

**Haftungsausschluss:** Das vorliegende Dokument dient lediglich einer Zusammenfassung der wichtigsten Garantien und Ausschlüsse des betreffenden Versicherungsprodukts und ist nicht auf Ihre persönlichen Bedürfnisse abgestimmt. Sämtliche vorvertraglichen und vertraglichen Informationen über das Versicherungsprodukt sind in den Versicherungsunterlagen zum jeweiligen Produkt enthalten.

### Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Dieses Versicherungsprodukt „Zusatzkrankenversicherung“ deckt den Versicherten bei medizinischen Behandlungen, die bei Unfall, Krankheit oder Niederkunft erforderlich sind. Die Grunddeckung bezieht sich auf die medizinische Pflege im Rahmen eines Krankenhausaufenthalts und umfasst einen Beistandsdienst, wenn sich der Versicherte im Ausland aufhält; je nach gewählter Formel bezieht sich die Deckung auch auf ambulante medizinische Behandlungen, Zahnbehandlung, optisch-medizinische Behandlungen und Sehhilfen, Präventions- und Früherkennungsmaßnahmen.



### Was ist versichert?

#### Basisleistungen

- ✓ Übernahme der medizinischen Kosten im Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt, sowie der medizinischen Behandlung vor und nach dem Krankenhausaufenthalt
- ✓ Beistand im Ausland:
  - Bergungs- und Suchkosten (bis maximal 10.000 EUR)
  - Beistand im Todesfall
  - Rückführung oder Transport
  - Versand von Medikamenten
  - sprachlicher Beistand

#### Zusätzliche Leistungen, je nach gewählter Formel

Ambulante medizinische Behandlung:

- medizinische Konsultationen und Arztbesuche
- Medikamente (einschließlich homöopathischer Medikamente)
- Maßnahmen von medizinischen Hilfskräften
- Heilbehandlungen
- Badekuren
- therapeutische Geräte
- Analysen und Laboruntersuchungen
- optisch-medizinische Behandlungen und Sehhilfen
- Zahnbehandlung und Zahnprothesen
- Prävention und Früherkennung
- medizinische Bildgebung

**Haftungsausschluss:** Garantieobergrenzen, Einschränkungen und Selbstbeteiligungen finden sich ggf. in den Versicherungsbedingungen bzw. den besonderen Bedingungen.



### Was ist nicht versichert?

- ✗ Vorsätzliche Handlungen des Versicherten
- ✗ Folgen, die sich aus Kriegsereignissen ergeben oder als Schäden im Zusammenhang mit dem Militärdienst anerkannt sind.
- ✗ Medizinisch nicht notwendige Behandlungen, insbesondere Schönheitschirurgie
- ✗ Behandlungen, die vor Vertragsabschluss, während der Wartezeiten oder nach Vertragsbeendigung durchgeführt wurden

**Haftungsausschluss:** Diese Liste ist nicht erschöpfend. Weitere Informationen sind in den Vertragsunterlagen zum jeweiligen Produkt enthalten.



### Gibt es Deckungsausschlüsse?

- ! Die Erstattung darf die tatsächlich vom Versicherungsnehmer getragenen Kosten nach Abzug aller an diesen Kosten beteiligten Personen nicht übersteigen
- ! Entgiftungsmaßnahmen (Entgiftungskuren, Entzugsbehandlungen)
- ! Behandlungen im Sanatorium sowie für Konvaleszenzmaßnahmen, es sei denn, sie sind medizinisch erforderlich
- ! Wenn der Versicherungsnehmer Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen hat, so muss die Gesellschaft lediglich die verbleibenden Kosten erstatten
- ! Erstattungsfähige Ausgaben, die in einer privaten Krankeneinrichtung anfallen, sind nur dann gedeckt, wenn die Einrichtung ordnungsgemäß genehmigt wurde

**Haftungsausschluss:** Diese Liste ist nicht erschöpfend. Weitere Informationen sind in den Vertragsunterlagen zum jeweiligen Produkt enthalten.



## Wo bin ich versichert?

- ✓ In den Ländern der Europäischen Union
- ✓ Weltweit während des ersten Monats des Aufenthalts



## Welche Verpflichtungen habe ich?

### Der Versicherungsnehmer, das Unternehmen muss:

- die Prämien zahlen
- die Erfüllung des Vertrages gewährleisten und der Gesellschaft auf eigene Verantwortung alle nötigen Informationen bezüglich der Versicherten sowie den ordnungsgemäß ausgefüllten und von ihr und vom Versicherungsinhaber unterschriebenen Versicherungsantrag übermitteln
- der Gesellschaft umgehend alle Änderungen, die sich bei Versicherten ergeben (neue Versicherungen, Ausscheiden, Änderungen des Familienstandes und der Familienlasten, Versicherungsantrag für Neugeborene im Geburtsmonat, Abschluss oder Beendigung eines anderen Vertrages in Bezug auf medizinische Kosten) umgehend mitteilen

### Die Versicherungsinhaber und Begünstigten müssen:

- wenn der Vertragsabschluss medizinische Formalitäten erfordert, genau alle Umstände und alle Elemente angeben, die eine Risikobewertung ermöglichen
- den Abschluss oder die Erweiterung des Schutzes einer Versicherung für Krankheitskosten, durch die sie bei einer anderen Versicherungsgesellschaft, Zusatzversicherung oder Krankenkasse abgesichert sind, umgehend angeben
- im Falle einer Behandlung:
  - alle Belege zur Beurteilung der Höhe der fälligen Leistungen (einschließlich der Erstattungsabrechnung der Nationalen Gesundheitskasse oder eines gleichwertigen Dokuments) übermitteln
  - die Behandlung im Krankenhaus innerhalb von zehn Tagen nach Behandlungsbeginn melden
  - eine vorherige Genehmigung bei Behandlungen, die Gegenstand einer Genehmigung sind, beantragen



## Wann und wie muss ich Zahlungen leisten?

Sie sind zur Prämienzahlung verpflichtet.



## Wann beginnt der Versicherungsschutz und wann endet er?

Der Versicherungsbeginn ist in der Beitrittsbestätigung angegeben; die Deckung endet:

- im ersten Monat nach der schriftlichen Mitteilung der Gesellschaft über die wirksame Beendigung des Arbeitsvertrags des Versicherungsinhabers
- am Datum der Kündigung des vorliegenden Vertrages für alle Versicherten
- am ersten Tag des Monats, der auf den Eingang einer schriftlichen Mitteilung des Unternehmens bei der Gesellschaft folgt, in der dieses den Willen des Versicherungsinhabers mitteilt, nicht mehr in den Genuss der Vertragsdeckung zu kommen
- bei Ableben des Versicherungsinhabers
- bei Eintritt des Versicherungsinhabers in den Ruhestand
- im Monat der Entdeckung eines Betrugs seitens eines Versicherten



## Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Wenn das Unternehmen seinen TeamUp Santé-Vertrag kündigen möchte, beantragt es die Kündigung per Einschreiben mit Empfangsbestätigung, mindestens drei Monate vor dem Verlängerungsdatum. Wenn der Versicherungsinhaber/Begünstigte seine Versicherung kündigen möchte, kann der Antrag jederzeit entweder über seine Personalabteilung oder durch direkte Zusendung an die Gesellschaft gestellt werden.