

Dieses Blatt dient nur Ihrer Information und gibt Ihnen einen kurzen Überblick über die wesentlichen Inhalte Ihrer Mecklenburgischen Krankheitskostenvollversicherung (Tarif proMEaktivplus). Die vollständigen Informationen zum Inhalt Ihrer Versicherung finden Sie in den Vertragsinformationen „Ihre Krankenversicherung“ (siehe Mecklenburgische Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung [MEVB/KK 2009] und Tarif proMEaktivplus) sowie in Ihren Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Krankheitskostenvollversicherung, die den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ersetzt und die gesetzliche Pflicht zur Versicherung erfüllt. Sie sichert Sie gegen das Krankheitskostenrisiko ab.



Was ist versichert?

Versichert sind Aufwendungen für ...

- ✓ ambulante und stationäre (inkl. Wahlarzt und 2-Bettzimmer) Heilbehandlungen wegen Krankheit oder Unfallfolgen.
- ✓ Zahnbehandlungen inkl. Vorsorge (z. B. Kunststofffüllungen oder Zahnreinigung).
- ✓ Zahnersatz wie z. B. Kronen, Brücken oder Implantate.
- ✓ Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft und Entbindung.
- ✓ ambulante Vorsorgeleistungen zur Früherkennung von Krankheiten.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Ambulante und stationäre Behandlungen, die nicht medizinisch notwendig sind.
- ✗ Auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle.

Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht finden Sie in § 5 der Mecklenburgischen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MEVB/KK 2009).



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Die Höhe der Versicherungsleistung ist abhängig vom gewählten Selbstbehalt.
- ! Wird die Erstbehandlung nicht durch einen Hausarzt durchgeführt, reduziert sich die Erstattung auf 75 %.
- ! Werden keine zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen der drei vorangegangenen Kalenderjahre nachgewiesen, reduziert sich der Erstattungssatz.
- ! In den ersten 4 Versicherungsjahren gilt für einige zahnärztliche Leistungen eine Zahnstaffel. Ab dem 5. Versicherungsjahr gilt für selbige ein Erstattungshöchstbetrag von 10.000 Euro.
- ! Kieferorthopädische Leistungen sind bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres erstattungsfähig.
- ! Für zahntechnische Leistungen und Heilmittel gelten Preis- und Leistungsverzeichnisse.
- ! Bei bestimmten Behandlungsformen, z. B. bei Psychotherapie oder Kinderwunschbehandlung, können Leistungen der Höhe und der Anzahl nach begrenzt sein. Im Einzelnen sind die Fälle im Tarif proMEaktivplus aufgezählt.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Versichert sind Heilbehandlungen in Europa. Der Versicherungsschutz kann durch Vereinbarung auch auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden.
- ✓ Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Leistungen für Aufwendungen des Zahnersatzes können bei Nichtvorlage eines Heil- und Kostenplans reduziert werden.
- Bei Vertragsabschluss sind in besonderem Maße Angaben erforderlich, wie zum Beispiel die Anzeige von erfolgten stationären Untersuchungen, Behandlungen oder Operationen, notwendigen, angeratenen oder beabsichtigten Untersuchungen, Behandlungen oder Kuren. Auch haben Sie uns Namen und Anschriften der behandelnden Ärzte einer zu versichernden Person im Antrag zu nennen. Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Wenn Sie falsche Angaben machen, können wir unter Umständen – auch noch nach längerer Zeit – vom Vertrag zurücktreten. Das kann sogar zur Folge haben, dass wir keine Versicherungsleistungen erbringen müssen. Die gesetzliche Regelung hierzu steht in § 19 Abs. 1 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG).
- Auf Verlangen muss dem Versicherer während der Vertragslaufzeit jede Auskunft erteilt werden, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist.



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 Säumniszuschlag und Mahnkosten führen. Unter bestimmten Umständen können Beitragsrückstände dazu führen, dass Ihnen nur noch Aufwendungen für Behandlungen akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erstattet werden.
- Die Beiträge müssen Sie an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle entrichten.



Wann beginnt und endet die Deckung?

- Wann der Versicherungsschutz beginnt, ist im Versicherungsschein angegeben. Versicherungsbeginn ist jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages.
- Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.
- Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb der Europäischen Union bzw. des Europäischen Wirtschaftsraums, endet der Versicherungsschutz.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf des zweiten Versicherungsjahres, kündigen. Hierbei gilt eine Kündigungsfrist von drei Monaten.
- Erhöhen sich die Beiträge, können Sie Ihren Vertrag innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung außerordentlich kündigen.
- In beiden Fällen wird Ihre Kündigung nur wirksam, wenn Sie Ihrem Versicherer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung, spätestens jedoch zu dem Zeitpunkt, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, nachweisen, dass Sie über einen anderweitigen Krankenversicherungsschutz, der sich nahtlos an die gekündigte Versicherung anschließt, verfügen.
- Wenn Sie oder eine in Ihrem Vertrag versicherte Person in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig werden, können Sie den Vertrag binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Der Versicherer kann einen entsprechenden Nachweis über den Eintritt der Versicherungspflicht verlangen. Das Gleiche gilt, wenn Sie einen Anspruch auf Familienversicherung oder einen nicht nur vorübergehenden Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis erwerben.