

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 Universa

Leistung für Tarife A30+A20R, ST2/30+ST2/20R, ZA50, BZ50, KSKT, PVB

Information

Mit den nachfolgenden Punkten möchten wir Ihnen einen ersten Überblick über Ihre Versicherung geben. Bitte beachten Sie, dass die Informationen des Produktinformationsblattes nicht abschließend sind und somit kein vollständiger Überblick über den Vertragsinhalt gegeben werden kann. Der gesamte Vertragsinhalt ergibt sich aus dem Antrag/der Angebotsanforderung, dem Versicherungsschein, den Versicherungsbedingungen und gegebenenfalls der Produkt- und Leistungsbeschreibung sowie den weiteren getroffenen Vereinbarungen.

§4 II Nr.1 VVG- InfoV
Versicherungsvertragsart

Beihilfeversicherung: Ledig oder Verheiratet

§4 II Nr.2 VVG- InfoV
Versichertes Risiko

Die Krankheitskostenversicherung sieht im vertraglichen Umfang Ersatz von Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen vor.
Die Pflegepflichtversicherung gewährt im vertraglichen Umfang Ersatz von Aufwendungen für Pflege oder ein Pflegegeld bei Pflegebedürftigkeit der versicherten Person.
Die Krankentagegeldversicherung bietet im vertraglichen Umfang Versicherungsschutz gegen Verdienstausfall wegen Krankheit oder Unfallfolgen, soweit dadurch Arbeitsunfähigkeit verursacht wird. Die Pflegetagegeldversicherung gewährt im vertraglichen Umfang ein Pflegetagegeld sowie sonstige im Tarif vorgesehene Leistungen. Die Auslandsreisekrankenversicherung bietet im vertraglichen Umfang Versicherungsschutz bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten bis zu zwei Monaten für akut eingetretene Krankheiten und Unfälle.

Dem angebotenen Versicherungsvertrag liegen folgende Allgemeine Versicherungsbedingungen (Druckstücknummer 315-700):

- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Teil I bis III)
- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung (Teil I bis III)
- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (Teil I bis III)
- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegeergänzungsversicherung (Teil I bis III)
- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreisekrankenversicherung nach RD 2003 zugrunde.

Die Art, der Umfang, die Fälligkeit und Erfüllung des Versicherungsschutzes ergeben sich aus den Tarifen mit Tarifbedingungen, den allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang) und ggf. den nach Antragstellung vereinbarten Abweichungen, die dem gewünschten Versicherungsschutz zugrunde liegen.

Wesentliche und beispielhafte Leistungsmerkmale des angebotenen Versicherungsvertrages finden Sie in der vorstehenden Tarifbeschreibung.

Weitere Informationen hierzu finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, insbesondere in § 1 MB/KK, § 1 MB/KT, § 1 AVB/RD 2003, § 1 MB/PPV, § 1 MB/EPV, sowie in den jeweiligen - dazu gehörenden - Tarifbedingungen.

Zusätzliche Serviceleistungen

Sie erhalten über unsere mediLine Informationen, welche Ärzte, Zahnärzte oder Kliniken in ihrer Umgebung zur Verfügung stehen und Informationen zu Medikamenten, Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen.

Über den Auslandsnotruf erhalten Sie Unterstützung und Kostenzusagen bei Behandlungen während eines Auslandsaufenthaltes.

Sie erhalten über unsere PflegeInfoLine auch Informationen, über die Beantragung der Pflegestufe, welche Leistungen im Bereich der Pflegeversicherung zur Verfügung stehen und über entsprechende Dienstleister, wie z. B. ambulante Pflegedienste, Pflegekurse, Alten- und Pflegeheime oder Kurzzeitpflegeplätze.

Ambulant

Arznei/Verbandmittel §4(3), Brillen/Sehhilfen §4(3), GOÄ- Ärzte amb. darüber §4(2), GOÄ- Ärzte ambulant §4(2), GOÄ- Ärzte ambulant Ausland, Heilmittel §4(3), Hilfsmittel §4(3), Krankenfahrrad §4(3), Kurort-Behandlung §5(1)e, orthopädische Schuhe §4(3), Psychotherapie §4(2), Transportkosten Ambulant

Stationär

Geltungsbereich §1(4), GOÄ- Ärzte stat. darüber §4(2), GOÄ- Ärzte stationär §4(2), GOÄ- Ärzte stationär Ausland, Transportkosten im Inland, Transportkosten weltweit

Zahn

Entfällt Summenbeg. bei Unfall, GOZ- Zahnärzte §4(2), GOZ- Zahnärzte Ausland, GOZ- Zahnärzte darüber §4(2), Heil- und Kostenplan, Summenbegrenzung Zahn, Zahnleistung - Erstattung in %

Krankenhaustagegeld

KHT- Bundeswehr

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 **Universa**

Leistung für Tarife A30+A20R, ST2/30+ST2/20R, ZA50, BZ50, KSKT, PVB

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

A30+A20R, ST2/30+ST2/20R, ZA50, BZ50, KSKT, PVB, Gesamtbeitrag in €: 231,42
darin enthalten ARB in €: 19,50

(Beim Antragsmodell: Bitte beachten Sie, dass sich Ihr individueller Beitrag gegebenenfalls durch die Antragsprüfung noch ändern kann.)

Diese Informationen sind hinsichtlich der Beitragshöhe bis zur nächsten Beitragsanpassung bzw. -umstufung gültig. Die Beiträge (einschließlich evtl. Risikozuschläge) können sich beispielsweise aufgrund von Beitragsanpassungen oder Altersumstufungen ändern. Über die Höhe der neuen Beiträge informieren wir Sie rechtzeitig.

Der Beitrag ist grundsätzlich ein Jahresbeitrag, kann aber in monatlichen Beitragsraten bezahlt werden. Die erste Beitragsrate ist unverzüglich zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins, nicht aber vor dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt fällig. Die weiteren Beitragsraten sind dann am Ersten eines jeden Monats fällig.

Wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag schuldhaft nicht rechtzeitig zahlen, können wir so lange vom Vertrag zurücktreten, wie Sie nicht zahlen. Auch der Versicherungsschutz beginnt erst mit dem Eingang der verspäteten Zahlung bei uns. Wenn Sie den Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz. Außerdem können wir den Vertrag unter bestimmten Voraussetzungen kündigen.

Die Dauer der Beitragszahlung ist vom Bestehen des Vertrages abhängig. Mit dem Vertragsende endet die Beitragszahlungspflicht.

Weitere Informationen hierzu finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, insbesondere unter § 8 MB/KK, § 8 MB/KT, § 8 AVB/RD 2003, § 8 MB/PPV, § 8 MB/EPV.

§4 II Nr. 4 VVG- InfoV Leistungsausschlüsse

Der Versicherungsschutz kann nicht in jedem Fall gewährt werden, weil sonst die Beiträge unangemessen hoch wären. Um die Gemeinschaft aller Versicherten nicht damit zu belasten, sind bei Ihrer Versicherung einzelne Leistungen ausgeschlossen.

Einige wichtige Leistungsausschlüsse sind:

Ein Leistungsanspruch besteht z.B. grundsätzlich nicht für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle, einschließlich deren Folgen, sowie für Entziehungsmaßnahmen und Entziehungskuren.

In der Krankheitskostenversicherung bestehen z.B. grundsätzlich keine Leistungsansprüche für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger.

Leistungsansprüche für stationäre Heilbehandlung, in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw.

Sanatoriumsbehandlungen durchführen (sog. gemischte Anstalten) bestehen nur, wenn die Leistungen vor Beginn der Behandlung durch uns schriftlich zugesagt worden sind.

In der Auslandsreisekrankenversicherung ist z.B. die komplette Neuanfertigung von Zahnersatz nicht versichert.

Es besteht in der Pflegepflichtversicherung keine Leistungspflicht bei nicht nur vorübergehenden Auslandsaufenthalten.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend.

Weitere Informationen hierzu finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, insbesondere in §5 und § 4 Abs. 5 MB/KK, § 5 MB/KT, § 5 AVB/RD 2003, § 5 MB/PPV, § 5 MB/EPV.

Stationär

Beitragsfrei bei Elternschaft

Krankenhaustagegeld

KHT- Teilstationär

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

Gemäß § 19 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) haben Sie bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung die Ihnen bekannten Gefahrumstände, die für unseren Entschluss, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen wir Sie in Textform gefragt haben, uns anzuzeigen.

Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht können wir vom Vertrag zurücktreten, kündigen, den Vertrag rückwirkend oder für die Zukunft anpassen oder ihn anfechten und gegebenenfalls die Leistung verweigern.

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 **Universa**

Leistung für Tarife A30+A20R, ST2/30+ST2/20R, ZA50, BZ50, KSKT, PVB

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

Während der Laufzeit des Vertrages sind gewisse Obliegenheiten von Ihnen zu beachten. Einige wichtige Obliegenheiten sind nachstehend aufgeführt:

So ist uns beispielsweise der Abschluss einer weiteren Krankenversicherung bei einem weiteren Versicherer unverzüglich anzuzeigen.
Auf Verlangen des Versicherers hat der Versicherungsnehmer jede Auskunft zu erteilen, die für die Beitragseinstufung erforderlich ist.
In der Krankentagegeldversicherung ist bspw. jeder Berufswechsel unverzüglich anzuzeigen. Zudem darf der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.
Der Abschluss einer weiteren privaten Pflegepflichtversicherung bei einem anderen Versicherer ist nicht zulässig.
In der Auslandsreisekrankenversicherung sind z.B. Beginn und Ende einer jeden Auslandsreise vom Versicherungsnehmer auf Verlangen dem Versicherer nachzuweisen.
Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch bei Pflegebedürftigkeit darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.
Diese Aufzählung ist nicht abschließend.

Die Nichtbeachtung der Obliegenheiten kann ggf. zur Kündigung des Versicherungsvertrages führen.

Weitere Informationen hierzu finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, insbesondere in §§ 9 bis 10 MB/KK, §§ 9 bis 10 MB/KT, §§ 9 bis 10 AVB/RD 2003, §§ 9 bis 10 MB/PPV, §§ 9 bis 10 MB/EPV.

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

Bei Eintritt des Versicherungsfalles sind ebenfalls Obliegenheiten zu beachten. Einige wichtige Obliegenheiten sind nachstehend aufgeführt:

Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges erforderlich ist.
Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
Jede versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens bzw. für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
In der Krankentagegeldversicherung müssen Sie uns die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit unverzüglich, spätestens aber innerhalb der tariflich festgelegten Frist durch Vorlage eines Nachweises anzeigen. Bei fortdauernder Arbeitsunfähigkeit müssen die Nachweise innerhalb der tariflichen Fristen bei uns eingehen.
In der Auslandsreisekrankenversicherung sind Beginn und Ende einer jeden Auslandsreise vom Versicherungsnehmer auf Verlangen dem Versicherer nachzuweisen.
Eintritt, Wegfall und jede Minderung einer Pflegebedürftigkeit sind uns unverzüglich schriftlich anzuzeigen.
Diese Aufzählung ist nicht abschließend.

Beachten Sie die benannten Verpflichtungen mit Sorgfalt. Ihre Nichtbeachtung kann schwerwiegende Konsequenzen für Sie haben. Fehlen Auskünfte oder kommen Sie den Obliegenheiten nicht nach, kann sich die Leistungsbearbeitung und Leistungserstattung verzögern, ggf. besteht sogar Leistungsfreiheit des Versicherers.

Weitere Informationen hierzu finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, insbesondere in §§ 9 bis 10 MB/KK, §§ 9 bis 10 MB/KT und § 4 Abs. 7 TB/KT, §§ 9 bis 10 AVB/RD 2003, §§ 9 bis 10 MB/PPV, §§ 9 bis 10 MB/EPV.

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

Geplanter Versicherungsbeginn: 01.03.2011

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Ablauf von Wartezeiten, und wenn die Zahlung der Erstprämie rechtzeitig erfolgt ist. Wird die Erstprämie nicht bezahlt, besteht kein Versicherungsschutz. Mit der Vertragsbeendigung, die im nachfolgenden Abschnitt beschrieben wird, endet auch der Versicherungsschutz.

Weitere Informationen hierzu finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, insbesondere in §§ 2 bis 3 MB/KK, §§ 2 bis 3 MB/KT, § 3 AVB/RD 2003, §§ 2 bis 3 MB/PPV, §§ 2 bis 3 MB/EPV.

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 Universa**

Leistung für Tarife A30+A20R, ST2/30+ST2/20R, ZA50, BZ50, KSKT, PVB

§4 II Nr.9 VVG- InfoV Möglichkeiten der Vertragsbeendigung**Beendigung des Vertrages**

Die Mindestvertragsdauer beträgt zwei Jahre.

Die Mindestvertragsdauer beträgt für Tarife der Auslandskrankenversicherung, der Krankentagegeldversicherung und der Pfl egetagegeldversicherung davon abweichend ein Jahr.

Die Pflegepflichtversicherung wird zeitlich unbefristet abgeschlossen und endet bei Vorliegen der in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen diesbezüglich festgelegten Voraussetzungen.

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

Bei Eintritt der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung besteht ein außerordentliches Kündigungsrecht für die Krankheitskostenvollversicherung / Pflegepflichtversicherung.

Bei einer eventuellen Beitragserhöhung können Sie das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person auch vorzeitig kündigen.

Weitere Angaben zur Beendigung des angebotenen Versicherungsvertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, insbesondere in §§ 13 bis 15 MB/KK, §§ 13 bis 15 MB/KT, § 13 AVB/RD 2003, §§ 13 bis 15 MB/PPV, §§ 13 bis 15 MB/EPV.

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 **Universa**

Leistung für Tarife A30+A20R, ST2/30+ST2/20R, ZA50, BZ50, KSKT, PVB

§1 I Nr.1 VVG- InfoV Angaben zum Versicherer	Ihr Vertragspartner ist die uniVersa Krankenversicherung a.G., Sulzbacher Straße 1-7 in 90489 Nürnberg (eingetragen im Handelsregister des Amtsgerichtes Nürnberg unter der Handelsregisternummer HRB 540). Sie hat die Rechtsform eines Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit (VVaG).
§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 der uniVersa Krankenversicherung a.G. lautet wie folgt: uniVersa Krankenversicherung a.G., gesetzlich vertreten durch den Vorstand, dieser vertreten durch die Vorstandsmitglieder Gerhard Glatz und Michael Baulig, Sulzbacher Str. 1-7, 90489 Nürnberg.
§1 I Nr.4 VVG- InfoV Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers	Unsere Hauptgeschäftstätigkeit liegt - als Deutschlands älteste private Krankenversicherung - in der Absicherung von Krankheits- und Pflegerisiken. Mehr als 160 Jahre Erfahrung sowie eine kontinuierliche und qualitativ orientierte Geschäftspolitik zeichnen uns aus.
§1 I Nr.5 VVG- InfoV Sicherungsfonds	Zur Absicherung der Ansprüche aus Ihrem Vertrag besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds, der bei der Medicator AG, Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln, errichtet ist. Im Sicherungsfall würde die Aufsichtsbehörde die Verträge auf den Sicherungsfonds übertragen. Geschützt von dem Fonds sind die Ansprüche der Versicherungsnehmer, der versicherten Personen und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen. Die uniVersa Krankenversicherung a.G. gehört diesem Sicherungsfonds zu Ihrem Schutz an.
§1 I Nr.6 VVG- InfoV Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung	Ohne Text. Versicherungsschutz für: Ambulant, Stationär, Zahn, Beihilfeergänzung, Krankenhaustagegeld, Pflegepflicht Hiefür gelten folgende Tarifdokumente: A30+A20R (315-700) (01.10), ST2/30+ST2/20R (315-700) (01.10), ZA50 (315-700) (01.10), BZ50 (315-700) (01.10), KSKT (315-700) (01.10), PVB (315-700) (01.10), A30+A20R (MB/KK 315-700) (01.10), PVB (MB/PPV 315-700) (01.10)
§1 I Nr.7-11 VVG- InfoV Angaben zum Beitrag und anderen Kosten, Gültigkeitsdauer der Informationen	Ohne Text.
§1 I Nr.12 VVG- InfoV Zustandekommen des Vertrages und Beginn des Versicherungsschutzes	Geplanter Versicherungsbeginn: 01.03.2011 Haben Sie einen Antrag auf Abschluss einer Versicherung gestellt, kommt der Vertrag durch ausdrückliche Annahmeerklärung des Versicherers zustande. Erfolgt eine solche nicht, kommt der Vertrag durch Übersendung des Versicherungsscheines zustande. Haben wir Ihnen ein verbindliches Angebot auf Abschluss einer Versicherung unterbreitet, kommt der angebotene Versicherungsvertrag mit Zugang Ihrer schriftlichen fristgerechten Annahmeerklärung bei uns zustande. Ihr Versicherungsschutz beginnt nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten Versicherungsbeginn. Bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz.
§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 am Tag nachdem Ihnen der Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen 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 Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: uniVersa Krankenversicherung a.G., Sulzbacher Str. 1 - 7, 90489 Nürnberg. Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 0911/ 5307-1788. Ein Widerruf per Email ist an folgende EMail-Adresse zu senden: info@universa.de Widerrufsfolgen Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet Ihr Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil des Beitrags, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil Ihres Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich je nach Zahlungsweise bei einem monatlichen Beitrag um 1/30, bei einem vierteljährlichen Beitrag um 1/90, bei einem halbjährlichen Beitrag um 1/180 und bei einem jährlichen Beitrag um 1/360 des im Versicherungsschein genannten Beitrags pro Tag. 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.
§1 I Nr.14-15 VVG- InfoV Laufzeit und Beendigung des Vertrages	Ohne Text.
§1 I Nr.16-17 VVG- InfoV Anwendbares Recht und zuständiges Gericht	Zwischen Ihnen als unserem Kunden und unserer Gesellschaft findet ausschließlich deutsches Recht Anwendung, insbesondere die Vorschriften des VVG (Versicherungsvertragsgesetz), VAG (Versicherungsaufsichtsgesetz) sowie des BGB (Bürgerliches Gesetzbuch).

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 **Universa**

Leistung für Tarife A30+A20R, ST2/30+ST2/20R, ZA50, BZ50, KSKT, PVB

§1 I Nr.18 VVG- InfoV
Vertragssprache

Die Vertragssprache ist deutsch.

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

Sollten Sie eine Beschwerde haben, können Sie sich jederzeit direkt an unser Beschwerdemanagement wenden. Wir prüfen gerne Ihr Anliegen und sind überzeugt, im Falle eines Problems auch eine sinnvolle Lösung zu finden.

Die Anschrift lautet:

uniVersa Krankenversicherung a.G., PVVBeschwerdemanagement, 90333 Nürnberg.

Eine Beschwerde per EMail ist ebenfalls unter folgender Adresse möglich: beschwerde@universa.de.

Sie können außerdem ein kostenloses, außergerichtliches Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen. Zuständig ist der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, Kronenstraße 13, 10117 Berlin. Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.

Eine weitere Möglichkeit zur Beschwerde bietet die „Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Bereich Versicherungen, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn“.

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

Angaben zu den Kosten liegen noch nicht vor. Diese sind nur über den Webservice des Versicherers abrufbar. Bitte fordern Sie die Kostenwerte direkt beim Versicherer an.

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

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland zählt zu den besten der Welt. Eine gute medizinische Versorgung hat natürlich - wie alle anderen wünschenswerten Güter und Dienstleistungen - ihren Preis. Der hohe Qualitätsstandard und der Fortschritt auf dem Gebiet der Medizintechnik sind wesentliche Gründe dafür, dass die Ausgaben für Gesundheit und damit die Krankenversicherungsbeiträge in den vergangenen Jahren stärker angestiegen sind als die allgemeinen Lebenshaltungskosten.

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 Universa

Leistung für Tarife A30+A20R, ST2/30+ST2/20R, ZA50, BZ50, KSKT, PVB

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

Überschussbeteiligung

Um hohe Beitragssteigerungen aufgrund von notwendig gewordenen Beitragsanpassungen speziell für ältere Versicherte zu vermeiden, hat der Gesetzgeber vorgeschrieben, dass 90 % der auf die Alterungsrückstellung entfallenden Zinsüberschüsse in der Krankheitskostenversicherung ausschließlich zur Stabilisierung der Beiträge im Alter verwendet werden.

Gesetzlicher Altersentlastungszuschlag (AZ)

Mit Inkrafttreten der Gesundheitsstrukturreform 200 wurde gesetzlich festgelegt, dass Personen vom vollendeten 21. bis 60. Lebensjahr für Krankheitskostentarife, die den Versicherungsschutz in der gesetzlichen Krankenversicherung ersetzen, ab dem 01.01.2000 einen gesetzlichen Altersentlastungszuschlag in Höhe von 10 % des jeweiligen Tarifbeitrages zu zahlen haben. Für Krankentageversicherungen und Pflegepflichtversicherungen wird kein Zuschlag erhoben. Der gesetzliche Altersentlastungszuschlag wird in voller Höhe zum Aufbau einer zusätzlichen Alterungsrückstellung verwendet, die ab dem vollendeten 65. Lebensjahr zur Versteigerung des Beitrags eingesetzt wird. Bereits vor dem 01.01.2000 versicherte Personen konnten sich freiwillig für eine Zuschlagszahlung entscheiden.

Tarifwechselrecht

Das Tarifwechselrecht nach § 204 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) ist ein gesetzlich verankertes Mittel zur Beitragsreduzierung. Sie haben das Recht, in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der bisher erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellungen zu wechseln.

Durch das einzigartige Tarifwechselrecht der uniVersa Krankenversicherung bieten wir Ihnen die Möglichkeit, auch in Zukunft Ihr PreisLeistungsverhältnis jederzeit zu optimieren. Durch die Umstellungsmöglichkeiten in andere Tarife und Tarifgenerationen bzw. durch Erhöhung von Selbstbehalten können Sie auch im Alter Ihren Beitrag begrenzen.

Basistarif/ Standardtarif

Die uniVersa Krankenversicherung bietet den brancheneinheitlichen Basistarif sowie den brancheneinheitlichen Standardtarif an. Dieser Grundschutz ist auf das Niveau der gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt. Der Beitrag entspricht maximal dem Höchstbetrag der gesetzlichen Krankenversicherung.

In den Basistarif können versicherte Personen dann wechseln, wenn der Abschluss der Krankheitskostenvollversicherung bei der uniVersa ab dem 01.01.2009 erfolgte oder die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet hat. Unter bestimmten Voraussetzungen können auch Personen unter 55 Jahre in den Basistarif wechseln, wenn sie z.B. eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen oder hilfebedürftig sind. Bei Hilfebedürftigkeit kann der Beitrag im Basistarif halbiert werden.

In den Standardtarif können Personen wechseln, die bereits vor dem 01.01.2009 eine Krankheitskostenvollversicherung abgeschlossen haben, sobald sie das 65. Lebensjahr vollendet haben und über eine Vorversicherungszeit von mindestens 10 Jahren in einer substitutiven Krankenversicherung verfügen.

Außerdem können Personen ab dem 55. Lebensjahr in den Standardtarif wechseln, sofern eine 10-jährige Vorversicherungszeit in einer Krankheitskostenvollversicherung besteht und das Gesamteinkommen unterhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze liegt. Versicherte, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben sowie Ruhegehaltsempfänger können unabhängig vom Alter in den Standardtarif wechseln, wenn sie ebenfalls seit mindestens 10 Jahren ununterbrochen privat vollversichert sind und ihr Gesamteinkommen unterhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze liegt. Darüber hinaus kann der Beitrag für Ehepartner auf 150 % des Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt werden, sofern das Gesamteinkommen der Ehepartner die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht überschreitet.

Die Entscheidung für den Basistarif bzw. den Standardtarif sollte jedoch nur in bestimmten Ausnahmefällen getroffen werden.

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

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

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

Die Höhe des Beitrages richtet sich in der privaten Krankenversicherung nach dem Alter, Geschlecht und nach dem Gesundheitszustand der versicherten Person bei Vertragsabschluss, sowie nach dem abgeschlossenen Tarif. Ein Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist unter Beachtung einer eventuellen Mindestvertragsdauer in der Regel zum Ablauf des Versicherungsjahres möglich. Dabei ist zu beachten, dass für die privaten Krankenversicherer keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden.

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

Angaben zur Beitragsentwicklung liegen noch nicht vor. Diese sind nur über den Webservice des Versicherers abrufbar. Bitte fordern Sie die Beitragsentwicklungswerte direkt beim Versicherer an.

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 Universa.

Gesellschaft Universa		Eintrittsalter 30	Währung: €
Tarif	Tarif-Kurzbeschreibung		Tarifbeitrag
A30+A20R	BAP zum 01/10 50% ambulante Restkosten-Erstattung Psychotherapie, Heilpraktiker -KURZSTUFE-		112,38
ST2/30+ST2/20R	BAP zum 01/09 2-Bett Privatarzt, 50% Erstattung auch über GOÄ-Höchstsatz -KURZSTUFE-		45,42
ZA50	BAP zum 01/10 50 % ZB, 50 % ZE, 50 % KfO funktionsanalytische, -therapeut., vorbeugende Maßnahmen		32,70
BZ50	BAP zum 01/11 50% Amb+Zahn Restkosten-Ergänzung Hilfsmittel, Auslandsschutz Materialkosten bei Zahnersatz		4,49
KSKT	BAP zum 01/11 20 EUR Krankenhaustagegeld mit Entbindungspauschale und Leistung bei stationärer Kur		5,80
PVB	BAP zum 01/10 Private Pflegepflichtversicherung		11,13
Alterungsrückst.	Gesetzl. Zuschlag 10% nach §12 VAG zur Prämienermäßigung im Alter		19,50
zu zahlender Monatsbeitrag (MB)			231,42

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 Universa.

Gesellschaft **Universa**

Leistung für Tarife A30+A20R, ST2/30+ST2/20R, ZA50, BZ50, KSKT, PVB

Ambulant

Transportkosten Ambulant	Wird die Differenz des Rechnungsbetrages für Transportkosten von und zur ambulanten Behandlung voll erstattet?	Notfalltransporte bis zu zweimal je Versicherungsfall zum nächstgelegenen oder nächsterreichbaren Arzt. Leistung des Ergänzungstarifs: Keine Tarifleistung.	C
Psychotherapie §4(2)	Was leistet die Gesellschaft bei psychotherapeutischer Behandlung? § 4 (2) MB/KK	Erstattungsfähig sind Psychoanalyse und Psychotherapie durch Ärzte (ohne vorherige schriftliche Zusage und ohne Begrenzung der Sitzungszahl). 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: Keine Tarifleistung.	A+
Kur aus Ambulanttarif §5(1)	Was leistet die Gesellschaft bei ambulanten Kuren, am Wohnort bzw. Kurort, ohne Zusatztarif? § 5 (1) MB/KK	Die entstanden Aufwendungen im tariflichem Rahmen als Vorsorgemaßnahme bis zu 500 EUR, in zwei Kalenderjahren. Leistung des Ergänzungstarifs: Keine Tarifleistung.	E
Hilfsmittel §4(3)	Werden die Anschaffungskosten für alle Hilfsmittel unbegrenzt erstattet, wenn diese ärztlich verordnet wurden? § 4 (3) MB/KK	Nach Verordnung und ohne Begrenzung auf Festbeträge. Als kleine Hilfsmittel gelten: Brillen, Bruchbänder, Bandagen, Einlagen, Leibbinden, Kompressionsstrümpfe. In einjährigen Abständen andere Hilfsmittel. Das sind orthopädische Schuhe, Hörhilfen (elektronische Hörgeräte), Heimdialyseggeräte bei Nierenversagen, Körperersatzstücke, Krankenfahrstühle z.B. nach Querschnittslähmung, elektronische Sprechhilfen nach Kehlkopfoperationen, Blindenhund, Haarersatz (Toupets bzw. Perücken) bei entstellenden Unfall-, Bestrahlungs- oder Operationsnarben, Kontaktlinsen, Gehapparate, Gehstützen, Stützapparate einschließlich Liegeschalen. Darüber hinaus sind lebenserhaltende Hilfsmittel erstattungsfähig, wenn die lebenserhaltende Funktion durch kein hier genanntes Hilfsmittel gewährleistet werden kann. Instandsetzungen von Hilfsmitteln werden ebenfalls erstattet. Leistung des Ergänzungstarifs: Nach Verordnung und ohne Begrenzung auf Festbeträge. Als kleine Hilfsmittel gelten: Brillen, Bruchbänder, Bandagen, Einlagen, Leibbinden, Kompressionsstrümpfe. In einjährigen Abständen andere Hilfsmittel. Das sind orthopädische Schuhe, Hörhilfen (elektronische Hörgeräte), Heimdialyseggeräte bei Nierenversagen, Körperersatzstücke, Krankenfahrstühle z.B. nach Querschnittslähmung, elektronische Sprechhilfen nach Kehlkopfoperationen, Blindenhund, Haarersatz (Toupets bzw. Perücken) bei entstellenden Unfall-, Bestrahlungs- oder Operationsnarben, Kontaktlinsen, Gehapparate, Gehstützen, Stützapparate einschließlich Liegeschalen. Zudem Instandsetzungen von Hilfsmitteln.	A+
Krankenfahrstuhl §4(3)	Inwieweit wird die Anschaffung oder Miete eines Krankenfahrstuhls erstattet? § 4 (3) MB/KK	Ja, zum versicherten Erstattungsprozentsatz in einjährigen Abständen. Leistung des Ergänzungstarifs: Ja, zum versicherten Erstattungsprozentsatz in einjährigen Abständen.	A+
orthopädische Schuhe §4(3)	Inwieweit wird die Anschaffung orthopädischer Schuhe erstattet? § 4 (3) MB/KK	Zum versicherten Erstattungssatz einmal im Kalenderjahr. Leistung des Ergänzungstarifs: Zum versicherten Erstattungssatz einmal im Kalenderjahr.	A+
Heilmittel §4(3)	Werden alle verordneten Heilmittel zu 100% erstattet? § 4 (3) MB/KK	Erstattet werden Aufwendungen für Heilmittel gemäß Erstattungsprozentsatz. <u>Heilmittel sind insbesondere:</u> Massagen, medizinische Bäder und Packungen, Licht-, Radium-, Infrarot-, Kurzwellen- Bestrahlungen, Diathermie, auch krankengymnastische Behandlungen, Ergotherapie sowie Stimm-, Sprech- und Sprachübungsbehandlungen (Logopädie). Die Leistung erfolgt auch über die Erstattungssätze der Beihilfestelle hinaus. 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 Universa**

Leistung für Tarife A30+A20R, ST2/30+ST2/20R, ZA50, BZ50, KSKT, PVB

Arznei/Verbandmittel §4(3)	Werden verordnete allopathische und homöopathische Arznei- sowie Verbandmittel zu 100% erstattet? § 4 (3) MB/KK	Ja, im tariflichen Rahmen, aber keine Nähr-, Stärkungs-, Desinfektions-, Entfettungs-, Abführ- und kosmetische Mittel etc. 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	Erstattungsfähig sind Mehrstärkengläser bis zu 310 EUR und Einstärkengläser bis zu 155 EUR alle 2 Jahre, bei veränderter Sehstärke auch öfter und bei medizinischer Notwendigkeit auch höhere Beträge für Gläser. Brillengestelle bis zu einem Rechnungsbetrag von 125 EUR alle 2 Jahre, bei veränderter Sehstärke auch öfter. Kontaktlinsen z.B. ab 4 Dioptrien, bei medizinischer Notwendigkeit, 2 Dioptrien Korrekturdifferenz, seltenen Erkrankungen der Augen jährlich bis 410 EUR. Leistung des Ergänzungstarifs: Erstattungsfähig sind Mehrstärkengläser bis zu 310 EUR und Einstärkengläser bis zu 155 EUR alle 2 Jahre, bei veränderter Sehstärke auch öfter und bei medizinischer Notwendigkeit auch höhere Beträge für Gläser. Brillengestelle bis zu einem Rechnungsbetrag von 125 EUR alle 2 Jahre, bei veränderter Sehstärke auch öfter. Kontaktlinsen z.B. ab 4 Dioptrien, bei medizinischer Notwendigkeit, 2 Dioptrien Korrekturdifferenz, seltenen Erkrankungen der Augen jährlich bis 410 EUR.	A+
GOÄ- Ärzte ambulant §4(2)	Werden die ärztlichen Leistungen bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattet? § 4 (2) MB/KK	Ja, im Rahmen der gültigen Gebührenordnung für Ärzte (3,5facher Satz). Leistung des Ergänzungstarifs: Nein. 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	Bei medizinischer Notwendigkeit besteht keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ. Leistung des Ergänzungstarifs: Keine Tarifleistung.	A+
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, der volle Rechnungsbetrag (§ 5 Abs. 2 MB/KK beachten). Ohne Bindung an die deutsche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Leistung des Ergänzungstarifs: Akut / gezielt: Ja, der volle Rechnungsbetrag (§ 5 Abs. 2 MB/KK beachten). Ohne Bindung an die deutsche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).	A+

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

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

KV-Vorschlag für Frau Katja Beamtin

Gesellschaft **Universa**

Leistung für Tarife A30+A20R, ST2/30+ST2/20R, ZA50, BZ50, KSKT, PVB

Stationär

Geltungsbereich §1(4)	Erstreckt sich der Geltungsbereich ohne zeitliche Begrenzung auf außereuropäische Länder (weltweit) in den Krankheitskostentarifen? § 1 (4) MB/KK	(4.1) Abweichend von §1 (4) und §15 (3) (AVB Teil I) besteht während eines Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz - entweder bis zu 36 Monaten, sofern eine Krankheitskostenvollversicherung (mit Anspruch mindestens auf ambulante Leistungen sowie allgemeine Krankenhausleistungen) besteht, deren Versicherungsbeginn mindestens 36 Monate zurückliegt, - oder bis zu drei Monaten in allen anderen Fällen. (4.2) Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über die jeweils geltende Leistungsdauer gemäß §1 (4.1) (AVB Teil II) hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann. (4.3) Wird vor einem Aufenthalt im außereuropäischen Ausland, der die jeweils geltende Leistungsdauer gem. §1 (4.1) und (4.2) (AVB Teil II) überschreitet, keine Vereinbarung getroffen, so bleiben 50% der tariflichen Leistungen erhalten.	A
		Leistung des Ergänzungstarifs: Keine stationäre Tarifleistung.	
Stat. Ausl.behandlung §4(4)	Kann gezielt ein europäisches oder außereuropäisches Krankenhaus zur stationären Behandlung aufgesucht werden? § 4 (4) MB/KK	Bei medizinische notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäuser, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.	A+
		Leistung des Ergänzungstarifs: Nein. Keine stationäre Tarifleistung.	
Transportkosten weltweit	Werden die Transportkosten in voller Höhe übernommen, wenn bei medizinischer Notwendigkeit gezielt ein Krankenhaus außerhalb Deutschlands zur stationären Behandlung aufgesucht wird?	Krankentransport in einem hierfür vorgesehenen Spezialfahrzeug, wenn die geplante Behandlung in einem Krankenhaus außerhalb Deutschlands medizinisch notwendig ist.	A+
		Leistung des Ergänzungstarifs: Nein. [Keine stationäre Tarifleistung.]	
Transportkosten im Inland	Sind Krankentransporte zur stationären Behandlung, unabhängig vom Transportmittel, in jedes gewünschte Krankenhaus versichert?	Krankentransporte zum und vom nächsterreichbaren geeigneten Krankenhaus in hierfür vorgesehenen Spezialfahrzeugen (einschließlich Rettungshubschrauber).	A
		Leistung des Ergänzungstarifs: Nein. Keine stationäre Tarifleistung.	
Beitragsfrei bei Elternschaft	Für wie viele Monate erfolgt eine Beitragsfreistellung bei Bezug von Elterngeld bzw. bei Elternurlaub?	Keine Beitragsfreistellung.	F
		Leistung des Ergänzungstarifs: Keine Beitragsfreistellung.	
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 Gebührenordnung für Ärzte (3,5facher Satz). Wenn medizinisch notwendig, auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus.	A+
		Leistung des Ergänzungstarifs: Nein. Keine stationäre Tarifleistung.	
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	Ja. Bei medizinischer Notwendigkeit auch über die Höchstgrenze der GOÄ hinaus.	A+
		Leistung des Ergänzungstarifs: Nein. Keine stationäre Tarifleistung.	
GOÄ- Ärzte stationär Ausland	Wird der Rechnungsbetrag für Krankenhaus- und Arztkosten, die unabhängig vom Aufenthaltszweck im Ausland entstanden sind, in voller Höhe erstattet (ggf. ohne Bindung an die GOÄ)?	Akut / gezielt: Ja, der volle Rechnungsbetrag (§ 5 Abs. 2 MB/KK beachten). Ohne Bindung an die deutsche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).	A+
		Leistung des Ergänzungstarifs: Akut / gezielt: Ja, der volle Rechnungsbetrag (§ 5 Abs. 2 MB/KK beachten). Ohne Bindung an die deutsche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).	

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

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

KV-Vorschlag für Frau Katja Beamtin

Gesellschaft Universa

Leistung für Tarife A30+A20R, ST2/30+ST2/20R, ZA50, BZ50, KSKT, 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?	Für Zahnersatz (dazu gehören auch Kronen) wird nur geleistet, wenn dies der Versicherer vor Behandlungsbeginn aufgrund eines Heil- und Kostenplans schriftlich zugesagt hat. Leistung des Ergänzungstarifs: Ja, für Zahnersatz, ansonsten wird nur die Hälfte der tariflichen Leistungen erstattet.	A+
Summenbegrenzung Zahn	Welche Summenbegrenzung besteht für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie in den ersten 5 Versicherungsjahren?	Für ZB, ZE und KfO gelten folgende erstattungsfähigen Beträge als Höchstgrenzen: 1550 EUR im 1. Vers.jahr 3100 EUR im 1. bis 3. Vers.jahr 7700 EUR im 1. bis 5. Vers.jahr 15400 EUR im 1. bis 7. Vers.jahr. Diese Leistungshöchstsätze entfallen bei durch Unfall notwendig werdende zahnärztliche Maßnahmen. Leistung des Ergänzungstarifs: In Tariffstufe BZ 50: 1. Jahr 550 EUR 1.-2. Jahr 1100 EUR 1.-3. Jahr 1650 EUR danach jährlich 2600 EUR. In den anderen Stufen entsprechend der jeweiligen prozentualen Erstattung.	A+
Zahnleistung - Erstattung in %	Erstattet der Tarif bei Zahnbehandlung 100%, bei Zahnersatz 100% und bei Kieferorthopädie 100% ?	Jeweils zum Erstattungsprozentsatz. Leistung des Ergänzungstarifs: Labor- und Materialkosten bei Zahnersatz.	A+
Entfällt Summenbeg. bei Unfall	Entfällt die tariflich vorgesehene Summenbegrenzung bei Unfall?	Ja, keine Summenbegrenzung. 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, im Rahmen der GOZ. Keine Begrenzung auf die Gebührenordnung für Zahnärzte bei medizinischer Notwendigkeit. Leistung des Ergänzungstarifs: Nein. 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	Ja. Keine Begrenzung bei medizinischer Notwendigkeit, aber Voranfrage ist trotzdem empfehlenswert. Leistung des Ergänzungstarifs: Nein. Keine Tarifleistung.	A+
GOZ- Zahnärzte Ausland	Wird der Rechnungsbetrag für Zahnarztkosten, der unabhängig vom Aufenthaltszweck im Ausland entstanden ist, in voller Höhe erstattet (ggf. ohne Bindung an die GOZ)?	Akut / gezielt: Ja. Die Zahnarztkosten werden in tatsächlich entstandener Höhe (Rechnungsbetrag) erstattet. Ohne Bindung an die deutsche Gebührenordnung für Ärzte /Gebührenordnung für Zahnärzte (GOÄ /GOZ). Leistung des Ergänzungstarifs: Akut / gezielt: Ja. Die Zahnarztkosten werden in tatsächlich entstandener Höhe (Rechnungsbetrag) erstattet. Ohne Bindung an die deutsche Gebührenordnung für Ärzte /Gebührenordnung für Zahnärzte (GOÄ /GOZ).	A+

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

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

KV-Vorschlag für Frau Katja Beamtin

Gesellschaft Universa

Leistung für Tarife A30+A20R, ST2/30+ST2/20R, ZA50, BZ50, KSKT, 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)+b) Nur über Auslandsreiseversicherung RD - 2003 für 0,66 EUR und über GKV-Ergänzungstarif GZ : Unter Anrechnung der Aufwendungen, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, werden erstattet: - Kosten der Überführung eines Verstorbenen aus dem Ausland, - Bestattungskosten im Ausland bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären. Die Kostenerstattung ist auf 10300 EUR begrenzt. Diese Leistungen gelten nicht für Personen, die am Tag der Abreise das 70. Lebensjahr bereits vollendet haben. c) Nein.	
Risikoprüfung	Entfällt die Risikoprüfung und Wartezeit bei Änderung des Beihilfeanspruches?	Ja.	
Schwangerschaft	Bis zu welchem Schwangerschaftsmonat werden Schwangere bei vollem Leistungsanspruch aufgenommen?	Bei Familienversicherung bis 4. Schwangerschaftsmonat mit besonderen Vertragsbedingungen (Regelleistungen) möglich.	E
Kinder alleine versicherbar	Sind Kinder alleine in allen Tarifen (ohne Tagegelder) versicherbar?	Nur in der Zusatzversicherung. Es bestehen jedoch bedingungsgemäße Wartezeiten. Sofern ein spezieller Untersuchungsbericht eingereicht wird, können die Wartezeiten erlassen werden. Die Alleinversicherung von Kindern ist in der substitutiven Krankenversicherung sowie der Restkostenversicherung für Beihilfeberechtigte erst ab Erreichen des 16. Lebensjahres möglich. 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?	Keine Wartezeiten bei PKV-Übertritten in der Vollversicherung. In der Tagegeldversicherung entfallen die allgemeinen Wartezeiten. Voraussetzung: Beginn der Krankenversicherung ist spätestens der Erste des übernächsten Monats, der auf das Ende der Vorversicherung folgt.	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 Universa

Leistung für Tarife A30+A20R, ST2/30+ST2/20R, ZA50, BZ50, KSKT, PVB

Beitragsrückerstattung	Für welche Tarife wird eine	<u>Erfolgsabhängige BRE 2009 für das Geschäftsjahr 2008</u>	
Tarifsysteme Anzahl	Wie viele eigenständige (selbständig nebeneinander bestehende) Tarifsysteme werden angeboten?	Normaltarifwerke 5 Beamtentarifwerke 2 Arzttarifwerke 1	A

BRE bei Leistungsfreiheit in Monatsbeiträgen (MB) ohne Altersentlastungszuschlag:

Tarife VE, VF, DS, 3000, introIPrivat:

- 2008 oder 2007/2008: 1,50* MB
- 2006 - 2008: 1,50 MB
- 2005 - 2008: 1,50 MB
- 2004 - 2008: 2,00 MB
- 2003 - 2008: 2,50 MB
- 2002 - 2008: 3,00 MB
- 2001 - 2008: 3,50 MB
- 2000 - 2008: 4,00 MB

**Abweichend von den obigen Angaben beträgt die BRE nach Inanspruchnahme von Leistungen sowie nach einer Anwartschaftsversicherung zwischen 2 aktiven Vertragslaufzeiten oder nach Ruhen der KV in den ersten beiden wieder leistungsfreien Kalenderjahren (Rückstufungsjahre) jeweils 1 MB.*

Tarife A80, A100, A155, AM155, A20 - A50, AM20 - AM 50 [gilt auch für Tarifstufen nach BBAE], **A20R, AM20R, AM100 BBAE:**

- 2008 oder 2007/2008 1,00 MB
- 2006 - 2008: 1,00 MB
- 2005 - 2008: 1,25 MB
- 2004 - 2008: 1,50 MB
- 2003 - 2008: 1,75 MB
- 2002 - 2008: 3,00 MB
- 2001 - 2008: 3,50 MB
- 2000 - 2008: 4,00 MB

Tarife A310, A360K, A620, A1360, AM620, KSKT, KU:

- 2008 oder 2007/2008: 1,00 MB
- 2006 - 2008: 1,00 MB
- 2005 - 2008: 1,25 MB
- 2004 - 2008: 1,50 MB
- 2003 - 2008: 1,75 MB
- 2002 - 2008: 2,00 MB
- 2001 - 2008: 2,00 MB
- 2000 - 2008: 2,00 MB

Tarif introIPrivat Spezial:

ab dem ersten leistungsfreien Jahr: 1 MB.

Voraussetzungen für eine Beitragsrückerstattung

- keine Inanspruchnahme von Leistungen in BRE- berechtigten Tarifen für 2008;
- vollständige Bezahlung aller Monatsbeiträge für 2008 in 2008;
- der BRE- begünstigte Tarif besteht am 30.06.2009 noch oder endete durch Umstellung in den Standardtarif VR oder den Basistarif (BTN/BTP), Tod oder Pflichtversicherung nach dem 31.12.2008;
- es bestand 2008 keine Sondervereinbarung wie beitragsfreies Ruhen, Tarif OPTI oder AWG oder eine Anwartschaftsversicherung (dies gilt nicht, wenn aus einer seit Vertragsbeginn bestandenen großen Anwartschaftsversicherung in den aktiven Vschutz eines BRE- berechtigten Tarifs umgestellt wurde oder bei Wahrnehmung des versicherten Anrechts auf Umstellung in begünstigte Tarife aus einem bestehenden Tarif OPTI oder AWG);
- der BRE- Auszahlungsbetrag muss mindestens 10 EUR betragen.

Besonderheit bei Tarifwechsel

Bei Wechsel im Jahr 2008 zwischen unterschiedlich begünstigten Tarifen errechnet sich der BRE- Auszahlungsbetrag aus der Summe der einzeln -anteilig nach bestandenen Monaten- zu bestimmenden Rückerstattungen. Bei Umstellung aus der Produktlinie Classic (Tarif A/AM) in eine andere Produktlinie werden zur Bestimmung des leistungsfreien Zeitraumes auch die Leistungen der Tarife ZA/ZAM und ST/STM berücksichtigt.

**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:

Universa (Vorschlag 1)

Tarifdruckstücke:

A30+A20R (315-700) (01.10), ST2/30+ST2/20R (315-700) (01.10), ZA50 (315-700) (01.10), BZ50 (315-700) (01.10), KSKT (315-700) (01.10), PVB (315-700) (01.10)

Musterbedingungen:

A30+A20R (MB/KK 315-700) (01.10), PVB (MB/PPV 315-700) (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