



Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz nach Tarif koop G. Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadensversicherung (AVB/KS), dem Tarif koop G, dem Versicherungsantrag sowie 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 Krankheitskostenzusatzversicherung, die den Versicherungsschutz der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ergänzt. Sie erweitert Ihre Absicherung gegen das Krankheitskostenrisiko.



Was ist versichert?

- ✓ Brillen.
- ✓ Zahnersatz zu 30 %. Als Zahnersatz gelten prothetische Leistungen einschl. Brücken, Kronen und Inlays, Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen, funktionsanalytische, funktionstherapeutische und implantologische Leistungen sowie zahntechnische Laborarbeiten und Materialien.
- ✓ Die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer bei medizinisch notwendiger stationärer Krankenhausbehandlung wegen Unfallfolgen.
- ✓ Die privatärztliche Behandlung bei medizinisch notwendiger stationärer Krankenhausbehandlung wegen Unfallfolgen.
- ✓ Ein Krankenhaustagegeld bei Verzicht auf Kostenerstattung.
- ✓ Die gesetzliche Zuzahlung im Krankenhaus nach einem Unfall.
- ✓ Mehrkosten des Mehrbettzimmers nach einem Unfall, wenn ein anderes als das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus aufgesucht wird.
- ✓ Schutzimpfungen vor Auslandsreisen und Auslandsreisekrankenversicherung.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlungen, die nicht medizinisch notwendig sind.
- ✗ Auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle.
- ✗ Allgemeine Krankenhausleistungen (z. B.: Pflegesätze, Fallpauschalen und Sonderentgelte).
- ✗ Aufwendungen für Material- und Laborkosten und gesondert vereinbarte ärztliche oder zahnärztliche Heilbehandlung im Zusammenhang mit Zahnersatz, wenn die Behandlung stationär durchgeführt wird.
- ✗ Stationäre Wahlleistungen (Ein- oder Zweibettzimmer, Chefarztbehandlung), Krankenhaustagegelder, gesetzliche Zuzahlungen im Krankenhaus und die Mehrkosten des Mehrbettzimmers, die nicht auf einen Unfall zurückzuführen sind.
- ✗ Stationäre Wahlleistungen (Ein- oder Zweibettzimmer, Chefarztbehandlung), Krankenhaustagegelder, gesetzliche Zuzahlungen im Krankenhaus und die Mehrkosten des Mehrbettzimmers, die auf Unfälle wegen Ausübung tariflich festgelegter Risikoportarten zurückzuführen sind.
- ✗ Stationäre Kur-, Heilstätten- bzw. Sanatoriumsbehandlungen.
- ✗ Auslandsreisen, die zum Zwecke der Behandlung im Ausland vorgenommen werden.

Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadensversicherung [AVB/KS] und dem Tarif koop G, insbesondere in § 5 AVB/KS.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Brillen bis maximal 180 EUR (alle 24 Monate oder bei Sehschärfenänderung um mind. 0,5 Dioptrien), maximal 180 EUR pro Kalenderjahr.
- ! Zahnersatz inkl. Vorleistung der GKV bis maximal 90 %. Erstattungshöchstbetrag bis Ende des 1. Versicherungsjahres insgesamt 180 EUR, bis Ende des 2. Versicherungsjahres insgesamt 360 EUR, bis Ende des 3. Versicherungsjahres insgesamt 540 EUR, bis Ende des 4. Versicherungsjahres insgesamt 720 EUR; ab dem 5. Versicherungsjahr unbegrenzt.
- ! Für implantologische Maßnahmen einschließlich Material- und Laborkosten sind die Leistungen auf maximal 6 Implantate im Oberkiefer und 4 Implantate im Unterkiefer begrenzt.
- ! Aufwendungen für Material- und Laborkosten im Zusammenhang mit Zahnersatz werden auch bei stationärer Heilbehandlung mit 30 % erstattet.
- ! Bis zu 50 EUR Krankenhaustagegeld bei Verzicht auf Kostenersatz für die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer oder die privatärztliche Behandlung nach einem Unfall.
- ! Die gesetzliche Zuzahlung im Krankenhaus nach einem Unfall für längstens 28 Tage.
- ! Bis zu 100 EUR im Versicherungsjahr werden für Schutzimpfungen (gegen Cholera, Typhus, Malaria, Gelbfieber und Hepatitis) vor Auslandsreisen gezahlt.
- ! Ambulante und stationäre Heilbehandlung im Ausland während maximal 6-wöchiger Reisen.
- ! Bestattungskosten im Ausland nur bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung nach Deutschland entstanden wären.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Versichert sind Heilbehandlungen in Europa, Russland und der Türkei, darüber hinaus auch im ersten Monat eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland. Muss die versicherte Person dort jedoch wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus verbleiben, hat sie solange Versicherungsschutz, bis sie die Rückreise ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann. In anderen Fällen verringern sich die Leistungen ab Beginn des zweiten Monats im außereuropäischen Ausland um ein Drittel. Die Leistungen sind in jedem Fall auf die Höhe begrenzt, die bei einer Behandlung im Inland angefallen wäre.
- ✓ Bei vorübergehendem Aufenthalt im europäischen oder außereuropäischen Ausland können Sie durch Besondere Bedingungen (Beitragszuschlag) die volle tarifliche Leistung ohne Begrenzung auf die Bundespflegesatzverordnung, auf das Krankenhausentgeltgesetz oder auf die deutschen amtlichen Gebührenordnungen vereinbaren.
- ✓ Auch bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in das europäische Ausland können Sie durch Besondere Bedingungen (Beitragszuschlag) die volle tarifliche Leistung ohne Begrenzung auf die Bundespflegesatzverordnung, auf das Krankenhausentgeltgesetz oder auf die deutschen amtlichen Gebührenordnungen vereinbaren.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Vor Vertragsschluss wird eine Gesundheitsprüfung durchgeführt. Daher müssen die versicherten Personen alle vom Versicherer geforderten Angaben zu durchgemachten oder bestehenden Beschwerden und Erkrankungen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Auf Verlangen müssen Sie und die versicherten Personen dem Versicherer während der Vertragslaufzeit jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist.
- Zur Erstattung von Leistungen für Zahnersatz muss dem Versicherer zusammen mit der Rechnung ein von der GKV genehmigter und abgerechneter Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorgelegt werden.
- Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer die Beendigung des Versicherungsschutzes einer versicherten Person bei dem Kooperationspartner bzw. innerhalb der GKV unverzüglich mitzuteilen.



Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden. Bitte zahlen Sie die Beiträge jeweils am Ersten Ihrer gewählten Zahlungsperiode. Ab dem Ende des Kalenderjahres, in dem das 19., das 39., das 59. bzw. das 79. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu entrichten.
- Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen, spätestens am Tag des Versicherungsbeginns.
- Verspätete Beitragszahlungen können zu Mahnkosten und zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.
- 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 Versicherungsvertrags und nicht vor Ablauf von Wartezeiten.
- Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.
- Der Versicherungsschutz endet, wenn die versicherte Person stirbt. Er endet auch bei Beendigung des Versicherungsschutzes in der GKV oder wenn die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb Europas, Russlands und der Türkei verlegt, es sei denn, dass der Versicherungsschutz aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.
- Endet der Versicherungsschutz beim Kooperationspartner oder endet der Kollektivvertrag, wird die Versicherung in einem vergleichbaren Tarif fortgeführt.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können das Versicherungsverhältnis oder einen einzelnen Tarif zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, kündigen. Hierbei gilt eine Kündigungsfrist von drei Monaten.
- Erhöhen sich die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel, können Sie Ihren Vertrag hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung außerordentlich kündigen.
- Erhöhen sich die Beiträge aufgrund einer bedingungsgemäßen Altersumstufung, können Sie Ihren Vertrag hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach der Beitragserhöhung zum Zeitpunkt der Änderung außerordentlich kündigen.