

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 Hallesche

Leistung für Tarife PRIMOB120+B30+URZ, CG250, BEa50, KH, PVB

Information

In dieser Übersicht stellen wir Ihnen den Versicherungsvertrag kurz vor und geben Ihnen eine erste Orientierungshilfe über die wesentlichen Rechte und Pflichten aus Ihrem Vertrag.

Den genauen Vertragsinhalt entnehmen Sie bitte dem Tarif und den zugehörigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) sowie eventuell sonstigen getroffenen Vereinbarungen.

§4 II Nr.1 VVG- InfoV
Versicherungsvertragsart

Beihilfeversicherung: Ledig oder Verheiratet

Welche Versicherungsart bieten wir Ihnen an?

Die HALLESCHER bietet Ihnen Versicherungsschutz im Bereich der Kranken- und Pflegeversicherung.

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 Hallesche

Leistung für Tarife PRIMOB120+B30+URZ, CG250, BEa50, KH, PVB

§4 II Nr.2 VVG- InfoV Versichertes
Risiko

Ihr Versicherungsschutz

Die für Sie relevanten Tarife finden Sie auf dem Antrag/Vertragsangebot. Im Folgenden lesen Sie dazu die wesentlichen Leistungsmerkmale.

Krankheitskosten-Vollversicherung

NK

NK 100 Selbstbehalt 0€, NK Bonus Selbstbehalt 0€, NK 1 Selbstbehalt 1.200€, NK 2 Selbstbehalt 600€, NK 3 Selbstbehalt 300€, NK 4 Selbstbehalt 3000€

Leistungen u.a. für die medizinisch notwendige Heilbehandlung beim Arzt, Heilpraktiker, Zahnarzt, im Krankenhaus (allgemeine Krankenhausleistungen, Ein- oder Zweibettzimmer und Chefarztbehandlung) sowie für Psychotherapie, Kurbehandlung und Kurtagegeld.

Bonus-Ergänzung: Jeder Versicherte erhält einen Bonus von 60€. Bei Abrechnung eines Leistungsfalls bleibt der Bonus erhalten. Vom Erstattungsbetrag werden dann bis zu 720 € pro Kalenderjahr abgezogen. **PRIMO**

PRIMO Bonus Selbstbehalt 0€, PRIMO SB 1 Selbstbehalt 300€, PRIMO SB 2 Selbstbehalt 600€, PRIMO SB 3 Selbstbehalt 1.200€

Leistungen u.a. für die medizinisch notwendige Heilbehandlung beim Arzt (Hausarztprinzip), Heilpraktiker, Zahnarzt, im Krankenhaus (nur allgemeine Krankenhausleistungen) sowie für Psychotherapie und Kurbehandlung.

Bonus-Ergänzung: Jeder Versicherte erhält einen monatlichen Bonus von 30 €, der mit dem Selbstbehalt verrechnet wird. Bei Abrechnung eines Leistungsfalls bleibt der Bonus erhalten. Vom Erstattungsbetrag werden dann bis zu 360€ pro Kalenderjahr abgezogen.

Plus-Ergänzung: Zusätzlich Zweibettzimmer und Chefarztbehandlung im Krankenhaus.

Z-Ergänzung: Höhere Leistungen für Zahnersatz.

KS

KS Selbstbehalt 0€, KS 1 Selbstbehalt 600€, KS 2 Selbstbehalt 1.200€, KS 3 Selbstbehalt 300€

Leistungen u.a. für die medizinisch notwendige Heilbehandlung beim Arzt, Zahnarzt, im Krankenhaus (nur allgemeine Krankenhausleistungen) sowie für Psychotherapie und Kurbehandlung.

AV, CG

AV1 Selbstbehalt 1.100€, AV2 Selbstbehalt 500€, AV3 Selbstbehalt 250€

Leistungen u.a. für die medizinisch notwendige Heilbehandlung beim Arzt, Heilpraktiker, Zahnarzt, im Krankenhaus (nur allgemeine Krankenhausleistungen) sowie für Psychotherapie und Kurbehandlung.

Selbstbehalt für Arznei- und Verbandmittel 650€.

CG: Ein- oder Zweibettzimmer und Chefarztbehandlung im Krankenhaus.

Krankheitskosten-Vollversicherung für Beihilfeberechtigte

PRIMO B, Sonderbedingungen PRIMO B, CG

Leistungen u.a. für die medizinisch notwendige Heilbehandlung beim Arzt, Heilpraktiker, Zahnarzt, im Krankenhaus (nur allgemeine Krankenhausleistungen) sowie für Psychotherapie und Kurbehandlung, im Rahmen des vereinbarten Prozentsatzes.

CG: Je nach Bundesland Ein- oder Zweibettzimmer und Chefarztbehandlung im Krankenhaus im Rahmen des vereinbarten Prozentsatzes.

Krankheitskosten-Vollversicherung für Mediziner

PRIMO M

PRIMO M BONUS Selbstbehalt 0€, PRIMO M SB 1 Selbstbehalt 300€, PRIMO M SB 2 Selbstbehalt 600€, PRIMO M SB 3 Selbstbehalt 1.200€

Leistungen u.a. für die medizinisch notwendige Heilbehandlung beim Arzt, Zahnarzt, im Krankenhaus (allgemeine Krankenhausleistungen, Zweibettzimmer und Chefarztbehandlung) sowie für Psychotherapie und Kurbehandlung.

Bonus-Ergänzung: Jeder Versicherte erhält einen monatlichen Bonus von 30€, der mit dem Selbstbehalt verrechnet wird. Bei Abrechnung eines Leistungsfalls bleibt der Bonus erhalten. Vom Erstattungsbetrag werden dann bis zu 360€ pro Kalenderjahr abgezogen.

MAS

MAS Bonus Selbstbehalt 0€, MAS 1 Selbstbehalt 600€, MAS 2 Selbstbehalt 1.200€, MAS 3 2.000€

Leistungen u.a. für die medizinisch notwendige Heilbehandlung beim Arzt, Heilpraktiker, Zahnarzt, im Krankenhaus (allgemeine Krankenhausleistungen, Zweibettzimmer und Chefarztbehandlung) sowie für Psychotherapie und Kurbehandlung.

Bonus-Ergänzung: Jeder Versicherte erhält einen monatlichen Bonus von 60€, der mit dem Selbstbehalt verrechnet wird. Bei Abrechnung eines Leistungsfalls bleibt der Bonus erhalten. Vom Erstattungsbetrag werden dann bis zu 720€ pro Kalenderjahr abgezogen.

Vollversicherung für Zahnärzte

ZV, ZVH

ZV 2 Selbstbehalt 500€, ZV 4 Selbstbehalt 1.400€

Leistungen u.a. für die medizinisch notwendige Heilbehandlung beim Arzt, Heilpraktiker, Zahnarzt (nur Material und Laborkosten) sowie für Psychotherapie und Kurbehandlung.

ZVZ: Allgemeine Krankenhausleistungen, Zweibettzimmer und Chefarztbehandlung im Krankenhaus.

ZVE: Allgemeine Krankenhausleistungen, Ein- oder Zweibettzimmer und Chefarztbehandlung im Krankenhaus.

ZVZN, ZVEN: Wie ZVZ bzw. ZVE, jedoch keine Erstattung für medizinisch notwendige Material- und Laborkosten beim Zahnarzt.

ZVH: Honorarkosten bei medizinisch notwendiger Heilbehandlung beim Zahnarzt.

Krankheitskosten-Vollversicherung für Studenten

SV

SV 100 Selbstbehalt 0€, SV 1 Selbstbehalt 260€, bei Kindern und Frauen 300€

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 Hallesche

Leistung für Tarife PRIMOB120+B30+URZ, CG250, BEa50, KH, PVB

§4 II Nr.2 VVG- InfoV Versichertes Risiko

Leistungen u.a. für die medizinisch notwendige Heilbehandlung beim Arzt, Heilpraktiker, Zahnarzt, im Krankenhaus (allgemeine Krankenhausleistungen, Zweibettzimmer und Chefarztbehandlung) sowie für Psychotherapie.

Wechseloption

JOKERflex

Option auf einen späteren Wechsel innerhalb der Vollversicherung der HALLESCHE ohne erneute Risikoprüfung

Pflegeversicherung

PVN, PVB

PflegePflichtversicherung: Leistungen bei Pflegebedürftigkeit im gesetzlichen Leistungsumfang.

OLGA

Ergänzende Pflegetagegeldversicherung in vereinbarter Höhe bei Pflegestufe III.

OLGAaktiv: Bei Pflegestufen II+III

OLGAplus: Bei Pflegestufen I+II+III

PHN

Ergänzende Pflegekostenversicherung in vereinbarter Höhe.

Krankentagegeld-Versicherung

KT, MKT, FKT, KTAR

Tagegeld bei Verdienstausfall als Folge von Krankheit und Unfall in der jeweils vereinbarten Höhe und Karenzzeit.

Beitragsentlastung im Alter

MBZflex

Beitragsermäßigung im Alter in vereinbarter Höhe.

Krankenhaustagegeld-Versicherung

KH, MKH

Tagegeld bei einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in vereinbarter Höhe.

Ergänzender Versicherungsschutz für gesetzlich Versicherte (GKV)

AE

AE 1: Ergänzende medizinisch notwendige Leistungen bei Zahnersatz, Sehhilfen und Urlaubsreisen.

AE 2: Ergänzende medizinisch notwendige Leistungen bei gezielten Auslandsbehandlungen und Hilfsmittel sowie Leistungen aus AE 1.

AE 3: Ergänzende medizinisch notwendige Leistungen beim Heilpraktiker, für Inlays und Kurtagegeld sowie Leistungen aus AE 2.

BISS 80

Ergänzende medizinisch notwendige Leistungen bei Zahnersatz, Inlays und Zahnprophylaxe.

CAG

Für gesetzlich Versicherte mit Kostenerstattung:

CAG 1: Ergänzende medizinisch notwendige Leistungen beim Arzt, Heilpraktiker sowie für Fahrten und Transporte.

CAG 2: Ergänzende medizinisch notwendige Leistungen bei Arznei- und Verbandmittel sowie Leistungen aus CAG 1.

CAG 3: Ergänzende medizinisch notwendige Leistungen bei Zahnbehandlung sowie Leistungen aus CAG 2.

CSA/CSW, MSW, CK

Stationäre Wahlleistungen bei medizinisch notwendiger Krankenhausbehandlung sowie Krankentransport:

CSA/CSW 1, MSW 1, CK 1: Einoder Zweibettzimmer und Chefarztbehandlung.

CSA/CSW 2, MSW 2, CK 2: Zweibettzimmer und Chefarztbehandlung.

JOKER

Option auf einen späteren Wechsel in die Voll- oder Zusatzversicherung der HALLESCHE ohne erneute Risikoprüfung.

OK

Stationäre Wahlleistungen bei medizinisch notwendiger Krankenhausbehandlung (Zweibettzimmer und Chefarztbehandlung) sowie für Krankentransport und Option auf einen späteren Wechsel in die Voll- oder Zusatzversicherung der HALLESCHE ohne erneute Risikoprüfung.

plusU

Nach einem Unfall stationäre Wahlleistungen bei medizinisch notwendiger Krankenhausbehandlung (Zweibettzimmer und Chefarztbehandlung) sowie für Krankentransport.

Auslands-Krankenversicherung

URZ, URJE

UrlaubsReiseschutz von bis zu 8 Wochen für die medizinisch notwendige und unvorhergesehene Heilbehandlung im Ausland beim Arzt, Zahnarzt und im Krankenhaus sowie ein medizinisch notwendiger Rücktransport nach Deutschland.

VSA

VSA 1, VSA 2: AuslandsReiseschutz von 9 Wochen bis zu einem Jahr (in Tarif VSA 2 von 2 Wochen bis zu einem Jahr) für die medizinisch notwendige und unvorhergesehene Heilbehandlung im Ausland beim Arzt, Zahnarzt und im Krankenhaus.

VSA 1: Zusätzlich ist ein medizinisch notwendiger Rücktransport nach Deutschland versichert.

LR 1

Langfristige AuslandsKrankenversicherung von bis zu 6 Jahren u.a. für die medizinisch notwendige Heilbehandlung beim Arzt, beim Zahnarzt und im Krankenhaus.

LRG 100

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 Hallesche

Leistung für Tarife PRIMOB120+B30+URZ, CG250, BEa50, KH, PVB

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

PRIMOB120+B30+URZ, CG250, BEa50, KH, PVB, Gesamtbeitrag in € 204,51
darin enthalten ARB in €: 17,11

Beitrag für Ihren gewünschten Versicherungsschutz

Einen etwaigen Risikozuschlag vereinbaren wir in einer gesonderten schriftlichen Erklärung mit Ihnen, falls dieser nicht bereits vorstehend eingerechnet ist.

Bringen Sie einen Übertragungswert mit, hängt der letztendliche Beitrag Ihrer KrankheitskostenVollversicherung von dem Betrag ab, den Ihr vorheriger privater Krankenversicherer tatsächlich an uns überweist. Die endgültige Beitragshöhe auf dem Versicherungsschein kann daher abweichen.

Der erste Beitrag ist spätestens am Tag des vereinbarten Versicherungsbeginns zu zahlen. Wird der Vertrag nach Versicherungsbeginn geschlossen, ist der erste Beitrag mit Vertragsschluss fällig. Die darauf folgenden Beiträge sind je nach gewählter Zahlungsweise (monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich) zum Ersten des jeweiligen Monats fällig.

Wird der erste oder folgende Beitrag durch Ihr Verschulden nicht rechtzeitig bezahlt, kann dies zum Ruhen Ihres Versicherungsschutzes führen, soweit Sie mit diesem Versicherungsverhältnis die Pflicht zur Versicherung erfüllen. Ansonsten kann es sogar zum vollständigen Verlust Ihres Versicherungsschutzes kommen.

Einzelheiten zur Beitragszahlung finden Sie in den AVB im Kapitel „Beitragszahlung“.

Für die substitutive Krankenversicherung (KrankheitskostenVollversicherung und ggf. eine dazu vereinbarte Krankentagegeldversicherung) gelten folgende Abschlusskosten (alle genannten Kosten werden nicht gesondert erhoben, sondern sind bereits in den Beiträgen enthalten).

§4 II Nr. 4 VVG- InfoV
Leistungsausschlüsse

Welche Leistungen sind nicht versichert?

Bestimmte Leistungen sind generell nicht im Versicherungsschutz enthalten.

So können beispielsweise keine Leistungen beansprucht werden, wenn ein Versicherungsfall vom Versicherten vorsätzlich herbeigeführt wurde. Auch für die daraus resultierenden Folgen besteht kein Leistungsanspruch.

In der Pflege- Pflichtversicherung entfällt zum Beispiel der Leistungsanspruch bei häuslicher Pflege ganz oder teilweise für die Zeit, in der Sie stationär in einem Krankenhaus behandelt werden, oder sich in einer stationären Rehabilitation, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung befinden.

Genauere Informationen finden Sie in den Kapiteln "Umfang der Leistungspflicht" und "Einschränkung der Leistungspflicht" Ihrer AVB.

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

Was müssen Sie bei Vertragsschluss beachten?

Beantworten Sie unsere Fragen im Rahmen der Antragstellung oder Angebotsanforderung wahrheitsgemäß. Fehlende, falsche oder bagatellierte Angaben führen dazu, dass der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, den Vertrag kündigen oder eine nachträgliche Anpassung des Vertrags vornehmen kann.

Detaillierte Informationen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht finden Sie im Abschnitt "Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung" des jeweiligen Antrags.

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

Was müssen Sie während der Vertragslaufzeit beachten?

Wenn sich in Ihrem Leben etwas ändert, passen wir Ihren Versicherungsschutz gerne an die neue Situation an - wenn wir es wissen. Während der Vertragslaufzeit sind Sie daher zur aktiven Mithilfe angehalten.

Sollten Sie beispielsweise den Abschluss einer weiteren Kranken- oder Pflegeversicherung bei einem anderen privaten Versicherungsunternehmen planen, informieren Sie uns bitte. Dem Abschluss einer weiteren Krankenhaustagegeld-, Krankentagegeld- oder ergänzenden Pflegeversicherung muss der Versicherer zustimmen. Der Abschluss einer weiteren Pflege- Pflichtversicherung ist nicht zulässig.

Kommen Sie diesen oder weiteren Pflichten während der Vertragslaufzeit nicht nach, kann dies zu einer teilweisen oder vollständigen Leistungskürzung führen, falls Sie mit diesem Versicherungsverhältnis die Pflicht zur Versicherung erfüllen. Ansonsten kann es sogar zu einer Kündigung des Vertrags kommen. Bitte lesen Sie Näheres zu Ihren Pflichten in den AVB unter "Obliegenheiten" und "Folgen von Obliegenheitsverletzungen".

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 Hallesche

Leistung für Tarife PRIMOB120+B30+URZ, CG250, BEa50, KH, PVB

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

Was müssen Sie bei einem Eintritt des Versicherungsfalls beachten?

Um Ihre Leistung zu erstatten, benötigen wir die Rechnungen, Rezepte und Bescheinigungen im Original. Bei offenen Fragen zum Versicherungsfall sind Sie zu jeder Auskunft verpflichtet, die wir zur Feststellung unserer Leistungsverpflichtung benötigen.

Kommen Sie diesen oder weiteren Pflichten bei Eintritt des Versicherungsfalls nicht nach, kann dies zu einer teilweisen oder vollständigen Leistungskürzung führen, falls Sie mit diesem Versicherungsverhältnis die Pflicht zur Versicherung erfüllen. Ansonsten kann es sogar zu einer Kündigung des Vertrags kommen. Bitte lesen Sie Näheres zu Ihren Pflichten in den AVB unter "Obliegenheiten", "Folgen von Obliegenheitsverletzungen" und "Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte".

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

Geplanter Versicherungsbeginn: 01.03.2011

Ab wann haben Sie Versicherungsschutz?

Sie entscheiden sich in Ihrer Vertragserklärung (Antrag) für einen Versicherungsbeginn. Ab diesem Versicherungsbeginn haben Sie Versicherungsschutz, sofern keine Wartezeiten gelten. Die Wartezeit ist je nach gewählter Versicherungsart unterschiedlich und kann unter bestimmten Voraussetzungen entfallen.

Bei Vertragsänderungen wird die bisher in Tarifen mit gleichartigen Leistungen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet.

Die genauen Regelungen lesen Sie in den AVB unter "Wartezeiten" und/oder "Beginn des Versicherungsschutz".

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

Wann endet Ihr Versicherungsvertrag?

Sie können den Vertrag mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende jedes Versicherungsjahres kündigen. Nach Vertragsbeginn ist dies erstmals nach Ablauf der Mindestvertragsdauer möglich. Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Eine einjährige Mindestvertragsdauer gilt in der Krankentagegeldversicherung, in der Auslandskrankenversicherung, in der Pflege- Pflichtversicherung sowie in Tarif plusU. Bei einer Änderung in einem bereits bestehenden Vertrag wird die bereits zurückgelegte Versicherungszeit auf die Mindestvertragsdauer in der Regel angerechnet.

In bestimmten Fällen, beispielsweise bei einer Beitragsanpassung, haben Sie ein Sonderkündigungsrecht. Eine Kündigung bedarf der Schriftform und ist an die HALLESCHHE zu richten. Bitte beachten Sie, dass eine Kündigung von Tarifen, mit denen Sie die Pflicht zur Versicherung erfüllen, voraussetzt, dass Sie bis zum Wirksamwerden der Kündigung eine entsprechende Versicherung bei einem anderen Krankenversicherer in unmittelbarem Anschluss nachweisen. Ansonsten ist die Kündigung unwirksam und der Versicherungsschutz besteht in diesem Umfang weiter.

Einzelheiten zur Kündigung und weitere Beendigungsgründe lesen Sie in den AVB unter "Kündigung durch den Versicherungsnehmer" und "Sonstige Beendigungsgründe".

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 Hallesche

Leistung für Tarife PRIMOB120+B30+URZ, CG250, BEa50, KH, PVB

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

Ihr Vertragspartner - die HALLESCHÉ

Sie schließen Ihren Versicherungsvertrag mit der HALLESCHÉ Private Krankenversicherung, in der Rechtsform des Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit, mit Sitz in Stuttgart.

Handelsregister: Amtsgericht Stuttgart (Handelsregisternummer 2686)

Hausanschrift und ladungsfähige Anschrift
HALLESCHÉ Krankenversicherung a.G.
Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit
Reinsburgstraße 10
70178 Stuttgart

Vorstandsvorsitzender: Dr. Walter Botermann

Postanschrift
HALLESCHÉ
70166 Stuttgart

Sie erreichen uns per Telefon, Fax, EMail und im Internet
Telefon: 0800/30 20100, Fax: 0711/66 03-3 33,
EMail: service@hallesche.de, Internet: www.hallesche.de

§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

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

Unsere Hauptgeschäftstätigkeit ist der Betrieb der privaten Kranken- und Pflegeversicherung in allen Arten.

§1 I Nr.5 VVG- InfoV Sicherungsfonds

Sicherungsfonds

Die HALLESCHÉ gehört dem Sicherungsfonds der privaten Krankenversicherer an, der zum Schutz der Ansprüche unserer Versicherungsnehmer und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen dient. Die Postanschrift lautet: Medicator AG, Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln

Aufsichtsbehörde

Die für uns zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Bereich Versicherungen, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn

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

Wesentliche Merkmale Ihrer Versicherung

Für die Versicherung gelten die gültigen Versicherungsbedingungen der von Ihnen gewählten Tarife:

- Der Tarif (sowie ggf. Sonderbedingungen) beschreibt die Versicherungsleistungen im Detail.
- Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) ergänzen die tariflichen Regelungen.

Die wesentlichen Merkmale Ihrer Versicherungsleistung lesen Sie auf der ersten Seite des Tarifs, die genauen vertraglichen Inhalte im Tarif und in den AVB unter "Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes", "Umfang der Leistungspflicht" und "Einschränkung der Leistungspflicht".

Die Versicherungsleistungen stehen Ihnen zu, sobald wir die notwendigen Erhebungen zu Ihrem Versicherungsfall abgeschlossen haben. Unsere Leistungspflicht ist erfüllt, wenn die Überweisung auf dem Konto des Versicherungsnehmers oder einer empfangsberechtigten Person gutgeschrieben wird. Die genauen Vereinbarungen zur Fälligkeit der Versicherungsleistungen finden Sie in den AVB unter "Auszahlung der Versicherungsleistungen".

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

Hiefür gelten folgende Tarifdokumente: PRIMOB120+B30+URZ (PM 65/PM 62) (09.10/10.08), CG250 (PM 13) (02.10), *PRIMOB..* (PM 65) (09.10), BEa50 (PM 52) (10.07), KH (PM 14) (10.08), PVB (PM 38) (02.10), PRIMOB120+B30+URZ (MB/KK PM 22) (10.09), PVB (MB/PPV PM 38) (02.10)

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

Gesamtpreis Ihrer Versicherung

Den Gesamtpreis für Ihre Versicherung lesen Sie auf dem Antrag beziehungsweise auf dem Ihrem Vertragsangebot beigefügten Versicherungsschein. Darüber hinaus fallen keine zusätzlichen Kosten, Steuern oder Gebühren an. Der Beitrag auf Ihrem Versicherungsschein kann vom Antrag abweichen, wenn dieser beispielsweise auf dem Antrag falsch angegeben wurde. Einen möglichen Risikozuschlag vereinbaren wir in einer gesonderten schriftlichen Erklärung mit Ihnen. Liegt Ihnen bereits ein Vertragsangebot der HALLESCHÉ vor, ist dieser, soweit erforderlich, schon berücksichtigt.

Beitragszahlung

Ihr Beitrag wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Für welchen Zahlungsweg (Lastschriftverfahren oder Überweisung) und welche Zahlungsweise (monatlich, viertel- oder halbjährlich, jährlich) Sie sich entscheiden, können Sie auf Ihrem Antrag vermerken bzw. haben Sie uns bereits in Ihrer Angebotsanforderung mitgeteilt.

Die erste Zahlung ist spätestens bis zum Tag des vereinbarten Versicherungsbeginns fällig. Die genauen Regelungen zur Fälligkeit des Versicherungsbeitrages lesen Sie in den AVB unter »Beitragszahlung«.

Verbraucherinformationsblatt (VIB)

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

Verbraucherinformationsblatt (VIB) für Frau Katja Beamtin

Gesellschaft Hallesche

Leistung für Tarife PRIMOB120+B30+URZ, CG250, BEa50, KH, PVB

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

Geplanter Versicherungsbeginn: 01.03.2011

Zustandkommen Ihres Versicherungsvertrages

Es gibt zwei Möglichkeiten, wie Sie Ihren Versicherungsvertrag mit uns schließen:

1. Sie haben alle vertragsrelevanten Unterlagen vor Antragsstellung erhalten oder ausdrücklich darauf verzichtet? Ihr Versicherungsvertrag kommt zustande, sobald Sie von uns eine schriftliche Annahmeerklärung oder Ihren Versicherungsschein erhalten.
2. Sie haben bei der HALLESCHE eine Angebotsanforderung gestellt und danach ein Vertragsangebot erhalten? Ihr Versicherungsvertrag kommt zustande, sobald Sie die Annahmeerklärung und die Empfangsbestätigung unterschreiben und fristgerecht sowie ohne Änderungen an die HALLESCHE zurücksenden. Entscheidend ist das Datum des Eingangs Ihrer Annahmeerklärung bei der HALLESCHE.

Beginn Ihres Versicherungsschutzes

Versicherungsschutz besteht zu dem im Antrag/Vertragsangebot genannten Versicherungsbeginn, jedoch nicht bevor der Versicherungsvertrag wirksam zustande gekommen ist und nicht vor Ablauf von in den AVB vorgesehenen Wartezeiten.

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird insgesamt nicht geleistet, es sei denn, die Versicherungsfälle treten nach dem Vertragsschluss, aber noch vor dem Versicherungsbeginn ein. Diese Versicherungsfälle sind nicht insgesamt, sondern nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in den Zeitraum zwischen Vertragsschluss und Versicherungsbeginn oder Wartezeiten fällt.

Für Neugeborene beginnt der Versicherungsschutz ohne Wartezeiten unmittelbar nach Vollendung der Geburt - vorbehaltlich der fristgerechten Anmeldung und weiterer in den AVB genannten Voraussetzungen.

Weitere Informationen zum Beginn des Versicherungsschutzes lesen Sie in den AVB unter "Beginn des Versicherungsschutzes" und, soweit vorgesehen, unter "Wartezeiten".

§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 Vertragsinformationen gemäß § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG- Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

**Der Widerruf ist zu richten an:
HALLESCHE Krankenversicherung a.G.
Reinsburgstraße 10, 70178 Stuttgart.**

**Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten:
0711/6603- 333**

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe von 1/30 des im Versicherungsschein ausgewiesenen monatlichen Gesamtbeitrags pro Tag, an dem Versicherungsschutz bestand. Die Erstattung zurückzuzahlender 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 Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

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 Hallesche

Leistung für Tarife PRIMOB120+B30+URZ, CG250, BEa50, KH, PVB

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

Vertragslaufzeit und Möglichkeiten einer Vertragsbeendigung

Ihr Versicherungsvertrag ist unbefristet. Ausnahmen gibt es in den Ausbildungs-, Auslands- und Optionstarifen, sowie in Tarif plusU und in der Krankentagegeldversicherung. Die Ausnahmen sind in den jeweiligen Versicherungsbedingungen geregelt.

Die Möglichkeiten einer Vertragsbeendigung, insbesondere die vertraglichen Kündigungsbedingungen, lesen Sie in den AVB unter »Sonstige Beendigungsgründe«, »Kündigung durch den Versicherungsnehmer«, »Folgen von Obliegenheitsverletzungen« und »Kündigung durch den Versicherer«. Im letztgenannten Kapitel ist auch festgeschrieben, welche Mindestvertragsdauer gilt.

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit zur fristlosen Kündigung des Vertrags aus wichtigem Grund (bspw. Betrug) nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften.

Der Versicherer ist im Falle einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten oder zu kündigen. Im Falle einer arglistigen Täuschung bei Vertragsschluss kann der Versicherer außerdem den Versicherungsvertrag anfechten.

Im Falle des Rücktritts wegen Nichtzahlung des Erstbeitrages berechnet der Versicherer eine angemessene Geschäftsgebühr von derzeit 75 €.

Die Kündigung gegenüber dem Versicherer bedarf der Schriftform und ist an die HALLESCHE Krankenversicherung zu richten.

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

Anwendbares Recht, Gerichtsstand

Auf Ihren Versicherungsvertrag ist deutsches Recht anwendbar. Den Gerichtsstand lesen Sie in den AVB unter "Gerichtsstand".

§1 I Nr.18 VVG- InfoV Vertragssprache

Vertragssprache

Die Sprache für das Vertragsverhältnis und für die Kommunikation während der Vertragslaufzeit ist Deutsch, sofern nichts anderes vereinbart wurde.

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

Beschwerdemöglichkeiten

Sollte es einmal zu Unstimmigkeiten kommen, lassen Sie uns dies bitte wissen. Wir finden gerne eine gemeinsame Lösung mit Ihnen. HALLESCHE_Service- Telefon: 0800/30 20100 Fax: 0711/66 03-3 33, EMail: service@hallesche.de

Gelingt dies nicht, können Sie sich kostenfrei an den außergerichtlichen Streitschlichter, den Ombudsmann der privaten Krankenversicherung, wenden. Voraussetzung ist, dass bereits eine Stellungnahme des Krankenversicherers vorliegt und der Vorgang bislang weder an die Aufsichtsbehörde noch an ein Gericht weitergeleitet wurde. Die Postanschrift lautet:

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

Sie können sich außerdem an unsere Aufsichtsbehörde wenden:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn

Ihre Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt in jedem Fall erhalten.

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

Die Abschlusskosten Ihres Versicherungsvertrags

Für die substitutive Krankenversicherung (KrankheitskostenVollversicherung und ggf. eine dazu vereinbarte Krankentagegeldversicherung) finden Sie Informationen zu den Abschlusskosten sowie den übrigen in die Prämie einkalkulierten Kosten auf dem beiliegenden Produktinformationsblatt. Darüber hinaus entstehen für Sie keine sonstigen Kosten.

Prämienzuschlag für Nichtversicherte

Seit 1. Januar 2009 muss jede Person mit Wohnsitz krankenversichert sein. Wird diese Pflicht nicht erfüllt, ist für die Zeit der Nichtversicherung zusätzlich zum Beitrag ein einmaliger Zuschlag zu entrichten. Bitte lesen Sie die Einzeleinheiten in den AVB unter „Beitragszahlung“. Die Höhe des etwaigen Prämienzuschlags teilen wir Ihnen gesondert mit.

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

Das Qualitätsmerkmal »PreisLeistungsverhältnis« wird bei uns durch eine hohe Beitragsstabilität unterstrichen. So fielen Beitragsanpassungen in den vergangenen Jahren im Marktvergleich moderat aus.

So moderat sie auch ausfallen: Beitragsanpassungen sind auf den ersten Blick nicht erfreulich.

Und doch sind sie erforderlich, wenn man sich vor Augen hält, dass

-Deutschland eines der besten, aber auch eines der teuersten Gesundheitssysteme der Welt hat.

-der medizinische Fortschritt immer mehr ermöglicht, aber auch mehr kostet.

-sich mit diesem Fortschritt auch Ihr Versicherungsschutz erweitert.

-die Lebenserwartung - erfreulicherweise - immer weiter steigt.

Wir können die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen nicht unmittelbar beeinflussen.

Um aber die Auswirkungen auf Ihren Beitrag abzumildern, setzt die HALLESCHE erhebliche finanzielle Mittel ein.

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 Hallesche

Leistung für Tarife PRIMOB120+B30+URZ, CG250, BEa50, KH, PVB

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

Dank des Kapitaldeckungsverfahrens werden vom ersten Tag an Alterungsrückstellungen für die Versicherten gebildet. Diese werden für das Alter angelegt und ermöglichen Entlastungen des Beitrags. Darüber hinaus gibt es viele weitere Möglichkeiten zur Beitragsbegrenzung im Alter:

- Mit der modifizierten Beitragszahlung MBZflex der HALLESCHE können Sie in eigener Regie Ihren Beitrag im Alter für die Krankenversicherung senken. Das Prinzip ist einfach:
Heute etwas mehr zahlen, dafür im Alter weniger.
- In der Vollversicherung wird zwischen dem 21. bis zum 60. Lebensjahr ein gesetzlich vorgeschriebener Zuschlag in Höhe von 10% erhoben, der in die Alterungsrückstellungen fließt. Ab Alter 65 werden damit Beitragsanpassungen abgemildert.
- Die durch die Alterungsrückstellungen erzielten Zinsen werden den Versicherten gutgeschrieben (zusätzliche Zuschreibung) und tragen ebenso zur Abmilderung von Beitragsanpassungen bei.
- Das Krankentagegeld entfällt mit Ende der Berufstätigkeit. Dadurch sinkt die Beitragshöhe automatisch.
- Beim RentenversicherungsTräger kann ein Zuschuss zum Beitrag beantragt werden. Dieser beträgt die Hälfte des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der GKV auf die gesetzliche Rente, maximal der Hälfte des tatsächlich zu zahlenden Beitrags.
- Sie können Ihren Beitrag auch über einen Tarifwechsel beispielsweise in eine höhere Selbstbehaltstufe verringern.

Darüber hinaus bietet die HALLESCHE einen brancheneinheitlichen Basistarif an. Dieser Grundschutz ist auf das Niveau der gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt. Der Beitrag entspricht maximal dem Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung. Bei Hilfebedürftigkeit kann der Beitrag im Basistarif halbiert werden.

Die Entscheidung für den Basistarif sollte nur in bestimmten Ausnahmefällen getroffen werden. In den Basistarif können versicherte Personen dann wechseln, wenn der Abschluss der Krankheitskostenvollversicherung bei der HALLESCHE ab dem 01.01.2009 erfolgte oder die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet hat. Unter bestimmten Voraussetzungen können auch Personen unter 55 Jahren in den Basistarif wechseln, wenn sie z.B. eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen oder hilfebedürftig sind.

Daneben bietet die HALLESCHE für vor dem 01.01.2009 abgeschlossene Verträge weiterhin den brancheneinheitlichen Standardtarif an. Der Beitrag ist begrenzt auf den Höchstbetrag in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die versicherten Personen können u.a. dann in den Standardtarif wechseln, wenn sie das 65. Lebensjahr vollendet haben und über eine Vorversicherungszeit von mindestens 10 Jahren in einer substitutiven Krankenversicherung verfügen.

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

Ein Wechsel von der privaten in die gesetzliche Krankenversicherung ist begrenzt möglich, bspw. bei Aufnahme eines Arbeitsverhältnisses unterhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze oder bei Eintritt von Arbeitslosigkeit. Ab dem 55. Lebensjahr ist der Wechsel in der Regel ausgeschlossen.

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

Ein Wechsel innerhalb der privaten Krankenversicherung kann besonders im fortgeschrittenen Alter mit höheren Beiträgen verbunden sein. Gegebenfalls ist ein Wechsel auf den Basistarif beschränkt.

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

Wird für diesen Tarif/diese Tarife ein gesetzlicher Zuschlag von 10% erhoben, der zur Entlastung der Beiträge im Alter dient, ist dieser in der Entwicklung enthalten.
Bitte beachten Sie: Aus dieser Darstellung lassen sich keine Rückschlüsse auf eine zukünftige Beitragsentwicklung ziehen.

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 Hallesche.

Gesellschaft Hallesche		Eintrittsalter 30	Währung: €
Tarif	Tarif-Kurzbeschreibung		Tarifbeitrag
PRIMOB120+B30+URZ	BAP zum 01/10 20% amb. Restkost.-Erst., KURZSTUFE Heilpraktiker, Kur, Auslandsrücktr. Arzneien, Heil- und Hilfsmittel		147,00
CG250	BAP zum 01/10 2-Bett Privatarzt, 50% Erstattung, zu Tarif PRIMO B, Schwangerschaft, Vorsorge		15,31
BEa50	100 % ZB, 65 % ZE, 80 % KfO, Implantate, Inlays, Summenbegrenzung BAP zum 04/10 Sehhilfen, Heilpraktiker bis 1000€, stationär über GOÄ/GOZ, Kurtagegeld Material- und Laborkosten Zahn		8,81
KH	BAP zum 01/08 20 EUR Krankenhaustagegeld		5,20
PVB	BAP zum 01/10 Private PflegePflichtVersicherung		11,08
Alterungsrückst.	Gesetzl. Zuschlag 10% nach §12 VAG zur Prämienermäßigung im Alter		17,11
zu zahlender Monatsbeitrag (MB)			204,51

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 Hallesche.

Gesellschaft Hallesche

Leistung für Tarife PRIMOB120+B30+URZ, CG250, BEa50, KH, PVB

Ambulant

Transportkosten Ambulant	Wird die Differenz des Rechnungsbetrages für Transportkosten von und zur ambulanten Behandlung voll erstattet?	Erstattungsfähig sind Notfalltransporte bis zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt sowie Fahrten bei Dialyse, Tiefenbestrahlung und Chemotherapie. Leistung des Ergänzungstarifs: Keine Tarifleistung.	C
Psychotherapie §4(2)	Was leistet die Gesellschaft bei psychotherapeutischer Behandlung? § 4 (2) MB/KK	Pro Kalenderjahr sind 30 Sitzungen zu 80% des versicherten Prozentsatzes erstattungsfähig. Nach vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherers auch approbierte Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder und Jugendlichen Psychotherapeuten gemäß Psychotherapeuten Gesetz. Geleistet wird für tiefen psychologische und analytische Psychotherapie sowie für Verhaltenstherapie. Leistung des Ergänzungstarifs: Keine Tarifleistung.	E
Kurort- Behandlung §5(1)e	Besteht bei Behandlung in Kurorten der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort? § 5 (1) e MB/KK	Ja. Leistung des Ergänzungstarifs: Ja.	A+
Kur aus Ambulanttarif §5(1)	Was leistet die Gesellschaft bei ambulanten Kuren, am Wohnort bzw. Kurort, ohne Zusatztarif? § 5 (1) MB/KK	Die entstandenen Kosten im tariflichen Rahmen für Behandlung und Untersuchung. Leistung des Ergänzungstarifs: Tarifliche Leistungen bei ambulanter Kurbehandlung.	A+
Hilfsmittel §4(3)	Werden die Anschaffungskosten für alle Hilfsmittel unbegrenzt erstattet, wenn diese ärztlich verordnet wurden? § 4 (3) MB/KK	80% des versicherten Prozentsatzes für Hilfsmittel: Bandagen, Bruchbänder, elektronische Kehlköpfe, Gummi- und Kompressionsstrümpfe, Geh- und Stützapparate (einschließlich Liegeschalen), Hörgeräte (bis 1500 EUR alle 5 Jahre), Kunstaugen, orthopädische Schuheinlagen und Leibbinden, Prothesen (Brust- und Armprothesen bis 3500 EUR, Unterschenkelprothesen bis 3500 EUR, Oberschenkelprothesen bis 5000 EUR), Stoma- Versorgungsartikel, lebenserhaltende Hilfsmittel. Bei Bezug über den Versicherer 90% des versicherten Prozentsatzes. Leistung des Ergänzungstarifs: Keine Tarifleistung.	A
Krankenfahrstuhl §4(3)	Inwieweit wird die Anschaffung oder Miete eines Krankenfahrstuhls erstattet? § 4 (3) MB/KK	80% des versicherten Prozentsatzes bis zu einem Rechnungsbetrag in Höhe von 1500 EUR. Bei Bezug über den Versicherer 90% des versicherten Prozentsatzes bis zu einem Rechnungsbetrag in Höhe von 1500 EUR. Leistung des Ergänzungstarifs: Keine Tarifleistung.	E
orthopädische Schuhe §4(3)	Inwieweit wird die Anschaffung orthopädischer Schuhe erstattet? § 4 (3) MB/KK	80% des versicherten Prozentsatzes bis zu einem Rechnungsbetrag in Höhe von 250 EUR. Bei Bezug über den Versicherer 90% des versicherten Prozentsatzes bis zu einem Rechnungsbetrag in Höhe von 250 EUR. Leistung des Ergänzungstarifs: Keine Tarifleistung.	E
Heilmittel §4(3)	Werden alle verordneten Heilmittel zu 100% erstattet? § 4 (3) MB/KK	80% des versicherten Prozentsatzes für Heilmittel. <u>Erstattungsfähige Heilmittel sind:</u> - Inhalationen, - Krankengymnastik /Bewegungsübungen, - Massagen, - Packungen /Hydrotherapie /Bäder, - Kälte- und Wärmebehandlung, - Elektrotherapie, - Lichttherapie, - Logopädie und - Beschäftigungstherapie (Ergotherapie). 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 Hallesche	Leistung für Tarife PRIMOB120+B30+URZ, CG250, BEa50, KH, PVB		
Arznei/Verbandmittel §4(3)	Werden verordnete allopathische und homöopathische Arznei- sowie Verbandmittel zu 100% erstattet? § 4 (3) MB/KK	<p>80% des versicherten Prozentsatzes bis 2000 EUR, darüber hinaus zum versicherten Prozentsatz.</p> <p>Als Arzneimittel im Sinne von § 4 (3) MB/KK 2009 gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nährmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z.B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden und die enteral oder parenteral verabreicht werden. Der VR bietet Unterstützung beim Bezug dieser Nährmittel an.</p> <p><u>Als Arzneimittel gelten nicht</u> Ovulationshemmer, Geriatrika, Nähr-, Stärkungs-, Haarwuchs-, Abmagerungspräparate, Hormonpräparate im Rahmen von Anti-Aging- Maßnahmen, potenzfördernde, kosmetische und Desinfektionsmittel, reine Mineralwässer, Badezusätze und Ähnliches, auch wenn sie vom Behandler verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten.</p> <p>Leistung des Ergänzungstarifs: Der Versicherer leistet für vom Heilpraktiker erbrachte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind bzw. die sich in der Praxis als ebenso erfolversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen. Der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei Anwendung schulmedizinischer Methoden angefallen wäre.</p> <p>Zum versicherten Prozentsatz werden die verbleibenden Restkosten bis zu einem Rechnungsbetrag in Höhe von 1000€ im Kalenderjahr erstattet.</p> <p>Übernommen werden alle im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden bis zum jeweiligen Höchstbetrag.</p>	A+
Brillen/Sehhilfen §4(3)	Was erstattet die Gesellschaft bei Bezug von Sehhilfen (Brillen, Kontaktlinsen usw.) je Kalenderjahr? § 4 (3) MB/KK	<p>Zum versicherten Prozentsatz Brillen oder Kontaktlinsen bis insgesamt 100 EUR alle 2 Jahre, vor Ablauf von 2 Jahren nur bei einer Veränderung der Sehschärfe um mindestens 0,5 Dioptrien.</p> <p>Leistung des Ergänzungstarifs: Zum versicherten Prozentsatz werden die verbleibenden Restkosten für Sehhilfen bis zu einem Betrag in Höhe von 100€. Einerneuter Anspruch besteht frühestens nach Ablauf von zwei Jahren, zuvor bei Änderung der Sehschärfe um mindestens 0,5 Dioptrien.</p> <p>Übernommen werden Brillen und Kontaktlinsen.</p>	E
GOÄ- Ärzte ambulant §4(2)	Werden die ärztlichen Leistungen bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattet? § 4 (2) MB/KK	<p>Ja, bis zu den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (3,5facher Satz).</p> <p>Leistung des Ergänzungstarifs: Keine Tarifleistung.</p>	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	<p>Keine Tarifleistung.</p> <p>Leistung des Ergänzungstarifs: Keine Tarifleistung.</p>	F

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 Hallesche

Leistung für Tarife PRIMOB120+B30+URZ, CG250, BEa50, KH, PVB

GOÄ- Ärzte ambulant Ausland

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

Akut: Ja, der volle Rechnungsbetrag (§ 5 Abs. 2 MB/KK 2009 beachten).

A+

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

Leistungsbegrenzung bei gezielter Behandlung im Ausland:

- a) Keine Leistungspflicht besteht für Mehrkosten einer Heilbehandlung im Ausland, sofern der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung ins Ausland gereist ist. Als Mehrkosten gelten dabei die Kostenanteile der Behandlung im Ausland, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland übersteigen.
- b) Die Kürzungsbefugnis gemäß Abs. a) gilt entsprechend für Entbindungen. Ist ein Elternteil Staatsangehöriger des Aufenthaltslandes, entfällt diese Einschränkung, sofern der Versicherungsnehmer die Staatsbürgerschaft nachweist.
- c) Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat, findet Abs. a) keine Anwendung.
- d) Wenn im Rahmen eines Notfalles, also einer nicht planbaren Behandlung, ein ausländisches Krankenhaus die nächstgelegene geeignete Behandlungsstätte darstellt, findet Abs. a) ebenfalls keine Anwendung.

Vergleichswert(e) bis zum 3,5fachen Satz der GOÄ.

Leistung des Ergänzungstarifs:

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 Hallesche

Leistung für Tarife PRIMOB120+B30+URZ, CG250, BEa50, KH, PVB

Stationär

Geltungsbereich §1(4)	Erstreckt sich der Geltungsbereich ohne zeitliche Begrenzung auf außereuropäische Länder (weltweit) in den Krankheitskostentarifen? § 1 (4) MB/KK	Der Versicherungsschutz erstreckt sich, ohne dass es einer besonderen Vereinbarung bedarf, auf weltweite Heilbehandlung. Für das außereuropäische Ausland gilt dies, solange es sich nicht um eine Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts handelt. Leistung des Ergänzungstarifs: Keine Tarifleistung.	A+
Stat. Ausl.behandlung §4(4)	Kann gezielt ein europäisches oder außereuropäisches Krankenhaus zur stationären Behandlung aufgesucht werden? § 4 (4) MB/KK	Ja, wenn medizinisch notwendig. Leistung des Ergänzungstarifs: Keine Tarifleistung.	A+
Transportkosten weltweit	Werden die Transportkosten in voller Höhe übernommen, wenn bei medizinischer Notwendigkeit gezielt ein Krankenhaus außerhalb Deutschlands zur stationären Behandlung aufgesucht wird?	Die Kosten für den Hin- und Rücktransport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus werden erstattet. Leistung des Ergänzungstarifs: Keine Tarifleistung.	D
Transportkosten im Inland	Sind Krankentransporte zur stationären Behandlung, unabhängig vom Transportmittel, in jedes gewünschte Krankenhaus versichert?	Nur Hin- und Rücktransporte zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus. Leistung des Ergänzungstarifs: Keine Tarifleistung.	B
Beitragsfrei bei Elternschaft	Für wie viele Monate erfolgt eine Beitragsfreistellung bei Bezug von Elterngeld bzw. bei Elternurlaub?	Keine Beitragsfreistellung. Leistung des Ergänzungstarifs: Keine Tarifleistung.	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	Ja, im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte, bis zu den Höchstsätzen (3,5facher Satz). Leistung des Ergänzungstarifs: Keine Tarifleistung.	A+
GOÄ- Ärzte stat. darüber §4(2)	In welchem Umfang werden ärztlichen Leistungen im Krankenhaus auch über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte hinaus erstattet? § 4 (2) MB/KK	Keine Begrenzung auf die Gebührenordnung für Ärzte, sofern sachlich und formalrechtlich begründet. Leistung des Ergänzungstarifs: Erstattet werden nur die ärztlichen Leistungen, die die Höchstsätze der GOÄ übersteigen.	A+
GOÄ- Ärzte stationär Ausland	Wird der Rechnungsbetrag für Krankenhaus- und Arztkosten, die unabhängig vom Aufenthaltswort im Ausland entstanden sind, in voller Höhe erstattet (ggf. ohne Bindung an die GOÄ)?	Akut: Ja, der volle Rechnungsbetrag (§ 5 Abs. 2 MB/KK 2009 beachten). Ohne Bindung an die deutsche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). <u>Leistungsbegrenzung bei gezielter Behandlung im Ausland:</u> a) Keine Leistungspflicht besteht für Mehrkosten einer Heilbehandlung im Ausland, sofern der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung ins Ausland gereist ist. Als Mehrkosten gelten dabei die Kostenanteile der Behandlung im Ausland, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland übersteigen. b) Die Kürzungsbefugnis gemäß Abs. a) gilt entsprechend für Entbindungen. Ist ein Elternteil Staatsangehöriger des Aufenthaltslandes, entfällt diese Einschränkung, sofern der Versicherungsnehmer die Staatsbürgerschaft nachweist. c) Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat, findet Abs. a) keine Anwendung. d) Wenn im Rahmen eines Notfalles, also einer nicht planbaren Behandlung, ein ausländisches Krankenhaus die nächstgelegene geeignete Behandlungsstätte darstellt, findet Abs. a) ebenfalls keine Anwendung. 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 Hallesche

Leistung für Tarife PRIMOB120+B30+URZ, CG250, BEa50, KH, 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 Zahnersatz ab einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von 2500 EUR. Bei Nichtvorlage besteht hinsichtlich der über 2500 EUR hinausgehenden erstattungsfähigen Aufwendungen nur Anspruch auf die Hälfte der tariflichen Leistung. Bei Implantaten und kieferorthopädischen Maßnahmen ist die medizinische Notwendigkeit unabhängig von der Höhe des Rechnungsbetrags vor Behandlungsbeginn immer durch einen Heil- und Kostenplan nachzuweisen. Bei Nichtvorlage erfolgt die Erstattung bei Implantaten insgesamt zur Hälfte der tariflichen Leistung. Leistung des Ergänzungstarifs: Ja, wenn die voraussichtlichen Kosten für Zahnersatz 2500€ übersteigen, muss für die zahntechnischen Material- und Laborkosten vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden. Ohne Vorlage wird der 2500€ übersteigende Teil nur zur Hälfte der versicherten Erstattungsprozente übernommen. Für Implantate muss stets ein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden. Mit dem Heil- und Kostenplan ist die medizinische Notwendigkeit der zahnärztlichen Behandlung nachzuweisen.	A+
Summenbegrenzung Zahn	Welche Summenbegrenzung besteht für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie in den ersten 5 Versicherungsjahren?	1. Kalenderjahr: 1000 EUR, 1. bis 2. Kalenderjahr: 2000 EUR, 1. bis 3. Kalenderjahr: 3000 EUR, 1. bis 4. Kalenderjahr: 4000 EUR, 1. bis 5. Kalenderjahr: 5000 EUR, ab 6. Kalenderjahr 5000 EUR jährlich. Leistung des Ergänzungstarifs: Es bestehen folgende Summenbegrenzungen für Zahnersatz (Material- und Laborkosten): Im 1. Kalenderjahr 1000€ im 1. und 2. Kalenderjahr 2000€, im 1. bis 3. Kalenderjahr 3000€, im 1. bis 4. Kalenderjahr 4000€, im 1. bis 5. Kalenderjahr 5000€, ab dem 6. Kalenderjahr jährlich 5000€. (Achtung Rechnungsbeträge!)	A+
Zahnleistung - Erstattung in %	Erstattet der Tarif bei Zahnbehandlung 100%, bei Zahnersatz 100% und bei Kieferorthopädie 100% ?	Zahnbehandlung zum versicherten Prozentsatz, Zahnersatz zu 65% des versicherten Prozentsatzes, Kieferorthopädie zu 80% des versicherten Prozentsatzes. Beachte: Preis- und Leistungsverzeichnis. Leistung des Ergänzungstarifs: 0% für Zahnbehandlung. Zu 60% des versicherten Prozentsatz Zahnersatz (Material- und Laborkosten), ohne Heil- und Kostenplan für die 2500€ übersteigenden Kosten 30% des versicherten Prozentsatzes. 0% für Kieferorthopädie.	A+
Entfällt Summenbeg. bei Unfall	Entfällt die tariflich vorgesehene Summenbegrenzung bei Unfall?	Ja, Summenbegrenzung entfällt. Leistung des Ergänzungstarifs: Ja.	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 Gebührenordnung für Zahnärzte (3,5facher Satz). 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 Tarifleistung. Leistung des Ergänzungstarifs: Keine Tarifleistung.	F

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 Hallesche

Leistung für Tarife PRIMOB120+B30+URZ, CG250, BEa50, KH, PVB

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: Ja, abgesehen von solchen Honoraren die auch im Aufenthaltsland als unangemessen gelten. **A+**

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

Leistungsbegrenzung bei gezielter Behandlung im Ausland:

- a) Keine Leistungspflicht besteht für Mehrkosten einer Heilbehandlung im Ausland, sofern der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung ins Ausland gereist ist. Als Mehrkosten gelten dabei die Kostenanteile der Behandlung im Ausland, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland übersteigen.
- b) Die Kürzungsbefugnis gemäß Abs. a) gilt entsprechend für Entbindungen. Ist ein Elternteil Staatsangehöriger des Aufenthaltslandes, entfällt diese Einschränkung, sofern der Versicherungsnehmer die Staatsbürgerschaft nachweist.
- c) Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat, findet Abs. a) keine Anwendung.
- d) Wenn im Rahmen eines Notfalles, also einer nicht planbaren Behandlung, ein ausländisches Krankenhaus die nächstgelegene geeignete Behandlungsstätte darstellt, findet Abs. a) ebenfalls keine Anwendung.

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 Hallesche

Leistung für Tarife PRIMOB120+B30+URZ, CG250, BEa50, KH, 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) Bis zu 5250 EUR (URZ: 5000 EUR) aus dem europäischen Ausland, sonst 10500 EUR (URZ: 10000 EUR) b) Bis zu dem Betrag der bei einer Überführung erstattet worden wäre. 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 Aufnahme; Ausnahme bei Nachversicherung von Ehegatten wie bei Wartezeiterlaß nach MB/KK	E
Kinder alleine versicherbar	Sind Kinder alleine in allen Tarifen (ohne Tagegelder) versicherbar?	Eine Alleinversicherung ist bei einem Eintrittsalter von 0 - 7 Jahren nicht möglich. (Ausnahmen: Tarif AE solo oder in Kombination mit den Tarifen CSA/CSW und/oder KH 10 EUR bzw. MSW und/oder MKH 10 EUR, wenn der Beitrag mindestens 7,50 EUR beträgt). 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.	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?	Abweichend von § 3 (2) und (3) MB/KK 2009 verzichtet der Versicherer (VR) in der Krankheitskosten - Vollversicherung auf die Einhaltung der Wartezeiten, wenn die Versicherung im unmittelbaren Anschluss an die bisherige Versicherung beginnt. Eine Krankheitskosten - Vollversicherung liegt vor, wenn für die versicherte Person beim VR Versicherungsschutz für ambulante und stationäre Heilbehandlung als Grundversicherung besteht. Der Verzicht auf die allgemeine Wartezeit für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz gilt sinngemäß auch für die besonderen Wartezeiten.	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 Hallesche Leistung für Tarife PRIMOB120+B30+URZ, CG250, BEa50, KH, PVB

Beitragsrückerstattung	Für welche Tarife wird eine	<u>Erfolgsabhängige BRE für das Jahr 2009 (Auszahlung 2011)</u>							
Tarifsysteme Anzahl	Wie viele eigenständige (selbständig nebeneinander bestehende) Tarifsysteme werden angeboten?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 150px;">Normaltarifwerke</td> <td style="text-align: right;">6</td> <td rowspan="3" style="text-align: right; vertical-align: top;">A</td> </tr> <tr> <td>Beamtenarbitwerke</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>Arztarbitwerke</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> </table>	Normaltarifwerke	6	A	Beamtenarbitwerke	2	Arztarbitwerke	3
Normaltarifwerke	6	A							
Beamtenarbitwerke	2								
Arztarbitwerke	3								

3 Leistungsfreie Jahre: 2,0 MB*,
4 Leistungsfreie Jahre: 2,5 MB*,
ab 5 Leistungsfreien Jahren: 3,0 MB*.
Die Auszahlung der erfolgsabhängigen BRE erfolgt voraussichtlich im September 2010.

Anspruchsberechtigte Tarife bzw. Tarifkombinationen:

Vollversicherung: **NK, KS, AV, PRIMO (Bonus) (Z), PRIMO (Bonus) (Z) plus, BT, LR, MG 1 und MG 2, Kombination CA, CAN und CZ**

Mediziner: **PRIMO M, MA, MAN, MAS, ZV, ZV und CZ, ZV und ZVH**

Beamte: **PRIMO B, MA%, MA% und CEB, Kombination CAB, CABS und CZ oder CZB, CEB und CAB und CZB, CEB und CABS und CZB**

Studenten: **SV**

Voraussetzungen:

- Die KKV bestand während des ganzen Kalenderjahres 2009 (Geschäftsjahr) und besteht noch weiter bis mindestens bis 30.09. des Folgejahres nach den oben genannten Tarifen/Tarifstufen. Der Anspruch auf BRE entfällt, falls dem VR bis zum 30.09. des Folgejahres eine Kündigung vorliegt. Endet die Versicherung allerdings nach dem 31.12.2009 wegen gesetzlicher Versicherungspflicht oder Tod der VP, bleibt der Anspruch auf BRE erhalten.
- Im gesamten BRE - berechtigten Geschäftsjahr wurde aus diesen Tarifen/ Tarifstufen keine Leistung in Anspruch genommen - bei Tarifkombinationen aus keinem der Einzeltarife (Beachte: Es zählt das Behandlungsdatum, nicht das Rechnungsdatum).
- Die Beiträge wurden für die Zeit vom 01.01.2009 bis 30.09.2010 stets pünktlich und vollständig bezahlt.

BRE im Tarif PRIMO B (nach Sonderbedingungen):

Ab dem ersten vollständig leistungsfreien Jahr: 6 MB*.

Bonus:

In den Tarifstufen **PRIMO Bonus (plus)** erhält der Versicherungsnehmer für jede VP je versicherten Monat, in dem Versicherungsschutz nach den Tarifen PRIMO Bonus (plus) besteht, einen **Bonus** von 30€ - maximal ergibt dies einen Bonus von 360€ je Kalenderjahr.

Der Bonus wird monatlich auf ein Konto des VN ausgezahlt. Voraussetzung für die Auszahlung des Bonus ist die Bezahlung des Beitrags per Lastschriftinzugsverfahren.

Werden Rechnungen zur Erstattung eingereicht, wird der gesamte jährliche Bonus von 360€ auf den Erstattungsbetrag angerechnet. Dies gilt auch, wenn die Versicherung nach PRIMO Bonus (plus) vor Ablauf eines Kalenderjahres endet.

Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar eines Kalenderjahres, so ermäßigt sich die Anrechnung für dieses Jahr um jeweils 1/12 für jeden Monat, in dem die Versicherung noch nicht bestand.

In **Tarifstufe NK Bonus** erhält der Versicherungsnehmer (VN) für jede versicherte Person (VP) je versicherten Monat, in dem Versicherungsschutz nach Tarif NK Bonus besteht, einen Bonus von 60€

- maximal ergibt dies einen Bonus von 720€ je Kalenderjahr je VP.

Werden Rechnungen zur Erstattung eingereicht, wird der gesamte jährliche Bonus von 720€ auf den Erstattungsbetrag angerechnet. Dies gilt auch, wenn die Versicherung nach NK Bonus vor Ablauf eines Kalenderjahres endet.

Der Bonus wird monatlich auf ein Konto des VN ausgezahlt. Voraussetzung für die Auszahlung des Bonus ist die Bezahlung des Beitrags per Lastschriftinzugsverfahren.

Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar eines Kalenderjahres, so ermäßigt sich die Anrechnung für dieses Jahr um jeweils 1/12 für jeden Monat, in dem die Versicherung noch nicht bestand.

**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:

Hallesche (Vorschlag 1)

Tarifdruckstücke:

PRIMOB120+B30+URZ (PM 65/PM 62) (09.10/10.08), CG250 (PM 13) (02.10), *PRIMOB..* (PM 65) (09.10), BEa50 (PM 52) (10.07), KH (PM 14) (10.08), PVB (PM 38) (02.10)

Musterbedingungen:

PRIMOB120+B30+URZ (MB/KK PM 22) (10.09), PVB (MB/PPV PM 38) (02.10)

- 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