

Einfache Übersicht

zum Gesundheitsschutz

(gemäß Barrierefreiheitsstärkungsgesetz)

Versicherer: DA Deutsche Allgemeine Versicherung Aktiengesellschaft

Sitz der Gesellschaft: Frankfurt am Main

Handelsregister: Amtsgericht Frankfurt am Main (HRB Nr.: 112118)

Diese Zusammenfassung der wesentlichen Inhalte unseres Gesundheitsschutzes bietet Ihnen einen ersten Überblick. Sie ist aber keine vollständige Darstellung des Versicherungsschutzes. Umfassende Informationen zu dem Produkt – sogenannte Vertragsbestimmungen – sind in den Versicherungsunterlagen enthalten. Zu den Vertragsunterlagen zählen die Vertragserklärungen, der Versicherungsschein, zusätzliche Vereinbarungen, Verbraucherinformationen und die Versicherungsbedingungen. Beachten Sie bitte, dass dieser Überblick weder eine Beratung durch Ihre/n Ansprechpartner/in noch ein Lesen der Vertragsbestimmungen ersetzt.

Was ist versichert?

Der DA Direkt Gesundheitsschutz ist eine Krankenzusatzversicherung. Sie beinhaltet ein Budget. Zusammen mit der Vorleistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) können Sie es für ausgewählte, versicherte Leistungen einsetzen.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen einer ambulanten Behandlung.

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen im Rahmen der Budget-Leistungen zählen verschiedene Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen, Seh- und Hörhilfen, Alternativmedizin, Arznei- und Verbandmittel sowie gesetzliche Zuzahlungen. Ein Budget beschreibt die verfügbaren Erstattungsbeträge je Versicherungsjahr.

Zudem sind Aufwendungen für die gesetzlichen Zuzahlungen im Rahmen einer stationären Behandlung sowie das Familienzimmer bei Entbindung erstattungsfähig.

Über unsere Kooperationspartner bieten wir Ihnen Gesundheitsservices an. Die genauen Leistungen können Sie Ihrem vitolo-Kundenkonto entnehmen.

Die Aufwendungen für die Budget-Leistungen sind dauerhaft auf jährliche Höchstbeträge begrenzt, wobei in den ersten zwei Versicherungsjahren nach Versicherungsbeginn besondere Leistungsbegrenzungen gelten. Für bestimmte Budget-Leistungen gelten besondere Entschädigungsgrenzen.

Was ist nicht versichert?

Nicht versichert sind Behandlungsmaßnahmen, deren Notwendigkeit der versicherten Person oder Ihnen bereits vor Vertragsschluss bekannt war bzw. die vor Vertragsschluss ärztlich angeraten oder bereits begonnen wurden.

Wir leisten nicht, wenn der Versicherungsfall durch Sie oder der versicherten Person durch Vorsatz verursacht wurde.

Für Aufwendungen aus rein kosmetischen Gründen besteht ebenfalls kein Versicherungsschutz.

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen im Rahmen des jährlich vereinbarten Budgets. Nicht voll ausgeschöpftes Budget kann nicht in darauffolgende Versicherungsjahre übertragen werden.

Für bestimmte Budget-Leistungen gelten besondere Entschädigungsgrenzen.

Wo bin ich versichert?

Es besteht weltweiter Versicherungsschutz.

Allerdings bleiben wir bei Behandlungen im Ausland höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die wir bei einer Behandlung in Deutschland zu erbringen hätten.

Welche vertraglichen Verpflichtungen habe ich?

Sie müssen die Versicherungsbeiträge rechtzeitig und vollständig zahlen.

Sie sind im Rahmen Ihrer Möglichkeiten verpflichtet, für die Abwendung und Minderung eines drohenden Schadens zu sorgen.

Sie müssen uns unverzüglich darüber informieren, wenn die versicherte Person nicht mehr in der deutschen GKV versichert ist.

Soweit es zur Beurteilung unserer Leistungspflicht erforderlich ist, muss sich die versicherte Person durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen lassen; die Kosten tragen wir.

Wann beginnt und endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Dies ist der Versicherungsbeginn.

Beachten Sie bitte, dass der Versicherungsschutz erst beginnt, wenn der Versicherungsschein oder eine schriftliche Annahmeerklärung zugegangen ist und der Erstbeitrag vollständig gezahlt wurde.

Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.

Um ihn zu beenden, müssen Sie ihn kündigen.

Kann ich meine Vertragserklärung widerrufen?

Grundsätzlich kann die Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen widerrufen werden.

Der Widerruf ist in Textform gegenüber dem Versicherer zu erklären und muss keine Begründung enthalten; um die Frist einzuhalten genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs innerhalb der Frist.

Wann und wie zahle ich?

Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag.

Er wird durch Lastschriftverfahren von uns von einem deutschen Konto eingezogen. Bitte sorgen Sie für entsprechende Deckung auf Ihrem Konto.

Der Erstbeitrag ist fällig, sobald Sie den Versicherungsschein erhalten haben, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.

Die Folgebeiträge sind jeweils zu Beginn der vereinbarten Zahlungsperiode fällig und zu bezahlen.

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie können den Vertragsteil für die versicherte Person ohne Einhaltung einer Frist zum Ende des laufenden Monats kündigen.

Ausnahme: Für die versicherte Person werden Versicherungsleistungen innerhalb der ersten 24 Monate nach Versicherungsbeginn in Anspruch genommen. In diesen Fällen können Sie frühestens mit Wirksamkeit zum Ende des 24. Monats nach Versicherungsbeginn den Vertrag kündigen.

Wir verzichten auf unser Recht, den Versicherungsvertrag ordentlich zu kündigen.

Jedoch können wir den Vertrag außerordentlich kündigen, wenn Sie z.B. die Folgebeiträge nicht zahlen.