

Ihre Krankenversicherung

- Krankheitskosten-Vollversicherung
- Krankentagegeld-Versicherung
- Krankheitskosten-Zusatzversicherung
- Krankenhaustagegeld-Versicherung
- Auslandsreise-Krankenversicherung
- Private Pflege-Pflichtversicherung
- Pflegezusatzversicherung



VERBAND DER PRIVATEN
KRANKENVERSICHERUNG E.V.

50946 KÖLN · POSTFACH 51 10 40

TELEFON 0221 / 3 76 62-0 · TELEFAX 0221 / 3 76 62-10

Die private Krankenversicherung (PKV) ist neben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eine der tragenden Säulen unseres gegliederten Krankenversicherungssystems. Dabei fallen der PKV im Rahmen dieser sozialen Sicherung folgende Aufgaben zu:

- Übernahme des vollen Versicherungsschutzes für solche Personen, die nicht gesetzlich versichert zu sein brauchen, z. B. Selbständige, Beamte, Freiberufler, Studenten, außerdem Arbeiter und Angestellte mit Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze.
- Übernahme eines ergänzenden Versicherungsschutzes für Krankheit und Pflegebedürftigkeit.
- Übernahme von Kosten der ambulanten (Leistungen seit 1. 4. 1995) und stationären Pflege (seit 1. 7. 1996) im Rahmen des Pflege-Versicherungsgesetzes für alle privat Krankenversicherten.

Um diesen Aufgaben gewachsen zu sein, verfügt das individuelle Angebot der PKV über:

- Krankheitskosten-Vollversicherung
- Krankentagegeld-Versicherung
- Krankheitskosten-Zusatzversicherung

- Krankenhaustagegeld-Versicherung
- Auslandsreise-Krankenversicherung
- Private Pflege-Pflichtversicherung
- Pflegezusatzversicherung

Seit dem 1. Juli 1994 kann jedes Versicherungsunternehmen in jedem Mitgliedsstaat der Europäischen Union unter der Aufsicht seines jeweiligen Herkunftslandes privaten Kranken- und Pflegeversicherungsschutz anbieten. Um Ihnen in diesem freien europäischen Versicherungsmarkt auch weiterhin Produkte zu garantieren, die dem gewohnten deutschen Qualitätsstandard entsprechen, hat der Gesetzgeber Schutzvorschriften zugunsten der Verbraucher erlassen. Diesen Regeln muß die Krankheitskosten- und Pflegeversicherung, deren Versicherungsschutz den der gesetzlichen Krankenversicherung ersetzt, entsprechen. Die Kalkulationsgrundlagen mit der Ansammlung von Rückstellungen für das Alter sind im Versicherungsaufsichtsgesetz, die Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsvertrag im Versicherungsvertragsgesetz geregelt. Die neuen Vorschriften, deren Einhaltung durch das Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen kontrolliert wird, bringen dem Verbraucher sogar noch größere Sicherheiten.

Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt nach Vertragsabschluß, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt. Der Vertrag ist abgeschlossen, wenn Ihnen der Versicherungsschein oder eine Annahmeerklärung des Versicherers zugegangen ist. Materieller und technischer Versicherungsbeginn können also auseinanderfallen. Sind Wartezeiten vorgesehen, so beginnt der Versicherungsschutz erst nach ihrem Ablauf. Bei Unfällen besteht keine Wartezeit.

Warum Wartezeiten?

Wartezeiten sollen verhindern, daß die Versichertengemeinschaft schon gleich nach Vertragsbeginn während der Wartezeit mit Ausgaben für solche Krankheiten belastet wird, die bereits vor Vertragsabschluß bestanden oder kurz danach auftreten.

Die Wartezeit dauert drei Monate. Ausnahmen: Acht Monate Wartezeit für Entbindungen, Psychotherapie, zahnärztliche und kieferorthopädische Behandlung sowie Zahnersatz.

In diesen Monaten besteht für den Versicherer ein leistungsfreier Zeitraum, falls nicht ein Wartezeit-Erlaß vereinbart wird oder ein neuerer Tarif keine Wartezeiten vorsieht. Während beim Übertritt von der gesetzlichen in die private

Krankenversicherung die dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet wird, gilt eine solche Anrechnung nicht beim Wechsel innerhalb der PKV. Alle Wartezeiten müssen dann grundsätzlich voll abgelaufen sein, bevor Leistungsansprüche aus dem neuen Versicherungsvertrag bestehen.

In der Pflege-Pflichtversicherung gelten zeitlich gestaffelte Wartezeiten.

Neugeborene werden ohne Wartezeit und Risikozuschlag versichert, wenn sie innerhalb zweier Monate nach der Geburt rückwirkend zum Beginn des Geburtsmonats angemeldet werden und ein Elternteil schon mindestens drei Monate den gleichen Versicherungsschutz unterhält. In der Pflegeversicherung entfällt die Wartezeit, wenn ein Elternteil sie erfüllt.

Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Hat das adoptierte Kind ein höheres Risiko, so ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Prämienhöhe zulässig.

Welchen Schutz haben Sie im Ausland?

In der Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung besteht der Versicherungs-

schutz in ganz Europa, während des ersten Monats eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes ohne besondere Vereinbarung auch in außereuropäischen Ländern. Sonderregeln gibt es in der Krankentagegeld-Versicherung. Erkundigen Sie sich vor der Auslandsreise bei Ihrem Versicherer.

Wenn Sie gesetzlich krankenversichert sind, sollten Sie prüfen, ob Sie im Ausland ausreichend geschützt sind. Die gesetzliche Krankenversicherung leistet nicht in allen Ländern; sie erbringt nur noch Sachleistungen bei Behandlung auf Berechtigungsschein in den Staaten des Europäischen Wirtschaftsraums und in den Ländern, die ein entsprechendes Sozialversicherungsabkommen mit der Bundesrepublik Deutschland unterhalten. Rechnungen von Ärzten und Krankenhäusern des übrigen Auslandes werden von den Kassen nicht mehr erstattet. Für die Kosten eines medizinisch notwendigen Rücktransports aus ausländischen Staaten darf die GKV ohnehin nicht leisten.

Bemühen Sie sich deshalb rechtzeitig bei Ihrem Versicherer um eine Auslandsreise-Krankenversicherung. Bestehen Vorerkrankungen, sollten diese möglichst eingeschlossen werden.

Wofür wird geleistet?

Sie haben die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärz-

ten und Zahnärzten. Soweit in Ihrem Vertrag nichts anderes steht, können Sie auch Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes aufsuchen.

In der Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung ist Leistungsvoraussetzung ein Versicherungsfall: die medizinisch notwendige Heilbehandlung (Untersuchung und Behandlung) wegen Krankheit oder Unfallfolgen, die Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft, die Entbindung sowie gezielte Vorsorgeuntersuchungen.

In der Krankentagegeld-Versicherung ist Versicherungsfall: die medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen, in deren Verlauf der Arzt Arbeitsunfähigkeit feststellt.

In der privaten Pflege-Pflichtversicherung ist Versicherungsfall: Pflegebedürftigkeit in erheblichem oder höherem Maße wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate.

Privatversicherte Arbeitnehmerinnen haben einen gesetzlichen Anspruch auf Mutterschafts- und Er-

ziehungsgeld. Auskunft gibt Ihr Versicherer.

Was können Sie nicht erwarten?

Um den Beitrag in Grenzen zu halten, müssen einige Leistungen begrenzt werden. Zum Beispiel: Wenn der Versicherte Unfälle vorsätzlich verursacht, besteht kein Anspruch, oder für ausgesprochene Schönheitsoperationen. Bei Kuren und Sanatoriums-Aufenthalt beteiligt sich der Versicherer nur, wenn der Tarif es vorsieht. Für Entziehungsmaßnahmen wird unter bestimmten Voraussetzungen auf freiwilliger Basis geleistet. Arzneimittel und Behandlungsmethoden müssen von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sein, sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder mit Rücksicht auf fehlende schulmedizinische Methoden oder Arzneimittel angewandt werden. Das ist den behandelnden Ärzten bekannt. Kriegs- und Wehrdienstbeschädigungen können auf Antrag in den Versicherungsschutz einbezogen werden. In die Krankentagegeld-Versicherung sind Schwangerschaft und Entbindung sowie deren Folgen meist nicht eingeschlossen.

Wie kommen Sie schnell zu Ihrem Geld?

Sie erhalten von Ihrer Versicherung die Leistungen im Regelfall so rechtzeitig, daß Sie damit die

Arzt- und Krankenhausrechnungen innerhalb der gesetzten Frist bezahlen können. Bei Aufenthalt im Krankenhaus stellt Ihnen Ihr Versicherer auf Wunsch eine Kostenübernahme-Erklärung aus und rechnet dann direkt mit dem Krankenhaus ab. Vorauszahlungen durch Sie entfallen so. Erhalten Sie von Ihrem Versicherer einen Krankenausweis (Klinik-Card oder Card für Privatversicherte), brauchen Sie keine gesonderte Kostenübernahmeerklärung anzufordern.

Sie können viel dazu beitragen, daß die Rechnungen bald erstattet werden. Achten Sie darauf, daß jede Arztrechnung insbesondere folgendes enthält: Name der behandelten Person, Diagnose, Daten der Behandlung, Angabe der einzelnen ärztlichen Leistungen mit Ziffer der Gebührenordnung, berechneter Betrag und gewählter Steigerungssatz (Vielfaches des einfachen Gebührensatzes), seit 1. 1. 1996 bei stationärer und teilstationärer Behandlung durch den Chefarzt eine Gebührenminderung um 25 Prozent, durch den Belegarzt um 15 Prozent. Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und für Zahnärzte (GOZ) erhalten Sie bei Ihrem Versicherer. Rezepte sollten Sie möglichst zusammen mit der Arztrechnung einreichen. Senden Sie nur die Originalrechnung ein oder solche Durchschriften, die zum Nachweis eines bereits von anderer Seite erstatteten Betrages dienen.

In der Krankenhaustagegeld-Versicherung wird insbesondere eine ärztliche Bescheinigung über die Dauer des Krankenhausaufenthalts mit Angabe des Patienten und der Bezeichnung der Krankheit benötigt.

In der Krankentagegeld-Versicherung müssen Sie Ihre Arbeitsunfähigkeit unverzüglich, spätestens aber innerhalb der im Tarif festgelegten Frist Ihrem Versicherer melden, und zwar schriftlich. Dafür gibt es ein Formblatt des Versicherers, auf dem Ihr behandelnder Arzt die Dauer der Arbeitsunfähigkeit bescheinigen muß.

Die Leistungen der Pflegeversicherung werden auf Antrag gewährt, jedoch von dem Zeitpunkt an, an dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen (Leistungen für ambulante Pflege seit 1.4.1995, für stationäre seit 1.7.1996).

Empfänger aller dieser Unterlagen kann die Hauptverwaltung oder eine Niederlassung des Versicherers sein. Fügen Sie Ihrer Anschrift die Nummer Ihres Versicherungsscheines und Ihres Kontos hinzu.

Was sollten Sie über den Beitrag wissen?

Im Unterschied zur gesetzlichen Krankenversicherung bemessen sich die Beiträge nicht am Einkommen des Versicherten. Der

Beitrag hängt vielmehr vom Eintrittsalter, vom Geschlecht und vom gewählten Tarif ab.

Wenn Sie schwer erkranken, erhöht Ihr Versicherer deshalb Ihren Beitrag nicht. Die Kalkulation Ihres Beitrages im Anwartschaftsdeckungsverfahren bietet Ihnen die Gewißheit, daß wegen des altersbedingt steigenden Krankheitsrisikos die Beiträge nicht erhöht werden können.

Ein von dem Versicherungsunternehmen bestellter Aktuar hat deshalb sicherzustellen, daß bei der Berechnung der Prämien und der mathematischen Rückstellungen, insbesondere der Alterungsrückstellungen, die versicherungsmathematischen Methoden eingehalten werden. Er muß zudem die Finanzlage des Unternehmens darauf hin prüfen, ob die dauernde Erfüllbarkeit der sich aus den Versicherungsverträgen ergebenden Verpflichtungen jederzeit gewährleistet ist.

Nur wenn nach Eintritt einer ernsthaften Krankheit auf Ihren Wunsch der Vertrag erweitert oder ein neuer Versicherungsschutz beantragt wird, können Sondervereinbarungen, z. B. ein Risikozuschlag, notwendig werden.

Trotzdem sind Beitragserhöhungen nicht immer zu vermeiden. Denken Sie an die Kostensteigerungen im Gesundheitswesen,

neue kostspielige Behandlungsmethoden und an die steigende Inanspruchnahme der Versicherungsleistungen. Nach Zustimmung durch einen unabhängigen Treuhänder lassen die Versicherungsbedingungen dann eine Beitragsanpassung zu. Der Treuhänder tritt aufgrund des neuen Rechts an die Stelle des Bundesaufsichtsamtes für das Versicherungswesen, das bisher die Tarife und Beitragsanpassungen genehmigen mußte. Er muß ausreichende Kenntnisse auf dem Gebiet der Prämienkalkulation der Krankenversicherung besitzen, zuverlässig und von dem ihn bestellenden Unternehmen unabhängig sein. Sie können jedoch den Vertrag kündigen, wenn Sie mit der Erhöhung nicht einverstanden sind.

Sie haben außerdem das Recht, auf Antrag in einen anderen Tarif Ihres Unternehmens mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der im Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung zu wechseln.

Versicherten, die 65 Jahre oder älter sind und mindestens zehn Jahre vollversichert waren, wird ein Standardtarif angeboten. Der Beitrag dieses Tarifs, dessen Leistungen denen der gesetzlichen Kassen (GKV) entsprechen, ist auf den durchschnittlichen Höchstbeitrag der GKV begrenzt. Falls die Beiträge über diese Grenze hinaus erhöht werden müssen,

wird die Differenz von der gesamten Versichertengemeinschaft getragen.

Die Beiträge werden üblicherweise monatlich im Lastschrift-Einzugsverfahren gezahlt. Sie können den Beitrag auch jährlich oder halbjährlich entrichten. Dann erhalten Sie in der Regel einen Rabatt.

Der Beitrag ist als Vorsorgeaufwendung im Rahmen der Sonderausgaben steuerlich abzugsfähig.

Privatversicherte Arbeitnehmer erhalten zu ihrem Beitrag für die Krankheitskosten-, Verdienstausfall- und Pflegeversicherung einen Zuschuß des Arbeitgebers. Der Zuschuß beträgt die Hälfte des PKV-Beitrages, maximal aber soviel, wie der Arbeitgeber bei einer Versicherung in der GKV als Zuschuß im Durchschnitt gewähren müßte. Dazu müssen gesetzlich festgelegte Qualitätsmerkmale erfüllt sein, einschließlich des Angebots eines Standardtarifs für Senioren in der Krankenversicherung. Die Unternehmen händigen dem Versicherten eine Qualitätsbescheinigung zur Vorlage beim Arbeitgeber aus.

Privat krankenversicherte Rentner erhalten zu ihrem Beitrag einen gleich hohen Zuschuß wie gesetzlich versicherte Rentner vom Rentenversicherungsträger für ihre Krankenversicherung, maximal aber die Hälfte der tatsächlichen

Aufwendungen. Ebenso erhalten privat pflegeversicherte Rentner einen Zuschuß des Rentenversicherungsträgers zu ihrem privaten Pflege-Versicherungsbeitrag und zwar in Höhe des Beitragsanteils, den dieser zur sozialen Pflegeversicherung zu zahlen hätte.

Wie können Sie Beiträge sparen?

In der Krankheitskosten-Versicherung können Sie eine Selbstbeteiligung vereinbaren. Darunter versteht man den Eigenanteil der Versicherten an den Kosten ihrer Behandlung. Er wird als Prozentsatz vereinbart oder als DM-Betrag, der während eines bestimmten Zeitraums selbst aufzubringen ist. Je mehr Sie sich an den Krankheitskosten selbst beteiligen, desto geringer ist Ihr Beitrag.

Bei der Wahl Ihrer Krankentagegeld-Versicherung sollten Sie Ihren tatsächlichen Bedarf prüfen: Je später der Zeitpunkt liegt, von dem an bei Arbeitsunfähigkeit das Krankentagegeld gezahlt werden soll, desto geringer ist der Beitrag. Berücksichtigen Sie als Arbeitnehmer die Dauer der Lohn- oder Gehaltsfortzahlung im Krankheitsfall.

Was ist Beitragsrückerstattung?

Die Beiträge fließen als Leistungen an die Versicherten zurück. Daneben sind die Betriebskosten

zu decken. Überschüsse sammelt Ihr Versicherer zum überwiegenden Teil in einem Fonds für Beitragsrückerstattung. Aus ihm lassen sich Beiträge an die Versicherten zurückzahlen, die im Jahr vorher keine Leistungen in Anspruch genommen haben.

Es kann sich also lohnen, wenn Sie kleinere Rechnungen nicht sofort einreichen, sondern sammeln. Nach Ablauf des Jahres stellt der Versicherer auf Ihren Wunsch hin fest, ob es für Sie günstiger ist, sich Rechnungen oder Beiträge erstatten zu lassen.

Der Fonds für Beitragsrückerstattung dient auch dazu, Beitragserhöhungen zu mildern. Sind sie wegen gestiegener Krankheitskosten unumgänglich, kann der Versicherer dem Fonds Gelder entnehmen und sie für eine pauschale Beitragsermäßigung verwenden. Die höhere Belastung des Versicherten fällt dann um so geringer aus.

Nach dem Versicherungsrecht müssen die PKV-Unternehmen 80 Prozent der Überzinsen aus der Alterungsrückstellung der Krankheitskostentarife zur Beitragsentlastung im Alter verwenden, jedoch nicht mehr als 2,5 Prozent der vorhandenen Alterungsrückstellung.

Wann endet der Versicherungsvertrag?

Als Vertragspartner können Sie selbstverständlich Ihre Versicherung kündigen. Das sollte aber immer gut überlegt sein! – Sie können vorbehaltlich einer vereinbarten Mindestlaufzeit ein Krankenversicherungsverhältnis, das für die Dauer von mehr als einem Jahr eingegangen ist, zum Ende des ersten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten kündigen.

Vor Ablauf des Versicherungsjahres können Sie kündigen, wenn Sie Pflichtmitglied der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung werden.

Haben Sie die Absicht zu kündigen, um zu einem anderen Krankenversicherer überzuwechseln, sollten Sie folgende Punkte beachten:

1. Beim neuen Versicherer gibt es in der Regel neue Wartezeiten.
2. Da Sie inzwischen älter geworden sind, müssen Sie unter Umständen mit einem höheren Beitrag rechnen.
3. Sind oder waren Sie krank, kann es sein, daß der neue Versicherer Ihre Krankheit nur dann in den Versicherungsschutz einschließt, wenn Sie einen Beitragszuschlag zahlen.

Der Versicherer kann aber auch einen Antrag ablehnen.

4. Kündigen Sie nie, bevor Sie nicht die Zusage für die neue Versicherung haben.

Der Vertrag endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die mitversicherten Personen haben jedoch das Recht, den Vertrag fortzusetzen. Er endet auch, wenn der Versicherungsnehmer ins Ausland zieht und nichts anderes vereinbart wird.

Krankentagegeld-Versicherungen gehen beispielsweise auch bei Eintritt der Berufsunfähigkeit oder bei Bezug einer Altersrente zu Ende.

Übrigens: Das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers kann gesetzlich oder vertraglich ausgeschlossen sein. Ihr Versicherer kann außerdem Ihre Krankheitskosten-Versicherung, Ihre Krankentagegeld-Versicherung oder Ihre Pflegeversicherung nicht kündigen, wenn diese Versicherung ganz oder teilweise den gesetzlichen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann. Aber: Eine Krankentagegeld-Versicherung, für die Sie keinen Arbeitgeberzuschuß beantragen können, kann der Versicherer in den ersten drei Jahren unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen.

Wie erhält man die gute Partnerschaft?

Der Krankenversicherungsvertrag wird wie kaum ein anderer Vertrag vom Vertrauen geprägt. Gegenseitige Informationen tragen dazu bei, es zu erhalten und Störungen des Versicherungsschutzes zu vermeiden. Nehmen auch Sie Ihre Vertragspflichten ebenso wichtig wie Ihre Vertragsrechte.

Denken Sie vor allem daran, daß der Versicherer bei falschen oder unvollständigen Angaben im Antragsvordruck vom Vertrag zurücktreten und den Versicherungsschutz verweigern kann, und daß Sie den Abschluß eines anderen Krankenversicherungsvertrages jedem der beteiligten Versicherer anzeigen müssen. In allen Fragen Ihrer Krankenversicherung wenden Sie sich bitte gleich an Ihren Versicherer.