

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz im Tarif AkutSchutz. 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 AkutSchutz, 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 Krankheitskostenzusatzversicherung zur Ergänzung des gesetzlichen oder privaten Krankenversicherungsschutzes.



Was ist versichert?

- ✓ 100 % der entstehenden Kosten für:
 - die gesondert berechnete Unterbringung im Zweibettzimmer
 - chefärztliche Leistungen
- ✓ Ersatz-Krankenhaustagegeld bei Verzicht auf Zweibettzimmer oder/und chefärztliche Leistungen.
- ✓ Die stationären Wahlleistungen werden **ausschließlich bei medizinisch notwendiger stationärer Behandlung folgender schweren Erkrankungen** erstattet:
 - a) Akuter Herzinfarkt inkl. notwendiger Herzkatheterinterventionen und operativer Maßnahmen (z.B. Bypass-Operationen),
 - b) Bösartiger Tumor (Krebs) einschließlich Leukämie und verwandte Formen von Blutkrebs sowie bösartige Erkrankungen der Lymphknoten und/oder des Knochenmarks,
 - c) Chronische Niereninsuffizienz (Nierenversagen) mit Dialysepflichtigkeit,
 - d) Hirnblutung oder akuter Hirninfarkt (Schlaganfall),
 - e) Knochenmarksversagen,
 - f) Offene Schädel-Hirn-Verletzung oder Schädel-Hirn-Trauma,
 - g) Multiple Sklerose,
 - h) Operationen am Gehirn bei Neubildungen,
 - i) Operationspflichtiges Aortenaneurysma (Erweiterung der Hauptschlagader),
 - j) Verbrennungen III. Grades von mindestens 20 % der Hautoberfläche,
 - k) Organtransplantation: Durchführung einer Transplantation als Empfänger eines Herzens, einer Lunge, Leber, Niere, Bauchspeicheldrüse oder des Knochenmarks eines Fremdspenders.
- ✓ Erstattung bis zu den Höchstsätzen der GOÄ.



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?

- ! Stationäre Krankenhausaufenthalte, die nicht Folge einer der vorgenannten schweren Erkrankungen sind, sind nicht versichert.
- ! Gesetzliche Zuzahlungen (z.B. Zuzahlung je Krankenhaustag), die Sie als GKV-Versicherter zu zahlen haben, sind nicht Gegenstand dieses Versicherungsschutzes.



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.



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.
- Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer eine Krankheitskostenversicherung abgeschlossen, sind Sie verpflichtet, uns von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.
- 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.



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 Mahnkosten und zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.



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.



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.
- Erhöhen sich die Beiträge, können Sie Ihren Vertrag innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung außerordentlich kündigen.