

A. Allgemeine Kundeninformationen zur Krankenversicherung

1 Versicherer

Squarelife Insurance AG
Landstrasse 33, 9491 Ruggell, Liechtenstein
info@squarelife.eu
www.squarelife.eu

Die Squarelife ist ein Lebensversicherungsunternehmen, eingetragen im Öffentlichkeitsregister Liechtenstein, Registernummer: FL-0002.197.226-9. Das Unternehmen gehört keinem Garantiefonds an. Der Bericht über die Solvabilität und Finanzlage nach Art. 100 liechtensteinisches Versicherungsaufsichtsgesetz ist auf der Homepage veröffentlicht.

2 Vermittler

quadmed AG
Industriering 14, 9491 Ruggell, Liechtenstein
info@beautyprotect.com

Reg.-Nr. 209920 FMA Finanzmarktaufsicht Liechtenstein www.fma-li.li, HR FL-0002.508.699-3. quadmed betreut den Versicherungsvertrag.

3 Widerrufsrecht

Sie können Ihren Versicherungsvertrag innerhalb von 14 Tagen nach Erhalt der Police ohne Angabe von Gründen widerrufen, sofern der Eingriff noch nicht stattgefunden hat. Der Widerruf muss schriftlich erfolgen, entweder per Brief oder per E-Mail. Bitte senden Sie den Widerruf an den Versicherer oder den Vermittler. Nach dem Widerruf endet der Versicherungsschutz, und Ihre Verpflichtungen aus dem Vertrag entfallen. Bereits gezahlte Prämien werden Ihnen vollständig zurückerstattet.

4 Beschwerdestelle und Aufsichtsbehörde

Beschwerden kann sich der Versicherungsnehmer entweder beim Versicherer (siehe Ziffer 1), oder bei der Aufsichtsbehörde:

Finanzmarktaufsicht Liechtenstein (FMA)
Landstrasse 109, Postfach 279, LI-9490 Vaduz

Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, ist hiervon ausdrücklich unberührt.

B. Allgemeine Versicherungsbedingungen für beautyprotect VIP

1 Was für eine Versicherung ist Gegenstand des Vertrages?

Bei dieser Versicherung handelt es sich um eine Krankenzusatzversicherung.

2 Was ist versichert?

Versichert sind Folgen sowohl bereits durchgeführter als auch zukünftiger ästhetischer Eingriffe. Versichert sind alle ärztlichen Behandlungen von unerwarteten Komplikationen, die notwendig werden, um eine gesundheitliche oder ästhetische Beeinträchtigung, die unmittelbar oder mittelbar im Zusammenhang mit einem ästhetischen Eingriff steht, zu beseitigen.

Die Notwendigkeit der Behandlung muss während der Dauer des Versicherungsschutzes erstmalig eintreten und dann durch Attest eines Facharztes bestätigt werden.

2.1 Was ist nicht versichert?

Nicht versichert sind Beeinträchtigungen, die

- bereits vor Versicherungsbeginn bestanden, oder nach Beendigung des Versicherungsschutzes auftreten
- ausschließlich auf dem subjektiven Empfinden beruhen
- für die im Arztbericht keine medizinisch eindeutige und unerwartete Ursache festgestellt wurde.
- auf dem Verschulden eines Dritten beruhen. Bei Ärzten leistet in diesem Fall die gesetzlich vorgeschriebene Berufshaftpflichtversicherung
- Nicht versichert sind Beeinträchtigungen, die Folge einer chronischen Erkrankung oder einer altersbedingten Störung sind.
- Vorerkrankungen eventuell mit Zuschlag versicherbar
- Folgen einer Formveränderungen durch Bindegewebsschwäche sind
- durch Dellen oder Unregelmäßigkeiten nach einer Fettabsaugung / Liposuktion entstehen

3 Welche Leistungen sind versichert?

3.1 Leistungen in einer privaten Klinik oder Praxis

Wir leisten für eine ambulante oder stationäre Behandlung in einer privaten Klinik oder Praxis ohne Vorleistung eines Krankenversicherungsträgers. Die Höhe der erstattungsfähigen Leistungen richtet sich dabei nach der Anlage "Katalog für privatärztliche Leistungen ". Die Leistungen werden grundsätzlich als Pauschalen erbracht. Die Pauschalen sind so kalkuliert, dass die gewöhnlichen Kosten für eine Behandlung vollständig abgedeckt sind. Sind aufgrund eines Versicherungsfalles mehrere ambulante oder stationäre Behandlungen erforderlich, werden die Pauschalen mehrfach bis zur Höhe der Versicherungssumme erbracht.

Über die Pauschale hinaus werden keine privaten Rechnungen übernommen.

Werden von den Pauschalen abweichende Leistungen in Rechnung gestellt, wird der Rechnungsbetrag erstattet. Die Gesamterstattung aller Rechnungen für eine ambulante oder stationäre Behandlung darf jedoch maximal den in der Anlage benannten Pauschalbeträgen entsprechen.

3.2 Ärztliche Leistungen mit Beteiligung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Wir leisten für eine ambulante oder stationäre Behandlung nach Vorleistung der GKV die folgenden verbleibenden Kosten:

- Forderungsansprüche gemäß §52 SGB V
- Zuzahlungen zu Leistungen der GKV
- Zuschlag für die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer
- Gesondert berechenbare Leistungen des Wahl- oder Belegarztes gemäß der Gebührenordnung für Ärzte

3.3 Ärztliche Leistungen mit Beteiligung der privaten Krankenversicherung (PKV)

Wir leisten für eine ambulante oder stationäre Behandlung nach Vorleistung der PKV die folgenden verbleibenden Kosten:

- Vertraglich vereinbarte Selbstbehalte
- Zuschlag für die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer
- Gesondert berechenbare Leistungen des Wahl- oder Belegarztes gemäß der Gebührenordnung für Ärzte

3.4 Brustrekonstruktion nach Brustkrebs

- Versicherungsschutz besteht für den Wiederaufbau der Brust (Brustrekonstruktion) sowie damit zusammenhängende Folgebehandlungen nach einer ärztlich bestätigten Brustkrebserkrankung.
- Versichert sind rekonstruktive Eingriffe einschließlich des Einsatzes von Brustimplantaten sowie alternativer Verfahren wie Eigengewebestransfer.
- Erstattet werden die Kosten, die nicht von der Krankenversicherung getragen werden, bis zur Höhe der für den gewählten Tarif vereinbarten Versicherungssumme.
- Versicherungsschutz besteht nur, wenn die Brustkrebsdiagnose erstmals nach Ablauf einer Wartezeit von vierundzwanzig (24) Monaten ab Versicherungsbeginn gestellt wird.
- Bereits vor Ablauf der Wartezeit bestehende oder diagnostizierte Erkrankungen sowie hierauf beruhende Eingriffe sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

3.5 Gleichstellung von Kostenträgern

Gleichstellung von Kostenträgern. Soweit in diesen Bedingungen auf die gesetzliche oder private Krankenversicherung Bezug genommen wird, stehen dieser die Beihilfe sowie sonstige gesetzliche oder vertragliche Kostenträger gleich. Wir leisten stets nur für Kosten, die nach Vorleistung dieser Träger beim Versicherten verbleiben.

4 Versicherungssumme

Der Versicherer erstattet die in der Ziffer 2 genannten versicherten Leistungen je Versicherungsfall maximal bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme. Die vereinbarte Versicherungssumme ist der Versicherungspolice zu entnehmen.

5 Wann beginnt und wann endet die Versicherung?

Der Versicherungsvertrag gilt mit Übermittlung der Police an die von Ihnen angegebene E-Mail-Adresse als abgeschlossen.

Der Versicherungsvertrag beginnt mit dem in der Versicherungsbestätigung genannten Datum. Die vereinbarte Mindestvertragsdauer ist der Versicherungsbestätigung zu entnehmen. Nach Ablauf der Mindestvertragsdauer verlängert sich der Versicherungsvertrag monatlich, sofern Sie nicht kündigen. Der Versicherungsvertrag endet jedoch spätestens mit dem Tod der versicherten Person.

6 Wie kann der Vertrag beendet werden?

Nach Ablauf der der Mindestvertragsdauer können Sie den Versicherungsvertrag zum Ende des laufenden Monats kündigen. Wir können den Versicherungsvertrag mit einer Frist von einem Monat zum Ende des laufenden Versicherungsjahres kündigen.

7 Was müssen Sie für die Beitragszahlung beachten?

Der erste Beitrag ist zur Zahlung fällig, wenn wir die Annahme Ihres Antrags erklärt haben, nicht jedoch vor dem in der Versicherungsbestätigung ausgewiesenen Versicherungsbeginn. Alle Folgebeiträge sind entsprechend der vereinbarten Zahlungsweise während der Dauer des Vertrags zum jeweiligen Fälligkeitstag zu zahlen.

Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen besteht kein Versicherungsschutz. Wir können dann – solange die Zahlung nicht bewirkt ist – vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben.

Wenn ein Folgebeitrag oder Kosten, die Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, nicht rechtzeitig gezahlt worden sind oder eingezogen werden konnten, erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine Mahnung in Textform. Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb der gesetzten Frist, so entfällt Ihr Versicherungsschutz. Auf die Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

Wenn uns ein SEPA-Lastschriftmandat vorliegt, werden Ihre Zahlungen so behandelt, als seien sie zum jeweiligen Fälligkeitstag erfolgt, es sei denn, die Lastschrift wird nicht eingelöst. Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich (ohne schuldhaftes Zögern) nach unserer schriftlichen Zahlungsaufforderung erfolgt. Wird eine Lastschrift nicht eingelöst, sind wir zu weiteren Einziehungen berechtigt, nicht aber verpflichtet. Wenn Ihr Kreditinstitut die Einlösung einer Lastschrift verweigert, können wir Ihnen die damit verbundenen Kosten in Rechnung stellen.

8 Wer ist versichert?

Versicherungsschutz besteht für Sie als Patientin einer ästhetischen Operation. Wenn in der Police nichts anderes bestimmt ist, sind Sie gleichzeitig Versicherungsnehmer und versicherte Person. Wir zahlen die Leistung standardmäßig an Sie aus. Wunschgemäß können Sie die Leistung auch an den behandelnden Arzt abtreten.

Die Versicherung richtet sich an Privatkunden, die:

- sind Erwachsene im Alter von 18 bis 80 Jahren, die in einem EU-Land wohnen
- sich freiwillig ästhetischen oder kosmetischen medizinischen Behandlungen unterziehen, deren mögliche Folgen nicht vollständig vom nationalen Gesundheitssystem oder einer privaten Versicherung abgedeckt sind
- sich vor unvorhergesehenen medizinischen Komplikationen nach der Operation schützen möchten

9 Wo gilt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz für den Eintritt eines Versicherungsfalles besteht weltweit. Die Behandlung muss in Europa durchgeführt werden. Es besteht eine freie Arztwahl.

10 Wie erhalten Sie Ihre Leistungen?

Ein Versicherungsfall ist uns unverzüglich anzuzeigen. Wird eine ärztliche Behandlung notwendig, benötigen wir folgende Unterlagen:

- Ärztliche Berichte über die eingetretene Komplikation
- Rechnung über die Behandlung bzw. Leistungsabrechnung der Krankenversicherung

Es kann vorkommen, dass diese Unterlagen nicht aussagekräftig sind. Das heißt, wir können anhand der Berichte nicht beurteilen, ob ein versicherter Folgeeingriff im Sinne dieser Bedingungen vorliegt. Dann dürfen wir – auf unsere Kosten – weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise von Ihnen verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen.

11 Wie kommunizieren wir miteinander?

In Ihrem Online-Kundenbereich auf unserer Webseite können Sie einige Änderungen an Ihrem Versicherungsschutz selbst durchführen. Diese werden sofort wirksam. Sonstige Erklärungen und Mitteilungen, die Sie uns bezüglich Ihrer Versicherung machen, werden uns gegenüber erst dann wirksam, wenn sie in Textform erfolgen (z.B. per E-Mail) und uns zugegangen sind.

12 Was haben Sie bezüglich der vorvertraglichen Anzeigepflicht zu beachten?

Beim Abschluss der Versicherung stellen wir Ihnen einige Fragen. Mit diesen Informationen schätzen wir Ihr persönliches Risiko ein. Sie sind verpflichtet, die Fragen wahr und vollständig zu beantworten (vorvertragliche Anzeigepflicht), sonst können wir vom Vertrag zurücktreten, diesen kündigen, anfechten oder rückwirkend ändern. Dies ist gesetzlich geregelt. Weitere Informationen dazu finden Sie im Dokument „Wichtige Hinweise zur Beantwortung der Antragsfragen“.

13 Verjährung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag

Ihre Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag verjähren gemäß den gesetzlichen Vorschriften nach Ablauf von drei Jahren. Die Frist beginnt mit dem Ende des Jahres, in dem die Leistung verlangt werden kann. Haben Sie einen Anspruch bei uns angemeldet, zählt der Zeitraum von der Anmeldung bis zum Zugang unserer schriftlichen Entscheidung bei der Fristberechnung nicht mit.

14 Recht und Gerichtsstand

Auf Ihren Vertrag findet das Recht Deutschlands Anwendung.

Für Klagen aus Ihrem Vertrag ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Wohnsitz haben. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich. Sie können sich wahlweise auch an das Gericht wenden, in dessen Bezirk unser Sitz oder die für den Vertrag zuständige Niederlassung liegt. Verlegen Sie Ihren Wohnsitz oder den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland, sind für Klagen aus Ihrem Vertrag die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

15 Glossar

Versicherungsnehmer Die Person oder juristische Einheit, die den Versicherungsvertrag besitzt und für die Zahlung der Beiträge verantwortlich ist.

Versicherte Person Die Person, deren Gesundheit oder Wohlbefinden durch die Police geschützt ist. Dies kann der Versicherungsnehmer oder eine andere benannte Person sein.

Prämie Die regelmäßige Zahlung (monatlich, vierteljährlich oder jährlich), um den Versicherungsschutz aufrechtzuerhalten.

Selbstbehalt Der Betrag, den die versicherte Person selbst zahlen muss, bevor die Versicherung die Kosten übernimmt. (bei uns entfällt dieser Betrag)

Wartezeit Die Zeit nach Beginn der Police, in der keine Leistungen für bestimmte Behandlungen oder Erkrankungen erbracht werden.

Ausschlüsse Bestimmte Situationen, Bedingungen oder Behandlungen, die von der Versicherung nicht abgedeckt sind.

Vorerkrankung Ein gesundheitliches Problem, das bereits vor Beginn des Versicherungsschutzes bestand und möglicherweise ausgeschlossen oder eingeschränkt ist.

Versicherungsdauer Der Zeitraum, in dem die Versicherungspolice gültig ist und Leistungen bietet.

Schadenfall Ein Antrag des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person auf Leistungen oder Zahlungen, die durch die Police gedeckt sind.

Risikoprüfung Das Verfahren, mit dem Versicherer das Risiko der Versicherung einer Person bewerten und über Bedingungen, Preis oder Ausschlüsse entscheiden.

Stornierung Beendigung der Police durch den Versicherungsnehmer oder den Versicherer unter bestimmten Voraussetzungen.

C. Anlage: Katalog für privatärztliche Leistungen beautyprotect germany

Im Rahmen einer medizinisch notwendigen ambulanten oder stationären Folgebehandlung infolge eines versicherten Komplikationsereignisses leisten wir gemäß dem nachfolgenden Pauschalkatalog. Die angegebenen Beträge stellen die jeweils maximal erstattbaren Leistungen pro Maßnahme dar – sie sind nicht als verbindliche Abrechnungsbeträge zu verstehen.

Sofern im Rahmen einer Korrekturbehandlung mehrere Maßnahmen notwendig sind, wird ausschließlich die Pauschale mit dem höchsten Betrag erstattet (eine Addition mehrerer Pauschalen erfolgt nicht).

Bei mehreren Behandlungen aufgrund eines einzigen Versicherungsfalles können die Pauschalen mehrfach bis zur Höhe der vertraglich vereinbarten Versicherungssumme gewährt werden.

TIP: Bitte geben Sie diesen Katalog an die behandelnde Arztpraxis weiter, um die Grundlage der Kostenerstattung transparent zu machen.

Art der Behandlung und Leistungsbetrag	Maximum PRO	Maximum VIP
Brustimplantatwechsel / -wiedereinsetzung - einseitig	3.000,00 EUR	6.000,00 EUR
Brustimplantatwechsel / -wiedereinsetzung - beidseitig	4.000,00 EUR	8.000,00 EUR
Brustimplantatwechsel mit vollständiger Entfernung der Kapsel - einseitig	4.000,00 EUR	8.000,00 EUR
Brustimplantatwechsel mit vollständiger Entfernung der Kapsel - beidseitig	5.000,00 EUR	10.000,00 EUR
Brustimplantatentfernung - einseitig	2.000,00 EUR	4.000,00 EUR
Brustimplantatentfernung - beidseitig	2.500,00 EUR	5.000,00 EUR
Brustimplantatentfernung mit Straffung – einseitig	3.000,00 EUR	6.000,00 EUR
Brustimplantatentfernung mit Straffung – beidseits	4.000,00 EUR	8.000,00 EUR
Brustrekonstruktion nach Brustkrebs	2.500,00 EUR	5.000,00 EUR
Hämatomausräumung / Nachblutung	1.500,00 EUR	3.000,00 EUR
Operative Behandlung Wundheilungsstörung in Vollnarkose	2.000,00 EUR	4.000,00 EUR
Ambulante Behandlung - je Sitzung/Termin	250,00 EUR	500,00 EUR
Sonstiger operativer Eingriff in Vollnarkose < 2 Stunden	2.000,00 EUR	4.000,00 EUR
Sonstiger operativer Eingriff in Vollnarkose < 3 Stunden	3.000,00 EUR	6.000,00 EUR
Sonstiger operativer Eingriff in Vollnarkose < 4 Stunden	4.000,00 EUR	8.000,00 EUR
Sonstiger operativer Eingriff in Vollnarkose >= 4 Stunden	5.000,00 EUR	10.000,00 EUR
Narbenkorrektur unter Vollnarkose	2.000,00 EUR	4.000,00 EUR
Sonstige Behandlung mit örtlicher Betäubung <= 1 Stunde	500,00 EUR	1.000,00 EUR
Sonstige Behandlung mit örtlicher Betäubung > 1 Stunde	1.500,00 EUR	3.000,00 EUR
Sonstige stationäre Behandlung <= 2 Nächte	1.500,00 EUR	3.000,00 EUR
Sonstige stationäre Behandlung > 2 Nächte	3.000,00 EUR	6.000,00 EUR
Sonstige stationäre Behandlung > 5 Nächte	5.000,00 EUR	10.000,00 EUR

Die genannten Pauschalen decken sämtliche im Zusammenhang mit der jeweiligen Maßnahme stehenden Kosten ab, einschließlich Narkose und ggf. Übernachtungskosten. Die Beträge stellen **Höchstgrenzen** der Erstattungsleistung dar – sie dürfen nicht als garantierte Auszahlung oder fester Vergütungssatz interpretiert werden.

Die tatsächliche Erstattung richtet sich nach dem medizinisch notwendigen Aufwand und den eingereichten Unterlagen. Der Leistungskatalog wird regelmäßig auf Angemessenheit überprüft, insbesondere im Hinblick auf Marktpreisveränderungen. Änderungen zum Vorteil der Versicherten werden auch Bestandskund:innen gewährt.