

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 DBV-Win (nur Beamte)

Leistung für Tarife BS50-N, BW250-N+B350-N, BZ50-N, BN1/250-N, KHTe-N, PVB

Information

Mit dieser Information geben wir Ihnen eine Übersicht über die wichtigsten Merkmale Ihrer gewünschten Versicherung. Beachten Sie bitte, dass das Produktinformationsblatt nur einen ersten Überblick gibt. Die genannten Prämien gelten unter Vorbehalt und können sich aufgrund einer ggf. durchzuführenden Risikoprüfung noch ändern.

Der Vertragsinhalt ergibt sich aus dem Antrag, dem Versicherungsschein sowie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich Tarifbedingungen.

§4 II Nr.1 VVG- InfoV
Versicherungsvertragsart

Beihilfeversicherung: Ledig oder Verheiratet

§4 II Nr.2 VVG- InfoV Versichertes
Risiko

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, Transportkosten weltweit

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

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

BS50-N, BW250-N+B350-N, BZ50-N, BN1/250-N, KHTEN, PVB, Gesamtbeitrag in €: 284,46
darin enthalten ARB in €: 24,41

Die Prämie ist jeweils zum ersten eines Monats zu zahlen. Bei viertel-, halb- bzw. jährlicher Zahlungsweise ist ein entsprechendes Vielfaches der monatlichen Prämie für den entsprechenden Zeitraum jeweils im Voraus zu zahlen.

Sind Sie mit 2 Monatsbeiträgen im Rückstand, müssen wir Sie mahnen. Ist der Rückstand 2 Wochen nach Zugang der Mahnung noch höher als eine Monatsprämie, stellen wir das Ruhen der Leistungen fest. Während der Ruhezeit haften wir ausschliesslich für Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Werden die Beiträge und sonstigen Kosten des Verzuges innerhalb eines Jahres nicht beglichen, setzen wir die Versicherung im Basistarif fort, dies weiterhin mit der oben beschriebenen Leistungsbeschränkung. Die Einzelheiten zu Folgen einer Nichtzahlung der Erstprämie wie auch der folgenden Prämien können Sie dem beigefügten Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (§§ 37, 38 und 194) entnehmen.

Der Abschluss des Versicherungsvertrages ist mit Aufwendungen verbunden und auch während der Vertragslaufzeit fallen Kosten an. Abschluss- und Vertriebskosten sind Aufwendungen, die im Zusammenhang mit dem Abschluss des Versicherungsvertrages entstehen. Hierzu zählen insbesondere Aufwendungen für die Entwicklung von Versicherungsprodukten, Aufwendungen für die Akquisitionorgane des Versicherungsunternehmens und die Beratung durch den Betreuer, Aufwendungen für die Antragsprüfung sowie die Ausstellung der Versicherungspolice. Hierfür sind einmalig Abschlusskosten für die gesamte Vertragslaufzeit und monatlich Abschlusskosten einkalkuliert. Weitere Kosten umfassen insbesondere die Aufwendungen für die Verwaltung des Versicherungsvertrages im Bestand, die Beratung und Betreuung, den Beitragseinzug und die Regulierung von Versicherungsfällen. Für diese Verwaltungsaufwendungen sind Kosten monatlich einkalkuliert. Alle genannten Kosten werden nicht zusätzlich erhoben, sondern sind durch die Prämien gedeckt.

§4 II Nr. 4 VVG- InfoV
Leistungsausschlüsse

Sie haben grundsätzlich einen umfassenden Versicherungsschutz. Es gibt jedoch Leistungen, die ausgeschlossen sind. Wir übernehmen beispielsweise keine Leistungen bei vorsätzlich herbeigeführten Krankheiten oder Unfallfolgen. Welche Leistungen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind, können Sie detailliert in § 5 der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (MBKK, MB/PPV, AVB/PTG) nachlesen.

Stationär

Beitragsfrei bei Elternschaft

Krankenhaustagegeld

KHT- Teilstationär

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

Das Wichtigste ist eine umfassende und vollständige Beantwortung aller Fragen, die wir Ihnen im Antrag unter "Gesundheitsfragen" stellen. Geben Sie alle bekannten Beschwerden und Krankheiten an, auch solche, die Sie für unwichtig halten oder schon zwischenzeitlich askuriiert haben. Fehlende, falsche oder bagatellisierende Angaben können für Ihren Versicherungsschutz ernste Konsequenzen haben, so z.B. eine rückwirkende Erhöhung des Beitrages oder eine unter Umständen auch rückwirkende Aufhebung des Vertrages.

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 DBV-Win (nur Beamte)

Leistung für Tarife BS50-N, BW250-N+B350-N, BZ50-N, BN1/250-N, KHTe-N, PVB

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

Bitte informieren Sie uns, wenn Sie eine weitere Krankheitskostenversicherung bei einem anderen Versicherer abschließen oder wenn Sie in die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) wechseln wollen oder müssen. Weitere Informationen zu Obliegenheiten entnehmen Sie bitte den §§ 9 und 10 der MBKK.

Pflegetagegeldversicherung:

Bitte informieren Sie uns bei Neuabschluss einer weiteren oder der Erhöhung einer anderweitig bestehenden Pflegetagegeldversicherung. Beides darf nur mit unserer Einwilligung vorgenommen werden. Werden wir nicht unterrichtet, können wir unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG fristlos kündigen (s.a. § 9 Abs. 3 in Verbindung mit § 10 Abs. 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung). Oder Sie verlieren ganz oder teilweise Ihren Anspruch auf Versicherungsleistungen mit den in § 28 Abs. 2-4 VVG genannten Einschränkungen (s.a. § 9 Abs. 5 i.V.m. § 10 Abs. 1 AVB/PTG).

Pflegepflichtversicherung:

Bitte informieren Sie uns unverzüglich schriftlich, wenn eine Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung eintritt. Gleiches gilt, wenn ein beitragsfrei mitversichertes Kind eine Erwerbstätigkeit aufnimmt. Werden wir nicht unterrichtet, verlieren Sie ganz oder teilweise Ihren Anspruch auf Versicherungsleistungen mit den in § 28 Abs. 2 - 4 VVG (siehe Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz) genannten Einschränkungen (s.a. § 9 Abs. 4 und 5 i.V.m. § 10 Abs. 1 MB/PPV 2008).

Benachrichtigen Sie uns bitte auch bei einer Änderung Ihrer Bankverbindung.

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

Bitte übersenden Sie uns auf unsere Aufforderung hin alle Unterlagen und Informationen, soweit diese für unsere Beurteilung erforderlich sind. Des weiteren sollten Sie natürlich auch alle Handlungen unterlassen, die unter Umständen Ihrer Genesung hinderlich sind. Die §§ 9 und 11 MBKK enthalten noch weitere Obliegenheiten, deren Verletzung nach § 10 Abs. 1 MBKK und § 11 MBKK bis zur vollständigen Leistungsfreiheit des Versicherers führen können.

Pflegetagegeldversicherung:

Bitte übersenden Sie uns auf unsere Anforderung hin alle Informationen und Unterlagen, soweit diese für unsere Beurteilung erforderlich sind. Der § 9 der Bedingungen für die Pflegetagegeldversicherung enthält noch weitere von Ihnen zu beachtende Obliegenheiten nach dem Leistungsfall deren Verletzung nach § 10 Abs. 1 der Bedingungen bis zur vollständigen Leistungsfreiheit des Versicherers führen können.

Pflegepflichtversicherung:

Bitte übersenden Sie uns auf unsere Anforderung hin alle Informationen und Unterlagen, soweit diese für unsere Beurteilung erforderlich sind. Die §§ 9 und 11 MB/PPV enthalten noch weitere von Ihnen zu beachtende Obliegenheiten nach dem Leistungsfall deren Verletzung nach § 10 Abs. 1 MB/PPV bis zur vollständigen Leistungsfreiheit des Versicherers führen können.

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

Geplanter Versicherungsbeginn: 01.03.2011

Der Versicherungsschutz wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen.

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

Sie können nach Ablauf von zwei Jahren nach Vertragsbeginn mit einer Frist von 3 Monaten zum Jahresende kündigen, wenn sie bei einem anderen Versicherer für die versicherte Person einen neuen Vertrag abgeschlossen haben. Die Kündigung wird erst wirksam, wenn Sie nachweisen, dass die versicherte Person bei dem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist. Wenn Sie in eine gesetzliche Krankenversicherung wechseln müssen, können Sie den Vertrag auch beenden. Weitere Einzelheiten, insbesondere bezüglich der einzuhaltenden Fristen und der zu erbringenden Nachweise entnehmen Sie bitte § 13 der MBKK.

Pflegetagegeldversicherung:

Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Weitere Einzelheiten, insbesondere bezüglich der einzuhaltenden Fristen und der zu erbringenden Nachweise entnehmen Sie bitte § 13 der Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung.

Pflegepflichtversicherung:

Sie haben die Möglichkeit die Pflegepflichtversicherung zu kündigen, wenn die Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung endet. Einzelheiten zu weiteren Kündigungsrechten sowie zu den einzuhaltenden Fristen und den zu erbringenden Nachweisen entnehmen Sie bitte § 13 MB/PPV.

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 DBV-Win (nur Beamte)

Leistung für Tarife BS50-N, BW250-N+B350-N, BZ50-N, BN1/250-N, KHTE-N, PVB

§1 I Nr.1 VVG- InfoV Angaben zum Versicherer	Ihr Vertragspartner ist die DBV Deutsche Beamtenkrankensversicherung Krankenversicherung, Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung AG, Frankfurter Str. 50, 65189 Wiesbaden, Postanschrift: 65172 Wiesbaden, Sitz der Gesellschaft Köln, eingetragen im Handelsregister Köln unter der Registernummer HR B Nr. 1012.
§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	Ihr Vertragspartner ist die DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung, Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung AG, Frankfurter Str. 50, 65189 Wiesbaden, Postanschrift: 65172 Wiesbaden.
§1 I Nr.4 VVG- InfoV Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers	Die vertretungsberechtigten Vorstände entnehmen Sie bitte der Fußzeile des Schreibens, mit dem Ihnen der Versicherungsschein übersandt wird. Unsere ausschließliche Geschäftstätigkeit ist der Betrieb der Kranken- und Pflegeversicherung.
§1 I Nr.5 VVG- InfoV Sicherungsfonds	Die AXA Krankenversicherung AG ist Mitglied folgenden gesetzlichen Sicherungsfonds nach §§ 124, 127 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG): Medicator AG Bayenthalgürtel 26 50968 Köln Telefon: 0221 37662 0, Telefax: 0221 37662 10 Zur Sicherung der Ansprüche von versicherten ist die DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung, als Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung AG, über die AXA Krankenversicherung AG als Risikoträger abgesichert.
§1 I Nr.6 VVG- InfoV Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung	Art und Umfang der Versicherungsleistung entnehmen Sie bitte dem Angebot nebst den ausgehändigten Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Tarifbedingungen der gewünschten Tarife. Im Anhang zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen finden Sie auch einen Abdruck der wichtigsten für das Versicherungsverhältnis geltenden gesetzlichen Regelungen. Unsere Leistungen erbringen wir unverzüglich nach Abschluss der zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlichen Prüfung. Versicherungsschutz für: Ambulant, Stationär, Zahn, Beihilfeergänzung, Krankenhaustagegeld, Pflegepflicht Hiefür gelten folgende Tarifdokumente: BS50-N (VG420) (03.10), BW250-N+B350-N (VG461/VG422) (01.09/03.09), BZ50-N (VG421) (01.09), BN1/250-N (VG463) (05.10), KHTEN (VG571) (01.09), PVB (VG244) (07.08), BS50-N (MB/KK VG404) (03.09), KHTEN (MB/KK VG400) (03.09), PVB (MB/PPV VG243) (07.08)
§1 I Nr.7-11 VVG- InfoV Angaben zum Beitrag und anderen Kosten, Gültigkeitsdauer der Informationen	Gesamtpreis der Versicherung Die zu zahlenden Prämien für die von Ihnen gewünschten Tarife entnehmen Sie bitte dem Angebot/Vorschlag oder dem Produktinformationsblatt. Diese gelten vorbehaltlich der Risikoprüfung. Zahlung und Erfüllung Die Prämie ist, sofern nichts anderes vereinbart wurde, monatlich jeweils zum Ersten eines jeden Monats zu zahlen. Die erste Beitragsrate ist zum Versicherungsbeginn, frühestens aber unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen ab Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen. Üblicher Zahlungsweg ist das Lastschriftinzugsverfahren. Kosten und Gebühren Sie können sich mit unserem KundenserviceZentrum unter der Rufnummer 0 180 3 - 20 21 52 in Verbindung setzen. Hierbei fallen Gebühren an in Höhe von 9 Cent aus dem deutschen Festnetz, Mobilfunk maximal 42 Cent, jeweils je angefangene Minute. Gültigkeit der Informationen und Angebote Sofern die DBV Deutsche Beamtenkrankensversicherung, Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung AG, die Gültigkeit der zur Verfügung gestellten Informationen oder evtl. Angebote begrenzt hat, finden Sie in den jeweiligen Dokumenten einen entsprechenden Hinweis. Im übrigen gelten die Regelungen des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB). Danach kann der einem Abwesenden gemachte Antrag nur bis zu dem Zeitpunkt angenommen werden, in welchem der Antragende den Eingang der Antwort unter regelmäßigen Umständen erwarten darf.

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 DBV-Win (nur Beamte)

Leistung für Tarife BS50-N, BW250-N+B350-N, BZ50-N, BN1/250-N, KHTe-N, PVB

§1 I Nr.12 VVG- InfoV
Zustandekommen des Vertrages und
Beginn des Versicherungsschutzes

Geplanter Versicherungsbeginn: 01.03.2011

Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages

Der Vertrag kommt mit uns zustande, wenn wir den von Ihnen gestellten Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages annehmen. Dies geschieht, indem wir Ihnen den Versicherungsschein oder eine ausdrückliche Annahmeerklärung übersenden und dieser/diese Ihnen zugeht.

Antrag auf Abgabe eines Vertragsangebotes

Der Vertrag kommt mit uns zustande, wenn Sie das von uns auf Ihren Antrag hin erstellte Angebot, welches wir Ihnen mit den Bestimmungen und Informationen zum Vertrag übersenden, annehmen und Ihre Annahmeerklärung bei uns eingeht. Bitte beachten Sie die Fristen unter dem Punkt „Gültigkeit der Informationen und Angebote“ unter §1 I Nr.7-11 Angaben zum Beitrag und anderen Kosten.

Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Abschluss des Vertrages und Ablauf von im Tarif bezeichneten Wartezeiten.

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

Sie können Ihre Vertragserklärung bis zum Ablauf von zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt nur, wenn Sie den Versicherungsschein und alle Bestimmungen und Informationen zum Vertrag erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Eine Erklärung in Textform (z.B. per Fax oder E-Mail) ist ausreichend. Der Widerruf ist zu richten an DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung, Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung AG, Frankfurter Str. 50, 65189 Wiesbaden, Postanschrift: 65172 Wiesbaden.

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

Der Vertrag wird, sofern der Tarif keine abweichende Regelung enthält, auf unbestimmte Zeit geschlossen. Die vertraglich vereinbarte Mindestvertragsdauer entnehmen Sie bitte den allgemeinen Versicherungsbedingungen der von Ihnen gewünschten Tarife.

Die DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung, Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung AG, verzichtet grundsätzlich auf das ordentliche Kündigungsrecht. Dies gilt für die Krankentagegeld- und Krankenhaustagegeldversicherung nur, wenn diese in Verbindung mit einer Krankheitskostenvollversicherung (substitutive Krankenversicherung) bestehen.

Sie können einen Vertrag mit einer Frist von 3 Monaten zum Ablauf eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber nach Ablauf einer ggfls. vertraglich vereinbarten Mindestvertragsdauer kündigen.

Dieses Kündigungsrecht gilt ab dem 01.01.2009 mit der Einschränkung, dass, sofern das Versicherungsverhältnis der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dient, die Kündigung voraussetzt, dass für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein entsprechender neuer Vertrag abgeschlossen wird. Dabei wird die Kündigung erst wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb der Kündigungsfrist nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.

Weitere Möglichkeiten zur Kündigung Ihres Versicherungsvertrages sowie sonstige Beendigungsgründe entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

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

Sowohl auf das vorvertragliche Rechtsverhältnis als auch auf den Versicherungsvertrag findet deutsches Recht Anwendung. Klagen aus dem Versicherungsverhältnis können bei dem für Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt zuständigen Gericht erhoben werden. Für den Fall, dass eine im Klageweg in Anspruch zu nehmende Partei keinen allgemeinen Gerichtsstand in Deutschland hat, ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort nach Vertragsschluss aus Deutschland verlegt hat oder ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt zum Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist, wird die Zuständigkeit der verbleibenden deutschen Gerichtsstände der anderen Partei vereinbart.

§1 I Nr.18 VVG- InfoV
Vertragsprache

Vertragsprache ist Deutsch. Alle erforderlichen Informationen werden ebenfalls in deutsch erteilt.

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

Unser Ziel ist es, Ihnen einen optimalen Service zu bieten. Wenn uns das einmal nicht gelingt, informieren Sie uns bitte schriftlich oder rufen Sie uns an unter der Rufnummer 0 180 3 - 55 66 22 (9 Cent aus dem deutschen Festnetz, Mobilfunk maximal 42 Cent, jeweils je angefangene Minute).

Sollten Sie mit unseren Entscheidungen nicht einverstanden sein, haben Sie zur außergerichtlichen Streitbeilegung die Möglichkeit, den Versicherungsombudsmann anzurufen:

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, Kronenstraße 13, 10117 Berlin
Telefon: 01802/55 04 44 (6 Cent aus dem deutschen Festnetz je Gespräch, Mobilfunk maximal 42 Cent je angefangene Minute)
Telefax: 030/20 45 89 31
www.pkvombudsmann.de

Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, bei der zuständigen Aufsichtsbehörde Beschwerde einzulegen:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, www.bafin.de

Die Möglichkeit den Rechtsweg zu beschreiten bleibt hiervon unberührt.

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 DBV-Win (nur Beamte)

Leistung für Tarife BS50-N, BW250-N+B350-N, BZ50-N, BN1/250-N, KHTE-N, PVB

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

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

In der privaten Krankenversicherung (PKV) ist der Leistungsumfang vertraglich garantiert - Leistungskürzungen sind von daher ausgeschlossen. Somit bleibt für die PKV nur die Anpassung der Beiträge entsprechend den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, um die steigenden Ausgaben für medizinische Leistungen und medizinischen Fortschritt zu finanzieren. Dabei werden die erworbenen Rechte des Versicherten selbstverständlich berücksichtigt.

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

Um zu einer maßvollen Entwicklung der Beiträge - insbesondere auch für unsere älteren Versicherten zu kommen - ergreifen wir verschiedene Maßnahmen:
- durch eine - ohne zusätzliche Beitragszahlung - gebildete zusätzliche Deckungsrückstellung ausschließlich für die Beitragsermäßigung im Alter,
- durch Verwendung von Mitteln aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung, insbesondere als Einmalbeitrag für Beitragssenkungen oder zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen,
- durch ein bedarfsgerechtes Tarifangebot, so dass durch Wechsel in Tarife mit höherem Selbstbehalt oder bei Verzicht auf nicht mehr benötigte Leistungsteile erhebliche Beitragseinsparungen zu erzielen sind,
- durch das Angebot eines Standardtarifes (ab 01.01.2009 den Basistarif) mit einem der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbaren Leistungsniveau und mit Höchstbeitragsgarantie.
Mit diesen Maßnahmen ist gewährleistet, dass auch im Alter keine Person einen höheren Beitrag als den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung zahlen muss.

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

Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

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

Ein Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist in der Regel zum Ablauf des Versicherungsjahres möglich aber insbesondere im fortgeschrittenen Alter mit höheren Beiträgen verbunden. Dabei ist zu beachten, dass für die Krankenversicherer grundsätzlich keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Eine Annahmeverpflichtung des Versicherers besteht lediglich im Standardtarif bzw. ab 01.01.2009 im Basistarif.

§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 DBV-Win (nur Beamte).

Gesellschaft DBV-Win (nur Beamte)		Eintrittsalter 30	Währung: €
Tarif	Tarif-Kurzbeschreibung		Tarifbeitrag
BS50-N	BAP zum 01/10 50% ambulante Restkosten-Erstattung Psychotherapie, Heilpraktiker, Amb. OPs, Option, Serviceleistungen		148,80
BW250-N+B350-N	BAP zum 01/10 2 Bett Privatarzt, 50% Erstattung, Auslandsrücktransport, Ersatz-KHT		55,72
BZ50-N	BAP zum 01/09 50 % ZB, 50 % ZE, 50 % KfO Kronen, Inlays, Onlays, Implantate, keine Summenbegr.		29,79
BN1/250-N	BAP zum 01/09 Amb+Zahn Restkosten-Ergänzung Heilpraktiker, Hilfsmittel, Ausland, Überführung, Kur		9,79
KHTE-N	BAP zum 01/10 20 EUR Krankenhaustagegeld bei Psychotherapie bis zu 30 Tage im Sanitätsbereich ab dem 7. Tag		4,66
PVB	BAP zum 01/10 Private PflegePflichtversicherung		11,29
Alterungsrückst.	Gesetzl. Zuschlag 10% nach §12 VAG zur Prämienermäßigung im Alter		24,41
zu zahlender Monatsbeitrag (MB)			284,46

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 DBV-Win (nur Beamte).

Gesellschaft DBV-Win (nur Beamte)

Leistung für Tarife BS50-N, BW250-N+B350-N, BZ50-N, BN1/250-N, KHTE-N, PVB

Ambulant

Transportkosten Ambulant	Wird die Differenz des Rechnungsbetrages für Transportkosten von und zur ambulanten Behandlung voll erstattet?	<p>Erstattet werden Fahrtkosten für den medizinisch notwendigen Transport zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten Heilbehandlung /Therapieeinrichtung bei:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unfall / Notfall, wenn für die Erstversorgung eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist, - Strahlentherapie / Chemotherapie bei onkologischen Grunderkrankungen, Nierendialyse und ambulanter Operation, wenn der Transport wegen ärztlich bestätigter Geh- oder Sehfähigkeit erforderlich wird. <p>Leistung des Ergänzungstarifs: Keine Tarifleistung.</p>	C
Psychotherapie §4(2)	Was leistet die Gesellschaft bei psychotherapeutischer Behandlung? § 4 (2) MB/KK	<p>Für ambulante Psychotherapie werden erstattungsfähige Aufwendungen je Versicherungsfall zu 100% des versicherten Prozentsatzes für die 1. bis zur 30. Therapiesitzung und 80% des versicherten Prozentsatzes ab der 31. Therapiesitzung erstattet.</p> <p>Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen ärztlichen Psychotherapeuten sowie den im Arztregister eingetragenen, in eigener Praxis tätigen psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder - und Jugendlichenpsychotherapeuten frei.</p> <p>Als Leistungen der Heilbehandlung gelten die in den jeweils gültigen Gebührenordnungen für Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten/Kinder - und Jugendlichen - Psychotherapeuten sowie Gebührenverzeichnissen von Heilpraktikerverbänden aufgeführten Positionen. Diese werden bis zu den in oben genannten Gebührenordnungen bzw. Gebührenverzeichnissen festgelegten Höchstsätzen erstattet.</p> <p>Leistung des Ergänzungstarifs: Keine Tarifleistung.</p>	A+
Kurort- Behandlung §5(1)e	Besteht bei Behandlung in Kurorten der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort? § 5 (1) e MB/KK	<p>Ja.</p> <p>Leistung des Ergänzungstarifs: Keine Tarifleistung.</p>	A+
Kur aus Ambulanttarif §5(1)	Was leistet die Gesellschaft bei ambulanten Kuren, am Wohnort bzw. Kurort, ohne Zusatztarif? § 5 (1) MB/KK	<p>Keine Tarifleistung.</p> <p>Leistung des Ergänzungstarifs: Bei einer ärztlich verordneten Kur und Sanatoriumsbehandlung wird ein Tagegeld längstens für die Dauer von 30 Tagen innerhalb von 3 aufeinander folgenden Kalenderjahren gezahlt. Das Tagegeld beträgt bei Kurbehandlung unter ärztlicher Leitung nach einem Kurplan mit Unterkunft in einem anerkannten Kur- oder Badeort 22,00 EUR, bei stationärer Kur- und Sanatoriumsbehandlung in Krankenhäusern (Sanatorien) 35,00 EUR.</p>	E

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 DBV-Win (nur Beamte)

Leistung für Tarife BS50-N, BW250-N+B350-N, BZ50-N, BN1/250-N, KHTE-N, PVB

Hilfsmittel §4(3)

Werden die Anschaffungskosten für alle Hilfsmittel unbegrenzt erstattet, wenn diese ärztlich verordnet wurden? § 4 (3) MB/KK

100% des versicherten Prozentsatzes für Hilfsmittel gemäß Nr. 11 Abs. 3 TB 2009 ÖD - außer Sehhilfen -, sofern der Versicherte den Versicherer (VR) mit deren Beschaffung beauftragt.

A+

Dabei kann ein Hilfsmittel unter Beachtung des individuellen, medizinisch notwendigen Bedarfs und der Wirtschaftlichkeit entweder über den VR bezogen oder auch leihweise von ihm zur Verfügung gestellt werden. Kann ein Hilfsmittel weder vom VR beschafft noch über ihn bezogen werden, erstattet der VR die adäquaten Aufwendungen. Beauftragt der Versicherte den VR nicht mit der Beschaffung und beschafft sich ein Hilfsmittel gemäß Nr. 11 Abs. 3 TB 2009 ÖD - außer Sehhilfen - anderweitig, so ist der VR berechtigt, die Erstattung auf 80% des versicherten Prozentsatzes der erstattungsfähigen Aufwendungen zu kürzen.

Der VR macht von seiner Kürzungsbefugnis keinen Gebrauch bei:

- orthopädischen Schuhzurichtungen/Schuheinlagen sowie Bandagen;
- Hilfsmitteln mit summenmäßiger Begrenzung gemäß Nr.11 Abs. 3 TB 2009 ÖD;
- Kompressionsstrümpfe, Stoma-, Tracheostomaartikel, Inkontinenzartikel, Herzschrittmacher, Blindenstock und Blindenhund, Blutzuckermessgeräte, Blutdruckmessgeräte;
- Hilfsmitteln, die im Rahmen einer unfallbedingten Behandlung aus medizinischen Gründen unmittelbar nach dem Unfall bezogen werden mussten. Die Unmittelbarkeit wird vom VR immer dann anerkannt, wenn der Zeitraum zwischen dem Unfall und der Versorgung mit dem Hilfsmittel 2 Tage nicht übersteigt.

Hilfsmittel gemäß Nr.11 Abs.3 TB 2009 sind:

1. Elektronische Lesegeräte (bis maximal 2450 EUR brutto), Hörgeräte inklusive Otoplastik und Erstausrüstung mit Batterien (bis max. 1450 EUR brutto pro Hörgerät), Sprechhilfen inklusive Erstausrüstung mit Batterien;
2. Orthopädische Maßschuhe (pro Schuh fällt ein Eigenanteil von 25 EUR an), orthopädische Schuhzurichtungen, orthopädische Schuheinlagen, wobei die Anzahl auf 4 Paar pro Kalenderjahr begrenzt ist;
3. Körperersatzstücke (z. B. Prothesen, Epithesen), Orthesen, Herzschrittmacher, Bandagen, Gehstützen und Kompressionsstrümpfe, Perücken bis zu einem Betrag von 520 EUR bei Folgen einer Chemotherapie sowie bei Unfall-, Bestrahlungs- oder Operationsnarben;
4. Stoma -, Tracheostoma- und Inkontinenzartikel, enterale Ernährung und Zubehör;
5. Sauerstoffversorgung mit Sauerstoff Konzentratoren, Flüssigsauerstoff, Flaschenversorgung;
6. Überwachungsmonitore für Säuglinge, Infusions- und Inhalationsgeräte, Absauggeräte sowie Schlafapnoetherapiegeräte (CPAP), Iontophoresegeräte, Gerinnungsmonitore (CoaguCheck), Blutzuckermessgeräte, Blutdruckmessgeräte;
7. Krankenfahrstühle, Rollatoren, Heimdialysegeräte, Allergiker- Bettwäsche (= Encasings, bis max. 200 EUR pro Kalenderjahr), Blindenstock, Anschaffung und Ausbildung - nicht aber der Unterhalt - eines Blindenhundes.

Leistung des Ergänzungstarifs:

Der VR erstattet die Aufwendungen für Hilfsmittel,

- im Rahmen des tariflichen Leistungsversprechens des Tarifs BS- N, sofern Erstattungsfähigkeit nach den Tarifen BS- N gegeben ist,
- nach der gültigen Beihilfavorschrift, wenn zwar keine Erstattungsfähigkeit nach dem Tarif BS- N, wohl aber Beihilfefähigkeit gegeben ist,

Die Aufwendungen werden erstattet, soweit diese nicht durch Ansprüche aus öffentlich - rechtlichen Beihilfavorschriften und Versicherungsleistungen aus anderen Krankheitskostentarifen des Versicherers abgedeckt sind.

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 DBV-Win (nur Beamte)

Leistung für Tarife BS50-N, BW250-N+B350-N, BZ50-N, BN1/250-N, KHTE-N, PVB

Krankenfahrrstuhl §4(3)	Inwieweit wird die Anschaffung oder Miete eines Krankenfahrrstuhls erstattet? § 4 (3) MB/KK	<p>100% des versicherten Prozentsatzes für Krankenfahrrstühle (gemäß Nr. 11 Abs. 3 TB 2009 ÖD), sofern der Versicherte den Versicherer (VR) mit deren Beschaffung beauftragt.</p> <p>Dabei kann ein Krankenfahrrstuhl unter Beachtung des individuellen, medizinisch notwendigen Bedarfs und der Wirtschaftlichkeit entweder über den VR bezogen oder auch leihweise von ihm zur Verfügung gestellt werden. Kann ein Krankenfahrrstuhl weder vom VR beschafft noch über ihn bezogen werden, erstattet der VR die adäquaten Aufwendungen.</p> <p>Beauftragt der Versicherte den VR nicht mit der Beschaffung und beschafft sich einen Krankenfahrrstuhl anderweitig, so ist der VR berechtigt, die Erstattung auf 80% des versicherten Prozentsatzes der erstattungsfähigen Aufwendungen zu kürzen.</p> <p>(Beachte dazu auch: Abschnitt "Der VR verzichtet auf Kürzungsbefugnis bei" in der Antwort zur Frage Hilfsmittel innerhalb der KV.BeratungsSoftware).</p> <p>Leistung des Ergänzungstarifs: Der VR erstattet die Aufwendungen für Krankenfahrrstühle, - im Rahmen des tariflichen Leistungsversprechens des Tarifs BS- N, sofern Erstattungsfähigkeit nach den Tarifen BS- N gegeben ist, - nach der gültigen Beihilfevorschrift, wenn zwar keine Erstattungsfähigkeit nach dem Tarif BS- N, wohl aber Beihilfefähigkeit gegeben ist,</p> <p>Die Aufwendungen werden erstattet, soweit diese nicht durch Ansprüche aus öffentlich - rechtlichen Beihilfevorschriften und Versicherungsleistungen aus anderen Krankheitskostentarifen des Versicherers abgedeckt sind.</p>	A+
orthopädische Schuhe §4(3)	Inwieweit wird die Anschaffung orthopädischer Schuhe erstattet? § 4 (3) MB/KK	<p>Erstattungsfähig sind die einen Betrag von 50 EUR (Eigenanteil pro Schuh: 25 EUR) übersteigenden Aufwendungen.</p> <p>Leistung des Ergänzungstarifs: Der VR erstattet die Aufwendungen für orthopädische Schuhe, - im Rahmen des tariflichen Leistungsversprechens des Tarifs BS- N, sofern Erstattungsfähigkeit nach den Tarifen BS- N gegeben ist, - nach der gültigen Beihilfevorschrift, wenn zwar keine Erstattungsfähigkeit nach dem Tarif BS- N, wohl aber Beihilfefähigkeit gegeben ist,</p> <p>Die Aufwendungen werden erstattet, soweit diese nicht durch Ansprüche aus öffentlich - rechtlichen Beihilfevorschriften und Versicherungsleistungen aus anderen Krankheitskostentarifen des Versicherers abgedeckt sind.</p>	A+
Heilmittel §4(3)	Werden alle verordneten Heilmittel zu 100% erstattet? § 4 (3) MB/KK	<p>Erstattungsfähige Heilmittel, sofern durch Personen mit entsprechender staatlich anerkannter Ausbildung ausgeführt, sind: Inhalationen, medizinische Bäder, Massagen und andere physikalisch - medizinische Leistungen (siehe auch Abschnitt E der GOÄ), Ergotherapie und Logopädie.</p> <p>Die Erstattung von Heilmittelkosten richtet sich nach den in der Heilmittelliste (siehe unter "Formulare- und Preisverzeichnisse") genannten Leistungsinhalten und Höchstsätzen.</p> <p>Ändern sich Leistungsinhalte oder angegebene Höchstsätze bei der als Vergleichsbasis herangezogenen Heilmittelliste des Bundes, wird der VR mit Zustimmung des Treuhänders die Inhalte und Höchstpreise entsprechend anpassen. Die neuen Leistungsinhalte bzw. Höchstsätze gelten dann für Behandlungen, die am 1. des übernächsten Monats nach Benachrichtigung der VN oder später beginnen, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt ist.</p> <p>Leistung des Ergänzungstarifs: Keine Tarifleistung.</p>	A
Arznei/Verbandmittel §4(3)	Werden verordnete allopathische und homöopathische Arznei- sowie Verbandmittel zu 100% erstattet? § 4 (3) MB/KK	<p>Für Arznei- und Verbandmittel werden 100% des versicherten Prozentsatzes erstattet.</p> <p><u>Als Arzneimittel gelten nicht:</u> Mittel, deren Zusammensetzung nicht bekanntgegeben wird, Nahrungsmittel, Stärkungsmittel, nicht rezeptpflichtige Schlankheits- und Abführmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer und Badezusätze sowie Potenzmittel und Haarwuchsmittel.</p> <p>Leistung des Ergänzungstarifs: Keine Tarifleistung.</p>	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 DBV-Win (nur Beamte)

Leistung für Tarife BS50-N, BW250-N+B350-N, BZ50-N, BN1/250-N, KHTE-N, PVB

Brillen/Sehhilfen §4(3)	Was erstattet die Gesellschaft bei Bezug von Sehhilfen (Brillen, Kontaktlinsen usw.) je Kalenderjahr? § 4 (3) MB/KK	Für Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen) erstattet der Versicherer innerhalb von 2 Kalenderjahren oder bei Änderungen der Sehschärfe wie folgt: a) Für Einstärkengläser werden bei einer Fehlsichtigkeit bis 6 Dioptrien die Aufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 300 EUR und bei stärkerer Fehlsichtigkeit bis 600 EUR gezahlt, b) Für Mehrstärkengläser werden bei einer Fehlsichtigkeit bis 6 Dioptrien die Aufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 700 EUR und bei stärkerer Fehlsichtigkeit bis 1000 EUR gezahlt. Leistung des Ergänzungstarifs: Der VR erstattet die Aufwendungen für Sehhilfen, - im Rahmen des tariflichen Leistungsversprechens des Tarifs BS- N, sofern Erstattungsfähigkeit nach den Tarifen BS- N gegeben ist, - nach der gültigen Beihilfavorschrift, wenn zwar keine Erstattungsfähigkeit nach dem Tarif BS- N, wohl aber Beihilfefähigkeit gegeben ist, Die Aufwendungen werden erstattet, soweit diese nicht durch Ansprüche aus öffentlich - rechtlichen Beihilfavorschriften und Versicherungsleistungen aus anderen Krankheitskostentarifen des Versicherers abgedeckt sind.	C
GOÄ- Ärzte ambulant §4(2)	Werden die ärztlichen Leistungen bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattet? § 4 (2) MB/KK	Ja, bis zu den Höchstsätzen der GOÄ. Leistung des Ergänzungstarifs: Keine Tarifleistung.	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	Keine ausdrückliche Beschränkung auf die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Leistung des Ergänzungstarifs: Keine Tarifleistung.	A+
GOÄ- Ärzte ambulant Ausland	Wird bei ambulanten Arztkosten, die unabhängig vom Aufenthaltzweck im Ausland entstanden sind, der Rechnungsbetrag in voller Höhe erstattet (ggf. ohne Bindung an die GOÄ)?	Akt / gezielt: Zum tariflichen Prozentsatz, soweit die Rechnungen nach den in dem jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen oder sonstigen Preisverzeichnissen, preislichen Regelwerken oder Preislisten berechnet wurden. Sind solche nicht vorhanden, sind Grundlage der Erstattung ortsübliche oder, sofern nicht vorhanden, landesübliche Preise. In der EU bzw. im EWR besteht ohne besondere Vereinbarung 6 Monate lang dieser Versicherungsschutz, darüber hinaus werden dann keine Mehrkosten im Vergleich zur Bundesrepublik Deutschland mehr getragen. Im außereuropäischen Ausland gilt der vorstehend genannte Versicherungsschutz ebenfalls 6 Monate lang allerdings mit der Einschränkung: Kosten für Heilbehandlungen außerhalb der EU bzw. des EWRs, die Mehrkosten gegenüber einer Leistung in der Bundesrepublik Deutschland sind, werden nicht erstattet. Dies gilt nicht, wenn eine medizinisch notwendige Heilbehandlung in der Bundesrepublik Deutschland nicht bzw. nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat. Leistung des Ergänzungstarifs: Akt / gezielt: Der VR erstattet die Aufwendungen für Heilbehandlung im Ausland im Rahmen der Tarifgruppe B- N . Die Aufwendungen werden erstattet, soweit diese nicht durch Ansprüche aus öffentlich- rechtlichen Beihilfavorschriften und Versicherungsleistungen aus anderen Krankheitskostentarifen des Versicherers abgedeckt sind. Vergleichswert(e) über den 3,5fachen Satz der 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 DBV-Win (nur Beamte)

Leistung für Tarife BS50-N, BW250-N+B350-N, BZ50-N, BN1/250-N, KHTE-N, PVB

Stationär

Geltungsbereich §1(4)	Erstreckt sich der Geltungsbereich ohne zeitliche Begrenzung auf außereuropäische Länder (weltweit) in den Krankheitskostentariifen? § 1 (4) MB/KK	<p>Während der ersten 6 Monate eines Auslandsaufenthalts besteht weltweit Versicherungsschutz für medizinisch notwendige Heilbehandlung. Hinsichtlich der Mehrkosten in Fällen zweckgerichteter Heilbehandlungen gilt Nr.18 der TB 2009.</p> <p>(Der VN sollte in seinem Interesse dem VR eine zustellungsfähige Korrespondenzanschrift mitteilen, da der Zugang von vertragserheblichen Poststücken bereits mit Zusendung an die alte bekannte Adresse gewährleistet ist.)</p> <p>Über die genannte Frist von 6 Monaten hinaus besteht nur dann Versicherungsschutz, wenn der VN mit dem VR insoweit eine besondere Vereinbarung getroffen hat. Der VR verpflichtet sich, die Vereinbarung mit dem VN für den Fall zu treffen, dass ein Antrag auf Fortführung des Versicherungsschutzes spätestens zum Ende des sechsten Monats des Auslandsaufenthalts beim VR eingeht.</p> <p>Der VR ist berechtigt, die Vereinbarung zu befristen und/oder einen angemessenen Beitragszuschlag zu erheben, der sich nach dem für den VR erhöhten Risiko richtet (vgl. Nr. 35 Abs.2 TB 2009).</p> <p>Überschreiten mehrere Auslandsaufenthalte der versicherten Person innerhalb eines Kalenderjahres sechs Monate, gilt Nr. 35 Abs.1 TB entsprechend. Ein Antrag auf Fortführung des Versicherungsschutzes ist zum Ende des sechsten Monats der addierten Auslandsaufenthalte zu stellen.</p> <p>Kein Versicherungsschutz besteht ab dem 7.Monat eines Auslandsaufenthaltes, sofern keine besondere Vereinbarung mit dem Versicherer getroffen wurde. Ist es dem Versicherten, ohne dass ihn ein Verschulden trifft, nicht möglich, die Verlängerung des Versicherungsschutzes fristgerecht zu beantragen, besteht Versicherungsschutz bis zu dem Zeitpunkt, in dem er wieder in der Lage ist, den Antrag zu stellen. Die Antragstellung ist dann unverzüglich nachzuholen.</p> <p>Leistung des Ergänzungstarifs: Nein. Keine stationäre Tarifleistung.</p>	C
Stat. Ausl.behandlung §4(4)	Kann gezielt ein europäisches oder außereuropäisches Krankenhaus zur stationären Behandlung aufgesucht werden? § 4 (4) MB/KK	<p>Nein, außer wenn es das nächstgelegene geeignete Krankenhaus ist.</p> <p>Leistung des Ergänzungstarifs: Nein. Keine Tarifleistung.</p>	E
Transportkosten weltweit	Werden die Transportkosten in voller Höhe übernommen, wenn bei medizinischer Notwendigkeit gezielt ein Krankenhaus außerhalb Deutschlands zur stationären Behandlung aufgesucht wird?	<p>Nein (Einzelfallprüfung).</p> <p>Leistung des Ergänzungstarifs: Nein (Einzelfallprüfung).</p>	A
Transportkosten im Inland	Sind Krankentransporte zur stationären Behandlung, unabhängig vom Transportmittel, in jedes gewünschte Krankenhaus versichert?	<p>Nein, erstattungsfähig sind medizinisch notwendige Transportkosten zum oder vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.</p> <p>Leistung des Ergänzungstarifs: Nein. Keine Tarifleistung.</p>	B
Beitragsfrei bei Elternschaft	Für wie viele Monate erfolgt eine Beitragsfreistellung bei Bezug von Elterngeld bzw. bei Elternurlaub?	<p>Keine Beitragsfreistellung.</p> <p>Leistung des Ergänzungstarifs: Keine Tarifleistung.</p>	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	<p>Ja, im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte, bis zu den Höchstsätzen (3,5 facher Satz).</p> <p>Leistung des Ergänzungstarifs: Nein. Keine Tarifleistung.</p>	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 DBV-Win (nur Beamte)

Leistung für Tarife BS50-N, BW250-N+B350-N, BZ50-N, BN1/250-N, KHTE-N, PVB

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 ausdrückliche Beschränkung auf die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). A+ Der VR erstattet in diesem Tarif im Versicherungsfall die Kosten für die gesondert berechenbare Unterkunft und für gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen (Wahlleistungen gemäß §§ 22 BpflV 95, 17 KHEntgG). In Erweiterung der Nr. 10 TB 2009 "Gebührenordnungen" ÖD werden für vom liquidationsberechtigtem Chefarzt persönlich erbrachte Leistungen, im tariflichen Rahmen auch ohne vorherige Zusage erstattet, wenn eine rechtsgültige, individuelle "abweichende Vereinbarung" gemäß § 2 der GOÄ getroffen wurde und die Aufwendung entsprechend der GOÄ abgerechnet wurde. Der VR erstattet in diesem Rahmen außerdem die nach Anrechnung eventueller Beihilfeleistungen verbleibenden Kosten. Leistung des Ergänzungstarifs: Keine Tarifleistung.
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: Zum tariflichen Prozentsatz, soweit die Rechnungen nach den in dem jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen oder sonstigen Preisverzeichnissen, preislichen Regelwerken oder Preislisten berechnet wurden. Sind solche nicht vorhanden, sind Grundlage der Erstattung ortsübliche oder, sofern nicht vorhanden, landesübliche Preise. Dieser Versicherungsschutz gilt ohne besondere Vereinbarung 6 Monate lang, darüber hinaus werden dann keine Mehrkosten im Vergleich zur Bundesrepublik Deutschland mehr getragen. Kosten für Heilbehandlungen außerhalb der EU bzw. des EWRs werden grundsätzlich nicht erstattet, soweit es sich um Mehrkosten gegenüber Leistungen in der Bundesrepublik Deutschland handelt. Dies gilt nicht, wenn eine medizinisch notwendige Heilbehandlung in der Bundesrepublik Deutschland nicht bzw. nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat oder im Rahmen einer notfallmäßigen Einweisung die Behandlung in einem ausländischen Krankenhaus erfolgt. Leistung des Ergänzungstarifs: Akut / gezielt: Keine Tarifleistung.

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 DBV-Win (nur Beamte)

Leistung für Tarife BS50-N, BW250-N+B350-N, BZ50-N, BN1/250-N, KHTE-N, 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 Tarifleistung.	A+
Summenbegrenzung Zahn	Welche Summenbegrenzung besteht für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie in den ersten 5 Versicherungsjahren?	Keine Summenbegrenzung. Leistung des Ergänzungstarifs: Keine Tarifleistung.	A+
Zahnleistung - Erstattung in %	Erstattet der Tarif bei Zahnbehandlung 100%, bei Zahnersatz 100% und bei Kieferorthopädie 100% ?	100% des versicherten Prozentsatzes für Zahnbehandlungen (einschl. Röntgenaufnahmen), Zahnersatz (auch Reparaturen), Zahn- und Kieferregulierungen (kieferorthopädische Behandlung) sowie andere Behandlungen durch Zahnärzte, auch wenn diese im Rahmen stationärer Behandlung erfolgen. Der VR erstattet die oben aufgeführten notwendigen Aufwendungen auch für ambulante zahnärztliche Behandlungen in Krankenhäusern, soweit die Kosten nach der geltenden Gebührenordnung berechnet sind. Aufwendungen für gesondert berechnungsfähige zahntechnische Material- und Laborkosten erstattet der VR bis zu den in der Sachkostenliste I aufgeführten Höchstbeträgen. Leistung des Ergänzungstarifs: Der VR erstattet die Aufwendungen für gesondert berechnungsfähige zahntechnische Material- und Laborkosten entsprechend der Sachkostenliste I. Die Aufwendungen werden erstattet, soweit diese nicht durch Ansprüche aus öffentlich- rechtlichen Beihilfavorschriften und Versicherungsleistungen aus anderen Krankheitskostentarifen des Versicherers abgedeckt sind.	A+
Entfällt Summenbeg. bei Unfall	Entfällt die tariflich vorgesehene Summenbegrenzung bei Unfall?	Keine Summenbegrenzung. Leistung des Ergänzungstarifs: Keine Tarifleistung.	A+
GOZ- Zahnärzte §4(2)	Werden die zahnärztlichen Honorar-Leistungen bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) erstattet? § 4 (2) MB/KK	Ja, bis zu den Höchstsätzen der jeweils gültigen GOZ. Leistung des Ergänzungstarifs: Keine Tarifleistung.	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 ausdrückliche Beschränkung auf die GOZ. Leistung des Ergänzungstarifs: Keine Tarifleistung.	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: Der Erstattung von Kosten für Behandlungen im Ausland werden die in dem jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen oder sonstige Preisverzeichnisse, preisliche Regelwerke oder Preislisten zu Grunde gelegt. Sind solche nicht vorhanden, erfolgt die Erstattung auf der Grundlage ortsüblicher oder, sofern nicht vorhanden, landesüblicher Preise. Die Einschränkung des § 1 Abs. 5 bleibt unberührt. Aufwendungen für gesondert berechnungsfähige zahntechnische Material- und Laborkosten erstattet der VR bis zu den in der Sachkostenliste I aufgeführten Höchstbeträgen. Vergleichswert(e) über den 3,5fachen Satz der GOZ. Leistung des Ergänzungstarifs: Akut / gezielt: Keine Tarifleistung.	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 DBV-Win (nur Beamte)

Leistung für Tarife BS50-N, BW250-N+B350-N, BZ50-N, BN1/250-N, KHTE-N, 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 BN3- N, BN4- N bis 10000 EUR, in den Tarifen BN1- N und BN2- N bis 10225,84 EUR. b) In den Tarifen BN3- N, BN4- N bis 5000 EUR, in den Tarifen BN1- N und BN2- N bis 5112,92 EUR. c) Nein.
---------------------------	---	--

Risikoprüfung	Entfällt die Risikoprüfung und Wartezeit bei Änderung des Beihilfeanspruches?	Ja. Vermindert sich der Beihilfeanspruch für eine versicherte Person oder entfällt er, wird der VR auf Ihren Antrag hin eine entsprechende Erhöhung des V-Schutzes im Rahmen der bestehenden Tarife vornehmen. Die Anpassung wird ohne erneute Risikoprüfung und Wartezeiten zum Zeitpunkt der Änderung vorgenommen, wenn - der Antrag innerhalb von 6 Monaten nach In- Kraft- Treten der Änderung gestellt wird, - für die beantragten Leistungen bereits im Rahmen dieses Tarifs Leistungen vereinbart waren und - Sie den Versicherungsschutz nur soweit erhöhen wollen, dass dadurch die Minderung oder der Wegfall des Beihilfeanspruches ausgeglichen wird (höchstens bis zur vollen Kostendeckung). Wird der VR später informiert, wird der Versicherungsschutz ab dem Zeitpunkt des Zugangs der Mitteilung erhöht.
----------------------	---	--

Tarife VisionB -N und B -N:

1. Umfang/Inhalt der Umwandlungsoption

Versicherte Personen dieses Tarifs können durch Ausübung dieser Option zu den unter Punkt 2. genannten Ereignissen ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten die Umstellung in einen Tarif mit umfassenderen Leistungen verlangen, wenn in der gewünschten beihilfekonformen Krankheitskostenvollversicherung Versicherungsfähigkeit besteht und diese für den Neuzugang geöffnet ist.

2. Ereignisse für Inanspruchnahme einer Option auf eine höherwertige Krankheitskostenvollversicherung:

- a) Erste Verbeamtung auf Probe bzw. erste Verbeamtung auf Zeit;
- b) Einmalig bei Eheschließung der versicherten Person. In diesem Fall behalten eingetretene Versicherungsfälle den Versicherungsschutz in dem Umfang, in dem er vor Ausübung der Option bestand.
- c) Bei Geburt eines eigenen Kindes oder Adoption eines eigenen Kindes durch die versicherte Person allerdings erst ab dem auf die Geburt/ Adoption folgenden Tag;
- d) Beginn der Berufsausbildung eines Kindes der Versicherten Person (1x pro Kind);
- e) Wegfall des letzten Kindes der versicherten Person aus der Beihilfe;
- f) Versicherte Personen, die erstmalig eine Krankheitskostenvollversicherung bei AXA Krankenversicherung abschließen, können zu Beginn des 6. Versicherungsjahres einmalig eine Umstellung verlangen, sofern folgende Voraussetzungen erfüllt sind:
- es bestand vor dem Umstellungszeitpunkt 5 Versicherungsjahre lang ununterbrochener Versicherungsschutz,
- die versicherte Person hat das 51. Lebensjahr zum Zeitpunkt der Umstellung noch nicht vollendet.

Die Umwandlungsoption f) gilt nicht für versicherte Personen, die nach den Bestimmungen für die Kindernachversicherung versichert wurden.

3. Frist zur Wahrnehmung der Option

Der Antrag auf Wahrnehmung dieser Option hat dem Versicherer innerhalb folgender Frist zuzugehen:

- a) bei einer Umstellung nach f) muss der Antrag bis zum Umstellungstermin vorliegen,
- b) ist der Anlass eine Geburt oder Adoption, besteht die Option bis zu 3 Monaten nach der Geburt bzw. Adoption,
- c) in allen übrigen Fällen beträgt die Frist 2 Monate ab Eintritt des Ereignisses. Dem Antrag ist ein Nachweis über den Eintritt des Ereignisses beizufügen.

Schwangerschaft	Bis zu welchem Schwangerschaftsmonat werden Schwangere bei vollem Leistungsanspruch aufgenommen?	Grundsätzlich werden keine Schwangeren aufgenommen. Bei Übertrittsversicherungen aus der GKV können Schwangere in Ausnahmefällen unter Leistungsverzicht aufgenommen werden.	E
------------------------	--	---	----------

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 DBV-Win (nur Beamte) Leistung für Tarife BS50-N, BW250-N+B350-N, BZ50-N, BN1/250-N, KHTE-N, PVB

Kinder alleine versicherbar	Sind Kinder alleine in allen Tarifen (ohne Tagegelder) versicherbar?	Kinder sind alleine nur ab Eintrittsalter 16 versicherbar. Beachte: Die Aussage ist eine Annahmerichtlinie, die jederzeit verändert werden kann.	E
Hausfrauen allein versicherbar	Sind Hausfrauen alleine in allen Tarifen (ohne KTG) versicherbar?	Nein, Einzelfallprüfung.	E
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 Wartezeit.	A+
Beitragsrückerstattung Ja/Nein	Wird derzeit noch eine BEITRAGSRÜCKERSTATTUNG (BRE) gewährt?	Ja, in der Vollversicherung.	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 DBV-Win (nur Beamte)

Leistung für Tarife BS50-N, BW250-N+B350-N, BZ50-N, BN1/250-N, KHTE-N, PVB

Beitragsrückerstattung	Für welche Tarife wird eine	BRE für das Geschäftsjahr 2010 (Auszahlung 2011)	
Tarifsysteme Anzahl	Wie viele eigenständige (selbständig nebeneinander bestehende) Tarifsysteme werden angeboten?	Normaltarifwerke 3 Beamtentarifwerke 2 Arzttarifwerke 3	A
<p>Weiterversicherung erforderlich. BMI- und Nichtraucherbonus gibt es nur für Erwachsene ab 20 Jahren.</p> <p><u>Anspruchsberechtigte Tarife sind</u> EL - N, VA100-2-N (50%*), EL Bonus - N, PRAXmedN (60%*). Höhe der erfolgsabhängigen BRE (eBRE): 1 vollständig versichertes Kalenderjahr: 2 MMB, 2 vollständig versicherte Kalenderjahre: 3 MMB, 3 und mehr vollständig versicherte Kalenderjahre: 4 MMB.</p> <p>Vital 300 - N, Vital 600 - N, Vital 900 - N (60%*). Höhe der eBRE: 1 vollständig versichertes Kalenderjahr: 2 MMB, 2 vollständig versicherte Kalenderjahre: 3 MMB, 3 und mehr vollständig versicherte Kalenderjahre: 5 MMB.</p> <p><i>*Anteil des Juni - Monatsbeitrags (ohne gesetzlichen Zuschlag), der BRE-fähig ist und den maßgeblichen Monatsbeitrag (MMB) darstellt.</i> Rechnungen innerhalb SB sind bei den obigen Tarifen nicht eBRE - schädlich. Eine Anwartschaft im BRE- Jahr verhindert eine eBRE.</p> <p>VAiP - 2, KGH2iP, ZA25iP, VIAmed: Höhe der eBRE: 1/2 Beitrag über gesamte Laufzeit</p> <p>PRIVamed: Höhe der eBRE: 100€ ab Alter 20, 50€ bis 19 Jahre.</p> <p>PREMIUM: Gesundheitsbonus 40€ oder Rechnungssammelbonus in Höhe von 20€ pro Jahr.</p> <p>PRAXmed - N: - Bonus für Nichtraucher + BodyMassIndex (BMI): jeweils 50€ jedes 2.Jahr, - Bonus für Sportabzeichen: 50€ pro Jahr, - Bonus für Erstattungsverzicht Arzneimittel: 100€ pro Jahr (statt eBRE).</p> <p>EL - N und VA100 - 2 - N: - Bonus für Nichtraucher + BMI: jeweils 50€ jedes 2.Jahr, - Bonus für Sportabzeichen: 50€ pro Jahr.</p> <p>EL BONUS - N: - Bonus für Nichtraucher + BMI: jeweils 50€ jedes 2.Jahr, - Bonus für Sportabzeichen: 50€ pro Jahr, - Bonus für vordefinierte ambulante OPS: 100€.</p> <p>Vital 300 - N, Vital 600 - N, Vital 900 - N: - Bonus für Nichtraucher + BMI: jeweils 50€ jedes 2.Jahr, - Bonus für Sportabzeichen: 50€ pro Jahr, - Primärarztbonus: ab Alter 20: 125€ pro Jahr (statt eBRE).</p> <p>Vision1-1500 /3000 /4500: - Bonus für Nichtraucher + BMI: jeweils 50€ jedes 2.Jahr, - Bonus für Sportabzeichen: 50€ pro Jahr.</p> <p>ProphyDent: - Bonus für Prophylaxe: 25€ pro Jahr.</p> <p><u>Weitere anspruchsberechtigte Tarife sind</u> 140 - N, 140 - NA (100%*), Höhe der eBRE: Ab dem 1. leistungsfreien Jahr: 3 MMB.</p> <p>150 - N, 150 - NA (60%*), VisionMed - N, VisionMed - NA, VisionStart - N, VisionStart - NA, Vision B - N (50%*), BS - N (100%*). Höhe der eBRE: Ab dem 1. leistungsfreien Jahr: 4 MMB.</p> <p><i>*Anteil der durchschnittlich gezahlten Monatsbeiträge (ohne gesetzlichen Zuschlag), der BRE-fähig ist und den maßgeblichen Monatsbeitrag (MMB) darstellt. Für unterjährige Beginne wird eine anteilige BRE gezahlt.</i></p>			

**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

Geburtsdatum 01.01.1981

Geschlecht weiblich

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:

DBV-Win (nur Beamte) (Vorschlag 1)

Tarifdruckstücke:

BS50-N (VG420) (03.10), BW250-N+B350-N (VG461/VG422) (01.09/03.09), BZ50-N (VG421) (01.09),
BN1/250-N (VG463) (05.10), KHTE-N (VG571) (01.09), PVB (VG244) (07.08)

Musterbedingungen:

BS50-N (MB/KK VG404) (03.09), KHTE-N (MB/KK VG400) (03.09), PVB (MB/PPV VG243) (07.08)

- 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