HanseMerkur

Hinweise zu Krebs-Scan

Informationen zu Krebs-Scan (Tarif ZY)

Jährlich erkrankt in Deutschland etwa eine halbe Million Menschen neu an Krebs. Für rund 55 % dieser Krebs-Neuerkrankungen gibt es bisher keine Früherkennung.

Mit Krebs-Scan ergänzen Sie die konventionellen Früherkennungsmethoden optimal.

Bitte beachten Sie:
Das Früherkennungsprogramm Krebs-Scan verhindert nicht die Entstehung von Krebs und kann diesen auch nicht heilen.

Hier geht's zum Informationsfilm Krebs-Scan.
www.hansemerkur.de/infofilm

Der Startbeitrag in der Zusatzversicherung Krebs-Scan (Tarif ZY)

In den Vorteil des Startbeitrags kommen alle zu versichernden Personen bis zum Eintrittsalter* von 69 Jahren.

Der Startbeitrag in Höhe von 19,83 EUR wird maximal für die ersten 12 Monate nach Versicherungsbeginn des Tarifs ZY gewährt und entfällt ab dem 13. Monat beziehungsweise zum Ablauf des Kalenderjahres, in dem das 69. Lebensjahr vollendet wird. Danach ist der Tarifbeitrag der jeweiligen Altersgruppe der versicherten Person zu zahlen.

Eintrittsalter*	Monatlicher Beitrag Tarif ZY
18-69 Jahre	27,50 EUR
ab 70 Jahre	45,30 EUR

*Eintrittsalter: Differenz zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr

Ausschlusskriterien für den Bluttest PanTum Detect®

Für die Durchführung des PanTum Detect® Tests müssen alle Ausschlusskriterien eingehalten werden. Die permanenten Ausschlusskriterien lauten wie folgt:

Krebserkrankung (frühestens 5 Jahre nach erfolgreicher Heilung möglich)
- Tumor- und Krebserkrankung, die in irgendeiner Art behandelt wurde (Operation, Radiotherapie, Chemotherapie, Hormontherapie, Immuntherapie etc.).
- Leukämie, Myeloproliferative Neoplasie und Myelodysplastisches Syndrom

Medikamente (dauerhafte Einnahme)
- Dauerhafte Einnahme Immunsuppressiva (Cortison-Tabletten/-Injektion/-Inhalation (mehr als 5mg/Tag)) oder nach Transplantation oder Ixekizumab / Taltz
- Dauerhafte Einnahme GM-CSF (Immunstimulanz)
- Dauerhafte Einnahme Methotrexat

Sollte aktuell eines der vorstehend genannten Ausschluss-kriterien einem PanTum Detect® Test entgegenstehen, können wir Ihnen den Abschluss von Krebs-Scan (Tarif ZY) derzeit nicht empfehlen.

Hier finden Sie die vollständigen Ausschlusskriterien.
www.portal.pantumdetect.com/medical-Information

HanseMerkur

Sie haben sich entschieden, in Zukunft das Programm Krebs-Scan zu nutzen.

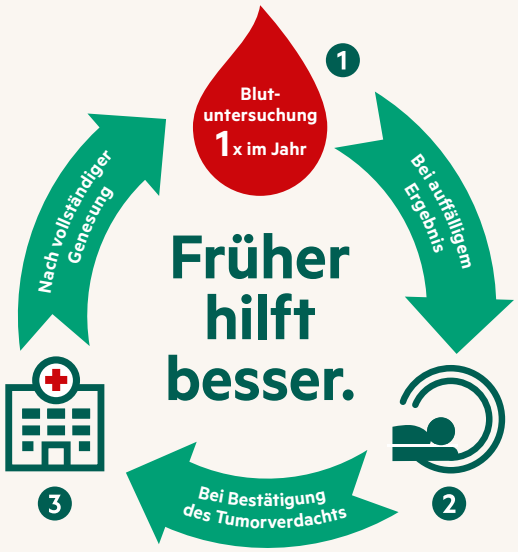
Wir haben darum noch einmal die wichtigsten Rahmenbedingungen für Sie zusammengefasst:

Krebs-Scan ist ein innovatives Krebsfrüherkennungsprogramm, mit dem vielfältige, potenziell gefährliche Tumore bereits in einem sehr frühen, symptomlosen Stadium erkannt werden können.

Krebs-Scan umfasst:

1. Die jährliche **Durchführung des Bluttests** PanTum Detect®
2. Die abklärende Untersuchung mittels modernster bildgebender Verfahren wie **MRT und PET/CT** – sollte ein auffälliges Ergebnis vorliegen
3. Die Übernahme der **Kosten für den Chefarzt und das Ein- oder Zweibettzimmer** im Falle eines Krankenhausaufenthaltes

Sowie **umfangreiche Assistanceleistungen** inklusive einer durchgängigen medizinischen Betreuung und Beratung



Bitte beachten Sie:
Das Früherkennungsprogramm Krebs-Scan verhindert nicht die Entstehung von Krebs und kann diesen auch nicht heilen.

Jährlich erkrankt in Deutschland etwa eine halbe Million Menschen neu an Krebs.

Für rund 55 % dieser Krebs-Neuerkrankungen gibt es bisher keine Früherkennung.
Mit Krebs-Scan ergänzen Sie die konventionellen Früherkennungsmethoden optimal.

Für rund **55 %** der Krebs-Neuerkrankungen gibt es bisher keine Früherkennung.

Nutzen Sie für sich und Ihre Gesundheit das Programm Krebs-Scan. Denn früher hilft besser.

MAK 206 05.23

Private Krankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

HanseMerkur Krankenversicherung AG

Deutschland HRB Hamburg 101967

HanseMerkur

Tarif ZY

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz nach Tarif ZY. Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadensversicherung (AVB/KS), dem Tarif ZY, dem Versicherungsantrag sowie dem Versicherungsschein. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Krankheitskostenzusatzversicherung, die den Versicherungsschutz der Privaten Krankenversicherung (PKV), der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder der Beihilfe bzw. Heilfürsorge ergänzt. Sie erweitert Ihre Absicherung gegen das Krankheitskostenrisiko.

Was ist versichert?

- ✓ Aufwendungen für die Durchführung eines PanTum Detect® Tests pro Versicherungsjahr.
- ✓ Die Aufwendungen für bildgebende Verfahren zur Lokalisation möglicher bösartiger Neubildungen in Form einer Positronen-Emissions-Tomographie und Computertomographie (PET-CT) und einer Kopf-Hals Magnetresonanztomographie (MRT). Bei begründetem Verdacht auf ein Prostatakarzinom erstattet der Versicherer zunächst eine Prostata-MRT. Diese Leistungen erfolgen als Aufbauleistungen des durch einen PanTum Detect® Test gewonnenen Ergebnisses, wenn dieses erstmalig auffällig ist bzw. erneut auffällig wird und ein zuletzt durchgeführter PanTum Detect® Test kein auffälliges Testergebnis ergab. Sofern die tariflichen Voraussetzungen erfüllt sind, erfolgt eine Erstattung der Aufwendungen zusätzlich, wenn Folgetests ein besonders auffälliges PanTum Detect® Testergebnis liefern. Die Aufwendungen werden bis zu 100 % erstattet.
- ✓ Begleitleistungen nach erfolgter Diagnose einer bösartigen Neubildung:
  - Die Wahlleistungen im Krankenhaus oder ein Ersatzkrankenhaustagegeld,
  - Transportkosten bei ambulanter Behandlung wegen Gehunfähigkeit oder Folgen ambulant durchgeführter Maßnahmen wie z. B. Chemotherapie, Röntgenbestrahlungen oder ambulante Operationen,
  - Kurtagegeld.
- ✓ Zusätzliche Kosten für Unterkunft und Verpflegung, wenn ein anderes als das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus aufgesucht wird.
- ✓ Gesundheitsassistance für telefonische oder Online-Beratungen.

Was ist nicht versichert?

- × Auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle.
- × Stationäre Wahlleistungen (Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer sowie die privatärztliche Behandlung) im Krankenhaus, die nicht auf eine diagnostizierte bösartige Neubildung zurückzuführen sind.
- × Aufwendungen für Material- und Laborkosten im Zusammenhang mit Zahnbehandlung, -ersatz oder Kieferorthopädie, wenn die Behandlung stationär durchgeführt wird.
- × Allgemeine Krankenhausleistungen (z. B.: Pflegesätze, Fallpauschalen und Sonderentgelte).
- × Stationäre Kur-, Heilstätten- bzw. Sanatoriumsbehandlungen.
- × Die gesetzliche Zuzahlung im Krankenhaus.

Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadensversicherung [AVB/KS] und dem Tarif ZY, insbesondere in § 5 AVB/KS.

Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Soweit Krankenhäuser nicht nach der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) oder dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) abrechnen, werden Aufwendungen für Wahlleistungen im tariflichen Rahmen bis zu der Höhe erstattet, die gemäß BPflV oder KHEntgG angefallen wäre.
- ! Die Aufwendungen für bildgebende Verfahren zur Lokalisation möglicher bösartiger Neubildungen werden zu 100 % erstattet, soweit das Verfahren bei einem der Partnerunternehmen der HanseMerkur Krankenversicherung AG erfolgt. In allen anderen Fällen beträgt die Erstattung 80 % der angefallenen Aufwendungen.
- ! Ein Kurtagegeld in Höhe von 75 EUR bis zu einer Dauer von 42 Tagen.

Wo bin ich versichert?

- ✓ Versichert sind Heilbehandlungen in Europa, Russland und der Türkei, darüber hinaus auch im ersten Monat eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland. Muss die versicherte Person dort jedoch wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus verbleiben, hat sie solange Versicherungsschutz, bis sie die Rückreise ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann. In anderen Fällen verringern sich die Leistungen ab Beginn des zweiten Monats im außereuropäischen Ausland um ein Drittel. Die Leistungen sind in jedem Fall auf die Höhe begrenzt, die bei einer Behandlung im Inland angefallen wäre.
- ✓ Bei vorübergehendem Aufenthalt im europäischen oder außereuropäischen Ausland können Sie durch Besondere Bedingungen (Beitragszuschlag) die volle tarifliche Leistung ohne Begrenzung auf die Bundespflegesatzverordnung, auf das Krankenhausentgeltgesetz oder auf die deutschen amtlichen Gebührenordnungen vereinbaren.
- ✓ Auch bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in das europäische Ausland können Sie durch Besondere Bedingungen (Beitragszuschlag) die volle tarifliche Leistung ohne Begrenzung auf die Bundespflegesatzverordnung, auf das Krankenhausentgeltgesetz oder auf die deutschen amtlichen Gebührenordnungen vereinbaren.

Welche Verpflichtungen habe ich?

- Versicherungsfähig nach diesem Tarif sind Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und bei einer GKV in Deutschland, bei einer PKV, über die Beihilfe oder die Heilfürsorge versichert sind und ihren ständigen Wohnsitz in Deutschland haben. Entfällt der vorgenannte Versicherungsschutz, endet die Versicherung für die betreffende Person zum Ende des Monats, in dem diese Voraussetzung weggefallen ist.
- Vor Vertragsschluss wird eine Gesundheitsprüfung durchgeführt. Daher müssen die versicherten Personen alle vom Versicherer geforderten Angaben zu durchgemachten oder bestehenden Beschwerden und Erkrankungen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Auf Verlangen müssen Sie und die versicherten Personen dem Versicherer während der Vertragslaufzeit jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist.

Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden. Bitte zahlen Sie die Beiträge jeweils am Ersten Ihrer gewählten Zahlungsperiode. Nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 69. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu entrichten.
- Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen, spätestens am Tag des Versicherungsbeginns.
- Verspätete Beitragszahlungen können zu Mahnkosten und zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.
- Die Beiträge müssen Sie an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle entrichten.

Wann beginnt und endet die Deckung?

- Wann der Versicherungsschutz beginnt, ist im Versicherungsschein angegeben. Versicherungsbeginn ist jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags.
- Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.
- Der Versicherungsschutz endet, wenn die versicherte Person stirbt. Er endet auch bei Beendigung des Versicherungsschutzes in der GKV, PKV, Beihilfe oder Heilfürsorge oder wenn die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb Europas, Russlands und der Türkei verlegt, es sei denn, dass der Versicherungsschutz aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können das Versicherungsverhältnis oder einen einzelnen Tarif zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, kündigen. Hierbei gilt eine Kündigungsfrist von drei Monaten.
- Erhöhen sich die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel, können Sie Ihren Vertrag hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung außerordentlich kündigen.
- Erhöhen sich die Beiträge aufgrund einer bedingungsgemäßen Altersumstufung, können Sie Ihren Vertrag hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach der Beitragserhöhung zum Zeitpunkt der Änderung außerordentlich kündigen.