

ERFASSUNGSBOGEN

Details zur Krankenzusatzversicherung

Nachname Vorname Geburtsdatum

Zusatzversicherung

Ambulant

Sollen Kosten einer Heilpraktiker-Behandlung erstattet werden? ja nein

Behandlungen durch Heilpraktiker können vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sein, sie gehören zu den alternativen Behandlungsmethoden. Es gibt in der PKV gravierende Unterschiede in den einzelnen Tarifen.

Soll der Tarif alternative Behandlungsmethoden erstatten? ja nein

Als Naturheilverfahren gelten Akupunktur, Bach-Blüten-Therapie, Homöopathie und ähnliche Verfahren. Die meisten alternativen Behandlungsmethoden sind im Hufeland-Leistungsverzeichnis aufgeführt. I.d.R. sind diese Behandlungen nicht mitversichert.

Soll der Tarif für ambulante Psychotherapie leisten? ja nein

Bei der Psychotherapie besteht meistens eine Begrenzung der Sitzungszahl.

Soll der Tarif Leistungen für Auslandsaufenthalte vorsehen? ja nein

Sinnvoll ist die zusätzliche Absicherung durch eine Auslandsreisekrankenversicherung, die außer dem Rücktransport auch die Behandlungskosten durch einen Arzt oder im Krankenhaus erstattet.

Soll der Tarif auch ohne Vorleistung der GKV Leistungen erbringen? ja nein

Ohne die Vorleistung der GKV kann es zu Einschränkungen oder zur Ablehnung der Leistung kommen.

Stationär

Sollen auch die von der GKV nicht übernommenen Restkosten eines anderen als in der Einweisung genannten Krankenhauses erstattet werden? ja nein

Bei Wahl eines anderen als in der Einweisung genannten Krankenhauses kann es vorkommen, dass nicht alle Kosten übernommen werden. Bei längeren Aufenthalten oder stark abweichenden Kostensätzen können sich die Beträge summieren.

Soll der Versicherer in der stationären Zusatzversicherung auch über die Höchstsätze (3,5fach) der Gebührenordnung hinaus leisten? ja nein

Der Normalfall ist die Abrechnung zum 2,3fachen Satz der Gebührenordnung, ist die Behandlung schwierig kann mit Begründung zum 3,5fachen Satz abgerechnet werden. Möchte der Arzt mit einem noch höheren Steigerungssatz (z.B. 5fach) abrechnen, so muss er das mit dem Patienten vorher schriftlich vereinbaren. Wenn der Tarif die Erstattung nur bis zum 3,5fachen Satz vorsieht, kann der Versicherer bei Abrechnungen, die darüber hinaus gehen, den Betrag der erstattet wird, kürzen.

Soll der Versicherer sein ordentliches Kündigungsrecht begrenzen, wenn nur eine Teilkosten-/ Krankentagegeldversicherung besteht? ja nein

Der Versicherer kann das Vertragsverhältnis innerhalb der ersten 3 Jahre kündigen. Das kann bei häufiger Inanspruchnahme dazu führen, das der Vertrag vom Versicherer gekündigt wird.

Soll der Rücktransport aus dem Ausland mitversichert sein? ja nein

Sinnvoll ist die zusätzliche Absicherung durch eine Auslandsreisekrankenversicherung, die außer dem Rücktransport auch die Behandlungskosten durch einen Arzt oder im Krankenhaus erstattet.

Soll der Tarif für stationäre Psychotherapie leisten? ja nein

Der Versicherer kann die Erstattung einer stationären psychotherapeutischen Behandlung von seiner Leistungspflicht ausschließen oder von seiner vorherigen Zusage abhängig machen. Weiterhin kann er den Leistungsumfang durch die Anzahl von Behandlungstagen begrenzen. Variationen der Erstattungsprozentsätze sind ebenfalls möglich.

Soll der Tarif Leistungen für ambulante Operationen vorsehen?

ja nein

Stationäre Zusatztarife erstatten in der Regel nur die Aufwendungen, die bei einer vollstationären Heilbehandlung entstehen. Zum Teil leisten die Tarife jedoch auch für ambulante Operationen, wenn dadurch ein stationärer Aufenthalt ersetzt oder verkürzt werden kann.

Soll der Tarif Leistungen für eine vor- und nachstationäre Behandlung vorsehen?

ja nein

Die vorstationäre Behandlung dient der Klärung, ob eine beabsichtigte stationäre Behandlung erforderlich ist. Die nachstationäre Behandlung schließt unmittelbar an einen vollstationären Krankenhausaufenthalt an und dient der Sicherstellung und Festigung des Behandlungserfolges.

Zahn

Soll der Tarif Leistungen für Inlays vorsehen?

ja nein

Inlays sind Zahnfüllungen, die im Labor passgerecht für den jeweiligen Zahn gefertigt werden. Sie können aus Metall (Gold), Keramik oder Kunststoff bestehen. In der GKV werden nur Festzuschüsse gezahlt.

Soll der Tarif Leistungen für Implantate vorsehen?

ja nein

Ein Implantat ist eine künstliche Zahnwurzel, welche in den Knochen des Ober- oder Unterkiefers eingebracht werden. Auf oder an diesen kann herausnehmbarer oder festsitzender Zahnersatz verankert werden (sog. implantatgetragener Zahnersatz). In der GKV werden nur Festzuschüsse gezahlt.

Soll der Tarif Leistungen für Kieferorthopädie vorsehen?

ja nein

Hier handelt es sich um zahnärztliche Leistungen zur Beseitigung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen inklusive zugehöriger Material- und Laborkosten.

Soll der Tarif Leistungen für Zahnbehandlung vorsehen?

ja nein

Hier handelt es sich um allgemeine, prophylaktische, konservierende Leistungen (außer der Versorgung mit Kronen) und chirurgische Leistungen sowie Röntgenleistungen und die erforderlichen zahnärztlichen Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut inkl. der Material- und Laborkosten. In der GKV werden nur Festzuschüsse gezahlt.

Sollen Versicherungsleistungen im Zahnbereich in den ersten Versicherungsjahren ohne Summenbegrenzung erstattet werden?

ja nein

Die Leistungen für zahnärztliche Leistungen können in den ersten Versicherungs- oder Kalenderjahren auf bestimmte Höchstbeträge begrenzt sein. Diese Summenbegrenzungen entfallen meist bei Aufwendungen, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

Soll bei Nichtvorlage eines Heil- und Kostenplanes der volle tarifliche Leistungsanspruch bestehen?

ja nein

Der Heil- und Kostenplan ist eine Aufstellung einzelner vorgesehener Leistungen und Vergütungen, d.h. ein Kostenvorschlag geplanter zahnärztlicher Maßnahmen. Der Versicherer möchte vor Behandlungsbeginn prüfen, ob die Behandlung notwendig ist und gegebenenfalls Alternativen aufzeigen. Wenn der Heil- und Kostenplan nicht vorher eingereicht wird, kann der Versicherer die Erstattung kürzen.

GKV-Ergänzung

Sollen für Sehhilfen Leistungen vorgesehen sein?

ja nein

Hier handelt es sich um Brillen, Brillengestelle und/ oder Kontaktlinsen. Zum Teil mit Einschränkungen hinsichtlich der Höhe der Erstattung und auch der Zeiträume.

Sollen für Zahnersatz Leistungen vorgesehen sein?

ja nein

Als Zahnersatz gelten prothetische, implantologische und zahnärztliche Leistungen, Reparaturen von Zahnersatz, Brücken, Kronen, Stiftzähnen, Material- und Laborkosten sowie funktionsanalytische und funktionstherapeutische zahnärztliche Leistungen. In der GKV werden nur Festzuschüsse gezahlt.

Sollen die verbleibenden Restkosten übernommen werden, die entstehen, weil ein anderes als das in der Einweisung genannte Krankenhaus aufgesucht wird?

ja nein

Bei Wahl eines anderen als in der Einweisung genannten Krankenhauses kann es vorkommen, dass nicht alle Kosten übernommen werden. Bei längeren Aufenthalten oder stark abweichenden Kostensätzen können sich die Beträge summieren.

Soll zum Ausgleich der bei der GKV anfallenden Zuzahlung im Krankenhaus ein Krankenhaustagegeld gezahlt werden? ja nein

Gesetzlich Versicherte haben pro Krankenhaustag einen begrenzten Eigenanteil (28 Tage je 10 EUR).

Soll der Tarif Leistungen für Behandlungen durch Heilpraktiker vorsehen? ja nein

Heilpraktikerbehandlungen gehören zu den alternativen Behandlungsmethoden. Es gibt in der PKV gravierende Unterschiede in den einzelnen Tarifen.

Tagegeld

Allgemein

Soll der Versicherer dynamische Anpassungsmöglichkeiten ohne erneute Wartezeiten und Risikoprüfung bieten? ja nein

Durch steigende Einkommen sollte auch das Krankentagegeld angepasst werden. Hier bieten die Versicherer zum einen eine Anpassung nach einer Gehaltserhöhung (innerhalb von 2 Monaten) oder zum anderen in regelmäßigen Abständen.

Soll der Versicherer sein ordentliches Kündigungsrecht begrenzen, wenn nur eine Teilversicherung besteht? ja nein

Der Versicherer kann das Vertragsverhältnis innerhalb der ersten 3 Jahre kündigen. Das kann bei häufiger Arbeitsunfähigkeit zu großen Problemen führen (kein Versicherungsschutz und kaum eine Möglichkeit sich erneut zu versichern).

Soll der Versicherer die Bedingungen hinsichtlich des Geltungsbereichs verbessert haben? ja nein

Versicherungsschutz besteht nur in Deutschland oder bei Aufenthalt im europäischen Ausland bei stationärem Krankenhausaufenthalt. Außerhalb von Europa besteht kein Versicherungsschutz.

Soll der Versicherer bei Rückfallerkrankungen und wiederholter Arbeitsunfähigkeit leisten, ohne dass erneut Karenzzeiten zu durchlaufen sind? ja nein

Wenn wegen der gleichen Krankheit erneut eine Arbeitsunfähigkeit besteht, wird das Krankentagegeld normalerweise erst wieder nach Ablauf der vereinbarten Karenzzeit gezahlt.

Soll die Tagegeldversicherung auch bei Schwangerschaft leisten? ja nein

In der Regel besteht bei Arbeitsunfähigkeit ausschließlich wegen Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung keine Leistungspflicht, der Versicherer kann die Einschränkung ganz oder teilweise aufheben.

Soll bei Berufsunfähigkeit über die allgem. Bedingungen hinaus geleistet werden? ja nein

In der Regel endet die Zahlung des Krankentagegeldes mit Eintritt der Berufsunfähigkeit, der Versicherer kann die Dauer der Zahlung verlängern.

Soll bei Arbeitslosigkeit Versicherungsschutz über die allgemeinen Bedingungen hinaus bestehen? ja nein

Bei Arbeitslosigkeit endet die Versicherung in der Regel, da das Krankentagegeld als Verdienstausschlagabsicherung dient. Ohne Arbeit hat der Versicherte auch keinen Verdienst.

Tagegeldhöhe bzw. Karenzzeiten

Sollen bei Arbeitnehmern / Selbständigen / Freiberuflern Tagegelder versicherbar sein, die höher sind als das aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen? ja nein

Das Krankentagegeld darf in der Regel das Nettoeinkommen nicht übersteigen (Bereicherungsverbot). Zum Teil kann der Beitrag für die Kranken- und Rentenversicherung hinzu gerechnet werden.

Soll eine Umstellung auf kürzere Karenzzeiten bzw. höheres KT ohne erneute Risikoprüfung und/oder Wartezeiten beim Statuswechsel von Arbeitnehmern möglich sein? ja nein

Wenn der Arbeitnehmer seine Tätigkeit aufgibt und sich selbständig macht, benötigt er eine andere Absicherung als vorher.

Pflegezusatzversicherung

Allgemein

Sollen die Einstufung der Pflegebedürftigkeit und die Feststellung der Leistungsvoraussetzungen analog der Pflegepflichtversicherung erfolgen? ja nein

In der Pflegepflichtversicherung gibt es 3 Einstufungen der Pflegebedürftigkeit:

Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige)

Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige)

Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige)

Einzelne Versicherer können von dieser Einstufung abweichen, dies kann zu Problemen bei der Erstattung von Pflegekosten führen. Aber es kann dem Versicherten auch eine bessere Versorgung sichern.

Soll der Versicherer auf eigene Wartezeiten im Pflegezusatztarif verzichten? ja nein

Die Wartezeit kann bis zu 3 Jahre betragen, in dieser Zeit werden keine Leistungen erbracht. In der Regel sind Wartezeiten für jüngere Personen kein Problem (Ausnahme Unfall).

Soll der Versicherer auf Karenzzeiten in der Pflegezusatzversicherung verzichten? ja nein

Die Karenzzeit (leistungsfreie Zeit) kann bis zu 91 Tagen betragen, in dieser Zeit wird keine Leistung erbracht, obwohl der Leistungsfall bereits eingetreten ist.

Besteht ein Leistungsanspruch bei Demenz bzw. in Pflegestufe 0? ja nein

In der Regel leisten Tarife erst ab Pflegestufe I, analog der Pflegepflichtversicherung.

Soll die Pflegezusatzversicherung im Pflegefall beitragsfrei weitergeführt werden? ja nein

Tarife, die im Pflegefall beitragsfrei weitergeführt werden, sind in der Regel teurer, da der Versicherer das Risiko der Beiträge trägt. Alternativ kann das versicherte Pflegegeld etwas höher gewählt werden, um die anfallenden Beiträge zu bezahlen.

Soll eine Einmalzahlung bei erstmaligem Eintritt der Pflegebedürftigkeit erfolgen? ja nein

Manche Tarife beinhalten neben der Hauptleistung des Tarifs auch eine Sonderzahlung bei erstmaliger Feststellung einer Pflegestufe.

Soll der Tarif eine Leistungsdynamik ohne Wartezeiten bzw. Risikoprüfung beinhalten? ja nein

Durch die Dynamik wird der Tarif in bestimmten Zeitabständen in der Höhe angepasst, damit können Kostensteigerungen oder die Inflation ausgeglichen werden.

Soll der Tarif eine Leistungsdynamik ohne Wartezeiten bzw. Risikoprüfung nach Eintritt des Leistungsfalls beinhalten? ja nein

Durch Erhöhung oder Erweiterung des Versicherungsschutzes auch nach dem Eintritt des Versicherungsfalles wird einer schleichenden Entwertung des Versicherungsschutzes durch Kostensteigerungen vorgebeugt.

Soll der Versicherer sein ordentliches Kündigungsrecht begrenzen? ja nein

Der Versicherer kann das Vertragsverhältnis innerhalb der ersten 3 Jahre kündigen. Das kann bei schon eingetretener Pflegebedürftigkeit zu großen Problemen führen (kein Versicherungsschutz und kaum eine Möglichkeit sich erneut zu versichern).

Pflegekosten

Soll ein Leistungsanspruch aus dem Pflegekostentarif bei häuslicher Pflege durch Angehörige (Laienpflege) bestehen? ja nein

Bei der Pflege durch Angehörige kürzen einige Tarife die versicherte Leistung.

Sollen pflegespezifische Hilfsmittel bei ambulanter bzw. teilstationärer Pflege erstattet werden? ja nein

Hierzu zählen bspw. Trage-, Hebe- und Liftgeräte sowie Sonderausstattungen im Sanitärbereich und bei Betten in der Wohnung des Pflegebedürftigen.

Sollen durch den Pflegekostentarif Transportkosten erstattet werden? ja nein

Hierzu zählen z.B. die Transportkosten bei teilstationärer Pflege zur Tages- und Nachtpflege. Ein Teil der Kosten wird durch die Pflegepflichtversicherung erstattet.

Soll der Tarif auch eine Kostenerstattung für Unterkunft und/oder Verpflegung vorsehen?

ja nein

In der Pflegepflichtversicherung werden Unterkunfts- und Verpflegungskosten nur zum Teil erstattet.

Soll auch bei Pflege durch Laien voller Leistungsanspruch auf das versicherte Pflegegeld bestehen?

ja nein

Bei der Pflege durch Angehörige kürzen einige Tarife die versicherte Leistung.