

Vorschlag für eine Krankenversicherung nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV

PKVberlin
M. Krolinski, Tel. 030 / 98637080

KV-Vorschlag für Muster Musterbeispiel

Beruf Angestellte / kaufmännischer Angestellter

Status freiwillig versichert - Vollversicherung

Geschlecht männlich

Geburtsdatum 10.05.1979

Neubeginn 01.09.2010

Der Vorschlag für eine Krankenversicherung basiert auf Ihren Angaben zur Person, auf Ihren angegebenen Wünschen und den ermittelten Bedürfnissen. Bitte prüfen Sie daher alle Angaben entsprechend sorgfältig, insbesondere auch die Tarifleistungen der Vorschläge! Für alle Tarifaussagen gelten ausschließlich die MB/AVB Teil 1 + 2 sowie die Tarifbedingungen AVB Teil 3 der Gesellschaften Hallesche, R+V und HanseMerkur.

Hallesche	EA 31	Währung: €	R+V	EA 31	Währung: €	HanseMerkur	EA 31	Währung: €
Tarif	Rating	Tarifbeitrag	Tarif	Rating	Tarifbeitrag	Tarif	Rating	Tarifbeitrag
NKBonus (BAP 09/10) 720€ jährlicher Bonus der im Leist- ungsfall verrechnet wird. 100% Arznei+..., 80% für Heilm.+...	B	351,98	AGILcomfort(MP0) (BAP 01/11) SB von € 0 für ASZ; 100% durch Primärarzt, sonst 75%; Optionsrecht, Option auf Zusatzvers.	A	320,62	KVE3(StartFit) (BAP 01/09) SB insgesamt für ASZ € 600, 100% durch Primärarzt, sonst 80%, 10% Gesundheitsrabatt, Option	E	113,35
Ww.1-/2-Bettzimmer mit Privatarzt, Auslandsrücktransport, Überführung im Todesfall, Bestattung im Ausland 100% für ZB+ZE bis 550 EUR darüber zu hinaus zu 75%, KfO zu 75% SUMBE	A+ B		Zweibettzimmer mit Privatarzt, Rooming-in, Auslandsschutz, Ersatzkrankenhaustagegeld ZB 100% - ZE 75% - KFO 75% bis 21. Lebensjahr, Implantate 75%, Inlays 75%, keine Summenbegrenzung	A A		Mehrbettzimmer mit Belegarzt ZB 100% - KFO 80% - ZE 80%, Kronen und Einlagefüllungen, ZB bis Regelhöchstsatz	B C	
KT43 (BAP 01/08) 80 EUR Tagegeld ab dem 43.Tag	A+	20,80	TA6 (BAP 01/11) 80 EUR Tagegeld ab dem 43.Tag	D	23,52	T43 (BAP 01/08) 80 EUR Tagegeld ab 43.Tag i.V.KK	C	21,60
PVN (BAP 01/10) Private PflegePflichtVersicherung Gesetzl. Zuschlag 10% nach §12 VAG zur Prämienermäßigung im Alter		18,93 35,20	PPN (BAP 01/10) Private PflegePflichtVersicherung Gesetzl. Zuschlag 10% nach §12 VAG zur Prämienermäßigung im Alter		19,00 32,06	PVN (BAP 01/10) Private PflegePflichtVersicherung Gesetzl. Zuschlag 10% nach §12 VAG zur Prämienermäßigung im Alter		19,27 11,34
Monatsbeitrag (MB)	A	426,91	Monatsbeitrag (MB)	B	395,20	Monatsbeitrag (MB)	C	165,56
- Arbeitgeberanteil (AG)		213,46	- Arbeitgeberanteil (AG)		197,60	- Arbeitgeberanteil (AG)		82,78
= Arbeitnehmeranteil (AN)		213,46*	= Arbeitnehmeranteil (AN)		197,60*	= Arbeitnehmeranteil (AN)		82,78*

* Für die Berechnung wurde ein maximaler verfügbarer Arbeitgeberanteil von € 262,50 (36,56 € PPV) vorausgesetzt.

Tarifleistungen/Bedingungsanalyse nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV

PKVberlin
M. Krolinski, Tel. 030 / 98637080

KV-Vorschlag für Muster Musterbeispiel

Die Leistungsübersicht sowie die Vorschläge basieren auf Ihren Angaben zur Person, auf Ihren angegebenen Wünschen und den ermittelten Bedürfnissen. Bitte prüfen Sie daher alle Angaben entsprechend sorgfältig, insbesondere auch die Tarifleistungen der Vorschläge! Für alle Tarifaussagen gelten ausschließlich die MB/AVB Teil 1 + 2 sowie die Tarifbedingungen AVB 3 der Gesellschaften Hallesche, R+V und HanseMerkur.

Gesellschaft Hallesche

Tarif NKBonus (BAP 09/10), KT43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Gesellschaft R+V

Tarif AGILcomfort(MP0) (BAP 01/11), TA6 (BAP 01/11), PPN (BAP 01/10)

Gesellschaft HanseMerkur

Tarif KVE3(StartFit) (BAP 01/09), T43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Ambulant

Kündigungsverzicht §14(2)		Verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht auch dann, wenn nur eine Krankheitskostenteilversicherung besteht? § 14 (2) MB/KK	
Ja.	A+	Ja.	A+
Anzeigepflicht §14(3)		Verjährt der Verstoß gegen die vorvertragliche Anzeigepflicht gemäß §§ 19 bis 21 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG)? § 14 (3) MB/KK	
Nach §§ 21 (3), 194 (1) 3 VVG kann der Versicherer wegen einer Verletzung der dem Versicherungsnehmer bei der Schließung des Vertrages obliegenden Anzeigepflicht vom Vertrag nicht mehr zurücktreten, wenn seit der Schließung drei Jahre verstrichen sind. Das Rücktrittsrecht bleibt bestehen, wenn die Anzeigepflicht arglistig verletzt worden ist (Gilt für alle Gesellschaften!).	A+	Nach §§ 21 (3), 194 (1) 3 VVG kann der Versicherer wegen einer Verletzung der dem Versicherungsnehmer bei der Schließung des Vertrages obliegenden Anzeigepflicht vom Vertrag nicht mehr zurücktreten, wenn seit der Schließung drei Jahre verstrichen sind. Das Rücktrittsrecht bleibt bestehen, wenn die Anzeigepflicht arglistig verletzt worden ist (Gilt für alle Gesellschaften!).	A+
Arbeitslos + Beitragsfrei		Besteht bei Arbeitslosigkeit eine beitragsfreie Ruhensvereinbarung?	
Ja, längstens für 2 Jahre. Die Beitragsteile, die geschäftsplanmäßig für die Ruhezeit der Alterungsrückstellung hätten zugeführt werden müssen, werden in Form eines monatlichen Beitragszuschlags nacherhoben, wenn die Ruhezeit länger als 6 Monate dauert.	B	Ja, es kann ein beitragsfreies Ruhen bis max. 36 Monate vereinbart werden.	A+
		Maximal 3 Jahre für den gesamten Versicherungsschutz möglich, danach Anwartschaft.	A+

Tarifleistungen/Bedingungsanalyse nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV

PKVberlin
M. Krolinski, Tel. 030 / 98637080

KV-Vorschlag für Muster Musterbeispiel

Gesellschaft Hallesche

Tarif NKBonus (BAP 09/10), KT43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Gesellschaft R+V

Tarif AGILcomfort(MP0) (BAP 01/11), TA6 (BAP 01/11), PPN (BAP 01/10)

Gesellschaft HanseMercur

Tarif KVE3(StartFit) (BAP 01/09), T43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Selbstbehalt gilt für

Auf welche Leistungsbereiche (ambulant/stationär/Zahn) bezieht sich der Selbstbehalt?

Selbstbehalt bzw. jährliche Bonusleistung insgesamt für ambulante, stationäre und zahnärztliche Leistungen.

F

Es besteht kein absoluter Selbstbehalt.

A+

Selbstbehalt insgesamt für ambulante, stationäre und zahnärztliche Leistungen.

F

Bonus

In Tarifstufe NK Bonus erhält der Versicherungsnehmer (VN) für jede versicherte Person (VP) je versicherten Monat, in dem Versicherungsschutz nach Tarif NK Bonus besteht, einen Bonus von 60€

- maximal ergibt dies einen Bonus von 720 € je Kalenderjahr je VP.

Werden Rechnungen zur Erstattung eingereicht, wird der gesamte jährliche Bonus von 720€ auf den Erstattungsbetrag angerechnet. Dies gilt auch, wenn die Versicherung nach NK Bonus vor Ablauf eines Kalenderjahres endet.

Der Bonus wird monatlich auf ein Konto des VN ausgezahlt. Voraussetzung für die Auszahlung des Bonus ist die Bezahlung des Beitrags per Lastschriftinzugsverfahren. Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar eines Kalenderjahres, so ermäßigt sich die Anrechnung für dieses Jahr um jeweils 1/12 für jeden Monat, in dem die Versicherung noch nicht bestand.

Einreichung von Kostenbelegen

Es wird empfohlen, Kostenbelege erst ab der Höhe der jährlichen Bonusleistung einzureichen.

Diese liegt in der Tarifstufe NK Bonus bei 720€

Es besteht eine 25%ige Selbstbeteiligung bei Nichteinhaltung des Primärarztprinzips:

100% der Kosten bei Behandlung durch die nachstehenden Ärzte.

Der gleiche Erstattungsprozentsatz gilt bei Überweisung durch den Primärarzt an einen Facharzt. Die Überweisung gilt bis zum Abschluss der angeratenen Behandlung, längstens sechs Monate ab dem Überweisungsdatum.

75% bei direkter Konsultation eines unten nicht genannten Facharztes.

(Dabei gilt, wird ein weiterer Arzt derselben Fachrichtung in Anspruch genommen, bedarf es vor dem Arztwechsel einer erneuten Überweisung durch den Primärarzt.)

Als Primärärzte gelten ausschließlich

- praktische Ärzte,
- Fachärzte für Allgemeinmedizin,
- Fachärzte für Frauen-, Augen- oder Kinderheilkunde,
- Not- oder Bereitschaftsärzte.

Hebammen/Entbindungspfleger sind Primärärzten gleichgestellt.

Tarifleistungen/Bedingungsanalyse nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV

PKVberlin
M. Krolinski, Tel. 030 / 98637080

KV-Vorschlag für Muster Musterbeispiel

Gesellschaft Hallesche

Tarif NKBonus (BAP 09/10), KT43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Gesellschaft R+V

Tarif AGILcomfort(MP0) (BAP 01/11), TA6 (BAP 01/11), PPN (BAP 01/10)

Gesellschaft HanseMercur

Tarif KVE3(StartFit) (BAP 01/09), T43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Heilpraktiker §4(2)

Werden die Kosten für Behandlung beim Heilpraktiker voll erstattet? § 4 (2) MB/KK

Erstattet werden 80% der Aufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 2600€pro Kalenderjahr.

A+

75% der Kosten werden für Heilpraktikerleistungen im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) bis zu einem Gesamtbetrag (einschließlich Arznei- und Verbandmittel) von 750€im Kalenderjahr erstattet.

C

Keine Tarifleistung.

F

Erstattungsfähig sind:

Alle im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (Stand 1985) aufgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden einschließlich Heilmittel und Wegegebühren bis zum jeweiligen aufgeführten Höchstbetrag sowie Arznei- und Verbandmittel.

Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar eines Kalenderjahres, so ermäßigt sich der Betrag von 2600€für dieses Jahr um jeweils 1/12 für jeden nicht versicherten Monat. Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, ermäßigt sich der jeweilige Höchstbetrag nicht.

Altern. Heilmethoden §4(6)

Welche alternativen Heilmethoden werden nach Aufhebung der Wissenschaftlichkeitsklausel konkret erstattet? § 4 (6) MB/KK

Es wird für Methoden und Arzneien geleistet, die von der Schulmedizin anerkannt sind.
Darüber hinaus für Methoden, die sich in der Praxis als erfolgsversprechend bewährt haben oder weil keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen.
Eine Herabsetzung der Leistung auf den Betrag, der bei schulmedizinischen Methoden angefallen wäre, ist möglich.

E

Es wird für Methoden und Arzneien geleistet, die von der Schulmedizin anerkannt sind.
Darüber hinaus für Methoden, die sich in der Praxis als erfolgsversprechend bewährt haben oder weil keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen.
Eine Herabsetzung der Leistung auf den Betrag, der bei schulmedizinischen Methoden angefallen wäre, ist möglich.

E

Keine Tarifleistung.

F

Bei Erbringung durch den Heilpraktiker werden die Kosten im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) ersetzt.

Tarifleistungen/Bedingungsanalyse nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV

PKVberlin
M. Krolinski, Tel. 030 / 98637080

KV-Vorschlag für Muster Musterbeispiel

Gesellschaft Hallesche

Tarif NKBonus (BAP 09/10), KT43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Gesellschaft R+V

Tarif AGILcomfort(MP0) (BAP 01/11), TA6 (BAP 01/11), PPN (BAP 01/10)

Gesellschaft HanseMerkur

Tarif KVE3(StartFit) (BAP 01/09), T43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Psychotherapie §4(2)

Was leistet die Gesellschaft bei psychotherapeutischer Behandlung? § 4 (2) MB/KK

Erstattet werden 80% der Aufwendungen durch Ärzte auch ohne vorherige Zusage und ohne Sitzungszahlbegrenzung.

B

Nach vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherers auch approbierte Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten gemäß Psychotherapeuten Gesetz. Geleistet wird für tiefenpsychologische und analytische Psychotherapie sowie für Verhaltenstherapie.

75% der Kosten werden für Psychotherapie erstattet, soweit sie durch Ärzte, Heilpraktiker oder Psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erbracht wird.

C

Für die Kosten im Rahmen der GOP gilt, dass die Erstattung entsprechend der Erstattung der Höchstsätze der GOÄ erfolgt.

Keine Tarifleistung.

F

Selbstbehalt ab 65. Lebensjahr Um welchen Betrag reduziert sich der Selbstbehalt ab dem 65. Lebensjahr?

Keine Reduzierung des Selbstbehaltes bzw. der jährlichen Bonusleistung im Rentenalter.

F

Der Tarif sieht keinen Selbstbehalt vor.

A+

Keine Reduzierung des Selbstbehaltes im Rentenalter.

F

Vorsorgeuntersuchung §1(2)b

Für welche Vorsorgeuntersuchungen werden die Kosten voll erstattet? § 1 (2) b MB/KK

Ambulante Untersuchungen ohne Einschränkung; bei medizinischer Notwendigkeit auch stationär.

A+

100% der Kosten werden für Vorsorgeuntersuchungen erstattet.

A

Ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen).

D

Schutzimpfungen:

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die empfohlenen Impfungen der ständigen Impfkommision (STIKO - siehe Anhang 2) am Robert - Koch - Institut sind das zurzeit (Stand März 2007) für Säuglinge, Kinder und Jugendliche diejenigen gegen Diphtherie, Grippe, Haemophilus influenzae Typ b, Hepatitis A, Hepatitis B, humane Papillomaviren (für Mädchen), Keuchhusten, Kinderlähmung, Masern, Meningokokken, Mumps, Pneumokokken, Röteln, Tetanus, Windpocken und die Zeckenschutzimpfung.

Übernommen werden gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen ohne Altersbegrenzung.

Kurort- Behandlung §5(1)e

Besteht bei Behandlung in Kurorten der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort? § 5 (1) e MB/KK

Ja.

A+

Ja.

A+

Ja.

A+

Tarifleistungen/Bedingungsanalyse nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV

PKVberlin
M. Krolinski, Tel. 030 / 98637080

KV-Vorschlag für Muster Musterbeispiel

Gesellschaft Hallesche

Tarif NKBonus (BAP 09/10), KT43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Gesellschaft R+V

Tarif AGILcomfort(MP0) (BAP 01/11), TA6 (BAP 01/11), PPN (BAP 01/10)

Gesellschaft HanseMerkur

Tarif KVE3(StartFit) (BAP 01/09), T43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Kur aus Ambulanttarif §5(1) Was leistet die Gesellschaft bei ambulanten Kuren, am Wohnort bzw. Kurort, ohne Zusatztarif? § 5 (1) MB/KK

Die entstandenen Kosten im tariflichen Rahmen für Behandlung und Untersuchung.

A+

100% der Kosten werden für ambulanten Kurbehandlung bis zu einem Betrag von 600€je Kur erstattet.

E

Keine Tarifleistung.

F

Übernommen werden ärztliche Behandlung und Arzneimittelversorgung.

75% der Kosten werden für die Heilmittelversorgung im Zusammenhang mit ambulanten Kuren ersetzt.

Die Erstattung erfolgt frühestens nach dreijähriger Versicherungsdauer in einem Tarif MP und danach jeweils frühestens drei Jahre nach Abschluss der letzten Kurbehandlung.

Tarifleistungen/Bedingungsanalyse nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV

PKVberlin
M. Krolinski, Tel. 030 / 98637080

KV-Vorschlag für Muster Musterbeispiel

Gesellschaft Hallesche

Tarif NKBonus (BAP 09/10), KT43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Gesellschaft R+V

Tarif AGILcomfort(MP0) (BAP 01/11), TA6 (BAP 01/11), PPN (BAP 01/10)

Gesellschaft HanseMercur

Tarif KVE3(StartFit) (BAP 01/09), T43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Hilfsmittel §4(3)

Werden die Anschaffungskosten für alle Hilfsmittel unbegrenzt erstattet, wenn diese ärztlich verordnet wurden? § 4 (3) MB/KK

100% Kostenerstattung für Hilfsmittel gemäß dem tariflichen Hilfsmittelverzeichnis. **A+**

Es besteht Versicherungsschutz für folgende medizinische Hilfsmittel:

- Absauggeräte*, Applikationshilfen (Medikamente /Nahrungsmittel), Atemmonitore*,
- Bandagen, Beatmungsgeräte, Behindertendreirad, Bewegungsgeräte (Moto- med, Revital, Therafit), Blindenhund (Anschaffung und Ausbildung), Blindenleitgeräte /Blindenstock, Blutdruckmessgeräte, Blutzuckermessgeräte, Bruchbänder, Brustprothesen,
- CoaguChek- Geräte*,
- elektrische Lesehilfen, Epithesen, Ernährungspumpen,
- Gehhilfen /Gehstützen,
- Herzfrequenzmonitore*, Herzschrittmacher, Hörgeräte,
- Infusionspumpen, Inhalationsgeräte, Inkontinenzartikel, Inkontinenztrainingsgeräte, Insulinpumpen,
- Kommunikationshilfen (Sprachausgabegeräte), Kompressionsstrümpfe, Körperersatzstücke, Krankenfahrstühle*, Kunstaugen, künstliche Glieder, künstlicher Kehlkopf,
- Lagerungsartikel (Nachtschienen /Lagerungskissen), Leibbinden, Liegeschalen,
- nCPAP- Geräte*,
- Milchpumpen,
- Orthesen, orthopädische Einlagen zur Fußkorrektur, orthopädische Rumpf-, Arm-, Beinstützapparate, orthopädische Maßschuhe, orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen,
- Perücke, Toupet (in besonderen Fällen), Prothesen (Arm-/Fußprothesen), Pulsoximeter*,
- Sauerstoffgeräte*, Sauerstoffkonzentratoren*, Säuglings-Überwachungsmonitore*, Sitzschalen, Stoma-Versorgungsartikel,

75% der Kosten werden für Hilfsmittel erstattet. **A**

Übernommen werden medizinisch notwendige Hilfsmittel und Körperersatzstücke, Behandlungs- und Kontrollgerät sowie Blindenhunde. Ersetzt wird auch die jeweilige Reparatur.

Nicht übernommen werden Verbrauchs- und Gebrauchsmaterialien, sanitäre Bedarfsartikel und Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens (z.B. Massagegeräte, Heizkissen, Fieberthermometer) sowie Kosten für die Pflege von Hilfsmitteln, wie z.B. Pflegemittel, Ersatzbatterien, Ladegeräte und bei Blindenhunden z.B. tierärztliche Behandlung, Futterkosten außerdem Kosten für nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Anschaffungszweck stehendes Zubehör.

90% der Kosten werden für Hilfsmittel erstattet. **B**

Übernommen werden ausschließlich Stoma-, Tracheostoma- und Inkontinenz- Versorgungsartikel; Bandagen; Orthesen und Prothesen, jeweils in funktionaler Standardausführung; die aus medizinischen Fachgeschäften bezogenen Bruchbänder, Leibbinden und Gummistrümpfe, orthopädischen Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate, orthopädischen Schuhe, Einlagen und Schuhzurichtungen; Kunstaugen, CoaguCheck- Systeme (Gerinnungsmonitore), Insulinpumpen, Medikamentenpumpen, Absauggeräte; Heimdialysegeräte, Rollatoren und Krankenfahrstühle sowie bis zu einem Rechnungsbetrag von 1000 EUR (= Erstattungsbetrag von 900 EUR) je Versicherungsfall Hör- und Sprechhilfen.

Erstattet werden auch die Kosten für Leihe und die Reparatur.

Außerdem werden bei medizinischer Notwendigkeit Sauerstoffkonzentratoren, Flüssigsauerstoff, Herz- und Atemmonitore sowie Pulsoxymeter für Säuglinge vom **Versicherer zur Verfügung gestellt.**

Tarifleistungen/Bedingungsanalyse nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV

PKVberlin
M. Krolinski, Tel. 030 / 98637080

KV-Vorschlag für Muster Musterbeispiel

Die Leistungsübersicht sowie die Vorschläge basieren auf Ihren Angaben zur Person, auf Ihren angegebenen Wünschen und den ermittelten Bedürfnissen. Bitte prüfen Sie daher alle Angaben entsprechend sorgfältig, insbesondere auch die Tarifleistungen der Vorschläge! Für alle Tarifaussagen gelten ausschließlich die MB/AVB Teil 1 + 2 sowie die Tarifbedingungen AVB 3 der Gesellschaften Hallesche, R+V und HanseMerkur.

Gesellschaft Hallesche

Tarif NKBonus (BAP 09/10), KT43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Gesellschaft R+V

Tarif AGILcomfort(MP0) (BAP 01/11), TA6 (BAP 01/11), PPN (BAP 01/10)

Gesellschaft HanseMerkur

Tarif KVE3(StartFit) (BAP 01/09), T43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Hilfsmittel §4(3)

Werden die Anschaffungskosten für alle Hilfsmittel unbegrenzt erstattet, wenn diese ärztlich verordnet wurden? § 4 (3) MB/KK

- TENS- Geräte, **A+**
- Ultraschallvernebler*,
- UVA- /UVB- Bestrahlungsgeräte,
- Wechseldruckmatratzen*

Darüber hinaus sind grundsätzlich lebenserhaltende Hilfsmittel erstattungsfähig, wenn die lebenserhaltende Funktion durch kein hier genanntes Hilfsmittel gewährleistet werden kann.

*Diese Hilfsmittel (HM) werden vom VR nach Möglichkeit vorrangig leihweise zum Gebrauch überlassen. Generell bietet der VR Unterstützung bei der Auswahl und Anschaffung des geeigneten HMs über seinen Hilfsmittelservice.

Daher wird empfohlen, bei HM ab einem Rechnungsbetrag von 350 € dem VR vor Bezug des HMs die ärztliche Verordnung vorzulegen.

Erstattet werden auch Aufwendungen für die **Reparatur** von o.g. HM, ausgenommen an Sohlen und Absätzen von orthopädischen Maßschuhen.

Krankenfahrstuhl §4(3)

Inwieweit wird die Anschaffung oder Miete eines Krankenfahrstuhls erstattet? § 4 (3) MB/KK

100% Erstattung.	A+	75% der Kosten werden für Krankenfahrstühle erstattet.	A	90% Erstattung. (Im Zusammenhang mit ambulanten Operationen 100% Erstattung.)	A+
Nach Möglichkeit wird der Krankenfahrstuhl vom Versicherer vorrangig leihweise zum Gebrauch überlassen.		Übernommen werden medizinisch notwendige Krankenfahrstühle einschließlich Reparatur.			
Erstattet werden auch Aufwendungen für die Reparatur von Krankenfahrstühlen.		Nicht übernommen werden Kosten für die Pflege von Krankenfahrstühlen außerdem Kosten für nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Anschaffungszweck stehendes Zubehör.			

Tarifleistungen/Bedingungsanalyse nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV

PKVberlin
M. Krolinski, Tel. 030 / 98637080

KV-Vorschlag für Muster Musterbeispiel

Gesellschaft Hallesche

Tarif NKBonus (BAP 09/10), KT43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Gesellschaft R+V

Tarif AGILcomfort(MP0) (BAP 01/11), TA6 (BAP 01/11), PPN (BAP 01/10)

Gesellschaft HanseMercur

Tarif KVE3(StartFit) (BAP 01/09), T43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

orthopädische Schuhe §4(3) Inwieweit wird die Anschaffung orthopädischer Schuhe erstattet? § 4 (3) MB/KK

Gesellschaft Hallesche	A+	Gesellschaft R+V	A	Gesellschaft HanseMercur	A+
100% Erstattung, jedoch keine ausdrückliche Übernahme von Reparaturen.		75% der Kosten werden für orthopädische Schuhe erstattet. Übernommen werden orthopädische Schuhe einschließlich Reparatur. Nicht übernommen werden die Kosten für die Pflege von orthopädischen Schuhen, wie z.B. Pflegemittel außerdem Kosten für nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Anschaffungszweck stehendes Zubehör.		90% der Kosten werden für orthopädische erstattet, soweit sie aus medizinischen Fachgeschäften werden. Im Zusammenhang mit ambulanten Operationen , die anstelle einer stationären Operation durchgeführt wird, werden die Kosten für Hilfsmittel zu 100% erstattet. Erstattet werden auch die Kosten für Leihe und die Reparatur.	

Heilmittel §4(3) Werden alle verordneten Heilmittel zu 100% erstattet? § 4 (3) MB/KK

Gesellschaft Hallesche	B	Gesellschaft R+V	A	Gesellschaft HanseMercur	A
80% der erstattungsfähigen Aufwendungen. <u>Erstattungsfähige Heilmittel sind:</u> - Inhalationen, - Krankengymnastik /Bewegungsübungen, - Massagen, - Packungen /Hydrotherapie /Bäder, - Kälte- und Wärmebehandlung, - Elektrotherapie, - Lichttherapie, - Logopädie und - Beschäftigungstherapie (Ergotherapie). Die Aufwendungen sind bis zu den im Heilmittelverzeichnis (siehe Anhang 1 des Tarifdruckstücks) genannten Preisen erstattungsfähig.		75% der Kosten werden für Heilmittel erstattet, soweit sie von Ärzten, Heilpraktikern oder Angehörigen anderer staatlich anerkannter Heil(hilfs)berufe (z.B. Masseurern) erbracht werden. <u>Übernommen werden</u> medizinische Bäder, Massagen, Packungen, Inhalationen, mechanische Behandlungen, Bestrahlungen und andere Anwendungen des elektrischen Stroms, Atmungsbehandlungen, logopädische Behandlung einschließlich Stimmbildungen, Schwangerschaftsgymnastik (jedoch keine Geburtsvorbereitungskurse), Krankengymnastik und Übungsbehandlungen sowie Ergotherapie. <u>Nicht ersetzt werden</u> Mehraufwendungen für die Behandlung in der Wohnung des Patienten.		90% der Kosten werden für Heilmittel erstattet. Übernommen werden Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen, Logopädie, Schwangerschaftsgymnastik, Massagen sowie medizinische Bäder jeder Art. Im Zusammenhang mit ambulanten Operationen , die anstelle einer stationären Operation durchgeführt werden, werden die Kosten für Heilmittel zu 100% erstattet.	

Tarifleistungen/Bedingungsanalyse nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV

PKVberlin
M. Krolinski, Tel. 030 / 98637080

KV-Vorschlag für Muster Musterbeispiel

Gesellschaft Hallesche

Tarif NKBonus (BAP 09/10), KT43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Gesellschaft R+V

Tarif AGILcomfort(MP0) (BAP 01/11), TA6 (BAP 01/11), PPN (BAP 01/10)

Gesellschaft HanseMercur

Tarif KVE3(StartFit) (BAP 01/09), T43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Arznei/Verbandmittel §4(3) Werden verordnete allopathische und homöopathische Arznei- sowie Verbandmittel zu 100% erstattet? § 4 (3) MB/KK

Erstattet werden 100% der Aufwendungen.

A+

100% der Kosten werden für Arznei- und Verbandmittel erstattet.

A+

100% Erstattung, soweit sie durch einen Primärarzt (Allgemeinmedizin, Frauen-, Augen- und Kinderheilkunde) verordnet sind, sonst 80%.

A+

Als Arzneimittel im Sinne von § 4 (3) MB/KK 2009 gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nährmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z.B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden und die enteral oder parenteral verabreicht werden. Der VR bietet Unterstützung beim Bezug dieser Nährmittel an.

Als Arzneimittel gelten nicht Ovulationshemmer, Geriatrika, Nähr-, Stärkungs-, Haarwuchs-, Abmagerungspräparate, Hormonpräparate im Rahmen von Anti- Aging- Maßnahmen, potenzfördernde, kosmetische und Desinfektionsmittel, reine Mineralwässer, Badezusätze und Ähnliches, auch wenn sie vom Behandler verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten.

Übernommen werden Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind bzw. die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Arzneimittel zur Verfügung stehen. Der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei Anwendung schulmedizinischer Arzneimittel angefallen wäre.

Nicht übernommen werden Nährmittel und Stärkungspräparate (auch sexuelle) sowie Badezusätze, Desinfektions- und Kosmetikmittel. Hingegen ersetzt werden Nährstofflösungen zur enteralen und parenteralen Ernährung.

Keine Nähr-, Stärkungs-, Desinfektions-, Entfettungs-, Abführ- und kosmetische Mittel etc.

Brillen/Sehhilfen §4(3) Was erstattet die Gesellschaft bei Bezug von Sehhilfen (Brillen, Kontaktlinsen usw.) je Kalenderjahr? § 4 (3) MB/KK

Erstattungsfähig sind Sehhilfen (Brillen und Kontaktlinsen) insgesamt bis zu einem Rechnungsbetrag von 260 EUR alle 2 Jahre; bei einer Veränderung der Sehschärfe um 0,5 Dioptrien auch vorher.

E

100% der Kosten werden für Sehhilfen bis zu einem Betrag von 300€ in 3 Kalenderjahren erstattet.

E

Bis 100 EUR alle drei Jahre.

E

GOÄ- Ärzte ambulant §4(2) Werden die ärztlichen Leistungen bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattet? § 4 (2) MB/KK

Ja, bis zu den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (3,5facher Satz).

A+

Ja, bis zu den Höchstsätzen der GOÄ.

A+

Ja, bis zu den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (3,5facher Satz).

A+

GOÄ- Ärzte amb. darüber §4(2) Werden die ärztlichen Leistungen auch über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus erstattet, und wenn ja, in welchem Umfang? § 4 (2) MB/KK

Keine Begrenzung auf die Gebührenordnung für Ärzte, sofern sachlich und formalrechtlich begründet.

A+

Keine Tarifleistung.

F

Keine Tarifleistung.

F

Tarifleistungen/Bedingungsanalyse nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV

PKVberlin
M. Krolinski, Tel. 030 / 98637080

KV-Vorschlag für Muster Musterbeispiel

Gesellschaft Hallesche

Tarif NKBonus (BAP 09/10), KT43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Gesellschaft R+V

Tarif AGILcomfort(MP0) (BAP 01/11), TA6 (BAP 01/11), PPN (BAP 01/10)

Gesellschaft HanseMercur

Tarif KVE3(StartFit) (BAP 01/09), T43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

GOÄ- Ärzte ambulant Ausland Wird bei ambulanten Arztkosten, die unabhängig vom Aufenthaltszweck im Ausland entstanden sind, der Rechnungsbetrag in voller Höhe erstattet (ggf. ohne Bindung an die GOÄ)?

Akut: Ja, der volle Rechnungsbetrag (§ 5 Abs. 2 MB/KK 2009 beachten).

A+

Akut / gezielt: Im Ausland werden die ambulanten Arztkosten zu 75% erstattet, soweit sie den üblichen Berechnungsgrundlagen des jeweiligen Aufenthaltslandes entsprechen.

A

Akut / gezielt: Ja, der volle Rechnungsbetrag (§ 5 Abs. 2 MB/KK beachten).

B

Ohne Bindung an die deutsche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Ohne Bindung an die deutsche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Vergleichswert(e) bis zum 3,5fachen Satz der GOÄ.

Leistungsbegrenzung bei gezielter Behandlung im Ausland:

- a) Keine Leistungspflicht besteht für Mehrkosten einer Heilbehandlung im Ausland, sofern der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung ins Ausland gereist ist. Als Mehrkosten gelten dabei die Kostenanteile der Behandlung im Ausland, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland übersteigen.
- b) Die Kürzungsbefugnis gemäß Abs. a) gilt entsprechend für Entbindungen. Ist ein Elternteil Staatsangehöriger des Aufenthaltslandes, entfällt diese Einschränkung, sofern der Versicherungsnehmer die Staatsbürgerschaft nachweist.
- c) Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat, findet Abs. a) keine Anwendung.
- d) Wenn im Rahmen eines Notfalles, also einer nicht planbaren Behandlung, ein ausländisches Krankenhaus die nächstgelegene geeignete Behandlungsstätte darstellt, findet Abs. a) ebenfalls keine Anwendung.

Tarifleistungen/Bedingungsanalyse nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV

PKVberlin
M. Krolinski, Tel. 030 / 98637080

KV-Vorschlag für Muster Musterbeispiel

Die Leistungsübersicht sowie die Vorschläge basieren auf Ihren Angaben zur Person, auf Ihren angegebenen Wünschen und den ermittelten Bedürfnissen. Bitte prüfen Sie daher alle Angaben entsprechend sorgfältig, insbesondere auch die Tarifleistungen der Vorschläge! Für alle Tarifaussagen gelten ausschließlich die MB/AVB Teil 1 + 2 sowie die Tarifbedingungen AVB 3 der Gesellschaften Hallesche, R+V und HanseMerkur.

Gesellschaft Hallesche

Tarif NKBonus (BAP 09/10), KT43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Gesellschaft R+V

Tarif AGILcomfort(MP0) (BAP 01/11), TA6 (BAP 01/11), PPN (BAP 01/10)

Gesellschaft HanseMerkur

Tarif KVE3(StartFit) (BAP 01/09), T43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Stationär

Geltungsbereich §1(4)	Erstreckt sich der Geltungsbereich ohne zeitliche Begrenzung auf außereuropäische Länder (weltweit) in den Krankheitskostentarifen? § 1 (4) MB/KK					
Der Versicherungsschutz erstreckt sich, ohne dass es einer besonderen Vereinbarung bedarf, auf weltweite Heilbehandlung. Für das außereuropäische Ausland gilt dies, solange es sich nicht um eine Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts handelt.	A+	Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Es besteht für 6 Monate Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland ohne besondere Vereinbarung.	C	Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vgl. aber § 15 Abs. 3). Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Ab Beginn des 2. Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland verringern sich die tariflichen Leistungen um ein Drittel, wenn nicht vor der Ausreise etwas anderes vereinbart wurde. Muß der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, so wird der volle Versicherungsschutz so lange gewährt, bis die versicherte Person die Rückreise ohne Gefährdung der Gesundheit antreten kann.	E	
Stat. Ausl.behandlung §4(4)	Kann gezielt ein europäisches oder außereuropäisches Krankenhaus zur stationären Behandlung aufgesucht werden? § 4 (4) MB/KK					
Ja, wenn medizinisch notwendig.	A+	Ja.	A+	Ja.	A+	
Transportkosten weltweit	Werden die Transportkosten in voller Höhe übernommen, wenn bei medizinischer Notwendigkeit gezielt ein Krankenhaus außerhalb Deutschlands zur stationären Behandlung aufgesucht wird?					
Die Kosten für den Hin- und Rücktransport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus werden erstattet.	D	75% der Kosten werden für medizinisch notwendige Transporte zum und vom nächstgelegenen, für die Heilbehandlung erforderlichen Krankenhaus erstattet.	E	Kosten des Transports mittels Krankenwagen oder Rettungshubschrauber zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.	D	
Transportkosten im Inland	Sind Krankentransporte zur stationären Behandlung, unabhängig vom Transportmittel, in jedes gewünschte Krankenhaus versichert?					
Nur Hin- und Rücktransporte zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.	B	100% der Kosten werden für medizinisch notwendige Transporte zum und vom nächstgelegenen, für die Heilbehandlung erforderlichen Krankenhaus erstattet.	B	Kosten des Transports mittels Krankenwagen oder Rettungshubschrauber zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.	A	

Tarifleistungen/Bedingungsanalyse nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV

PKVberlin
M. Krolinski, Tel. 030 / 98637080

KV-Vorschlag für Muster Musterbeispiel

Gesellschaft Hallesche

Tarif NKBonus (BAP 09/10), KT43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Gesellschaft R+V

Tarif AGILcomfort(MP0) (BAP 01/11), TA6 (BAP 01/11), PPN (BAP 01/10)

Gesellschaft HanseMercur

Tarif KVE3(StartFit) (BAP 01/09), T43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Auslandsrücktransport

Werden die Kosten für einen medizinisch angezeigten Auslandsrücktransport erstattet, und wenn ja, in welcher Höhe?

Aus Tarif URZ:

Erstattet werden 100 % der notwendigen Kosten für einen aus medizinischen Gründen erforderlichen Rücktransport (Beförderung kranker oder verletzter Personen, die nicht mit eigenen oder öffentlichen Verkehrsmitteln als gewöhnlicher Passagier reisen können) in die BRD, wenn an Ort und Stelle bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet und dadurch eine Gesundheitsschädigung zu befürchten ist. Der Anspruch auf Kostenerstattung vermindert sich um die Rückreisekosten, die bei normalem Verlauf der Reise entstanden wären, soweit dem Versicherten wegen der Nichtinanspruchnahme Erstattungsansprüche zustehen.

C

100% der Kosten werden für medizinisch notwendige Rücktransporte aus dem Ausland in die Bundesrepublik Deutschland bei Reisen ins Ausland von bis zu 45 Tagen erstattet, soweit bei im Ausland unvorgesehener Erkrankung oder Unfall dort eine ausreichende ärztliche Versorgung nicht sichergestellt ist und der Rücktransport von einem im Ausland zugelassenen Arzt angeordnet wurde.

B

Keine Tarifleistung.

F

Entziehungsmaßnahme §5(1)b

Werden Entziehungsmaßnahmen erstattet, und wenn ja, in welchem Umfang? § 5 (1) b MB/KK

Sofern die versicherte Person keinen anderweitigen Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung hat, wird abweichend von § 5 (1) b MB/KK 2009 aus Tarifen mit Leistungen für allgemeine Krankenhausleistungen bei der ersten stationären Entziehungsmaßnahme geleistet, wenn und soweit der Versicherer vor Beginn der Maßnahme die Leistung schriftlich zugesagt hat. Die Zusage kann von einer Begutachtung über die Erfolgsaussicht durch einen vom Versicherer bestimmten Arzt abhängig gemacht werden. Dabei sind unabhängig vom versicherten Stationärarbitar nur allgemeine Krankenhausleistungen zuschussfähig. Aus einer Krankenhaustagegeldversicherung wird im Rahmen von Satz 1 nur geleistet, soweit diese zur Deckung der Kosten einer stationären Behandlung bestimmt ist.

E

Keine Tarifleistung.

F

Keine Tarifleistung.

F

Beitragsfrei bei Elternschaft

Für wie viele Monate erfolgt eine Beitragsfreistellung bei Bezug von Elterngeld bzw. bei Elternurlaub?

Keine Beitragsfreistellung.

F

Keine Beitragsfreistellung.

F

Keine Beitragsfreistellung.

F

Tarifleistungen/Bedingungsanalyse nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV

PKVberlin
M. Krolinski, Tel. 030 / 98637080

KV-Vorschlag für Muster Musterbeispiel

Gesellschaft Hallesche

Tarif NKBonus (BAP 09/10), KT43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Gesellschaft R+V

Tarif AGILcomfort(MP0) (BAP 01/11), TA6 (BAP 01/11), PPN (BAP 01/10)

Gesellschaft HanseMerkur

Tarif KVE3(StartFit) (BAP 01/09), T43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Stationäre Unterkunft §4(4) Welche Art von Unterkunft mit welcher ärztlichen Behandlung wird erstattet? § 4 (4) MB/KK

Wahlweise Ein- oder Zweibettzimmer mit Privatarzt.

A+

Zweibettzimmer mit Privatarzt.

A

Mehrbettzimmer mit Belegarzt.

B

Es wird folgendes Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt:

Bei Verzicht auf Kostenerstattung für den
Unterkunftszuschlag 26 EUR,
bei Verzicht auf Kostenerstattung für gesondert vereinbarte
privatärztliche Leistungen 26 EUR.
Bei teilstationärer Heilbehandlung wird kein
Krankenhaustagegeld gezahlt.

Bei Verzicht auf die:

- gesondert berechnete Unterbringung im Zweibettzimmer
wird ein Ersatz - KHT (Krankenhaustagegeld) in Höhe von
20 EUR gezahlt,
- privatärztliche Behandlung wird ein Ersatz - KHT in Höhe
von 40 EUR (bei Kindern bis einschließlich 15 Jahre 20
EUR) gezahlt.
- die gesondert berechnete Unterbringung im
Zweibettzimmer und die privatärztliche Behandlung, beträgt
das Ersatz - KHT 60 EUR (bei Kindern bis einschließlich 15
Jahre 40 EUR).

Beitragsfreistellung:

Dauert ein erstattungsfähiger Krankenhausaufenthalt länger
als 8 Wochen an, erhält der VN für Tarif MP der betroffenen
versicherten Person für den laufenden Monat eine
Beitragsgutschrift.
Dies gilt entsprechend auch für die nächsten Monate, in
denen die stationäre Heilbehandlung fortbesteht.
Voraussetzung ist eine mindestens 12 - monatige
Versicherungsdauer bei Beginn der stationären
Heilbehandlung.

Tarifleistungen/Bedingungsanalyse nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV

PKVberlin
M. Krolinski, Tel. 030 / 98637080

KV-Vorschlag für Muster Musterbeispiel

Gesellschaft Hallesche

Tarif NKBonus (BAP 09/10), KT43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Gesellschaft R+V

Tarif AGILcomfort(MP0) (BAP 01/11), TA6 (BAP 01/11), PPN (BAP 01/10)

Gesellschaft HanseMerkur

Tarif KVE3(StartFit) (BAP 01/09), T43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Kur aus Stationärтарif §5(1) Was wird bei einer stationären Kur ohne Zusatzтарif geleistet? § 5 (1) MB/KK

Bei einer Kur in einem Heilbad oder Kurort, auch bei einem Aufenthalt in einem Sanatorium, werden die unter II.1. (Ambulante Heilbehandlung) genannten erstattungsfähigen Aufwendungen zu den dort genannten Prozentsätzen erstattet.

A

100% der Kosten werden für stationäre Kuren bis zu einem Betrag von 600€je Kur erstattet.

E

Keine Tarifleistung.

F

Für maximal 28 Tage wird ein Kurtagegeld von 11 EUR gezahlt. Voraussetzungen sind, daß der Kur ein mind. 14-tägiger Krankenhausaufenthalt vorausgegangen ist, sie vom behandelnden Arzt im Krankenhaus aus medizinischen Gründen verordnet wurde, und daß die Kur innerhalb von 3 Monaten nach dem Krankenhausaufenthalt beginnt.

Übernommen werden Unterkunft in einer Kurklinik, ärztliche Behandlung und Arzneimittelversorgung.

75% der Kosten werden für die Heilmittelversorgung im Zusammenhang mit stationären Kuren ersetzt.

Die Erstattung erfolgt frühestens nach dreijähriger Versicherungsdauer in einem Tarif MP und danach jeweils frühestens drei Jahre nach Abschluss der letzten Kurbehandlung.

GOÄ- Ärzte stationär §4(2) Werden die ärztlichen Leistungen im Krankenhaus bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattet? § 4 (2) MB/KK

Ja, im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte, bis zu den Höchstsätzen (3,5facher Satz).

A+

Ja, bis zu den Höchstsätzen der GOÄ.

A+

Allgemeine Krankenhausleistungen gemäß BPFIV bis zum Höchstsatz der GOÄ.

E

GOÄ- Ärzte stat. darüber §4(2) In welchem Umfang werden ärztlichen Leistungen im Krankenhaus auch über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte hinaus erstattet? § 4 (2) MB/KK

Keine Begrenzung auf die Gebührenordnung für Ärzte, sofern sachlich und formalrechtlich begründet.

A+

Keine Tarifleistung.

F

Keine Tarifleistung.

F

Tarifleistungen/Bedingungsanalyse nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV

PKVberlin
M. Krolinski, Tel. 030 / 98637080

KV-Vorschlag für Muster Musterbeispiel

Gesellschaft Hallesche

Tarif NKBonus (BAP 09/10), KT43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Gesellschaft R+V

Tarif AGILcomfort(MP0) (BAP 01/11), TA6 (BAP 01/11), PPN (BAP 01/10)

Gesellschaft HanseMercur

Tarif KVE3(StartFit) (BAP 01/09), T43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

GOÄ- Ärzte stationär Ausland Wird der Rechnungsbetrag für Krankenhaus- und Arztkosten, die unabhängig vom Aufenthaltszweck im Ausland entstanden sind, in voller Höhe erstattet (ggf. ohne Bindung an die GOÄ)?

Akut: Ja, der volle Rechnungsbetrag (§ 5 Abs. 2 MB/KK 2009 beachten).

A+

Akut / gezielt: Im Ausland werden die stationären Arztkosten erstattet, soweit sie den üblichen Berechnungsgrundlagen des jeweiligen Aufenthaltslandes entsprechen.

A+

Akut / gezielt: In vertraglichem Umfang sind erstattungsfähig die Heilbehandlungskosten für Verrichtungen des Behandlers, soweit sie dieser nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte in Rechnung stellen kann.

B

Ohne Bindung an die deutsche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Ohne Bindung an die deutsche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Vergleichswert(e) bis zum 3,5fachen Satz der GOÄ.

Leistungsbegrenzung bei gezielter Behandlung im Ausland:

- a) Keine Leistungspflicht besteht für Mehrkosten einer Heilbehandlung im Ausland, sofern der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung ins Ausland gereist ist. Als Mehrkosten gelten dabei die Kostenanteile der Behandlung im Ausland, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland übersteigen.
- b) Die Kürzungsbefugnis gemäß Abs. a) gilt entsprechend für Entbindungen. Ist ein Elternteil Staatsangehöriger des Aufenthaltslandes, entfällt diese Einschränkung, sofern der Versicherungsnehmer die Staatsbürgerschaft nachweist.
- c) Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat, findet Abs. a) keine Anwendung.
- d) Wenn im Rahmen eines Notfalles, also einer nicht planbaren Behandlung, ein ausländisches Krankenhaus die nächstgelegene geeignete Behandlungsstätte darstellt, findet Abs. a) ebenfalls keine Anwendung.

Psychotherapie stat. §§1, 4 Welche Leistungen werden bei einer ärztlich verordneten stationären Psychotherapie übernommen?

100% der Kosten werden für die medizinisch notwendige psychotherapeutische Heilbehandlung erstattet.

A+

100% der Kosten werden für stationäre Psychotherapie erstattet, soweit sie durch Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführt wird.

B

100% der Kosten werden für die medizinisch notwendige psychotherapeutische Heilbehandlung erstattet.

A+

Für die Kosten im Rahmen der GOP gilt, dass die Erstattung entsprechend der Erstattung der Höchstsätze der GOÄ erfolgt.

Tarifleistungen/Bedingungsanalyse nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV

PKVberlin
M. Krolinski, Tel. 030 / 98637080

KV-Vorschlag für Muster Musterbeispiel

Gesellschaft Hallesche

Tarif NKBonus (BAP 09/10), KT43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Gesellschaft R+V

Tarif AGILcomfort(MP0) (BAP 01/11), TA6 (BAP 01/11), PPN (BAP 01/10)

Gesellschaft HanseMercur

Tarif KVE3(StartFit) (BAP 01/09), T43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Gemischte Anstalten §4 (5) Leistet der Tarif für Behandlungen in Krankenanstalten, die auch Kuren / Sanatoriumsbehandlung durchführen bzw. Rekonvaleszenten aufnehmen?

Ja, soweit diese unter ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen. Außerdem muss eine schriftliche Zusage des Versicherers vor Beginn der Behandlung vorliegen.

A+

Ja, soweit diese unter ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen. Außerdem muss eine schriftliche Zusage des Versicherers vor Beginn der Behandlung vorliegen.

A+

Ja, soweit diese unter ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen. Außerdem muss eine schriftliche Zusage des Versicherers vor Beginn der Behandlung vorliegen.

A+

Eine schriftliche Leistungszusage nach § 4 (5) MB/KK 2009 ist nicht erforderlich, wenn:
- es sich um eine Notfalleinweisung handelt,
- wenn die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Versicherten ist und ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt werden sollen, die eine stationäre Aufnahme und Therapie erfordern.

Eine schriftliche Zusage ist nicht notwendig, wenn
- ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt werden, die eine stationäre Behandlung erfordern oder
- es sich um eine Notfalleinweisung handelt oder
- während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftritt, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert oder
- die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes ist.

Eine schriftliche Zusage ist nicht notwendig,
- soweit ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt werden, die eine stationäre Akutbehandlung erfordern oder
- soweit es sich um eine Notfalleinweisung (bei Unfällen oder lebensbedrohlichen Zuständen) handelt oder
- soweit es sich um eine medizinisch notwendige stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB) handelt, die innerhalb von zwei Wochen nach der stationären Akutbehandlung angetreten wurde und die aufgrund einer der folgenden Indikationen medizinisch notwendig war: Bypassoperation am Herzen, akuter Herzinfarkt, Operation am offenen Herzen, Wirbelsäulenoperation, Schlaganfall, Gelenkersatz am Knie- oder Hüftgelenksprothesen oder Nagelung von Oberschenkelhalsbrüchen, sofern kein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger besteht oder
- soweit die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes oder gewöhnlichen Aufenthalts des Versicherten ist oder
- soweit während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat. Die Leistungen sind auf den Zeitraum der stationären Behandlung dieser akuten Erkrankung begrenzt.

Außerdem wird auch für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen eines Rheumaleidens in solchen Heilstätten geleistet, die sich auf die Behandlung von Rheumakranken spezialisiert haben.

Tarifleistungen/Bedingungsanalyse nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV

PKVberlin
M. Krolinski, Tel. 030 / 98637080

KV-Vorschlag für Muster Musterbeispiel

Gesellschaft Hallesche

Tarif NKBonus (BAP 09/10), KT43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Gesellschaft R+V

Tarif AGILcomfort(MP0) (BAP 01/11), TA6 (BAP 01/11), PPN (BAP 01/10)

Gesellschaft HanseMerkur

Tarif KVE3(StartFit) (BAP 01/09), T43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Ambulante OP §§1 I, II, 4 I,II Was leistet der Tarif bei ambulanten Operationen, die stationäre Behandlungen ersetzen?

100% der Kosten werden für ambulante Operationen erstattet.

A+

Tarifliche Erstattung als ambulante Behandlung.

A+

Bei ambulanten Operationen werden neben der Kostenerstattung anderweitige Vergünstigungen gewährt: Transportkosten bis 50€ und für Heil- und Hilfsmittel, die im Zusammenhang mit ambulanten Operationen stehen, werden statt 90% zu 100% erstattet.

A+

Tarifleistungen/Bedingungsanalyse nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV

PKVberlin
M. Krolinski, Tel. 030 / 98637080

KV-Vorschlag für Muster Musterbeispiel

Gesellschaft Hallesche

Tarif NKBonus (BAP 09/10), KT43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Gesellschaft R+V

Tarif AGILcomfort(MP0) (BAP 01/11), TA6 (BAP 01/11), PPN (BAP 01/10)

Gesellschaft HanseMercur

Tarif KVE3(StartFit) (BAP 01/09), T43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Optionsrecht

Welche Option auf Anpassung des Versicherungsschutzes bietet der Tarif?

Kein Optionsrecht.

F

Der Tarif beinhaltet Optionen auf Wechsel ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten in Tarife mit Mehrleistungen.

Zeitlich festgelegte Wechsel

a) Der Wechsel von diesem Tarif in einen Tarif MP mit niedriger Selbstbehaltstufe kann jeweils zum 01.01. des Kalenderjahrs verlangt werden, das auf das fünfte, zehnte, fünfzehnte und jedes weiter durch fünf teilbare Versicherungsjahr einer ununterbrochenen Versicherungsdauer in diesem Tarif folgt, soweit der Antrag spätestens am 15.12. des Vorjahrs beim Versicherer eingeht.

b) Der Wechsel von diesem Tarif in einen Tarif TN mit derselben Selbstbehaltstufe kann jeweils zum 01.01. des Kalenderjahrs verlangt werden, das auf das fünfte, zehnte bzw. fünfzehnte Versicherungsjahr einer ununterbrochenen Versicherungsdauer in den Tarifen EP, MP oder TN folgt, soweit der Antrag auf den Wechsel spätestens am 15.12. des Vorjahres beim Versicherer eingeht.

Die unter a) und b) zu erfüllende Versicherungsdauer beginnt

- mit erstmaligem Versicherungsbeginn in diesem Tarif, sofern die versicherte Person mindestens das Alter 16 (Kalenderjahr minus Geburtsjahr) erreicht hat und nicht nach den Besonderen Bedingungen für Studenten und Schüler versichert ist oder
- mit dem Erreichen des Alters 16, soweit die Versicherung nicht nach den besonderen Bedingungen für Studenten und Schüler fortgeführt wird bzw.
- nachdem die Besonderen Bedingungen für Studenten und Schüler geendet haben, mit Fortführung der Versicherung.

A

Der Versicherungsnehmer erhält für jede versicherte Person das Recht, im 4., 6., und 8. Versicherungsjahr ohne Risikoprüfung für den bestehenden Versicherungsschutz in einen höherwertigen Versicherungsschutz des Versicherers zu wechseln, sofern vor Abschluss des Tarifs keine andere Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer bestanden hat.

Bei Umstellung im 4. Jahr wird auf eine erneute Gesundheitsprüfung und neue Risikozuschläge verzichtet. Bei Umstellung im 6. Jahr bzw. 8. Jahr kann für hinzukommende Teile ein Risikozuschlag verlangt werden, sofern ein erhöhtes Risiko vorliegt. Der Risikozuschlag für die Mehrleistung ist im 6. Jahr auf 50% und im 8. Jahr auf 100% des auf die Mehrleistung entfallenden Beitragsanteils beschränkt.

Für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes sind keine Wartezeiten einzuhalten. Für laufende Versicherungsfälle wird ab dem Umwandlungstermin nach den dann geltenden Tarifen geleistet. Eine Umstellung der Versicherung für Kinder, die nach den Bestimmungen der Kindernachversicherung gemäß §2 Abs. 2 und 3 MB/KK 94 versichert wurden, kann nur gleichzeitig mit der Umstellung der Versicherung eines Elternteils erfolgen.

B

Tarifleistungen/Bedingungsanalyse nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV

PKVberlin
M. Krolinski, Tel. 030 / 98637080

KV-Vorschlag für Muster Musterbeispiel

Die Leistungsübersicht sowie die Vorschläge basieren auf Ihren Angaben zur Person, auf Ihren angegebenen Wünschen und den ermittelten Bedürfnissen. Bitte prüfen Sie daher alle Angaben entsprechend sorgfältig, insbesondere auch die Tarifleistungen der Vorschläge! Für alle Tarifaussagen gelten ausschließlich die MB/AVB Teil 1 + 2 sowie die Tarifbedingungen AVB 3 der Gesellschaften Hallesche, R+V und HanseMerkur.

Gesellschaft Hallesche

Tarif NKBonus (BAP 09/10), KT43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Gesellschaft R+V

Tarif AGILcomfort(MP0) (BAP 01/11), TA6 (BAP 01/11), PPN (BAP 01/10)

Gesellschaft HanseMerkur

Tarif KVE3(StartFit) (BAP 01/09), T43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Optionsrecht

Welche Option auf Anpassung des Versicherungsschutzes bietet der Tarif?

A

Wechsel bei Entsendung ins Ausland

Bei Entsendung einer versicherten Person für einen begrenzten Zeitraum ins Ausland durch den Arbeitgeber im Rahmen eines in der Bundesrepublik Deutschland bestehenden Beschäftigungsverhältnisses, kann der Wechsel von diesem Tarif in den Tarif TN mit derselben Selbstbehaltstufe verlangen.

Dies gilt auch für die im Ausland mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft lebenden Familienangehörigen (Ehegatten, Lebenspartner und Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bzw. solange sie nach den Besonderen Bedingungen für Schüler und Studenten versichert sind), sofern sie ebenfalls in einem Tarif MP oder EP versichert sind.

Beginn und voraussichtliches Ende der Auslandsbeschäftigung sind durch eine Bescheinigung des Arbeitgebers vor dem Tarifwechsel nachzuweisen.

Der Wechsel kann zum Ersten eines Monats, in dem die Auslandsbeschäftigung beginnt, verlangt werden, soweit der Antrag und der Nachweis spätestens am 15. des Vormonats beim Versicherer eingegangen sind. Bei späterem Zugang erfolgt der Wechsel zum nächsten Monatsersten nach Eingang.

Nach einem Wechsel gilt die Versicherung im Tarif TN derselben Selbstbehaltstufe bis zum Ende des Monats, in dem die Auslandsbeschäftigung beendet wird (für Familienangehörige, die die häusliche Gemeinschaft zuvor beenden, bis zum Ende des entsprechenden Monats). Ab dem darauffolgenden Monatsersten wird die Versicherung wieder in diesem Tarif weitergeführt, aus dem der Wechsel erfolgte.

Das tatsächliche Ende der Auslandsbeschäftigung ist durch

Tarifleistungen/Bedingungsanalyse nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV

PKVberlin
M. Krolinski, Tel. 030 / 98637080

KV-Vorschlag für Muster Musterbeispiel

Die Leistungsübersicht sowie die Vorschläge basieren auf Ihren Angaben zur Person, auf Ihren angegebenen Wünschen und den ermittelten Bedürfnissen. Bitte prüfen Sie daher alle Angaben entsprechend sorgfältig, insbesondere auch die Tarifleistungen der Vorschläge! Für alle Tarifaussagen gelten ausschließlich die MB/AVB Teil 1 + 2 sowie die Tarifbedingungen AVB 3 der Gesellschaften Hallesche, R+V und HanseMerkur.

Gesellschaft Hallesche

Tarif NKBonus (BAP 09/10), KT43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Gesellschaft R+V

Tarif AGILcomfort(MP0) (BAP 01/11), TA6 (BAP 01/11), PPN (BAP 01/10)

Gesellschaft HanseMerkur

Tarif KVE3(StartFit) (BAP 01/09), T43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Optionsrecht

Welche Option auf Anpassung des Versicherungsschutzes bietet der Tarif?

Bescheinigung des Arbeitgebers nachzuweisen bzw. die Beendigung der häuslichen Gemeinschaft durch eine Meldebescheinigung oder andere geeignete Belege. **A**

Umwandlung Voll in Zusatz

Unter welchen Bedingungen kann bei Eintritt der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung die bestehende Krankheitskostenvollversicherung in eine Zusatzversicherung umgewandelt werden?

Der Versicherer verpflichtet sich bei Eintritt der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung einen Antrag auf Zusatzversicherung ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten anzunehmen, soweit Zusatzversicherung und gesetzlicher Versicherungsschutz zusammen den bisherigen Leistungsumfang nicht übersteigen.

A+ Die tarifliche Option beinhaltet das Recht bei Eintritt der gesetzlichen Versicherungspflicht ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten die Umstellung in eine Krankheitskostenzusatzversicherung zum Zeitpunkt des Beginns der Versicherungspflicht zu verlangen, soweit ein entsprechender Antrag binnen drei Monaten nach diesem Zeitpunkt beim Versicherer eingeht.

A+ Ein Umwandlungsrecht von einer Krankheitskostenvollversicherung in eine Krankheitskostenzusatzversicherung ist in den AVB vertraglich nicht geregelt. **F**

Dabei muss die Zusatzversicherung in unmittelbarem Anschluss an die gekündigten Tarife beginnen. Außerdem muss der Antrag zugleich mit der Kündigung gestellt werden.

Information des Versicherers: Trotz des fehlenden Rechtsanspruchs sind bei der Kündigung der Substitutiv-Versicherung deren Voraussetzungen zu beachten, damit dennoch beim Versicherer eine Umstellung in Zusatztarife erfolgen kann. Unbedingt zu beachten sind die Nachweispflichten. Gewechselt werden kann, soweit es sich um die gleichen Leistungsbereiche handelt und sich aus dem Wechsel keine Höherversicherung ergibt. Angesparte Alterungsrückstellungen werden mitgenommen. Vereinbarte besondere Bedingungen werden bei Wechsel in Tarife zur Ergänzung der gesetzlichen Krankenversicherung verhältnismäßig mitgenommen, sofern der Ergänzungsschutz diese weiterhin erfordert.

Tarifleistungen/Bedingungsanalyse nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV

PKVberlin
M. Krolinski, Tel. 030 / 98637080

KV-Vorschlag für Muster Musterbeispiel

Gesellschaft Hallesche

Tarif NKBonus (BAP 09/10), KT43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Gesellschaft R+V

Tarif AGILcomfort(MP0) (BAP 01/11), TA6 (BAP 01/11), PPN (BAP 01/10)

Gesellschaft HanseMerkur

Tarif KVE3(StartFit) (BAP 01/09), T43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Anschlussheilbehandlung (AHB)

Welche Leistungen werden bei der Anschlussheilbehandlung (AHB) übernommen a) nach Vorleistung eines gesetzlichen Leistungsträgers, b) wenn kein gesetzlicher Rehabilitationsträger vorhanden ist?

Der Versicherer leistet für Anschlussheilbehandlungen nur subsidiär.
D. h. es werden je nach versichertem Leistungsniveau nur die verbleibenden Kosten geleistet, die nach Vorleistung der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung oder einer gesetzlichen Heilfürsorge oder Unfallfürsorge verbleiben. Ausgenommen hiervon sind Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld.
Nimmt der Versicherungsnehmer die Leistung der genannten Kostenträger nicht in Anspruch oder erhält keine solchen, so ist der Versicherer berechtigt, einen entsprechenden Abzug vorzunehmen.

E

100% der Kosten werden für Anschlussheilbehandlungen erstattet.

A

Übernommen werden die Leistungen im tariflichen Rahmen, soweit sie innerhalb von vier Wochen nach Beendigung einer Krankenhausbehandlung, für die Leistungspflicht besteht, eine vom Krankenhausarzt veranlasste weitere stationäre Behandlung in einer gemischten Anstalt im tariflichen Sinne anschließt.
Die Anschlussheilbehandlung muss notwendig sein, um die zuvor im Krankenhaus behandelte Krankheit zu heilen oder zu bessern.

Gemischte Anstalten im tariflichen Sinne müssen unter ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen. Außerdem muss eine schriftliche Zusage des Versicherers vor Beginn der Behandlung vorliegen.
Der vorherigen Leistungszusage des Versicherten bedarf es nicht, wenn die Anschlussheilbehandlung nicht länger als vier Wochen dauert.

100% der Kosten werden für Anschlussheilbehandlungen erstattet, soweit sie im direkten Anschluss, spätestens aber zwei Wochen nach Entlassung aus dem Akut- Krankenhaus erfolgt.

E

Übernommen werden die Kosten im tariflichen Rahmen, soweit kein gesetzlicher Rehabilitationsträger vorhanden ist.

Diese Ansprüche bestehen bei Bypass- Operationen am Herz, akuter Herzinfarkt; Operationen am offenen Herz, Wirbelsäulen- Operationen, Schlaganfall sowie Gelenkersatz bei Knie und Hüfte.

Information: Sofern die Rentenversicherung, Genossenschaften oder andere als zuständige Kostenträger vorhanden sind, werden keine Leistungen des Versicherers zur Verfügung gestellt, da der Träger die Kosten in voller Höhe übernimmt. Meist bestehen hier Verträge mit bestimmten 'RehaKliniken der Rentenversicherungsträger' (in denen die AHB durchgeführt wird), bei denen alle Kosten abgedeckt sind - sprich: hier entstehen keine zusätzlichen Kosten beispielsweise wegen der Unterbringung im Einbettzimmer.

Tarifleistungen/Bedingungsanalyse nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV

PKVberlin
M. Krolinski, Tel. 030 / 98637080

KV-Vorschlag für Muster Musterbeispiel

Gesellschaft Hallesche

Tarif NKBonus (BAP 09/10), KT43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Gesellschaft R+V

Tarif AGILcomfort(MP0) (BAP 01/11), TA6 (BAP 01/11), PPN (BAP 01/10)

Gesellschaft HanseMerkur

Tarif KVE3(StartFit) (BAP 01/09), T43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Kindernachversicherung §2 (2) Welche Bedingungen gelten für die Nachversicherung Neugeborener?

Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten unmittelbar nach der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein. Es kann jedoch auch eine niedrigere oder keine jährliche Selbstbeteiligung für das Kind gewählt werden.

Der Geburtsmonat ist beitragsfrei.

Versicherungsschutz besteht auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien.

A+

Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden, angeborene Krankheiten und Gebrechen ohne Risikozuschläge und Wartezeiten unmittelbar nach der Geburt, wenn am Tag der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend erfolgt. Die Versicherung erfolgt zum Tag der Geburt, der erste Beitrag berechnet sich ratiertlich ab diesem Tag. Neugeborene können nur in Tarifen versichert werden, die für den Neuzugang geöffnet sind. Die Versicherung ist in jedem Tarif EP, MP oder TN möglich.

A+

Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines Elternteils sein.

Dabei erstreckt sich der Versicherungsschutz ohne Risikozuschlag auch auf die Behandlung von Geburtsfehlern, angeborene Anomalien und vererbte Krankheiten.

A+

Info des Versicherers: Wird der gleiche Tarif gewählt, den auch mindestens ein Elternteil versichert hat, darf der Selbstbehalt auch niedriger sein. Ebenso dürfen für die Kinder auch die Tarife KKE, KKEH, VKE und VKEH in den dafür vorgesehenen Tariflinien mitversichert werden, wenn die Eltern keinen dieser Tarife versichert haben.

Tarifleistungen/Bedingungsanalyse nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV

PKVberlin
M. Krolinski, Tel. 030 / 98637080

KV-Vorschlag für Muster Musterbeispiel

Die Leistungsübersicht sowie die Vorschläge basieren auf Ihren Angaben zur Person, auf Ihren angegebenen Wünschen und den ermittelten Bedürfnissen. Bitte prüfen Sie daher alle Angaben entsprechend sorgfältig, insbesondere auch die Tarifleistungen der Vorschläge! Für alle Tarifaussagen gelten ausschließlich die MB/AVB Teil 1 + 2 sowie die Tarifbedingungen AVB 3 der Gesellschaften Hallesche, R+V und HanseMerkur.

Gesellschaft Hallesche

Tarif NKBonus (BAP 09/10), KT43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Gesellschaft R+V

Tarif AGILcomfort(MP0) (BAP 01/11), TA6 (BAP 01/11), PPN (BAP 01/10)

Gesellschaft HanseMerkur

Tarif KVE3(StartFit) (BAP 01/09), T43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Zahn

Heil- und Kostenplan Muß dem Versicherer bei Zahnbehandlung (ZB), Zahnersatz (ZE) und Kieferorthopädie (KFO) vor dem Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden?

<p>Die tarifliche Leistung für Zahnersatz setzt voraus, dass dem Versicherer vor Behandlungsbeginn, sofern die hierfür anfallenden Kosten voraussichtlich den Rechnungsbetrag von 2500 EUR übersteigen, die medizinische Notwendigkeit der Maßnahme durch einen Heil- und Kostenplan (inklusive des Kostenvoranschlages des zahntechnischen Labors) nachgewiesen ist. Bei Nichtvorlage besteht hinsichtlich der über 2500 EUR hinausgehenden erstattungsfähigen Aufwendungen nur Anspruch auf die Hälfte der tariflichen Leistung.</p> <p>Bei Zahnersatz in Form von Implantaten ist die medizinische Notwendigkeit unabhängig von der Höhe des Rechnungsbetrages dem Versicherer vor Behandlungsbeginn immer durch einen Heil- und Kostenplan nachzuweisen. Bei Nichtvorlage erfolgt die Erstattung unabhängig vom Rechnungsbetrag insgesamt zur Hälfte der tariflichen Leistung.</p>	A	<p>Für Zahnersatz und Kieferorthopädie muss vor Beginn der Behandlung dem Versicherer ein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden, ansonsten reduziert sich die tarifliche Erstattung auf die Hälfte.</p>	C	<p>Keine Vorlage erforderlich.</p>	A+
--	----------	---	----------	------------------------------------	-----------

Summenbegrenzung Zahn Welche Summenbegrenzung besteht für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie in den ersten 5 Versicherungsjahren?

<p>1.+ 2.Kalenderjahr insg. 1800 EUR; 3.+ 4.Kalenderjahr insg. 2600 EUR; 5.+ 6.Kalenderjahr insg. 3900 EUR; 7.+ 8.Kalenderjahr insg. 5200 EUR; 9.+ 10.Kalenderjahr insg. 7800 EUR. Ab dem 11. Kalenderjahr unbegrenzt. (Achtung: Rechnungsbeträge!)</p>	E	<p>Es besteht keine Summenbegrenzung.</p>	A+	<p>Zahnersatz und Kieferorthopädie: Zu Beginn der Versicherung gelten nachstehende Rechnungshöchstbeträge: - insgesamt 750 EUR im 1. bis 2. Versicherungsjahr - insgesamt 1.500 EUR im 1. bis 4. Versicherungsjahr - insgesamt 3.000 EUR im 1. bis 6. Versicherungsjahr - 5.000 EUR ab dem 7. Versicherungsjahr pro Jahr.</p>	E
---	----------	---	-----------	---	----------

Tarifleistungen/Bedingungsanalyse nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV

PKVberlin
M. Krolinski, Tel. 030 / 98637080

KV-Vorschlag für Muster Musterbeispiel

Gesellschaft Hallesche

Tarif NKBonus (BAP 09/10), KT43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Gesellschaft R+V

Tarif AGILcomfort(MP0) (BAP 01/11), TA6 (BAP 01/11), PPN (BAP 01/10)

Gesellschaft HanseMercur

Tarif KVE3(StartFit) (BAP 01/09), T43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Zahnleistung - Erstattung in % Erstattet der Tarif bei Zahnbehandlung 100%, bei Zahnersatz 100% und bei Kieferorthopädie 100% ?

<p>Bis zur Höhe von 550 EUR 100% Erstattung für Zahnbehandlung und Zahnersatz dann 75%, Kieferorthopädie 75%.</p>	<p>A</p>	<p>100% für Zahnbehandlung, 75% für Zahnersatz.</p> <p>75% für kieferorthopädische Maßnahmen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind.</p>	<p>B</p>	<p>Zahnbehandlung 100% Zahnersatz 80% Kieferorthopädie 80%</p> <p>Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien sind in diesem Rahmen erstattungsfähig, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis des Versichereres aufgeführt sind und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet werden. Der Versicherer kann dieses Verzeichnis abändern.</p>	<p>A</p>
---	-----------------	--	-----------------	---	-----------------

Inlays §1(2) In welchem Umfang werden Inlays (als Zahnbehandlung oder Zahnersatz) erstattet? § 1 (2) MB/KK

<p>Inlays werden wie Zahnbehandlung zu 100% (über 550 EUR zu 75%) erstattet.</p>	<p>A+</p>	<p>Inlays werden wie Zahnersatz zu 75% erstattet.</p>	<p>A</p>	<p>Inlays werden wie Zahnersatz zu 80% erstattet.</p> <p>Preis- und Leistungsverzeichnis für Material- und Laborkosten beachten!</p>	<p>B</p>
--	------------------	---	-----------------	---	-----------------

Implantate §1(2) In welchem Umfang werden Implantate als Zahnersatz erstattet? § 1 (2) MB/KK

<p>Erstattet werden bei medizinisch notwendigen Implantaten (einschließlich der in diesem Zusammenhang notwendigen vorbereitenden chirurgischen Maßnahmen zum Aufbau des Kieferknochens) die Aufwendungen je Person und Kalenderjahr bis zur Höhe von 550 EUR zu 100%, darüber hinaus zu 75%, ohne Vorlage eines Heil- und Kostenplans erfolgt die Erstattung zur Hälfte dieser Erstattungssätze.</p>	<p>A</p>	<p>75% der Kosten werden für Implantate erstattet Ohne Vorlage eines Heil- und Kostenplans werden die Aufwendungen zu 37,5% ersetzt.</p> <p>Übernommen werden Implantate, implantatgetragener Zahnersatz und implantologische Leistungen.</p>	<p>A</p>	<p>80% der Kosten werden für medizinisch notwendige implantologische Leistungen erstattet.</p> <p>Preis- und Leistungsverzeichnis für Material- und Laborkosten beachten!</p>	<p>B</p>
---	-----------------	---	-----------------	--	-----------------

Entfällt Summenbeg. bei Unfall Entfällt die tariflich vorgesehene Summenbegrenzung bei Unfall?

<p>Ja, keine Summenbegrenzung.</p>	<p>A+</p>	<p>Ja, keine Summenbegrenzung.</p>	<p>A+</p>	<p>Bei Zahnersatz infolge eines Unfalls entfallen diese Höchstsätze für den jeweiligen Versicherungsfall.</p>	<p>A+</p>
------------------------------------	------------------	------------------------------------	------------------	---	------------------

Laufende Zahnbehandlung Werden die Restkosten einer laufenden zahnärztlichen Behandlung übernommen?

<p>Im Zahnbereich ist bei einer beabsichtigten, angeratenen oder begonnenen Zahnmaßnahme oder Zahnfehlstellung ein Leistungsverzicht - Vereinbarung über das VG 98 - erforderlich.</p>	<p>F</p>	<p>Nein, es sei denn eine vertragliche Vereinbarung besteht.</p>	<p>E</p>	<p>Keine explizite Tarifaussage. Grundsätzlich ist dies gemäß § 2 I 2 der AVB ausgeschlossen. Der Versicherer wandelt dies jedoch insofern ab, dass er für Versicherungsfälle, die vor Vertragsabschluss eingetreten sind, Leistungen gewährt, wenn diese angezeigt worden sind und insoweit keine entgegenstehenden Bedingungen vereinbart wurden.</p>	<p>E</p>
--	-----------------	--	-----------------	---	-----------------

Tarifleistungen/Bedingungsanalyse nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV

PKVberlin
M. Krolinski, Tel. 030 / 98637080

KV-Vorschlag für Muster Musterbeispiel

Gesellschaft Hallesche

Tarif NKBonus (BAP 09/10), KT43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Gesellschaft R+V

Tarif AGILcomfort(MP0) (BAP 01/11), TA6 (BAP 01/11), PPN (BAP 01/10)

Gesellschaft HanseMercur

Tarif KVE3(StartFit) (BAP 01/09), T43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Fehlende Zähne

Wird ein Zuschlag für fehlende nicht ersetzte Zähne erhoben? Wenn ja, in welcher Höhe?

Im Zahnbereich

- ist bei einer beabsichtigten, angeratenen oder begonnenen Zahnmaßnahme oder Zahnfehlstellung ein Leistungsausschluss - Vereinbarung über das VG 98 - erforderlich.

- ist bei ersetzten oder überkronten Zähnen, wenn 5 bis 10 Zähne ersetzt oder überkront sind, eine Leistungsbegrenzung auf 50% der tariflich vereinbarten Rechnungshöchstbeträge für die ersten 6 Kalenderjahre erforderlich.

- kann bei ersetzten oder überkronten Zähnen, wenn 11 oder mehr Zähne ersetzt oder überkront sind, kein Versicherungsschutz geboten werden.

- ist bei fehlenden Zähnen, wenn 1 bis 4 Zähne fehlen, ein Leistungsausschluss - Vereinbarung über das VG 27 - erforderlich.

- kann bei fehlenden Zähnen, wenn 5 oder mehr Zähne fehlen, kein Versicherungsschutz geboten werden.

E

Wenn dem Antragssteller zwischen 1 und 4 Zähne fehlen und keine Behandlung angeraten ist, werden in der Vollversicherung monatliche Zuschläge von 8 € je fehlendem Zahn erhoben.

Alternativ kann der Kunde für die fehlenden Zähne (bis max. 4 fehlende Zähne) auch einen Leistungsausschluss vereinbaren.

Ab 5 fehlenden Zähnen wird der Antrag nicht angenommen.

D

Kein Zuschlag.

Mit bis zu 4 fehlenden Zähnen versicherbar.

Bei 2 bis 4 fehlenden Zähnen nur mit Leistungsausschluss.

E

GOZ- Zahnärzte §4(2)

Werden die zahnärztlichen Honorar-Leistungen bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) erstattet? § 4 (2) MB/KK

Ja, bis zu den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (3,5facher Satz).

A+

Ja, bis zum Höchstsatz der GOZ.

A+

Zahnbehandlung:

Für Leistungen nach der Nummer 3.1. erfolgt abweichend von § 4 Abs. 2 TB/KK 94 eine Begrenzung auf die Regelhöchstsätze der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) (2,3-facher Satz für persönliche Leistungen, 1,8-facher Satz für medizinischtechnische Leistungen, 1,15-facher Satz für Laborleistungen). Für die Teile der Aufwendungen, die durch Überschreiten der Regelhöchstsätze anfallen, besteht kein Leistungsanspruch.

Zahnersatz und Kieferorthopädie:

In vertraglichem Umfang sind erstattungsfähig die Heilbehandlungskosten für Verrichtungen des Behandlers, soweit sie dieser nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte in Rechnung stellen kann. Für die Teile der Aufwendungen, die durch Überschreiten der möglichen Höchstsätze der Gebührenordnung anfallen, besteht kein Leistungsanspruch.

A

Tarifleistungen/Bedingungsanalyse nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV

PKVberlin
M. Krolinski, Tel. 030 / 98637080

KV-Vorschlag für Muster Musterbeispiel

Gesellschaft Hallesche

Tarif NKBonus (BAP 09/10), KT43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Gesellschaft R+V

Tarif AGILcomfort(MP0) (BAP 01/11), TA6 (BAP 01/11), PPN (BAP 01/10)

Gesellschaft HanseMercur

Tarif KVE3(StartFit) (BAP 01/09), T43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

GOZ- Zahnärzte darüber §4(2) Werden zahnärztliche Leistungen auch über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) hinaus erstattet, und wenn ja, in welchem Umfang? § 4 (2) MB/KK

Ja. Keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte, wenn sachlich und formalrechtlich begründet.

A+

Keine Tarifleistung.

F

Keine Tarifleistung.

F

GOZ- Zahnärzte Ausland Wird der Rechnungsbetrag für Zahnarztkosten, der unabhängig vom Aufenthaltszweck im Ausland entstanden ist, in voller Höhe erstattet (ggf. ohne Bindung an die GOZ)?

Akut: Ja, abgesehen von solchen Honoraren die auch im Aufenthaltsland als unangemessen gelten.

A+

Akut / gezielt: Im Ausland werden die zahnärztlichen Kosten zu 75% erstattet, soweit sie den üblichen Berechnungsgrundlagen des jeweiligen Aufenthaltslandes entsprechen.

A

Akut / gezielt: In vertraglichem Umfang sind erstattungsfähig die Heilbehandlungskosten für Verrichtungen des Behandlers, soweit sie dieser nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte in Rechnung stellen kann.

B

Ohne Bindung an die deutsche Gebührenordnung für Ärzte /Gebührenordnung für Zahnärzte (GOÄ /GOZ).

Ohne Bindung an die deutsche Gebührenordnung für Ärzte /Gebührenordnung für Zahnärzte (GOÄ /GOZ).

Vergleichswert(e) bis zum Höchstsatz der GOZ.

Leistungsbegrenzung bei gezielter Behandlung im Ausland:

- a) Keine Leistungspflicht besteht für Mehrkosten einer Heilbehandlung im Ausland, sofern der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung ins Ausland gereist ist. Als Mehrkosten gelten dabei die Kostenanteile der Behandlung im Ausland, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland übersteigen.
- b) Die Kürzungsbefugnis gemäß Abs. a) gilt entsprechend für Entbindungen. Ist ein Elternteil Staatsangehöriger des Aufenthaltslandes, entfällt diese Einschränkung, sofern der Versicherungsnehmer die Staatsbürgerschaft nachweist.
- c) Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat, findet Abs. a) keine Anwendung.
- d) Wenn im Rahmen eines Notfalles, also einer nicht planbaren Behandlung, ein ausländisches Krankenhaus die nächstgelegene geeignete Behandlungsstätte darstellt, findet Abs. a) ebenfalls keine Anwendung.

Tarifleistungen/Bedingungsanalyse nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV

PKVberlin
M. Krolinski, Tel. 030 / 98637080

KV-Vorschlag für Muster Musterbeispiel

Die Leistungsübersicht sowie die Vorschläge basieren auf Ihren Angaben zur Person, auf Ihren angegebenen Wünschen und den ermittelten Bedürfnissen. Bitte prüfen Sie daher alle Angaben entsprechend sorgfältig, insbesondere auch die Tarifleistungen der Vorschläge! Für alle Tarifaussagen gelten ausschließlich die MB/AVB Teil 1 + 2 sowie die Tarifbedingungen AVB 3 der Gesellschaften Hallesche, R+V und HanseMerkur.

Gesellschaft Hallesche

Tarif NKBonus (BAP 09/10), KT43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Gesellschaft R+V

Tarif AGILcomfort(MP0) (BAP 01/11), TA6 (BAP 01/11), PPN (BAP 01/10)

Gesellschaft HanseMerkur

Tarif KVE3(StartFit) (BAP 01/09), T43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Krankentagegeld

Karenzzeit KTG §1(2)	Werden die Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit (AU) wegen der gleichen Krankheit oder eines Unfalls in Bezug auf die Karenzzeit zusammengerechnet bzw. angerechnet? § 1 (2) MB/KT				
Ja	A+	Ja, wenn innerhalb von 6 Monaten nach Ende der AU eine erneute AU ärztlich festgestellt wird, werden die in den letzten 12 Monate vor Beginn der AU nachgewiesenen Zeiten der AU auf die Karenzzeit angerechnet.	A+	Ja, wenn innerhalb von 6 Monaten nach Ende der AU eine erneute AU ärztlich festgestellt wird, werden die in den letzten 12 Monate vor Beginn der AU nachgewiesenen Zeiten der AU auf die Karenzzeit angerechnet.	A+
Anpassung KTG §3(6)	Ist eine Anpassungsmöglichkeit der Krankentagegeldversicherung (KTG) ohne erneute Risikoprüfung und Wartezeit gegeben? § 3 (6) MB/KT				
Ja. Arbeitnehmer werden von Gesellschaft jährlich angeschrieben.	A+	Ja, gemäß dem gestiegenen Nettoeinkommen.	A+	Ja.	A+
Arbeitslos u. KTG §15a	Wird das Krankentagegeld auch bezahlt, wenn während einer Arbeitsunfähigkeit das Beschäftigungsverhältnis gelöst wird und kein Anspruch auf Arbeitslosengeld besteht? § 15 a MB/KT				
Ja, bis 9 Monate nach Beginn der Arbeitslosigkeit, darüber weitere 3 Monate mit 50% Leistung, max. 25 EUR täglich.	A+	Ja.	A+	Bei Eintritt der Arbeitslosigkeit endet die Versicherung zum Monatsende bzw. nach § 15 (1) a MB/KT nach maximal 3 Monaten. Ruhevereinbarung bis 3 Jahre möglich.	E
Übertritt aus GKV(KTG) §3(5)	Kann bei Übertritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung eine Verdienstauffallversicherung abgeschlossen werden, wenn bisher kein Verdienstauffall versichert war, und entfällt dafür die Wartezeit? § 3 (5) MB/KT				
Ja.	A+	Ja, mit Anrechnung der Vorversicherungszeit auf die Wartezeit.	A+	Ja, bis zu einem Tagessatz von maximal 83,85 EUR pro Tag. Ein Einkommensnachweis ist vorzulegen.	A+
Leistungsdauer KTG §4(1)	Ist die Leistungsdauer beim Krankentagegeld unbegrenzt? § 4 (1) MB/KT				
Ja, ohne zeitliche Begrenzung.	A+	Ja, ohne zeitliche Begrenzung.	A+	Ja, ohne zeitliche Begrenzung.	A+
Berufsunfähigkeit (KTG) §15b	Wie lange wird das Krankentagegeld bei Berufsunfähigkeit gezahlt? § 15 b MB/KT				
Bis zu 3 Monate, danach 50% des versicherten Krankentagegeldes jedoch maximal 25 EUR täglich für weitere 3 Monate.	E	Bis zu 3 Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit.	E	Bis zu 3 Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit.	E
KTG bei Reha §5g	Wird Krankentagegeld für Sanatoriumsbehandlungen und/oder Rehabilitationsmaßnahmen bezahlt? § 5 g MB/KT				
Ja, während eines stationären Aufenthalts in einem Sanatorium, wenn eine mindestens vierwöchige Arbeitsunfähigkeit vorausgegangen ist. Gleiches gilt für Rehabilitationsmaßnahmen.	A+	Keine Tarifleistung.	F	Für Arbeitsunfähigkeit bei Sanatoriumsbehandlung sowie Rehabilitationsmaßnahmen nach einer seit mindestens 6 Wochen bestehenden Arbeitsunfähigkeit kann Krankentagegeld gezahlt werden, wenn der Versicherer dieses aufgrund eines ausführlichen Attestes vorher zugesagt hat.	C

Tarifleistungen/Bedingungsanalyse nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV

PKVberlin
M. Krolinski, Tel. 030 / 98637080

KV-Vorschlag für Muster Musterbeispiel

Gesellschaft Hallesche	Gesellschaft R+V	Gesellschaft HanseMercur
Tarif NKBonus (BAP 09/10), KT43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)	Tarif AGILcomfort(MP0) (BAP 01/11), TA6 (BAP 01/11), PPN (BAP 01/10)	Tarif KVE3(StartFit) (BAP 01/09), T43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)
Kündigungsverzicht KTG §14(1) Verzichtet der Versicherer auf das ihm zustehende ordentliche Kündigungsrecht, auch wenn nur eine Krankentagegeldversicherung besteht? § 14 (1) MB/KT		
Ja.	A+ Nein, nur wenn beim gleichen Versicherer eine Vollversicherung besteht.	E Nein, nur bei Tarifen mit einer Karenzzeit von 42 Tagen und mehr, sofern eine Krankheitskostenvollversicherung für ambulante und stationäre Heilbehandlung beim Versicherer besteht. E
KTG im Ausland §1(6) Wird das Krankentagegeld bei stationärer Behandlung im außereuropäischen Ausland genauso bezahlt wie im Inland? § 1 (6) MB/KT		
Nur wenn vorher schriftlich vereinbart, gegebenenfalls zu besonderen Bedingungen.	E Ja bis zu 6 Monaten, darüber hinaus zu besonderen Vereinbarungen möglich.	A+ Ja, bei medizinisch notwendiger Krankenhausbehandlung. A+
KTG bei Kuren §5g Wird das Krankentagegeld auch bei Kuraufenthalten bezahlt? § 5 g MB/KT		
Keine Tarifleistung.	F Nein.	F Für Arbeitsunfähigkeit bei Kurbehandlung nach einer seit mindestens 6 Wochen bestehenden Arbeitsunfähigkeit kann Krankentagegeld gezahlt werden, wenn der Versicherer dieses aufgrund eines ausführlichen Attestes vorher zugesagt hat. C
Anzeigepflicht (KTG) §14(2) Verjährt ein Verstoß gegen die vorvertragliche Anzeigepflicht gemäß §§ 19-21 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) bei der Krankentagegeldversicherung? § 14 (2)		
Nach §§ 21 (3), 194 (1) 3 VVG kann der Versicherer wegen einer Verletzung der dem Versicherungsnehmer bei der Schließung des Vertrages obliegenden Anzeigepflicht vom Vertrag nicht mehr zurücktreten, wenn seit der Schließung drei Jahre verstrichen sind. Das Rücktrittsrecht bleibt bestehen, wenn die Anzeigepflicht arglistig verletzt worden ist (Gilt für alle Gesellschaften!).	A+ Nach §§ 21 (3), 194 (1) 3 VVG kann der Versicherer wegen einer Verletzung der dem Versicherungsnehmer bei der Schließung des Vertrages obliegenden Anzeigepflicht vom Vertrag nicht mehr zurücktreten, wenn seit der Schließung drei Jahre verstrichen sind. Das Rücktrittsrecht bleibt bestehen, wenn die Anzeigepflicht arglistig verletzt worden ist (Gilt für alle Gesellschaften!).	A+ Nach §§ 21 (3), 194 (1) 3 VVG kann der Versicherer wegen einer Verletzung der dem Versicherungsnehmer bei der Schließung des Vertrages obliegenden Anzeigepflicht vom Vertrag nicht mehr zurücktreten, wenn seit der Schließung drei Jahre verstrichen sind. Das Rücktrittsrecht bleibt bestehen, wenn die Anzeigepflicht arglistig verletzt worden ist (Gilt für alle Gesellschaften!). A+
Berufskrankheiten (KTG) Sind Berufskrankheiten / Berufsunfälle beitragsfrei mitversichert?		
Ja.	A+ Ja.	A+ Ja, nach Abschluß auftretende Berufskrankheiten und -unfälle sind beitragsfrei mitversichert. A+
Alkoholklausel (KTG) §5(1)c Wird das Krankentagegeld auch bezahlt, wenn die Arbeitsunfähigkeit auf eine Bewußtseinsstörung durch Alkoholgenuß zurückzuführen ist? § 5 (1) c MB/KT		
Ja.	A+ Ja.	A+ Ja. A+

Tarifleistungen/Bedingungsanalyse nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV

PKVberlin
M. Krolinski, Tel. 030 / 98637080

KV-Vorschlag für Muster Musterbeispiel

Gesellschaft Hallesche

Tarif NKBonus (BAP 09/10), KT43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Gesellschaft R+V

Tarif AGILcomfort(MP0) (BAP 01/11), TA6 (BAP 01/11), PPN (BAP 01/10)

Gesellschaft HanseMercur

Tarif KVE3(StartFit) (BAP 01/09), T43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

KT- BU- Übergang

Garantiert der Krankversicherer im Krankentagegeld einen nahtlosen Übergang zu einer Berufsunfähigkeitsrente?

Haftungsgrundlagen:

Mit Besonderen Vereinbarungen.

A

Auskunft des Versicherers:

Eine Garantie ist in unseren AVB nicht schriftlich formuliert. Je nach beteiligtem Unternehmen wird dies unterschiedlich gehandhabt.

E

Auskunft des Versicherers:

Bei Beantragung einer KV - Tagegeldleistung bei der HanseMercur Krankenversicherung steigt die HanseMercur Lebensversicherung auch in die Leistungsprüfung für eine bestehende Berufsunfähigkeitsversicherung ein. Dadurch entsteht keine Lücke zwischen Krankentagegeldleistung und BU - Leistung, wenn ein BU - Leistungsanspruch festgestellt wird.

E

Tarifvoraussetzungen:

Die Besonderen Vereinbarungen können eingeschlossen werden, wenn:

- eine Krankentagegeldversicherung bei der HALLESCHE und eine BUZrente in Höhe von mind. 1200 EUR monatlich bei der Alte Leipziger (mit den "Besonderen Vereinbarungen zur BUZ in Verbindung mit einer Krankentagegeldversicherung") ungekündigt bestehen,
- für die BUZ als Mindestgrad für den Anspruch auf Versicherungsleistungen 50 % vereinbart ist und
- die Karenzzeiten für die BUZ mindestens sechs und nicht mehr als zwölf Monate und für die Krankentagegeldversicherung nicht mehr als 182 Tage betragen.
- die Krankentagegeldversicherung besteht neben einer Krankheitskostenvollversicherung.

Anzahl beteiligter Ärzte:

Keine Aussage.

Antragstellung:

Antrag auf Einschluss der Besonderen Vereinbarungen sowie die Besonderen Bedingungen siehe unter Formulare: "KT"

Tarifleistungen/Bedingungsanalyse nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV

PKVberlin
M. Krolinski, Tel. 030 / 98637080

KV-Vorschlag für Muster Musterbeispiel

Die Leistungsübersicht sowie die Vorschläge basieren auf Ihren Angaben zur Person, auf Ihren angegebenen Wünschen und den ermittelten Bedürfnissen. Bitte prüfen Sie daher alle Angaben entsprechend sorgfältig, insbesondere auch die Tarifleistungen der Vorschläge! Für alle Tarifaussagen gelten ausschließlich die MB/AVB Teil 1 + 2 sowie die Tarifbedingungen AVB 3 der Gesellschaften Hallesche, R+V und HanseMerkur.

Gesellschaft Hallesche

Tarif NKBonus (BAP 09/10), KT43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Gesellschaft R+V

Tarif AGILcomfort(MP0) (BAP 01/11), TA6 (BAP 01/11), PPN (BAP 01/10)

Gesellschaft HanseMerkur

Tarif KVE3(StartFit) (BAP 01/09), T43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

allgemeine Leistungen des Versicherers

Überführungskosten

Erstattet der Versicherer die Kosten im Todesfall für

- a) Überführung aus dem Ausland?
- b) Bestattung im Ausland?
- c) Bestattung im Inland?

- a) Bis zu 5250 EUR (URZ: 5000 EUR) aus dem europäischen Ausland, sonst 10500 EUR (URZ: 10000 EUR)
- b) Bis zu dem Betrag der bei einer Überführung erstattet worden wäre.
- c) Nein.

Tarife S101, S102, EG3, EG4, VR20N, AS2 und AS4.

AGIL classic, AGIL comfort, AGIL Premium:

- a) Ja, bis 12000 EUR.
- b) Ja, bis 12000 EUR.
- c) Nein, aber Überführungskosten bis 12000 EUR.

- a) In den Tarifen **ES(T)**, **EG** und **PS2GF** bis 10230 EUR.
- b) In den Tarifen **ES(T)**, **EG** und **PS2GF** bis 10230 EUR.
- c) Nein.

Selbstbehalt im 1. Jahr

Verringert sich der Selbstbehalt bei Versicherungsbeginn während des laufenden Kalenderjahres um den jeweiligen nicht versicherten Monat?

Ja.

Tarife AGIL classic, AGIL comfort und AGIL premium:

Ja.

Ja.

Andere Tarife:

Nein, aber bei Versicherungsbeginn während

- des 2. Quartals => Reduktion des SB um ¼,
- des 3. Quartals => Reduktion des SB um ½,
- des 4. Quartals => Reduktion des SB um ¾.

Kinder alleine versicherbar

Sind Kinder alleine in allen Tarifen (ohne Tagegelder) versicherbar?

Eine Alleinversicherung ist bei einem Eintrittsalter von 0 - 7 Jahren nicht möglich. **E**

(Ausnahmen: Tarif **AE** solo oder in Kombination mit den Tarifen **CSA/CSW** und/oder **KH** 10 EUR bzw. **MSW** und/oder **MKH** 10 EUR, wenn der Beitrag mindestens 7,50 EUR beträgt).

Beachte: Die Aussage ist eine Annahmerichtlinie, die jederzeit verändert werden kann.

Ja, Kinder sind alleine versicherbar.

Ausnahme:

Wenn sich Kinder in laufender kieferorthopädischer Behandlung befinden oder eine solche Maßnahme vorgesehen bzw. angeraten ist, können sie nicht alleine krankheitskostenvollversichert werden.

Eine Alleinversicherung für **Studenten** ist im Rahmen einer Vollversicherung **max. bis zum 24. Lebensjahr** möglich.

A+

Ja, Kinder sind alleine versicherbar. Der Versicherungsbeginn kann taggenau der Geburtstag sein. Leistungsansprüche bestehen ab Geburt, wenn Wartezeiterlass durch UBERichte erfolgt. Beachte: Die Aussage ist eine Annahmerichtlinie, die jederzeit verändert werden kann.

A+

Tarifleistungen/Bedingungsanalyse nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV

PKVberlin
M. Krolinski, Tel. 030 / 98637080

KV-Vorschlag für Muster Musterbeispiel

Gesellschaft Hallesche

Tarif NKBonus (BAP 09/10), KT43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Gesellschaft R+V

Tarif AGILcomfort(MP0) (BAP 01/11), TA6 (BAP 01/11), PPN (BAP 01/10)

Gesellschaft HanseMerkur

Tarif KVE3(StartFit) (BAP 01/09), T43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Hausmänner allein versicherbar

Sind Hausmänner alleine in allen Tarifen (ohne KTG) versicherbar?

Ja.

A+

Nein.

F

Ja, in Tarifen der KKV.

A+

Tarifleistungen/Bedingungsanalyse nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV

PKVberlin
M. Krolinski, Tel. 030 / 98637080

KV-Vorschlag für Muster Musterbeispiel

Gesellschaft Hallesche

Tarif NKBonus (BAP 09/10), KT43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Gesellschaft R+V

Tarif AGILcomfort(MP0) (BAP 01/11), TA6 (BAP 01/11), PPN (BAP 01/10)

Gesellschaft HanseMercur

Tarif KVE3(StartFit) (BAP 01/09), T43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Aufnahme älterer Antragsteller Ab welchem Eintrittsalter werden Anträge nur noch mit besonderen Bedingungen angenommen?

Nach den Aufnahme Richtlinien **Vollversicherung** ist eine Ärztliche Untersuchung erforderlich.

B

- ab einem **Eintrittsalter** von **60** Jahren (mit aktuellen Laborwerten)

- wenn nicht zumindest 3 Monate vor Antragstellung bzw. Angebotsanforderung mindestens 12 Monate eine inländische Krankenversicherung bestand bzw. zurzeit besteht. (Ausnahme: Eine Vorversicherung in Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Italien, Luxemburg, den Niederlanden, Norwegen, Österreich, Portugal, Schweden, der Schweiz oder Spanien wird einer inländischen Krankenversicherung gleichgestellt.)

- wenn nicht mindestens 36 Monate vor Antragstellung bzw. Angebotsanforderung der ständige Wohnsitz ununterbrochen in Deutschland war. (Ausnahme: Ein Wohnsitz in Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Italien, Luxemburg, den Niederlanden, Norwegen, Österreich, Portugal, Schweden, der Schweiz oder Spanien wird einem Wohnsitz in Deutschland gleichgestellt.)

- für Wartezeiterlass.

Nach den Aufnahme Richtlinien **Zusatzversicherung** ist eine Ärztliche Untersuchung erforderlich, wenn

- nicht unmittelbar vor Antragstellung bzw. Angebotsanforderung mindestens 12 Monate eine inländische Krankenversicherung bestand bzw. zurzeit besteht. (Ausnahme: Eine Vorversicherung in Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich,

Höchstaufnahmealter ohne Prüfung:

B

Kostentarife, BET, WBET, Krankentagegeld, Krankenhaustagegeld
bis Eintrittsalter 60 Jahre.

Tarife **EG, PK, PK2, PK3**
bis Eintrittsalter 70 Jahre.

Tarife **VR, VR N, ZE**
bis Eintrittsalter 100 Jahre.

Für Versicherungsbeginne außerhalb dieses Bereiches muss eine auf den Einzelfall abgestellte Prüfung durchgeführt werden. Diese Angebote erfordern eine Direktionsanfrage.

Tarif **ZK** hat als max. Eintrittsalter 20 Jahre.

Es gelten tarifabhängige Höchst Eintrittsalter ohne besondere Bedingungen.

B

Höchstaufnahmealter: 70 Jahre.

Ausnahmen:

60 Jahre bei Tarif KV 1, 3 und 4, KVG 1 - 2, KVE 1 - 2 und ASZG, 60 Jahre bei Tarif KV2 (70 Jahre mit ärztlichem Zeugnis),
60 Jahre bei Tarif T,
60 Jahre bei Tarif EST,
65 Jahre bei Tarif PS1G und PTA,
34 Jahre bei Tarif PS2GF.

Tarifleistungen/Bedingungsanalyse nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV

PKVberlin
M. Krolinski, Tel. 030 / 98637080

KV-Vorschlag für Muster Musterbeispiel

Die Leistungsübersicht sowie die Vorschläge basieren auf Ihren Angaben zur Person, auf Ihren angegebenen Wünschen und den ermittelten Bedürfnissen. Bitte prüfen Sie daher alle Angaben entsprechend sorgfältig, insbesondere auch die Tarifleistungen der Vorschläge! Für alle Tarifaussagen gelten ausschließlich die MB/AVB Teil 1 + 2 sowie die Tarifbedingungen AVB 3 der Gesellschaften Hallesche, R+V und HanseMerkur.

Gesellschaft Hallesche

Tarif NKBonus (BAP 09/10), KT43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Gesellschaft R+V

Tarif AGILcomfort(MP0) (BAP 01/11), TA6 (BAP 01/11), PPN (BAP 01/10)

Gesellschaft HanseMerkur

Tarif KVE3(StartFit) (BAP 01/09), T43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Aufnahme älterer Antragsteller Ab welchem Eintrittsalter werden Anträge nur noch mit besonderen Bedingungen angenommen?

Griechenland, Großbritannien, Irland, Italien, Luxemburg, **B**
den Niederlanden, Norwegen, Österreich, Portugal,
Schweden, der Schweiz oder Spanien wird einer
inländischen Krankenversicherung gleichgestellt.)

- nicht mindestens 36 Monate vor Antragstellung bzw.
Angebotsanforderung der ständige Wohnsitz ununterbrochen
in Deutschland war. (Ausnahme: Ein Wohnsitz in Belgien,
Dänemark, Finnland, Frankreich, Griechenland,
Großbritannien, Irland, Italien, Luxemburg, den
Niederlanden, Norwegen, Österreich, Portugal, Schweden,
der Schweiz oder Spanien wird einem Wohnsitz in
Deutschland gleichgestellt.)

- für Wartezeiterlass (in bestimmten Tarifen).

Eintrittsalterberechnung

Eintrittsalterberechnungsart der PKV-Gesellschaften

Beginnjahr abzgl. Geburtsjahr.

Beginnjahr abzgl. Geburtsjahr.

Beginnjahr abzgl. Geburtsjahr.

Tarifleistungen/Bedingungsanalyse nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV

PKVberlin
M. Krolinski, Tel. 030 / 98637080

KV-Vorschlag für Muster Musterbeispiel

Gesellschaft Hallesche

Tarif NKBonus (BAP 09/10), KT43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Gesellschaft R+V

Tarif AGILcomfort(MP0) (BAP 01/11), TA6 (BAP 01/11), PPN (BAP 01/10)

Gesellschaft HanseMerkur

Tarif KVE3(StartFit) (BAP 01/09), T43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Wartezeiterlass von GKV ohneVZ

Welche Wartezeiten bestehen ohne Untersuchungsbericht bzw. ohne Anrechnung der Vorversicherungszeit bei Übertritt von GKV zu PKV?

a) Krankheitskostenversicherung

ZB, ZE, KFO, E, P

8 Mo.

b) Krankentagegeldversicherung

ZB, ZE, KFO, E, P

8 Mo.

c) Krankenhaustagegeldversicherung

ZB, ZE, KFO, E, P

8 Mo.

d) Entbindung

8 Mo.

e) Zahnbehandlung

8 Mo.

f) Zahnersatz

8 Mo.

g) Kieferorthopädie

8 Mo.

h) Psychotherapie

8 Mo.

Die allgemeine Wartezeit

beträgt 3 Monate.

a) Krankheitskostenversicherung

ZB, ZE, KFO, E, P

8 Mo.

b) Krankentagegeldversicherung

ZB, ZE, KFO, P

8 Mo.

c) Krankenhaustagegeldversicherung

ZB, ZE, KFO, E, P

8 Mo.

d) Entbindung

8 Mo.

e) Zahnbehandlung

8 Mo.

f) Zahnersatz

8 Mo.

g) Kieferorthopädie

8 Mo.

Die allgemeine Wartezeit

beträgt 3 Monate

Die **Allgemeine Wartezeit** beträgt: 3 Monate.

Die **Besonderen Wartezeiten** für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie: 6 Monate; für Psychotherapie und Entbindung: 8 Monate.

In Tarif AE entfallen die Wartezeiten gemäß §3 MB/KK 2009 bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten.

(P = Psychotherapie, E = Entbindung)

Tarifleistungen/Bedingungsanalyse nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV

PKVberlin
M. Krolinski, Tel. 030 / 98637080

KV-Vorschlag für Muster Musterbeispiel

Gesellschaft Hallesche

Tarif NKBonus (BAP 09/10), KT43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Gesellschaft R+V

Tarif AGILcomfort(MP0) (BAP 01/11), TA6 (BAP 01/11), PPN (BAP 01/10)

Gesellschaft HanseMerkur

Tarif KVE3(StartFit) (BAP 01/09), T43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Wartezeiterlass von PKV zu PKV Welche Wartezeiten bestehen ohne Untersuchungsbericht bei Übertritt von PKV zu PKV?

Abweichend von § 3 (2) und (3) MB/KK 2009 verzichtet der Versicherer (VR) in der Krankheitskosten - Vollversicherung auf die Einhaltung der Wartezeiten, wenn die Versicherung im unmittelbaren Anschluss an die bisherige Versicherung beginnt.
Eine Krankheitskosten - Vollversicherung liegt vor, wenn für die versicherte Person beim VR Versicherungsschutz für ambulante und stationäre Heilbehandlung als Grundversicherung besteht.
Der Verzicht auf die allgemeine Wartezeit für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz gilt sinngemäß auch für die besonderen Wartezeiten.

A

Anrechnung der Vorversicherungszeit in der PKV.

B

Anrechnung der Vorversicherungszeit auf die Wartezeiten bei Ausscheiden aus einer PKV mit Anspruch auf ambulante und stationäre Heilbehandlung.
Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens 2 Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in unmittelbarem Anschluss an die vorherige PKV beginnen soll.
Keine Wartezeit für bestimmte Infektionskrankheiten.

B

Beitragsrückerstattung Ja/Nein Wird derzeit noch eine BEITRAGSRÜCKERSTATTUNG (BRE) gewährt?

Ja, in der Vollversicherung.

A+

Ja, in der Vollversicherung.

A+

Ja, in der Vollversicherung.

A+

Tarifleistungen/Bedingungsanalyse nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV

PKVberlin
M. Krolinski, Tel. 030 / 98637080

KV-Vorschlag für Muster Musterbeispiel

Gesellschaft Hallesche

Tarif NKBonus (BAP 09/10), KT43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Gesellschaft R+V

Tarif AGILcomfort(MP0) (BAP 01/11), TA6 (BAP 01/11), PPN (BAP 01/10)

Gesellschaft HanseMercur

Tarif KVE3(StartFit) (BAP 01/09), T43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Beitragsrückerstattung Höhe Für welche Tarife wird eine erfolgsabhängige BEITRAGSRÜCKERSTATTUNG (BRE) gewährt?

Erfolgsabhängige BRE für das Jahr 2009 (Auszahlung 2011)

Höhe:

- 1 Leistungsfreies Jahr: 1,0 MB*,
- 2 Leistungsfreie Jahre: 1,5 MB*,
- 3 Leistungsfreie Jahre: 2,0 MB*,
- 4 Leistungsfreie Jahre: 2,5 MB*,
- ab 5 Leistungsfreien Jahren: 3,0 MB*.

Die Auszahlung der erfolgsabhängigen BRE erfolgt voraussichtlich im September 2010.

Anspruchsberechtigte Tarife bzw. Tarifkombinationen:

Vollversicherung: **NK, KS, AV, PRIMO (Bonus) (Z), PRIMO (Bonus) (Z) plus, BT, LR, MG 1 und MG 2, Kombination CA, CAN und CZ**

Mediziner: **PRIMO M, MA, MAN, MAS, ZV, ZV und CZ, ZV und ZVH**

Beamte: **PRIMO B, MA%, MA% und CEB, Kombination CAB, CABS und CZ oder CZB, CEB und CAB und CZB, CEB und CABS und CZB**

Studenten: **SV**

Voraussetzungen:

- Die KKV bestand während des ganzen Kalenderjahres 2009 (Geschäftsjahr) und besteht noch weiter bis mindestens bis 30.09. des Folgejahres nach den oben genannten Tarifen/Tarifstufen. Der Anspruch auf BRE entfällt, falls dem VR bis zum 30.09. des Folgejahres eine Kündigung vorliegt. Endet die Versicherung allerdings nach dem 31.12.2009 wegen gesetzlicher

Erfolgsabhängige BRE für das Geschäftsjahr 2010

Anspruchsberechtigt sind:

Tarife **AGIL classic (EP), AGIL comfort (MP), AGIL premium (TN)**: 2 Monatsbeiträge.

Tarife **A/Z und A%/AE**: 3 Monatsbeiträge.

Tarife **AS, PA, BSS und BSN/BSNZ**: 2 Monatsbeiträge.

Eine BRE für die Tarife **Z** und **BSNZ** wird nur ausbezahlt, wenn auch aus den Tarifen **A** bzw. **BSN** keine Leistungen in Anspruch genommen worden sind.

Wichtige Hinweise zur Beitragsrückerstattung (BRE):

- Es erfolgt für jede versicherte Person eine getrennte Betrachtung.
- Maßgebend ist das Behandlungsdatum oder bei Hilfsmitteln und Medikamenten das Bezugsdatum.
- Die KKV muss das ganze Kalenderjahr (Geschäftsjahr) bestanden haben.
- Die Beiträge für das Geschäftsjahr wurden vollständig gezahlt.
- Die KKV besteht am 30.06. des Folgejahres noch ungekündigt oder wurde nach dem 31.12. wegen Pflichtversicherung beendet.
- Bestand während eines Kalenderjahres eine Anwartschaftsversicherung / Ruhensvereinbarung, entfällt der Anspruch auf BRE.
- Wechselt ein VN während des Jahres seinen Tarif, erhält er auch dann eine BRE: Für jeden versicherten Monat wird der zu zahlende Beitrag ermittelt, zu

Höhe der erfolgsabhängigen BRE (eBRE) für das Geschäftsjahr 2010 (Auszahlung Sommer 2011):

Tarife KVG, KVE, KV, BSS, A, AH, AS:

- 1 leistungsfreies Kalenderjahr: 200€
 - 2 leistungsfreie Kalenderjahre: 300€
 - 3 leistungsfreie Kalenderjahre: 400€
 - ab dem 4. leistungsfreien Kalenderjahr: 500€
- Kinder und Jugendliche bekommen die Hälfte der o.g. Euro - Beträge.

Eine generelle Begrenzung des Auszahlungsbetrags der BRE erfolgt auf die Hälfte des im abgelaufenen Kalenderjahr gezahlten Jahresbeitrags.

Zusätzlich erhalten alle versicherten Personen (VP) ab Alter 35 bei Leistungsfreiheit alle 2 Jahre vom VR vorbereitete Vorsorge - Schecks* zu unterschiedlichen Vorsorgemaßnahmen ohne Einfluss auf die BRE.

Tarife KVG/KVE (Start Fit):

Gesundheitsrabatt:

Der VR gewährt bis zum 30.6. des 2. Versicherungsjahres für jede VP ab versicherungstechnischen Alter 20 einen Gesundheitsrabatt in Höhe von 10%, falls die VP die vom VR festgelegten Kriterien eines Gesundheits - Checks erfüllt. Der Gesundheits - Check muss spätestens 6 Wochen nach Policierung durchgeführt werden. Die zu erfüllenden Kriterien für den Gesundheitsrabatt können beim VR erfragt und die notwendigen Unterlagen durch den VR ausgehändigt werden. In den Ausbildungstarifen wird kein Gesundheitsrabatt gewährt.

Tarif ASZG (Pro Fit):

Hat die VP für ein Versicherungsjahr keine

Tarifleistungen/Bedingungsanalyse nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV

PKVberlin
M. Krolinski, Tel. 030 / 98637080

KV-Vorschlag für Muster Musterbeispiel

Die Leistungsübersicht sowie die Vorschläge basieren auf Ihren Angaben zur Person, auf Ihren angegebenen Wünschen und den ermittelten Bedürfnissen. Bitte prüfen Sie daher alle Angaben entsprechend sorgfältig, insbesondere auch die Tarifleistungen der Vorschläge! Für alle Tarifaussagen gelten ausschließlich die MB/AVB Teil 1 + 2 sowie die Tarifbedingungen AVB 3 der Gesellschaften Hallesche, R+V und HanseMerkur.

Gesellschaft Hallesche

Tarif NKBonus (BAP 09/10), KT43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Gesellschaft R+V

Tarif AGILcomfort(MP0) (BAP 01/11), TA6 (BAP 01/11), PPN (BAP 01/10)

Gesellschaft HanseMerkur

Tarif KVE3(StartFit) (BAP 01/09), T43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Beitragsrückerstattung Höhe Für welche Tarife wird eine erfolgsabhängige BEITRAGSRÜCKERSTATTUNG (BRE) gewährt?

Versicherungspflicht oder Tod der VP, bleibt der Anspruch auf BRE erhalten.

- Im gesamten BRE - berechtigten Geschäftsjahr wurde aus diesen Tarifen/ Tarifstufen keine Leistung in Anspruch genommen - bei Tarifkombinationen aus keinem der Einzeltarife (Beachte: Es zählt das Behandlungsdatum, nicht das Rechnungsdatum).

- Die Beiträge wurden für die Zeit vom 01.01.2009 bis 30.09.2010 stets pünktlich und vollständig bezahlt.

BRE im Tarif PRIMO B (nach Sonderbedingungen):

Ab dem ersten vollständig leistungsfreien Jahr: 6 MB*.

Bonus:

In den Tarifstufen **PRIMO Bonus (plus)** erhält der Versicherungsnehmer für jede VP je versicherten Monat, in dem Versicherungsschutz nach den Tarifen PRIMO Bonus (plus) besteht, einen **Bonus** von 30€- maximal ergibt dies einen Bonus von 360€je Kalenderjahr.

Der Bonus wird monatlich auf ein Konto des VN ausgezahlt. Voraussetzung für die Auszahlung des Bonus ist die Bezahlung des Beitrags per Lastschriftzugsverfahren. Werden Rechnungen zur Erstattung eingereicht, wird der gesamte jährliche Bonus von 360€auf den Erstattungsbetrag angerechnet. Dies gilt auch, wenn die Versicherung nach PRIMO Bonus (plus) vor Ablauf eines Kalenderjahres endet. Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar eines Kalenderjahres, so ermäßigt sich die Anrechnung für dieses Jahr um jeweils 1/12 für jeden Monat, in dem die Versicherung noch nicht bestand.

In **Tarifstufe NK Bonus** erhält der Versicherungsnehmer (VN) für jede versicherte Person (VP)

einer Gesamtanspruchssumme addiert und dann gewölftelt.
- Die Auszahlung der BRE erfolgt im III. Quartal des Folgejahres.

Erstattungsfähige **Vorsorgeuntersuchungen**

- haben im R+V- Gesundheitskonzept AGIL keine Auswirkungen auf die Beitragsrückerstattung.
- werden in allen anderen Vollversicherungstarifen seit dem 01.01.2007 bei der Prüfung des Anspruchs auf Beitragsrückerstattung nicht mehr angerechnet - sind seit diesem Zeitpunkt somit also **Beitragsrückerstattungsunschädlich**.

Leistungen in Anspruch genommen so erhält sie eine Pauschalerstattung in Höhe der Hälfte des tariflichen Zahlbeitrags.

Somit zahlt die VP ab Vers. - beginn nur die Hälfte des tariflichen Zahlbeitrags, solange Leistungsfreiheit gemäß Abschnitt I. besteht. (AVB Teil III beachten!)
Zusätzlich erhalten alle VPs ab Alter 35 bei Leistungsfreiheit alle 2 Jahre vom VR vorbereitete Vorsorge - Schecks* zu unterschiedlichen Vorsorgemaßnahmen ohne Einfluss auf die BRE.

Die eBRE gilt für alle Personen, die nach einem BRE-berechtigten Tarife (siehe oben) **ganzjährig versichert** waren und für ambulante und zahnärztliche Behandlungen keine Rechnungen eingereicht haben.
Bis zur Auszahlung der eBRE / Ausgabe der Vorsorge - Schecks muss die Versicherung **ungekündigt** sein und die Beiträge müssen immer pünktlich und vollständig gezahlt worden sein.

*Vorsorge - Schecks:

Ab einem Alter von 35 Jahren: Vorsorgeuntersuchungen beim Hausarzt, Zahnarzt und Frauenarzt.

Ab einem Alter von 40 Jahren bei Frauen: zusätzlich die Mammographie.

Ab einem Alter von 45 Jahren bei Männern: zusätzlich die Vorsorgeuntersuchung beim Urologen.

Tarifleistungen/Bedingungsanalyse nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV

PKVberlin
M. Krolinski, Tel. 030 / 98637080

KV-Vorschlag für Muster Musterbeispiel

Die Leistungsübersicht sowie die Vorschläge basieren auf Ihren Angaben zur Person, auf Ihren angegebenen Wünschen und den ermittelten Bedürfnissen. Bitte prüfen Sie daher alle Angaben entsprechend sorgfältig, insbesondere auch die Tarifleistungen der Vorschläge! Für alle Tarifaussagen gelten ausschließlich die MB/AVB Teil 1 + 2 sowie die Tarifbedingungen AVB 3 der Gesellschaften Hallesche, R+V und HanseMerkur.

Gesellschaft Hallesche

Tarif NKBonus (BAP 09/10), KT43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Gesellschaft R+V

Tarif AGILcomfort(MP0) (BAP 01/11), TA6 (BAP 01/11), PPN (BAP 01/10)

Gesellschaft HanseMerkur

Tarif KVE3(StartFit) (BAP 01/09), T43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Beitragsrückerstattung Höhe Für welche Tarife wird eine erfolgsabhängige BEITRAGSRÜCKERSTATTUNG (BRE) gewährt?

je versicherten Monat, in dem Versicherungsschutz nach
Tarif NK Bonus besteht, einen Bonus von 60€

- maximal ergibt dies einen Bonus von 720€je Kalenderjahr
je VP.

Werden Rechnungen zur Erstattung eingereicht, wird der
gesamte jährliche Bonus von 720€auf den Erstattungsbetrag
angerechnet. Dies gilt auch, wenn die Versicherung nach NK
Bonus vor Ablauf eines Kalenderjahres endet.

Der Bonus wird monatlich auf ein Konto des VN ausgezahlt.
Voraussetzung für die Auszahlung des Bonus ist die
Bezahlung des Beitrags per Lastschriftinzugsverfahren.
Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar eines
Kalenderjahres, so ermäßigt sich die Anrechnung für dieses
Jahr um jeweils 1/12 für jeden Monat, in dem die
Versicherung noch nicht bestand.

*MB = Basis für die BRE ist der im Januar des BRE -
berechtigten Jahres gültige Monatsbeitrag einschließlich
eventueller Beitragszuschläge. Darin nicht enthalten ist der
gesetzliche Zuschlag. Vermindert sich der Beitrag übers Jahr,
beispielsweise durch einen höheren Selbstbehalt oder
Wechsel in einen anderen Tarif mit Beitragsrückerstattung,
wird der neue Beitrag als Grundlage herangezogen.

Tarifsysteme Anzahl Wie viele eigenständige (selbständig nebeneinander bestehende) Tarifsysteme werden angeboten?

Normaltarifwerke	6	A	Normaltarifwerke	3	A+	Normaltarifwerke	4	A+
Beamtentarifwerke	2		Beamtentarifwerke	1		Beamtentarifwerke	1	
Arzttarifwerke	3		Arzttarifwerke	0		Arzttarifwerke	0	
						Ergänzungstarifwerke	1	

Info des VR:

Ab 01.01.2009 besteht vorerst kein Beamtentarifwerk mehr.

Tarifleistungen/Bedingungsanalyse nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV

PKVberlin
M. Krolinski, Tel. 030 / 98637080

KV-Vorschlag für Muster Musterbeispiel

Gesellschaft Hallesche

Tarif NKBonus (BAP 09/10), KT43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Gesellschaft R+V

Tarif AGILcomfort(MP0) (BAP 01/11), TA6 (BAP 01/11), PPN (BAP 01/10)

Gesellschaft HanseMercur

Tarif KVE3(StartFit) (BAP 01/09), T43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Anwendung des § 204 VVG Wie wird § 204 VVG angewandt bzw. wie wird "gleichartiger Versicherungsschutz" definiert?

Grundlage für die Definition "gleichartiger Versicherungsschutz" ist § 12 der Kalkulationsverordnung. **F**

Grundlage für die Definition "gleichartiger Versicherungsschutz" ist §12 der Kalkulationsverordnung. **F**

'Grundlage für die Definition "gleichartiger Versicherungsschutz" ist § 12 der Kalkulationsverordnung. **F**

§12 KalV:

Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz

(1) Als Krankenversicherungstarife mit gleichartigem Versicherungsschutz, in die der Versicherte zu wechseln berechtigt ist, sind Tarife anzusehen, die gleiche Leistungsbereiche wie der bisherige Tarif umfassen und für die der Versicherte versicherungsfähig ist. Leistungsbereiche sind insbesondere:

1. Kostenerstattung für ambulante Heilbehandlung,
2. Kostenerstattung für stationäre Heilbehandlung sowie KHT -Versicherungen mit Kostenersatzfunktion,
3. Kostenerstattung für Zahnbehandlung und Zahnersatz,
4. Krankenhaustagegeld, soweit es nicht zu Nummer 2 gehört,
5. Krankentagegeld,
6. Kurtagegeld und Kostenerstattung für Kuren,
7. Pflegekosten und -tagegeld.

(2) Versicherungsfähigkeit ist eine personengebundene Eigenschaft des Versicherten, deren Wegfall zur Folge hat, dass der Versicherte bedingungsgemäß nicht mehr in diesem Tarif versichert bleiben kann.

(3) Keine Gleichartigkeit besteht zwischen einem gesetzlichen Versicherungsschutz mit Ergänzungsschutz der privaten Krankenversicherung und einer substitutiven Krankenversicherung.

Tarife AGIL classic, AGIL comfort und AGIL premium:

In Erweiterung des gesetzlichen

Tarifleistungen/Bedingungsanalyse nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV

PKVberlin
M. Krolinski, Tel. 030 / 98637080

KV-Vorschlag für Muster Musterbeispiel

Die Leistungsübersicht sowie die Vorschläge basieren auf Ihren Angaben zur Person, auf Ihren angegebenen Wünschen und den ermittelten Bedürfnissen. Bitte prüfen Sie daher alle Angaben entsprechend sorgfältig, insbesondere auch die Tarifleistungen der Vorschläge! Für alle Tarifaussagen gelten ausschließlich die MB/AVB Teil 1 + 2 sowie die Tarifbedingungen AVB 3 der Gesellschaften Hallesche, R+V und HanseMerkur.

Gesellschaft Hallesche

Tarif NKBonus (BAP 09/10), KT43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Gesellschaft R+V

Tarif AGILcomfort(MP0) (BAP 01/11), TA6 (BAP 01/11), PPN (BAP 01/10)

Gesellschaft HanseMerkur

Tarif KVE3(StartFit) (BAP 01/09), T43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Anwendung des § 204 VVG

Wie wird § 204 VVG angewandt bzw. wie wird "gleichartiger Versicherungsschutz" definiert?

Tarifwechselrechts bieten die AGILTarife ein Wechselrecht zwischen den AGILTarifen (AGIL premium naturgemäß nur die SBStufe) und Selbstbehalten ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten (s. Nr. 4 AVB Teil III mit Unterpunkten). Außerdem enthalten die Tarife AGIL comfort und AGIL premium in AVB Teil III Nr. 4.3 bzw. 4.2 das Recht nach Kündigung der Vollkostenversicherung ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten in eine Zusatzversicherung umzustellen. **F**

Vorversicherung fehlt

Unter welchen Bedingungen wird ein Versicherungsantrag angenommen, wenn keine Vorversicherung nachgewiesen werden kann?

Wenn nicht bis zumindest 3 Monate vor Antragstellung mindestens 12 Monate eine inländische Krankenversicherung bestand bzw. zurzeit besteht, ist eine ärztliche Untersuchung gemäß Formular VG 150/151 erforderlich. Die Kosten trägt der Antragsteller. **D**

Eine fehlende Vorversicherung ist kein alleiniger Ablehnungsgrund. Bei Personen mit lückenhafter Vorversicherung von mehr als 2 Monaten ist die Vorlage eines ärztlichen Untersuchungsberichtes erforderlich. Bei Selbständigen zusätzlich eine Bonitätsprüfung und eine Kopie der Gewerbeanmeldung. Bei positiver Einschätzung kann es zu einer normalen Annahme mit Wartezeiten, bei fristgerechter Beantragung mit Ärztl. Untersuchungsbericht (innerhalb von 14 Tagen ab Antragstellung) sogar zu einer Annahme ohne Wartezeiten (mit Ausnahme für Zahnersatz und KFO) kommen. **D**

Nur unter der Bedingung von vertraglich vereinbarten Wartezeiten. Nach Vorlage eines ärztlichen Attests auch ohne Wartezeiten möglich. Ein ärztliches Attest wird nach 3 Monaten ohne Vorversicherung verlangt. **D**

Rechnungserstattung

a) Wie lange nach dem Versicherungsfall können Rechnungen eingereicht werden? b) In welchem Zeitraum werden eingereichte Rechnungen erstattet?

a) Es gilt die regelmäßige Verjährungsfrist gemäß § 195 BGB von 3 Jahren. **A**
b) Eingereichte Rechnungen werden spätestens innerhalb von 7 Tagen erstattet.

a) Es gilt die regelmäßige Verjährungsfrist gemäß § 195 BGB von 3 Jahren. **A**
b) In der Regel erfolgt die Kostenerstattung innerhalb einer Woche.

a) Es gilt die regelmäßige Verjährungsfrist gemäß § 195 BGB von 3 Jahren. **A+**
b) Innerhalb von 5 Arbeitstagen werden eingereichte Rechnungen erstattet. Hinzu kommen hier die Postwege.

Tarifleistungen/Bedingungsanalyse nach § 60 VVG und § 4 VVG-InfoV

PKVberlin
M. Krolinski, Tel. 030 / 98637080

KV-Vorschlag für Muster Musterbeispiel

Gesellschaft Hallesche

Tarif NKBonus (BAP 09/10), KT43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Gesellschaft R+V

Tarif AGILcomfort(MP0) (BAP 01/11), TA6 (BAP 01/11), PPN (BAP 01/10)

Gesellschaft HanseMerkur

Tarif KVE3(StartFit) (BAP 01/09), T43 (BAP 01/08), PVN (BAP 01/10)

Gesundheitstelefon

Wird ein Gesundheitstelefonservice (Medi-Hotline) angeboten?

Ja, Gesundheitstelefon

Telefon: **0711 66032000**

Täglich von 7.00 bis 22.00 Uhr.

Auskünfte zur Gesundheit, Spezialkliniken, Fachärzte, chronische Krankheiten, Stress, Risiken im Ausland,

Impfprophylaxe.

Zusätzlich 24 - stündige Notrufzentrale sowie Pflege- und Auslandsreise -Hotline.

Auslandsnotruf

Telefon: **+49 711 66033930**

Fremdsprachentelefon

Telefon: **0711 66033930**

A+

Ja, Gesundheitstelefon

Telefon: **0180 1 000417**

täglich von 7.00 - 23.00 Uhr.

(0,04 EUR pro Minute aus dem Festnetz der Deutsche Telekom AG. Abweichende Preise aus anderen Fest- oder Mobilfunknetzen sind möglich.)

Vollversicherte können bei Fragen zu medizinischen Behandlungen, Arzneimitteln und zur Gesundheitsvorsorge das Gesundheitstelefon anrufen.

Auslandsnotruf

Telefon: **+49 611 533-6290**

24 Stunden - Hotline

PT 3 - Versicherte können das Beratungstelefon

Telefon: **0180 1 004401**

in Anspruch nehmen, das Leistungen im Bereich Pflege, bspw. Hilfe im Alltag durch Organisation von ambulanter Pflege, Essen auf Rädern, hauswirtschaftliche Betreuung und die Benennung von Pflegeheimen anbietet.

A+

Ja, Gesundheitstelefon

Telefon: **0180 1 121310** (zum Ortstarif)

Montag bis Freitag von 08.00 bis 20.00 Uhr.

Auslandsnotruf

Telefon: **+49 0180 5 256256** (Auslandsgebühren + 0,14 €/min)

24 - Notruf - Service der HanseMerkur ist weltweit für Sie da, rund um die Uhr. Schnelle Hilfe im Notfall.

A+