

Ergänzende Vereinbarung zur diagnostizierten Schwangerschaft für versicherte Person

Antrag vom

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 mit beantragtem Versicherungsschutz zum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

erstellt von _____ Versicherungsschein-Nr.

--	--	--	--

 /

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Leistungseinschränkung für die diagnostizierte Schwangerschaft Tarif/e

Aus Ihren Gesundheitsangaben bzw. Antragsunterlagen ist eine diagnostizierte Schwangerschaft ersichtlich. Bitte beachten Sie, dass gemäß den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (siehe § 2 (1) von Teil I: Rahmenbedingungen 2008 (RB / KK 2008)) bzw. den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankentagegeldversicherung (siehe § 2 von Teil I: Rahmenbedingungen 2008 (RB / KT 2008)) der Versicherungsschutz mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) beginnt, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

Dennoch bestätigen wir Ihnen, dass für sämtliche Kosten und Arbeitsunfähigkeiten, die mit dieser Schwangerschaft anfallen, Leistungen im Rahmen einer beantragten Vollkosten- und Krankentagegeldversicherung erbracht werden. Für die bestehende Schwangerschaft und die zu erwartende Entbindung werden jedoch im stationären Sektor lediglich die Kosten für die Inanspruchnahme eines Mehrbettzimmers ohne privatärztliche Behandlung übernommen. Anspruch auf Zahlung eines Krankenhaustagegeldes besteht nicht.

Mit einer Annahme des Antrages zu den obigen Bedingungen bin ich einverstanden. Ich erkläre, dass sich der Gesundheitszustand der zu versichernden Personen seit der Stellung des Central-Antrags / der Central-Anfrage nicht verändert hat. Eine Kopie dieser Vereinbarung und eine Annahmestätigung, die mit dem heutigen Tag wirksam wird, habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers