

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 Deutscher Ring

Leistung für Tarife BK30+BK20X,PIT50, BS30+BS20X, BE, H20, PVB

Information	<p>Mit den nachfolgenden Informationen geben wir Ihnen einen ersten Überblick über den von Ihnen gewünschten Versicherungsschutz. Diese Information ist jedoch nicht abschließend. Der vollständige Vertragsinhalt ergibt sich aus dem Antrag, dem Versicherungsschein und den beigefügten Versicherungsbedingungen. Bitte lesen Sie daher die gesamten Vertragsbestimmungen sorgfältig.</p>
§4 II Nr.1 VVG- InfoV Versicherungsvertragsart	<p>Beihilfeversicherung: Ledig oder Verheiratet</p> <p>Grundlage sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die Tarifbeschreibungen für die gewünschten Tarife sowie Ihr Antrag.</p>
§4 II Nr.2 VVG- InfoV Versichertes Risiko	<p>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</p> <p>Stationär Geltungsbereich §1(4), GOÄ- Ärzte stat. darüber §4(2), GOÄ- Ärzte stationär §4(2), GOÄ- Ärzte stationär Ausland, Transportkosten im Inland, Transportkosten weltweit</p> <p>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 %</p>
§4 II Nr.3 VVG- InfoV Beitrag und Beitragszahlung	<p>BK30+BK20X,PIT50, BS30+BS20X, BE, H20, PVB, Gesamtbeitrag in €: 255,86 darin enthalten ARB in €: 21,84</p> <p>Eine detaillierte Aufstellung des monatlichen Beitrags zuzüglich evtl. individuell vereinbarter Zuschläge finden Sie im Antragsformular.</p> <p>An Abschluss- und Vertriebskosten fallen bei einem Neuabschluss einmalige sowie monatliche Kosten an. Alle genannten Kosten sind in dem kalkulierten Beitrag bereits enthalten.</p> <p>Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate wird sofort nach Abschluss des Vertrages, spätestens jedoch zu dem im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn fällig. Alle weiteren Beitragsraten sind jeweils am ersten des Monats (gemäß der vereinbarten Zahlungsweise) fällig. Näheres hierzu finden Sie insbesondere in § 8 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die dem jeweiligen Tarif zugrunde liegen. Die Zahlungsweise vereinbaren Sie im Antrag.</p> <p>Die Nichtzahlung bzw. die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages führt zu einem Mahnverfahren. Der Versicherungsschutz ist gefährdet und der Deutsche Ring hat das Recht, vom Vertrag zurückzutreten. Die nicht rechtzeitige Zahlung eines Folgebeitrages führt bei einem Rückstand von Beitragsanteilen für 2 Monate ebenfalls zu einem Mahnverfahren. Ist 2 Wochen nach Zugang der ersten Mahnung der Rückstand noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, ruht der Versicherungsschutz für neu eintretende Versicherungsfälle und es werden im tariflichen Rahmen nur Kosten ersetzt, die zur Behandlung akuter Erkrankungen, Schmerzzuständen, Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Im Rahmen dieses Mahnverfahrens wird für jeden Monat des Rückstandes ein Säumniszuschlag von 1% des Beitragsrückstandes fällig. Weiterhin entstehen für das erste Mahnschreiben Kosten in Höhe von 2,50 EUR und für das zweite Mahnschreiben Kosten in Höhe von 5,00 EUR. Weiterhin kann es bei der Pflegepflichtversicherung in Folge des Mahnverfahrens zu einem Bußgeldverfahren durch das Bundesversicherungsamt (BVA) kommen. Näheres hierzu finden Sie insbesondere in § 8 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die dem jeweiligen Tarif zugrunde liegen.</p>
§4 II Nr. 4 VVG- InfoV Leistungsausschlüsse	<p>Näheres hierzu finden Sie insbesondere in § 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die dem jeweiligen Tarif zugrunde liegen.</p> <p>Stationär Beitragsfrei bei Elternschaft</p> <p>Krankenhaustagegeld KHT- Bundeswehr, KHT- Teilstationär</p>
§4 II Nr.5 VVG- InfoV Obliegenheiten bei Vertragsschluss und Rechtsfolgen Ihrer Nichtbeachtung	<p>Damit wir Ihren Antrag ordnungsgemäß prüfen können, müssen Sie die im Antragsformular enthaltenen Fragen unbedingt wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Wenn Sie falsche Angaben machen, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz. Näheres hierzu finden Sie im Antragsformular unter „Erläuterungen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht/ Hinweise auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“.</p>

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 Deutscher Ring

Leistung für Tarife BK30+BK20X,PIT50, BS30+BS20X, BE, H20, PVB

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

Eine wesentliche Pflicht ist z.B., dass der Abschluss einer weiteren Krankenversicherung (auch Krankentagegeld, Krankenhaustagegeld- und Pflegekrankenversicherung sowie die Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung) unverzüglich anzuzeigen ist bzw. der Abschluss teilweise nur mit unserer Genehmigung erfolgen darf.

Bei der Pflegepflichtversicherung sind wesentliche Pflichten z.B., dass der Eintritt der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegepflichtversicherung sowie die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit von evtl. beitragsfrei versicherten Personen unverzüglich anzuzeigen sind.

Diese Aufzählung ist nicht vollständig.

Bei Verletzung Ihrer Pflichten gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz. Unter Umständen kann der Deutsche Ring den Vertrag auch kündigen.

Näheres hierzu finden Sie insbesondere in den §§ 9 und 10 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die dem jeweiligen Tarif zugrunde liegen.

Bei Futura/ futura z/ praxis +: Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen dieses Tarifs/ dieser Tarife sehen keine entsprechenden Pflichten vor.

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

Eine wesentliche Obliegenheit ist z.B. die Verpflichtung alle zur Leistungsprüfung erforderlichen Informationen und Unterlagen beizubringen.

Diese Aufzählung ist nicht vollständig.

Bei Verletzung Ihrer Pflichten gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz. Unter Umständen kann der Deutsche Ring den Vertrag auch kündigen.

Näheres hierzu finden Sie insbesondere in den §§ 9 und 10 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die dem jeweiligen Tarif zugrunde liegen.

Bei Futura/ futura z/ praxis +: Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen dieses Tarifs/ dieser Tarife sehen keine entsprechenden Pflichten vor.

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

Geplanter Versicherungsbeginn: 01.03.2011

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Antrag gewünschten und später im Versicherungsschein dokumentierten Versicherungsbeginn, jedoch nicht vor Abschluss des Vertrages und nicht vor Ablauf evtl. Wartezeiten. Er endet mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Näheres hierzu finden Sie insbesondere in den §§ 2 und 7 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die dem jeweiligen Tarif zugrunde liegen.

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

Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von 3 Monaten kündigen, frühestens aber zum Ablauf der vertraglich vereinbarten Mindestvertragsdauer.

Näheres hierzu finden Sie insbesondere in § 13 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die dem jeweiligen Tarif zugrunde liegen.

Bei Futura/ futura z:

Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von 3 Monaten kündigen.

Näheres finden Sie insbesondere in den Ziffern 2 und 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die dem jeweiligen Tarif zugrunde liegen.

Bei praxis +:

Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von 3 Monaten kündigen.

Näheres hierzu finden Sie insbesondere in den Ziffern 2 und 6 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die dem Tarif zugrunde liegen.

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 Deutscher Ring

Leistung für Tarife BK30+BK20X,PIT50, BS30+BS20X, BE, H20, PVB

§1 I Nr.1 VVG- InfoV Angaben zum Versicherer

Deutscher Ring Krankenversicherungsverein auf Gegenseitigkeit
LudwigErhardStraße 22
20459 Hamburg

Telefon: +49 (0)40 35 99-0
Telefax: +49 (0)40 35 99-25 00
E-Mail: Service@DeutscherRing.de
Internet: <http://www.DeutscherRing.de>

Sitz: Hamburg

USt.-IdNr.: DE 118618342
Registergericht: Amtsgericht Hamburg HRB 4673

§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

**Deutscher Ring Krankenversicherungsverein auf Gegenseitigkeit
LudwigErhardStraße 22
20459 Hamburg**

Der Deutsche Ring wird vertreten durch den Vorstand: Reinhold Schulte (Vorsitzender), Wolfgang Fauter (stellv. Vorsitzender), Dr. Karl- Josef Bierth, Jens O. Geldmacher, Marlies Hirschberg- Tafel, Michael Johnigk, Ulrich Leitermann, Michael Petmecky, Dr. Klaus Sticker, Dr. Markus Warg

**Vorsitzender des Aufsichtsrats:
Günter Kutz**

§1 I Nr.4 VVG- InfoV Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers

Gemäß § 2 der Satzung betreibt der Deutsche Ring Krankenversicherungsverein a.G. (im Folgenden: Deutscher Ring) die private Krankenversicherung jeder Art einschließlich der privaten Pflegepflichtversicherung.

§1 I Nr.5 VVG- InfoV Sicherungsfonds

Aufgaben und Befugnisse des Sicherungsfonds für die private Krankenversicherung wurden übertragen an die Medicator AG, Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln.

§1 I Nr.6 VVG- InfoV Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

Die für Ihren Krankenversicherungsvertrag geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) des Deutschen Ring sowie die Leistungsbeschreibung der gewählten Tarife sind Ihnen zusammen mit dieser Information ausgehändigt worden.

Detaillierte Informationen über Art und Umfang der Versicherungsleistung finden Sie in den §§ 1, 4 und 5 der AVB sowie in den Leistungsbeschreibungen der gewählten Tarife.

Geldleistungen werden mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung notwendigen Erhebungen fällig.

Versicherungsschutz für: Ambulant, Stationär, Zahn, Beihilfeergänzung, Krankenhaustagegeld, Pflegepflicht

Hiefür gelten folgende Tarifdokumente: BK30+BK20X,PIT50 (DRK 1757/DRK 3175) (01.10/01.09), BS30+BS20X (DRK 1759) (01.10), *BK30+BK20X* (DRK 1757) (01.10), BE (DRK 1762) (01.11), H20 (K 1774) (01.02), PVB (DRK 1813) (01.10), BK30+BK20X,PIT50 (MB/KK DRK 1704) (01.10), PVB (MB/PPV DRK 1811) (01.10)

§1 I Nr.7-11 VVG- InfoV Angaben zum Beitrag und anderen Kosten, Gültigkeitsdauer der Informationen

Den Tarifbeitrag für den gewünschten Versicherungsschutz entnehmen Sie bitte dem Produktinformationsblatt bzw. dem Antrag.

Der erste Beitrag bzw. die erst Beitragsrate wird sofort nach Abschluss des Vertrages, spätestens jedoch zu dem im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn fällig. Alle weiteren Beitragsraten sind jeweils am Ersten des Monats (gemäß der vereinbarten Zahlungsweise) zu entrichten.

Bei jährlicher Zahlungsweise wird ein Beitragsnachlass von zurzeit 3% gewährt.

Sollten Sie einen Erst- oder Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen und werden Sie von uns gemahnt, erheben wir bei der ersten Mahnung eine Gebühr in Höhe von 2,50 EUR und bei der zweiten Mahnung zusätzlich 5,00 EUR.

Weitere Informationen zur Beitragzahlung / Fälligkeit finden Sie in § 8 der AVB bzw. in den AVB des jeweils gewählten Tarifs.

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

Geplanter Versicherungsbeginn: 01.03.2011

Der Vertrag kommt zustande, wenn der Vorstand schriftlich die Annahme des Antrags erklärt hat oder der Versicherungsschein/Nachtrag Ihnen zugegangen ist und Sie nicht innerhalb von zwei Wochen in Textform widerrufen.

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Antrag gewünschten und später im Versicherungsschein dokumentierten Versicherungsbeginn, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Ablauf eventueller Wartezeiten.

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 Deutscher Ring

Leistung für Tarife BK30+BK20X,PIT50, BS30+BS20X, BE, H20, 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 der VVG- Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an:

Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G.,
Ludwig- Erhard- Straße 22
20459 Hamburg.

Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 040 3599 3636.

Bei einem Widerruf per EMail ist der Widerruf an folgende EMailAdresse zu richten:

Service@DeutscherRing.de

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Beiträge, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrages, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe von 1/30 des Monatsbeitrages multipliziert mit der Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat. Die Höhe des zu zahlenden Beitrages entnehmen Sie dem Antrag bzw. dem Versicherungsschein/ Nachtrag. Die Erstattung zurückzahlender 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.

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

Der Versicherungsvertrag wird für die Dauer eines Versicherungsjahres, für die RingSchutzTarife für 24 Monate und für den Tarif praxis + für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen.

Der Vertrag verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Jahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird. Ein Wechsel des Tarifs oder der Tarifstufe hat keinen Einfluss auf das Versicherungsjahr, sofern der Tarif nichts anderes bestimmt.

Der Tarif Futura wird für fünf, der Tarif futura z wird für zehn Versicherungsjahre abgeschlossen, sie können aber zum Ende eines jeden Versicherungsjahres bedingungsgemäß gekündigt werden.

Das erste Versicherungsjahr endet am 31. Dezember des folgenden Jahres, sofern der Vertrag nicht am 1. Januar eines Jahres beginnt. Abweichend davon endet für den Tarif praxis + das erste Versicherungsjahr mit dem laufenden Kalenderjahr. Jedes weitere Versicherungsjahr entspricht einem Kalenderjahr.

Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von 3 Monaten kündigen, frühestens aber zum Ablauf der vertraglich vereinbarten Mindestvertragsdauer.

Weitere Informationen finden Sie in den §§ 13, 14 und 15 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) bzw. in den AVB des jeweils gewählten Tarifs.

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

Für Ihren Vertrag gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

Klagen gegen den Deutschen Ring können Sie bei dem Gericht Ihres Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes oder bei dem für uns zuständigen Gericht in Hamburg erheben.

Verlegen Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt ist zum Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist Gerichtsstand Hamburg.

§1 I Nr.18 VVG- InfoV Vertragssprache

Die Ihren Vertrag betreffenden Informationen sowie die Kommunikation während der Laufzeit des Vertrages erfolgen ausschließlich in deutscher Sprache.

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 Deutscher Ring

Leistung für Tarife BK30+BK20X,PIT50, BS30+BS20X, BE, H20, PVB

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

Der Vermittler - Ihr Berater - und die Mitarbeiter der Unternehmensgruppe Deutscher Ring werden Sie umfassend und kompetent beraten. Sollte es dennoch im Einzelfall zu Meinungsverschiedenheiten kommen, können Sie den

Kundenservice der Hauptverwaltung Deutscher Ring unter der Rufnummer +49 (0)40 35 99-77 33 anrufen oder Sie schreiben an

Deutscher Ring Krankenversicherungsverein auf Gegenseitigkeit,
20449 Hamburg.

Darüber hinaus können Sie sich auch an den

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin

wenden, sofern nicht bereits bei der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht oder bei Gericht eine Klärung herbeigeführt wird/wurde. Ihre Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.

Bei Beschwerden können Sie sich auch direkt an die zuständige Aufsichtsbehörde wenden:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
EMail: poststelle@bafin.de
Internet: www.bafin.de

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

Für den Abschluss und die Verwaltung eines Versicherungsvertrages fallen Kosten an, die durch entsprechende Beitragsanteile gedeckt werden.

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

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland zählt zu den besten auf der ganzen Welt. Eine gute medizinische Versorgung hat, wie andere wünschenswerte Güter und Dienstleistungen auch, ihren Preis. Der hohe Qualitätsstandard ist einer der Gründe dafür, dass die Ausgaben für die Gesundheit in den vergangenen Jahren wesentlich stärker als die allgemeinen Lebenshaltungskosten angestiegen sind.

Die Beiträge in der Privaten Krankenversicherung sind so kalkuliert, dass sie unter der Annahme gleichbleibender Bedingungen für jeden Versicherten für die Gesamtdauer der Versicherung gelten.

Die Kalkulation sieht vor, dass zunächst nur ein Teil des Beitrags zur Deckung der Krankheitskosten verwendet wird. Zu Beginn der Versicherung wird der Anteil, der nicht zur Deckung der durchschnittlichen Krankheitskosten einer Gruppe gleichaltriger Versicherter verwendet wird, kollektiv angespart und verzinst.

Das Kapital, das hieraus gebildet wird, nennt man Alterungsrückstellung. Hieraus werden Gelder entnommen, wenn der Versicherte ein Alter erreicht hat, in dem sein effektiv gezahlter Beitrag nicht mehr ausreicht, um seine durchschnittlichen Krankheitskosten zu decken.

Die Alterungsrückstellung dient dazu, die Beiträge auch bei gestiegener Inanspruchnahme von Leistungen wegen Alterwerdens des Versicherten stabil zu halten. Damit erhöht sich der Beitrag also nicht wegen des Alterwerdens.

Steigt das Niveau der Gesundheitskosten im Markt, z. B. durch neue Behandlungsmethoden, Inflation der Preise für ärztliche Versorgung oder steigenden Medikamentenkonsum, entsteht bei den Versicherungsträgern ein zusätzlicher Finanzierungsbedarf, der durch die vorhandene Alterungsrückstellung nicht gedeckt wird.

Um die vertraglichen Leistungen auf Dauer zu gewährleisten, überprüft der Deutsche Ring jährlich, ob die tatsächlichen Aufwendungen für Krankheitskosten noch den kalkulierten entsprechen. Ergibt diese Gegenüberstellung einen dauerhaften zusätzlichen Finanzierungsbedarf, kann dieser durch Beitragserhöhungen gedeckt werden. Dabei wird der bisherige Beitrag um einen Zusatzbeitrag zum erreichten Alter des Versicherten erhöht.

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 Deutscher Ring

Leistung für Tarife BK30+BK20X,PIT50, BS30+BS20X, BE, H20, PVB

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

Durch die einkalkulierten Sicherheiten und die Kapitalanlage (Alterungsrückstellung) erwirtschaften wir Überschüsse, die wir unseren Mitgliedern fast vollständig zukommen lassen. So garantieren wir, dass von den Zinsüberschüssen der Alterungsrückstellung unserer Kunden 90 % alljährlich unseren Mitgliedern zugute kommen.

Die Hälfte davon bekommt jeder Versicherte entsprechend seinem Anteil an der gesamten Alterungsrückstellung. Die andere Hälfte verwenden wir beitragsbegrenzend für die Versicherten, die bereits heute 65 und älter sind. Dieses Aufteilungsverhältnis ist bis zum Jahr 2025 einer gesetzlichen Verschiebung zugunsten des individuellen Teils unterworfen.

Für Neuverträge in der Krankheitskostenvollversicherung ist seit dem 01.01.2000 der 10%ige gesetzliche Zuschlag (§ 12 Abs. 4a VAG) zur Beitragsentlastung im Alter zu vereinbaren.

Dieser Zuschlag ist von allen versicherten Personen zwischen dem 21. und dem 60. Lebensjahr zu zahlen. Er wird verzinslich angesammelt und dient der Finanzierung notwendiger Beitragsanpassungen nach Vollendung des 65. Lebensjahres.

Bis zur Vollendung des 80. Lebensjahres nicht verbrauchte Mittel werden zur individuellen Beitragssenkung des Versicherten verwendet.

Tarifwechsel

Sofern der erstmalige Vertragsabschluss der Krankheitskostenvollversicherung beim Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. bis zum 31.12.2008 erfolgte, können Sie unter den in § 257 Abs. 2a SGB V (in der Fassung bis zum 31.12.2008) beschriebenen Voraussetzungen in den Standardtarif für ältere Versicherte wechseln.

Ab 1. Januar besteht die Möglichkeit, gemäß der in § 20 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen beschriebenen Voraussetzungen, in den Basistarif zu wechseln.

Die Leistungen dieser Tarife entsprechen im Wesentlichen denen der gesetzlichen Krankenkasse.

Bei einem Wechsel in den Standard- bzw. Basistarif bei demselben Unternehmen wird die Altersrückstellung der bisherigen Tarife vollständig angerechnet.

Weitere Informationen zu Tarifwechsellmöglichkeiten finden Sie in den §§ 1 und 19 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

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

Eine Rückkehrmöglichkeit in die GKV ist in der Regel im fortgeschrittenen Alter, insbesondere ab einem Alter von 55 Jahren, nicht mehr möglich.

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

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zweck des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung ist im Allgemeinen für den Versicherungsnehmer unzumutbar.

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

Der Wechsel zu einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung kann in fortgeschrittenem Alter mit höheren Beiträgen verbunden und gegebenenfalls auf einen Wechsel in den Standard- oder Basistarif beschränkt sein.

Die Darstellung der Beitragsentwicklung erfolgt gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 7 VVG- Informationspflichtenverordnung (VVG- InfoV) für die vergangenen zehn Jahre und wird am Beispiel eines/ einer zum jeweiligen Tarifbeginn 35-jährigen Mannes/ Frau dargestellt.

Soweit die Tarife noch keine zehn Jahre bestehen, wird ein anderer Tarif als Vergleichstarif angegeben. Dementsprechend ist die Aussagefähigkeit der Übersicht für solche Tarife nur begrenzt.

(siehe separate Druckstücke zur Beitragsentwicklung des Deutschen Rings)

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 Deutscher Ring.

Gesellschaft Deutscher Ring		Eintrittsalter 30	Währung: €
Tarif	Tarif-Kurzbeschreibung		Tarifbeitrag
BK30+BK20X,PIT50	BAP zum 01/11 50% amb. Restk.-Erstat., KURZSTUFE Psychotherapie, Heilpraktiker, Kur Arzneien, Heil- und Hilfsmittel		189,57
BS30+BS20X	BAP zum 01/10 2-Bett Privatarzt, 50% Erstattung vor-/nachstationäre Behandlung Begleitperson, Geburtsh., KURZSTUFE 50 % ZB, 50 % ZE, 50 % KfO Prophylaxe, keine Summenbegrenzung KURZSTUFE		11,99
BE	BAP zum 01/11 Stat+Amb+Zahn Restkosten-Erg Diff. 1-/2-Bett, PA, Rücktransport ZB, ZE, KfO, Heilpr., Heil-/Hilfsm.		16,79
H20	BAP zum 01/08 20 EUR Krankenhaustagegeld		4,52
PVB	BAP zum 01/10 Private PflegePflichtversicherung		11,15
Alterungsrückst.	Gesetzl. Zuschlag 10% nach §12 VAG zur Prämienermäßigung im Alter		21,84
zu zahlender Monatsbeitrag (MB)			255,86

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 Deutscher Ring.

Gesellschaft **Deutscher Ring**

Leistung für Tarife BK30+BK20X,PIT50, BS30+BS20X, BE, H20, PVB

Ambulant

Transportkosten Ambulant	Wird die Differenz des Rechnungsbetrages für Transportkosten von und zur ambulanten Behandlung voll erstattet?	Medizinisch notwendige Krankentransporte zum und vom nächsten geeigneten Arzt bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit. Leistung des Ergänzungstarifs: Medizinisch notwendige Krankentransporte zum und vom nächsten geeigneten Arzt bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit.	A+
Psychotherapie §4(2)	Was leistet die Gesellschaft bei psychotherapeutischer Behandlung? § 4 (2) MB/KK	Bis zu 30 Sitzungen je Kalenderjahr. Leistung des Ergänzungstarifs: Bis zu 30 Sitzungen je Kalenderjahr.	B
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 Aufwendungen für Arzt, Arzneien, Heil- und Verbandmittel. Leistung des Ergänzungstarifs: Die Aufwendungen für Arzt und Heilmittel.	A+
Hilfsmittel §4(3)	Werden die Anschaffungskosten für alle Hilfsmittel unbegrenzt erstattet, wenn diese ärztlich verordnet wurden? § 4 (3) MB/KK	Erstattungsfähig sind die Kosten für folgende Hilfsmittel (einschließlich Reparaturen): Blindenhund (Anschaffung, Ausbildung), Bandagen, Einlagen, Bruchbänder, Gummistrümpfe, Leibbinden, Katheter, Geh- und Stützapparate, Gipsschalen, Körperersatzstücke und Prothesen (z.B. künstliche Augen, künstliche Gliedmaßen), orthopädische Schuhe, Hör- und Sprechgeräte (Batterien für Hörgeräte sind nicht mitversichert), lebenserhaltende Hilfsmittel einschließlich Wartung (z.B. Ernährungspumpen, Heimdialyse- und Beatmungsgeräte). Leistung des Ergänzungstarifs: Erstattungsfähig sind die Kosten für folgende Hilfsmittel (einschließlich Reparaturen): Blindenhund (Anschaffung, Ausbildung), Bandagen, Einlagen, Bruchbänder, Gummistrümpfe, Leibbinden, Katheter, Geh- und Stützapparate, Gipsschalen, Körperersatzstücke und Prothesen (z.B. künstliche Augen, künstliche Gliedmaßen), orthopädische Schuhe, Hör- und Sprechgeräte (Batterien für Hörgeräte sind nicht mitversichert), lebenserhaltende Hilfsmittel einschließlich Wartung (z.B. Ernährungspumpen, Heimdialyse- und Beatmungsgeräte).	A+
Krankenfahrstuhl §4(3)	Inwieweit wird die Anschaffung oder Miete eines Krankenfahrstuhls erstattet? § 4 (3) MB/KK	Ja, einschließlich Reparaturkosten, ohne EUR oder zeitliche Begrenzung. Leistung des Ergänzungstarifs: Zum versicherten Erstattungssatz, jedoch keine ausdrückliche Übernahme von Reparaturen.	A+
orthopädische Schuhe §4(3)	Inwieweit wird die Anschaffung orthopädischer Schuhe erstattet? § 4 (3) MB/KK	Ja, einschließlich Reparaturkosten, ohne EUR oder zeitliche Begrenzung. Leistung des Ergänzungstarifs: Zum versicherten Erstattungssatz, jedoch keine ausdrückliche Übernahme von Reparaturen.	A+
Heilmittel §4(3)	Werden alle verordneten Heilmittel zu 100% erstattet? § 4 (3) MB/KK	Erstattet werden die Aufwendungen für Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Wärmebehandlung, Elektro- und Lichttherapie sowie Logopädie und Ergotherapie. Die Erstattung erfolgt in angemessenen Sätzen. Leistung des Ergänzungstarifs: Erstattet werden die Aufwendungen für Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Wärmebehandlung, Elektro- und Lichttherapie sowie Logopädie und Ergotherapie. Die Erstattung erfolgt in angemessenen Sätzen.	A+
Arznei/Verbandmittel §4(3)	Werden verordnete allopathische und homöopathische Arznei- sowie Verbandmittel zu 100% erstattet? § 4 (3) MB/KK	Ja, aber keine Nähr-, Stärkungs-, Desinfektions-, Entfettungs-, Abführ- und kosmetische Mittel etc. Leistung des Ergänzungstarifs: 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	Deutscher Ring		Leistung für Tarife BK30+BK20X,PIT50, BS30+BS20X, BE, H20, PVB
Brillen/Sehhilfen §4(3)	Was erstattet die Gesellschaft bei Bezug von Sehhilfen (Brillen, Kontaktlinsen usw.) je Kalenderjahr? § 4 (3) MB/KK	Erstattungsfähig sind Brillengläser (Einstärken-, Bifokal-, Trifokal- und Gleitsichtgläser aus Glas oder Kunststoff in Einfachausführung), Brillenfassungen, Reparaturen und Kontaktlinsen (nach medizinischer Notwendigkeit oder ab 6 Dioptrien). Brillen sind nur erstattungsfähig, wenn seit dem letzten Bezug mindestens 2 Jahre vergangen sind oder sich die Gläserstärke um mindestens 0,5 Dioptrien insgesamt geändert hat. <u>Nicht erstattungsfähig sind:</u> Sport-, Sonnen- und Arbeitsbrillen.	A+
		Leistung des Ergänzungstarifs: Erstattungsfähig sind Brillengläser in Einfachausführung und Kontaktlinsen; Brillengestelle bis zu einem Rechnungsbetrag von 110 EUR; jeweils nur alle zwei Jahre oder bei mind. 0,5 Dioptrien- Änderung.	
GOÄ- Ärzte ambulant §4(2)	Werden die ärztlichen Leistungen bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattet? § 4 (2) MB/KK	Ja, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen (3,5facher Satz). Leistung des Ergänzungstarifs: Ja, bis zu den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (3,5facher Satz).	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	Ja. Keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte, wenn sachlich und formalrechtlich begründet. Leistung des Ergänzungstarifs: Ja. Keine ausdrückliche Begrenzung auf die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).	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)?	Akut / gezielt: In Europa zum versicherten Prozentsatz, bis zu der Kostenhöhe, die bei gleicher Behandlung im Inland (Bundesrepublik Deutschland) erstattet worden wäre (§ 5 Abs. 2 MB/KK beachten). Vergleichswert(e) über den 3,5fachen Satz der GOÄ. Im außereuropäischen Ausland besteht ohne besondere Vereinbarung ein Monat lang dieser Versicherungsschutz. Bei notwendiger Heilbehandlung und solange eine Rückreise nicht ohne Gefährdung der Gesundheit angetreten werden kann, auch darüber hinaus, jedoch höchstens für weitere 2 Monate. Nach einer Versicherungsdauer von 12 Monaten besteht der Versicherungsschutz weltweit. In den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union und den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum entfällt die Begrenzung auf die Inlandsleistungen (Bindung an die GOÄ). Vom 13. Aufenthaltsmonat an wird ein Beitragszuschlag für USA, Kanada und Japan in Höhe von 50% erhoben. Diese Regelung gilt, solange ein Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland besteht (siehe auch §§ 1 Abs. 5 und 15 Abs. 3 MB/KK). Leistung des Ergänzungstarifs: Akut / gezielt: In Europa zum versicherten Prozentsatz, bis zu der Kostenhöhe, die bei gleicher Behandlung im Inland (Bundesrepublik Deutschland) erstattet worden wäre (§ 5 Abs. 2 MB/KK beachten). Vergleichswert(e) über den 3,5fachen Satz der GOÄ. Im außereuropäischen Ausland besteht ohne besondere Vereinbarung ein Monat lang dieser Versicherungsschutz. Bei notwendiger Heilbehandlung und solange eine Rückreise nicht ohne Gefährdung der Gesundheit angetreten werden kann, auch darüber hinaus, jedoch höchstens für weitere 2 Monate. Nach einer Versicherungsdauer von 12 Monaten besteht der Versicherungsschutz weltweit. In den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union und den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum entfällt die Begrenzung auf die Inlandsleistungen (Bindung an die GOÄ). Vom 13. Aufenthaltsmonat an wird ein Beitragszuschlag für USA, Kanada und Japan in Höhe von 50% erhoben. Diese Regelung gilt, solange ein Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland besteht (siehe auch §§ 1 Abs. 5 und 15 Abs. 3 MB/KK).	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 Deutscher Ring

Leistung für Tarife BK30+BK20X,PIT50, BS30+BS20X, BE, H20, PVB

Stationär

Geltungsbereich §1(4)	Erstreckt sich der Geltungsbereich ohne zeitliche Begrenzung auf außereuropäische Länder (weltweit) in den Krankheitskostentarifen? § 1 (4) MB/KK	<p>AVB Teil I: Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden. (Vgl. aber § 15 Abs. 3). Während des 1. Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Vschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Vschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere 2 Monate.</p> <p>AVB Teil II: Der Vschutz erstreckt sich nach einer Versicherungsdauer von 12 Monaten auch auf das außereuropäische Ausland. Vom 13. Aufenthaltsmonat an wird ein Beitragszuschlag für USA, Kanada und Japan in Höhe von 50% erhoben. Dauert ein Auslandsaufenthalt des VN länger als 3 Monate, so ist ein im Inland wohnender Bevollmächtigter zur Entgegennahme von Versicherungsleistungen und Willenserklärungen zu benennen. Diese Regelung gilt, solange ein Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland besteht (siehe auch §§ 1 Abs. 5 und 15 Abs. 3 MB/KK 2008).</p> <p>Leistung des Ergänzungstarifs: AVB Teil I: Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden. (Vgl. aber § 15 Abs. 3). Während des 1. Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Vschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Vschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere 2 Monate. AVB Teil II: Der Vschutz erstreckt sich nach einer Versicherungsdauer von 12 Monaten auch auf das außereuropäische Ausland. Vom 13. Aufenthaltsmonat an wird ein Beitragszuschlag für USA, Kanada und Japan in Höhe von 50% erhoben. Dauert ein Auslandsaufenthalt des VN länger als 3 Monate, so ist ein im Inland wohnender Bevollmächtigter zur Entgegennahme von Versicherungsleistungen und Willenserklärungen zu benennen. Diese Regelung gilt, solange ein Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland besteht (siehe auch §§ 1 Abs. 5 und 15 Abs. 3 MB/KK 2008).</p>	A+
Stat. Ausl.behandlung §4(4)	Kann gezielt ein europäisches oder außereuropäisches Krankenhaus zur stationären Behandlung aufgesucht werden? § 4 (4) MB/KK	<p>Ja, bei ärztlicher Anordnung. (Schriftliche Kostenzusage des Versicherers empfehlenswert.)</p> <p>Leistung des Ergänzungstarifs: Ja, bei ärztlicher Anordnung.</p>	A+
Transportkosten weltweit	Werden die Transportkosten in voller Höhe übernommen, wenn bei medizinischer Notwendigkeit gezielt ein Krankenhaus außerhalb Deutschlands zur stationären Behandlung aufgesucht wird?	<p>Medizinisch notwendige Krankentransporte (ausgenommen Fahrten in Privatfahrzeugen).</p> <p>Leistung des Ergänzungstarifs: Ja, bei medizinischer Notwendigkeit. Ausgenommen sind Fahrten in Privatfahrzeugen.</p>	A+
Transportkosten im Inland	Sind Krankentransporte zur stationären Behandlung, unabhängig vom Transportmittel, in jedes gewünschte Krankenhaus versichert?	<p>Ja, medizinisch notwendige Krankentransporte (ausgenommen Fahrten in Privatfahrzeugen).</p> <p>Leistung des Ergänzungstarifs: Ja, medizinisch notwendige Krankentransporte (ausgenommen Fahrten in Privatfahrzeugen).</p>	A+
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 Beitragsfreistellung.</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, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte liegen (3,5facher Satz).</p> <p>Leistung des Ergänzungstarifs: Ja, im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte, bis zu den Höchstsätzen (3,5 facher Satz).</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 Beamin

Gesellschaft	Deutscher Ring		Leistung für Tarife BK30+BK20X,PIT50, BS30+BS20X, BE, H20, 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 Begrenzung auf die Gebührenordnung für Ärzte, jedoch ist § 5 Abs. 2 der AVB zu beachten.	A+
		Leistung des Ergänzungstarifs: Keine ausdrückliche Begrenzung auf die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).	
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)?	<p>Akut / gezielt: In Europa zum versicherten Prozentsatz, bis zu der Kostenhöhe, die bei gleicher Behandlung im Inland (Bundesrepublik Deutschland) erstattet worden wäre (§ 5 Abs. 2 MB/KK beachten). Vergleichswert(e) über den 3,5fachen Satz der GOÄ.</p> <p>Im außereuropäischen Ausland besteht ohne besondere Vereinbarung ein Monat lang dieser Versicherungsschutz. Bei notwendiger Heilbehandlung und solange eine Rückreise nicht ohne Gefährdung der Gesundheit angetreten werden kann, auch darüber hinaus, jedoch höchstens für weitere 2 Monate. Nach einer Versicherungsdauer von 12 Monaten besteht der Versicherungsschutz weltweit.</p> <p>In den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union und den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum entfällt die Begrenzung auf die Inlandsleistungen (Bindung an die GOÄ).</p> <p>Vom 13. Aufenthaltsmonat an wird ein Beitragszuschlag für USA, Kanada und Japan in Höhe von 50% erhoben. Diese Regelung gilt, solange ein Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland besteht (siehe auch §§ 1 Abs. 5 und 15 Abs. 3 MB/KK).</p> <p>Leistung des Ergänzungstarifs: Akut / gezielt: In Europa zum versicherten Prozentsatz, bis zu der Kostenhöhe, die bei gleicher Behandlung im Inland (Bundesrepublik Deutschland) erstattet worden wäre (§ 5 Abs. 2 MB/KK beachten). Vergleichswert(e) über den 3,5fachen Satz der GOÄ.</p> <p>Im außereuropäischen Ausland besteht ohne besondere Vereinbarung ein Monat lang dieser Versicherungsschutz. Bei notwendiger Heilbehandlung und solange eine Rückreise nicht ohne Gefährdung der Gesundheit angetreten werden kann, auch darüber hinaus, jedoch höchstens für weitere 2 Monate. Nach einer Versicherungsdauer von 12 Monaten besteht der Versicherungsschutz weltweit.</p> <p>In den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union und den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum entfällt die Begrenzung auf die Inlandsleistungen (Bindung an die GOÄ).</p> <p>Vom 13. Aufenthaltsmonat an wird ein Beitragszuschlag für USA, Kanada und Japan in Höhe von 50% erhoben. Diese Regelung gilt, solange ein Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland besteht (siehe auch §§ 1 Abs. 5 und 15 Abs. 3 MB/KK).</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 Deutscher Ring

Leistung für Tarife BK30+BK20X,PIT50, BS30+BS20X, BE, H20, 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?	Bei ZE und KfO mit einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von über 3000 EUR. Ansonsten werden die über 3000 EUR hinausgehenden Aufwendungen zur Hälfte der tariflichen Leistungen erstattet. Leistung des Ergänzungstarifs: Keine Vorlage erforderlich.	A+
Summenbegrenzung Zahn	Welche Summenbegrenzung besteht für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie in den ersten 5 Versicherungsjahren?	Keine Summenbegrenzung. Leistung des Ergänzungstarifs: 2160 EUR im 1. Jahr, 3240 EUR im 2. Jahr, 4320 EUR im 3. Jahr, 5400 EUR ab dem 4. Jahr.	A+
Zahnleistung - Erstattung in %	Erstattet der Tarif bei Zahnbehandlung 100%, bei Zahnersatz 100% und bei Kieferorthopädie 100% ?	Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie zum tariflichen Erstattungsprozentsatz. Leistung des Ergänzungstarifs: Zahnbehandlung 100 %, Zahnersatz 60 %, Kieferorthopädie 60 %.	A+
Entfällt Summenbeg. bei Unfall	Entfällt die tariflich vorgesehene Summenbegrenzung bei Unfall?	Keine Summenbegrenzung. Leistung des Ergänzungstarifs: Bei Unfall gilt der Höchstsatz von 5400 EUR.	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, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte liegen (3,5facher Satz). Leistung des Ergänzungstarifs: Ja, im Rahmen der Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).	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	Ja. Keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte, wenn sachlich und formalrechtlich begründet. Leistung des Ergänzungstarifs: Ja. Keine ausdrückliche Begrenzung auf die Gebührenordnung für Zahnärzte (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 Deutscher Ring

Leistung für Tarife BK30+BK20X,PIT50, BS30+BS20X, BE, H20, PVB

GOZ- Zahnärzte Ausland	<p>Wird der Rechnungsbetrag für Zahnarztkosten, der unabhängig vom Aufenthaltswort im Ausland entstanden ist, in voller Höhe erstattet (ggf. ohne Bindung an die GOZ)?</p>	A+	<p>Akut / gezielt: In Europa zum versicherten Prozentsatz, bis zu der Kostenhöhe, die bei gleicher Behandlung im Inland (Bundesrepublik Deutschland) erstattet worden wäre (§ 5 Abs. 2 MB/KK beachten). Vergleichswert(e) über den 3,5fachen Satz der GOZ.</p> <p>Im außereuropäischen Ausland besteht ohne besondere Vereinbarung ein Monat lang dieser Versicherungsschutz. Bei notwendiger Heilbehandlung und solange eine Rückreise nicht ohne Gefährdung der Gesundheit angetreten werden kann, auch darüber hinaus, jedoch höchstens für weitere 2 Monate. Nach einer Versicherungsdauer von 12 Monaten besteht der Versicherungsschutz weltweit.</p> <p>In den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union und den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum entfällt die Begrenzung auf die Inlandsleistungen (Bindung an die GOÄ / GOZ).</p> <p>Vom 13. Aufenthaltsmonat an wird ein Beitragszuschlag für USA, Kanada und Japan in Höhe von 50% erhoben. Diese Regelung gilt, solange ein Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland besteht (siehe auch §§ 1 Abs. 5 und 15 Abs. 3 MB/KK).</p> <p>Leistung des Ergänzungstarifs: Akut / gezielt: In Europa zum versicherten Prozentsatz, bis zu der Kostenhöhe, die bei gleicher Behandlung im Inland (Bundesrepublik Deutschland) erstattet worden wäre (§ 5 Abs. 2 MB/KK beachten). Vergleichswert(e) über den 3,5fachen Satz der GOZ.</p> <p>Im außereuropäischen Ausland besteht ohne besondere Vereinbarung ein Monat lang dieser Versicherungsschutz. Bei notwendiger Heilbehandlung und solange eine Rückreise nicht ohne Gefährdung der Gesundheit angetreten werden kann, auch darüber hinaus, jedoch höchstens für weitere 2 Monate. Nach einer Versicherungsdauer von 12 Monaten besteht der Versicherungsschutz weltweit.</p> <p>In den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union und den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum entfällt die Begrenzung auf die Inlandsleistungen (Bindung an die GOÄ / GOZ).</p> <p>Vom 13. Aufenthaltsmonat an wird ein Beitragszuschlag für USA, Kanada und Japan in Höhe von 50% erhoben. Diese Regelung gilt, solange ein Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland besteht (siehe auch §§ 1 Abs. 5 und 15 Abs. 3 MB/KK).</p>
-------------------------------	--	-----------	--

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 Deutscher Ring

Leistung für Tarife BK30+BK20X,PIT50, BS30+BS20X, BE, H20, 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) Ja. b) Nein. c) Nein.	
Risikoprüfung	Entfällt die Risikoprüfung und Wartezeit bei Änderung des Beihilfeanspruches?	Ja.	
Schwangerschaft	Bis zu welchem Schwangerschaftsmonat werden Schwangere bei vollem Leistungsanspruch aufgenommen?	Keine Versicherungsmöglichkeit in der Krankheitskostenvollversicherung.	E
Kinder alleine versicherbar	Sind Kinder alleine in allen Tarifen (ohne Tagegelder) versicherbar?	Vollkostenversicherung: Nein, die Mitversicherung (Vollkostenversicherung) mindestens eines Elternteils ist erforderlich. Zusatzversicherungen: Kinder sind alleine 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?	Ja. Voraussetzung: älter als 18 Jahre und tarifliche Versicherungsfähigkeit.	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?	Personen, die in einer deutschen privaten Krankenversicherung krankheitskostenvollversichert oder im Ausland aufgrund gesetzlicher Bestimmungen versichert waren, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.	B
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 Deutscher Ring**

Leistung für Tarife BK30+BK20X,PIT50, BS30+BS20X, BE, H20, PVB

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

Erfolgsabhängige BRE (eBR) für das Geschäftsjahr 2011:Höhe der eBR:

1 MB* bei Leistungsfreiheit (Lf.) in 2011,
3 MB* bei Lf. in 2010 und 2011,
4 MB* bei Lf. in 2009, 2010 und 2011,
5 MB* ab 4 leistungsfreien Jahren.

Anspruchsberechtigte Tarife:

**BK, BK (Baden - Württemberg),
Comfort, Comfort+,
Classic, Classic+,
Esprit, Esprit X,
Esprit M, Esprit MX,
Profi S**

Auch der für Neuabschlüsse ab 01.01.2009 erforderliche **Portabilitätsbaustein
PIT** wird bei der eBR berücksichtigt.

Anspruchsberechtigte Ausbildungstarife (nach Sonderbedingungen):

Classic+ (A), Comfort (A), BK (A)

2 MB* bei Lf. in 2011,
6 MB* ab 2 leistungsfreien Jahren.

Voraussetzungen für eine eBR:

In einem leistungsfreien Jahr dürfen weder für ambulante noch zahnärztliche
Behandlungen aus einem eBR- anspruchsberechtigten Tarif Leistungen
bezogen werden. Eine Anwartschaft oder ein Ruhen der anspruchsberechtigten
Tarife darf ebenso nicht bestanden haben.

Darüber hinaus darf zum Zeitpunkt der Auszahlung kein Beitragsrückstand
bestehen und die anspruchsberechtigten Tarife müssen am 01.07.2012 noch
bestehen (Ausnahme: Vertragsbeendigung nach dem 31.12.2011 wegen
gesetzlicher Versicherungspflicht oder Tod).

Aus Tarifen der Produktlinien **Classic** und **Esprit** erhalten VPs auch dann die
eBR, wenn Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen gemäß dem Katalog der
Gesundheitsvorsorgeleistungen des VR in Anspruch genommen wurden.

Unterjährige eBR für Neuversicherte:

Wenn der Versicherungsschutz nach einem der oben genannten Tarife
zwischen dem 01.02.2011 und dem 31.12.2011 beginnt, kann die VP eine
anteilige eBR für 2011 erlangen.

Voraussetzungen für die unterjährige eBR:

- für die Kalenderjahre 2011 und 2012 werden keine Leistungen für ambulante
oder zahnärztliche Behandlung in Anspruch genommen.

- ab Versicherungsbeginn besteht durchgehend während der Kalenderjahre
2011 und 2012 ein begünstigter Tarif uneingeschränkt zum vollen Beitrag und
zum Zeitpunkt der Auszahlung besteht kein Beitragsrückstand.

- die VP ist auch am 01.07.2013 noch nach einem der begünstigten Tarife
versichert, es sei denn, der Vertrag endet nach dem 31.12.2012 durch Eintritt
der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht oder Tod.

Die MB*-Auszahlung der eBR erfolgt dabei anteilig für die versicherten
Monate.

Auszahlung der Beitragsrückerstattung:

Die Beitragsrückerstattung wird in der zweiten Jahreshälfte 2012 bzw. bei
Vertragsbeginn nach dem 01.01.2011 in der zweiten Jahreshälfte 2013
ausgezahlt.

Pauschale Abgeltung in den Tarifen **Comfort, Comfort +:**

Neben der eBR haben die Versicherten bei Leistungsfreiheit im ambulanten,
stationären und zahnärztlichen Bereich einen Anspruch auf eine pauschale
Abgeltung für Bagatellfälle:

Erwachsene (ab Alter 21) 390 EUR / Kinder und Jugendliche 130 EUR.

*Als Bemessungsgrundlage für die Höhe der eBR gelten dabei 75% des jeweils
gezählten jahresdurchschnittlichen Monatsbeitrags inkl. Zu- und Abschläge.
Der gesetzl. Zuschlag bleibt bei der Beitragsrückerstattung aber
unberücksichtigt.

Tarifsysteme Anzahl	Wie viele eigenständige (selbständig nebeneinander bestehende) Tarifsysteme werden angeboten?	Normaltarifwerke	6	A
		Beamtentarifwerke	2	
		Arztitarifwerke	0	

**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:

Deutscher Ring (Vorschlag 1)

Tarifdruckstücke:

BK30+BK20X,PIT50 (DRK 1757/DRK 3175) (01.10/01.09), BS30+BS20X (DRK 1759) (01.10), *BK30+BK20X* (DRK 1757) (01.10), BE (DRK 1762) (01.11), H20 (K 1774) (01.02), PVB (DRK 1813) (01.10)

Musterbedingungen:

BK30+BK20X,PIT50 (MB/KK DRK 1704) (01.10), PVB (MB/PPV DRK 1811) (01.10)

- 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