

ERFASSUNGSBOGEN

Details zur Krankenvollversicherung

Nachname Vorname Geburtsdatum

Vollversicherung

Ambulant

Soll der Tarif die Erstattung von Logopädie vorsehen?

ja nein

Die Logopädie umfasst die Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie. Die Behandlung durch Logopäden kann vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sein.

Soll der Tarif die Erstattung von Heilpraktiker-Leistungen vorsehen?

ja nein

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

Soll es einen Katalog alternativer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden geben, die vom Versicherer als erstattungsfähig anerkannt werden?

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 mit versichert.

Soll ambulant durchgeführte Psychotherapie erstattet werden?

ja nein

Psychotherapie kann vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sein. Einige Versicherer können auch die Anzahl der Sitzungen oder Erstattungsprozentsätze begrenzen.

Wird ambulant durchgeführte Psychotherapie auch ohne vorherige Genehmigung erstattet?

ja nein

Einige Tarifbedingungen knüpfen die Erstattungszusage psychotherapeutischer Behandlungen an ein ausführliches ärztliches Attest; teilweise wird eine bestimmte Anzahl von Sitzungen je Kalender- oder Versicherungsjahr mit/ohne Genehmigung erstattet. Unterschiede gibt es darüber hinaus auch in der Erstattungshöhe.

Sollen ambulante Vorsorgeuntersuchungen auch über den Rahmen gesetzlich eingeführter Programme hinaus erstattet werden?

ja nein

Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen haben immer Begrenzungen in der Häufigkeit und in der Art der Untersuchungen sowie bestimmte Mindestalter.

Soll der Tarif ohne Kürzung bei direkter Inanspruchnahme eines Facharztes leisten?

ja nein

Es kann, außer bei den so genannten Hausarztтарifen, jeder gewählte Arzt (Haus- oder Facharzt) aufgesucht werden und eine Behandlung begonnen werden. Bei den Hausarztтарifen muss vor der Behandlung durch einen Facharzt erst ein Hausarzt oder ein bestimmter Facharzt (Gynäkologe, Augen- oder Kinderarzt, abhängig vom gewählten Tarif) aufgesucht werden, ansonsten muss ein Teil der Behandlungskosten selbst getragen werden.

Soll der Versicherer im ambulanten Bereich über die Regelhöchstsätze (bis 2,3fach) der Gebührenordnung hinaus leisten?

ja nein

In der GKV rechnet der Arzt ca. zum 2,0fachen Satz ab, bei Privatpatienten mindestens zum 2,3fachen Satz. Ist die Behandlung schwierig, kann zum 3,5fachen Satz mit Begründung abgerechnet werden. Jede ambulante Behandlung ist in der Gebührenordnung für Ärzte aufgeführt.

Leistet der Versicherer im ambulanten Bereich auch über die Höchstsätze (3,5fach) der Gebührenordnung hinaus?

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 hinausgehen, den Betrag, der erstattet wird, kürzen.

Stationär

Ist eine stationäre Psychotherapie ohne vorherige Genehmigungspflicht erstattungsfähig?

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 Rücktransport aus dem Ausland im Rahmen einer Vollversicherung 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.

Leistet der Versicherer im stationären Bereich auch über die Höchstsätze (3,5fach) der Gebührenordnung hinaus?

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, die Betrag der erstattet wird, kürzen.

Zahn

Leistet der Tarif ohne regelmäßig nachgewiesene Vorsorge/Prophylaxe einen konstanten Erstattungsprozentsatz?

ja nein

Einige Tarife sehen im Zahnbereich eine Abhängigkeit der Erstattungssätze von regelmäßig nachgewiesener Vorsorge vor. So können z.B. nach einer bestimmten Jahresanzahl mit nachgewiesener jährlicher Vorsorge die Erstattungssätze steigen oder ohne einen entsprechenden Nachweis sinken.

Leistet der Tarif unabhängig von der Höhe des Rechnungsbetrages/Tarifleistung einen konstanten Erstattungsprozentsatz?

ja nein

Manche Tarife sehen eine abfallende Leistung nach dem Erreichen bestimmter Rechnungssummen vor. So wird die Erstattung beispielsweise von 75% auf 50% gesenkt, wenn die Tarifleistung für Zahnersatz 5.000 EUR jährlich übersteigt.

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

ja nein

Viele Tarife sehen in den ersten 2 bis 10 Jahren eine Begrenzung der maximalen Erstattung vor. Die Begrenzung soll den Tarif vor Personen schützen, die einen guten Zahnschutz wählen um Ihre Zähne in Ordnung bringen zu lassen und dann den Tarif wieder verlassen. Bei Unfällen werden die Begrenzungen in der Regel aufgehoben.

Werden Versicherungsleistungen ohne jährliche Höchstleistungsbeträge (sog. generelle Summenbegrenzung) über die gesamte Laufzeit erstattet?

ja nein

Einige Tarife sehen eine Begrenzung der maximalen Erstattung über die gesamte Laufzeit des Vertrages vor. Dadurch kann die Erstattung z.B. auf 3.000 EUR pro Jahr begrenzt werden. Bei Unfällen werden die Begrenzungen in der Regel aufgehoben.

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.

Leistet der Versicherer im Zahnbereich auch über die Höchstsätze (3,5fach) der Gebührenordnung hinaus?

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, die Betrag der erstattet wird, kürzen.

Allgemein

Soll im außereuropäischen Ausland vorübergehend auch ohne besondere Vereinbarung über 1 Monat hinaus Versicherungsschutz bestehen? ja nein

Bei einem längeren Aufenthalt im außereuropäischen Ausland könnte dieser Punkt wichtig sein. Innerhalb Europas besteht Versicherungsschutz in gewohnter Weise. Es kann aber aufgrund anderer Abrechnungen vorkommen, dass die Ihnen entstehenden Kosten nicht in voller Höhe übernommen werden.

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 Verdienstausschüttung 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 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 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.

Pflegegeld

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.