

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 Münchener Verein Leistung für Tarife 939+936(Bonus-CareB), 726(BET), 795, PVB(416)

Information	Bitte beachten Sie, dass das Produktinformationsblatt <u>nicht abschließend</u> ist, sondern lediglich einen ersten Überblick über die wesentlichen Bestandteile der Versicherung gibt.
§4 II Nr.1 VVG- InfoV Versicherungsvertragsart	Beihilfeversicherung: Ledig oder Verheiratet
§4 II Nr.2 VVG- InfoV Versichertes Risiko	<p>Ambulant Arznei/Verbandmittel §4(3), Brillen/Sehhilfen §4(3), 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 Beitragsfrei bei Elternschaft, Geltungsbereich §1(4), 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, Heil- und Kostenplan, Summenbegrenzung Zahn, Zahnleistung - Erstattung in %</p> <p>Krankenhaustagegeld KHT- Bundeswehr</p>
§4 II Nr.3 VVG- InfoV Beitrag und Beitragszahlung	<p>939+936(BonusCareB), 726(BET), 795, PVB(416), Gesamtbeitrag in €: 212,05 darin enthalten ARB in €: 17,87</p> <p>Die Zahlung der Versicherungsprämie erfolgt wahlweise monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich. Die Zahlungsmodalitäten ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.</p>
§4 II Nr. 4 VVG- InfoV Leistungsausschlüsse	<p>Ambulant GOÄ- Ärzte amb. darüber §4(2)</p> <p>Stationär GOÄ- Ärzte stat. darüber §4(2)</p> <p>Zahn GOZ- Zahnärzte darüber §4(2)</p> <p>Krankenhaustagegeld KHT- Teilstationär</p>
§4 II Nr.5 VVG- InfoV Obliegenheiten bei Vertragsschluss und Rechtsfolgen Ihrer Nichtbeachtung	<p>Außer Anzeigepflichten und Zahlungsverpflichtung bestehen keine Obliegenheiten bei Vertragsabschluss. Gemäß § 19 Versicherungsvertragsgesetz sind die mit dem Versicherungsantrag verbundenen Fragen wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten. Die korrekte und vollständige Beantwortung der Fragen ist für die Entscheidung des Versicherers, den Vertrag mit dem beantragten Inhalt zu schließen, maßgeblich. Der Versicherer ist bis zur Annahme des Antrages berechtigt, erneut zu Umständen zu fragen, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes erheblich sind.</p> <p>Rechtsfolgen einer Verletzung der Anzeigepflicht Der Versicherer ist berechtigt, bei vorsätzlicher oder grob fahrlässiger Verletzung vorgenannter Anzeigepflicht vom Vertrag zurückzutreten sowie in anderen Fällen einer Verletzung dieser Pflicht den Vertrag zu kündigen. Das Kündigungsrecht besteht in der Kranken- und Pflegeversicherung jedoch nur bei schuldhafter Pflichtverletzung. Das Recht zur Anfechtung bleibt hiervon unberührt. Ein Rücktritt wegen grob fahrlässiger Anzeigepflichtverletzung oder eine Kündigung kommt nicht in Betracht, wenn der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen (z.B. höhere Prämie, Leistungsausschluss), geschlossen hätte. Ist dies der Fall, wird der Versicherer den Versicherungsnehmer über diese Bedingungen in Kenntnis setzen. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend Vertragsbestandteil.</p>
§4 II Nr.6 VVG- InfoV Obliegenheiten während Vertragslaufzeit und Rechtsfolgen ihrer Nichtbeachtung	<p>Während der Vertragslaufzeit besteht im Wesentlichen die Obliegenheit, dem Versicherer Umstände zu melden, die Einfluss auf die Versicherungsfähigkeit in speziellen Tarifen haben (Krankentagegeld mit kurzer Karenzzeit und Wechsel ins Angestelltenverhältnis; Tarife für Versicherte im Beitrittsgebiet und Umzug in den Westen u.ä.). Diese sind jedoch in den jeweiligen AVB bzw. Tarifbedingungen geregelt.</p> <p>Wir weisen darauf hin, dass wir von der Verpflichtung zur Leistung frei sind, wenn Sie eine der Obliegenheiten vorsätzlich verletzt haben. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit tragen Sie. Wenn Sie eine Obliegenheit nicht arglistig verletzt haben, bleiben wir zur Leistung allerdings dennoch verpflichtet, soweit Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich ist.</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 Münchener Verein

Leistung für Tarife 939+936(Bonus-CareB), 726(BET), 795, PVB(416)

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

Nach Eintritt des Versicherungsfalls haben Sie die in § 9 Teil I unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB 2008) genannten Auskunft-, Unterrichtungs- und Untersuchungspflichten als vertragliche Obliegenheiten zu erfüllen.

Wir weisen darauf hin, dass wir von der Verpflichtung zur Leistung frei sind, wenn Sie eine der Obliegenheiten vorsätzlich verletzt haben. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit tragen Sie. Wenn Sie eine Obliegenheit nicht arglistig verletzt haben, bleiben wir zur Leistung allerdings dennoch verpflichtet, soweit Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich ist.

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

Geplanter Versicherungsbeginn: 01.03.2011

Vertragsdauer / Kündigung

Der Vertrag wird nach den Tarifen 082-099, 160, 190, 192, 195, 197, 350-362, 700-709, 711-718, 725, 726, 728, 729, 730-731, 741-748, 751-759, 760-761, 766-767, 781-788, 800-825, 851-853, 855, 859, 860, 861, 865, 869, 870 auf unbefristete Dauer geschlossen, wobei mit Ausnahme der Tarife 350-362 eine Mindestvertragsdauer von zwei Versicherungsjahren als vereinbart gilt. Der Versicherungsnehmer kann den Vertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Mindestvertragsdauer, bedingungsgemäß kündigen. Nach den Tarifen 170, 562, 563, 723, 732, 762, 768, 790, 795, 832 wird der Vertrag auf die Dauer von zwei Versicherungsjahren, nach allen weiteren Tarifen auf die Dauer von einem Versicherungsjahr geschlossen. Er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Versicherungsjahr, wenn er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird. Bei Tarifwechsel wird die vorangegangene Vertragsdauer auf die Vertragsdauer nach dem neu abgeschlossenen Tarif angerechnet. Der Vertrag nach den Tarifen 510-512, 515 wird auf unbefristete Dauer geschlossen, wobei eine Mindestvertragsdauer von zwei Versicherungsjahren als vereinbart gilt. Die Vertragspartner können den Vertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Mindestvertragsdauer, bedingungsgemäß kündigen.

Der Vertrag nach den Tarifen 560, 561 wird auf unbefristete Dauer geschlossen, wobei eine Mindestvertragsdauer von zwei Versicherungsjahren als vereinbart gilt. Der Versicherungsnehmer kann den Vertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Mindestvertragsdauer, bedingungsgemäß kündigen. Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) und endet, mit Ausnahme nach dem Standardtarif ST, zum 31.12. des betreffenden Kalenderjahres. Jedes weitere Versicherungsjahr (außer nach Tarif ST) entspricht dem Kalenderjahr.

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

Vertragsdauer / Kündigung

Der Vertrag wird nach den Tarifen 082-099, 160, 190, 192, 195, 197, 350-362, 700-709, 711-718, 725, 726, 728, 729, 730-731, 741-748, 751-759, 760-761, 766-767, 781-788, 800-825, 851-853, 855, 859, 860, 861, 865, 869, 870 auf unbefristete Dauer geschlossen, wobei mit Ausnahme der Tarife 350-362 eine Mindestvertragsdauer von zwei Versicherungsjahren als vereinbart gilt. Der Versicherungsnehmer kann den Vertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Mindestvertragsdauer, bedingungsgemäß kündigen. Nach den Tarifen 170, 562, 563, 723, 732, 762, 768, 790, 795, 832 wird der Vertrag auf die Dauer von zwei Versicherungsjahren, nach allen weiteren Tarifen auf die Dauer von einem Versicherungsjahr geschlossen. Er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Versicherungsjahr, wenn er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird. Bei Tarifwechsel wird die vorangegangene Vertragsdauer auf die Vertragsdauer nach dem neu abgeschlossenen Tarif angerechnet. Der Vertrag nach den Tarifen 510-512, 515 wird auf unbefristete Dauer geschlossen, wobei eine Mindestvertragsdauer von zwei Versicherungsjahren als vereinbart gilt. Die Vertragspartner können den Vertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Mindestvertragsdauer, bedingungsgemäß kündigen.

Der Vertrag nach den Tarifen 560, 561 wird auf unbefristete Dauer geschlossen, wobei eine Mindestvertragsdauer von zwei Versicherungsjahren als vereinbart gilt. Der Versicherungsnehmer kann den Vertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Mindestvertragsdauer, bedingungsgemäß kündigen. Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) und endet, mit Ausnahme nach dem Standardtarif ST, zum 31.12. des betreffenden Kalenderjahres. Jedes weitere Versicherungsjahr (außer nach Tarif ST) entspricht dem Kalenderjahr.

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 Münchener Verein

Leistung für Tarife 939+936(Bonus-CareB), 726(BET), 795, PVB(416)

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

hr Vertragspartner ist die MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a. G. mit Sitz in München, eingetragen im Handelsregister beim Amtsgericht München unter HRB 764.

Die Postadresse unserer Direktion lautet:

Pettenkofersstraße 19
80336 München.

Sie erreichen uns unter

Telefon: 0 89 / 51 52 - 10 00

Telefax: 0 89 / 51 52 - 15 01

E-Mail: info@muenchenerverein.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

Die ladungsfähige Anschrift des Versicherers lautet:

MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G.
Pettenkofersstr. 19
80336 München

Das Unternehmen wird vertreten durch den Vorstand. Mitglieder des Vorstands sind:

Dr. Rainer Reitzler (Vorsitzender)
Hartmut Krause
KarlBernd Telger
Andrea Wozniak

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

Die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers besteht satzungsgemäß in der Gewährung von Krankenversicherungsschutz an die Mitglieder des Versicherungsvereins.

§1 I Nr.5 VVG- InfoV Sicherungsfonds

Ihre Ansprüche als Versicherungsnehmer sowie die Ansprüche versicherter Personen, Bezugsberechtigter und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen sind durch die Zugehörigkeit der MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a. G. zur Medicator AG, Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln abgesichert. Die Medicator AG ist ein Sicherungsfonds im Sinne der §§ 124 ff. Versicherungsaufsichtsgesetz.

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

Ihrem Vertrag liegen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) zugrunde. Sie bestehen in der Regel aus Musterbedingungen, Tarifbedingungen und dem Tarif. Bestimmte Vertragsgestaltungen regeln zusätzliche Besondere Bedingungen/Sonderbedingungen.

Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit und Erfüllung der Versicherungsleistung entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die für die von Ihnen gewählten Tarife gelten.

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

Hiefür gelten folgende Tarifdokumente: 939+936(BonusCareB) (1004220/02) (01.11), 726(BET) (1004261/00) (03.09), 795 (1004460/01) (01.11), PVB(416) (1004510/00) (01.10), 939+936(BonusCareB) (MB/KK 1003001/01) (01.10), PVB(416) (MB/PPV 1003100/00) (01.10)

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

Der Gesamtpreis Ihrer Versicherung ist im Antrag sowie im Versicherungsschein ausgewiesen.

Zusätzlich zum Beitrag fallen keine weiteren Kosten, Steuern oder Gebühren an.

Die Zahlung der Versicherungsprämie erfolgt wahlweise monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich. Die Zahlungsmodalitäten ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Bei Aktiv- Tarife und Tarif 420: Die Zahlung der Versicherungsprämie erfolgt per Lastschriftinzug. Die Zahlungsmodalitäten ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Gültigkeitsdauer der Informationen

Die vorliegenden Informationen sind nur solange gültig, wie die ihrer Erstellung zugrunde liegenden Umstände unverändert bleiben.

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 Münchener Verein

Leistung für Tarife 939+936(Bonus-CareB), 726(BET), 795, PVB(416)

§1 I Nr.12 VVG- InfoV

Zustandekommen des Vertrages und Beginn des Versicherungsschutzes

Geplanter Versicherungsbeginn: 01.03.2011

Zustandekommen des Vertrages

Haben Sie einen verbindlichen Antrag auf Abschluss des Versicherungsvertrages gestellt, kommt Ihr Vertrag mit Übersendung oder Aushändigung des Versicherungsscheins an Sie zustande. Ihr Widerrufsrecht bleibt hiervon unberührt. Bei Tarif 420 und AKTIV- Tarifen: Das Versicherungsverhältnis kommt nicht bereits mit Antragstellung zustande, sondern erst mit der schriftlichen Annahme Ihres Antrages durch die MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G. oder der Übersendung bzw. der Aushändigung des Versicherungsscheins, sofern Sie nicht von Ihrem Widerrufsrecht Gebrauch machen.

Haben Sie zunächst nur eine Angebotsanfrage zur Erstellung eines Vertragsangebots durch uns gestellt, kommt der Vertrag nicht bereits mit Übersendung unseres Versicherungsangebotes und des vorläufigen Versicherungsscheines an Sie zustande, sondern nur und erst dann, wenn Sie fristgerecht und uneingeschränkt die Annahme mit der unserem Angebot beigefügten Annahmeerklärung erklären. Ihr Widerrufsrecht bleibt hiervon unberührt.

Die Versicherung und der Versicherungsschutz beginnen - vorbehaltlich einer späteren abweichenden Vereinbarung - zu dem beantragten Zeitpunkt. Der Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes wird zudem im Versicherungsschein ausgewiesen. Weitere Informationen zum Versicherungsbeginn enthalten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

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

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, EMail) widerrufen. Die Frist beginnt am Tag, nachdem Ihnen der Versicherungsschein zugegangen ist. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an die MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G., KVBTeam, 80283 München. Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Fax- Nummer zu richten: (089) 5152-4020.

Widerrufsfolgen

Üben Sie das Widerrufsrecht wirksam aus, sind die beiderseits empfangenen Leistungen zu erstatten. Haben Sie zugestimmt, dass der Versicherungsschutz bereits vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt, haben wir Ihnen nur den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämie zu erstatten. Die Erstattungspflicht haben wir unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs zu erfüllen.

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

Vertragsdauer / Kündigung

Der Vertrag wird nach den Tarifen 082-099, 160, 190, 192, 195, 197, 350-362, 700-709, 711-718, 725, 726, 728, 729, 730-731, 741-748, 751-759, 760-761, 766-767, 781-788, 800-825, 851-853, 855, 859, 860, 861, 865, 869, 870 auf unbefristete Dauer geschlossen, wobei mit Ausnahme der Tarife 350-362 eine Mindestvertragsdauer von zwei Versicherungsjahren als vereinbart gilt. Der Versicherungsnehmer kann den Vertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Mindestvertragsdauer, bedingungsgemäß kündigen.

Nach den Tarifen 170, 562, 563, 723, 732, 762, 768, 790, 795, 832 wird der Vertrag auf die Dauer von zwei Versicherungsjahren, nach allen weiteren Tarifen auf die Dauer von einem Versicherungsjahr geschlossen. Er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Versicherungsjahr, wenn er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

Bei Tarifwechsel wird die vorangegangene Vertragsdauer auf die Vertragsdauer nach dem neu abgeschlossenen Tarif angerechnet. Der Vertrag nach den Tarifen 510-512, 515 wird auf unbefristete Dauer geschlossen, wobei eine Mindestvertragsdauer von zwei Versicherungsjahren als vereinbart gilt. Die Vertragspartner können den Vertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Mindestvertragsdauer, bedingungsgemäß kündigen.

Der Vertrag nach den Tarifen 560, 561 wird auf unbefristete Dauer geschlossen, wobei eine Mindestvertragsdauer von zwei Versicherungsjahren als vereinbart gilt. Der Versicherungsnehmer kann den Vertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Mindestvertragsdauer, bedingungsgemäß kündigen.

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) und endet, mit Ausnahme nach dem Standardtarif ST, zum 31.12. des betreffenden Kalenderjahres. Jedes weitere Versicherungsjahr (außer nach Tarif ST) entspricht dem Kalenderjahr. Bei Tarif 420: Der Vertrag wird zunächst für ein Versicherungsjahr abgeschlossen. Im Anschluss daran verlängert sich der Vertrag jeweils um ein weiteres Versicherungsjahr, wenn er nicht von dem Versicherungsnehmer bis spätestens 30.09. eines jeden Jahres gekündigt wird. Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) und endet zum 31.12. des betreffenden Kalenderjahres. Jedes weitere Versicherungsjahr entspricht dem Kalenderjahr.

Bei AKTIV- Tarifen: Der Vertrag wird zunächst für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen. Im Anschluss daran verlängert sich der Vertrag jeweils um ein weiteres Versicherungsjahr, wenn er nicht von einer Vertragspartei bis spätestens 30.09. eines jeden Jahres gekündigt wird. Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) und endet zum 31.12. des betreffenden Kalenderjahres. Jedes weitere Versicherungsjahr entspricht dem Kalenderjahr.

§1 I Nr.16-17 VVG- InfoV

Anwendbares Recht und zuständiges Gericht

Der Aufnahme von Beziehungen zum Versicherungsnehmer vor Abschluss des Vertrags legen wir das Recht der Bundesrepublik Deutschland zugrunde.

Eine vertragliche Regelung über das auf den Vertrag anwendbare Recht sowie über das zuständige Gericht enthalten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

§1 I Nr.18 VVG- InfoV Vertragssprache

Im Rahmen des Abschlusses sowie für die Dauer des Vertragsverhältnisses kommt ausschließlich die deutsche Sprache zur Anwendung.

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 Münchener Verein

Leistung für Tarife 939+936(Bonus-CareB), 726(BET), 795, PVB(416)

§1 I Nr.19-20 VVG- InfoV

Außergerichtliche
Beschwerdemöglichkeiten sowie
Name und Anschrift der zuständigen
Aufsichtsbehörde

Informationen zur Schlichtung von Streitigkeiten

Zur außergerichtlichen Schlichtung von Streitfällen haben Sie die Möglichkeit, sich an den

Ombudsmann für die private Kranken und Pflegeversicherung
Kronenstraße 13
10117 Berlin
Tel.: 0 18 02 / 55 04 44
Fax: 0 30 / 20 45 89 31

zu wenden.

Voraussetzung für die Einleitung des Ombudsmannverfahrens ist in jedem Fall, dass Sie zuvor bei uns Ihren Anspruch erfolglos geltend gemacht haben. Der Ombudsmann behandelt eine Beschwerde auch dann nicht, wenn diese bereits von einem Gericht, einer Schiedsstelle oder einer anderen Streitschlichtungseinrichtung verhandelt wird, der von einer solchen Stelle entschieden wurde, ebenso dann nicht, solange die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht damit befasst ist.

Weitere Informationen erhalten Sie unter
„www.pkvombudsmann.de“.

Die Möglichkeit den Rechtsweg zu beschreiten bleibt hiervon unberührt.

Sie haben auch die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an die

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn

zu wenden.

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

§3 I Nr.3 VVG- InfoV

Beitragsentwicklung in der Zukunft

Die Kalkulation der Beiträge in der privaten Krankenversicherung sieht - bei unveränderten Kalkulationsgrundlagen - gleich bleibende Tarifbeiträge während der gesamten Vertragsdauer vor. Das mit zunehmendem Alter wachsende Krankheits- bzw. Kostenrisiko wird in dieser Kalkulation insofern berücksichtigt, als vom Versicherungsbeginn an ein Teil des zu zahlenden Beitrags der sogenannten "Alterungsrückstellung" zugeführt und dort angesammelt wird; diese Mittel werden dann im Alter zur Finanzierung der steigenden Versicherungsleistungen verwendet. In der Beitragskalkulation bzw. in der Alterungsrückstellung nicht von vornherein berücksichtigt werden können jedoch Faktoren, die längerfristig nicht abschätzbar sind, insbesondere die künftige Kostenentwicklung im Gesundheitswesen. Diese kann erheblich von der Entwicklung der allgemeinen Lebenshaltungskosten abweichen. Steigen infolge der Kostenentwicklung unsere Leistungsaufwendungen in einem Tarif über das kalkulierte Maß hinaus, kann daher eine Erhöhung der Beiträge in dem betreffenden Tarif erforderlich werden. Für die Bemessung des im Falle einer Anpassung zu erhebenden Zusatzbeitrags ist dann nicht das ursprüngliche, sondern das erreichte Alter maßgeblich.

§3 I Nr.4 VVG- InfoV

Beitragsbegrenzung im Alter

Um der Gefahr erheblich steigender Beiträge gerade bei älteren Versicherten zu begegnen, werden seit 1992 aus erwirtschafteten Überschüssen zusätzliche Rückstellungen gebildet. Weitere Zusatzrückstellungen erwachsen aus dem gesetzlichen Beitragszuschlag, der bei Vollversicherten im Alter von 21 bis 60 erhoben wird. Diese Zusatzrückstellungen dienen dazu, den Beitrag ab Alter 65 konstant zu halten bzw. ggf. erforderliche Beitragsanpassungen abzuwenden oder zumindest abzumildern. Heute schon über 65-jährigen Versicherten werden zum Zwecke der Beitragsstabilisierung bzw. -ermäßigung darüber hinausgehend Beträge aus Zinserträgen direkt gutgeschrieben. Älteren Vollversicherten steht bei Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen die Möglichkeit eines Wechsels in den brancheneinheitlichen Standardtarif offen. Dieser bietet der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vergleichbare Leistungen; der Beitrag ist nach oben auf den durchschnittlichen GKV-Höchstbeitrag begrenzt. Bei Beihilfeberechtigten reduzieren sich Leistungsumfang und Höchstbeitrag im Standardtarif nach Maßgabe des Beihilfesatzes.

Darüber hinaus haben die Versicherten jederzeit die Möglichkeit, durch Wechsel in leistungsschwächere Tarife ihren Beitrag zu reduzieren und dadurch einen mindestens mit dem Leistungsspektrum der GKV vergleichbaren Versicherungsschutz zu erwerben. Im bisherigen Tarif angesammelte Rückstellungen werden im Falle eines Tarifwechsels in Form eines Abschlags angerechnet. Weiterhin bieten wir die Möglichkeit, durch Entrichtung eines Beitragszuschlags eine zusätzliche Beitragsentlastung ab Alter 65 vorauszufinanzieren. Im Bedarfsfall beraten wir Sie gern über alle Ihnen offen stehenden Alternativen.

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

Wir weisen darauf hin, dass ein Wechsel von der privaten in die gesetzliche Krankenversicherung in fortgeschrittenem Alter in der Regel ausgeschlossen ist.

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

Wir weisen darauf hin, dass ein Wechsel innerhalb der privaten Krankenversicherung in fortgeschrittenem Alter mit höheren Beiträgen verbunden sein kann und ggf. auf einen Wechsel in den Standardtarif (ab 01.01.2009 den Basistarif) beschränkt ist.

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 Münchener Verein

Leistung für Tarife 939+936(Bonus-CareB), 726(BET), 795, PVB(416)

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

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

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

KV-Vorschlag für Frau Katja Beamtin

Beruf	Bundes- oder Landesbeamte / Bund		
Status	Ledig oder Verheiratet		Geburtsdatum 01.01.1981
Geschlecht	weiblich		Neubeginn 01.03.2011
Beihilfeanspruch	Ambulant	Stationär	Zahn
Erstattung	50 %	50 %	50 %
Restkosten	50 %	50 %	50 %

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

Gesellschaft Münchener Verein		Eintrittsalter 30	Währung: €
Tarif	Tarif-Kurzbeschreibung		Tarifbeitrag
939+936(Bonus-CareB)	BAP zum 01/11 50% ambulante Restkosten-Erstattung KURZSTUFE, Primärarztprinzip, Logopädie und Ergotherapie 2-Bettzimmer mit Privatarzt, bis GOÄ-Höchstsatz, Ersatz-KHT ZB, ZE, KfO Restkostenergänzung Summenbegrenzung für ZE, KfO; Inlays, Implantate, Prophylaxe		171,78
726(BET)	BAP zum 01/11 Heilpraktiker, Auslandsschutz mit Rücktransport, Genesungspauschale		6,96
795	BAP zum 01/08 20 EUR Krankenhaustagegeld		4,28
PVB(416)	BAP zum 01/10 Private PflegePflichtVersicherung		11,16
Alterungsrückst.	Gesetzl. Zuschlag 10% nach §12 VAG zur Prämienermäßigung im Alter		17,87
zu zahlender Monatsbeitrag (MB)			212,05

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 Münchener Verein.

Gesellschaft Münchener Verein

Leistung für Tarife 939+936(Bonus-CareB), 726(BET), 795, PVB(416)

Ambulant

Transportkosten Ambulant	Wird die Differenz des Rechnungsbetrages für Transportkosten von und zur ambulanten Behandlung voll erstattet?	Zum versicherten Prozentsatz werden die Kosten für medizinisch notwendige Transporte zu und von der ambulanten Heilbehandlung erstattet, soweit sie medizinisch notwendig und ärztlich bescheinigt sind. Leistung des Ergänzungstarifs: Keine Tarifleistung.	C
Psychotherapie §4(2)	Was leistet die Gesellschaft bei psychotherapeutischer Behandlung? § 4 (2) MB/KK	Zum versicherten Prozentsatz werden die Kosten für Psychotherapie für bis zu 50 Sitzungen im Versicherungsjahr erstattet. Übernommen wird Psychotherapie, soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) berechnet werden darf bzw. im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker aufgeführt ist, durch Ärzte, Heilpraktiker sowie in eigener Praxis tätige und im Arztregister eingetragene Psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Leistung des Ergänzungstarifs: Keine Tarifleistung.	A+
Kurort- Behandlung §5(1)e	Besteht bei Behandlung in Kurorten der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort? § 5 (1) e MB/KK	Ja. Leistung des Ergänzungstarifs: Ja, die Kosten für eine ambulante Heilbehandlung im Heilbad oder Kurort sind im selben Umfang wie am Wohnort erstattungsfähig.	A+
Kur aus Ambulanttarif §5(1)	Was leistet die Gesellschaft bei ambulanten Kuren, am Wohnort bzw. Kurort, ohne Zusatztarif? § 5 (1) MB/KK	Kosten für ambulante Kuren werden im sonstigen tariflichen Rahmen erstattet. Übernommen werden ärztliche Leistungen, Arznei- und Verbandmittel zum versicherten Prozentsatz (bei Nichteinhaltung des Primärarztprinzips zu 75% des versicherten Prozentsatzes), Heilmittel zum versicherten Prozentsatz. (Im Einzelnen siehe jeweilige spezielle Frage.) Leistung des Ergänzungstarifs: Keine Tarifleistung.	A+
Hilfsmittel §4(3)	Werden die Anschaffungskosten für alle Hilfsmittel unbegrenzt erstattet, wenn diese ärztlich verordnet wurden? § 4 (3) MB/KK	Zum versicherten Prozentsatz werden die erstattungsfähigen Aufwendungen für Hilfsmittel erstattet. Übernommen werden beihilfefähige Hilfsmittel. Abhängig von der medizinischen Notwendigkeit ist auch ein wiederholter Bezug von Hilfsmitteln möglich. Leistung des Ergänzungstarifs: Keine Tarifleistung.	A+
Krankenfahrstuhl §4(3)	Inwieweit wird die Anschaffung oder Miete eines Krankenfahrstuhls erstattet? § 4 (3) MB/KK	Zum versicherten Prozentsatz werden die Kosten für Krankenfahrstühle erstattet. Übernommen werden beihilfefähige Krankenfahrstühle. Leistung des Ergänzungstarifs: Keine Tarifleistung.	A+
orthopädische Schuhe §4(3)	Inwieweit wird die Anschaffung orthopädischer Schuhe erstattet? § 4 (3) MB/KK	Zum versicherten Prozentsatz werden die Kosten für orthopädische Schuhe erstattet. Übernommen werden beihilfefähige orthopädische Schuhe. <u>Information aus den BhV:</u> "Maßschuhe, orthopädische, die nicht serienmäßig herstellbar sind, soweit die Aufwendungen 64,00 EUR übersteigen", "Orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen". 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 Münchener Verein		Leistung für Tarife 939+936(Bonus-CareB), 726(BET), 795, PVB(416)	
Heilmittel §4(3)	Werden alle verordneten Heilmittel zu 100% erstattet? § 4 (3) MB/KK	Zum versicherten Prozentsatz werden Heilmittel erstattet. Übernommen werden physikalische Medizin, Logopädie und Ergotherapie bis zur beihilfefähigen Höhe. In jedem Fall werden die in den Beihilfeverordnungen genannten physikalisch- medizinischen Leistungen ersetzt. Die Leistung kann durch Ärzte, Heilpraktiker oder für die jeweilige Behandlung zugelassene Angehörige staatlich anerkannter Heilhilfsberufe (z.B. Logopäden, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Podologen) erbracht werden. Leistung des Ergänzungstarifs: Keine Tarifleistung.	A+
Arznei/Verbandmittel §4(3)	Werden verordnete allopathische und homöopathische Arznei- sowie Verbandmittel zu 100% erstattet? § 4 (3) MB/KK	Zum versicherten Prozentsatz werden die Kosten für Arznei- und Verbandmittel erstattet, soweit das Primärarztprinzip eingehalten wird, ansonsten zu 75% des versicherten Prozentsatzes . <u>Nicht übernommen werden</u> Ovulationshemmer, Geriatrika, Nähr-, Stärkungs-, Haarwuchs-, Abmagerungs-, potenzfördernde, kosmetische und Desinfektionsmittel, Mineralwasser. <u>Als Arzneimittel gelten auch</u> bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z.B. Enzymmangelkrankheiten, Morbus- Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden. Leistung des Ergänzungstarifs: Keine Tarifleistung.	A+
Brillen/Sehhilfen §4(3)	Was erstattet die Gesellschaft bei Bezug von Sehhilfen (Brillen, Kontaktlinsen usw.) je Kalenderjahr? § 4 (3) MB/KK	Zum versicherten Prozentsatz werden die Kosten für Sehhilfen bis zu einem Rechnungsbetrag in Höhe von 300 EUR innerhalb von 2 Jahren erstattet. <u>Übernommen werden</u> Brillengläser, Brillenfassungen und Kontaktlinsen. Bei Änderung der Sehfähigkeit auf einem Auge um mindestens 0,5 Dioptrien wird auch außerhalb des vorstehenden Zeitraums geleistet. Leistung des Ergänzungstarifs: 100% der verbleibenden Restkosten werden für Sehhilfen bis zu einem Betrag von 150 EUR innerhalb von 2 Jahren erstattet. <u>Übernommen werden</u> Brillengläser, Brillenfassungen und Kontaktlinsen. Bei Änderung der Sehfähigkeit auf einem Auge um mindestens 0,5 Dioptrien wird auch außerhalb des vorstehenden Zeitraums geleistet.	C
GOÄ- Ärzte ambulant §4(2)	Werden die ärztlichen Leistungen bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattet? § 4 (2) MB/KK	Ja, bis zu den Höchstsätzen der GOÄ (3,5facher Satz). Leistung des Ergänzungstarifs: Keine Tarifleistung.	A+
GOÄ- Ärzte amb. darüber §4(2)	Werden die ärztlichen Leistungen auch über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus erstattet, und wenn ja, in welchem Umfang? § 4 (2) MB/KK	Keine 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 Münchener Verein

Leistung für Tarife 939+936(Bonus-CareB), 726(BET), 795, PVB(416)

GOÄ- Ärzte ambulant Ausland

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

Akut / gezielt: Ja, die versicherten Leistungen sind mit den festgelegten Erstattungsprozentsätzen auch im Ausland in Höhe der dort ortsüblichen Kosten erstattungsfähig.

A+

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

Überschreitet der Aufenthalt der versicherten Person 6 Monate bzw. wird der gewöhnliche Aufenthalt ins Ausland verlegt, so kann der VN während der ersten 6 Monate des Auslandsaufenthaltes verlangen, den Versicherungsschutz auf die gesamte Dauer des Auslandsaufenthaltes der versicherten Person auszudehnen.

Abweichend von § 1 Teil I Abs. 5 MB/KK verzichtet der VR insoweit auf sein Recht, die Leistungen auf den Betrag zu kürzen, der bei einer Behandlung im Inland angefallen wäre. Hierüber ist eine gesonderte schriftliche Vereinbarung zu treffen, in deren Rahmen der VR einen angemessenen Beitragszuschlag erheben darf. Dieser Zuschlag ist erstmals zu Beginn des siebten Monats des Auslandsaufenthaltes zu zahlen. Bei dauerhafter Rückkehr nach Deutschland entfällt der vereinbarte Beitragszuschlag ab dem Ersten des auf den Zeitpunkt der Rückkehr folgenden Kalendermonats.

Die Rückverlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes hat der Versicherungsnehmer auf Verlangen des VR nachzuweisen.

Leistung des Ergänzungstarifs:

Keine Tarifleistung bei **gezielter** Aufsuche.

Akut:

Bei Auslandsreisen von bis zu 6 Wochen besteht Versicherungsschutz, soweit der Versicherungsfall unvorhergesehen eingetreten ist.

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 Münchener Verein

Leistung für Tarife 939+936(Bonus-CareB), 726(BET), 795, PVB(416)

Stationär

Geltungsbereich §1(4)	Erstreckt sich der Geltungsbereich ohne zeitliche Begrenzung auf außereuropäische Länder (weltweit) in den Krankheitskostentarif? § 1 (4) MB/KK	Versicherungsschutz in Europa besteht über die gesamte Vertragslaufzeit. Während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes wird der Versicherungsschutz mit Ausnahme für Kur- und Sanatoriumsbehandlung für die ersten 6 Monate auf die ganze Welt ausgedehnt. Er verlängert sich, solange die Rückreise aus medizinischen Gründen nicht möglich ist. Überschreitet der Aufenthalt im außereuropäischen Ausland die Dauer von 6 Monaten, so wird für die Folgemonate ein Beitragszuschlag erhoben. (Laut Information des Versicherers wird dieser Zuschlag derzeit nicht erhoben.) Leistung des Ergänzungstarifs: Für 6 Wochen Versicherungsschutz bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten, soweit der Versicherungsfall dort unvorhergesehen eingetreten ist.	A+
Stat. Ausl.behandlung §4(4)	Kann gezielt ein europäisches oder außereuropäisches Krankenhaus zur stationären Behandlung aufgesucht werden? § 4 (4) MB/KK	Ja. Leistung des Ergänzungstarifs: Nein.	A+
Transportkosten weltweit	Werden die Transportkosten in voller Höhe übernommen, wenn bei medizinischer Notwendigkeit gezielt ein Krankenhaus außerhalb Deutschlands zur stationären Behandlung aufgesucht wird?	Medizinisch notwendige Transporte zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus im Ausland werden erstattet. Leistung des Ergänzungstarifs: Keine Tarifleistung.	D
Transportkosten im Inland	Sind Krankentransporte zur stationären Behandlung, unabhängig vom Transportmittel, in jedes gewünschte Krankenhaus versichert?	Zum versicherten Prozentsatz werden die Kosten für medizinisch notwendigen Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus erstattet. Leistung des Ergänzungstarifs: Keine Tarifleistung.	B
Beitragsfrei bei Elternschaft	Für wie viele Monate erfolgt eine Beitragsfreistellung bei Bezug von Elterngeld bzw. bei Elternurlaub?	Bei Bezug von Elterngeld besteht für die Dauer des nachgewiesenen Bezugs, längstens jedoch für 6 Monate (pro versicherter Person), Beitragsbefreiung. Dieser Anspruch auf Beitragsbefreiung besteht nicht, soweit die Schwangerschaft bei Beantragung des Versicherungsschutzes bereits festgestellt wurde oder die Entbindung bereits stattgefunden hat. Leistung des Ergänzungstarifs: Keine Beitragsfreistellung.	A
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, bis zu den Höchstsätzen der jeweils gültigen GOÄ. 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 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 Münchener Verein

Leistung für Tarife 939+936(Bonus-CareB), 726(BET), 795, PVB(416)

GOÄ-Ärzte stationär Ausland

Wird der Rechnungsbetrag für Krankenhaus- und Arztkosten, die unabhängig vom Aufenthaltszweck im Ausland entstanden sind, in voller Höhe erstattet (ggf. ohne Bindung an die GOÄ)?

Akut / gezielt: Ja, die versicherten Leistungen sind mit den festgelegten Erstattungsprozentsätzen auch im Ausland in Höhe der dort ortsüblichen Kosten erstattungsfähig.

A+

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

Überschreitet der Aufenthalt der versicherten Person 6 Monate bzw. wird der gewöhnliche Aufenthalt ins Ausland verlegt, so kann der VN während der ersten 6 Monate des Auslandsaufenthaltes verlangen, den Versicherungsschutz auf die gesamte Dauer des Auslandsaufenthaltes der versicherten Person auszudehnen.

Abweichend von § 1 Teil I Abs. 5 MB/KK verzichtet der VR insoweit auf sein Recht, die Leistungen auf den Betrag zu kürzen, der bei einer Behandlung im Inland angefallen wäre. Hierüber ist eine gesonderte schriftliche Vereinbarung zu treffen, in deren Rahmen der VR einen angemessenen Beitragszuschlag erheben darf. Dieser Zuschlag ist erstmals zu Beginn des siebten Monats des Auslandsaufenthaltes zu zahlen. Bei dauerhafter Rückkehr nach Deutschland entfällt der vereinbarte Beitragszuschlag ab dem Ersten des auf den Zeitpunkt der Rückkehr folgenden Kalendermonats.

Die Rückverlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes hat der VN auf Verlangen des VR nachzuweisen.

Leistung des Ergänzungstarifs:

Gezielt: Keine Tarifleistung bei gezielter Aufsuche.

Akut: Bei Auslandsreisen von bis zu 6 Wochen besteht Versicherungsschutz, soweit der Versicherungsfall unvorhergesehen eingetreten ist.

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 Münchener Verein

Leistung für Tarife 939+936(Bonus-CareB), 726(BET), 795, PVB(416)

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 einer bevorstehenden Maßnahme für Zahnersatz oder Kieferorthopädie rät der Versicherer (VR) zur vorherigen Erstellung eines Heil- und Kostenplans durch den Zahnarzt. Der VR gibt nach Einreichung des Heil- und Kostenplans Auskunft über die zu erwartende Versicherungsleistung. Die Kosten für die Erstellung des Heil- und Kostenplans sind im Rahmen des abgeschlossenen Versicherungsschutzes zu 100% erstattungsfähig. Leistung des Ergänzungstarifs: Nein, keine Vorlage eines Heil- und Kostenplans erforderlich.	A+
Summenbegrenzung Zahn	Welche Summenbegrenzung besteht für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie in den ersten 5 Versicherungsjahren?	Für Zahnersatz und Kieferorthopädie , jeweils einschließlich zahntechnischer Laborarbeiten und Materialien, besteht folgende Begrenzung - im ersten Versicherungsjahr: max. 2000 EUR erstattungsfähiger Rechnungsbetrag, - im zweiten Versicherungsjahr: max. 2000 EUR erstattungsfähiger Rechnungsbetrag. <u>Die Begrenzung des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages entfällt</u> - ab dem dritten Versicherungsjahr, - bei unfallbedingten Kosten, wenn sich der Unfall nach Beginn des Versicherungsschutzes ereignet hat. Der erstattungsfähige Rechnungsbetrag für das erste Versicherungsjahr ermäßigt sich bei Beginn im 2. bzw. 3. bzw. 4. Quartal auf 75% bzw. 50% bzw. 25%. Endet eine Versicherung während eines Versicherungsjahres, so ermäßigt sich der erstattungsfähige Rechnungsbetrag nicht. Bei Tarifwechsel werden Leistungen nach dem bisherigen Tarif für das laufende Versicherungsjahr auf den Höchsterstattungsbetrag aus dem neuen Tarif angerechnet. Leistung des Ergänzungstarifs: Es besteht eine Summenbegrenzung für Zahnersatz bzw. zahntechnische Laborarbeiten und Materialien von 2500 EUR pro Versicherungsjahr.	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	Münchener Verein		Leistung für Tarife 939+936(Bonus-CareB), 726(BET), 795, PVB(416)
Zahnleistung - Erstattung in %	Erstattet der Tarif bei Zahnbehandlung 100%, bei Zahnersatz 100% und bei Kieferorthopädie 100% ?	Erstattungsfähig zum versicherten Prozentsatz sind die Kosten für	A+
		<p>- Zahnbehandlung (Hierzu zählen auch Maßnahmen zur Verhütung und Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten sowie die Versorgung mit Inlays) und prophylaktischen Leistungen gemäß Ziff. 100 bis 102 GOZ;</p> <p>- Zahnersatz (Versorgung mit Onlays, Prothesen, Stützähnen, Kronen, Brücken, Brückengliedern, Implantaten; funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen; Reparaturen);</p> <p>- Kieferorthopädische Behandlung nach Vorleistung der Beihilfestelle;</p> <p>- zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, soweit sie zu den ortsüblichen Preisen berechnet sind.</p> <p>Leistung des Ergänzungstarifs: 0% für Zahnbehandlung;</p> <p>Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien für Zahnersatz (Versorgung mit Prothesen, Stützähnen, Kronen, Brücken, Brückenglieder, Onlays, Implantaten, funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen, Reparaturen), soweit zu den ortsüblichen Preisen berechnet.</p> <p>10% der Gesamtaufwendungen für zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, bis 2500 EUR je versicherte Person und Versicherungsjahr (§ 13 II Ziff. 2 AVB 2009).</p> <p>Die Kosten für die zahntechnischen Leistungen werden dem Versicherungsjahr zugeordnet, in dem der Zahnarzt die angefertigten Materialien eingliedert.</p> <p>Der Höchsterstattungsbetrag für das erste Versicherungsjahr ermäßigt sich bei Beginn im 2. bzw. 3. bzw. 4. Quartal des Kalenderjahres auf 75% bzw. 50% bzw. 25%.</p> <p>Endet eine Versicherung während eines Versicherungsjahres, so ermäßigt sich der Höchsterstattungsbetrag nicht.</p> <p>0% für Kieferorthopädie.</p>	
Entfällt Summenbeg. bei Unfall	Entfällt die tariflich vorgesehene Summenbegrenzung bei Unfall?	Ja.	A+
		<p>Leistung des Ergänzungstarifs: Nein, die Summenbegrenzung entfällt nicht.</p>	
GOZ- Zahnärzte §4(2)	Werden die zahnärztlichen Honorar-Leistungen bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) erstattet? § 4 (2) MB/KK	Ja, im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bis zu den dort genannten Höchstsätzen (3,5facher Satz).	A+
		<p>Leistung des Ergänzungstarifs: Keine Tarifleistung.</p>	
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.	F
		<p>Leistung des Ergänzungstarifs: Keine Tarifleistung.</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 Münchener Verein

Leistung für Tarife 939+936(Bonus-CareB), 726(BET), 795, PVB(416)

GOZ- Zahnärzte Ausland Wird der Rechnungsbetrag für Zahnarztkosten, der unabhängig vom Aufenthaltszweck im Ausland entstanden ist, in voller Höhe erstattet (ggf. ohne Bindung an die GOZ)?

Akut / gezielt: Ja, die versicherten Leistungen sind mit den festgelegten Erstattungsprozentsätzen auch im Ausland in Höhe der dort ortsüblichen Kosten erstattungsfähig.

A+

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

Überschreitet der Aufenthalt der versicherten Person 6 Monate bzw. wird der gewöhnliche Aufenthalt ins Ausland verlegt, so kann der VN während der ersten 6 Monate des Auslandsaufenthaltes verlangen, den Versicherungsschutz auf die gesamte Dauer des Auslandsaufenthaltes der versicherten Person auszudehnen.

Abweichend von § 1 Teil I Abs. 5 MB/KK verzichtet der VR insoweit auf sein Recht, die Leistungen auf den Betrag zu kürzen, der bei einer Behandlung im Inland angefallen wäre. Hierüber ist eine gesonderte schriftliche Vereinbarung zu treffen, in deren Rahmen der VR einen angemessenen Beitragszuschlag erheben darf. Dieser Zuschlag ist erstmals zu Beginn des siebten Monats des Auslandsaufenthaltes zu zahlen. Bei dauerhafter Rückkehr nach Deutschland entfällt der vereinbarte Beitragszuschlag ab dem Ersten des auf den Zeitpunkt der Rückkehr folgenden Kalendermonats.

Die Rückverlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes hat der Versicherungsnehmer auf Verlangen des VR nachzuweisen.

Leistung des Ergänzungstarifs:

Gezielt: Keine Tarifleistung bei gezielter Aufsuche.

Akut:

Bei Auslandsreisen von bis zu 6 Wochen besteht Versicherungsschutz, soweit der Versicherungsfall unvorhergesehen eingetreten ist.

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 Münchener Verein

Leistung für Tarife 939+936(Bonus-CareB), 726(BET), 795, PVB(416)

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?	<p>a) <u>Tarife 082-088, 092-098, 170, 190, 192, 195, 197, 532, 800-822 und 832:</u> - aus dem außereuropäischen Ausland bis zu 10400 EUR. - aus dem europäischen Ausland bis zu 5200 EUR. <u>Tarife 728, 851-853, 891, 892 und Tarife der BONUS CARE -Serie:</u> - aus dem außereuropäischen Ausland bis zu 10000 EUR. - aus dem europäischen Ausland bis zu 5000 EUR.</p> <p>b) <u>Tarife 082-088, 092-098, 170, 190, 192, 195, 197, 532, 800-822 und 832:</u> - bis zu 5200 EUR. <u>Tarife 728, 851-853, 891, 892 und Tarife der BONUS CARE -Serie:</u> - bis zu 5000 EUR.</p> <p>c) Keine Tarifleistung.</p> <p><u>Ergänzungsversicherungen</u> (bei Auslandsreisen bis zu einer Dauer von 6 Wochen): <u>Tarife 510, 511, 512, 515:</u> a) bis zu 5000 EUR, b) bis zu 5000 EUR, c) keine Tarifleistung.</p>	
Risikoprüfung	Entfällt die Risikoprüfung und Wartezeit bei Änderung des Beihilfeanspruches?	Ja.	
Schwangerschaft	Bis zu welchem Schwangerschaftsmonat werden Schwangere bei vollem Leistungsanspruch aufgenommen?	Übertritt GKV: solange der 5. Schwangerschaftsmonat noch nicht überschritten ist. Wechsel von anderer PKV: bei unmittelbarem Wechsel aus Krankheitskostenvollversicherung, solange der 5. Monat noch nicht überschritten ist und ein Wartezeitenerlaß durch ärztliche Untersuchung beantragt wird. Bei KHT oder KT muß ein Leistungsausschluß vereinbart werden.	A
Kinder alleine versicherbar	Sind Kinder alleine in allen Tarifen (ohne Tagegelder) versicherbar?	Ja. Beachte: Die Aussage ist eine Annahmerichtlinie, die jederzeit verändert werden kann.	A+
Hausfrauen allein versicherbar	Sind Hausfrauen alleine in allen Tarifen (ohne KTG) versicherbar?	Nein, Einzelfallprüfung.	E
Eintrittsalterberechnung	Eintrittsalterberechnungsart der PKV-Gesellschaften	Beginnjahr abzgl. Geburtsjahr.	
Wartezeiterlass von PKV zu PKV	Welche Wartezeiten bestehen ohne Untersuchungsbericht bei Übertritt von PKV zu PKV?	Keine bei direktem Anschluß an eine Vorversicherung.	A+
Beitragsrückerstattung Ja/Nein	Wird derzeit noch eine BEITRAGSRÜCKERSTATTUNG (BRE) gewährt?	Ja, in den Vollversicherungstarifen und in folgenden Ergänzungstarifen: 170, 722, 762 und 790.	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 Münchener Verein

Leistung für Tarife 939+936(Bonus-CareB), 726(BET), 795, PVB(416)

Beitragsrückerstattung	Für welche Tarife wird eine	Erfolgsabhängige BRE für das Geschäftsjahr 2009 (Auszahlung 2010):	
Tarifsysteme Anzahl	Wie viele eigenständige (selbständig nebeneinander bestehende) Tarifsysteme werden angeboten?	Normaltarifwerke 5 Beamtentarifwerke 2 Arzttarifwerke 0	A+

der Ergänzungstarif **170**,
die Ambulanttarife **700-729**,
die Zahntarife **760-762** und **765-788**,
der Kurtarif **790**,
die Beamtenanwärtartarife **020-028** und **030-038**.

Besteht neben den BRE- berechtigten Tarifen Versicherungsschutz nach den Tarifen:

099, 162, 171, 532, 535, 536, 560-563, 730-759, 763, 795 oder 832,
ist Voraussetzung für eine BRE- Ausschüttung, dass auch in diesen Tarifen Leistungsfreiheit bestand (siehe dazu auch "BRE 2008/2009" unter Formulare+Preisverzeichnisse).

Für Kompakttarife:

Leistungsfreie Jahre => BRE in Monatsbeiträgen (MB)

1 Jahr LF => 1,0 MB
2 Jahre LF => 1,2 MB
3 Jahre LF => 1,6 MB
4 Jahre LF => 2,0 MB
5 Jahre LF => 2,4 MB
6 Jahre LF => 2,8 MB
7 Jahre LF => 3,2 MB
8 Jahre LF => 3,6 MB
Ab 9 Jahren LF => 4,0 MB

Für Beamtenanwärtartarife 020-028 und 030-038:

Leistungsfreie Jahre => BRE in Monatsbeiträgen (MB)
ab dem ersten Jahr LF => 6 MB.

Für sonstige BRE - berechnigte Tarife:

Leistungsfreie Jahre => BRE in Monatsbeiträgen (MB)

1 Jahr LF => 1,0 MB
2 Jahre LF => 1,5 MB
3 Jahre LF => 2,0 MB
4 Jahre LF => 2,5 MB
5 Jahre LF => 3,0 MB
6 Jahre LF => 3,5 MB
Ab 7 Jahren LF => 4,0 MB

Auf Beiträge des Basistarifs, des Standardtarifs und der "Spar- Komponente" Altersbeitragsentlastung (ABE) sowie den gesetzlichen Zuschlag zur Altersbeitragssicherung wird keine BRE geleistet.

Besonderheiten der BRE 2009:

- Zeiteilige BRE bei unterjährigem Versicherungsbeginn (z.B. erhält ein seit dem 01. November Versicherter bei Leistungsfreiheit einmalig 2/12 eines Monatsbeitrags).

- Bei Kündigung im ersten Halbjahr 2010 gewährt der MV als erfolgsabhängige BRE maximal einen Monatsbeitrag (MB), auch wenn der Vertrag bis 01.07.2010 besteht.

- Vollversicherte BRE -Kunden (im Alter von 18-60 Jahren), die bereits ein Krankentagegeld beim MV versichert haben, erhalten ein Angebot über 10 EUR KT ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten.

Kompakttarife 859 (BONUS CARE CLASSIC), 860 (BONUS CARE ADVANCE), 861 (BONUS CARE ADVANCE PLUS) erhalten eine zusätzliche Bonusleistung zur erfolgsabhängigen BRE:

Zur Förderung des Kosten sparenden Verhaltens wird dem VN für jede versicherte Person je vollen **Versicherungsmonat** eines Kalenderjahres eine Bonusleistung von **35 EUR** gutgeschrieben.

Die Summe der Bonusleistungen wird vom VR im ersten Quartal des Folgejahres per Banküberweisung auf ein Konto des VN ausbezahlt.

Der Bonus bleibt in voller Höhe erhalten, wenn für das betreffende Kalenderjahr keine Rechnungen zur Erstattung eingereicht und die Beiträge bezahlt werden.

**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:

Münchener Verein (Vorschlag 1)

Tarifdruckstücke:

939+936(Bonus-CareB) (1004220/02) (01.11), 726(BET) (1004261/00) (03.09), 795 (1004460/01) (01.11),
PVB(416) (1004510/00) (01.10)

Musterbedingungen:

939+936(Bonus-CareB) (MB/KK 1003001/01) (01.10), PVB(416) (MB/PPV 1003100/00) (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