erforderliche Leistungsausschlüsse wird durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein hingewiesen.
- ✗ Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Einzelheiten der Einschränkungen unserer Leistungspflicht entnehmen Sie bitte § 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Es gilt die vereinbarte Selbstbeteiligung.
- ! Für bestimmte Leistungen gelten die vertraglich vereinbarten Höchstbeträge.
- ! Die Erstattung für zahnärztliche Heilbehandlungen ist in den ersten drei Kalenderjahren begrenzt.
- ! Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
- ! Bei Heilbehandlung im Ausland kann es zu Deckungsbeschränkungen kommen.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Einzelheiten zu den Deckungsbeschränkungen entnehmen Sie bitte den §§ 4 und 5 sowie § 1 Teil I Absatz 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie der Tarifbeschreibung.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Versichert sind Heilbehandlungen in Europa sowie Heilbehandlungen im außereuropäischen Ausland für die ersten drei Monate eines vorübergehenden Aufenthalts.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Im Rahmen des Vertragsschlusses sind die Antragsfragen, insbesondere die Risiko- und Gesundheitsfragen, nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten.
- Während der Vertragslaufzeit haben Sie uns etwa den Abschluss einer weiteren Krankheitskosten-Versicherung unverzüglich anzuzeigen.
- Bei Eintritt des Versicherungsfalls haben Sie unter anderem alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Ferner hat die versicherte Person möglichst für die Minderung des Schadens zu sorgen.
- Sie sind verpflichtet, die Beiträge vollständig und rechtzeitig zu zahlen. Bei Verzug können Ihnen Zusatzkosten in Rechnung gestellt werden.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Weitere Ausführungen enthalten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 9.



Wann und wie zahle ich?

Der Beitrag wird jeweils zum Ersten eines Monats fällig. Die erste Beitragsrate wird sofort nach Zugang des Versicherungsscheins fällig, jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Die Beitragszahlung endet zum Vertragsende. Einzelheiten enthalten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 8.

Folgen unterbliebener oder verspäteter Zahlung:

Wenn Sie in der Krankheitskosten-Vollversicherung in Höhe von zwei Monatsbeiträgen im Rückstand sind, erhalten Sie von uns eine Mahnung. Ist der Rückstand zwei Monate nach Zugang dieser Mahnung noch höher als ein Monatsbeitrag, mahnen wir ein zweites Mal. Ist der Prämienrückstand einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung noch höher als ein Monatsbeitrag, ruht der Vertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Solange der Vertrag ruht, gelten Sie als im Notlagentarif nach § 153 des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert. Im Notlagentarif haben Sie nur eingeschränkten Versicherungsschutz. Darüber hinaus haben Sie Mahnkosten in gesetzlich zulässiger Höhe zu entrichten.

Einzelheiten enthalten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 8 Teil I Abs. 6, Teil II Abs. 5.



Wann beginnt und endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf der Wartezeiten.

Es gilt eine allgemeine Wartezeit von 3 Monaten. Für Entbindung, Psychotherapie, Zahnersatz und Kieferorthopädie gilt eine besondere Wartezeit von 8 Monaten. Die Wartezeiten entfallen bei Unfällen.

Bei erstmaligem Abschluss des Tarifs MB600 beim Versicherer entfallen die Wartezeiten.

Einzelheiten zum Beginn des Versicherungsschutzes und zu den Wartezeiten entnehmen Sie bitte den §§ 2 und 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.

Der Versicherungsschutz endet mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses, zum Beispiel aufgrund Kündigung oder Tod der versicherten Person. Einzelheiten zum Ende der Versicherung finden Sie in den §§ 7, 13, 14 und 15 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie als Versicherungsnehmer können Ihren Vertrag mit einer Frist von 3 Monaten in Textform kündigen.

Erstmals ist eine Kündigung Ihres Vertrages zum Ablauf der Mindestvertragsdauer von 24 Monaten nach Vertragsbeginn möglich. Danach können Sie zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen, wobei das Versicherungsjahr mit dem Kalenderjahr zusammenfällt.

Bei fortbestehender Versicherungspflicht wird Ihre Kündigung erst wirksam, wenn Sie Ihrem Versicherer innerhalb der Kündigungsfrist nachweisen, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.

Daneben haben Sie in bestimmten Fällen Sonderkündigungsrechte, z.B. bei Eintritt der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung oder bei einer Beitragsanpassung.

Einzelheiten zur Kündigung durch den Versicherungsnehmer finden Sie in § 13 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.