

Tarif VorsorgePRIVAT

Ergänzungsversicherung für gesetzlich Krankenversicherte

Stand: 01.01.2015, SAP-Nr. 334653, 12.2014

Es gelten die AVB/VT - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Unisex).

I. Versicherungsleistungen

1. Vorsorgeuntersuchungen

Ersetzt werden

100 %

der erstattungsfähigen Aufwendungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten durch Ärzte bis zu insgesamt 500 EUR pro Kalenderjahr.

Im ersten Kalenderjahr ist die Erstattung auf 200 EUR, in den beiden ersten Kalenderjahren zusammen auf 500 EUR begrenzt.

2. Schutzimpfungen und Malariaphylaxe

Ersetzt werden

100 %

der erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztliche Behandlung einschließlich Arzneimittel für Schutzimpfungen inklusive Reiseschutzimpfungen und Malariaphylaxe bis zu insgesamt 300 EUR in zwei Kalenderjahren.

Hierbei werden die bereits erfolgten Erstattungen aus dem laufenden und dem vorhergehenden Kalenderjahr angerechnet.

3. Sehhilfen

Ersetzt werden

80 %

der erstattungsfähigen Aufwendungen für Brillen und Kontaktlinsen sowie Reparaturen - unabhängig von der Änderung der Fehlsichtigkeit - bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 500 EUR (d. h. erstattet werden bis zu 400 EUR) in zwei Kalenderjahren.

Hierbei werden die bereits erfolgten Erstattungen aus dem laufenden und dem vorhergehenden Kalenderjahr angerechnet.

Reinigungs- und Pflegemittel für Sehhilfen sind nicht erstattungsfähig.

4. Refraktive Chirurgen

Ersetzt werden

100%

der erstattungsfähigen Aufwendungen für refraktive Chirurgen (z. B. LASIK, Clear-Lens-Exchange) einschließlich Vor- und Nachuntersuchungen bis zu insgesamt 1.500 EUR in der Vertragslaufzeit.

Im ersten Kalenderjahr ist die Erstattung auf 200 EUR, in den beiden ersten Kalenderjahren zusammen auf 500 EUR begrenzt.

5. Hörhilfen

Ersetzt werden

80 %

der erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztlich verordnete Hörhilfen einschließlich Otoplastik sowie Reparaturen bis zu einem nach einer Vorleistung der GKV verbleibenden Rechnungsbetrag von 1.000 EUR (d. h. erstattet werden bis zu 800 EUR) in fünf Kalenderjahren.

Hierbei werden die bereits erfolgten Erstattungen aus dem laufenden und den vorhergehenden vier Kalenderjahren angerechnet.

Betriebskosten, z. B. Batterien, sowie Reinigungsmittel sind nicht erstattungsfähig.

II. Sonstige Tarifbestimmungen

1. Gebühren sind nach den Grundsätzen der GOÄ bis zu den dort festgesetzten Höchstsätzen erstattungsfähig.

2. Die Leistungen aus diesem Tarif dürfen zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und Leistungen weiterer privater Versicherungen die entstandenen Aufwendungen nicht übersteigen.

3. Abweichend von § 4 Absatz 3 AVB/VT ist für die Erstattung von Kosten für Sehhilfen keine ärztliche Verordnung erforderlich.

4. Abweichend von § 3 AVB/VT entfallen die Wartezeiten.

III. Beiträge

Für den Tarif VorsorgePRIVAT wird keine Alterungsrückstellung gebildet. Deshalb richten sich die Beiträge nach der jeweiligen Lebensaltersgruppe; sie ergeben sich aus der jeweils gültigen Beitragstabelle.

Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem eine versicherte Person das 20. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag für das Eintrittsalter 20 zu zahlen.

IV. Versicherungsfähigkeit

1. Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind und nicht über eine andere Krankheitskostenzusatzversicherung beim Versicherer verfügen, aus der ein Leistungsanspruch in den unter I. aufgeführten Leistungsbereichen besteht.

2. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person unverzüglich mitzuteilen. Die Versicherung im Tarif VorsorgePRIVAT endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person zu dem Zeitpunkt, an dem die Versicherung in der GKV endet.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/VT	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Unisex)
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz im Tarif VorsorgePRIVAT. Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen AVB/VT und dem Tarif VorsorgePRIVAT sowie 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 Ergänzungsversicherung für gesetzlich Krankenversicherte. Sie ergänzt den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkassen im ambulanten Bereich.



Was ist versichert?

- ✓ Ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten
- ✓ Schutzimpfungen für das Inland, Reiseschutzimpfungen sowie Malariaprophylaxe
- ✓ Sehhilfen, auch ohne ärztliche Verordnung
- ✓ Refraktive Chirurgien (z.B. Augen-LASIK)
- ✓ Hörhilfen nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse



Was ist nicht versichert?

- ✗ Auf Vorsatz beruhende Krankheiten oder Unfälle

Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB/VT), insbesondere in § 5 AVB/VT.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Erstattungsfähig sind ärztliche Leistungen bis zum Höchstsatz der jeweils gültigen Gebührenordnung.
- ! Die Leistungen aus diesem Tarif dürfen zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und Leistungen weiterer privater Versicherungen die entstandenen Aufwendungen nicht übersteigen.
- ! Alle Aufwendungen unterliegen den im Tarif aufgeführten Erstattungsbegrenzungen.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz besteht in Europa.
- ✓ Bei Auslandsaufenthalten von bis zu zwei Monaten besteht der Versicherungsschutz ohne weiteres auch weltweit.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Vor Vertragsschluss wird eine Gesundheitsprüfung durchgeführt. Daher müssen Sie alle vom Versicherer geforderten Angaben zu durchgemachten oder bestehenden Beschwerden und Erkrankungen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Auf Verlangen müssen Sie dem Versicherer während der Vertragslaufzeit jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist.
- Im Versicherungsfall sind Sie auf Verlangen des Versicherers zudem zur Mitwirkung und zur Minderung des Schadens verpflichtet.
- Das Ende der Mitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung müssen Sie dem Versicherer unverzüglich anzeigen.
- Eine Verletzung Ihrer Verpflichtungen kann dazu führen, dass die Leistungspflicht des Versicherers entfällt.
- Für mitversicherte Personen gilt das entsprechend.



Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag, der aber in Monatsraten jeweils zum Ersten eines Monats bezahlt werden kann. Die Raten sind monatlich im Voraus fällig.
- Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen.
- Die Beiträge werden idealerweise per SEPA-Lastschrift einzug bezahlt. Die Beiträge können auch auf das in der Police angegebene Konto überwiesen werden.



Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- Der Versicherungsschutz beginnt zu dem mit Ihnen vereinbarten Zeitpunkt. Dieser ist im Versicherungsschein ausgewiesen.
- Wartezeiten gibt es in diesem Tarif keine.
- Der Versicherungsschutz besteht grundsätzlich lebenslang. Diese Versicherung ist weder befristet noch kann der Versicherer ordentlich kündigen.
- Der Versicherungsschutz endet jedoch
 - o wenn die Versicherung in der Gesetzlichen Krankenversicherung endet.
 - o bei Wegzug der versicherten Person in einen Staat außerhalb der Europäischen Union oder des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum
 - o wenn die versicherte Person stirbt



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Nach Ablauf der Mindestversicherungsdauer von zwei Jahren kann der Vertrag mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Kalenderjahres gekündigt werden.
- Die Kündigung muss mindestens in Textform (z.B. eMail) erfolgen. Kündigen Sie nicht nur für sich selbst, müssen Sie die Kenntnis der mitversicherten Personen von der Kündigung nachweisen.
- Erhöhen sich die Beiträge, können Sie die Versicherung innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung außerordentlich kündigen.