

**Private Krankenzusatzversicherung**

Fragebogen für einen Preis-Leistungs-Vergleich /

Stand: 07/2017

**Bestätigung Ihrer Anfrage und Vertragsangebot**

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für Ihre Anfrage an die Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz. Mit diesem Schreiben übersenden wir Ihnen im ersten Teil unsere Konditionen sowie umfangreiche Informationen. Dazu sind wir gesetzlich verpflichtet. Im zweiten Teil finden Sie den Fragebogen zur eigentlichen Beratung.

Bitte lesen Sie die Hinweise in Ruhe genau durch. Wenn Sie mit unserem Beratungsangebot einverstanden sind, schicken Sie bitte das beigegefügte Schreiben zur Widerrufsbelehrung unterschrieben und dazu den ausgefüllten Fragebogen an uns zurück.

Falls Sie eine schnellere Bearbeitung wünschen, können Sie aber auch auf die Einhaltung Widerrufsfrist verzichten. Sie finden in der Bestätigung zur Widerrufsbelehrung einen entsprechenden Passus.

Der Beratungsvertrag ist zustande gekommen, sobald uns diese Bestätigung (per E-Mail [versicherung@vz-rlp.de](mailto:versicherung@vz-rlp.de), Fax 06131/284825 oder Brief an Verbraucherzentrale, Versicherungsberatung, Postfach 4107, 55031 Mainz) zugeht. Erst dann kommt ein Vertrag zustande und wir können Ihnen eine schriftliche Auswertung anbieten.

Dies ist ein Angebot der Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz e.V., vertreten durch den Vorstand Ulrike von der Lühe, Seppel-Glückert-Passage 10, 55116 Mainz, Vereinsregister: Amtsgericht Mainz VR 1088, Steuernummer 26 / 675 / 0880 / 4, Telefon-Nr. 06131-2848-0, Fax-Nr. 06131/2848-66, E-Mail: [info@vz-rlp.de](mailto:info@vz-rlp.de).

Sollten Sie nach der schriftlichen Beratung Beanstandungen haben, senden Sie bitte unter Angabe des fachlichen Themas auf unserer Seite eine Nachricht an die Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz e.V., [info@vz-rlp.de](mailto:info@vz-rlp.de), Fax: 06131/2848-66 oder per Post an die Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz e.V., Seppel-Glückert-Passage 10, 55116 Mainz.

Bitte beachten Sie, dass Ihre richtigen und vollständigen Angaben Voraussetzung für ein zutreffendes Beratungs-/Auswertungsergebnis ist. Für Beratungsfehler, die auf nicht erkennbarer, lückenhafter oder fehlerhafter Sachverhaltsschilderung beruhen, sind wir nicht verantwortlich.

Für das Ergebnis unserer Beratung haften wir nach den allgemeinen gesetzlichen Vorschriften. Die Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz unterhält eine Vermögensschaden-Haftpflichtversicherung bei der R + V Allgemeine Versicherung AG, Raiffeisenplatz 1, 65189 Wiesbaden.

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Ansprüche, die vor Gerichten innerhalb der Europäischen Union geltend gemacht werden.

Auf den folgenden Seiten erhalten Sie den Fragebogen zur Risikoanalyse und Computer gestützten Beratung in der Krankenzusatzversicherung (KZV).

Wenn Sie schon einen Vertrag haben und wissen möchten, ob Sie "richtig" versichert sind, sollten Sie wie folgt vorgehen: Füllen Sie den Bogen aus und kreuzen Sie die für Sie wichtigen Risikomerkmale an. Wir haben dazu an vielen Stellen Anmerkungen als Hilfestellung gegeben. Senden Sie ihn dann an Ihren Versicherer und bitten ihn, Ihnen schriftlich mitzuteilen, ob die Risiken so versichert sind, wie Sie es vorgegeben haben. Sollte dies nicht der Fall sein, so fordern Sie ihn auf, Ihnen ein entsprechendes Angebot zu machen.

Wenn Sie wissen möchten, wer Ihnen den gewünschten Versicherungsschutz zu einem günstigen Preis bietet oder ob Ihr derzeitiger Vertrag als günstig einzustufen ist, senden Sie uns den ausgefüllten Bogen. Wir ermitteln dann auf der Basis Ihrer Vorgaben die Versicherungen, die ein günstiges Preis-Leistungs-Verhältnis haben.

Bitte beachten Sie dabei folgendes: Der Fragebogen ist sehr ausführlich, da das von uns zu Auswertung genutzte Programm so ziemlich alles erfasst, was im Rahmen der KZV versichert werden kann. Den Versicherungsschutz, den wir für unverzichtbar halten, haben wir als Standard vorgeben. Falls Sie von diesen Standards abweichen möchten, so machen Sie dies am besten durch eine farbige Streichung kenntlich. Bei den weiteren möglichen Erweiterungen berücksichtigen Sie bitte, dass der Kreis der Versicherer umso kleiner und der Preis für die Verträge umso höher wird, umso mehr Sie davon auswählen. Sie sollten daher von diesen Erweiterungen nur dann Gebrauch machen, wenn dies in Ihrem Fall unbedingt erforderlich ist.

Schließlich noch folgender Hinweis: Sie werden sich vielleicht wundern, dass wir auch Fragen zu Ihrer Person stellen. Ihre Antworten darauf dienen dazu, günstige Spezialanbieter zu finden.

Füllen Sie den Bogen bitte vollständig aus. Nur so können wir Ihnen eine korrekte Auswertung bieten. Ihre Daten werden selbstverständlich nicht gespeichert, sondern unmittelbar nach der Auswertung gelöscht. **Bitte machen Sie keine weiteren Zusätze und geben Sie auf jede Frage nur eine Antwort, der Computer kann nur die abgefragten Daten und eindeutige Antworten bearbeiten.** Die Berechnung beruht auf dem Programm CV-win des Softwarehauses Morgen und Morgen, das wir diesbezüglich in Lizenz benutzen.

Das Entgelt für die Auswertung beträgt 25,- €. Wenn Sie mehrere Varianten berechnen lassen möchten, so erhöht es sich für jede weitere Berechnung um 10,- €. Sie erhalten darüber zusammen mit unserer Auswertung eine gesonderte Abrechnung.

Die Rücksendeadresse lautet: **Verbraucherzentrale, Versicherungsberatung, Postfach 4107, 55031 Mainz**

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz

**Anlagen:**

Schreiben zur Widerrufsbelehrung

Musterwiderrufsformular

Fragebogen zum Versicherungs-Check

**Widerrufsbelehrung**

**Bitte beachten Sie:**

**Wir sind gesetzlich verpflichtet, Sie ausführlich über Ihr Widerrufsrecht zu informieren. Lesen Sie diese Information sorgfältig durch.**

**Am Ende dieser Informationen können Sie wählen, ob Sie eine schnellere Bearbeitung vor dem Ende der Widerrufsfrist wünschen.**

**Übersenden Sie uns diese Erklärung (per Mail an [versicherung@vz-rlp.de](mailto:versicherung@vz-rlp.de) , Fax 06131/284825 oder Brief an Verbraucherzentrale, Versicherungsberatung, Postfach 4107, 55031 Mainz, und Bezug zu Ihrer Anfrage).**

**Vor Erhalt dieser von Ihnen unterschriebenen Bestätigung dürfen wir laut Gesetz nicht mit der Beratung beginnen.**

**Widerrufsbelehrung**

**Widerrufsrecht**

Sie haben das Recht, binnen vierzehn Tagen ohne Angabe von Gründen diesen Vertrag zu widerrufen. Die Widerrufsfrist beträgt vierzehn Tage ab dem Tag des Vertragsabschlusses. Um Ihr Widerrufsrecht auszuüben, müssen Sie uns

Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz e.V.,  
 Seppel-Glückert-Passage 10,  
 55116 Mainz,  
 Fax: 06131/2848-66  
 E-Mail: [info@vz-rlp.de](mailto:info@vz-rlp.de)

mittels einer eindeutigen Erklärung (z. B. ein mit der Post versandter Brief, Telefax oder E-Mail) über Ihren Entschluss, diesen Vertrag zu widerrufen, informieren. Sie können dafür das beigefügte Muster-Widerrufsformular verwenden, das jedoch nicht vorgeschrieben ist. Zur Wahrung der Widerrufsfrist reicht es aus, dass Sie die Mitteilung über die Ausübung des Widerrufsrechts vor Ablauf der Widerrufsfrist absenden.

**Folgen des Widerrufs**

Wenn Sie diesen Vertrag widerrufen, haben wir Ihnen alle Zahlungen, die wir von Ihnen erhalten haben, einschließlich der Lieferkosten (mit Ausnahme der zusätzlichen Kosten, die sich daraus ergeben, dass Sie eine andere Art der Lieferung als die von uns angebotene, günstigste Standardlieferung gewählt haben), unverzüglich und spätestens binnen vierzehn Tagen ab dem Tag zurückzuzahlen, an dem die Mitteilung über Ihren Widerruf dieses Vertrags bei uns eingegangen ist. Für diese Rückzahlung verwenden wir dasselbe Zahlungsmittel, das Sie bei der ursprünglichen Transaktion eingesetzt haben, es sei denn, mit Ihnen wurde ausdrücklich etwas anderes vereinbart; in keinem Fall werden Ihnen wegen dieser Rückzahlung Entgelte berechnet.

Haben Sie verlangt, dass die Dienstleistung während der Widerrufsfrist beginnen soll, so haben Sie uns einen angemessenen Betrag zu zahlen, der dem Anteil der bis zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie uns von der Ausübung des Widerrufsrechts hinsichtlich dieses Vertrags unterrichten, bereits erbrachten Dienstleistungen im Vergleich zum Gesamtumfang der im Vertrag vorgesehenen Dienstleistungen entspricht.

**bitte wenden**

**Besonderer Hinweis:**

**Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn wir die Rechtsberatungsleistung vollständig erbracht und mit der Ausführung der Rechtsberatung erst begonnen haben, nachdem Sie ausdrücklich der vorzeitigen Ausführung vor Ablauf der 14-tägigen Widerrufsfrist zugestimmt haben und Ihre Kenntnis darüber bestätigt haben, dass Sie Ihr Widerrufsrecht bei vollständiger Vertragserfüllung durch uns verlieren.**

**Bitte teilen Sie uns mit, wann wir mit der Bearbeitung beginnen sollen.** Die Rücksendeadresse dazu lautet: Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz e.V., Seppel-Glückert-Passage 10, 55116 Mainz, oder Telefax Fax: 06131/2848-66 oder E-Mail: [versicherung@vz-rlp.de](mailto:versicherung@vz-rlp.de)

Ich wünsche, dass Sie vor Ende der Widerrufsfrist mit der Ausführung der beauftragten Dienstleistung beginnen. Mir ist bekannt, dass ich bei vollständiger Vertragserfüllung durch Sie mein Widerrufsrecht verliere.

Ich möchte, dass die Bearbeitung meiner Anfrage erst nach dem Ende der gesetzlichen Widerrufsfrist erfolgt.

-----  
Name (bitte in Druckschrift) und Unterschrift Verbraucher

## Private Krankenzusatzversicherung

Ihre Adresse:

07/2017

Name, Vorname u. Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl und Wohnort: \_\_\_\_\_

Zusendung per E-Mail? (bitte sehr deutlich schreiben) : \_\_\_\_\_

Die Berechnung beruht auf dem Programm KV-Win.Win des Softwarehauses Morgen und Morgen, das wir diesbezüglich in Lizenz benutzen. Mit dem Programm wird ein Internetzugang hergestellt. Ihre Daten werden nach der Bearbeitung wieder gelöscht. Wie sollen wir Ihre Anfrage bearbeiten?

Ich wünsche, dass die benötigten Daten mit einem Pseudonym verbunden werden.

Ich bin damit einverstanden, dass die benötigten Daten mit meinem richtigen Namen verbunden werden.

### Die Auswertung bezieht sich auf

1) Frau, Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

2) Mann, Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

3) Kind, Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Bitte nur eine Person je Bogen angeben, falls Auswertungen für weitere Personen benötigt werden, fertigen Sie bitte Kopien für weitere Checks an.**

**Versicherungsstatus:**  
 Versicherungsnehmer   
 Ehegatte (nicht erwerbstätig)   
 Kind (nicht erwerbstätig)

**Versicherungsbeginn:** \_\_\_\_\_

Tarifgebiet: Ost  West

**In welcher Gesetzlichen Krankenkasse sind Sie?:** \_\_\_\_\_

(Wenn die Kasse eine Zusatzversicherung anbietet, wird diese mit berechnet.)

### Berufsgruppe / Berufsstand:

<input type="checkbox"/> Normaltarif  <b>Berufsstatus:</b> <input type="checkbox"/> Nicht erwerbstätig <input type="checkbox"/> Schüler <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Praktikant <input type="checkbox"/> Auszubildender <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Selbständiger <input type="checkbox"/> Freiberufler	<input type="checkbox"/> Tarif für Personen, die Humanmediziner sind  <b>Berufsstatus:</b> <input type="checkbox"/> Ausbildung MPJ <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Freiberufler	<input type="checkbox"/> Tarif für Personen, die Zahnmediziner sind  <b>Berufsstatus:</b> <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Freiberufler
---	---	---

**Zwei wichtige Hinweise vorab:**

**Über die normalen Leistungen solcher Zusatzversicherungen hinaus haben wir an einigen Stellen des Fragebogens schon ein Kreuzchen für Sie gemacht, weil dies für uns zum versicherten Standard gehört. Falls Sie dieser Vorgabe nicht folgen möchten, streichen Sie bitte die betreffende Leistungserweiterung deutlich durch. Am besten mit einem roten Stift.**

**Wir führen die Berechnung für jede Sparte gesondert durch. Auch wenn Sie Versicherungsschutz für mehrere Sparten wünschen. Nur dann, wenn sich in der Berechnung herausstellt, dass ein Versicherer alle Vorgaben zu einem günstigen Preis erfüllt, ergibt der Abschluss eines Gesamtvertrages Sinn. Andernfalls sollten Sie bei verschiedenen Anbietern die Verträge abschließen.**

**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 – wichtiger Baustein

Der Versicherer ist bei Zusatzversicherungen 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. Es gibt Anbieter, die darauf verzichten.

**Ambulante Zusatzversicherung gewünscht?**

ja  nein

Besondere Leistungen in der ambulanten Zusatzversicherung

**Sollen Leistungen für Hilfsmittel (ausgenommen Sehhilfen) erstattungsfähig sein?**

ja  nein

Hilfsmittel sind z.B. Gehhilfen, Liegeschalen, Rollstühle, orthopädische Schuhe, etc. Die Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung ist auf Festbeträge (Höchstsätze) beschränkt. Die Erstattung der privaten Zusatzversicherer kann sowohl auf einzelne Hilfsmittel als auch ebenfalls in der Höhe der Erstattung begrenzt sein.

**Sollen Sehhilfen erstattet werden?**

ja  nein

Hier handelt es sich um Brillen, Brillengestelle und/ oder Kontaktlinsen. Die gesetzliche Krankenkasse zahlt nur unter hohen Voraussetzungen Zuschüsse. Beim Zusatzversicherer zum Teil mit Einschränkungen hinsichtlich der Höhe der Erstattung und auch der Erstattungszeiträume.

**Sollen Leistungen für Heilmittel erstattungsfähig sein?**

ja  nein

Als Heilmittel gelten z.B. Massagen, Bäder, Krankengymnastik. Die Krankenkasse leistet im Rahmen des gesetzlichen Leistungskatalogs bis zu bestimmten Grenzen. Zusatzversicherer leisten darüber hinaus aber ebenso bis zu bestimmten Grenzen.

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

ja  nein – Standard

Bei der Psychotherapie besteht meistens eine Begrenzung der Sitzungszahl und der Erstattungshöhe. Die gesetzliche Krankenkasse leistet bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen nach vorheriger Genehmigung.

**Sollen ambulante Kuren erstattet werden?**

ja  nein

Unter einer Kur ist die Anwendung von Heilmitteln unter ärztlicher Aufsicht zu verstehen. Die gesetzliche Krankenkasse leistet alle vier Jahre für etwa drei Wochen bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen.

**Sollen ambulante Vorsorgeuntersuchungen über den gesetzlichen Leistungskatalog hinaus erstattet werden?**

ja  nein – Standard

Die gesetzlichen Vorsorgeuntersuchungen sind nach Art und Häufigkeit begrenzt.

**Sollen Behandlungen durch Heilpraktiker erstattet werden?**

ja  nein

Leistungen durch Heilpraktiker werden von der gesetzlichen Krankenkasse in der Regel nicht erstattet. Behandlungen durch Heilpraktiker können auch in der Zusatzversicherung vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sein, sie gehören zu den alternativen Behandlungsmethoden. Es gibt in der privaten Krankenversicherung gravierende Unterschiede in den einzelnen Tarifen. In der Regel gibt es Leistungsbegrenzungen der Erstattungshöhe und der Erstattungszeiträume.

**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. Auch hier gibt es in der Regel keine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen. Ohne entsprechende Vereinbarung sind diese Behandlungen auch in der Zusatzversicherung nicht mitversichert.

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

ja  nein – Standard

Ambulante Operationen ersetzen immer häufiger einen stationären Aufenthalt. Grundsätzlich werden diese auch von der Krankenkasse bezahlt.

**Sollen Leistungen über die Regelhöchstsätze (2,3fach) der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus bzw. bis zu den Höchstsätzen (3,5fach) der GOÄ erstattet werden?**

ja  nein – Standard

Privatärztliche Rechnungsanteile werden in der Regel von der Krankenkasse nicht erstattet, so dass diese vom Patienten selbst bezahlt werden müssen. Für die privatärztlichen Rechnungen sollte in der Regel der Rahmen der GOÄ ausreichen. Sofern ein Arzt mehr als die Höchstsätze berechnen möchte, muss er mit dem Patienten vor Behandlungsbeginn eine Mehrkostenvereinbarung treffen.

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

ja  nein

Die von Spezialisten in ihren privatärztlichen Honorarrechnungen verwandten Sätze liegen durchaus oftmals über den Höchstsätzen. Die meisten Versicherer erstatten den vereinbarten Zuschuss bzw. vereinbarten Anteil jedoch ausgehend vom Rechnungsbetrag, höchstens dem 3,5fachen Satz.



**Stationäre Zusatzversicherung gewünscht?**

ja  nein

Besondere Leistungen in der stationären Zusatzversicherung

**Soll die Wahlleistung Privatarzt (Chefarzt) versichert sein?**

ja  nein – Standard

Dies bezahlt die gesetzliche Krankenversicherung nicht. Bei Vereinbarung mit dem Zusatzversicherer sind die persönlichen Leistungen der leitenden Krankenhausärzte erstattungsfähig.

**Soll die bessere Unterbringung vereinbart sein?**

ja, Einbettzimmer  
 ja, im Ein- oder Zweibettzimmer – Standard  
 ja, im Zweibettzimmer  
 nein

Dies bezahlt die gesetzliche Krankenversicherung nicht. Anspruch besteht lediglich auf die einfache Unterbringung in einem Mehrbettzimmer. Mit dem Zusatzversicherer vereinbart werden kann die Kostenübernahme für den Zuschlag für eine bessere Unterbringung und eine Ersatzzahlung bei Verzicht auf bessere Unterbringung.

**Sollen Leistungen für stationäre Kuren erstattungsfähig sein?**

ja  nein

Grundsätzlich zahlt hierfür bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen die gesetzliche Renten- oder Krankenversicherung. Unter einer Kur ist die Anwendung von Heilmitteln unter ärztlicher Aufsicht zu verstehen.

**Soll der Tarif für stationäre Psychotherapie leisten?**

ja  nein – Standard

Grundsätzlich zahlt hierfür bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen nach vorheriger Genehmigung die gesetzliche Renten- oder Krankenversicherung. Der Zusatzversicherer 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 Versicherer für stationäre Rehabilitation leisten?**

ja  nein

Die medizinische Rehabilitation versucht, einen die Erwerbsfähigkeit bedrohenden Gesundheitszustand mit medizinischen Maßnahmen zu mildern mit dem Ziel der Abwendung der Erwerbsminderungsrente. Grundsätzlich zahlt hierfür bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen die gesetzliche Renten- oder Krankenversicherung. Die Zusatzversicherer begrenzen ihre Leistung auf einen bestimmten Zeitraum.

**Soll der Versicherer für stationäre Anschlussheilbehandlungen zahlen?**

ja  nein

Die Anschlussbehandlung ist eine ambulante oder stationäre Leistung, die sich direkt an eine Krankenhausbehandlung anschließt, mit dem Ziel der Abwendung einer Erwerbsminderungsrente. Die Versicherer begrenzen ihre Leistungen auf einen bestimmten Zeitraum.

**Soll der Tarif für stationäre, ärztlich angeordnete 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: Die Durchführung von Kur- bzw. Sanatoriums-Behandlungen und die Aufnahme von Rekonvaleszenten. Hier gibt es immer wieder Streitigkeiten, da bei den meisten Versicherern die Kosten nur ersetzt werden, wenn die Gesellschaft dem Aufenthalt auf Antrag ausdrücklich zugestimmt hat. Nach vorheriger Genehmigung kann dies auch Kassenleistung sein.

**Soll der Tarif auch für die gesondert berechenbare Unterbringung und Verpflegung in Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegeverordnung (BPfIV) abrechnen, bzw. Unterbringung in Privatklinik leisten?**

ja  nein

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

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

ja  nein - Standard

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. Die nachstationäre Behandlung der Nachsorge. Die gesetzlichen Kassen leisten nur in begrenztem Umfang.

**Sollen Leistungen für teilstationäre Behandlungen erstattungsfähig sein?**

ja  nein – Standard

Man versteht darunter eine Krankenhausleistung, die eine regelmäßige Verweildauer im Krankenhaus von weniger als 24 Stunden umfasst, vorwiegend angeboten in einer Tages- oder Nachtklinik. Die gesetzlichen Kassen leisten nur in begrenztem Umfang.

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

ja  nein

Hierfür zahlt die Krankenkasse nur bei medizinischer Notwendigkeit in engem Rahmen. Bei den Zusatzversicherern ist diese Leistung auf eine bestimmte Anzahl von Krankenhaustagen und nur bis zu einem bestimmten Alter des Versicherten gegeben.

**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). Dies zahlt die gesetzliche Krankenkasse nicht.

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

ja  nein

Gesetzlich Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen vom Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 28 Tage den sich nach § 61 Satz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) ergebenden Betrag je Kalendertag an das Krankenhaus, das diesen Betrag an die Krankenkasse weiterleitet. Hierfür kann der Zusatzversicherer Erstattung vorsehen.

**Sollen auch die von der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht übernommenen Restkosten eines anderen als in der Einweisung genannten Krankenhauses erstattet werden?**

ja  nein – Standard

Bei Wahl eines anderen als in der Einweisung genannten Krankenhauses kann es vorkommen, dass nicht alle Kosten von der gesetzlichen Kasse 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 – Standard

Transporte zur stationären Behandlung sind die Hin- und Rückfahrten zu einem Krankenhaus. Diese können vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sein. In der Regel zahlt die gesetzliche Krankenkasse für den Transport zum Krankenhaus, wenn sich eine stationäre Behandlung anschließt.

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

ja  nein – Standard

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

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

ja  nein

Die von Spezialisten in ihren privatärztlichen Honorarrechnungen verwandten Sätze liegen durchaus oftmals sogar über den Höchstsätzen. Die meisten Versicherer erstatten den vereinbarten Zuschuss bzw. vereinbarten Anteil jedoch ausgehend vom Rechnungsbetrag, höchstens dem 3,5fachen Satz. Hierzu bedarf es allerdings einer Mehrkostenvereinbarung.

**Soll der Versicherer zusätzliche Leistungen bei Entbindung vorsehen?**

ja  nein

Einige Versicherer sehen einen Pauschalbetrag oder ein Krankenhaustagegeld vor.

**Zahnzusatzversicherung gewünscht?**

ja  nein

Besondere Leistungen in der ambulanten Zahnzusatzversicherung

**Soll die Versicherung lediglich Leistungen für die Regelversorgung vorsehen?**

ja  nein

Tarife, die lediglich Leistungen für die Regelversorgung (Kassenleistungen) vorsehen, leisten nicht für gleichartige und andersartige Versorgung. Das bedeutet, dass der Festzuschuss der Krankenkasse nur aufgestockt wird, so dass bei einem 50%igen bzw. 60%igen bzw. 65%igen bzw. 100%igen Festzuschuss der Krankenkasse im Leistungsfall nur 50% bzw. 40% bzw. 35 % bzw. 0% der Kosten für die Regelversorgung übernommen werden. Privatzahnärztliche Rechnungsanteile sind nicht erstattungsfähig.

**Sollen Leistungen für Implantate erstattungsfähig sein?**

ja  nein

Ein Implantat ist eine künstliche Zahnwurzel, welche in den Knochen des Ober- oder Unterkiefers eingebracht wird. Auf oder an diesen kann herausnehmbarer oder festsitzender Zahnersatz verankert werden (sogenannter Implantat getragener Zahnersatz). In der gesetzlichen Krankenversicherung werden nur Festzuschüsse für den Zahnersatz gezahlt. Die Zusatzversicherer sehen bestimmte Erstattungssätze (gute Tarife z. B. 80%) – mitunter Erstattungssätze auch abhängig von regelmäßiger Vorsorge – und Begrenzungen der Anzahl von Implantaten für Ober- und Unterkiefer (gute Tarife insgesamt 10 Implantate) vor.

**Sollen Leistungen für den Knochenaufbau für Implantate erstattungsfähig sein?**

ja  nein

Dies ist wichtig, wenn Interesse an Versorgung mit Implantaten besteht. In manchen Fällen ist ein Knochenaufbau nämlich notwendig, bevor Implantate eingesetzt werden können.

**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 gesetzlichen Krankenversicherung werden nur Festzuschüsse für eine entsprechende Zahnfüllung gezahlt.

**Sollen Leistungen für Keramikverblendungen erstattungsfähig sein?**

ja  nein

Zahnkronen werden in der Regel aus Metall hergestellt. Aus ästhetischen Gründen können diese verblendet werden. Als Verblendmaterial wird oftmals Keramik verwendet. Die Krankenkasse leistet einen entsprechenden Festzuschuss nur für den Frontzahnbereich.

**Sollen Leistungen für Kieferorthopädie erstattungsfähig sein?**

- ja, Leistungen KIG 1-2  
 ja, Leistungen KIG 3-5 (bei unter 18-Jährigen und unter weiteren Voraussetzungen grundsätzlich Kassenleistung)  
 nein

Hier handelt es sich um zahnärztliche Leistungen zur Beseitigung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen inklusive zugehöriger Material- und Laborkosten. Viele Anbieter sehen hier Mehrleistungen für Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr vor. Für Erwachsene gibt es nur wenige Anbieter.

**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. Die Krankenkasse leistet für die kassenzahnärztliche Versorgung bei einem Vertragszahnarzt.

**Sollen Leistungen für professionelle Zahnreinigung erstattungsfähig sein?**

- ja  nein

Zur Vorbeugung und Verhütung von Karies und Parodontose kommt neben der – oft unbefriedigenden – häuslichen Mundhygiene eine regelmäßige professionelle Zahnreinigung durch den Zahnarzt oder ein speziell dafür ausgebildetes Fachpersonal in Betracht. Die Kassen zahlen hierfür in der Regel nicht, können aber im Rahmen der Satzungsleistungen Zuschüsse vorsehen. Die Zusatzversicherer zahlen in bestimmten Zeiträumen ebenfalls Zuschüsse.

**Soll eine Fluoridierung erstattungsfähig sein?**

- ja  nein

Die Krankenkasse sieht lediglich Leistungen für Versicherte bis zum 18. Lebensjahr vor. Darüber hinaus zahlt sie nicht.

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

- ja  nein

Die Leistungen für zahnärztliche Leistungen sind gerade in leistungsstarken Tarifen in den ersten Versicherungs- oder Kalenderjahren auf bestimmte Höchstbeträge begrenzt. Diese Summenbegrenzungen entfallen meist bei Aufwendungen, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind. Einige Anbieter verzichten auf diese Begrenzungen, kürzen aber in der Regel Leistungen ein.

**Sollen Versicherungsleistungen ohne Höchstleistungsgrenzen erstattet werden?**

ja  nein

Einige Tarife sehen Höchstleistungsgrenzen pro Versicherungsjahr und / oder während der kompletten Vertragslaufzeit vor.

**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 Kostenvoranschlag geplanter zahnärztlicher Maßnahmen. Die Versicherer behalten sich in der Regel vor, bei Nichteinreichen des Heil- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn, die spätere Erstattung zu kürzen. Ein Verzicht auf diese Vorgehensweise ist aus unserer Sicht unwichtig, da gesetzlich Versicherte den Heil- und Kostenplan ohnehin zunächst bei ihrer gesetzlichen Kasse zur Genehmigung einreichen müssen. So kann dies auch beim Zusatzversicherer – zusammen mit einem Kostenvoranschlag betreffend die möglicherweise anfallenden privat Zahnärztlichen Rechnungsanteile – erfolgen, zumal es geschickt ist, vor Behandlungsbeginn zu erfahren, ob auch der Zusatzversicherer die Behandlung für notwendig hält und wieviel der Kosten er übernehmen wird.

**Soll der Versicherer auch über die Regelhöchstsätze (2,3fach) der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) hinaus bzw. bis zu den Höchstsätzen (5,5fach) der GOZ leisten?**

ja  nein – Standard

Privatärztliche Honorarrechnungen werden nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) erstellt. Falls der Tarif eine Leistungsbegrenzung auf die Regelhöchstsätze der GOZ vorsieht, besteht für den Rechnungsanteil oberhalb des 2,3fachen Gebührensatzes kein Anspruch auf Kostenersatz beim Versicherer. Viele Zahnärzte berechnen aber für Ihre Tätigkeit höhere Sätze.

**Soll der Versicherer auch über die Höchstsätze (3,5fach) hinaus leisten?**

ja  nein

Die von Spezialisten in ihren privat Zahnärztlichen Honorarrechnungen verwandten Sätze liegen durchaus oftmals über den Höchstsätzen. Die meisten Versicherer erstatten den vereinbarten Zuschuss bzw. vereinbarten Anteil jedoch ausgehend vom Rechnungsbetrag, höchstens dem 3,5fachen Satz.

**Sollen funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen im Rahmen von Zahnersatzmaßnahmen erstattungsfähig sein?**

ja  nein

Die gesetzliche Krankenkasse übernimmt die hier entstehenden Kosten nicht.

**Sollen Leistungen für Wurzelbehandlungen erstattungsfähig sein?**

ja  nein – Standard

Nur unter bestimmten Voraussetzungen handelt es sich hierbei um eine von der gesetzlichen Krankenkasse getragene Leistung.

**Sollen die Kosten einer Parodontal-Behandlung erstattungsfähig sein?**

ja  nein

Nach vorheriger Genehmigung handelt es sich um eine Kassenleistung.

**Sollen die Kosten für Aufbissbehelfe und Schienen erstattungsfähig sein?**

ja  nein – Standard

Die Aufwendungen für die erste Aufbisschiene übernimmt in der Regel die gesetzliche Krankenversicherung.

**Sollen Leistungen eines Privatzahnrztes ohne Kassenzulassung erstattungsfähig sein?**

ja  nein

Hierbei handelt es sich um eine rein private Leistung.

**Sollen Kosten für eine Fissurenversiegelung erstattungsfähig sein?**

ja  nein

Bei Erwachsenen ist dies keine Kassenleistung, bei Kindern und Jugendlichen nur betreffend die großen Backenzähne.

**Sollen Leistungen für Kunststofffüllungen (Kompositfüllungen) erstattungsfähig sein?**

ja  nein – Standard

Die gesetzliche Krankenversicherung leistet nur einen Festzuschuss für Füllungen bestimmter Art, nicht jedoch für Kunststofffüllungen.



**Krankentagegeldversicherung gewünscht?**

ja  nein

**Krankentagegeldversicherung (bitte gewünschte Höhe angeben, Arbeitnehmer können erst ab dem 43. Tag der Krankheit ein Tagegeld berechnen lassen):**

Ab Tag 1: _____ €	Ab Tag 15: _____ €	Ab Tag 64: _____ €	Ab Tag 127: _____ €
Ab Tag 4: _____ €	Ab Tag 22: _____ €	Ab Tag 85: _____ €	Ab Tag 183: _____ €
Ab Tag 8: _____ €	Ab Tag 29: _____ €	Ab Tag 92: _____ €	Ab Tag 274: _____ €
Ab Tag 11: _____ €	<b>Ab Tag 43:</b> _____ €	Ab Tag 106: _____ €	Ab Tag 365: _____ €

**Eintragungen in mehreren Spalten ?**  Nein

Ja - Beträge Kumulieren?

Nein

Ja

**Gefahrenklasse:**

A

B

C

**Frage, die nur Arbeitnehmer betrifft:**

Soll der Vertrag ohne erneute Gesundheitsprüfung „mitgehen“ und auch im Tagegeld angepasst werden können, wenn Sie Ihren Berufsstatus ändern und sich selbständig machen?

Ja, diese Option ist mir wichtig.

Nein, ich werde mich mit Sicherheit nicht selbständig machen.

**Erläuterungen zu den Fragen**

**Berufsgruppe / Berufsstand:**

Bitte geben Sie hier an, in welchem Tarif der Versicherungsnehmer versichert sein wird.  
Für nichterwerbstätige Familienmitglieder (Hausfrauen/Hausmänner und Kinder) kreuzen Sie bitte den gleichen Tarif an.

**Berufsstatus:**

Definieren Sie bitte hier ihren genaueren Berufsstatus. Achten Sie dabei darauf, nur die Spalte zu wählen, die Ihrer Berufsgruppe / Ihrem Berufsstand entspricht. Dies gilt auch für nichterwerbstätige Familienmitglieder.

**Ambulanter Tarif:**

**Besondere Leistungen:**

Die Gesellschaften bieten eine Vielzahl von besonderen Leistungen an. Dadurch wird ein einheitlicher Preis-Leistungs-Vergleich sehr schwer. Hier können Sie angeben, welche der genannten besonderen Leistungen Sie im ambulanten Tarif wünschen. Die Leistungen können sich bei den Gesellschaften erheblich unterscheiden. Prüfen Sie daher vor Abschluss eines Vertrages, in welchem Umfang die besonderen Leistungen erbracht werden.

**Stationärer Tarif:**

Hier können Sie angeben, welche der genannten besonderen Leistungen Sie im stationären Tarif wünschen. Die Leistungen können sich bei den Gesellschaften erheblich unterscheiden. Prüfen Sie daher vor Abschluss eines Vertrages, in welchem Umfang die besonderen Leistungen erbracht werden.

**Krankentagegeldversicherung:**

Bevor Sie hier überschlägige Eintragungen nach Schätzung eintragen, raten wir Ihnen, die Lücke zwischen Einkommen und Fixkosten im Krankheitsfall genau zu berechnen und erst danach Ihre Angaben zu machen.

Sollten Sie im Falle länger andauernder Erkrankungen höhere Einkommenslücke haben, können Sie das Tagegeld stufenweise erhöhen. Bitte geben Sie in dem Fall an, ob die Einträge kumuliert werden sollen. (Beispiel 20,- € ab dem ersten Tag und 15,- € ab dem 43. Tag ergibt kumuliert ein Tagegeld von 35 € ab dem 43. Tag, andernfalls würde die Berechnung so laufen, dass dem 43. Tag nicht mehr 20,- €, sondern nur noch 15,- € Tagegeld versichert sind.)

**Arbeitnehmer** haben die Option, ab dem 43. Tag oder später ein Krankentagegeld zu vereinbaren.

**Freiberufler und Selbständige** können hier Einträge ab dem ersten Tag vornehmen. Bitte beachten Sie, dass Sie maximal Ihr Nettoeinkommen absichern können. Falls notwendig, sollten Sie eine Betriebskostenversicherung abschließen, um im Falle von Krankheit auch diese Kosten abzudecken.

**Personen ohne eigenes Einkommen**, wie z. B. Hausfrauen oder Kinder, können hier ebenfalls keine Einträge vornehmen.

**Gefahrenklasse:**

Nur wenige Versicherungsunternehmen unterscheiden in der Krankentagegeld-Versicherung nach Gefahrenklassen. In der Regel sind Angestellte und freiberuflich Tätige mit Innendiensttätigkeit in Gefahrenklasse A, Personen mit Außendiensttätigkeit sind in Gefahrenklasse B und nur Personen mit besonders erhöhtem Berufsrisiko sind in der Gefahrenklasse C.

Sie können das folgende Formular nutzen, wenn Sie nicht mehr an dem mit uns geschlossenen Vertrag festhalten möchten.

### Muster-Widerrufsformular

Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz e.V.  
Seppel-Glückert-Passage 10  
55116 Mainz

Fax: 06131/28 48 66  
E-Mail: [info@vz-rlp.de](mailto:info@vz-rlp.de)

Hiermit widerrufe(n) ich/wir (\*) den von mir/uns (\*) abgeschlossenen Vertrag über die Beratungsanfrage vom \_\_\_\_\_ (Datum Ihrer Anfrage)

Falls vorhanden, geben Sie bitte das Aktenzeichen oder das Datum der Auftragsbestätigung an.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (nur bei Mitteilung auf Papier)

\* Unzutreffendes streichen