

Private Krankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Debeka

Unternehmen:
Debeka Krankenversicherungsverein a. G.

Tarif:
Basistarif

Deutschland

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz im Basistarif. Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen 2009 für den Basistarif, bestehend aus den AVB/BT 2009 und dem Tarif BT, 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?

- ✓ Aufwendungen für medizinisch notwendige ambulante und stationäre Heilbehandlungen wegen Krankheit oder Unfallfolgen, soweit die Leistungen nach Grund und Höhe ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind.
- ✓ Verdienstausfall als Folge von Krankheiten oder Unfällen, soweit dadurch Arbeitsunfähigkeit verursacht wird.
- ✓ Aufwendungen für Zahnbehandlungen und gezielte Vorsorgeuntersuchungen.
- ✓ Aufwendungen für Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und Entbindung.
- ✓ Aufwendungen für medizinisch notwendige ambulante Vorsorgeleistungen.
- ✓ Art, Umfang und Höhe der Leistungen sind vergleichbar mit den Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Ambulante oder stationäre Behandlungen, die nicht medizinisch notwendig sind.
- ✗ Auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle.

Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen 2009 für den Basistarif (AVB/BT 2009, Tarif BT), insbesondere in § 5 AVB/BT 2009.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Die Höhe der Versicherungsleistung hängt davon ab, welcher Tarifstufe die versicherte Person angehört und welcher Selbstbehalt vereinbart wurde.
- ! Die Leistungen sind mit dem Versorgungsniveau und den Preisen der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar.
- ! Gegebenenfalls fallen je Verordnung, Therapieeinheit oder Behandlungstag Zuzahlungen an.
- ! Bei bestimmten Behandlungsformen, z. B. bei Hilfsmitteln, Präventions- oder Rehabilitationsleistungen, sind Sie verpflichtet, vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Leistungszusage vom Versicherer einzuholen. Im Einzelnen sind die Fälle im Tarif BT aufgezählt.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Versichert sind Heilbehandlungen in der Bundesrepublik Deutschland.
- ✓ Unter bestimmten Voraussetzungen können auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sowie in der Schweiz in Anspruch genommen werden.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Vor Vertragsschluss wird eine Gesundheitsprüfung durchgeführt. Daher müssen Sie alle vom Versicherer geforderten Angaben zu durchgemachten oder bestehenden Beschwerden und Erkrankungen

- wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Die Leistungserbringer erhalten für die Behandlung von Versicherten im Basistarif geringere Vergütungen als bei sonstigen Privatpatienten. Daher sind Sie verpflichtet, den Leistungserbringer vor der Behandlung auf Ihren Versicherungsschutz im Basistarif hinzuweisen. Hierfür erhalten Sie einen entsprechenden Ausweis vom Versicherer.
 - Auf Verlangen müssen Sie dem Versicherer während der Vertragslaufzeit jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist.



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.
- Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.
- Der Versicherungsschutz endet, wenn die versicherte Person stirbt oder ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland aufgibt.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer von 18 Monaten, kündigen. 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, der sich nahtlos an die gekündigte Versicherung anschließt, verfügen.
- 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. Der Versicherer kann 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.