

Produktinformationsblatt für die stationäre Krankenzusatzversicherung DFV-KlinikSchutz

in der Fassung vom 01.06.2016

Sehr geehrte Versicherungsnehmerin,
sehr geehrter Versicherungsnehmer,

mit diesem Produktinformationsblatt erhalten Sie die wesentlichen Informationen zu Ihrem Versicherungsvertrag auf einen Blick zusammengefasst. Bitte lesen Sie diese Informationen sorgfältig.

Bitte beachten Sie, dass dieses Produktinformationsblatt nicht alle Einzelheiten über den Versicherungsschutz und den Versicherungsvertrag enthalten kann. Die Angaben sind daher nicht abschließend. Alle Einzelheiten zu Ihrem Versicherungsvertrag sind in dem Versicherungsschein und den Versicherungsbedingungen DFV-KlinikSchutz (im Folgenden nur „VB“ genannt) beschrieben.

1. Art des angebotenen Versicherungsvertrages

DFV-KlinikSchutz ist eine private stationäre Krankenzusatzversicherung. Der Versicherungsschutz ergänzt die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Versichert werden kann daher nur, wer auch Versicherter in einer deutschen GKV ist und seinen Wohnsitz in Deutschland hat (s. Ziffer 1 VB).

2. Durch den Versicherungsvertrag versicherte und ausgeschlossene Risiken

Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung der versicherten Person aufgrund einer versicherten Krankheit (s. Ziffer 2.1 VB).

Wir ersetzen im Versicherungsfall die erstattungsfähigen Aufwendungen für (s. Ziffer 2.3, 2.3.1 ff VB):

- die Heilbehandlung,
- die freie Krankenhaus- und Arztwahl
- die Unterbringung in einem Einbettzimmer,
- gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen (z.B. Chefarztbehandlung) sowie
- weitere, nachfolgend näher beschriebene Leistungen:
 - Ersatzkrankenhaustagegeld,
 - ambulante stationärsersetzende Heilbehandlungen,
 - vor- und nachstationäre Behandlungen,

- Rooming-in,
- Erstattung gesetzlicher Zuzahlungen im Krankenhaus,
- Bereitstellungskosten für Kommunikationsmittel,
- Krankentransporte im Inland,
- Tagegeld bei vollstationären Rehabilitationsmaßnahmen sowie
- kosmetische Operationen.

3. Höhe und Fälligkeit Ihres Beitrages sowie Folgen unterbliebener oder verspäteter Zahlung

Die Höhe des Beitrags ist, je nach Tarif, entweder nach Altersstufen gestaffelt oder es ist allein das Eintrittsalter der versicherten Person bei Versicherungsbeginn maßgeblich (s. Ziffer 3 VB).

Zahlen Sie den Erstbeitrag bei Erhalt des Versicherungsscheines, spätestens jedoch bis zu dem vereinbarten Versicherungsbeginn (s. Ziffer 5.1 VB).

Der Versicherungsschutz beginnt frühestens zu dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Der Versicherungsschutz besteht nicht, wenn Sie den Erstbeitrag nicht gezahlt haben, es sei denn, Sie haben dies nicht zu verantworten (s. Ziffer 5.2 VB).

Ist der Erstbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles durch Ihr Verschulden nicht gezahlt, können wir von dem Versicherungsvertrag zurücktreten und Sie können Ihren Anspruch auf Versicherungsleistungen verlieren (s. Ziffer 5.3. VB).

Sie müssen die Folgebeiträge entsprechend der vereinbarten Zahlungsweise jeweils rechtzeitig zu den vereinbarten Terminen zahlen (s. Ziffer 6.1 VB).

Zahlen Sie die Folgebeiträge nicht rechtzeitig und werden die angemahnten Folgebeiträge und Kosten nicht innerhalb der gesetzten Frist gezahlt, haben Sie keinen Anspruch auf die Versicherungsleistung und wir können den Versicherungsvertrag kündigen (s. Ziffer 6.2 VB).

4. Im Versicherungsvertrag enthaltene Leistungsausschlüsse

Einschränkungen des Versicherungsschutzes bestehen, wenn das medizinisch notwendige Maß der Heilbehandlung überschritten wird oder die Aufwendungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen (s. Ziffer 8 VB).

Wir können Ihnen nicht für alle erdenklichen Heilbehandlungen Versicherungsschutz bieten. Daher besteht in den nachfolgend näher beschriebenen Fällen kein Anspruch auf Versicherungsleistungen (s. Ziffer 9 VB).

Kein Versicherungsschutz besteht für

- vor Vertragsschluss bereits bekannte und/oder angeratene medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen aufgrund einer vor Vertragsschluss eingetretenen und diagnostizierten Krankheit,
- teilstationäre Behandlungen,
- eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung,
- Behandlungskosten von Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger; der Anspruch auf das tarifliche Rehabilitations-Tagegeld bleibt davon unberührt,
- Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung,
- vorsätzlich herbeigeführte Versicherungsfälle einschließlich deren Folgen,
- Krankheiten infolge von vorsätzlichem Alkohol-, Drogen- und Medikamentenmissbrauch,
- Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren,
- Krankheiten infolge der Ausübung einer strafbaren Handlung sowie
- verbrauchsabhängige Gebühren für Kommunikationsmittel.

5. Bei Vertragsschluss zu beachtende Obliegenheiten und Folgen ihrer Nichtbeachtung

Die bei Antragstellung in Textform gestellten Fragen, z. B. im Rahmen einer Gesundheitsprüfung, müssen Sie wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Machen Sie uns gegenüber falsche Angaben, können Sie Ihren Anspruch auf Versicherungsleistungen ganz oder teilweise verlieren (s. Ziffer 10.1 VB).

6. Nach Eintritt des Versicherungsfalles zu beachtende Obliegenheiten und Folgen ihrer Nichtbeachtung

Sie haben nach Eintritt des Versicherungsfalles die nachstehenden Obliegenheiten zu beachten. Bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Obliegenheit können Sie Ihren Anspruch auf Versicherungsleistungen ganz oder teilweise verlieren.

Sie haben nach Eintritt eines Versicherungsfalles nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung der versicherten Person hinderlich sind oder ihr entgegenstehen.

Auf unser Verlangen haben Sie uns jede Auskunft zu erteilen, die für die Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist.

Sie haben uns - soweit dies für unsere Beurteilung erforderlich ist und Ihnen billigerweise zugemutet werden kann - sämtliche Belege mit Erstattungsvermerk der GKV oder eines anderen Kostenträgers auf Ihre Kosten im Original vorzulegen.

Die versicherte Person ist auf unser Verlangen verpflichtet, die behandelnden Ärzte von ihrer ärztlichen Schweigepflicht zu entbinden und sich auf unsere Kosten durch einen neutralen Arzt untersuchen zu lassen, soweit dies zur Beurteilung unserer Leistungspflicht erforderlich ist (s. Ziffer 10.2 VB).

7. Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt frühestens zu dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Der Versicherungsschutz besteht nicht, wenn Sie den Erstbeitrag nicht gezahlt haben, es sei denn, Sie haben dies nicht zu verantworten (s. Ziffer 5.2 VB).

Mit Beendigung des Versicherungsvertrages, z.B. durch Wegfall der Versicherungsfähigkeit oder durch Tod der versicherten Person, erlischt der Versicherungsschutz (s. Ziffer 13.2 VB).

8. Möglichkeiten zur Beendigung des Vertrages

Sie können den Versicherungsvertrag täglich ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Nehmen Sie allerdings innerhalb der ersten 24 Monate nach Vertragsbeginn eine Leistung in Anspruch, gilt eine Sperrzeit von maximal 12 Monaten, in der die tägliche Kündigungsmöglichkeit ausgeschlossen ist. (s. Ziffer 13.1 VB).