Private Krankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Debeka

Unternehmen:
Debeka Krankenversicherungsverein a. G.

Tarife:
N-SB, KTmed

Deutschland

Dieses Informationsblatt bietet Ihnen einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz in der Krankheitskostenvollversicherung und der Krankentagegeldversicherung. Die Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung sowie für die Krankentagegeldversicherung, bestehend aus den MB/KK 2009 und den MB/KT 2009 sowie den entsprechenden Tarifbedingungen, 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 Krankenversicherung, die den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ersetzt und mit deren Abschluss die Pflicht zur Versicherung nach § 193 Abs. 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) erfüllt werden kann. Sie sichert Sie gegen das Krankheitskostenrisiko sowie gegen das Risiko des Verdienstausfalls ab.

Was ist versichert?

- ✓ Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlungen wegen Krankheiten, Unfällen und anderen in den AVB genannten Ereignissen
- ✓ Aufwendungen für medizinisch notwendige Zahnbehandlungen, Zahnersatz und Kieferorthopädie
- ✓ Aufwendungen für Leistungen von Heilpraktikern
- ✓ Aufwendungen für ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen)
- ✓ Aufwendungen für Allgemeine Krankenhausleistungen nach der jeweils gültigen Fassung der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) beziehungsweise des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG), bei Privatkliniken Aufwendungen für die Allgemeine Pflegeklasse
- ✓ Aufwendungen für Wahlleistungen (z. B. Chefarztbehandlung und Unterbringung im Zweibettzimmer) bei stationären Krankenhausbehandlungen
- ✓ Verdienstausfall aufgrund einer ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit infolge von Krankheit oder Unfall
- ✓ Verdienstausfall der weiblichen Versicherten, der während der Schutzfristen des Mutterschutzgesetzes sowie am Entbindungstag entsteht, wenn die Versicherte in diesem Zeitraum nicht oder nur eingeschränkt beruflich tätig ist

Was ist nicht versichert?

- ✗ Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind
- ✗ ambulante, stationäre oder zahnärztliche Behandlungen, die nicht medizinisch notwendig sind
- ✗ vorsätzlich herbeigeführte Krankheiten und Unfälle einschließlich Folgen
- ✗ Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder

Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Die Höhe der Versicherungsleistung hängt vom vertraglich vereinbarten Umfang und der Selbstbeteiligung ab.
- ! Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme das medizinisch notwendige Maß, kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
- ! In der Krankenversicherung darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.
- ! Das Krankentagegeld darf das auf den Kalendertag umgerechnete Nettoeinkommen aus der beruflichen Tätigkeit nicht übersteigen.

Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz gilt weltweit.

Welche Verpflichtungen habe ich?

- Vor Vertragsabschluss wird eine Gesundheitsprüfung durchgeführt. Dabei müssen Sie alle vom Versicherer geforderten Angaben zu Beschwerden und Erkrankungen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Sie und versicherte Personen müssen dem Versicherer jede Auskunft erteilen, die dieser benötigt,

um den Versicherungsfall, seine Leistungspflicht und deren Umfang festzustellen.

- Schließen Sie für eine versicherte Person bei einem anderen Versicherer eine Krankheitskostenversicherung ab oder wechselt eine versicherte Person in die gesetzliche Krankenversicherung, müssen Sie dem Versicherer das unverzüglich mitteilen.
- Sie müssen den Versicherer hinsichtlich der Krankentagegeldversicherung unverzüglich informieren, wenn sich das berufliche Nettoeinkommen einer versicherten Person nicht nur vorübergehend vermindert oder diese den Beruf wechselt.
- Eine neue Krankentagegeldversicherung dürfen Sie nur mit Einwilligung des Versicherers abschließen. Dies gilt auch für die Erhöhung bereits bestehender Krankentagegeldversicherungen.

Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden. Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.
- Sie können dem Versicherer für die Beitragszahlung ein SEPA-Lastschriftmandat erteilen oder die Beiträge selbst überweisen.
- 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 oder insgesamt eine Leistungspflicht entfällt.

Wann beginnt und endet die Deckung?

- Der Versicherungsbeginn ist im Versicherungsschein dokumentiert. Der Versicherungsschutz beginnt frühestens mit Abschluss des Versicherungsvertrags und nicht vor Ablauf der vertraglich vereinbarten Wartezeiten. Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.
- Der Versicherungsschutz der privaten Krankheitskostenvollversicherung endet, wenn das Versicherungsverhältnis beendet wird, die versicherte Person stirbt oder ihren gewöhnlichen Aufenthalt innerhalb eines Mitgliedsstaates in der EU oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum aufgibt. Dies gilt nicht, wenn das Versicherungsverhältnis aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.
- Der Versicherungsschutz der Krankentagegeldversicherung endet, sobald eine im Tarif bestimmte Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit nicht mehr erfüllt ist, Berufsunfähigkeit eintritt, das Versicherungsverhältnis beendet wird, die versicherte Person stirbt oder ihren gewöhnlichen Aufenthalt innerhalb eines Mitgliedsstaates in der EU oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum aufgibt. Dies gilt nicht, wenn das Versicherungsverhältnis aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Erhöhen sich die Beiträge, können Sie Ihren Vertrag innerhalb von zwei Monaten kündigen, nachdem Sie die Änderungsmitteilung erhalten haben. Wirksam wird Ihre Kündigung jedoch nur, wenn Sie Ihrem Versicherer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung oder bis zum Kündigungstermin nachweisen, dass Sie über einen anderweitigen Krankenversicherungsschutz verfügen, der sich nahtlos an die gekündigte Versicherung anschließt.
- Wechseln Sie oder wechselt eine über Sie versicherte Person in die gesetzliche Krankenversicherung, können Sie den Vertrag insoweit innerhalb von drei Monaten rückwirkend kündigen. Das gilt auch, wenn Sie oder eine über Sie versicherte Person einen Anspruch auf Familienversicherung oder einen nicht nur vorübergehenden Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis erwerben. Die Kündigung ist unwirksam, wenn Sie dem Versicherer den Eintritt der Versicherungspflicht, den Anspruch auf Familienversicherung oder den Anspruch auf Heilfürsorge nicht innerhalb von zwei Monaten nachweisen, nachdem der Versicherer Sie hierzu in Textform aufgefordert hat.
- Die Kündigung des Vertrags für einzelne mitversicherte Personen wird nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass die betroffene Person über die Kündigung informiert ist.