

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz im Tarif CVP. 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 CVP, 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 CVP bietet Ihnen Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse (z.B. Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen, Schwangerschaft und Entbindung). Der Tarif enthält für bestimmte Leistungen im ambulanten Bereich das sog. Primärarztprinzip. Einzelheiten hierzu entnehmen Sie bitte dem Tarif.
- ✓ 100 % bei Einhaltung des Primärarztprinzips bzw. 80 % bei Nichteinhaltung des Primärarztprinzips der Aufwendungen für ärztliche Leistungen (einschl. Psychotherapie, Sitzungsanzahl begrenzt), Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel (gemäß Hilfsmittelkatalog, summenmäßige Begrenzung für Brillengestelle), Transport und Unterbringung bei ambulanten Operationen (summenmäßige Begrenzung).
- ✓ 100 % der Aufwendungen für Hebammenleistungen
- ✓ 80 % der Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen
- ✓ 100 % der Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen, Unterbringung im Zweibettzimmer, chefärztliche/belegärztliche Leistungen, Hebammenleistungen und Transport zum/vom Krankenhaus
- ✓ Ersatz-Krankenhaustagegeld bei Verzicht auf Zweibettzimmer oder/und gesondert berechnete ärztliche Leistungen
- ✓ 100 % der Aufwendungen für Zahnbehandlung und Prophylaxe;
75 % der Aufwendungen für Zahnersatz (einschl. Implantate, Inlays und Zahnkronen) und Kieferorthopädie (summenmäßige Begrenzung für Zahnersatz- und Kieferorthopädieleistungen in den ersten sechs Jahren nach Versicherungsbeginn)
- ✓ 100 % der Mehrkosten für den Rücktransport bei kurzfristigen Auslandsreisen.
- ✓ Erstattung bis zu den Höchstsätzen der GOÄ/GOZ, im stationären Bereich bei wirksamer Honorarvereinbarung auch darüber hinaus.
- ✓ Garantierte Beitragsrückerstattung (Pauschalleistung) in Höhe von:
 - 5/12 der im Anspruchsjahr für Tarif CVP entrichteten Beiträge, wenn für das Anspruchsjahr und für die beiden unmittelbar vorangegangenen Kalenderjahre keine Versicherungsleistungen für einen Tarif der Krankheitskostenvollversicherung beansprucht wurden.
 - 3/12 der im Anspruchsjahr für Tarif CVP entrichteten

Beiträge, wenn für das Anspruchsjahr und für das unmittelbar vorangegangene Kalenderjahr keine Versicherungsleistungen für einen Tarif der Krankheitskostenvollversicherung beansprucht wurden.

- 2/12 der im Anspruchsjahr für Tarif CVP entrichteten Beiträge, wenn für das Anspruchsjahr keine Versicherungsleistungen für einen Tarif der Krankheitskostenvollversicherung beansprucht wurden.



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:	700,00 EUR je Person und Kalenderjahr
Kinder/Jugendliche:	500,00 EUR je Person und Kalenderjahr

- ! Durch summenmäßige 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.



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 beitrifft oder bei einer anderen privaten Krankenversicherung 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.



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.



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.
- 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.