Einfache Übersicht

zur Krankenzusatzversicherung
(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 unserer Krankenzusatzversicherung 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?
Die DA Direkt Krankenzusatzversicherung besteht aus zwei Absicherungselementen (Budget-Leistungen und Notfall-Leistungen). Zusammen mit der Vorleistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) schützt sie im tariflichen Umfang vor den finanziellen Folgen von ambulanten Behandlungen und stationären Notfall-Behandlungen.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen einer **ambulanten Heilbehandlung** ("Budget-Leistungen"). Zudem sind Aufwendungen einer **stationären Heilbehandlung** ("Notfall-Leistungen") erstattungsfähig, die aufgrund eines **versicherten Unfallereignisses** oder einer **versicherten schweren Krankheit** medizinisch

notwendig sind. Ein Budget beschreibt die verfügbaren Erstattungsbeträge je Versicherungsjahr.

Was als versichertes Unfallereignis und versicherte schwere Krankheit gilt, entnehmen Sie bitte den Vertragsunterlagen.

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen im Rahmen der Budget-Leistungen zählen verschiedene Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen, Seh- und Hörhilfen und weitere Hilfsmittel, Heilmittel, Alternativmedizin, Arznei- und Verbandmittel sowie gesetzliche Zuzahlungen.

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen im Rahmen einer versicherten stationären Notfall-Behandlung zählen u.a. die gesondert berechnete Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer sowie privatärztliche Leistungen (z.B. durch den Chefarzt).

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 reduzierte Leistungsbegrenzungen gelten. Für bestimmte Budget-Leistungen gelten besondere Entschädigungsgrenzen. Für Notfall-Leistungen gelten diese Beschränkungen nicht.

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.

Ebenso nicht versichert sind Unfallereignisse, die infolge von vor Vertragsschluss bestehenden Erkrankungen der Knochen bzw. des Bewegungsapparates oder einer bestehenden Behinderung verursacht wurden.

Nicht versichert sind ferner schwere Krankheiten, die vor Vertragsschluss bekannt waren. Dazu zählen auch ärztliche Verdachtsdiagnosen sowie die in diesem Zusammenhang noch ausstehenden Untersuchungsergebnisse.

Wir leisten nicht, wenn der Versicherungsfall durch Sie oder die versicherte 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.

Im Rahmen der Notfall-Leistungen zahlen wir 50 EUR pro Tag einer stationären Rehabilitationsmaßnahme im Anschluss einer versicherten stationären Behandlung für maximal 21 Tage.

Je Versicherungsjahr sind die erstattungsfähigen Aufwendungen aus dem SOS-Budget auf 500 EUR begrenzt.

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.

Darüber hinaus besteht folgende vorvertragliche Anzeigepflicht: Die im Angebot enthaltenen Fragen müssen unbedingt wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet werden.

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.