

Allgemeine Bedingungen für die Getsurance Burnout-Versicherung

Was für eine Versicherung ist die Burnout-Versicherung?	1
Was ist versichert?	1
Welche Leistungen sind versichert?	2
Gibt es eine Wartezeit?	3
Wann beginnt und wann endet die Versicherung?	3
Wie erhalten Sie Ihre Leistungen?	3
Wie können Sie die Versicherung kündigen?	4
Welche Regeln gelten für Ihre Beiträge?	4
Wie können sich Ihre Beiträge ändern?	5
Wie können sich die Versicherungsbedingungen ändern?	5
Wie kommunizieren wir miteinander?	5
Was haben Sie bezüglich der vorvertraglichen Anzeigepflicht zu beachten?	6
Welche weiteren Bestimmungen gelten für Ihren Vertrag?	6

Was für eine Versicherung ist die Burnout-Versicherung?

Bei dieser Versicherung handelt es sich um eine private Krankenzusatzversicherung.

Was ist versichert?

Wir zahlen die unten aufgeführten Leistungen, wenn bei Ihnen Burnout mindestens sechs Monate nach Vertragsbeginn diagnostiziert wird.

Burnout ist ein Syndrom als Folge von chronischem Stress am Arbeitsplatz, der nicht erfolgreich bewältigt wurde. Es ist durch drei Dimensionen gekennzeichnet:

- Gefühle der Energieerschöpfung oder Erschöpfung
 - Erhöhte mentale Distanz zur Arbeit, negative oder zynische Gefühle in Bezug auf die Arbeit
 - Ein Gefühl der Ineffektivität und des Mangels an Leistung.
-

Nach ICD-11 Klassifikation wird Burnout mit dem Diagnoseschlüssel QD85 gekennzeichnet.

Wir zahlen die unten aufgeführten Leistungen auch, wenn anstelle von Burnout die Zusatzdiagnose Z73 „Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“ nach ICD-10 Klassifikation gestellt wird.

Die Diagnose muss dabei mindestens aufgrund eines anerkannten psychologischen Tests gestellt werden, wie dem Copenhagen Burnout Inventory, dem Maslach Burnout Inventory oder dem Shirom-Melamed Burnout Questionnaire.

Der Versicherungsschutz gilt weltweit.

Nicht versichert sind alle anderen Arten von psychischen Diagnosen, wie zum Beispiel:

- Depression
- Posttraumatische Belastungsstörung
- Bipolare Störung
- Schizophrenie
- Psychose

Welche Leistungen sind versichert?

Wir übernehmen die Kosten einer **Psychotherapie** mit bis zu 24 Therapiestunden bei einem privaten Psychotherapeuten mit Zulassung in Deutschland (als Heilpraktiker oder Arzt). Diese Therapie kann per Videokonferenz durchgeführt werden und muss einer der folgenden gesetzlich anerkannten Therapieformen entsprechen:

- Verhaltenstherapie
- Analytische Psychotherapie
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Systemische Therapie

Es besteht freie Therapeutenwahl. Außerdem ist der Wechsel des Therapeuten während der Behandlung möglich.

Die Erstattung erfolgt maximal bis zu dem Gebührensatz der jeweils gültigen „Gebührenordnung für Psychotherapeut*innen“ (GOP) bis zum 2,3-fachen Steigerungssatz, und zwar für höchstens 24 Stunden im Jahr nach der Diagnosestellung. Zusätzlich übernehmen wir die Kosten für bis zu fünf probatorische Sitzungen, welche als Vorbereitung für die Therapie notwendig sind. Wenn bereits die psychotherapeutische Sprechstunde bei einem privaten Psychotherapeuten erfolgte, übernehmen wir auch hierfür die Kosten bis zum 2,3-fachen Steigerungssatz der Gebührenordnung, wenn bei dieser eine Therapie wegen Burnout empfohlen wurde. Nach dem Ende einer Therapie mit bis zu 24 Stunden wird für 12 Monate keine weitere Therapie mehr übernommen.

Zusätzlich stellen wir für die **Suche nach einem geeigneten Psychotherapeuten** kostenlos den Service eines unabhängigen und qualifizierten Dienstleisters zur Verfügung. Auf Wunsch vereinbart der

Dienstleister bei dem empfohlenen Spezialisten einen Termin und wirkt dabei auf einen zeitnahen Termin hin.

Unabhängig vom Leistungsfall können Sie während der Laufzeit dieser Versicherung eine **telefonische Sofortberatung** zum Thema Stress, Überlastung oder Erschöpfung bei einem unabhängigen und qualifizierten Dienstleister in Anspruch nehmen. Bei Bedarf können dabei bis zu fünf ausführliche Beratungsstunden pro Versicherungsjahr vereinbart werden. Dieser Anbieter kann Ihnen darüber hinaus kostenfrei digitale Selbstlerninhalte zum Thema Stressbewältigung zur Verfügung stellen.

Wir sind berechtigt, den Dienstleister während der Vertragslaufzeit zu wechseln. Und wir können nicht garantieren, dass während der gesamten Dauer des Vertrags solche Dienstleistungen verfügbar sind. Dann werden wir Sie unverzüglich über die Nichtverfügbarkeit informieren und der monatliche Versicherungsbeitrag reduziert sich um den entsprechenden Beitragsanteil, der für den Dienstleister gezahlt wird.

Gibt es eine Wartezeit?

Für die Erstattung einer Psychotherapie und die Suche nach einem Psychotherapeuten gilt eine Wartezeit von sechs Monaten. Eine versicherte Person hat demnach einen Versicherungsschutz für ein Burnout-Syndrom, welches bei ihr frühestens 6 Monate nach Versicherungsbeginn diagnostiziert wird. Die telefonische Sofortberatung kann frühestens einen Monat nach Versicherungsbeginn in Anspruch genommen werden.

Wann beginnt und wann endet die Versicherung?

Die Versicherung beginnt an dem Datum, das im Versicherungsschein angegeben ist. Die Versicherung endet, wenn das Enddatum der Versicherung erreicht ist (siehe Versicherungsschein unter „Dauer“). Die Versicherung endet auch, wenn Sie versterben. Darüber hinaus ist es möglich, die Versicherung vorzeitig zu kündigen (siehe „Wie können Sie die Versicherung kündigen?“). Wir können den Versicherungsvertrag zum Ende des laufenden Versicherungsjahres kündigen. Zusätzlich haben wir die Möglichkeit, den Versicherungsvertrag nach Anerkenntnis eines Leistungsfalles zu kündigen.

Wie erhalten Sie Ihre Leistungen?

Wenn Sie vermuten, dass Sie an Burnout erkrankt sind, rufen Sie bei unserem Kundenbetreuer oder der telefonischen Sofortberatung unseres Dienstleisters an. Dieser kann Ihnen dabei helfen, Ihre Situation einzuschätzen und vermittelt bei Bedarf einen geeigneten Psychotherapeuten, der eine entsprechende Diagnose stellen kann.

Wenn bei einer versicherten Person das Burnout-Syndrom diagnostiziert wird, benötigen wir zunächst einige Unterlagen von Ihnen, um zu entscheiden, ob wir Ihnen die Kosten für eine private Psychotherapie übernehmen können. Diese Unterlagen benötigen wir:

- Eine kurze schriftliche Mitteilung über Ihre Erkrankung mit Angabe der Versicherungsnummer z.B. über das Online-Formular oder per E-Mail.

- „Individuelle Information zur psychotherapeutischen Sprechstunde“ eines Psychotherapeuten mit der Diagnose Burnout und Empfehlung einer ambulanten Psychotherapie.
- Das Leistungsverzeichnis Ihrer Krankenversicherung mit Informationen über Behandlungen und Arbeitsunfähigkeitszeiten bis zu fünf Jahre vor Versicherungsbeginn (mit entsprechenden Diagnosen).

Die Kosten der Psychotherapie müssen Sie mit Rechnungsbelegen nachweisen, inklusive eines eventuellen Vorleistungsvermerkes der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), der privaten Krankenversicherung (PKV) oder anderer Erstatte. Wir sind zur Leistung nur dann verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise eingereicht wurden. Wir behalten uns vor, zur Prüfung der Leistungspflicht weitere erforderliche Nachweise (z. B. die Originalrechnung) zu verlangen.

Wir behalten uns das Recht vor, dann allerdings auf unsere Kosten, weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise – insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen – zu verlangen, um die Diagnose zu überprüfen. Dazu können beispielsweise Patientenakten von Ärzten und Psychotherapeuten gehören. Der Versicherte hat Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten, bei denen er in Behandlung war oder sein wird, sowie Personenversicherer und Behörden zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu geben.

Wenn eine der in den obigen Absätzen genannten Pflichten nicht erfüllt wird, kann dies zur Folge haben, dass wir nicht feststellen können, ob oder in welchem Umfang wir leistungspflichtig sind. Eine solche Pflichtverletzung kann somit dazu führen, dass unsere Leistung nicht fällig wird.

Nach erfolgreicher Prüfung überweisen wir Ihnen die Geldleistungen auf Ihr Bankkonto. Wir empfehlen Ihnen, uns ein Konto in der EU zu nennen. Bei Überweisungen außerhalb der EU tragen Sie das damit verbundene Risiko.

Wie können Sie die Versicherung kündigen?

Nach Ablauf der Mindestvertragsdauer von 12 Monaten können Sie Ihre Versicherung jederzeit zum Monatsende kündigen. Wir können Ihre Kündigung besonders schnell bearbeiten, wenn sie online erfolgt.

Welche Regeln gelten für Ihre Beiträge?

Nachdem der Versicherungsantrag angenommen wurde, ist der Erstbeitrag der Versicherung zum Vertragsbeginn fällig. Sofern dieser Einlösungsbeitrag nicht gezahlt wird, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) sind entsprechend der vereinbarten Zahlungsweise während der Dauer des Vertrags zum jeweiligen Fälligkeitstag zu zahlen.

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. Dies wird in der Regel gemeinsam mit Ihrer nächsten Beitragszahlung erfolgen.

Ausstehende Beiträge können mit Leistungen verrechnet werden.

Wie können sich Ihre Beiträge ändern?

Unsere Ausgaben können sich mit der Zeit ändern, unter anderem weil die Kosten im Gesundheitswesen steigen oder Leistungen häufiger in Anspruch genommen werden. Deshalb vergleichen wir jedes Jahr die tatsächlich erforderlichen Versicherungsleistungen mit den Leistungen, die wir ursprünglich berechnet hatten. Dabei ist es in der Zukunft möglich, dass auf den Beitrag individuelle Zuschläge erhoben als auch grundsätzlich die Beiträge erhöht werden. Mögliche Erhöhungen werden von einem externen mathematischen Sachverständigen überprüft und erfolgen nur mit dessen Zustimmung.

Die Änderung des Beitrags werden wir Ihnen unter Angabe der maßgeblichen Gründe in Textform mitteilen. Die Änderung wird zu Beginn des 2. Monats wirksam, der auf unsere Mitteilung folgt. Sind Sie mit der Erhöhung des Beitrages nicht einverstanden, sind wir dazu berechtigt, die Versicherung zu kündigen.

Wie können sich die Versicherungsbedingungen ändern?

Bei einer dauerhaften Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden. Allerdings nur dann, wenn die Änderungen nötig sind, um die Belange der Versicherungsnehmer zu wahren und ein unabhängiger Sachverständiger die Angemessenheit der Änderungen bestätigt hat. Sie werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, nachdem wir Ihnen die Änderungen und deren Gründe mitgeteilt haben.

Wie kommunizieren wir miteinander?

Wenn Sie Änderungen an Ihrem Versicherungsschutz durchführen möchten, können Sie sich per E-Mail an uns wenden. 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.

Für Ihr Widerrufsrecht gelten andere Regeln; über die Voraussetzungen und Rechtsfolgen haben wir Sie vor und bei Vertragsabschluss gesondert informiert.

Wenn sich Ihre E-Mail-Adresse oder Ihr Wohnsitz ändert, müssen Sie uns dies unverzüglich mitteilen. Anderenfalls können für Sie Nachteile entstehen. Wir sind berechtigt, eine an Sie zu richtende Erklärung

an Ihre uns zuletzt bekannte E-Mail-Adresse zu senden. Ebenso sind wir berechtigt, Erklärungen an Sie in Ihrem Online-Kundenbereich zu hinterlegen und Sie per E-Mail darüber zu informieren. Unsere E-Mails an Sie gelten als zugestellt, wenn wir innerhalb von drei Tagen nach dem E-Mail-Versand keine Fehlermeldung erhalten haben.

Was haben Sie bezüglich der vorvertraglichen Anzeigepflicht zu beachten?

Beim Abschluss der Versicherung stellen wir Ihnen einige Fragen zu Ihrer Gesundheit und Ihren Lebensumständen. 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“.

Welche weiteren Bestimmungen gelten für Ihren Vertrag?

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.

Recht und Gerichtsstand

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

Für Klagen aus Ihrem Vertrag gegen uns 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.

Klagen aus Ihrem Vertrag gegen Sie müssen wir bei dem Gericht erheben, das für Ihren Wohnsitz zuständig ist. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich. 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.

Kapitalverwendung

Eine Überschussbeteiligung ist ausgeschlossen.

Sie können die Umwandlung des Vertrags in einen beitragsfreien Versicherungsvertrag nicht verlangen. Beiträge und Reserven werden gemäß den gültigen Prinzipien für Lebensversicherungsgesellschaften in Liechtenstein kalkuliert. Insbesondere werden die Versicherungsbeiträge so berechnet, dass zu keinem Zeitpunkt ein Kapital zur Verfügung steht, welches im Falle einer Beitragsfreistellung eine Umwandlung Ihrer Versicherung in eine Versicherung mit beitragsfreier Versicherungssumme ermöglicht. Ein Rückkaufswert ist zu keiner Zeit vorhanden.