

# ERFASSUNGSBOGEN

## Details zur Krankenzusatzversicherung

Nachname  Vorname  Geburtsdatum

### Zusatzversicherung

#### Ambulant

##### Sollen Leistungen für Hilfsmittel (ausgenommen Sehilfen) erstattungsfähig sein?

ja  nein

Hilfsmittel sind z.B. Gehhilfen, Liegeschalen, Rollstühle, orthopädische Schuhe, etc. Die Erstattung kann sowohl auf einzelne Hilfsmittel als auch in der Höhe der Erstattung begrenzt sein.

##### Sollen Sehilfen erstattet werden?

ja  nein

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

##### Sollen Leistungen für Heilmittel erstattungsfähig sein?

ja  nein

Als Heilmittel gelten z.B. Massagen, Bäder, Krankengymnastik.

##### Soll der Tarif für ambulante Psychotherapie leisten?

ja  nein

Bei der Psychotherapie besteht meistens eine Begrenzung der Sitzungszahl.

##### Sollen ambulante Kuren erstattet werden?

ja  nein

Unter einer Kur ist die Anwendung von Heilmitteln unter ärztlicher Aufsicht zu verstehen.

##### Sollen ambulante Vorsorgeuntersuchungen erstattet werden?

ja  nein

Die gesetzlichen Vorsorgeuntersuchungen sind nach Art und Häufigkeit begrenzt.

##### Sollen Behandlungen durch Heilpraktiker erstattet werden?

ja  nein

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

##### Sollen alternative Behandlungsmethoden erstattet werden?

ja  nein

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

##### Sollen Leistungen für ambulante Operationen erstattet werden?

ja  nein

Eine ambulante Operationen ersetzt einen stationären Aufenthalt.

## Stationär

### Sollen Leistungen für stationäre Kuren erstattungsfähig sein?

ja  nein

Unter einer Kur ist die Anwendung von Heilmitteln unter ärztlicher Aufsicht zu verstehen.

### Soll der Tarif für stationäre Psychotherapie leisten?

ja  nein

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

### Soll der Tarif für stat. Aufenthalte in gemischten Krankenanstalten auch ohne schriftliche Zusage leisten?

ja  nein

Unter einer gemischten Anstalt versteht man eine Krankenanstalt, die neben medizinisch notwendiger stationärer Behandlung weitere zwei Bedingungen erfüllt:

1. Durchführung von Kur- bzw. Sanatoriumsbehandlungen
2. Aufnahme von Rekonvaleszenten

### Soll der Tarif auch für die gesondert berechenbare Unterbringung und Verpflegung in Krankenhäusern, die nicht nach dem KHEntg oder der BpflV abrechnen, leisten?

ja  nein

Die Abrechnung von stationären Leistungen der Krankenhäuser ist im Wesentlichen im KHEntg geregelt. Privatkliniken unterliegen nicht den Budgetvorgaben des KHEntg und daher besteht die Möglichkeit, Leistungen mit höheren Liquidationen abzugelten.

### Sollen Leistungen für eine vor- und nachstationäre Behandlung erstattungsfähig sein?

ja  nein

Voraussetzung für eine vor- oder nachstationäre Behandlung ist stets eine vorausgehende Einweisung in ein Krankenhaus. Die vorstationäre Behandlung dient dabei der Klärung, ob eine beabsichtigte stationäre Behandlung erforderlich ist.

### Sollen Leistungen für teilstationäre Behandlungen erstattungsfähig sein?

ja  nein

Man versteht darunter eine Krankenhausleistung, die eine regelmäßige Verweildauer im Krankenhaus von weniger als 24 Stunden umfasst, vorwiegend angeboten in einer Tages- oder Nachtambulanz.

### Soll der Tarif Wahlleistungen für die Unterbringung und Verpflegung der Begleitperson eines versicherten Kindes vorsehen?

ja  nein

Diese Leistung ist meist auf eine bestimmte Anzahl von Krankenhaustagen bzw. bis zu einem bestimmten Alter des Patienten limitiert.

### Sollen Komfortleistungen (besondere Verpflegung, Telefon, TV, Radio u.ä.) erstattungsfähig sein?

ja  nein

Komfortleistungen können folgende Punkte umfassen: Sanitärzone (z. B. separates WC, separate Dusche); sonstige Ausstattung (z. B. Komfortbett, Kühlschrank, Internet); Größe und Lage (z. B. Balkon/Terrasse, bevorzugte Lage im Haus); Verpflegung (Wahlverpflegung, Zusatzverpflegung); Service (z. B. täglicher Hand- und Badetuchwechsel, Tageszeitung).

### Soll bei einem stationären Krankenhausaufenthalt die gesetzlich geregelte Zuzahlung je Kalendertag erstattet werden?

ja  nein

Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen vom Beginn der vollstationären Krankenhausbildung an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 28 Tage den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag je Kalendertag an das Krankenhaus, das diesen Betrag an die Krankenkasse weiter leitet.

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

ja  nein

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

### Sollen Transportkosten bei stationärer Behandlung innerhalb Deutschlands erstattungsfähig sein?

ja  nein

Transporte zur stationären Behandlung sind die Hin- und Rückfahrten zu einem Krankenhaus. Diese können bedingungs- gemäß nicht vom Versicherungsschutz erfasst sein.

## Zahn

### Sollen für Zahnersatz ausschließlich Leistungen im Rahmen der Regelversorgung erstattungsfähig sein?

ja  nein

Die Regelversorgung ist die ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung des Patienten. Ausgehend von der Regelversorgung erhält der Patient einen befundorientierten Festzuschuss, i.d.R. beträgt dieser 50% der Regelversorgung. Dieser Festzuschuss erhöht sich bei regelmäßiger Vorsorge von 5 Jahren bzw. 10 Jahren auf 60% bzw. 65% der Regelversorgung.

### Sollen privatärztliche Rechnungsanteile für Zahnersatz (Prothesen, Brücken, Kronen) erstattet werden?

ja  nein

Privatärztliche Rechnungsanteile sind diese, die über den gesetzlichen Leistungsumfang hinausgehen. Diese Rechnungsanteile werden vom Zahnarzt nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abgerechnet.

### Sollen Leistungen für Inlays erstattungsfähig sein?

ja  nein

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

### Sollen Leistungen für Implantate erstattungsfähig sein?

ja  nein

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

### Sollen Leistungen für Kieferorthopädie erstattungsfähig sein?

ja  nein

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

### Sollen Leistungen für Zahnbehandlung erstattungsfähig sein?

ja  nein

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

### Sollen Leistungen für professionelle Zahnreinigung erstattungsfähig sein?

ja  nein

Zur Vorbeugung und Verhütung von Karies und Parodontopathien ist neben der - oft unbefriedigenden - häuslichen Mundhygiene eine regelmäßige professionelle Zahnreinigung durch den Zahnarzt oder ein speziell dafür ausgebildetes Fachpersonal notwendig. Ziel der professionellen Zahnreinigung ist eine Erhaltung und Verbesserung der Mundgesundheit durch Beseitigung aller harten und weichen Beläge sowie verfärbter Auflagerungen und Herstellung der Hygienefähigkeit durch Beseitigung der Plaqueretentionsstellen.

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

ja  nein

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

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

ja  nein

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

## Allgemein

### Soll der Versicherer auf die Einhaltung der allgemeinen Wartezeit verzichten?

ja  nein

Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate ab Versicherungsbeginn. Während der Wartezeit besteht grundsätzlich keine Leistungspflicht. Für Versicherungsfälle, die während der Wartezeiten auftreten, wird erst nach Ablauf der Wartezeiten geleistet..

### Soll der Versicherer auf die Einhaltung der besonderen Wartezeiten verzichten?

ja  nein

Die besonderen Wartezeiten für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie betragen acht Monate ab Versicherungsbeginn. Während der Wartezeit besteht grundsätzlich keine Leistungspflicht. Für Versicherungsfälle, die während der Wartezeiten auftreten, wird erst nach Ablauf von Wartezeiten geleistet.

### Soll der Versicherer auf sein ordentliches Kündigungsrecht verzichten?

ja  nein

Für die substitutive Krankenversicherung verzichtet der Versicherer auf sein ordentliches Kündigungsrecht. Dies gilt auch für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer substitutiven Krankenversicherung besteht. Das verbleibende ordentliche Kündigungsrecht ist demnach auf die nicht substitutive Krankenversicherung begrenzt. Der Versicherer ist hier berechtigt, das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden der ersten drei Versicherungsjahre, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten zu kündigen.

### Soll eine Option auf Höherversicherung oder ein über den Umfang der gesetzlichen Vorgaben nach §204 VVG verbessertes Tarifwechselrecht enthalten sein?

ja  nein

Tarife, die eine Option auf Höherversicherung enthalten, bieten dem Versicherten die Möglichkeit, zu bestimmten Zeitpunkten beim gleichen Versicherer in Tarife mit höheren Leistungen zu wechseln. Wartezeiten oder eine Risikoprüfung sind dann nicht erneut zu absolvieren; zwischenzeitlich eingetretene Erkrankungen sind somit zuschlagsfrei mitversichert.

### Soll der Versicherer auch über die Regelhöchstsätze (2,3fach) der GOÄ/GOZ hinaus leisten?

ja  nein

Privatärztliche Honorarrechnungen werden nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) erstellt. Falls der Tarif eine Leistungsbegrenzung auf die Regelhöchstsätze der GOÄ/GOZ vorsieht, besteht für den Rechnungsanteil oberhalb des 2,3fachen Gebührensatzes kein Anspruch auf Kostenersatz beim Versicherer.

### Soll der Versicherer auch über die Höchstsätze (3,5fach) der GOÄ/GOZ hinaus leisten?

ja  nein

Privatärztliche Honorarrechnungen werden nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) erstellt. Falls der Tarif eine Leistungsbegrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorsieht, besteht für den Rechnungsanteil oberhalb des 3,5fachen Gebührensatzes kein Anspruch auf Kostenersatz beim Versicherer.

### Soll der Tarif eine Auslandsreisekrankenversicherung beinhalten?

ja  nein

Der Tarif kann Leistungen für eine Heilbehandlung GKV-Versicherter bei kurzfristigen Reisen ins europäische oder außer-europäische Ausland vorsehen.

### Soll der Rücktransport aus dem Ausland mitversichert sein?

ja  nein

Soweit tariflich Leistungen für einen Krankenrücktransport und darüber hinaus ggf. auch für die Überführung bzw. Bestattung vorgesehen sind, gilt folgendes: Bei einem medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Krankenrücktransport aus dem Ausland an den Ort des ständigen Wohnsitzes werden die Mehrkosten erstattet, die über die Kosten einer planmäßigen Rückreise hinaus entstehen.

### Sollen Kinder nach den Annahmerichtlinien der Gesellschaft ohne ein Elternteil versichert werden können?

ja  nein

Generell können Kinder auch ohne ein mitversichertes Elternteil versichert werden. Einige Versicherer sehen in ihren Annahmerichtlinien jedoch Beschränkungen vor. Hier können bestimmte Einschränkungen (nur ab einem bestimmten Alter etc.) oder sogar Ablehnungen konkretisiert sein.