

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz im Tarif VitaP333. Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB/ZV 2011), dem Tarif VitaP333, 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 Krankenversicherungsschutzes. Der Tarif VitaP bietet kombinierten Versicherungsschutz bei ambulanter, stationärer und zahnärztlicher Heilbehandlung. Zusätzlich beinhaltet der Tarif eine garantierte Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit (Pauschalleistung).



Was ist versichert?

- ✓ 100 % der nach einer GKV-Vorleistung verbleibenden ambulanten Aufwendungen für
 - Sehhilfen, d.h. für Brillengestelle, Brillengläser und Kontaktlinsen (summenmäßige Begrenzung); für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben ist eine GKV-Vorleistung nachzuweisen
 - ambulante ärztliche Vorsorgeleistungen und Präventionskurse (summenmäßige Begrenzung)
- ✓ Die nachfolgenden Leistungen werden ausschließlich nach einem Unfall, durch den ein vollstationärer Krankenhausaufenthalt von ununterbrochen mindestens 14 Tagen medizinisch notwendig geworden ist, erbracht:
 - ambulante ärztliche Leistungen einschließlich verordneter Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel zur Behandlung von UnfallfolgenDie Leistungspflicht endet, wenn nach medizinischem Befund ambulante Behandlungsbedürftigkeit für den Unfall/die Unfallfolgen nicht mehr besteht, spätestens jedoch 24 Monate nach dem Unfallereignis. Die Definition des Unfallbegriffs sowie die Leistungsausschlüsse sind dem Tarif Vita zu entnehmen.
- ✓ 100 % der nach einer GKV-Vorleistung verbleibenden stationären Aufwendungen für:
 - die Mehrkosten bei Wahl eines anderen als das in der Einweisung genannte Krankenhaus. Werden keine Leistungen der GKV nachgewiesen, werden Aufwendungen bis zu der Höhe erstattet, wie sie bei Vorleistung durch die GKV zu erstatten wären
 - die Kosten des Transports zum/vom Krankenhaus bis 100 km
 - Bergungskosten (summenmäßige Begrenzung)
- ✓ Die nachfolgenden Leistungen werden ausschließlich bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung im Krankenhaus wegen Unfallfolgen erbracht. 100 % der nach einer GKV-Vorleistung verbleibenden Aufwendungen für:
 - die gesondert berechnete Unterbringung im Ein-/Zweibettzimmer
 - chefärztliche Leistungen
 - eine einmalige Aufnahme- bzw. Abschlussuntersuchung
 - eine vor- und nachstationäre Behandlung im

Krankenhaus gemäß § 115a SGB V

- Grundgebühr für Telefon, TV und Internet
- Transportkosten, die aus einer einmaligen Wunscherlegung (aus nicht medizinischen Gründen) in ein anderes Krankenhaus innerhalb Deutschlands resultieren

Die Definition des Unfallbegriffs sowie die Leistungsausschlüsse sind dem Tarif Vita zu entnehmen.

- ✓ 70 % der zahnärztlichen Aufwendungen für
 - Zahnersatz (einschl. Implantate), Zahnkronen und Inlays unter Anrechnung der Vorleistung der GKV, ohne GKV-Vorleistung beträgt der Erstattungssatz 35 % anstelle von 70 %. Summenmäßige Begrenzung der Versicherungsleistungen in den ersten fünf Kalenderjahren nach Versicherungsbeginn.
- ✓ Erstattung bis zu den Höchstsätzen der GOÄ/GOZ
- ✓ Möglichkeit eines Beitragsnachlasses für mitversicherte Kinder und Jugendliche.
- ✓ Es bestehen flexible Optionsrechte zur vorteilhaften Anpassung des Versicherungsschutzes.
- ✓ Garantierte Beitragsrückerstattung (Pauschalleistung) in Höhe von 50,00 EUR, wenn für das letzte Kalenderjahr keine Rechnungen eingereicht wurden. Anteilige Berechnung bei unterjährigem Versicherungsbeginn.



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?

- ! Durch summenmäßige und prozentuale Begrenzungen bei einzelnen Leistungen (vgl. „Was ist versichert?“) können Ihnen Eigenanteile entstehen.
- ! Gesetzliche Zuzahlungen (z.B. zu Arzneimitteln), die Sie als GKV-Versicherter zu zahlen haben, sind nicht Gegenstand dieses Versicherungsschutzes



Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (EU), den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) sowie der Schweiz.
- ✓ Während der ersten 12 Monate eines vorübergehenden Auslandsaufenthalts 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, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer von zwei Versicherungsjahren, ordentlich kündigen. Hierbei gilt eine Kündigungsfrist von drei Monaten.
- Erhöhen sich die Beiträge, können Sie Ihren Vertrag binnen zwei Monaten außerordentlich kündigen.
- Endet Ihre Versicherung in der GKV, so endet damit auch die Versicherung nach diesem Tarif (Wegfall der Versicherungsfähigkeit). Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit ist uns innerhalb von zwei Monaten nach Wegfall anzuzeigen und nachzuweisen.