



Produktinformationsblatt zur Deutschen Ambulantversicherung – DAV – nach den Tarifen 172 (Vorsorge), 173 (Sehhilfen und Hilfsmittel), 176 (Einmalleistung bei Krebs), 177, 178 (Naturmedizin) und 510, 515 (AKTIV CLASSIC und AKTIV 50Plus)

Die nachfolgenden Produktinformationen geben Ihnen einen ersten Überblick zum angebotenen Versicherungsschutz. Die Informationen sind nicht abschließend und stellen für Sie eine Orientierungshilfe zur Wahl des Versicherungsschutzes dar.
Der verbindliche Vertragsinhalt ergibt sich ausschließlich aus Ihrem Antrag, dem Versicherungsschein und den je nach dem / den gewählten Tarif/en zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Tarifbedingungen.

1. Welche Art der Versicherung bieten wir Ihnen an?

Gegenstand des angebotenen Vertrages ist je nach dem / den gewählten Tarif/en eine

- GKV-Ergänzungsversicherung im Bereich Vorsorge (Tarif 172), Sehhilfen und Hilfsmittel (Tarif 173) und Naturmedizin (Tarif 177 bzw. 178)
- Einmalleistung bei Krebs (Tarif 176) für Personen, für die ein Leistungsanspruch bei der GKV, einer privaten Krankenversicherung, freien Heilfürsorge oder truppenärztlichen Versorgung besteht.
- GKV-Ergänzungsversicherung nach Tarif AKTIV CLASSIC (Tarif 510) für Personen, die zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben bzw.
- GKV-Ergänzungsversicherung nach Tarif AKTIV 50Plus (Tarif 515) für Personen, die zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses das 50. Lebensjahr vollendet haben.

2. Was ist versichert?

Dem Vertrag liegen die

- Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung und die Tarifbedingungen zur Deutschen Ambulantversicherung nach den Tarifen 172 (Vorsorge), 173 (Sehhilfen und Hilfsmittel), 176 (Einmalleistung bei Krebs) und 177 bzw. 178 (Naturmedizin)
- Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) zu Tarif 510
- Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) zu Tarif 515 zu Grunde.

Nachfolgend ein Auszug aus den wesentlichen Leistungen:

Tarif 172 (Vorsorge) leistet für von Ärzten erbrachte

- Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen und Malaria prophylaxe zu 100 % bis 1000 Euro innerhalb von jeweils zwei aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren sowie für
- Präventionsmaßnahmen nach Vorleistung der GKV zu 100 % bis 100 Euro innerhalb von jeweils zwei aufeinander folgenden Versicherungsjahren.

Tarif 173 (Sehhilfen und Hilfsmittel) erstattet Kosten für

- Sehhilfen zu 100 % bis zu 400 Euro innerhalb von jeweils zwei aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren
- refraktive Chirurgie zu 100 % bis zu 800 Euro je Auge; ein erneuter Anspruch entsteht fünf Jahre nach einer Augen-Operation
- ärztlich verordnete Hilfsmittel nach Vorleistung der GKV zu 100 % bis zu 800 Euro innerhalb von jeweils zwei aufeinander folgenden Versicherungsjahren, sofern die GKV eine Leistung erbringt.

Tarif 176 (Einmalleistung bei Krebs) erbringt ohne Kostennachweis die Einmalleistung in der versicherten Höhe. Der Tarif kann in Stufen zu je 500 Euro bis zu 10000 Euro abgeschlossen werden.

Tarif 177, 178 (Naturmedizin) erstattet Kosten für

- naturheilkundliche Untersuchungen, alternative Behandlungsmethoden und Heilmittel
bei Behandlung durch Heilpraktiker, wenn diese im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH) aufgeführt sind,
bei Behandlung durch Ärzte, wenn es sich um bestimmte Leistungen aus dem Hufeland-Leistungsverzeichnis handelt

bei osteopathischer Behandlung auch dann, wenn diese durch ein Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen erbracht werden und im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet werden

- sowie die in diesem Zusammenhang verordneten Arznei- und Verbandsmittel

zu 85 % der erstattungsfähigen Aufwendungen

in Tarifstufe 177: bis maximal 500 Euro je Versicherungsjahr,

in Tarifstufe 178: bis maximal 1000 Euro je Versicherungsjahr.

Tarif 510 (AKTIV CLASSIC) und Tarif 515 (AKTIV 50Plus) beinhalten Leistungen für

- Vorsorgeuntersuchungen außerhalb der von der GKV vorgegebenen Altersgrenzen und Zeitabstände;
- Sehhilfen;
- freie Krankenhauswahl;
- Auslandsreise-Krankenversicherung;
- Zahnersatzmaßnahmen (als Option abwählbar);
- je versicherte Person ab Alter 16 kann ein Kind oder Enkelkind (bis Alter 15) beitragsfrei mitversichert werden.

3. Wie hoch ist Ihr Beitrag und wann müssen Sie diesen bezahlen?

Den Monatsbeitrag je versicherte Person entnehmen Sie dem Antrag und dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein. Sie können den Beitrag wahlweise monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich bezahlen. Vereinbart ist die Beitragszahlung per Lastschriftinzugsverfahren.

Die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins, nicht aber vor dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt zu zahlen. Alle weiteren Beitragsraten sind am Ersten des Monats der vereinbarten Periode zu bezahlen. Bitte sorgen Sie rechtzeitig für eine ausreichende Deckung auf Ihrem Konto.

Wenn Sie den Erstbeitrag aus eigenem Verschulden nicht rechtzeitig zahlen, können wir solange vom Vertrag zurücktreten, bis die Zahlung erfolgt ist. Außerdem werden wir dann im Versicherungsfall nicht leisten.

Wenn ein fälliger Folgebeitrag ausbleibt, fordern wir Sie auf, den rückständigen Beitrag innerhalb einer Frist von zwei Wochen zu bezahlen. Sind Sie nach Fristablauf noch mit der Zahlung des Beitrags in Verzug, so entfällt Ihr Versicherungsschutz.

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte § 8 AVB/KK 2013 und § 7 AVB (Tarif 510 bzw. 515).

4. Was ist nicht versichert?

Mit diesen Tarifen betreiben Sie eine aktive Gesundheitsvorsorge. Der Versicherungsschutz kann jedoch nicht alle denkbaren Fälle umfassen. Der Beitrag müsste sonst stark erhöht werden. Vom Versicherungsschutz sind daher einige Fälle ausgenommen, siehe § 5 AVB/KK 2013 und § 3 AVB (Tarif 510 bzw. 515).

Ein Leistungsanspruch aus dem Tarif 176 (Einmalleistung bei Krebs) ist nicht gegeben, wenn zum Zeitpunkt der Antragsstellung eine der folgenden Krankheiten ärztlich diagnostiziert ist bzw. innerhalb der letzten 5 Jahre vor Antragstellung erstmals oder wiederholt (rezidiv) diagnostiziert wurde oder wenn hinsichtlich der folgenden Erkrankungen eine Abklärung vor Antragstellung medizinisch indiziert, aber noch nicht abgeschlossen war: Krebs (bösartige Neubildungen ohne nicht-melanotischen Hautkrebs), Hirntumor (auch gutartig).

Ferner sind die tariflichen Leistungen bei Tarif 172 (Vorsorge) in den ersten zwei Versicherungsjahren begrenzt: im ersten Versicherungsjahr bis zu 250 Euro und in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen bis zu 500 Euro.

Darüber hinaus sind die tariflichen Leistungen wie folgt begrenzt:

Bei Tarif 173 (Sehhilfen und Hilfsmittel):

- im ersten Versicherungsjahr bis zu 240 Euro
- in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen bis zu 480 Euro

Bei Tarfstufe 177 (Naturmedizin)

- im ersten Versicherungsjahr bis zu 120 Euro
- in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen bis zu 240 Euro
- ab dem dritten Versicherungsjahr bis zu 500 Euro je Versicherungsjahr

Bei Tarfstufe 178 (Naturmedizin)

- im ersten Versicherungsjahr bis zu 240 Euro
- in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen bis zu 480 Euro
- ab dem dritten Versicherungsjahr bis zu 1000 Euro je Versicherungsjahr

Der Höchsterstattungsbetrag für das erste bzw. die ersten beiden Versicherungsjahre ermäßigt sich bei unterjährigem Beginn für den im ersten Versicherungsjahr nicht versicherten Monat um 10 Euro in Tarfstufe 177 und um 20 Euro in Tarfstufe 178 und in Tarif 173. Endet eine Versicherung während eines Versicherungsjahres, so ermäßigt sich der Höchsterstattungsbetrag nicht.

Bei einem Wechsel der Tarfstufe des Tarifs Naturmedizin werden Leistungen angerechnet.

5. Was müssen Sie beim Vertragschluss beachten? Welche Folgen kann eine Nichtbeachtung dieser Pflichten haben?

- Tarif AKTIV CLASSIC (Tarif 510) kann nur bis Lebensalter 49 abgeschlossen werden.
- Tarif AKTIV 50Plus (Tarif 515) kann erst ab Lebensalter 50 abgeschlossen werden.
- Ferner ist für den Abschluss und die Fortführung der Tarife 510 und 515 Voraussetzung, dass für Sie eine deutsche gesetzliche Krankenversicherung besteht und Sie Ihren ständigen Wohnsitz in Deutschland haben, § 1 AVB (Tarif 510 bzw. 515)
- Die Deutsche Ambulantversicherung nach den Tarifen 172 (Vorsorge), 173 (Sehhilfen und Hilfsmittel) und 177 bzw. 178 (Naturmedizin) können Sie abschließen und weiterführen, wenn und solange für die versicherte Person ein Leistungsanspruch bei einer deutschen GKV besteht.
- Die Deutsche Ambulantversicherung nach Tarif 176 (Einmalleistung bei Krebs) können Sie abschließen und weiterführen, wenn und solange für die versicherte Person ein Leistungsanspruch bei einer deutschen GKV oder privaten Krankenversicherung, auf freie Heilfürsorge oder auf truppenärztliche Versorgung besteht.
- Damit der Vertrag geschlossen werden kann, sind Ihre vollständigen Kontoangaben erforderlich. Sie ermächtigen uns gleichzeitig, den Beitrag von dem von Ihnen genannten Konto im Lastschriftverfahren abzubuchen.

Sind die genannten Voraussetzungen nicht gegeben, ist ein Vertragsabschluss nicht möglich.

6. Was müssen Sie während der Vertragslaufzeit beachten?

Achten Sie bitte zur Fälligkeit des Beitrages auf Ihre Kontodeckung. Der Vertrag kann sonst nicht bestehen bleiben.

7. Was müssen Sie tun, wenn ein Versicherungsfall eingetreten ist und was gilt, wenn Sie Ihren Pflichten nicht nachkommen?

Wartezeiten sind nicht zu erfüllen.

Mit dem Antrag auf Leistungen sind Nachweise über die Vorleistung der GKV einzureichen. Leistet die GKV nicht vor, wird zur Leistungsprüfung der Originalbeleg benötigt. Bei Tarif 176 (Einmalleistung bei Krebs) benötigen wir eine ärztliche Stellungnahme über den Eintritt der Erkrankung.

Eine versicherte Person muss auf unser Verlangen jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder unserer Leistungspflicht dem Grunde und der Höhe nach erforderlich ist.

Weitere Informationen über die zu beachtenden Obliegenheiten finden Sie in § 9 AVB/KK 2013 und §§ 4 und 5 AVB (Tarif 510 und 515).

Wenn Sie oder die versicherte Person die Obliegenheiten nicht beachten, kann das schwerwiegende Konsequenzen für den Versicherungsschutz haben. Dieser kann unter bestimmten Voraussetzungen teilweise oder vollständig entfallen.

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte § 9 AVB/KK 2013 und § 5 AVB (Tarif 510 und 515).

8. Wann beginnt und endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung).

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte den §§ 2, 13, 14 und 15 AVB/KK 2013 und den §§ 1 und 10 AVB (Tarife 510 bzw. 515).

9. Wie lange läuft der Vertrag und wie kann dieser beendet werden?

Die Mindestvertragsdauer beläuft sich auf zwei Jahre. Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der Mindestvertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

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

Die Deutsche Ambulantversicherung nach den Tarifen 172 (Vorsorge), 173 (Sehhilfen und Hilfsmittel) und 177 bzw. 178 (Naturmedizin) und die AKTIV Tarife (510 bzw. 515) enden mit dem Wegfall des Leistungsanspruches bei einer GKV.

Die Deutsche Ambulantversicherung nach den Tarifen 176 (Einmalleistung bei Krebs) endet mit dem Wegfall des Leistungsanspruches bei einer GKV oder privaten Krankenversicherung, auf freie Heilfürsorge oder auf truppenärztliche Versorgung.

Ferner endet im Tarif 176 (Einmalleistung bei Krebs) die Versicherung zum 01. des Folgemonats, wenn die tarifliche Leistung erbracht ist, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

Bei den AKTIV Tarifen (510 bzw. 515) endet das Versicherungsverhältnis ferner bei Abschluss einer anderweitigen Zusatzversicherung für die Kosten ambulanter oder zahnärztlicher Heilbehandlung oder bei Abschluss einer Krankheitskostenvollversicherung.

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte § 13 AVB/KK 2013 und Ziff. A der jeweiligen Tarifbedingungen und § 9 AVB (Tarif 510 bzw. 515).