



Produktinformationsblatt für Ihre Krankenversicherung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

Version 10.2015

mit diesem Produktinformationsblatt erhalten Sie einen ersten Überblick über Ihren Versicherungsschutz. Der verbindliche Vertragsinhalt ergibt sich aus Ihrem Antrag, dem Versicherungsschein und den beiliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich Grundbedingungen und Tarif. Die Informationen in diesem Produktinformationsblatt sind nicht abschließend und gelten vorbehaltlich der noch durchzuführenden Risikoprüfung. Die Inhalte dieses Produktinformationsblattes gelten für alle Tarife; für Sie gelten die Merkmale Ihrer gewählten Tarife.

Versicherungsart

Krankheitskostenversicherung

Es handelt sich um einen ergänzenden Krankenversicherungsschutz zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Versicherte Leistungen

Krankheitskostenversicherung nach Tarif AV

Leistungen nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung

- Sehhilfen - nach Abzug der GKV-Vorleistung. Ein Anspruch auf Erstattung besteht jeweils innerhalb eines Zeitraums von 24 Monaten, ausgehend vom Versicherungsbeginn, bis zu einem Gesamterstattungsbetrag von 250 EUR. Bei Bezug einer Sehhilfe in den ersten 12 Monaten nach Versicherungsbeginn beträgt die maximale Erstattung 50 EUR innerhalb der ersten 24 Monate
- Erstattung der Zuzahlungen gemäß Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)
- Übernahme der Mehrkosten für allgemeine Krankenhauskosten bei Wahl eines anderen Krankenhauses als des in der ärztlichen Einweisung angegebenen

Leistungen ohne Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung

- Sehhilfen. Ein Anspruch auf Erstattung besteht jeweils innerhalb eines Zeitraums von 24 Monaten, ausgehend vom Versicherungsbeginn, bis zu einem Gesamterstattungsbetrag von 250 EUR. Bei Bezug einer Sehhilfe in den ersten 12 Monaten nach Versicherungsbeginn beträgt die maximale Erstattung 50 EUR innerhalb der ersten 24 Monate
- Ambulante Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen der jeweiligen Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) für Vorsorgeuntersuchungen bis zu einem Betrag von 500 EUR innerhalb von 24 Kalendermonaten
- Bei Auslandsreisen mit einer Dauer von maximal 45 Tagen werden die aus unvorhergesehener Krankheit und Unfall resultierenden Kosten für ambulante und stationäre Heilbehandlung sowie schmerzstillende Zahnbehandlung übernommen. Ebenfalls ist der medizinisch notwendige Rücktransport versichert sowie Assistenzleistungen

Nicht versicherte Leistungen

- Kosten des Aufenthaltes im Ausland für einen Ehegatten oder Verwandten 1. oder 2. Grades des Versicherten
- Aufwendungen für Hilfsmittel, Heilpraktiker und Neuanfertigung von Zahnersatz im Ausland

Allgemeine Hinweise

- Der Tarif AV kann nur zusammen mit mind. einem der Tarife AH, AZB2, AZB3, AZE1 und/oder AZE4 bestehen

Krankheitskostenversicherung nach Tarif AH

Leistungen für alternativmedizinische Behandlungen

- 80 %ige Erstattung bis zu einem Gesamtrechnungsbetrag von 1.250 EUR pro Kalenderjahr für Behandlung durch Ärzte oder Heilpraktiker einschl. verordnete Arznei-, Verband- und Heilmittel. In den ersten 24 Versicherungsmonaten werden maximal 600 EUR erstattet

Krankheitskostenversicherung nach Tarif AZB2

Zahnärztliche Leistungen

- Zahnbehandlung (z. B. konservierende Leistungen, chirurgische Leistungen) nach Abzug der GKV-Vorleistung
- Prophylaxe (professionelle Zahnreinigung) bis zu 80 EUR pro Behandlung und 200 EUR pro Kalenderjahr
- 80 % der Mehrkosten für kieferorthopädische Behandlungen bis zu einem Erstattungshöchstbetrag von 600 EUR je Kiefer für die gesamte Behandlung für Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sofern eine GKV zur Leistung verpflichtet ist
- Für Zahnärzte ohne Kassenzulassung und für Behandlungen im Ausland wird der fiktive Betrag, den die GKV erstattet hätte, in Abzug gebracht
- Für Leistungen infolge eines Unfalls, der sich nach Versicherungsbeginn ereignet, sowie nach Ablauf des 60. Monats ab Versicherungsbeginn entfallen die nachfolgend aufgeführten Leistungsbegrenzungen

- für den jeweiligen Versicherungsfall
- Es gelten folgende Leistungsbegrenzungen: Gesamterstattung
 - vom 1. bis einschließlich 12. Monat ab Versicherungsbeginn maximal 400 EUR,
 - vom 1. bis einschließlich 24. Monat ab Versicherungsbeginn maximal 800 EUR,
 - vom 1. bis einschließlich 36. Monat ab Versicherungsbeginn maximal 1.200 EUR,
 - vom 1. bis einschließlich 48. Monat ab Versicherungsbeginn maximal 1.600 EUR,
 - vom 1. bis einschließlich 60. Monat ab Versicherungsbeginn maximal 2.000 EUR.
 Ausschlaggebend ist das jeweilige Behandlungsdatum
- Sämtliche Erstattungen werden im Rahmen der jeweiligen Höchstsätze der Gebührenordnungen für Zahnärzte und Ärzte (GOZ und GOÄ) erbracht

Nicht versicherte Leistungen

- Kronen, Inlays und konservierende Leistungen im Zusammenhang mit Zahnersatz
- Wurzelbehandlungen ohne Vorleistung der GKV
- Schienen und Aufbissbehelfe sowie funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen
- Kieferorthopädische Leistungen ohne Vorleistung der GKV

Allgemeine Hinweise

- Der Tarif AZB2 kann nur zusammen mit mind. einem der Tarife AV, AH, AZE1 und/oder AZE4 bestehen
- Eine Kombination des Tarifs AZB2 mit Tarif AZB3 ist nicht möglich
- Die Wartezeiten entfallen für Leistungen für Zahnprophylaxe

Krankheitskostenversicherung nach Tarif AZB3

Zahnärztliche Leistungen

- Zahnbehandlung (z. B. konservierende Leistungen, chirurgische Leistungen sowie Schienen- und Aufbissbehelfe) nach Abzug der GKV-Vorleistung
- Prophylaxe (professionelle Zahnreinigung) bis zu 100 EUR pro Behandlung und 200 EUR pro Kalenderjahr
- Nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung 80 % der Mehrkosten für kieferorthopädische Behandlungen, die vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurden, bis zu einem Erstattungshöchstbetrag von 600 EUR je Kiefer für die gesamte Behandlung. Sofern für die kieferorthopädische Behandlung kein Anspruch gegenüber einer GKV besteht, werden 80 % der Behandlungskosten erstattet bis zu einem Erstattungshöchstbetrag von 2.000 EUR je behandeltem Kiefer für die gesamte Behandlung
- Für Zahnärzte ohne Kassenzulassung und für Behandlungen im Ausland ist die Erstattung zusätzlich auf maximal 50 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags begrenzt
- Für Leistungen infolge eines Unfalls, der sich nach Versicherungsbeginn ereignet, sowie nach Ablauf des 60. Monats ab Versicherungsbeginn entfallen die nachfolgend aufgeführten Leistungsbegrenzungen für den jeweiligen Versicherungsfall
- Es gelten folgende Leistungsbegrenzungen: Gesamterstattung
 - vom 1. bis einschließlich 12. Monat ab Versicherungsbeginn maximal 500 EUR,
 - vom 1. bis einschließlich 24. Monat ab Versicherungsbeginn maximal 1.000 EUR,
 - vom 1. bis einschließlich 36. Monat ab Versicherungsbeginn maximal 1.500 EUR,
 - vom 1. bis einschließlich 48. Monat ab Versicherungsbeginn maximal 2.000 EUR,
 - vom 1. bis einschließlich 60. Monat ab Versicherungsbeginn maximal 2.500 EUR.
 Ausschlaggebend ist das jeweilige Behandlungsdatum
- Sämtliche Erstattungen werden im Rahmen der jeweiligen Höchstsätze der Gebührenordnungen für Zahnärzte und Ärzte (GOZ und GOÄ) erbracht

Nicht versicherte Leistungen

- funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen

Allgemeine Hinweise

- Der Tarif AZB3 kann nur zusammen mit mind. einem der Tarife AV, AH, AZE1 und/oder AZE4 bestehen
- Eine Kombination des Tarifs AZB3 mit Tarif AZB2 ist nicht möglich
- Die Wartezeiten entfallen für Leistungen für Zahnprophylaxe

Krankheitskostenversicherung nach Tarif AZE1

Zahnärztliche Leistungen

- Gesamterstattung einschl. GKV und anderer Kostenträger höchstens 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags
- Bei regelmäßiger Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen bis zu 40 % der Kosten für Zahnersatz (als Zahnersatz gelten Brücken, Implantate, Inlays, Kronen, Reparaturen, Stiftzähne, funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen und Zahnprothesen), zahnärztlichen Aufwand und zahntechnische Laborleistungen. Bei Regelversorgung erfolgt eine Kostenerstattung von bis zu 100 % einschl. der Vorleistung anderer Kostenträger
- Für Zähne, die innerhalb des Zeitraums von 12 Monaten vor Beginn des Versicherungsschutzes nach diesem Tarif mit einer Füllung versorgt wurden, gilt eine Wartezeit für den Anspruch auf Leistungen aus diesem Tarif von genau 36 Monaten ab Beginn des Versicherungsschutzes
- Funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen werden nur erstattet, wenn mindestens 5 Zähne im Rahmen einer Behandlung mit Zahnersatz versorgt wurden
- Bei Zahnärzten ohne Kassenzulassung wird ein pauschaler Betrag als Leistung der GKV angerechnet: Zahnersatz 40 %, Implantate und Inlays 20 %. Gleiches gilt für Behandlungen im Ausland ohne Vorleistung der GKV
- Für Leistungen infolge eines Unfalls, der sich nach Versicherungsbeginn ereignet, sowie nach Ablauf des 60. Monats ab Versicherungsbeginn entfallen die nachfolgend aufgeführten Leistungsbegrenzungen für den jeweiligen Versicherungsfall

- Es gelten folgende Leistungsbegrenzungen: Gesamterstattung
 - vom 1. bis einschließlich 12. Monat ab Versicherungsbeginn maximal 200 EUR,
 - vom 1. bis einschließlich 24. Monat ab Versicherungsbeginn maximal 400 EUR,
 - vom 1. bis einschließlich 36. Monat ab Versicherungsbeginn maximal 600 EUR,
 - vom 1. bis einschließlich 48. Monat ab Versicherungsbeginn maximal 800 EUR,
 - vom 1. bis einschließlich 60. Monat ab Versicherungsbeginn maximal 1.000 EUR.
 Ausschlaggebend ist das jeweilige Behandlungsdatum
- Sämtliche Erstattungen werden im Rahmen der jeweiligen Höchstsätze der Gebührenordnungen für Zahnärzte und Ärzte (GOZ und GOÄ) erbracht

Allgemeine Hinweise

- Der Tarif AZE1 kann nur zusammen mit mind. einem der Tarife AV, AH, AZB2 und/oder AZB3 bestehen
- Eine Kombination des Tarifs AZE1 mit Tarif AZE4 ist nicht möglich

Krankheitskostenversicherung nach Tarif AZE4

Zahnärztliche Leistungen

- Bei regelmäßiger Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen bis zu 90 % der Kosten für Zahnersatz (als Zahnersatz gelten Brücken, Implantate, Inlays, Kronen, Reparaturen, Stiftzähne und Zahnprothesen), zahnärztlichen Aufwand und zahntechnische Laborleistungen einschließlich der Vorleistungen der GKV und anderer Kostenträger
- Bei Regelversorgung erfolgt eine Kostenerstattung von bis zu 100 % einschließlich der Vorleistungen der GKV und anderer Kostenträger
- Funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen werden im Zusammenhang mit Zahnersatz erstattet, bei dem mindestens fünf Zähne versorgt werden
- Bei Zahnärzten ohne Kassenzulassung wird ein pauschaler Betrag als Leistung der GKV angerechnet: Zahnersatz 40 %, Implantate und Inlays 20 %. Gleiches gilt für Behandlungen im Ausland ohne Vorleistung der GKV
- Für Leistungen infolge eines Unfalls, der sich nach Versicherungsbeginn ereignet, sowie nach Ablauf des 60. Monats ab Versicherungsbeginn entfallen die nachfolgend aufgeführten Leistungsbegrenzungen für den jeweiligen Versicherungsfall
- Es gelten folgende Leistungsbegrenzungen: Gesamterstattung
 - vom 1. bis einschließlich 12. Monat ab Versicherungsbeginn maximal 500 EUR,
 - vom 1. bis einschließlich 24. Monat ab Versicherungsbeginn maximal 1.000 EUR,
 - vom 1. bis einschließlich 36. Monat ab Versicherungsbeginn maximal 1.500 EUR,
 - vom 1. bis einschließlich 48. Monat ab Versicherungsbeginn maximal 2.000 EUR,
 - vom 1. bis einschließlich 60. Monat ab Versicherungsbeginn maximal 2.500 EUR.
 Ausschlaggebend ist das jeweilige Behandlungsdatum
- Sämtliche Erstattungen werden im Rahmen der jeweiligen Höchstsätze der Gebührenordnungen für Zahnärzte und Ärzte (GOZ und GOÄ) erbracht

Allgemeine Hinweise

- Der Tarif AZE4 kann nur zusammen mit mind. einem der Tarife AV, AH, AZB2 und/oder AZB3 bestehen
- Eine Kombination des Tarifs AZE4 mit Tarif AZE1 ist nicht möglich

Krankheitskostenversicherung nach Tarif SG

Stationäre Krankenhausbehandlung im Zweibettzimmer

- Gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Zweibettzimmer
- Gesondert berechnete ärztliche Leistungen (bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)) und die im unmittelbaren Zusammenhang mit einer leistungspflichtigen vollstationären Heilbehandlung durchgeführte ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung im Krankenhaus
- Krankenhausersatztaggeld von 15 EUR (Kinder unter 14 Jahre 7,50 EUR) bei Verzicht auf Leistungen
- Transporte zum und vom Krankenhaus nach Vorleistung der GKV bis zu einem Gesamtbetrag von 100 EUR pro Krankenhausaufenthalt
- Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen bei Wahl eines anderen Krankenhauses
- Bei Leistungen in einem anderen Staat der EU reduziert sich der Erstattungsbetrag auf 90 %. Der Versicherungsschutz gilt dort für maximal zwei Monate

Nicht versicherte Leistungen

- Aufwendungen für Krankenhausaufenthalte außerhalb der EU
- Aufwendungen für Krankenhausaufenthalte in einem anderen Staat der EU, die nach einer Frist von zwei Monaten nach Ausreise aus Deutschland entstehen
- Aufwendungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung
- Sofern im Vordergrund der stationären Behandlung eine psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung steht
- Aufwendungen für ambulante Operationen im Krankenhaus

Krankheitskostenversicherung nach Tarif SGZ2

Stationäre Wahlarztbehandlung

- Gesondert berechnete ärztliche Leistungen im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), jedoch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus
- Psychiatrische oder psychotherapeutische Leistungen für bis zu 45 Tagen pro Kalenderjahr, sofern diese im Vordergrund der vollstationären Heilbehandlung stehen. Erstattet werden Aufwendungen für gesondert berechnete ärztliche Leistungen sowie die Unterbringung im Umfang des Tarifs SG
- Aufwendungen für gesondert berechnete ärztliche Leistungen und für Leistungen des Krankenhauses bei ambulanten Operationen
- Krankenhausersatztaggeld in Höhe von 30 EUR bei Verzicht auf gesondert berechnete ärztliche Leistungen - Kinder unter 14 Jahre erhalten 15 EUR

- Nach Entbindung oder Fehlgeburt ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 25 EUR für maximal 21 Tage

Nicht versicherte Leistungen

- Aufwendungen für Krankenhausaufenthalte außerhalb der EU
- Aufwendungen für Krankenhausaufenthalte in einem anderen Staat der EU, die nach einer Frist von zwei Monaten nach Ausreise aus Deutschland entstehen
- Aufwendungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung

Allgemeine Hinweise

- Tarif SG22 kann nur zusammen mit Tarif SG bestehen
- Bei Heilbehandlungen in einem anderen Staat der EU gilt der Versicherungsschutz für maximal 2 Monate

Krankheitskostenversicherung nach Tarif SGZ1

Stationäre Krankenhausbehandlung im Ein- oder Zweibettzimmer

- Aufwendungen für gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer
- Krankenhausersatztaggeld von 40 EUR bei Unterbringung in der allgemeinen Abteilung und 20 EUR bei Unterbringung in einem Zweibettzimmer - Kinder unter 14 Jahren erhalten jeweils die Hälfte
- Bei versicherten Kindern unter 12 Jahren 100 % der Mehrkosten für ein Elternteil als Begleitperson
- Kurtagegeld in Höhe von 40 EUR (Kinder unter 14 Jahren 20 EUR) für bis zu 21 Tage
- Transporte zum und vom Krankenhaus nach Vorleistung der GKV und Tarif SG bis zu 200 EUR je Krankenhausaufenthalt
- Nach Entbindung oder Fehlgeburt ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 25 EUR für maximal 21 Tage

Nicht versicherte Leistungen

- Aufwendungen für Krankenhausaufenthalte außerhalb der EU
- Aufwendungen für Krankenhausaufenthalte in einem anderen Staat der EU, die nach einer Frist von zwei Monaten nach Ausreise aus Deutschland entstehen
- Aufwendungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung

Allgemeine Hinweise

- Tarif SGZ1 kann nur zusammen mit Tarif SG bestehen
- Bei Heilbehandlungen in einem anderen Staat der EU gilt der Versicherungsschutz für maximal 2 Monate

Weitere Einzelheiten zum Versicherungsschutz finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich Grundbedingungen und Tarif, die in Ihrer Verbraucherinformation enthalten sind.

Wartezeiten

Die allgemeine Wartezeit für den Beginn des Versicherungsschutzes beträgt 3 Monate.
 Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie 8 Monate.
 Die allgemeine Wartezeit entfällt bei Unfällen. Bei Mitversicherung eines Ehegatten oder Lebenspartners gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz kann die allgemeine Wartezeit erlassen werden.
 Die besonderen Wartezeiten für Zahnbehandlung und Zahnersatz entfallen, wenn die Zahnbehandlung bzw. der Zahnersatz aufgrund eines nach Vertragsabschluss eingetretenen Unfalls notwendig wird.
 Bei Neugeborenen kann der Versicherungsschutz ohne Wartezeiten beginnen.
 Sofern ein Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten nach Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses erlassen werden.

Beitrag

Der Gesamtbeitrag für Sie, geboren am beträgt vorbehaltlich einer Antragsprüfung zum Versicherungsbeginn

monatlich EUR. Er setzt sich zusammen aus den Beiträgen der einzelnen Tarife:

Tarif mtl. Beitrag EUR

Tarif mtl. Beitrag EUR

Tarif mtl. Beitrag EUR

Tarif mtl. Beitrag EUR

Tarif mtl. Beitrag EUR

Die erste Beitragsrate zahlen Sie bitte unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins. Die Fälligkeit der Beiträge und eventuell der Nachlässe richtet sich nach der von Ihnen gewünschten Zahlungsperiode, z. B. bei monatlicher Zahlungsweise immer am Ersten eines jeden Monats. Zahlen Sie Ihre Beiträge nicht rechtzeitig, kann es zum Verlust Ihres Versicherungsschutzes führen. Bitte beachten Sie hierzu auch den § 8 "Beitragszahlung" der Grundbedingungen. Hohe Qualitätsstandards und medizinischer Fortschritt sind Gründe für die Steigerung der Gesundheitskosten und damit auch der Krankenversicherungsbeiträge. Beitragsanpassungen sind daher zukünftig möglich. Hinzu kommt die im Allgemeinen jährliche Änderung Ihrer Krankenversicherungsbeiträge aufgrund des Älterwerdens. Senkungen Ihres Beitrags sind möglich bei Leistungsfreiheit und somit Veränderung Ihrer Schadenfreiheitsklasse, sofern das im abgeschlossenen Tarif vorgesehen ist.

Ausschlüsse Ansprüche auf Versicherungsleistungen bestehen, wenn nicht anderweitig vereinbart, erst nach Ablauf von Wartezeiten. Ausnahmen hiervon sind Leistungen infolge von Unfällen. Nähere Informationen hierzu entnehmen Sie bitte § 3 der Grundbedingungen. Es besteht keine Leistungspflicht für Krankheiten und Unfälle, die durch Kriegseignisse verursacht worden sind, sofern im Tarif nichts anderes geregelt ist; ebenfalls keine Leistungspflicht besteht für Krankheiten, die auf Vorsatz beruhen. Hat der Tarif einen Leistungshöchst-satz zum Inhalt, werden die darüber hinausgehenden Kosten nicht erstattet. Für unangemessen hohe Ver-gütungen oder Leistungen, die das Maß des medizinisch Notwendigen übersteigen, wird ebenfalls keine Zahlung geleistet. Eine Einschränkung bzw. Deckelung der tariflichen Leistungen findet ebenfalls statt, wenn der Tarif die Vorleistung der GKV anerkennt. Wird im Rahmen des Vertragsschlusses ein Leistungsaus-schluss für Sehhilfen gewählt, werden dafür keine Leistungen erbracht. Weitere Leistungsausschlüsse und die Einzelheiten hierzu finden Sie unter § 5 der Grundbedingungen.

In den folgenden Informationen nennen wir Ihnen Beispiele für Obliegenheiten, die Sie vor Vertragsschluss, während der Vertragslaufzeit und auch im Leistungsfall erfüllen sollten, um Störungen während der Vertragslaufzeit zu vermeiden. Betrachten Sie daher bitte die Obli-egenheiten als eine Art "Aufgabe" oder "Verpflichtung" für Sie.

Obliegenheiten bei Ver-tragsschluss und Rechts-folgen bei Nichtbeachtung Bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung müssen Sie uns gemäß § 19 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände (z. B. Krankheiten), die für unseren Entschluss, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen wir Sie in Textform fragen, anzeigen. Dies gilt auch für Fragen, die wir nach Abgabe der Erklärung und vor Annahme des An-trags an Sie richten. Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese zur wahrheitsgemäßen und vollständigen Beantwortung der Fragen verpflichtet. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht können wir, auch noch nach längerer Zeit, vom Vertrag zurücktreten, kündigen oder den Vertrag rückwirkend oder für die Zukunft anpassen. Weitere Informationen hierzu finden Sie in § 19 des VVG, der im Anhang der Grundbedingungen nachzule-sen ist.

Obliegenheiten während der Vertragslaufzeit und Rechtsfolgen bei Nichtbe-achtung Auch während der Laufzeit des Vertrags sind Sie bzw. die versicherten Personen verpflichtet, einige Obli-egenheiten zu beachten. Dazu gehört z. B. die Bekanntgabe des Abschlusses einer weiteren Krankenversi-cherung bei einem anderen Versicherer. Beachten Sie diese Obliegenheiten nicht, können Sie Ihren Versi-cherungsschutz teilweise oder sogar ganz verlieren. Weitere Informationen hierzu finden Sie in den §§ 9 bis 11 der Grundbedingungen.

Obliegenheiten im Leis-tungsfall und Rechtsfolgen bei Nichtbeachtung Bei Eintritt des Versicherungsfalls sind ebenfalls Obliegenheiten von Ihnen bzw. den versicherten Personen zu beachten. So ist uns beispielsweise auf Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht dient. Die versicherten Personen müssen zur Minderung des Schadens und somit schnellen Genesung beitragen. Sie sind auf unseren Wunsch hin auch dazu verpflich-tet, sich durch einen von der Advigon beauftragten Arzt untersuchen zu lassen. Verletzen Sie eine der Obli-egenheiten bei Eintritt des Versicherungsfalls, so ist die Advigon ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei. Weitere Informationen hierzu finden Sie in den §§ 9 bis 11 der Grundbedingungen.

Vertragslaufzeit Der Versicherungsvertrag beginnt mit dem Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen An-nahmeerklärung, nicht jedoch vor dem im Versicherungsschein mit "Beginn" bezeichneten Zeitpunkt (Versi-cherungsbeginn) und nicht vor dem Ablauf von eventuellen Wartezeiten. Ihr gewünschter Versicherungsbe-ginn ist der [] Die Mindestlaufzeit Ihres Vertrags beträgt ein Versicherungsjahr. Dabei entspricht das Versicherungsjahr dem Kalenderjahr - das erste Versicherungsjahr beginnt abweichend am Tag des Versicherungsbeginns. Das Versicherungsverhältnis verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Jahr, so-fern Sie es nicht wirksam kündigen oder sonstige bedingungsgemäße Beendigungsgründe eintreten.

Vertragsbeendigung Sie können den Versicherungsvertrag mit einer Frist von 3 Monaten zum Ablauf der Mindestvertragslaufzeit (ein Versicherungsjahr) und anschließend mit der gleichen Frist zum Ablauf eines jeden Kalenderjahres schriftlich kündigen. Sind Sie nicht die versicherte Person, wird die Kündigung nur wirksam, sofern uns der Nachweis vorliegt, dass die versicherte Person von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat. Zusätzliche Informationen über das Sonderkündigungsrecht bei Beitragsanpassungen und sonstige Beendi-gungsmöglichkeiten finden Sie in den §§ 13 bis 15 der Grundbedingungen.