

**Unternehmen: Münchener Verein
Krankenversicherung a.G.
Deutschland**

Produkt: Tarife 538, 539

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über den Versicherungsschutz im Tarif KlinikGesund ohne Alterungsrückstellungen (Tarife 538 und 539). Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten zum Krankenversicherungsvertrag finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten-Zusatzversicherung ohne Rückstellungsbildung, den Bedingungen des Tarifs KlinikGesund Komfort (Tarif 538) und den Bedingungen des Tarifs KlinikGesund Premium (Tarif 539), dem Antrag auf Abschluss der Krankheitskostenversicherung und dem Versicherungsschein. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle diese Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine stationäre private Krankenzusatzversicherung für Personen, die Anspruch auf Leistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder freie Heilfürsorge haben. Gegenstand des angebotenen Vertrages ist ein Tarif, der die Leistungen der GKV und der freien Heilfürsorge im stationären Bereich ergänzt. Es besteht außerdem eine Option auf Wechsel in einen entsprechenden Tarif mit Altersrückstellungen.



Was ist versichert?

Nachfolgend ein Auszug aus den wesentlichen Leistungen (siehe Ziffer C der Tarifbedingungen)

- ✓ 100 % der Wahlleistung Zweibettzimmer (Tarif 538) bzw. Ein- oder Zweibettzimmer (Tarif 539)
- ✓ 100 % der Wahlleistung privatärztliche Behandlung, soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden darf
- ✓ 100 % der belegärztlichen Behandlung, soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden darf
- ✓ Bei Nichtinanspruchnahme der Wahlleistung privatärztlicher oder belegärztlicher Behandlung bzw. der Wahlleistungen für gesondert berechenbarer Unterkunft erhält die versicherte Person ersatzweise ein zusätzliches Krankenhaustagegeld
- ✓ 100 % der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Kosten für gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen bei ambulanten Operationen und bei vor- und nachstationären Behandlungen
- ✓ Transportkosten bei stationärer Behandlung bis 300 € je Aufenthalt
- ✓ Medizinisch notwendiges Rooming-In (gesondert berechenbare Kosten für Begleitperson)
- ✓ Kurtagegeld von 20 € (Tarif 538) bzw. 50 € (Tarif 539) bis zu 28 Tage je Versicherungsjahr bei Antritt binnen 14 Kalendertagen nach einer stationären Behandlung
- ✓ Option auf Wechsel in einen entsprechenden Tarif mit Alterungsrückstellungen



Was ist nicht versichert?

Im Interesse aller Versicherten müssen wir bestimmte Leistungen vom Versicherungsschutz ausnehmen bzw. eine Erstattung von bestimmten Voraussetzungen abhängig machen. Keine Leistungspflicht besteht z.B. für:

- ✗ auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle, einschließlich deren Folgen
- ✗ Ist die zu Versichernde bei Antragstellung schwanger, sind alle Leistungen im Zusammenhang mit dieser Schwangerschaft ausgeschlossen.

Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (insbesondere § 5) und den Tarifbedingungen.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Nicht erstattungsfähig sind Kosten für ambulant im Krankenhaus durchgeführte Zahnbehandlungs- und Zahnersatzmaßnahmen und kieferorthopädische Maßnahmen
- ! Nicht erstattungsfähig sind anlässlich von Kuren sowie Rehabilitationsmaßnahmen entstehende Kosten

Für bestimmte Leistungen gelten weitere Beschränkungen, die Sie in den Tarifbestimmungen finden.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz gilt weltweit.
- ✓ Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt in Deutschland zu erbringen hätte.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Die stationäre Zusatzversicherung KlinikGesund können Sie abschließen und weiterführen, wenn und solange für die versicherte Person ein Leistungsanspruch bei einer deutschen GKV bzw. auf freie Heilfürsorge besteht.
- Vor Vertragsschluss wird eine Gesundheitsprüfung durchgeführt. Daher müssen Sie uns alle geforderten Angaben zu durchgemachten oder bestehenden Beschwerden und Erkrankungen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Es wird empfohlen, uns im Vorfeld über die geplante ambulante Operation zu informieren.
- Auf Verlangen müssen Sie uns während der Vertragslaufzeit jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist.
- Im Leistungsfall haben Sie nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- Sollten sich Ihre Kontaktdaten oder Ihre Bankverbindung ändern, müssen Sie uns dies unverzüglich mitteilen.



Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und ist am Ersten eines jeden Monats fällig.
- Den ersten Beitrag müssen Sie, sofern nicht etwas anderes vereinbart wurde, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen.
- Verspätete Beitragszahlungen können zu einem Verlust des Versicherungsschutzes führen.
- Die Beiträge müssen Sie an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle entrichten.
- Zu Beginn der Versicherung ist der Beitrag zu zahlen, der dem Eintrittsalter der zu versichernden Person entspricht. Danach richten sich die Beiträge nach dem Erreichen der jeweils nächst höheren Altersgruppe.



Wann beginnt und endet die Deckung?

- Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) bzw. nicht vor der Erteilung einer Lastschriftinzugsermächtigung. Wartezeiten sind nicht zu erfüllen.
- Sie können jederzeit die Option auf Umstellung in den entsprechenden Tarif KlinikGesund mit Alterungsrückstellungen wahrnehmen.
- Spätestens zum 1. Januar nach Vollendung des 59. Lebensjahres erfolgt automatisch die Umstellung in den entsprechenden Tarif KlinikGesund mit Alterungsrückstellungen. Wünschen Sie dies nicht, können Sie Tarif KlinikGesund mit Alterungsrückstellungen binnen drei Monaten rückwirkend zum Zeitpunkt der Umstellung kündigen.
- Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.
- Das Versicherungsverhältnis endet mit der Beendigung des Versicherungsschutzes in der GKV bzw. dem Ende des Anspruchs auf freie Heilfürsorge.
- Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Die Mindestvertragsdauer beläuft sich auf 24 Monate. Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens zum Ablauf der vereinbarten Mindestvertragsdauer von 24 Monaten, mit einer Frist von drei Monaten zum Ablauf des Versicherungsjahres kündigen.
- Erhöhen sich die Beiträge, können Sie Ihren Vertrag innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmittteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung außerordentlich kündigen.