



„Substanz entscheidet – Qualität setzt sich durch“

Qualitätsbausteine für Sie und Ihre Kunden
aus dem Baukasten

Krankenversicherung ist kein Produkt, sondern der Wunsch nach medizinischer Behandlung.



„Check up
18 plus“

Sie und Ihre Kunden legen heute Wert auf hochwertigen, individuell passenden Versicherungsschutz bei dauerhaft stabilen Beiträgen.

Der Preis der Versicherung kann und sollte heute nicht mehr das Entscheidungskriterium für eine private Krankenvollversicherung sein.

Vielmehr sind hier eine Reihe anderer Kriterien von Bedeutung.

Leistung hat ihren Preis. Leistung will (muss) verkauft werden.

Prämierte Leistung, in exzellenten Bedingungen verankert, schafft Vertrauen und Rechtssicherheit für Ihre Kunden und Haftungsminimierung für Sie.

„Der Baukasten“

GOÄ / GOZ	Hausarzttarif	Vorsorge
Heilmittel	Hilfsmittel	Heilpraktiker
Psychotherapie	Stationär	Gemischte Anstalten
Anschlussheilbehandlung	Zahn	Transportkosten
Ausland	Kindernachversicherung	Umwandlungsrecht
Verdienstausfall	Selbstbehalt	Optionsrechte
...



1 Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

1.1 Erstattung bis zu den Höchstsätzen der GOÄ/GOZ (= 3,5-fach)

Das Honorar für die Behandlung von Privatpatienten wird nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) berechnet.

Danach darf die Gebühr in der Regel den 1- bis 2,3-fachen Satz betragen. Ein Überschreiten dieses Gebührenrahmens ist nur zulässig, wenn Besonderheiten dies rechtfertigen. Dies hat der Arzt oder Zahnarzt auf der Rechnung schriftlich zu begründen. Dann darf das Honorar bis zum Höchstsatz der GOÄ bzw. GOZ mit dem 3,5-fachen Satz berechnet werden.

Bis zum 3,5-fachen Faktor der Gebührenordnungen hat der Patient keinen Einfluss auf die Höhe der berechneten Leistungen und sieht den zugrunde gelegten Faktor im Allgemeinen erst mit Erhalt der Rechnung.

Will der Arzt oder Zahnarzt auch darüber hinaus liquidieren, **muss er dies vor Erbringung der Leistung mit dem Patienten schriftlich vereinbaren** und eine Kopie der Vereinbarung aushändigen (§2 GOÄ/GOZ) (Honorarvereinbarung / Abdingung).

Beispiele:

GOÄ 1: Beratung, auch telefonisch

1,0-fach = 4,66 EUR 2,3-fach = 10,72 EUR 3,5-fach = 16,32 EUR

GOÄ 26: Früherkennungsuntersuchung beim Kind

1,0-fach = 26,23 EUR 2,3-fach = 60,33 EUR 3,5-fach = 91,80 EUR

GOÄ 3200: Appendektomie (Entfernung des Blinddarms)

1,0-fach = 86,27 EUR 2,3-fach = 198,41 EUR 3,5-fach = 301,93 EUR

1.2 Erstattung über den Höchstsätzen der GOÄ/GOZ (> 3,5-fach)

Bei besonders schwierigen oder zeitaufwendigen Untersuchungs-, Behandlungs- und Operationsmethoden wird von vielen Ärzten der in den Gebührenordnungen vorgesehene 3,5-fache Faktor als nicht mehr ausreichend angesehen.

In diesen Fällen kann der Arzt vor Behandlungsbeginn mit dem Patienten eine **individuelle Honorarvereinbarung** treffen. Der Patient muss vor Behandlungsbeginn informiert werden, dass eine Kostenerstattung durch einen Kostenträger ggf. nicht in voller Höhe erfolgt. Der Patient trägt das volle Restkostenrisiko.

Patienten, die dieses Restkostenrisiko ausschließen möchten, sollten nur Versicherungsschutz wählen, der eine Erstattung über dem Höchstsatz der GOÄ und GOZ vorsieht. Eine Begrenzung auf einen Höchstfaktor (z. B. 5,0-fach) ist nicht sinnvoll, da auch in diesem Fall ein Restkostenrisiko für den Patienten verbleibt.



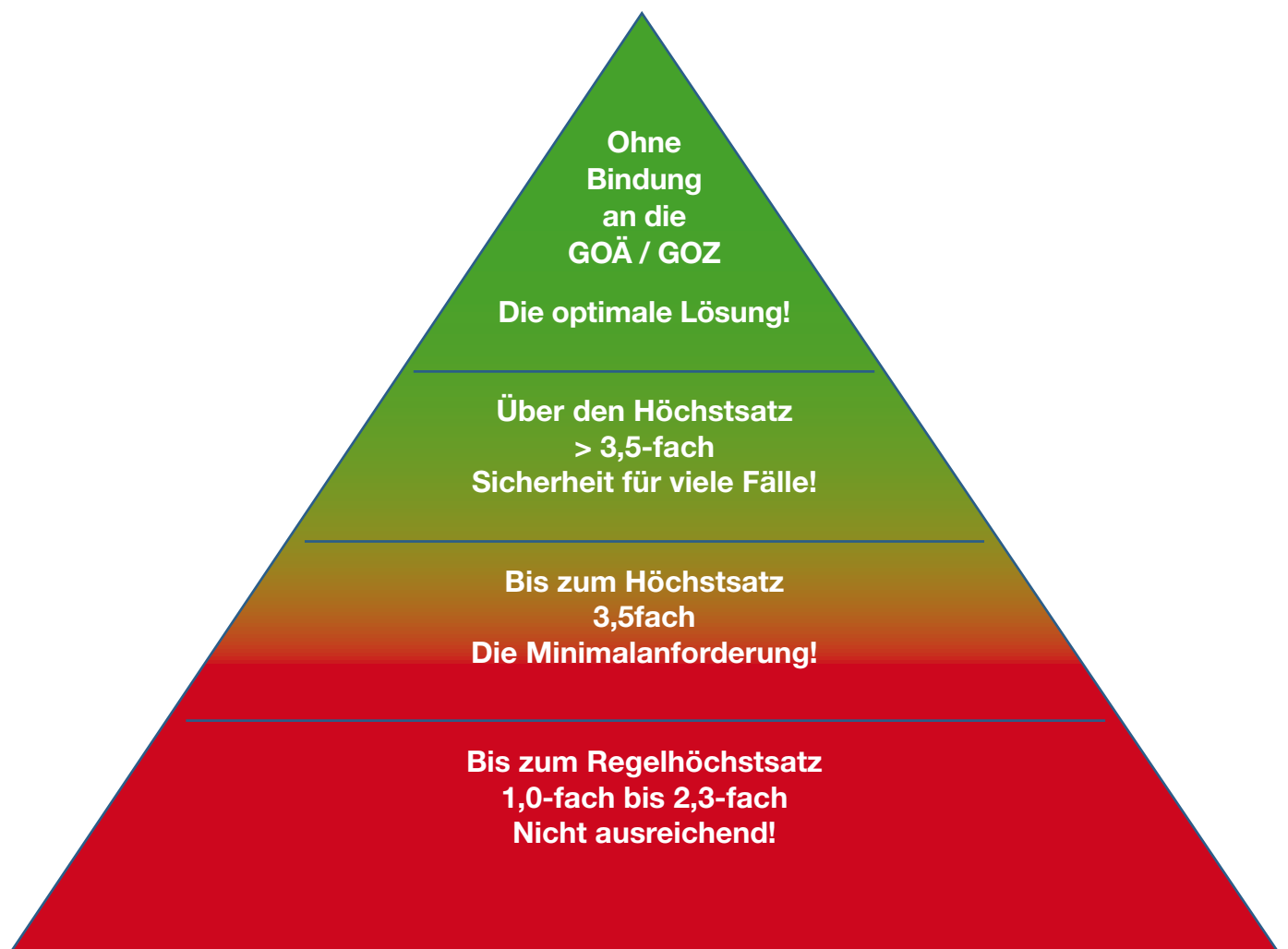
1.3 Erstattung ohne Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ

In Deutschland praktizierende Ärzte sind bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung an die Abrechnung nach der GOÄ und GOZ gebunden.

Diese Gebührenordnungen finden aber nur in Deutschland Anwendung. Wünscht ein Versicherungsnehmer eine weltweite, unbegrenzte freie Arztwahl (also auch den Spezialisten im Ausland), so kommt für ihn nur ein Versicherungsschutz ohne Bindung an die deutschen Gebührenordnungen in Frage, da im Ausland praktizierende Ärzte nicht an diese Gebührenordnungen gebunden sind.

Behandlungen im Ausland können sehr teuer werden.

Im Ausland steht es einem Arzt frei, sein Honorar zu bestimmen. Es gibt keine gesetzlichen Regelungen oder Vorgaben, auf die sich die Rechnungslegung stützt und der Patient hat in der Regel keine Möglichkeit, die Höhe des Rechnungsbetrages zu beeinflussen.



2 Hausarzttarif

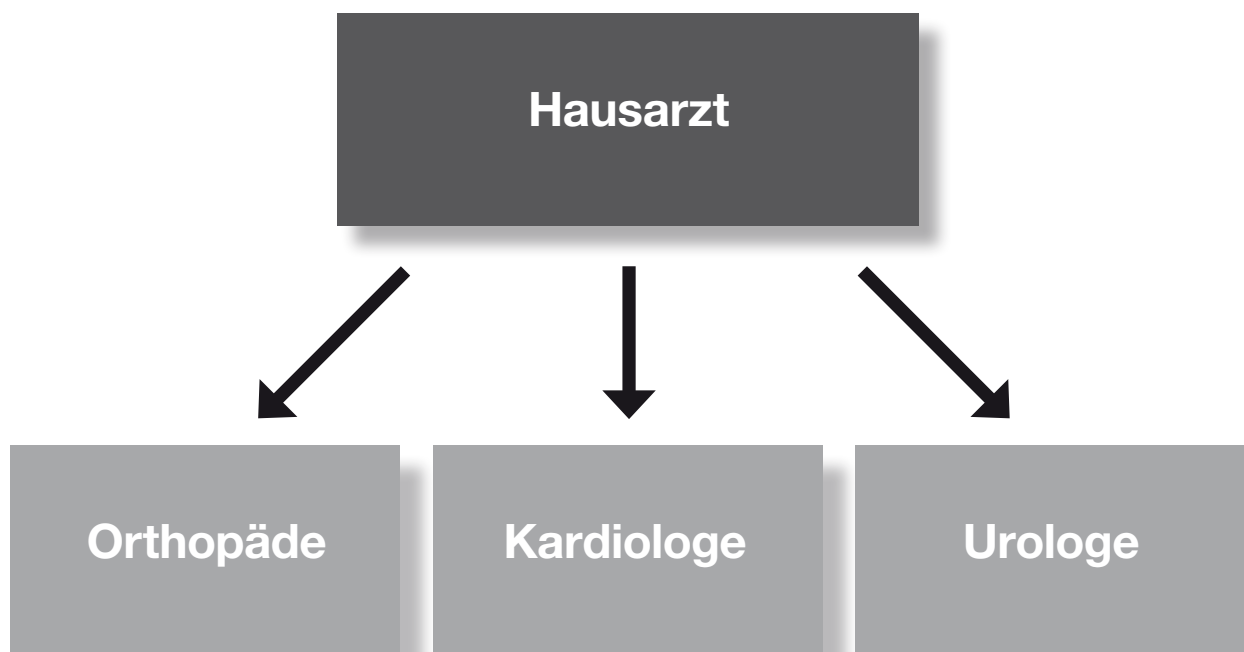


2 Hausarzttarif

Hausarzttarife fordern vom Versicherungsnehmer eine hohe Disziplin. Sucht der Versicherungsnehmer einen Facharzt (z. B. Orthopäden oder Urologen) ohne Überweisung seines Hausarztes auf, hat er mit Leistungseinschränkungen (z. B. nur 80 % Erstattung) durch den Versicherer zu rechnen.

Diese Einschränkung betrifft dann nicht nur den einmaligen Besuch des Arztes, sondern alle Leistungen dieses Behandlungsfalles. Bei der chronischen Manifestation einer Erkrankung kann es zu einer dauerhaften Reduzierung des Leistungsanspruches gegenüber dem Versicherer kommen.

Folgende Arztgruppen sind in der Regel von dieser Reglementierung nicht betroffen: Augenärzte, Gynäkologen, Kinderärzte und der ärztliche Notdienst.



3 Vorsorgeleistungen 4 Heilmittel



3 Vorsorgeleistungen

Die frühzeitige Erkennung von Krankheiten sichert eine bessere Heilungschance.

Die gesetzlichen Vorsorgeleistungen haben grundsätzlich eine Alters- und Häufigkeitsbegrenzung, sind zweckmäßig, in vielen Bereichen aber nur ausreichend.

Auszug aus dem Katalog der gesetzlichen Vorsorgeleistungen:

- Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche (U1–U10)
- Krebsvorsorge für Frauen ab dem 20. Lebensjahr
- Krebsvorsorge für Männer ab dem 45. Lebensjahr
- Gesundheitsvorsorgeuntersuchung ab dem 35. Lebensjahr

Viele private Krankenversicherer beschränken ihre Vorsorgeleistungen auf den Katalog der gesetzlichen Krankenkassen.

Eine optimale Vorsorge ist nur gewährleistet, wenn der Versicherer eine Erstattung aller medizinisch notwendigen Vorsorgeleistungen ohne Einschränkungen gewährt.

Einige Versicherer bieten ihren Kunden als Anreiz für die regelmäßige Durchführung der Vorsorgeprogramme eine Erstattung ohne Anrechnung auf die Selbstbeteiligung an. Zusätzlich kann der Anspruch auf die erfolgsabhängige Beitragsrückgewähr erhalten bleiben.

4 Heilmittel

Zu den Heilmitteln gehören physikalische Anwendungen, wie z. B. Krankengymnastik, Massagen, Fangopackungen etc., sowie die Ergotherapie (Bewegungstherapie, z. B. nach schwerem Unfall bei Entwicklungsstörungen bei Kindern) und die Logopädie (Sprachheilbehandlung bei Kindern oder bei Schlaganfallpatienten).

Bei der Wahl des Versicherungsschutzes ist darauf zu achten, dass neben den ärztlichen Leistungen auch Behandlungen durch staatlich geprüfte Angehörige von Heil- und Hilfsberufen (Krankengymnasten, Masseur, Ergotherapeuten und Logopäden) mitversichert sind, da der Versicherungsnehmer sonst nur einen rechtlichen Erstattungsanspruch auf Leistungen hat, die durch einen Arzt erbracht wurden.

Heilmittel:

- Inhalationen
- Krankengymnastik und Übungsbehandlungen
- Massagen
- Hydrotherapie und Packungen
- Wärmebehandlungen
- Elektro- und Lichttherapie
- Logopädie
- Ergotherapie



5 Hilfsmittel

Der Tarif sollte eine umfassende Aufzählung an kostenintensiven, existenziellen Hilfsmitteln aufweisen. Hierzu gehören

Hör- und Sprechapparate

(z. B. Hörgeräte, künstlicher Kehlkopf)
Hörgeräte: Kosten bis zu 5.000,00 EUR je Ohr

Prothesen und Körperersatzstücke

(z. B. Beinprothesen, künstliche Augen)
Beinprothese: Kosten bis zu 25.000,00 EUR

Geh- und Stützapparate

(Orthesen, Stützkorsett, Rollator)
Stützkorsett: Kosten bis zu 10.000,00 EUR

Orthopädische Schuhe

Kosten bis zu 2.500,00 EUR je Paar

Krankenfahrstühle

Kosten bis zu 30.000,00 EUR

Heimdialysegeräte

Kosten bis zu 150.000,00 EUR je Jahr

Lebenserhaltende Hilfsmittel

(z. B. Beatmungsgeräte)
Kosten bis zu 10.000,00 EUR je Hilfsmittel

Stomaversorgung

(bei künstlichem Darmausgang)
Kosten bis zu 6.000,00 EUR pro Jahr

Blindenhund

Anschaffung und Ausbildung: Kosten bis zu 25.000,00 EUR

6 Heilpraktiker 7 Psychotherapie



6 Heilpraktiker

In Deutschland praktizierende Heilpraktiker müssen nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) abrechnen, sofern vor Behandlungsbeginn mit dem Patienten nichts anderes vereinbart wurde.

Die Abrechnung erfolgt im Rahmen der Mindest- und Höchstsätze der GebüH. Der Patient hat keinerlei Einfluss auf die Höhe der Abrechnung. Es empfiehlt sich daher ein Tarif mit einer Erstattung bis zum Höchstsatz der GebüH.

Beispiel:

GebüH-Nr. 1: Eingehende Beratung
Betrag: von 12,30 EUR bis 20,50 EUR

7 Psychotherapie

Sofern der Tarif eine Behandlung durch einen Psychotherapeuten nicht ausdrücklich vorsieht, hat der Versicherungsnehmer nur einen rechtlichen Anspruch auf eine psychotherapeutische Behandlung durch einen Arzt.

Der Versicherungsschutz sollte dem Kunden die Möglichkeit des Delegationsverfahrens bieten. Unter dem Delegationsverfahren bei Psychotherapie versteht man die Übertragung einer Behandlung an einen nichtärztlichen Behandler (z. B. Diplompsychologen).

Folgende Voraussetzungen sind zwingend erforderlich. **Der Arzt muss:**

- vor Beginn der Behandlung die medizinische Notwendigkeit feststellen,
- die Form der Psychotherapie bestimmen,
- den Behandlungsumfang festlegen,
- die nichtärztliche Behandlung kontrollieren,
- die erforderlichen Auskünfte erteilen, d. h. er muss berichtsfähig sein.

Die Abrechnung durch den Psychotherapeuten erfolgt nach der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP).

Beispiel:

GO-Nr. 861: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie,
Betrag je Sitzung: von 78,66 EUR bis 180,92 EUR

8 Stationäre Versorgung 9 Gemischte Anstalten



8 Stationäre Versorgung

Die Leistungen von Kliniken werden in zwei wesentliche Teile gegliedert.

Der 1. Teil besteht aus den allgemeinen Krankenhausleistungen, die im Krankenhausentgeltgesetz sowie in der Bundespflegesatzverordnung definiert sind. Vereinfacht dargestellt sind dies die medizinische Behandlung auf GKV-Niveau (ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Behandlung des Patienten) und die Unterbringung im Mehrbettzimmer. Zugrunde gelegt wird die reguläre Leistungsfähigkeit des Krankenhauses, also der „diensthabende Arzt“ und die verfügbaren Betten.

Dieses Leistungspaket steht dem gesetzlich Versicherten zu. Es kann vom privat Versicherten unter dem Begriff „allgemeine Krankenhausleistungen“ erworben werden. Die Abrechnung dieser Leistungen erfolgt für beide Versichertengruppen gleich.

Der 2. Teil besteht aus den Wahlleistungen nach Krankenhausentgeltgesetz und Bundespflegesatzverordnung. Hier erwirbt der Patient das Recht einer höherwertigen Unterkunft und/oder der wahlärztlichen Behandlung. Hiermit sind medizinische Leistungen und/oder medizinische Spezialleistungen gemeint, die zusätzlich zu den allgemeinen Krankenhausleistungen abgerechnet werden können. Diese Zusatzleistungen werden nach den Regeln der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und somit nach den „Regeln der ärztlichen Kunst“ erbracht und abgerechnet.

9 Gemischte Anstalten

Gemischte Anstalten sind Krankenhäuser, die neben medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlungen auch Kur- und Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen.

Nach §4 Abs. 5 der Musterbedingungen besteht ein Leistungsanspruch in diesen Krankenanstalten nur, wenn der Versicherer vor Behandlungsbeginn schriftlich seine Leistung zugesagt hat.

Daraus folgt für planbare Krankenhausaufenthalte die Notwendigkeit einer Prüfung des Krankenhauses. Entweder über eine Anfrage beim Versicherer oder über:

<http://www.derprivatpatient.de/der-direkte-weg/dokumentedownloads.html>

Zur Sicherheit des Versicherungsnehmers sollte der Versicherer die Notfalleinweisung in eine solche Klinik positiv geregelt haben, d. h. der Versicherer kann sich nicht auf eine fehlende Leistungszusage berufen, wenn der Patient als Notfall in eine gemischte Klinik eingeliefert wurde.

10 Anschlussheilbehandlung / Anschlussrehabilitation (AHB); Kurleistungen



10 Anschlussheilbehandlung / Anschlussrehabilitation (AHB); Kurleistungen

Die gesundheitliche Versorgung gliedert sich gegenwärtig in drei wesentliche Bereiche:

- Die Primärversorgung (ambulante Behandlung durch niedergelassene Ärzte)
- Die Akutversorgung (stationäre Versorgung im Krankenhaus)
- Die Rehabilitation

Ein wesentlicher Teil der Rehabilitation ist die Anschlussrehabilitation/Anschlussheilbehandlung (AHB). AHB ist eine ganztägig ambulante oder stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation. Die Besonderheit dieser Leistung besteht darin, dass sie sich unmittelbar an eine stationäre Krankenhausbehandlung anschließt. Die Einleitung einer Anschlussrehabilitation erfolgt bereits im Krankenhaus.

Das Krankenhaus stellt auch die Erforderlichkeit fest.

Rehabilitationsleistungen sind in Deutschland Aufgabe der verschiedenen Sozialversicherungs-träger, das heißt der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherung (§6 SGB IX).

- Behandlungen, die der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit bzw. Wiedereingliederung ins Berufsleben dienen, übernimmt die Rentenversicherung.
- Die Unfallversicherung zahlt die Reha-Leistungen, wenn diese ursächlich nach einem Unfall am Arbeitsplatz notwendig geworden sind.

Etwa 66 % aller Fälle entfallen auf die o.g. beiden Träger.

- Die Krankenversicherung finanziert Rehabilitationsleistungen, wenn diese erforderlich sind, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Beschwerden zu lindern, sofern die Erwerbsfähigkeit nicht erheblich gefährdet oder gemindert ist. Sie ist auch zuständig, wenn es darum geht, einer drohenden Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorzubeugen.

Nach dem MB/KK 2008 ist die PKV von Leistungen im Bereich der Reha ausgenommen:

§5 MB/KK 2008 Einschränkung der Leistungspflicht

- für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht.

Mit der Beendigung des Versicherungsschutzes in der GKV verliert der VN einen Teil seiner Reha-Ansprüche. Deswegen ist es notwendig einen Tarif zu erwerben, der zumindest die Anschlussheilbehandlung in seinen Bedingungen zusätzlich einschließt.

Kurleistungen:

Kurleistungen fallen in der Regel nicht in den Versicherungsschutz einer privaten Krankenversicherung, da es sich nicht um eine medizinisch notwendige Heilbehandlung, sondern vielmehr um das „Lindern einer bestehenden Erkrankung“ handelt.

Einige Versicherer erstatten im Rahmen von Kuren jedoch die Kosten für die medizinisch notwendigen Maßnahmen, wie z. B. die ärztlichen Leistungen, Arzneimittel und Heilmittelanwendungen. Für die Fahrtkosten, Unterbringung und Verpflegung werden keine Leistungen zur Verfügung gestellt. Hier empfiehlt sich ggf. der Abschluss einer Kurtagegeldversicherung.

11 Zahn

12 Transportkosten



11 Zahn

Eine sinnvolle und zweckmäßige Zahnversicherungsleistung sollte keinerlei Einschränkung des Versicherungsschutzes auf die Ausführung, das Material von Zahnersatz und die Anzahl von erstattungsfähigen Implantaten beinhalten.

Wünscht der Kunde auch in diesem Punkt einen weltweiten Versicherungsschutz und damit die weltweite Zahnarztwahl, so ist ein Tarif ohne Bindung an die Deutsche Gebührenordnung für Zahnärzte zu empfehlen (vgl. Punkt 1).

12 Transportkosten

Es gibt ambulante und stationäre Transportkosten. Sinnvoll ist im ambulanten Bereich die Kostenübernahme des medizinisch notwendigen Transportes bei Gehunfähigkeit zum nächsten geeigneten Arzt.

Bei den stationären Transporten wird zwischen der Primärversorgung (Notfalleinlieferung in ein Krankenhaus) und der Sekundärversorgung (Verlegung in ein anderes Krankenhaus) unterschieden.

Im stationären Bereich ist der Versicherungsschutz für den medizinisch notwendigen Krankentransport ohne Eingrenzung (z. B. „in das nächste Krankenhaus“ oder mit einer Kilometerbegrenzung) zwingend erforderlich, damit eine optimale medizinische Versorgung gewährleistet werden kann.

Rechnung: Nr.: 20704128	IK-Nr.: 600946229	Datum: 03.12.2007	
Sehr geehrte Damen und Herren,			
für den von uns im Rahmen der Notfallrettung durchgeführten Hubschraubereinsatz berechnen wir hiermit wie folgt:			
Einsatz-Daten:	Datum: 25.11.07	Einsatz-Nr.: 07-0666	Station: Christoph Nürnberg
			IK-Nr.: 600946229
Anford. Leitstelle:	Ladenburg Rettungsleitstelle Rhein-Neckar		
Abgebende Klinik:	Witten Marien Hospital		
Aufnehm. Klinik:	Mannheim Klinikum		
Flugstrecke:	Nürnberg - Mannheim - Witten - Mannheim - Nürnberg		
<small>10:1659</small>			
Patientendaten:			
Nachname:	Vorname:	Geburtsdat.:	Anschrift:
		21.11.2007	
KITH-Nr.:	16309		
Bemerkung:			
Diagnose: extracorporale membrane oxygenation			
Rechnungs-Daten:	Flugzeit (min)	Flugpreis (€/min)	GesamtPreis in €
	299	53,00	15.847,00
		Betrag in €:	15.847,00
Zahlbar ohne Abzüge bis: 02.01.2008 auf unten angegebenem Konto. Steuerfrei nach § 4 Nr. 17b UStG.			
Mit freundlichen Grüßen			
HDM Luftrettung gGmbH			



A) Weltweiter Geltungsbereich

Nach §1(4) MB/KK 2008 erstreckt sich der Versicherungsschutz auf Heilbehandlungen in Europa. Soll zeitlich unbegrenzt Versicherungsschutz weltweit gelten, bedarf es einer diesbezüglichen Regelung im Teil II/III der Tarifbedingungen.

Neben dieser grundsätzlichen Erstattungsregelung ist dann natürlich ein Versicherungsschutz ohne Bindung an deutsche Gebührenordnung (vergleiche Baustein 1) notwendig. Es müssen also sinnvollerweise alle Kosten erstattet werden.

B) Rückreiseverpflichtung (kein Verlust des Versicherungsschutzes im Ausland bei Erkrankung)

Gemäß §1(4) MB/KK 2008 gilt bei vorübergehendem Aufenthalt im außereuropäischen Ausland Versicherungsschutz für einen Monat.

Bei Erkrankung innerhalb dieses Monats verlängert sich der Versicherungsschutz um maximal weitere 2 Monate bei Transportunfähigkeit. Erkrankt der Versicherungsnehmer nach Ablauf des ersten Monats, ist der Versicherer grundsätzlich von der Leistung befreit.

Soll diese Frist außer Kraft gesetzt werden, bedarf es einer diesbezüglichen Regelung im Teil II/III der Tarifbedingungen (die Regelung eines weltweiten Versicherungsschutzes hebt die Frist automatisch aus).

C) Wohnsitzverlegung innerhalb EWR/EU

Nach §1(5) MB/KK 2008 kann ein Versicherungsnehmer unter Beibehaltung seiner Krankenversicherung innerhalb des EWR bzw. der EU seinen Wohnsitz verlegen.

Der Versicherer braucht dann aber nur Leistungen bezahlen, die im Inland fällig geworden wären (z. B. ärztliche Leistungen nur bis zum Höchstsatz der GOÄ).

Wenn ein Versicherungsnehmer bei Wohnsitzverlegung dieses Risiko nicht eingehen will, bedarf es einer diesbezüglichen Regelung im Teil II/III der Tarifbedingungen.

D) Auslandsreiserücktransport

Bei vielen Tarifen ist genau wie in der gesetzlichen Krankenversicherung ein Rücktransport aus dem Ausland nicht versichert.

Es bedarf also entweder einer diesbezüglichen Regelung im Teil II/III der Tarifbedingungen oder aber einer zusätzlichen Auslandsreisekrankenversicherung.

Bei der Wahl der Auslandsreisekrankenversicherung ist darauf zu achten, dass es keine Einschränkung auf die Höhe der Kosten für den Rücktransport gibt (z. B. max. 10.000,00 EUR).

med call GmbH
the global care system

Med call GmbH · Block & Decker Str. 1-3 · 80533 Köln · Germany
Regulierungsstelle DRA
Postfach 21 00 85
50533 Köln

Med call GmbH · Block & Decker Str. 1-3 · 80533 Köln · Germany
Regulierungsstelle DRA
Postfach 21 00 85
50533 Köln

Rechnung: 07112TRA1
Rolaufl. AZ: DRA 07 KR 10017000
Patient:

Sehr geehrte Damen und Herren,
für die Organisation und Durchführung des folgenden Patiententransportes:

Transportart: Ambulanzflug, Sealevel Kabinendruck
Fluggesetz: Läärgesetz 35A
Transport von: Kyung Hee University Medical Centre, Seoul, Korea
Transport nach: Asklepios Klinik Königstein
Flug von: Seoul RKSS
Flug nach: Frankfurt/Main EDOF
Transportdatum: 14.01 – 15.01.2008

erlaube ich mir folgende Kosten in Rechnung zu stellen.

Ambulanzflug	81.000,- €
--------------	------------

Internationale Ambulanzflüge sind gemäß §4 Nr. 14 und 17b UStG von der Umsatzsteuer befreit.
Ich bitte den Betrag von 81.000,- € auf unser Konto zu überweisen.

14 Kindernachversicherung

15 Garantiertes Umwandlungsrecht



14 Kindernachversicherung

Im Rahmen der Nachversicherung von Kindern beginnt der Versicherungsschutz mit der Vollendung der Geburt (Durchtrennung der Nabelschnur). Nach §2 Abs.1 MB/KK ist der Versicherer für alle Leistungsfälle, die vor Versicherungsbeginn eingetreten sind, von der Leistungspflicht befreit.

Bei Geburtsfehlern, angeborenen Anomalien und vererbten Krankheiten ist der Versicherungsfall bereits im Mutterleib und somit vor Versicherungsbeginn eingetreten und der Versicherer ist für diese Leistungen von der Zahlung befreit, wenn er dies nicht zu Gunsten des Versicherungsnehmers positiv in den Musterbedingungen geregelt hat.

15 Garantiertes Umwandlungsrecht in Zusatzversicherungen für gleichwertige Versorgung bei Eintritt der Pflichtversicherung

Mit Eintritt der Versicherungspflicht kann die Versicherungsfähigkeit erlöschen und der Versicherer kann den Versicherungsvertrag beenden. Damit verliert der Versicherungsnehmer sein Privileg als Privatpatient.

Positive Regelungen in den Musterbedingungen ermöglichen es dem Versicherungsnehmer bei Eintritt der Versicherungspflicht, in einen vergleichbaren Ergänzungsversicherungsschutz (ambulant, stationär und Zahn) zu wechseln, um somit sein Privileg als Privatpatient auch bei laufender Behandlung aufrechtzuerhalten.



16 Verdienstaussfall

17 Beitragsreduzierung durch Selbstbehalt



16 Verdienstaussfall

Bei der Auswahl des Krankentagegeldtarifes ist auf die folgenden Punkte zu achten:

- Kann der Versicherungsnehmer mehr als sein Nettoeinkommen versichern (z. B. 80% des Bruttoeinkommens zur Sicherung der Sozialabgaben im Krankheitsfall)?
- Bietet der Versicherer eine Anhebung/Anpassung des Krankentagegeldes ohne Risikoprüfung an?
- Werden bei wiederholter Arbeitsunfähigkeit wegen des gleichen Krankheitsbildes die vorherigen Arbeitsunfähigkeitszeiten angerechnet?
- Leistet der Versicherer bei Teilarbeitsunfähigkeit?
- Leistet der Versicherer auch bei Arbeitsunfähigkeit während der Schwangerschaft?
- Werden Arbeitsversuche zugelassen?

Achtung: Bitte prüfen Sie **regelmäßig** die Tagegeldhöhe, den Beruf und Status (angestellt oder selbstständig) Ihres Kunden.

17 Beitragsreduzierung durch Selbstbehalt

Der Versicherungsnehmer kann seinen Betrag durch die Wahl einer Selbstbeteiligung reduzieren.

Achtung: Einige Tarife beinhalten zusätzlich indirekte Selbstbeteiligungen durch Höchstsätze oder nur anteilige Erstattung bei der Heilbehandlung (z. B. Hilfsmittel bis max. 750,00 EUR oder Heilmittel nur zu 80%).

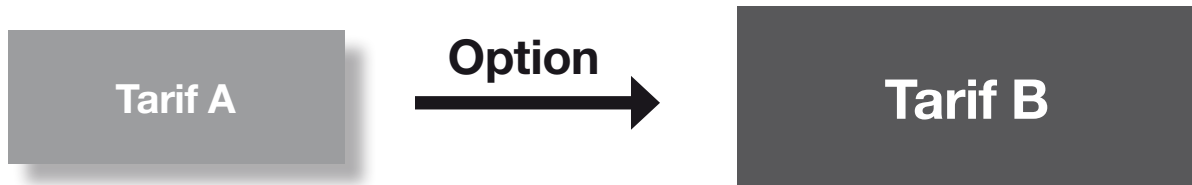


18 Optionsrecht

Möglichkeit zur Anpassung des Versicherungsschutzes an den persönlichen, wechselnden Bedarf und die Zahlungsfähigkeit des Kunden.

Bietet der Versicherer seinem Kunden höchste Flexibilität in der Wahl des Versicherungsschutzes, angepasst an alle Lebenslagen, und die Möglichkeit, ohne Risikoprüfung und Wartezeit seinen Versicherungsschutz bei Bedarf zu erhöhen?

- Wie lange gilt das Optionsrecht und unter welchen Bedingungen? 3, 4, 5 oder 10 Jahre?
- Wann darf der Versicherungsnehmer die Option nutzen (Zeitfenster)?
- In welche Tarife darf der Versicherungsnehmer wechseln?



Hier können Sie selbst weitere **Bausteine ergänzen**, wie z. B.:

- Pflegeleistung
- Wehrdienstbeschädigung + Kriegsklausel
- Obliegenheiten des Kunden (z. B. Anzeige eines Krankenhaus-Aufenthaltes nach § 9.1 MB/KK ... usw.)

19

20

21

Wichtiger Hinweis zum Abschluss

Die hier dargelegten Bausteine erheben nicht den Anspruch auf Vollständigkeit und ersetzen nicht das Beratungsprotokoll. Ein entsprechender „roter Faden“ kann vielmehr Ihr persönliches Beratungsprotokoll ausgestalten, ergänzt um aus Ihrer Sicht weitere, wichtige Bausteine.

**Ihr persönlicher Ansprechpartner berät Sie gerne individuell und zeigt Ihnen,
wie auch Sie von einer Zusammenarbeit mit uns profitieren.**



Deutscher Ring 
Krankenversicherungsverein a.G.
Ludwig-Erhard-Straße 22, 20459 Hamburg