

Produktinformationsblatt (PIB)

Wilfried Schöler, Versicherungsmakler, Landstraße 92-94, 69502 Hemsbach
Fon 06201/6 10 88, Fax 06201/6 10 89, Mail: info@WilfriedSchoeler.de

Produktinformationsblatt (PIB) für Frau Katja Beamtin**Gesellschaft ARAG**

Leistung für Tarife 217, 247, 527, 277, 11, PVB

Information	Mit den nachfolgenden Informationen möchten wir Ihnen einen ersten Überblick über die Ihnen angebotene Krankenversicherung geben. Diese Informationen sind jedoch <u>nicht abschließend</u>. Der gesamte Vertragsinhalt ergibt sich aus dem Antrag, dem Versicherungsschein und den beigefügten Versicherungsbedingungen. Wir empfehlen Ihnen, die gesamte Vertragsbestimmung sorgfältig zu lesen.
§4 II Nr.1 VVG- InfoV Versicherungsvertragsart	Beihilfeversicherung: Ledig oder Verheiratet Grundlage sind die beigefügten Allgemeinen Versicherungsbedingungen.
§4 II Nr.2 VVG- InfoV Versichertes Risiko	Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Ambulant Arznei/Verbandmittel §4(3), Brillen/Sehhilfen §4(3), GOÄ- Ärzte amb. darüber §4(2), GOÄ- Ärzte ambulant §4(2), GOÄ- Ärzte ambulant Ausland, Heilmittel §4(3), Hilfsmittel §4(3), Krankenfahrstuhl §4(3), Kurort-Behandlung §5(1)e, orthopädische Schuhe §4(3), Psychotherapie §4(2), Transportkosten Ambulant Stationär Geltungsbereich §1(4), GOÄ- Ärzte stat. darüber §4(2), GOÄ- Ärzte stationär §4(2), GOÄ- Ärzte stationär Ausland, Transportkosten im Inland Zahn Entfällt Summenbeg. bei Unfall, GOZ- Zahnärzte §4(2), GOZ- Zahnärzte Ausland, GOZ- Zahnärzte darüber §4(2), Heil- und Kostenplan, Summenbegrenzung Zahn, Zahnleistung - Erstattung in % Krankenhaustagegeld KHT- Bundeswehr

Produktinformationsblatt (PIB)

Wilfried Schöler, Versicherungsmakler, Landstraße 92-94, 69502 Hemsbach
Fon 06201/6 10 88, Fax 06201/6 10 89, Mail: info@WilfriedSchoeler.de

Produktinformationsblatt (PIB) für Frau Katja Beamtin

Gesellschaft ARAG

Leistung für Tarife 217, 247, 527, 277, 11, PVB

§4 II Nr.3 VVG- InfoV Beitrag und
Beitragszahlung

217, 247, 527, 277, 11, PVB, Gesamtbeitrag in €: 259,76
darin enthalten ARB in €: 22,22

Diese Angaben können sich nach Durchführung der Gesundheitsprüfung unter Umständen noch ändern. Sollten Sie eine Übertragungswertbescheinigung eingereicht haben, kann sich der Beitrag noch ändern, sofern der tatsächlich ausgezahlte Übertragungswert von dem angenommenen Übertragungswert abweicht.

Ausweis der in die Prämie einkalkulierten Kosten:

In den Beiträgen Ihrer Tarife der substitutiven Krankenversicherung sind Kosten für die Vermittlung und den Abschluss des Vertrages monatlich und übrige Kosten monatlich eingerechnet.

Die Vertragslaufzeit des Vertrages ist unbefristet. Der Vertrag endet spätestens mit dem Tod, es sei denn, es treten andere Beendigungsgründe ein (z.B. durch Kündigung).

Sonstige Kosten:

Grundsätzlich fallen keine zusätzlichen Kosten an. Lediglich die folgenden außergewöhnlichen Kosten können verursachungsgerecht im Einzelfall anfallen:

Fehlgeschlagener Lastschriftinzug: Retourengebühren ca. 3,07 Euro

Mahnung bei Zahlungsverzug: Mahngebühr 2,50 Euro

Einwohnermeldeamtanfrage: EMA- Gebühr ca. 10,00 Euro

Der Beitrag wird jeweils zum Ersten eines Monats fällig.

Die erste Beitragsrate wird sofort nach Zugang des Versicherungsscheins fällig, jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn.

Die erste Beitragsrate für die private Pflegepflichtversicherung wird unverzüglich nach Ablauf von 2 Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins fällig.

Die Beitragszahlung endet zum Vertragsende.

Einzelheiten enthalten die jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 8.

Folgen unterbliebener oder verspäteter Zahlung bei der Krankheitskosten- Vollversicherung:

Vollversicherung: Wenn Sie in der Krankheitskosten- Vollversicherung in Höhe von zwei Monatsbeiträgen im Rückstand sind, erhalten Sie von uns eine Mahnung. Ist der Rückstand zwei Wochen nach Zugang dieser Mahnung noch höher als ein Monatsbeitrag, teilen wir Ihnen mit, dass die Leistungen ruhen. Das Ruhen tritt drei Tage nach Zugang dieser Mitteilung bei Ihnen ein. Während der Ruhenszeit haben Sie nur eingeschränkten Versicherungsschutz. Darüber hinaus haben Sie Mahnkosten in gesetzlich zulässiger Höhe zu entrichten.

Sind die ausstehenden Monatsbeiträge sowie die Betreibungskosten nicht innerhalb eines Jahres nach Beginn des Ruhens vollständig bezahlt, so wird das Ruhen der Versicherung im Basistarif fortgesetzt.

Einzelheiten enthalten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 8 Teil I Abs. 6, Teil II Abs. 5 der MB/KK 2009.

Zusatzversicherung: Wenn Sie den Erstbeitrag schuldhaft nicht rechtzeitig zahlen, können wir solange vom Vertrag zurücktreten, wie Sie nicht gezahlt haben. Außerdem werden wir dann im Versicherungsfall nicht leisten.

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, erhalten Sie von uns eine Mahnung, in der wir Ihnen eine 2-monatige Zahlungsfrist setzen. Tritt nach Fristablauf der Versicherungsfall ein und sind Sie zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung des Beitrags in Verzug, so entfällt Ihr Versicherungsschutz. Außerdem können wir bei fortdauerndem Zahlungsverzug nach Fristablauf den Vertrag kündigen.

Einzelheiten enthalten die jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 8.

Pflegepflichtversicherung: Wenn Sie den Erstbeitrag für die private Pflegepflichtversicherung nicht zahlen, beginnt der Versicherungsschutz nicht.

Bei nicht rechtzeitiger Zahlung eines Beitrags für die Pflegepflichtversicherung, erhalten Sie von uns eine Mahnung. Unsere Zahlungspflicht besteht trotz Zahlungsverzugs weiter, wobei der rückständige Beitrag gegebenenfalls mit der Leistung verrechnet wird. Ferner haben Sie die uns entstandenen Betreibungskosten zu zahlen.

Sind Sie mit sechs oder mehr Monatsbeiträgen in Verzug, kann von der zuständigen Verwaltungsbehörde ein Bußgeld bis zu 2.500 Euro verhängt werden.

Einzelheiten enthalten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 8 Abs. 7 und Abs. 8 der MB/PPV 2010.

Produktinformationsblatt (PIB)

Wilfried Schöler, Versicherungsmakler, Landstraße 92-94, 69502 Hemsbach
Fon 06201/6 10 88, Fax 06201/6 10 89, Mail: info@WilfriedSchoeler.de

Produktinformationsblatt (PIB) für Frau Katja Beamtin

Gesellschaft ARAG

Leistung für Tarife 217, 247, 527, 277, 11, PVB

§4 II Nr. 4 VVG- InfoV Leistungsausschlüsse

Keine Leistungspflicht in der Krankheitskosten- Vollversicherung besteht beispielsweise für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen.
Ferner besteht in der privaten Pflegepflichtversicherung u.a. keine Leistungspflicht, solange sich die Versicherte Person im Ausland aufhält.
Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Einzelheiten und eine vollständige Aufzählung der Einschränkungen unserer Leistungspflicht entnehmen Sie bitte § 5 (Teil I und II) der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Ferner können sich Leistungs- und Risikoausschlüsse im Rahmen der Risiko- und Gesundheitsprüfung ergeben. Auf erforderliche Leistungsausschlüsse wird durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein hingewiesen.

Stationär

Beitragsfrei bei Elternschaft, Transportkosten weltweit

Krankenhaustagegeld

KHT- Teilstationär

§4 II Nr.5 VVG- InfoV Obliegenheiten bei Vertragsschluss und Rechtsfolgen Ihrer Nichtbeachtung

Im Rahmen des Vertragsschlusses sind die Antragsfragen, insbesondere die Risiko- und Gesundheitsfragen nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten.

Unrichtige Angaben können schwerwiegende Konsequenzen für Sie haben. Je nach Art und Schwere der Pflichtverletzung können Sie Ihren Versicherungsschutz ganz oder teilweise verlieren. Unter Umständen können wir uns auch vorzeitig vom Vertrag lösen.

Bitte beachten Sie hierzu die Ausführungen zur Bedeutung der vorvertraglichen Anzeigepflicht im Abschnitt „Wichtige Hinweise“ des Antrags.

§4 II Nr.6 VVG- InfoV Obliegenheiten während Vertragslaufzeit und Rechtsfolgen ihrer Nichtbeachtung

Während der Vertragslaufzeit haben Sie uns etwa den Abschluss einer weiteren Krankheitskostenversicherung unverzüglich anzuzeigen. Eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung sowie eine weitere ergänzende Pflegekrankenversicherung dürfen Sie nur mit unserer Einwilligung abschließen. In der Krankentagegeldversicherung müssen Sie uns einen Berufswechsel jeder versicherten Person unverzüglich mitteilen.

In der privaten Pflegepflichtversicherung haben Sie uns z.B. die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit durch beitragsfrei mitversicherte Kinder unverzüglich schriftlich anzuzeigen.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Weitere Ausführungen enthalten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 9 der jeweils gültigen Bedingungen.

Je nach Schwere der Pflichtverletzung sind wir unter Umständen ganz oder teilweise nicht zur Leistung verpflichtet. Gegebenenfalls können wir auch den Vertrag fristlos kündigen.

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte § 10 der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

§4 II Nr.7 VVG- InfoV Obliegenheiten bei Versicherungsfall und Rechtsfolgen ihrer Nichtbeachtung

Bei Eintritt des Versicherungsfalles haben Sie unter anderem alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.

Ferner hat die versicherte Person möglichst für die Minderung des Schadens zu sorgen.
In der privaten Pflegepflichtversicherung sind Eintritt, Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit unverzüglich schriftlich anzuzeigen.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Weitere Ausführungen enthalten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 9.

Je nach Schwere der Pflichtverletzung sind wir unter Umständen ganz oder teilweise nicht zur Leistung verpflichtet. Auf diese Folge werden wir Sie in einer gesonderten Mitteilung hinweisen.

Einzelheiten entnehmen Sie bitte § 10 der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

§4 II Nr. 8 VVG- InfoV Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

Geplanter Versicherungsbeginn: 01.03.2011

Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf der Wartezeiten.

In der privaten Pflegepflichtversicherung beginnt der Versicherungsschutz ferner nicht vor Zahlung des ersten Beitrags.

Einzelheiten zum Beginn des Versicherungsschutzes entnehmen Sie bitte § 2 der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Der Versicherungsschutz endet mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Einzelheiten zum Ende des Versicherungsschutzes entnehmen Sie bitte § 7 der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

§4 II Nr.9 VVG- InfoV Möglichkeiten der Vertragsbeendigung

Wie können Sie den Vertrag beenden?

Sie als Versicherungsnehmer können Ihren Vertrag mit einer Frist von 3 Monaten schriftlich kündigen. Erstmals ist eine Kündigung Ihres Vertrages zum Ablauf der Mindestvertragsdauer von 24 Monaten nach Vertragsbeginn - bei Krankentagegeldtarifen zum Ablauf von 12 Monaten nach Vertragsbeginn - möglich. Danach können Sie zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen, wobei das Versicherungsjahr mit dem Kalenderjahr zusammenfällt. Ihre Kündigung der Krankheitskosten- Vollversicherung und der privaten Pflegepflichtversicherung wird erst wirksam, wenn Sie Ihre Nachweispflicht erfüllen.

Daneben haben Sie in bestimmten Fällen Sonderkündigungsrechte, z.B. bei Eintritt der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (in der Vollversicherung), bei einer Beitragserhöhung (in der Zusatzversicherung). Einzelheiten zur Kündigung durch den Versicherungsnehmer finden Sie in § 13 und § 16 der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Verbraucherinformationsblatt (VIB)

Wilfried Schöler, Versicherungsmakler, Landstraße 92-94, 69502 Hemsbach
Fon 06201/6 10 88, Fax 06201/6 10 89, Mail: info@WilfriedSchoeler.de

Verbraucherinformationsblatt (VIB) für Frau Katja Beamtin

Gesellschaft ARAG

Leistung für Tarife 217, 247, 527, 277, 11, PVB

§1 I Nr.1 VVG- InfoV Angaben zum Versicherer	ARAG KrankenversicherungsAG Hollerithstraße 11, 81829 München Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Paul Otto Faßbender Vorstand: Wolfgang Brunner, Werner Nicoll, Dr. Werenfried Wendler Sitz und Registergericht: München HRB 69751
§1 I Nr.2 VVG- InfoV Angaben zum Versicherungsvermittler	Wilfried Schöler, Versicherungsmakler, Landstraße 92-94, 69502 Hemsbach Fon 06201/6 10 88, Fax 06201/6 10 89, Mail: info@WilfriedSchoeler.de
§1 I Nr.3 VVG- InfoV Anschriften	ARAG KrankenversicherungsAG Hollerithstraße 11, 81829 München Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Paul Otto Faßbender Vorstand: Wolfgang Brunner, Werner Nicoll, Dr. Werenfried Wendler
§1 I Nr.4 VVG- InfoV Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers	Hauptgeschäftstätigkeit der ARAG KrankenversicherungsAG ist der Betrieb der Krankenversicherung.
§1 I Nr.5 VVG- InfoV Sicherungsfonds	Die ARAG KrankenversicherungsAG gehört der folgenden Einrichtung zur Sicherung der Ansprüche von Versicherten (Sicherungsfonds) an: Medicator AG, Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln
§1 I Nr.6 VVG- InfoV Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung	Dem Versicherungsverhältnis liegen die jeweils vereinbarten Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die - Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009, Tarifbedingungen und Tarifbeschreibung) bzw. - Krankentagegeldversicherung (MB/KT 2009, Tarifbedingungen und Tarifbeschreibung) bzw. - ergänzende Pflegeversicherung (MB/EPV 2009, Tarifbedingungen und Tarifbeschreibung) bzw. - private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2009 und Tarifbeschreibung) in den jeweils bei Vertragsabschluss geltenden Fassung zugrunde. Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes ergeben sich aus § 1 der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung ergeben sich - hinsichtlich Art und Umfang der Leistungen aus den §§ 4 und 5 sowie der jeweiligen Tarifbeschreibung (Teil III) - hinsichtlich Fälligkeit und Erfüllung der Leistungen aus § 6 der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Versicherungsschutz für: Ambulant, Stationär, Zahn, Beihilfeergänzung, Krankenhaustagegeld, Pflegepflicht Hiefür gelten folgende Tarifdokumente: 217 (A 839) (10.10), 247 (A 839) (10.10), 527 (A 839) (10.10), 277 (A 839) (10.10), 11 (A 839) (10.10), PVB (A 839) (10.10), 217 (MB/KK A 839) (10.10), PVB (MB/PPV A 839) (10.10)
§1 I Nr.7-11 VVG- InfoV Angaben zum Beitrag und anderen Kosten, Gültigkeitsdauer der Informationen	Gesamtpreis der Versicherung Den zu entrichtenden Gesamtbeitrag können Sie dem Produktinformationsblatt sowie dem Antrag entnehmen. Diese Angaben können sich nach Durchführung der Gesamtprüfung unter Umständen noch ändern. Der tatsächlich zu entrichtende Beitrag wird Ihnen in diesem Fall anhand des Versicherungsscheins mitgeteilt. Zusätzliche Kosten Zusätzliche Gebühren oder Kosten für den angebotenen Versicherungsschutz werden nicht erhoben. Beitragszahlung Der Beitrag einschließlich der Zuschläge ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch unterjährig in gleichen Beitragsraten, d.h. monatlich, vierteljährlich oder halbjährlich gezahlt werden. Der Beitrag gilt bei unterjähriger Zahlungsweise bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet. Die Beitragsraten sind am ersten Tag der von Ihnen gewählten Zahlungsperiode fällig. Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist sofort nach Zugang des Versicherungsscheins fällig, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen Unser Angebot basiert auf der Grundlage unserer aktuellen Beiträge. Diese gelten bis auf Weiteres. Änderungen behalten wir uns vor. Geplanter Versicherungsbeginn: 01.03.2011
§1 I Nr.12 VVG- InfoV Zustandekommen des Vertrages und Beginn des Versicherungsschutzes	Der Vertrag kommt durch den Antrag auf Krankenversicherung seitens eines Vertragspartners und die Annahme dieses Antrages durch den anderen Vertragspartner zustande. Bei einem Antrag (Angebot) durch den Versicherungsnehmer erfolgt eine Antragsannahme durch die ARAG KrankenversicherungsAG durch die Ausstellung eines Versicherungsscheins oder eine Annahmeerklärung. Bei einer Anfrage durch den Versicherungsnehmer ("InvitatioAntrag") erfolgt das Angebot durch die ARAG KrankenversicherungsAG und die Annahme des Angebots durch Annahmeerklärung des Versicherungsnehmers. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem vereinbarten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Ablauf der vereinbarten Wartezeit, sofern das Widerrufsrecht nicht ausgeübt wurde.

Verbraucherinformationsblatt (VIB)

Wilfried Schöler, Versicherungsmakler, Landstraße 92-94, 69502 Hemsbach
Fon 06201/6 10 88, Fax 06201/6 10 89, Mail: info@WilfriedSchoeler.de

Verbraucherinformationsblatt (VIB) für Frau Katja Beamtin

Gesellschaft ARAG

Leistung für Tarife 217, 247, 527, 277, 11, PVB

§1 I Nr.13 VVG- InfoV Angaben zu
Ihrem Widerrufsrecht

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, EMail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 VVG- Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

ARAG KrankenversicherungsAG, Hollerithstraße 11, 81829 München
Telefax +49 (0) 89/4124-9525, EMail: Anfrage-KV@ARAG.de

Widerrufsfolgen

Im Fall eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um 1/30 des im Produktinformationsblatt unter Punkt „§ 4 II Nr. 3 VVG- InfoV Beitragszahlung“ ausgewiesenen Monatsbeitrag pro Tag.

Die Erstattung zurück zu zahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise:

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

- Ende der Widerrufsbelehrung -

§1 I Nr.14-15 VVG- InfoV Laufzeit und
Beendigung des Vertrages

Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen. Sie können als Versicherungsnehmer den Vertrag mit einer Frist von 3 Monaten schriftlich kündigen. Erstmals ist eine Kündigung Ihres Vertrages zum Ablauf der Mindestvertragsdauer von 24 Monaten nach Vertragsbeginn - bei Krankentagegeldtarifen zum Ablauf von 12 Monaten nach Vertragsbeginn - möglich.

Danach können Sie zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen, wobei das Versicherungsjahr mit dem Kalenderjahr zusammenfällt.

Ihre Kündigung einer Krankheitskosten- Vollversicherung/ privaten Pflegepflichtversicherung wird erst wirksam, wenn Sie Ihre Nachweispflicht erfüllen.

Daneben haben Sie Sonderkündigungsrechte, z.B. bei einer Beitragserhöhung.

Einzelheiten zur Kündigung durch den Versicherungsnehmer sowie zu weiteren Beendigungsgründen finden Sie in §§ 13-16 der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

§1 I Nr.16-17 VVG- InfoV
Anwendbares Recht und zuständiges
Gericht

Es findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Angaben zum zuständigen Gericht können Sie § 17 der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen entnehmen.

§1 I Nr.18 VVG- InfoV
Vertragssprache

Alle Vertragsunterlagen werden in deutscher Sprache zur Verfügung gestellt. Auch die gesamte Kommunikation zu Ihrem Vertragsverhältnis erfolgt in deutscher Sprache.

§1 I Nr.19-20 VVG- InfoV
Außergerichtliche
Beschwerdemöglichkeiten sowie
Name und Anschrift der zuständigen
Aufsichtsbehörde

Für außergerichtliche Beschwerden steht Ihnen das Beschwerdeverfahren über den Ombudsmann offen. Die Anschrift lautet:

Ombudsmann für die private Kranken- und Pflegeversicherung

Postfach 060222

10052 Berlin

Telefon (0180) 2550444 (0,06 Euro je Gespräch aus dem Festnetz)

EMail info@pkvombudsmann

Unser Unternehmen ist Mitglied in diesem Verband. Sie können daher das kostenlose und außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen. Auf Wunsch senden wir Ihnen gerne die Verfahrensordnung zu. **Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu bestreiten, bleibt hiervon unberührt.**

Zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Sie haben die Möglichkeit, sich bei Beschwerden an die Aufsichtsbehörde zu wenden.

§3 I Nr.1-2 VVG- InfoV Kosten für
Vermittlung, Abschluss und
Verwaltung

Die in den Beiträgen Ihrer Tarife der substitutiven Krankenvollversicherung einkalkulierten Kosten für die Vermittlung und den Abschluss des Vertrages sowie übrige Kosten entnehmen Sie bitte dem Produktinformationsblatt unter „§ 4 II Nr. 3 VVG- InfoV Beitragszahlung“.

Angaben zur Höhe der möglichen sonstigen Kosten finden Sie im Produktinformationsblatt unter „§ 4 II Nr. 3 VVG- InfoV Beitragszahlung“.

Verbraucherinformationsblatt (VIB)

Wilfried Schöler, Versicherungsmakler, Landstraße 92-94, 69502 Hemsbach
Fon 06201/6 10 88, Fax 06201/6 10 89, Mail: info@WilfriedSchoeler.de

Verbraucherinformationsblatt (VIB) für Frau Katja Beamtin

Gesellschaft ARAG

Leistung für Tarife 217, 247, 527, 277, 11, PVB

§3 I Nr.3 VVG- InfoV
Beitragsentwicklung in der Zukunft

Die Tarife der privaten Krankenversicherung sind auf Basis der zum Zeitpunkt der Kalkulation bekannten Verhältnisse im Gesundheitswesen berechnet und garantieren - bei unveränderter Kostensituation - auch bei zunehmendem Alter konstante Beiträge. In der Vergangenheit hat jedoch die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen immer wieder zu Beitragssteigerungen geführt, mit denen auch zukünftig gerechnet werden muss.

Eine gute medizinische Versorgung hat natürlich ihren Preis. Die Gesundheitsversorgung in Deutschland zählt zu den besten der Welt. Der hohe Qualitätsstandard und der Fortschritt auf dem Gebiet der Medizintechnik und im Arzneimittelbereich, aber auch die zunehmende Lebenserwartung der Versicherten sind wesentliche Gründe dafür, dass die Ausgaben für Gesundheit und damit die Krankenversicherungsbeiträge in den vergangenen Jahren stärker angestiegen sind als die allgemeinen Lebenshaltungskosten. Speziell für ältere Versicherte können durch das Zusammenwirken mehrerer der genannten Faktoren die erforderlichen Beitragssteigerungen, die zur Erfüllung der tariflichen Leistungszusage auf das jeweils erreichte Alter bezogen werden müssen, auch deutlich über der allgemeinen Kostenentwicklung liegen.

Das Ausmaß der künftigen Veränderungen wird von vielen Faktoren abhängen wie etwa auch der Lohnentwicklung insbesondere im Gesundheitssektor und kann somit zum heutigen Zeitpunkt noch nicht sicher prognostiziert oder kalkulatorisch berücksichtigt werden.

§3 I Nr.4 VVG- InfoV
Beitragsbegrenzung im Alter

Um hohe Beitragssteigerungen aufgrund von notwendig gewordenen Beitragsanpassungen speziell für ältere Versicherte zu vermeiden, hat der Gesetzgeber vorgeschrieben, dass ein Großteil der durch die Versicherungsunternehmen erwirtschafteten Zinsüberschüsse zur Stabilisierung der Beiträge verwendet wird.

Mit Inkrafttreten der Gesundheitsreform 2000 wurde darüber hinaus ein 10-prozentiger Beitragszuschlag (gesetzlicher Zuschlag) auf die Krankheitskostenvollversicherung eingeführt. Dieser gesetzliche Zuschlag wird für die Alter 21 bis 60 erhoben. Das aus ihm stammende Kapital wird vollständig verzinslich angespart und - wie im Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) vorgeschrieben - ab Alter 65 dazu verwendet, die Beiträge konstant zu halten.

Durch den Wechsel in andere Tarife mit eventuell geringerem Leistungsumfang oder durch eine Erhöhung des Selbstbehaltes haben auch Sie selbst aktiv die Möglichkeit, den Beitrag zu senken.

Darüber hinaus bietet die ARAG Krankenversicherung auch den Basistarif an:

Alle krankenvollversicherten Personen, deren Versicherungsschutz nach dem 31.12.2008 abgeschlossen wird (so genannte „neue Welt“), haben das Recht, in den Basistarif zu wechseln. Alle übrigen vollversicherten Personen können nur unter bestimmten Voraussetzungen in den Basistarif wechseln.

Der Beitrag für den Basistarif darf den Höchstbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigen (für Beihilfeberechtigte den entsprechenden nicht durch den Beihilfesatz gedeckten Anteil). Der Versicherungsschutz ist vergleichbar mit dem der gesetzlichen Krankenkassen (GKV). Bei Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch vermindert sich der Beitrag für die Dauer der Hilfebedürftigkeit nochmals um die Hälfte.

§3 I Nr.5 VVG- InfoV Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung

Ein Wechsel von der privaten in die gesetzliche Krankenversicherung ist in fortgeschrittenem Alter in der Regel ausgeschlossen.

§3 I Nr.6 VVG- InfoV Wechsel innerhalb der PKV

Ein Wechsel innerhalb der privaten Krankenversicherung kann insbesondere im fortgeschrittenem Alter mit höheren Beiträgen verbunden sein, da der Beitrag auf Basis des aktuellen Lebensalters - ggf. unter Anrechnung übertragungsfähiger Teile der Alterungsrückstellung - berechnet wird.

Da für den neuen Krankenversicherer - mit Ausnahme der Versicherung im Basistarif - grundsätzlich keine Annahmeverpflichtung besteht, kann ein Wechsel gegebenenfalls auf den Basistarif beschränkt sein.

§3 I Nr.7 VVG- InfoV Historie
(Eintrittsalter 35) - Beitragsentwicklung
im Zeitraum der dem Angebot
vorangehenden zehn Jahre in Euro

Vorschlag für eine Krankenversicherung nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV

Wilfried Schöler, Versicherungsmakler, Landstraße 92-94, 69502 Hemsbach
Fon 06201/6 10 88, Fax 06201/6 10 89, Mail: info@WilfriedSchoeler.de

KV-Vorschlag für Frau Katja Beamtin**Beruf** Bundes- oder Landesbeamte / Bund**Status** Ledig oder Verheiratet**Geburtsdatum** 01.01.1981**Geschlecht** weiblich**Neubeginn** 01.03.2011

Beihilfeanspruch	Ambulant	Stationär	Zahn
Erstattung	50 %	50 %	50 %
Restkosten	50 %	50 %	50 %

Der Vorschlag für eine Krankenversicherung basiert auf Ihren Angaben zur Person, auf Ihren angegebenen Wünschen und den ermittelten Bedürfnissen. Bitte prüfen Sie daher alle Angaben entsprechend sorgfältig, insbesondere auch die Tarifleistungen der Vorschläge! Für alle Tarifaussagen gelten ausschließlich die MB/AVB Teil 1 + 2 sowie die Tarifbedingungen AVB Teil 3 der Gesellschaft ARAG.

Gesellschaft ARAG**Eintrittsalter 30****Währung: €**

Tarif	Tarif-Kurzbeschreibung	Tarifbeitrag
217	BAP zum 01/09 50% ambulante Restkosten-Erstattung Psychotherapie, Heilpraktiker Arzneien, Heil- und Hilfsmittel	133,77
247	BAP zum 01/09 2 Bett Privatarzt 50% Erstattung auch über GOÄ-Höchstsatz Kur, Entbindung, Transport	50,40
527	BAP zum 01/10 50% ZB,KfO,ZE	31,73
277	BAP zum 01/10 50% Stat+Amb+Zahn Restkosten-Erg Auslandsreiseschutz, Heilpraktiker (Nur in Verbindung mit Tarif 52x.)	6,33
11	BAP zum 01/09 20 EUR Krankenhaustagegeld	4,20
PVB	BAP zum 01/10 Private PflegePflichtVersicherung	11,11
Alterungsrückst.	Gesetzl. Zuschlag 10% nach §12 VAG zur Prämienermäßigung im Alter	22,22
zu zahlender Monatsbeitrag (MB)		259,76

Tarifleistungen/Bedingungsanalyse nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV

Wilfried Schöler, Versicherungsmakler, Landstraße 92-94, 69502 Hemsbach
Fon 06201/6 10 88, Fax 06201/6 10 89, Mail: info@WilfriedSchoeler.de

KV-Vorschlag für Frau Katja Beamtin

Die Leistungsübersicht sowie die Vorschläge basieren auf Ihren Angaben zur Person, auf Ihren angegebenen Wünschen und den ermittelten Bedürfnissen. Bitte prüfen Sie daher alle Angaben entsprechend sorgfältig, insbesondere auch die Tarifleistungen der Vorschläge! Für alle Tarifaussagen gelten ausschließlich die MB/AVB Teil 1 + 2 sowie die Tarifbedingungen AVB 3 der Gesellschaft ARAG.

Gesellschaft ARAG

Leistung für Tarife 217, 247, 527, 277, 11, PVB

Ambulant

Transportkosten Ambulant	Wird die Differenz des Rechnungsbetrages für Transportkosten von und zur ambulanten Behandlung voll erstattet?	Zum versicherten Prozentsatz werden die Kosten für Krankentransporte und -fahrten zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt oder Krankenhaus bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit erstattet. Leistung des Ergänzungstarifs: Bis zur Höhe des Rechnungsbetrages nach Abzug der Beihilfeerstattung.	A+
Psychotherapie §4(2)	Was leistet die Gesellschaft bei psychotherapeutischer Behandlung? § 4 (2) MB/KK	Erstattet werden die Aufwendungen für Psychiatrie und Psychotherapie, soweit sie medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit ist und von einem approbierten und niedergelassenen Arzt durchgeführt oder einem fachkundigen Behandler delegiert und überwacht wird bzw. von einem psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit geeignetem Fachkundennachweis in eigener Praxis durchgeführt wird, jedoch aus allen versicherten Tarifen insgesamt für höchstens 50 Behandlungsstunden im Kalenderjahr. Leistung des Ergänzungstarifs: Bis zur Höhe des Rechnungsbetrages nach Abzug der Beihilfeerstattung bis zu 50 Behandlungsstunden.	A+
Kurort- Behandlung §5(1)e	Besteht bei Behandlung in Kurorten der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort? § 5 (1) e MB/KK	Ja. Leistung des Ergänzungstarifs: Ja.	A+
Kur aus Ambulanttarif §5(1)	Was leistet die Gesellschaft bei ambulanten Kuren, am Wohnort bzw. Kurort, ohne Zusatztarif? § 5 (1) MB/KK	Die entstandenen Kosten im tariflichen Rahmen. Erstmals nach 2 Jahren, dann alle 3 Jahre, gerechnet ab Beginn der letzten Kurbehandlung. Leistung des Ergänzungstarifs: Keine Tarifleistung.	E
Hilfsmittel §4(3)	Werden die Anschaffungskosten für alle Hilfsmittel unbegrenzt erstattet, wenn diese ärztlich verordnet wurden? § 4 (3) MB/KK	Erstattungsfähige Hilfsmittel sind: orthopädische Schuheinlagen, Bandagen, Gummistrümpfe, Leibbinden, Bruchbänder, Hörgeräte, Stützapparate und Prothesen. Nach vorheriger schriftlicher Zustimmung durch den Versicherer (VR) sind auch nicht aufgeführte Hilfsmittel wie z. B. Krankenfahrräder, Beatmungsgeräte oder Geräte zur Schlafapnoe - Behandlung erstattungsfähig, wenn sie körperliche Behinderungen unmittelbar ausgleichen oder lindern, aus medizinischer Sicht notwendig und ärztlich verordnet sind. Auch die Reparatur von Hilfsmitteln ist erstattungsfähig; die Höhe der Erstattung für Reparaturen ist auf die tarifliche Erstattung bei Neuanschaffung begrenzt. Nicht erstattungsfähig sind die Aufwendungen für den Gebrauch (z.B. Batterien), die Wartung und die Pflege von Hilfsmitteln. Leistung des Ergänzungstarifs: Zum versicherten Prozentsatz werden die verbleibenden Restkosten für Hilfsmittel erstattet, soweit sie nicht durch die Beihilfe und die Grundsicherung abgedeckt sind. Übernommen werden, soweit die Beihilfe und die Grundsicherung dafür Leistungen erbringen, in funktionaler Standardausführung orthopädische Schuheinlagen, Bandagen, Gummistrümpfe, Leibbinden, Bruchbänder, Hörgeräte, Stützapparate und Prothesen einschließlich der Reparatur dieser Hilfsmittel. Weiterhin werden nach vorheriger schriftlicher Zusage durch den Versicherer auch nicht aufgeführte Hilfsmittel ersetzt, wie z.B. Krankenfahrräder, Beatmungsgeräte oder Geräte zur Schlafapnoe- Behandlung, soweit sie körperliche Behinderungen unmittelbar ausgleichen oder lindern, aus medizinischer Sicht notwendig und ärztlich verordnet sind. Nicht ersetzt werden Aufwendungen für den Gebrauch (z.B. Batterien), die Wartung und die Pflege.	A+

Tarifleistungen/Bedingungsanalyse nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV

Wilfried Schöler, Versicherungsmakler, Landstraße 92-94, 69502 Hemsbach
Fon 06201/6 10 88, Fax 06201/6 10 89, Mail: info@WilfriedSchoeler.de

KV-Vorschlag für Frau Katja Beamtin

Gesellschaft ARAG

Leistung für Tarife 217, 247, 527, 277, 11, PVB

Krankenfahrstuhl §4(3)	Inwieweit wird die Anschaffung oder Miete eines Krankenfahrstuhls erstattet? § 4 (3) MB/KK	Nach vorheriger schriftlicher Zustimmung durch den Versicherer (VR) sind Hilfsmittel wie z. B. Krankenfahrstühle erstattungsfähig, wenn sie körperliche Behinderungen unmittelbar ausgleichen oder lindern, aus medizinischer Sicht notwendig und ärztlich verordnet sind. Die Kosten für Krankenfahrstühle werden in einer der körperlichen Beeinträchtigung angemessenen Ausführung erstattet; es ist ein ärztliches Attest mit medizinisch begründeter Angabe der erforderlichen Funktionalität vorzulegen. Auch die Reparatur von Hilfsmitteln ist erstattungsfähig; die Höhe der Erstattung für Reparaturen ist auf die tarifliche Erstattung bei Neuanschaffung begrenzt. Nicht erstattungsfähig sind die Aufwendungen für den Gebrauch (z.B. Batterien), die Wartung und die Pflege von Hilfsmitteln. Leistung des Ergänzungstarifs: Zum versicherten Prozentsatz werden die verbleibenden Restkosten für Krankenfahrstühle erstattet, soweit sie körperliche Behinderungen unmittelbar ausgleichen oder lindern, aus medizinischer Sicht notwendig und ärztlich verordnet sind sowie eine vorherige schriftliche Zusage durch den Versicherer vorliegt. Es werden die Kosten übernommen, die durch die Beihilfe und die Grundsicherung nicht abgedeckt sind, ohne deren Leistung erfolgt jedoch grundsätzlich keine Erstattung. Nicht ersetzt werden Aufwendungen für den Gebrauch (z.B. Batterien), die Wartung und die Pflege.	A+
orthopädische Schuhe §4(3)	Inwieweit wird die Anschaffung orthopädischer Schuhe erstattet? § 4 (3) MB/KK	Ja, nach Abzug des Preises für normales Schuhwerk. Leistung des Ergänzungstarifs: Keine Tarifleistung.	A
Heilmittel §4(3)	Werden alle verordneten Heilmittel zu 100% erstattet? § 4 (3) MB/KK	Ja. Leistung des Ergänzungstarifs: Ja, bis zur Höhe des Rechnungsbetrages nach Abzug der Beihilfeerstattung.	A+
Arznei/Verbandmittel §4(3)	Werden verordnete allopathische und homöopathische Arznei- sowie Verbandmittel zu 100% erstattet? § 4 (3) MB/KK	Zum versicherten Prozentsatz werden die Kosten für Arznei- und Verbandmittel erstattet. Nicht übernommen werden Nähr- und Stärkungsmittel, soweit sie nicht im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen medizinisch notwendig sind. Leistung des Ergänzungstarifs: Keine Tarifleistung.	A+
Brillen/Sehhilfen §4(3)	Was erstattet die Gesellschaft bei Bezug von Sehhilfen (Brillen, Kontaktlinsen usw.) je Kalenderjahr? § 4 (3) MB/KK	Brillengläser, auch spezielle Gläser und Kontaktlinsen. Brillengestell bis zu einem Rechnungsbetrag von 105 EUR. Leistung des Ergänzungstarifs: Bis zur Höhe des Rechnungsbetrages nach Abzug einer evtl. Beihilfeerstattung (Brillenfassung bis 105 EUR).	A+
GOÄ- Ärzte ambulant §4(2)	Werden die ärztlichen Leistungen bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattet? § 4 (2) MB/KK	Keine vertraglich festgelegte Begrenzung. Erstattung der Kosten für ärztliche und zahnärztliche Behandlung bis zum Rechnungsbetrag, sofern die Gebühren der jeweils gültigen Gebührenordnung entsprechen, also auch über die entsprechenden Höchstsätze bei wirksamer individueller Vereinbarung. Leistung des Ergänzungstarifs: Keine vertraglich festgelegte Begrenzung. Erstattung der Kosten für ärztliche und zahnärztliche Behandlung bis zum Rechnungsbetrag, sofern die Gebühren der jeweils gültigen Gebührenordnung entsprechen, also auch über die entsprechenden Höchstsätze bei wirksamer individueller Vereinbarung.	A+
GOÄ- Ärzte amb. darüber §4(2)	Werden die ärztlichen Leistungen auch über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus erstattet, und wenn ja, in welchem Umfang? § 4 (2) MB/KK	Info des Versicherers: Keine vertraglich festgelegte Begrenzung. Erstattung der Kosten für ärztliche und zahnärztliche Behandlung bis zum Rechnungsbetrag, sofern die Gebühren der jeweils gültigen Gebührenordnung entsprechen, also auch über die entsprechenden Höchstsätze bei wirksamer individueller Vereinbarung. Leistung des Ergänzungstarifs: Info des Versicherers: Keine vertraglich festgelegte Begrenzung. Erstattung der Kosten für ärztliche und zahnärztliche Behandlung bis zum Rechnungsbetrag, sofern die Gebühren der jeweils gültigen Gebührenordnung entsprechen, also auch über die entsprechenden Höchstsätze bei wirksamer individueller Vereinbarung.	A+

Tarifleistungen/Bedingungsanalyse nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV

Wilfried Schöler, Versicherungsmakler, Landstraße 92-94, 69502 Hemsbach
Fon 06201/6 10 88, Fax 06201/6 10 89, Mail: info@WilfriedSchoeler.de

KV-Vorschlag für Frau Katja Beamtin

Gesellschaft ARAG

Leistung für Tarife 217, 247, 527, 277, 11, PVB

**GOÄ- Ärzte ambulant
Ausland**

Wird bei ambulanten Arztkosten, die unabhängig vom Aufenthaltswort im Ausland entstanden sind, der Rechnungsbetrag in voller Höhe erstattet (ggf. ohne Bindung an die GOÄ)?

Akut / gezielt: Ja, der volle Rechnungsbetrag (§ 5 Abs. 2 MB/KK beachten).

A+

Ohne Bindung an die deutsche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Leistung des Ergänzungstarifs:

Akut / gezielt: Ja, der volle Rechnungsbetrag (§ 5 Abs. 2 MB/KK beachten).

Ohne Bindung an die deutsche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Tarifleistungen/Bedingungsanalyse nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV

Wilfried Schöler, Versicherungsmakler, Landstraße 92-94, 69502 Hemsbach
Fon 06201/6 10 88, Fax 06201/6 10 89, Mail: info@WilfriedSchoeler.de

KV-Vorschlag für Frau Katja Beamtin

Gesellschaft ARAG

Leistung für Tarife 217, 247, 527, 277, 11, PVB

Stationär

Geltungsbereich §1(4)	Erstreckt sich der Geltungsbereich ohne zeitliche Begrenzung auf außereuropäische Länder (weltweit) in den Krankheitskostentarifen? § 1 (4) MB/KK	Nein, nur für 3 Monat (+ 3 Monate, wenn Rückreise aufgrund notwendiger Heilbehandlung nicht möglich). Bei Reisen von mehr als drei Monaten ist Versicherungsschutz gegen Beitragszuschlag möglich. Leistung des Ergänzungstarifs: Nein, nur für 1 Monat, darüber hinaus ist Versicherungsschutz gegen Beitragszuschlag möglich.	C
Stat. Ausl.behandlung §4(4)	Kann gezielt ein europäisches oder außereuropäisches Krankenhaus zur stationären Behandlung aufgesucht werden? § 4 (4) MB/KK	Ja. Leistung des Ergänzungstarifs: Ja.	A+
Transportkosten weltweit	Werden die Transportkosten in voller Höhe übernommen, wenn bei medizinischer Notwendigkeit gezielt ein Krankenhaus außerhalb Deutschlands zur stationären Behandlung aufgesucht wird?	Nein. Keine Tarifleistung. Leistung des Ergänzungstarifs: Nein. Keine Tarifleistung.	F
Transportkosten im Inland	Sind Krankentransporte zur stationären Behandlung, unabhängig vom Transportmittel, in jedes gewünschte Krankenhaus versichert?	Nein, nur bis zu 100 km Entfernung. Leistung des Ergänzungstarifs: Ja, bis zur Höhe des Rechnungsbetrages nach Abzug der Beihilfeerstattung.	A+
Beitragsfrei bei Elternschaft	Für wie viele Monate erfolgt eine Beitragsfreistellung bei Bezug von Elterngeld bzw. bei Elternurlaub?	Keine Beitragsfreistellung. Info des VR: Ein während der Elternzeit reduzierter Versicherungsschutz kann nach deren Beendigung wieder bis zum ursprünglichen Umfang erhöht werden - ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten. Leistung des Ergänzungstarifs: Keine Beitragsfreistellung. Info des VR: Ein während der Elternzeit reduzierter Versicherungsschutz kann nach deren Beendigung wieder bis zum ursprünglichen Umfang erhöht werden - ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten.	F
GOÄ- Ärzte stationär §4(2)	Werden die ärztlichen Leistungen im Krankenhaus bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattet? § 4 (2) MB/KK	Keine vertraglich festgelegte Begrenzung. Erstattung der Kosten für ärztliche und zahnärztliche Behandlung bis zum Rechnungsbetrag, sofern die Gebühren der jeweils gültigen Gebührenordnung entsprechen, also auch über die entsprechenden Höchstsätze bei wirksamer individueller Vereinbarung. § 5 Absatz 2 der AVB ist zu beachten. Leistung des Ergänzungstarifs: Keine vertraglich festgelegte Begrenzung. Erstattung der Kosten für ärztliche und zahnärztliche Behandlung bis zum Rechnungsbetrag, sofern die Gebühren der jeweils gültigen Gebührenordnung entsprechen, also auch über die entsprechenden Höchstsätze bei wirksamer individueller Vereinbarung.	A+
GOÄ- Ärzte stat. darüber §4(2)	In welchem Umfang werden ärztlichen Leistungen im Krankenhaus auch über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte hinaus erstattet? § 4 (2) MB/KK	Keine vertraglich festgelegte Begrenzung. Erstattung der Kosten für ärztliche und zahnärztliche Behandlung bis zum Rechnungsbetrag, sofern die Gebühren der jeweils gültigen Gebührenordnung entsprechen, also auch über die entsprechenden Höchstsätze bei wirksamer individueller Vereinbarung. § 5 Absatz 2 der AVB ist zu beachten. Leistung des Ergänzungstarifs: Keine vertraglich festgelegte Begrenzung. Erstattung der Kosten für ärztliche und zahnärztliche Behandlung bis zum Rechnungsbetrag, sofern die Gebühren der jeweils gültigen Gebührenordnung entsprechen, also auch über die entsprechenden Höchstsätze bei wirksamer individueller Vereinbarung.	A+
GOÄ- Ärzte stationär Ausland	Wird der Rechnungsbetrag für Krankenhaus- und Arztkosten, die unabhängig vom Aufenthaltszweck im Ausland entstanden sind, in voller Höhe erstattet (ggf. ohne Bindung an die GOÄ)?	Akut / gezielt: Ja, der volle Rechnungsbetrag (§ 5 Abs. 2 MB/KK beachten). Ohne Bindung an die deutsche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Leistung des Ergänzungstarifs: Akut / gezielt: Ja, der volle Rechnungsbetrag (§ 5 Abs. 2 MB/KK beachten). Ohne Bindung an die deutsche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).	A+

Tarifleistungen/Bedingungsanalyse nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV

Wilfried Schöler, Versicherungsmakler, Landstraße 92-94, 69502 Hemsbach
Fon 06201/6 10 88, Fax 06201/6 10 89, Mail: info@WilfriedSchoeler.de

KV-Vorschlag für Frau Katja Beamtin

Gesellschaft ARAG

Leistung für Tarife 217, 247, 527, 277, 11, PVB

Zahn

Heil- und Kostenplan	Muß dem Versicherer bei Zahnbehandlung (ZB), Zahnersatz (ZE) und Kieferorthopädie (KFO) vor dem Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden?	Keine Vorlage erforderlich. Leistung des Ergänzungstarifs: Keine Vorlage erforderlich.	A+
Summenbegrenzung Zahn	Welche Summenbegrenzung besteht für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie in den ersten 5 Versicherungsjahren?	Begrenzung der erstattungsfähigen Aufwendungen in den ersten 2 Jahren bei ZB bzw. ZE + KFO: Im 1. Jahr 1025 EUR, im 2. Jahr 2050 EUR, ab dem 3. Jahr unbegrenzt. Leistung des Ergänzungstarifs: Summenbegrenzung für zahnärztliche Heilbehandlung gem. § 4 Abs. (4) AVB Teil II (medizinisch notwendige Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie): im 1. Jahr 1025 EUR, im 2. Jahr 2050 EUR, ab dem 3. Jahr unbegrenzt.	A+
Zahnleistung - Erstattung in %	Erstattet der Tarif bei Zahnbehandlung 100%, bei Zahnersatz 100% und bei Kieferorthopädie 100% ?	Erstattung nach dem versicherten Prozentsatz. Leistung des Ergänzungstarifs: Bis zur Höhe des Rechnungsbetrages nach Abzug der Beihilfeerstattung.	A+
Entfällt Summenbeg. bei Unfall	Entfällt die tariflich vorgesehene Summenbegrenzung bei Unfall?	Ja. Leistung des Ergänzungstarifs: Nein.	A+
GOZ- Zahnärzte §4(2)	Werden die zahnärztlichen Honorar-Leistungen bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) erstattet? § 4 (2) MB/KK	Keine vertraglich festgelegte Begrenzung. Erstattung der Kosten für ärztliche und zahnärztliche Behandlung bis zum Rechnungsbetrag, sofern die Gebühren der jeweils gültigen Gebührenordnung entsprechen, also auch über die entsprechenden Höchstsätze bei wirksamer individueller Vereinbarung. Leistung des Ergänzungstarifs: Keine vertraglich festgelegte Begrenzung. Erstattung der Kosten für ärztliche und zahnärztliche Behandlung bis zum Rechnungsbetrag, sofern die Gebühren der jeweils gültigen Gebührenordnung entsprechen, also auch über die entsprechenden Höchstsätze bei wirksamer individueller Vereinbarung.	A+
GOZ- Zahnärzte darüber §4(2)	Werden zahnärztliche Leistungen auch über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) hinaus erstattet, und wenn ja, in welchem Umfang? § 4 (2) MB/KK	Keine vertraglich festgelegte Begrenzung. Erstattung der Kosten für ärztliche und zahnärztliche Behandlung bis zum Rechnungsbetrag, sofern die Gebühren der jeweils gültigen Gebührenordnung entsprechen, also auch über die entsprechenden Höchstsätze bei wirksamer individueller Vereinbarung. Leistung des Ergänzungstarifs: Keine vertraglich festgelegte Begrenzung. Erstattung der Kosten für ärztliche und zahnärztliche Behandlung bis zum Rechnungsbetrag, sofern die Gebühren der jeweils gültigen Gebührenordnung entsprechen, also auch über die entsprechenden Höchstsätze bei wirksamer individueller Vereinbarung.	A+
GOZ- Zahnärzte Ausland	Wird der Rechnungsbetrag für Zahnarztkosten, der unabhängig vom Aufenthaltszweck im Ausland entstanden ist, in voller Höhe erstattet (ggf. ohne Bindung an die GOZ)?	Akut / gezielt: Ja. Die Zahnarztkosten werden in tatsächlich entstandener Höhe (Rechnungsbetrag) erstattet. Ohne Bindung an die deutsche Gebührenordnung für Ärzte /Gebührenordnung für Zahnärzte (GOÄ /GOZ). Leistung des Ergänzungstarifs: Akut / gezielt: Ja. Die Zahnarztkosten werden in tatsächlich entstandener Höhe (Rechnungsbetrag) erstattet. Ohne Bindung an die deutsche Gebührenordnung für Ärzte /Gebührenordnung für Zahnärzte (GOÄ /GOZ).	A+

Tarifleistungen/Bedingungsanalyse nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV

Wilfried Schöler, Versicherungsmakler, Landstraße 92-94, 69502 Hemsbach
Fon 06201/6 10 88, Fax 06201/6 10 89, Mail: info@WilfriedSchoeler.de

KV-Vorschlag für Frau Katja Beamtin

Gesellschaft ARAG

Leistung für Tarife 217, 247, 527, 277, 11, PVB

allgemeine Leistungen des Versicherers

Überführungskosten	Erstattet der Versicherer die Kosten im Todesfall für a) Überführung aus dem Ausland? b) Bestattung im Ausland? c) Bestattung im Inland?	a) In den Tarifen 281/282 bis 10250 EUR, im Tarif 482, 483, E, K bis 10000 EUR. b) In den Tarifen 281/282 bis 10250 EUR, im Tarif 482, 483, E, K bis 10000 EUR. c) Nein.	
Risikoprüfung	Entfällt die Risikoprüfung und Wartezeit bei Änderung des Beihilfeanspruches?	Ja.	
Schwangerschaft	Bis zu welchem Schwangerschaftsmonat werden Schwangere bei vollem Leistungsanspruch aufgenommen?	Übertritt von der GKV zur PKV: Erstattung im Rahmen der gesetzlichen Regelleistung, wenn zum Zeitpunkt des Beginnes der Krankenversicherung die Schwangerschaft nicht über die 16. Schwangerschaftswoche fortgeschritten ist. Übertritt aus der PKV: Versicherungsschutz (auch Zusatzversicherung) nur mit einem Leistungsausschluß für die bestehende Schwangerschaft und Folgen, darunter auch Fehl- und Frühgeburten einschließlich Entbindung.	E
Kinder alleine versicherbar	Sind Kinder alleine in allen Tarifen (ohne Tagegelder) versicherbar?	Ja. <u>Beachte:</u> Die Aussage ist eine Annahmerichtlinie, die jederzeit verändert werden kann. Für Neuabschlüsse gilt generell eine monatliche Mindestbeitragshöhe von 5 EUR pro Vertrag. Ausgenommen hiervon ist die Auslandsreise - Krankenversicherung.	A+
Hausfrauen allein versicherbar	Sind Hausfrauen alleine in allen Tarifen (ohne KTG) versicherbar?	Ja.	A+
Eintrittsalterberechnung	Eintrittsalterberechnungsart der PKV-Gesellschaften	Beginnjahr abzgl. Geburtsjahr.	
Wartezeiterlass von PKV zu PKV	Welche Wartezeiten bestehen ohne Untersuchungsbericht bei Übertritt von PKV zu PKV?	Keine, sofern beim Versicherer eine Vollversicherung (ambulant Stationär, Zahn) im direkten Anschluß an die Vorversicherung beantragt wird und beim Vorversicherer eine Vollversicherung (ASZ) bestanden hat.	A
Beitragsrückerstattung Ja/Nein	Wird derzeit noch eine BEITRAGSRÜCKERSTATTUNG (BRE) gewährt?	Ja, in der Vollversicherung sowie in den Kostenerstattungstarifen. Besteht zusätzlich zu einer Krankheitskostenvollversicherung eine Krankentagegeld-Versicherung, so wird für die Krankentagegeld-Versicherung für ein leistungsfrei gebliebenes Jahr eine zusätzliche Beitragsrückerstattung in Höhe von jeweils 1 Monatsbeitrag gezahlt.	A+

Tarifleistungen/Bedingungsanalyse nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV

Wilfried Schöler, Versicherungsmakler, Landstraße 92-94, 69502 Hemsbach
Fon 06201/6 10 88, Fax 06201/6 10 89, Mail: info@WilfriedSchoeler.de

KV-Vorschlag für Frau Katja Beamtin

Gesellschaft ARAG

Leistung für Tarife 217, 247, 527, 277, 11, PVB

Beitragsrückerstattung
Höhe

Für welche Tarife wird eine erfolgsabhängige BEITRAGSRÜCKERSTATTUNG (BRE) gewährt?

Erfolgsabhängige BRE 2009 (Auszahlung in 2010)

in den Tarifen **18, 20, 21, 21P, 52** und **54** bei leistungsfreien Kalenderjahren:

2009 ->	1 MB*
2008 und 2009 ->	1 MB*
2007 bis 2009 ->	2 MB*
2006 bis 2009 ->	2 MB*
2005 bis 2009 ->	3 MB*
2004 bis 2009 ->	3 MB*
2003 bis 2009 ->	4 MB*
2002 bis 2009 ->	4 MB*
2001 bis 2009 ->	5 MB*
2000 bis 2009 ->	6 MB*
1999 bis 2009 ->	7 MB*

Für die Tarife **E, K** und **BSS** erfolgt eine Beitragsrückerstattung nach obiger Tabelle zu **50%**.

Ist zusätzlich zu den o.g. Tarifen ein Krankentagegeld nach den Tarifen **31** bis **39** leistungsfrei geblieben, so wird daraus eine zusätzliche BRE von 1 Monatsbeitrag gezahlt.

Zusätzliche Pauschalerstattung in folgenden Selbstbeteiligungsstufen der Tarife K:

- 600 EUR in der SB - Stufe **K0** und
- 300 EUR in der SB - Stufe **K300**

Für Personen unter 21 Jahren wird jeweils die Hälfte dieser Beträge gewährt.

Voraussetzungen für eine BRE aus rückerstattungsberechtigten Tarifen:

Die Voraussetzungen für die BRE werden für jede versicherte Person (VP) separat geprüft:

- Mindestens einer der anspruchsberechtigten Tarife muss während des gesamten Kalenderjahres (Geschäftsjahres) bestanden haben.
- Für das gesamte Kalenderjahr dürfen für diese Tarife sowie nach den Tarifen 12 und 13 keine Rechnungen bei der ARAG eingereicht werden (entscheidend ist dabei stets das Behandlungsdatum, nicht das Rechnungsdatum).
- Die Beiträge für das Geschäftsjahr müssen bis zum 31.01. des Folgejahres voll entrichtet worden sein.
- Die anspruchsberechtigten Tarife müssen am 01.07. des Folgejahres ungekündigt bestanden haben (Ausnahme: Beendigung des Versicherungsverhältnisses nach dem 31.12. des Geschäftsjahres wegen Tod oder Eintritt der Versicherungspflicht).
- Der Anspruch auf BRE in den rückerstattungsfähigen Tarifen erlischt, wenn eine Anwartschaft mit einer Dauer von mehr als 2 Monaten bestanden hat.

*Die Höhe der BRE errechnet sich aus einem Zwölftel des Jahresbeitrages der rückerstattungsberechtigten Tarife, multipliziert mit der Anzahl der rückzuerstattenden Monatsbeiträge (je nach Tarif). Ein eventuell vorhandener gesetzl. Zuschlag wird bei der Berechnung der BRE nicht berücksichtigt (Dieser Zuschlag wird in voller Höhe für eine Beitragsstabilisierung im Alter angespart). Hat sich der Beitrag während des Geschäftsjahres geändert, so gilt als MB ein Zwölftel der Jahresbeitragssumme.

Ergänzungstarif 483:

Beinhaltet eine Beitragsrückerstattung in Form einer Pauschalerstattung, wenn für das abgelaufene Kalenderjahr keine Rechnungen eingereicht wurden.

Kinder und Jugendliche bis Alter 20 erhalten 25 EUR,
Personen ab Alter 21 erhalten 50 EUR.

Die Pauschalerstattung wird in der zweiten Jahreshälfte des Folgejahres (bezogen auf das Jahr, in welchem keine Rechnungen eingereicht wurden) ausgezahlt.

Tarifsysteme Anzahl	Wie viele eigenständige (selbständig nebeneinander bestehende) Tarifsysteme werden angeboten?	Normaltarifwerke 2 Beamtentarifwerke 2 Arzttarifwerke 0	A+
----------------------------	---	---	-----------

Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
- Bereich Versicherungen -
gemäß § 10a Abs. 3 VAG

In der Presse und in der Öffentlichkeit werden im Zusammenhang mit der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung Begriffe gebraucht, die erklärungsbedürftig sind. Dieses Informationsblatt will Ihnen die Prinzipien der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung kurz erläutern.

Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht das **Solidaritätsprinzip**. Dies bedeutet, dass die Höhe des Beitrages nicht in erster Linie vom im wesentlichen gesetzlich festgelegten Leistungsumfang, sondern von der nach bestimmten Pauschalregeln ermittelten individuellen Leistungsfähigkeit des versicherten Mitglieds abhängt. Die Beiträge werden regelmäßig als Prozentsatz des Einkommens bemessen.

Weiterhin wird das Versicherungsentgelt im **Umlageverfahren** erhoben. Dies bedeutet, dass alle Aufwendungen im Kalenderjahr durch die in diesem Jahr eingehenden Beiträge gedeckt werden. Außer einer gesetzlichen Rücklage werden keine weiteren Rückstellungen gebildet.

Unter bestimmten Voraussetzungen sind **Ehegatten** und **Kinder** beitragsfrei mitversichert.

Prinzipien der privaten Krankenversicherung

In der privaten Krankenversicherung ist für jede versicherte Person ein **eigener Beitrag** zu zahlen. Die Höhe des Beitrages richtet sich nach dem Alter, Geschlecht und nach dem Gesundheitszustand der versicherten Person bei Vertragsabschluss sowie nach dem abgeschlossenen Tarif. Es werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen berechnete risikogerechte Beiträge erhoben.

Die altersbedingte höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird durch eine Alterungsrückstellung berücksichtigt. Bei der Kalkulation wird unterstellt, dass sich die Kosten im Gesundheitswesen nicht erhöhen und die Beiträge nicht allein wegen des Älterwerdens des Versicherten steigen. Dieses Kalkulationsverfahren bezeichnet man als **Anwartschaftsdeckungsverfahren** oder **Kapitaldeckungsverfahren**.

Ein **Wechsel** des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist in der Regel zum Ablauf des Versicherungsjahres möglich. Dabei ist zu beachten, dass für die Krankenversicherer mit Ausnahme der Versicherung im Basistarif - keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Ein Teil der kalkulierten Alterungsrückstellung kann an den neuen Versicherer übertragen werden.* Der übrige Teil kann bei Abschluss eines Zusatztarifes auf dessen Prämie angerechnet werden; andernfalls verbleibt er bei dem bisherigen Versichertenkollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

* Waren Sie bereits vor dem 01.01.2009 privat krankenversichert, gelten für Sie Sonderregelungen. Bitte informieren Sie sich ggf. gesondert über diese Regelungen.

Mitteilung nach § 19 V VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Damit Ihr Versicherungsantrag ordnungsgemäß geprüft werden kann, ist es notwendig, dass Sie die Fragen im Versicherungsantrag wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Angaben, die Sie gegenüber dem Vermittler nicht machen möchten, können Sie auch gegenüber dem Versicherer unmittelbar schriftlich nachholen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen in Textform gefragt wird, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn **nach** Ihrer Vertragserklärung, aber **vor** Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen gefragt wird, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht besteht kein Rücktrittsrecht, wenn der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklärt der Versicherer den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleibt er dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Die Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht dem Versicherer der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung

Kann der Versicherer nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht einfach fahrlässig verletzt haben, kann er den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Dieses Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

3. Vertragsänderung

Kann der Versicherer nicht zurücktreten oder kündigen, weil er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen des Versicherers Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht dem Versicherer das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden Sie in der Mitteilung hingewiesen.

4. Ausübung der Rechte des Versicherers

Der Versicherer kann seine Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihm geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Bei der Ausübung seiner Rechte hat er die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt. Zur Begründung kann er nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Der Versicherer kann sich auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn er den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

Die Rechte des Versicherers zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.



Dokumentation der KV-Beratung / Übergabenachweis nach § 7 VVG

Wilfried Schöler, Versicherungsmakler, Landstraße 92-94, 69502 Hemsbach
Fon 06201/6 10 88, Fax 06201/6 10 89, Mail: info@WilfriedSchoeler.de

KV-Vorschlag für Frau Katja Beamtin

Wünsche und Bedürfnisse

Beruf Bundes- oder Landesbeamte / Bund

Status Ledig oder Verheiratet

Geschlecht weiblich

Geburtsdatum 01.01.1981

Neubeginn 01.03.2011

Beihilfeanspruch	Ambulant	Stationär	Zahn
Erstattung	50 %	50 %	50 %
Restkosten	50 %	50 %	50 %

Entsprechend den gesetzlichen Vorgaben nach der VVG-InfoV

(Versicherungsvertragsgesetz-Informationspflichtenverordnung) wurden mir folgende Dokumente überreicht:

ARAG (Vorschlag 1)

Tarifdruckstücke:

217 (A 839) (10.10), 247 (A 839) (10.10), 527 (A 839) (10.10), 277 (A 839) (10.10), 11 (A 839) (10.10), PVB (A 839) (10.10)

Musterbedingungen:

217 (MB/KK A 839) (10.10), PVB (MB/PPV A 839) (10.10)

- Mitteilung nach § 19 V VVG
- Tarifleistungen nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV: Frage in Kurzform, Frage im Volltext
- BaFin-Infoblatt
- Produktinformationen nach VVG-InfoV
- Verbraucherinformationen nach VVG-InfoV

Ort

Datum

Unterschrift des Antragstellers