

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über den Versicherungsschutz im Tarif BONUS CARE CLASSIC. Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten zum Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2013) und den Bedingungen des Tarifs BONUS CARE CLASSIC (Tarifstufe 859) bzw. des Tarifs BONUS CARE CLASSIC SB (Tarifstufe 866, 869), dem Antrag auf Abschluss der Krankheitskostenvollversicherung und dem Versicherungsschein. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle diese Unterlagen durch und gehen Sie bitte bei Fragen auf den Sie betreuenden Außendienstpartner zu.

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. Diese sichert Sie gegen das Krankheitskostenrisiko ab.



Was ist versichert?

- ✓ 100 % ambulante ärztliche Leistungen im Rahmen der Gebührenordnung GOÄ bis zu deren Höchstsätzen sowie Arzneimittel bei Erstbehandlung durch einen Hausarzt. Erfolgt die Erstbehandlung nicht durch den Hausarzt, beträgt die Kostenerstattung 75 %
- ✓ 75 % psychotherapeutische Behandlung
- ✓ 75 % Hilfsmittel
- ✓ 100 % Regelleistungen im Krankenhaus (Unterbringung im Mehrbettzimmer ohne privatärztliche Leistung)
- ✓ 100 % zahnärztliches Honorar bei Zahnbehandlung, Prophylaxe
- ✓ 80 % Zahnersatz (Prothesen, Stützähne, Kronen, Brücken, Brückenglieder, Onlays, Implantate, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen, Reparaturen)
- ✓ 100 % Kieferorthopädie bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (auch Labor- und Materialkosten),
- ✓ 80 % Labor- und Materialkosten sowie zahnärztliches Honorar bei Zahnersatz, Kieferorthopädie ab dem 19. Lebensjahr im Rahmen der Gebührenordnung (GOÄ, GOZ) bis zu deren Höchstsätzen.

Tarifstufe 859

- ✓ Bonusleistung: der Versicherungsnehmer erhält im ersten Quartal des Folgejahres für jede versicherte Person je vollen Versicherungsmonat eines Kalenderjahrs eine Bonusleistung von 35 EUR. Bei Abrechnung zumindest eines Leistungsfalls wird der Bonus für das betreffende Kalenderjahr mit der Leistung verrechnet.

Tarifstufen 866 und 869

- ✓ Pauschalleistung in Höhe des Selbstbehalts, wenn eine versicherte Person entbindet und



Was ist nicht versichert?

Im Interesse aller Versicherten müssen wir bestimmte Leistungen vom Versicherungsschutz ausnehmen bzw. eine Erstattung von bestimmten Voraussetzungen abhängig machen:

- ✗ auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle, einschließlich deren Folgen

Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (insbesondere § 5) und den Tarifbedingungen



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

! Pro Person und Versicherungsjahr haben Sie einen absoluten Selbstbehalt in Höhe von
Tarifstufe 866: 600 EUR p.a
Tarifstufe 869: 1.200 EUR p.a.

! Für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie ist die gesamte Erstattung pro Person im 1. und 2. Versicherungsjahr auf je 1.000 EUR und im 3. und 4. Versicherungsjahr auf je 2.000 EUR begrenzt.

! Für Entziehungsmaßnahmen ist die Leistung begrenzt.

Für bestimmte Leistungen gelten weitere Höchstbeträge, die Sie in den Tarifbedingungen finden.

- der Eintritt der Schwangerschaft nach Antragsannahme festgestellt worden ist.
- ✓ Pauschalleistung in Höhe des Selbstbehalts im Versicherungsjahr des erstmaligen Auftretens bei schweren Erkrankungen, sofern die Erstdiagnose der Krankheit nach Versicherungsbeginn festgestellt worden ist.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Versichert sind Heilbehandlungen in Europa und innerhalb der ersten sechs Monate eines Auslandsaufenthalts auch auf der ganzen Welt.
- ✓ Zur Verlängerung des Versicherungsschutzes ab dem siebten Monat eines Aufenthalts im außereuropäischen Ausland können Sie mit uns vor Beginn des siebten Monats eine gesonderte Vereinbarung schließen. Dabei können wir einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen, der bei dauerhafter Rückkehr nach Deutschland wieder entfällt.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Vor Vertragsschluss wird eine Gesundheitsprüfung durchgeführt. Daher müssen Sie uns alle geforderten Angaben zu durchgemachten oder bestehenden Beschwerden und Erkrankungen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Auf Verlangen müssen Sie uns während der Vertragslaufzeit jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist.
- Im Leistungsfall haben Sie nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- Sollten sich Ihre Kontaktdaten oder Ihre Bankverbindung ändern, müssen Sie uns dies unverzüglich mitteilen.
- Wenn Sie eine weitere Krankenversicherung bei einem anderen Versicherer abschließen, müssen Sie uns dies unverzüglich mitteilen.



Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und ist am Ersten eines jeden Monats fällig.
- Den ersten Beitrag müssen Sie, sofern nicht etwas anderes vereinbart wurde, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins 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.
- Die Beiträge müssen Sie an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle entrichten.



Wann beginnt und endet die Deckung?

- Wann der Versicherungsschutz beginnt, ist im Versicherungsschein angegeben. Versicherungsbeginn ist jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Ablauf von Wartezeiten.
- Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.
- Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer von zwei Jahren. Hierbei gilt eine Kündigungsfrist von drei Monaten.
- Erhöhen sich die Beiträge, können Sie Ihren Vertrag innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung außerordentlich kündigen.
- In beiden Fällen wird Ihre Kündigung nur wirksam, wenn Sie Ihrem Versicherer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung, spätestens jedoch zu dem Zeitpunkt, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, nachweisen, dass Sie über einen anderweitigen Krankenversicherungsschutz verfügen, der sich nahtlos an die gekündigte Versicherung anschließt.
- Wenn Sie oder eine in Ihrem Vertrag versicherte Person in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig werden, können Sie den Vertrag binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht außerordentlich rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Wir können einen entsprechenden Nachweis über den Eintritt der Versicherungspflicht verlangen. Das Gleiche gilt, wenn Sie einen Anspruch auf Familienversicherung oder einen nicht nur vorübergehenden Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis erwerben.