
Inhalt

→ Ihre PKV-Analyse:

- o Das Konzept
- o Vorteile
- o Leistungsvergleich
- o Leistungsdarstellung
- o Heilkostenhilfe

Das Konzept

Das Solidarprinzip der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland ist eines der besten der Welt. Es sichert auch jenen eine Gesundheitsvorsorge auf hohem Standard zu, die sie sich ansonsten vielleicht nicht leisten könnten. Allerdings ist dieser Zustand nicht von Dauer: Unser Gesundheitssystem ist in die Jahre gekommen! Aufgrund extremer Inanspruchnahme und immer weniger Einzahlungspflichtiger ist es selbst sanierungsbedürftig geworden, wobei sich die so genannte Gesundheitsreform zumeist nur darauf beschränkt, die enorme Kostenexplosion vor allem durch Leistungsreduzierungen weiterzugeben. Dies führt auf Dauer zu einem immer schlechter werdenden Verhältnis zwischen Beiträgen und Leistungen.

Grund genug für Sie, über Art und Umfang Ihrer Gesundheitsvorsorge selbst zu entscheiden, wie es Ihnen der Gesetzgeber ja ohnehin zugesteht. Auch wenn der Dschungel aus unterschiedlichen Tarifen und Leistungen auf den ersten Blick unüberschaubar erscheint, werden Sie schnell feststellen, dass die Privaten Krankenversicherungen gegenüber den Gesetzlichen Krankenkassen fast immer mehr zu bieten haben und gleichzeitig wesentlich günstiger ausfallen, vor allem solange Sie jung sind.

Eines der herausragenden Merkmale der Privaten Krankenversicherung ist die Flexibilität der Tarife, durch die wir ein für Sie maßgeschneidertes Konzept aus über 16.000 Taritmöglichkeiten erstellen und somit einen individuell angepassten Versicherungsschutz garantieren können. Das Besondere: Diesen Versicherungsschutz und die daran gekoppelten Leistungen erhalten Sie im Gegensatz zur Gesetzlichen Krankenversicherung ein Leben lang! Anstatt den steigenden Beiträgen und sinkenden Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherungen ausgesetzt zu sein, bieten wir Ihnen die Möglichkeit, sich vor den eminenten Kostensteigerungen durch Inflation, Verteuerung des medizinischen Fortschritts und den Kosten für eine längere Lebenserwartung zu schützen!

Etwas Flexibilität und Eigenverantwortung bei Ihnen vorausgesetzt, können Sie die private gesundheitliche Vorsorge intelligent mit einer neuartigen, ausgeklügelten Vermögensbildung kombinieren. Gleich mehrere Effizienzquellen in unserem individuell auf Sie zugeschnittenen PKV-System sorgen dafür, dass bei Ihnen auch im Rentenalter Gesundheit und Wohlstand Hand in Hand gehen. Wie das funktioniert, möchten wir Ihnen im Folgenden vorstellen.

Bitte blättern Sie weiter 

Vorteile

→ Vorteil Nr. 1:

Preisgünstiger Versicherungsschutz

Für den Fall, dass Sie sich heute privat kranken versichern wollen und auf ein individuelles Leistungsprofil festlegen, müssen Sie sich entscheiden, ob der Versicherer vom ersten Euro an zahlen soll oder ob Sie eine den Beitrag verringernde Selbstbeteiligung von zum Beispiel 1.000,- EUR im Kalenderjahr bevorzugen.

Es gilt aber festzuhalten: Die so genannte "Selbstbeteiligungs"-Variante ist im Normalfall preiswerter als die Vollversicherung ohne Selbstbeteiligung (SB), da der jährliche Beitrag plus die maximale Selbstbeteiligung in der Regel günstiger ausfällt als der jährliche Beitrag für die Vollversicherung ohne SB. Kein Wunder, ist die Vollversicherung angesichts des höheren Verwaltungsaufwands für den Versicherer doch auch wesentlich kostenintensiver.

Die Grundidee unseres vermögensbildenden PKV-Systems ist es deshalb, Ihnen diesen unnötige Erhöhung Ihrer Privaten Gesundheitsvorsorge auf ebenso zukunftsweisende wie innovative Weise zu ersparen. Um Ihre Beiträge deutlich kostenoptimiert zu nutzen, schlagen wir Ihnen vor, Ihre eingesparten Beiträge in eine der modernen Anlageformen zu investieren, welche der Finanzmarkt mittlerweile für jedermann bereithält, und dadurch während der gesamten Laufzeit einen Teil Ihres Geldes vermögensbildend einzusetzen.

→ Vorteil Nr. 2:

Im Laufe der Jahre ein Vermögen ansparen

Heute muss niemand mehr sein Geld zinslos anlegen, auch wenn es täglich verfügbar sein soll. Insbesondere Investmentfonds, die auch in Deutschland immer beliebter werden, bieten ein Höchstmaß an Ertrags Erwartungen bei nicht minderem Handling-Komfort. So können Sie schon mit monatlichen Kleinstbeträgen in diese erfolgreiche Anlageform einsteigen und gleichzeitig über Ihr bereits vorhandenes Guthaben in beliebiger Höhe täglich verfügen, und zwar ohne Einhaltung lästiger Kündigungsfristen. Darüber hinaus sind sie als Finanzprodukte ebenso sicher wie ein herkömmliches Bankkonto. Sollten Sie sich also für unser bundesweit einzigartiges PKV-System entscheiden, haben Sie immer auch die Gewähr darüber, nur mit den besten internationalen Investmentfonds-Anbietern ins Geschäft zu kommen.

→ Vorteil Nr. 3:

Sukzessive Beitragssenkung Ihrer Privaten Krankenversicherung

Doch das sind bei weitem nicht alle Vorteile, die Ihnen unser maßgeschneidertes, vermögensbildendes PKV-System bietet. Denn Sie können Ihre Ertragschancen nochmals erheblich steigern. Haben Sie beispielsweise im vierten Jahr ein Kapital von 5.000,- EUR angespart, könnten Sie sich ab dem fünften Versicherungsjahr einen deutlich preiswerteren Tarif mit einer höheren Selbstbeteiligung erlauben. Sollten dann im achten Jahr sogar stolze 10.000,- EUR vorhanden sein, könnten Sie Ihre Selbstbeteiligung wiederum erhöhen. Je nach angefallenen Krankheitskosten heißt das für Sie im Rentenalter dreierlei: Günstigere Versicherungsbeiträge, ein deutlich höheres zu erwartendes Endkapital, und nicht zuletzt – noch mehr Unabhängigkeit!

→ Vorteil Nr. 4:

Heilkostenhilfe - Keine Selbstbeteiligung bei Krankheitskosten infolge eines Unfalls

Mit der zusätzlichen, überaus preiswerten "Heilkostenhilfe" erhalten Sie im Falle eines Unfalls sämtliche Krankheitskosten, ausgenommen Kosten für Arzneimittel, bis zur Höhe Ihrer jährlichen Selbstbeteiligung in der Krankenversicherung bezahlt. Sie profitieren in diesem Fall dadurch, dass Sie bei einem Unfall in der Regel keine Eigenbeteiligung zu leisten haben und das gesparte Geld gewinnbringend für Ihren Vermögensaufbau verwenden können.

Leistungsvergleich



Max Mustermann, geb. 12.12.1980, männlich, Vers.-Beginn: 01.02.2007

Gesellschaft:	Continentale	Württembergische	Barmenia
---------------	--------------	------------------	----------

Umfang und Leistung des Versicherungs-Schutzes ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, den Bestimmungen des gewählten Tarifs, dem Versicherungsschein sowie späteren schriftlichen Vereinbarungen. Grundlage dieses Vorschlages sind die jeweils gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Bitte beachten Sie: Trotz großer Sorgfalt bei der Pflege der Datenbestände kann für die Richtigkeit der Beiträge und Tarifmerkmale keine Haftung übernommen werden!

Bereich	Tarif	Beitrag	Tarif	Beitrag	Tarif	Beitrag
Kompakt	CB+AV-P	99,37	ES	131,37	VCH 3A	139,97
Stationär	inclusive		inclusive		inclusive	
Zahn	inclusive		inclusive		inclusive	
Gesetzl. Zuschlag		9,94		13,14		14,00
Pflegepflicht	PVN	15,97	PVN	16,38	PVN	16,38
Monatlicher Gesamtbeitrag		125,28		160,89		170,35
Beitrag abzgl. Arbeitgeberanteil		62,63		80,44		85,17
Jährliche Selbstbeteiligung		153		0		0

Kurzbeschreibung	Continentale	Württembergische	Barmenia
	CB+AV-P: (BAP: Jan 2007) Kompakter Grundschartarif (ASZ), Mehrbett-Zimmer, Zahnbehandlung / Zahnersatz / Kieferorthopädie: 100-60-60%, GOÄ: bis Regelhöchstsatz (2,3-fach), Selbstbeteiligung: 153 EUR (ASZ), Tarifstand: Jan 2007 PVN: (BAP: Jan 2005) Pflegepflichtversicherung, Tarifstand: Jan 2005	ES: (BAP: Jan 2007) Kompakter Grundschartarif (ASZ), Mehrbett-Zimmer, Zahnbehandlung / Zahnersatz / Kieferorthopädie: 100-60-60%, Sehhilfen bis 125 EUR, Kurleistungen, GOÄ: bis Regelhöchstsatz (2,3-fach), keine Selbstbeteiligung, Primärarztprinzip(!), Tarifstand: Jan 2007 PVN: (BAP: Jan 2005) Pflegepflichtversicherung, Tarifstand: Jan 2005	VCH 3A: (BAP: Jan 2007) Kompakter Tarif (ASZ), Mehrbett-Zimmer, Zahnbehandlung / Zahnersatz / Kieferorthopädie: 100-60-60%, Psychotherapieleistungen, Sehhilfen bis 125 EUR, GOÄ: bis zum Höchstsatz (3,5-fach), keine Selbstbeteiligung, Primärarztprinzip(!), Tarifstand: Jan 2007 PVN: (BAP: Jan 2005) Pflegepflichtversicherung, Tarifstand: Jan 2005

Ambulant	CB+AV-P	ES	VCH 3A
Ärztliche Behandlungen	Erstattet werden im Rahmen der tariflichen Leistungssätze die Aufwendungen für alle ambulanten ärztlichen Heilbehandlungen.	Primärarztprinzip! Erstattet werden 100% für ärztliche Behandlung, wenn die Erstbehandlung durch einen Arzt für Allgemeinmedizin/praktischen Arzt (Hausarzt), Augenarzt, Gynäkologen, Kinderarzt, Notarzt oder Bereitschaftsarzt durchgeführt wurde bzw. der Hausarzt, Gynäkologen, Augenarzt oder Kinderarzt die Weiterbehandlung beim Facharzt veranlasst hat. 80 % Erstattung, wenn der Facharzt ohne Veranlassung durch den Hausarzt aufgesucht wurde.	Primärarztprinzip! Erstattet werden 100% der Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung, wenn diese durch einen Hausarzt (Arzt für Allgemeinmedizin oder praktischer Arzt) oder Augenarzt, Gynäkologen, Kinderarzt ohne Schwerpunktbezeichnung, Notarzt bzw. Bereitschaftsarzt durchgeführt wird. Die erste Inanspruchnahme durch den Hausarzt muß dem Versicherer mitgeteilt werden. Bei der Bestätigung der Notwendigkeit zur Weiterbehandlung durch andere Ärzte erfolgt die Erstattung ebenfalls zu 100%. Erfolgt die Behandlung nicht durch o.a. Ärzte bzw. ohne Bestätigung der Überweisung, werden nur 80% der Aufwendungen erstattet.

Leistungsvergleich



Max Mustermann, geb. 12.12.1980, männlich, Vers.-Beginn: 01.02.2007

Gesellschaft:	Continentale	Württembergische	Barmenia
Vorsorgeuntersuchungen	Erstattet werden 100% der Aufwendungen für Untersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen, jedoch ohne Alterseinschränkung und ohne zeitliche Begrenzung.	Erstattet werden 100% der Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen, soweit es sich um medizinisch notwendige Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten handelt. Zusätzlich erfolgen Leistungen für Schutzimpfungen gemäß dem jeweils aktuellen Impfkalender der Ständigen Impfkommission des Bundesgesundheitsamtes (STIKO).	Erstattet werden unter Berücksichtigung des Hausarztprinzips und dem daraus resultierenden Erstattungssatz die Aufwendungen für alle ambulanten Vorsorgeuntersuchungen, auch über die gesetzlich eingeführten Programme hinaus, sowie ärztlich angeratene Schutzimpfungen einschließlich der Impfstoffe. Keine Leistungen erfolgen für berufsbedingte Schutzimpfungen oder aufgrund von Auslandsreisen.
Arznei- und Verbandmittel	Erstattet werden 100% der Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel. Arzneimittel müssen verschreibungspflichtig sein.	Erstattet werden 100% der Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel, wenn die Erstbehandlung durch einen Arzt für Allgemeinmedizin/praktische n Arzt (Hausarzt), Augenarzt, Gynäkologen, Kinderarzt, Notarzt oder Bereitschaftsarzt durchgeführt wurde bzw. der Hausarzt, Gynäkologen, Augenarzt oder Kinderarzt die Weiterbehandlung beim Facharzt veranlasst hat. 80 % Erstattung, wenn der Facharzt ohne Veranlassung durch den Hausarzt aufgesucht wurde. Als Arzneimittel gelten nicht, auch wenn sie verordnet wurden: Nahrungsmittel und Stärkungspräparate (auch sexuelle), Mineralwässer und Multivitaminpräparate, Tees, Badezusätze, Kosmetikmittel und ähnliches.	Erstattet werden 100% der Aufwendungen für vom Behandler verordnete Arznei- und Verbandmittel. Als Arzneimittel gelten auch medikamentenähnliche Nahrungsmittel, wenn diese im Zusammenhang mit der Behandlung von schweren Erkrankungen verordnet werden oder wenn nur diese Mittel im Rahmen einer Erkrankung als Nahrung eingesetzt werden können. Nicht dazu zählen Mittel, die ihrer Bestimmung nach auch der individuellen Lebensführung dienen (z.B. zur Potenzsteigerung, für Haarwuchs, zur Gewichtsreduzierung). Arzneimittel müssen aus der Apotheke bezogen werden.
Hilfsmittel	Nein, keine Leistungen.	Erstattet werden 100% der Aufwendungen für Hilfsmittel. Als Hilfsmittel gelten: Bruchbänder, Leibbinden, Geh- und Stützapparate, Kompressionsstrümpfe, Hörgeräte, Körperersatzstücke, Krankenfahrstühle, Sprechgeräte, orthopädische Schuhe und Einlagen, Sauerstoffkonzentratoren, Herz- und Atemmonitore. Generell erfolgt die Erstattung in üblicher Ausführung. Ab einem Kaufbetrag von 750 Euro ist die vorherige Zusage des Versicherers erforderlich. Ist die Miete wirtschaftlicher als der Kauf, so sind die Mietkosten erstattungsfähig.	Erstattet werden 80% der Aufwendungen für Bandagen, Bruchbänder, orthopädische Schuhe (bis 250 Euro pro Jahr), Einlagen, Gummistrümpfe, Hörgeräte (bis 750 Euro), elektronische Kehlköpfe, Bein-, Arm- und Brustprothesen, Geh- und Stützapparate, Kunstaugen, Krankenfahrstühle (bis 750 Euro), bei zuvoriger Absprache mit dem Versicherer bis 1000 Euro), lebenserhaltende Hilfsmittel. Der Versicherer empfiehlt insbesondere bei kostenintensiven Hilfsmitteln vor dem Bezug einen Kostenvoranschlag einzureichen.

Leistungsvergleich



Max Mustermann, geb. 12.12.1980, männlich, Vers.-Beginn: 01.02.2007

Gesellschaft:	Continentale	Württembergische	Barmenia
Heilmittel	Nein, keine Leistungen.	Erstattet werden 80% der Aufwendungen im angemessenen und ortsüblichen Rahmen für Heilmittel, die von Ärzten oder Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe erbracht werden. Zu den Heilmitteln zählen alle physikalisch-medizinischen Behandlungsmethoden, die in der GOÄ genannt werden.	Erstattet werden 100% der Aufwendungen für medizinische Bäder, Massagen, Inhalationen, Licht-, Wärme- und sonstige physikalische sowie logopädische und ergotherapeutische Behandlungen, wenn diese nach dem Hausarzt-Prinzip verschrieben werden. Erfolgt die Anwendung durch einen anderen Arzt, werden 80% der Aufwendungen erstattet.
Sehhilfen	Nein, keine Leistungen.	Erstattet werden 100% der Aufwendungen für Brillengläser, Brillengestelle und Haftschalen bis zu einem Betrag von 125 Euro innerhalb von 2 Versicherungsjahren. Bei Kindern entsteht vor Ablauf von 2 Versicherungsjahren ein erneuter Anspruch, wenn sich die Sehschärfe je Auge um mindestens 0,5 Dioptrien verändert.	Erstattet werden 80% der Aufwendungen für Brillen und Kontaktlinsen bis zu einem Rechnungsbetrag von 125 Euro (auch bei einer Refraktionsbestimmung durch den Optiker) alle 2 Jahre. Der erneute Anspruch innerhalb der 2 Jahre erfolgt nur bei einer Veränderung der Sehschärfe von mindestens 0,5 Dioptrien.
Heilpraktiker	Nein, keine Leistungen.	Nein, keine Leistungen.	Nein, keine Leistungen.
Naturheilverfahren	Nein, keine Leistungen.	Erstattet werden 100% der Aufwendungen für Heilmethoden und Verfahren, die von der Schulmedizin anerkannt sind sowie Verfahren, die sich als erfolgsversprechend bestätigt haben. Es wird generell empfohlen, sich vor Behandlungsbeginn mit dem Versicherer in Verbindung zu setzen.	Erstattet werden unter Berücksichtigung des Hausarztprinzips und dem daraus resultierenden Erstattungssatz die Aufwendungen für Therapien bzw. Methoden im Rahmen der GOÄ und von einem Arzt durchgeführt werden.
Psychotherapie	Nein, keine Leistungen.	Nein, keine Leistungen.	Erstattet werden 80% der Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen bis zum Höchstsatz der GOÄ sowie die in diesem Zusammenhang notwendige Diagnostik. Dazu zählen auch in eigener Praxis tätige und ins Arztregister eingetragene approbierte Psychotherapeuten.
Leistungen über GOÄ?	Nein, Erstattung bis zu den Regelhöchstsätzen der GOÄ.	Nein, Erstattung max. bis zum Regelhöchstsatz (2,3-fach) der GOÄ.	Nein, Erstattung bis zum Höchstsatz (3,5-fach) der GOÄ.

Leistungsvergleich



Max Mustermann, geb. 12.12.1980, männlich, Vers.-Beginn: 01.02.2007

Gesellschaft:	Continentale	Württembergische	Barmenia
Beitragsrückerstattung	Im Rahmen der erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung wurden bisher nach 2 Kalenderjahren (Kj) 1,5 Monatsbeitrag (MB), nach 3 Kj 2 MB, nach 4 Kj 2,5 MB, nach 5 und mehr Kj 3 MB gezahlt.	Erstattet wird für das Jahr 2005 eine Beitragsrückerstattung in Höhe von 0,5 MB und für das Jahr 2006, unabhängig davon, ob 2005 leistungsfrei war oder nicht, von 1 MB gezahlt. Voraussetzung ist, dass im jeweiligen Tarif für das gesamte Kalenderjahr keine Versicherungsleistungen in Anspruch genommen werden. Ambulante Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte und Zahnärzte werden hierbei nicht berücksichtigt. Der Versicherungsschutz muss für die versicherte Person während des gesamten Jahres kontinuierlich bestanden haben. Bei unterjähriger Veränderung des Selbstbehaltes oder bei Tarifwechsel ändert sich die Höhe des Anspruches auf Beitragsrückerstattung entsprechend.	Im Rahmen der erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung wurden bisher ab dem 1. Jahr 1 Monatsbeitrag (MB), dem 2. Jahr 1,5 MB, dem 3. Jahr 2 MB, dem 4. Jahr 2,5 MB, dem 5. Jahr und mehr 3 MB gezahlt. Diese Staffelung wird bis einschließlich 2007 vom Versicherer garantiert.
Ambulante Kuren	Aus diesem Tarif erfolgen keine Leistungen bei ambulanter Kur. Der Versicherer bietet hierfür den Kurkostentarif KS an.	Nein, keine Leistungen.	Nein, keine Leistungen.
Transportkosten ambulant	Nein, keine Leistungen.	Erstattet werden 100% der Aufwendungen für Transporte zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt oder Krankenhaus, sofern ein Notfall vorliegt, sowie bei Dialyse, Strahlen- und Chemotherapie.	Erstattet werden 100% der Aufwendungen für notwendige Transporte zum nächsterreichbaren Arzt oder Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Notfall.
Besonderheiten	Darüber hinaus gibt es den Continentale Gesundheitsservice, der rund um die Uhr umfangreiche Assistance-Leistungen durch qualifizierte Mitarbeiter oder auch Ärzte im In- und Ausland bietet. Der Tarif AV-P bietet nach 4 oder 12 vollen Kalenderjahren ein Optionsrecht (Umstellungsrecht ohne Risikoprüfung und ohne Wartezeiten) auf Umstellung in Tarif mit höheren Leistungen.	Der Tarif leistet für Hausentbindung, soweit es sich um die Kosten der ärztlichen Behandlung und der Hebamme/des Entbindungspflegers handelt. Zusätzlich wird eine Entbindungspauschale von 500 Euro gezahlt.	Der Tarif erstattet Leistungen bei einem medizinisch notwendigen Rücktransport aus dem Ausland. Zusätzlich bietet der Tarif ein Optionsrecht auf niedrigere Selbstbehalte. Weiterhin erfolgt auch eine Erstattung für Röntgen-, Radium- und Isotopenleistungen. Ausnahmsweise kann, nach vorheriger Zusage des Versicherers, als Hausarzt auch ein Internist ohne Schwerpunktbezeichnung gewählt werden.
Stationär	CB+AV-P	ES	VCH 3A
Stationäre Kostenerstattung	Erstattet werden 100% der Aufwendungen für die allgemeinen Krankenhausleistungen einschließlich der Pflege und Nebenleistungen für den Belegarzt.	Erstattet werden 100% der Aufwendungen für die allgemeinen Krankenhausleistungen einschließlich der gesondert berechenbaren Leistungen eines Belegarztes, einer Beleghebamme bzw. des -entbindungspflegers.	Erstattet werden 100% der Aufwendungen für die allgemeinen Krankenhausleistungen einschließlich der gesonderten Leistungen für den Belegarzt, Beleghebammen und -entbindungspfleger.

Leistungsvergleich



Max Mustermann, geb. 12.12.1980, männlich, Vers.-Beginn: 01.02.2007

Gesellschaft:	Continentale	Württembergische	Barmenia
Ausgleichs-KHT	Nein, keine Leistungen.	Nein, keine Leistungen.	Nein, keine Leistungen.
Leistungen über GOÄ?	Nein, Erstattung bis zu den Regelhöchstsätzen der GOÄ.	Nein, Erstattung max. bis zum Regelhöchstsatz (2,3-fach) der GOÄ.	Nein, Erstattung bis zum Höchstsatz (3,5-fach) der GOÄ.
Stationäre Kuren	Aus diesem Tarif erfolgen keine Leistungen bei stationärer Kur. Der Versicherer bietet hierfür den Kurkostentarif KS an.	Nein, keine Leistungen.	Nein, keine Leistungen.
Transportkosten stat.	Erstattet werden 100% der Aufwendungen für notwendige Transporte mit einem speziellen Krankenfahrzeug zum und vom nächsten nach medizinischen Kriterien geeigneten Krankenhaus.	Erstattet werden 100% der Aufwendungen für medizinisch notwendige Transporte zum und vom nächsten geeigneten Krankenhaus.	Erstattet werden 100% der Aufwendungen für notwendige Transporte zum und vom nächstgelegenen Krankenhaus.
Beitragsrückerstattung	Im Rahmen der erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung wurden bisher nach 2 Kalenderjahren (Kj) 1,5 Monatsbeitrag (MB), nach 3 Kj 2 MB, nach 4 Kj 2,5 MB, nach 5 und mehr Kj 3 MB gezahlt.	Erstattet wird für das Jahr 2005 eine Beitragsrückerstattung in Höhe von 0,5 MB und für das Jahr 2006, unabhängig davon, ob 2005 leistungsfrei war oder nicht, von 1 MB gezahlt. Voraussetzung ist, dass im jeweiligen Tarif für das gesamte Kalenderjahr keine Versicherungsleistungen in Anspruch genommen werden. Ambulante Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte und Zahnärzte werden hierbei nicht berücksichtigt. Der Versicherungsschutz muss für die versicherte Person während des gesamten Jahres kontinuierlich bestanden haben. Bei unterjähriger Veränderung des Selbstbehaltes oder bei Tarifwechsel ändert sich die Höhe des Anspruches auf Beitragsrückerstattung entsprechend.	Im Rahmen der erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung wurden bisher ab dem 1. Jahr 1 Monatsbeitrag (MB), dem 2. Jahr 1,5 MB, dem 3. Jahr 2 MB, dem 4. Jahr 2,5 MB, dem 5. Jahr und mehr 3 MB gezahlt. Diese Staffelung wird bis einschließlich 2007 vom Versicherer garantiert.
Genesungsgeld	Nein, keine Leistungen.	Nein, keine Leistungen.	Nein, keine Leistungen.

Leistungsvergleich



Max Mustermann, geb. 12.12.1980, männlich, Vers.-Beginn: 01.02.2007

Gesellschaft:	Continentale	Württembergische	Barmenia
Besonderheiten	Darüber hinaus gibt es den Continentale Gesundheitservice, der rund um die Uhr umfangreiche Assistance-Leistungen durch qualifizierte Mitarbeiter oder auch Ärzte im In- und Ausland bietet. Der Tarif AV-P bietet nach 4 oder 12 vollen Kalenderjahren ein Optionsrecht (Umstellungsrecht ohne Risikoprüfung und ohne Wartezeiten) auf Umstellung in Tarif mit höheren Leistungen.	Aufwendungen für stationäre psychotherapeutische Behandlungen werden für max. 42 Tage pro Versicherungsjahr erstattet. Bei stationärer Behandlung im Ausland werden die Aufwendungen nur bis zum Regelsatz der GOÄ erstattet.	Der Tarif erstattet Leistungen bei einem medizinisch notwendigen Rücktransport aus dem Ausland. Auch bei Tod der versicherte Person im Ausland, werden die Kosten der Überführung des Verstorbenen an seinen Wohnsitz, oder die Bestattungskosten am Sterbeort im Ausland, bis zu einer bestimmten Höhe, übernommen. Zusätzlich bietet der Tarif ein Optionsrecht auf niedrigere Selbstbehalte. Weiterhin wird auch für vor- bzw. nachstationäre Behandlung geleistet, wobei die vorstationäre Behandlung auf max. 3 Behandlungstage innerhalb von 5 Tagen vor der eigentlichen vollstationären Behandlung begrenzt ist und die nachstationäre Behandlung max. 7 Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach der vollstationären Behandlung nicht überschreiten darf.
Zahn	CB+AV-P	ES	VCH 3A
Zahnärztliche Behandlung	Erstattet werden 100% der Aufwendungen für allgemeine, prophylaktische, konservierende, chirurgische und bei Erkrankung der Mundschleimhaut und des Parodontiums erforderliche zahnärztliche Leistungen.	Erstattet werden 100% der Aufwendungen für allgemeine zahnärztliche Leistungen, prophylaktische, konservierende und chirurgische Leistungen, Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums einschließlich gezielter Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen.	Erstattet werden 100% der Aufwendungen für Zahnbehandlung (z.B. Extraktionen, Wurzelbehandlungen, Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums), sowie die in der GOZ genannten zahnprophylaktischen Leistungen.
Inlays	Erstattet werden 60% der Aufwendungen für Inlays.	Erstattet werden 60% der Aufwendungen für Einlagefüllungen.	Erstattet werden 60% der Aufwendungen für Inlays bis zu einem Gesamtrechnungsbetrag von 2.500 Euro (einschließlich Kieferorthopädie und Zahnersatz). Der darüber hinausgehende Teil wird zu 40% erstattet. Eine Verminderung auf den Erstattungsprozentsatz von 40% gilt nicht bei Aufwendungen, die durch einen Unfall zurückzuführen sind.

Leistungsvergleich



Max Mustermann, geb. 12.12.1980, männlich, Vers.-Beginn: 01.02.2007

Gesellschaft:	Continentale	Württembergische	Barmenia
Zahnersatz	Erstattet werden 60% der Aufwendungen für Abformungsmaßnahmen und prothetische, bei der Eingliederung von Aufbißbehelfen und Schienen (auch Parodontoseschienen) unabhängig von der Ursache des Zahnverlustes, Reparatur von Zahnersatz, Brücken, Kronen, Stiftzähne.	Erstattet werden 60% der Aufwendungen für Kronen und Brücken, herausnehmbare oder festverankerte Teil- oder Ganzprothesen, Eingliederung von Aufbißhilfen und Schienen, funktionsanalytische und therapeutische Leistungen.	Erstattet werden 60% der Aufwendungen für Zahnersatz (z.B. Prothesen, Brücken, Kronen, Stiftzähne, Implantate), funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen einschließlich der Vor- und Nachbehandlungen, sowie Reparaturen, insgesamt bis zu einem Gesamtrechnungsbetrag von 2.500 Euro (einschließlich Inlays und Kieferorthopädie). Der darüber hinausgehende Teil wird zu 40% erstattet. Eine Verminderung auf den Erstattungsprozentsatz von 40% gilt nicht bei Aufwendungen, die durch einen Unfall zurückzuführen sind.
Kieferorthopädie	Erstattet werden 60% der Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen und Gebißfunktionsprüfung.	Erstattet werden 60% der Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlungen. Bei Kindern und Jugendlichen beträgt der Erstattungsatz 80%.	Erstattet werden 60% der Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlung bis zu einem Gesamtrechnungsbetrag von 2.500 Euro (einschließlich Inlays und Zahnersatz). Der darüber hinausgehende Teil wird zu 40% erstattet. Eine Verminderung auf den Erstattungsprozentsatz von 40% gilt nicht bei Aufwendungen, die durch einen Unfall zurückzuführen sind.
Material- und Laborkosten	Erstattet werden gemäß der tariflichen Leistungssätze die Aufwendungen für Material- und Laborkosten.	Erstattet werden gemäß der tariflichen Leistungssätze die Aufwendungen für Material- und Laborkosten. Bei Kindern und Jugendlichen beträgt dieser Erstattungsatz 80% für Aufwendungen, welche durch die kieferorthopädische Behandlung notwendig werden.	Erstattet werden gemäß der tariflichen Leistungssätze die Aufwendungen für Material- und Laborkosten.
Zahnstaffel	Dieser Tarif sieht keine Begrenzung in Form einer Staffelung vor.	Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie gilt: In den ersten 12 Monaten bis 500 Euro, in den ersten 24 Monaten bis 1.000 Euro, in den ersten 36 Monaten bis 1.500 Euro, in den ersten 48 Monaten bis 2.000 Euro.	Dieser Tarif sieht keine Begrenzung in Form einer Staffelung vor.
Wegfall Zahnstaffel bei Unfall	Da dieser Tarif keine Begrenzungen in Form einer Staffelung vorsieht, entfällt die Fragestellung.	Ja.	Da dieser Tarif keine Begrenzungen in Form einer Staffelung vorsieht, entfällt die Fragestellung.
Leistungen über GOZ?	Nein, Erstattung bis zu den Regelhöchstsätzen der GOZ.	Nein, Erstattung max. bis zum Regelhöchstsatz (2,3-fach) der GOZ.	Nein, Erstattung bis zum Höchstsatz (3,5-fach) der GOZ.

Leistungsvergleich



Max Mustermann, geb. 12.12.1980, männlich, Vers.-Beginn: 01.02.2007

Gesellschaft:	Continentale	Württembergische	Barmenia
Heil- und Kostenplan	Wird vor Behandlungsbeginn kein Heil- und Kostenplan vorgelegt, reduziert sich der Erstattungssatz für Zahnersatz und Kieferorthopädie um 50%.	Bei dentalen Maßnahmen mit einem voraussichtlichen Kostenaufwand von mindestens 1.500 Euro, muß dem Versicherer ein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden. Bei Nichtvorlage reduziert sich der Erstattungssatz auf 40%.	Bei Zahnersatz, Inlays und Kieferregulierung muß dem Versicherer vor Behandlungsbeginn bei Rechnungsbeträgen von über 1.000 Euro ein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden. Bei Nichtvorlage werden die über 1.000 Euro erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz und Kieferregulierung zu 50% gekürzt.
Beitragsrückerstattung	Im Rahmen der erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung wurden bisher nach 2 Kalenderjahren (Kj) 1,5 Monatsbeitrag (MB), nach 3 Kj 2 MB, nach 4 Kj 2,5 MB, nach 5 und mehr Kj 3 MB gezahlt.	Erstattet wird für das Jahr 2005 eine Beitragsrückerstattung in Höhe von 0,5 MB und für das Jahr 2006, unabhängig davon, ob 2005 leistungsfrei war oder nicht, von 1 MB gezahlt. Voraussetzung ist, dass im jeweiligen Tarif für das gesamte Kalenderjahr keine Versicherungsleistungen in Anspruch genommen werden. Ambulante Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte und Zahnärzte werden hierbei nicht berücksichtigt. Der Versicherungsschutz muss für die versicherte Person während des gesamten Jahres kontinuierlich bestanden haben. Bei unterjähriger Veränderung des Selbstbehaltes oder bei Tarifwechsel ändert sich die Höhe des Anspruches auf Beitragsrückerstattung entsprechend.	Im Rahmen der erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung wurden bisher ab dem 1. Jahr 1 Monatsbeitrag (MB), dem 2. Jahr 1,5 MB, dem 3. Jahr 2 MB, dem 4. Jahr 2,5 MB, dem 5. Jahr und mehr 3 MB gezahlt. Diese Staffelung wird bis einschließlich 2007 vom Versicherer garantiert.
Besonderheiten	Bei oralen Implantaten werden die Kosten für max. 6 Implantate je Kiefer mit 60% bis zu 512 Euro je implantierten Zahn erstattet. Die Notwendigkeit der Behandlung sollte durch ein zahnärztliches Attest nachgewiesen werden. Darüber hinaus gibt es den Continentrale Gesundheitsservice, der rund um die Uhr umfangreiche Assistance-Leistungen durch qualifizierte Mitarbeiter oder auch Ärzte im In- und Ausland bietet. Der Tarif AV-P bietet nach 4 vollen Kalenderjahren ein Optionsrecht (Umstellungsrecht ohne Risikoprüfung und ohne Wartezeiten) auf Umstellung in Tarif mit höheren Leistungen.	Keine Leistungen erfolgen für implantologische Aufwendungen sowie die hiermit in Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen.	Der Tarif leistet für Rücktransporte aus dem Ausland. Weiterhin bietet der Tarif ein Optionsrecht.
Allgemeines	CB+AV-P	ES	VCH 3A

Leistungsvergleich



Max Mustermann, geb. 12.12.1980, männlich, Vers.-Beginn: 01.02.2007

Gesellschaft:	Continentale	Württembergische	Barmenia
Tariflicher Selbstbehalt	Die erstattungsfähigen Aufwendungen einer medizinisch notwendigen ambulanten, stationären und dentalen Heilbehandlung werden abzüglich dem vereinbarten Selbstbehalt von insgesamt 153 Euro je Kalenderjahr gezahlt.	Dieser Punkt entfällt, da die Tarifstufe keinen absoluten Selbstbehalt vorsieht.	Dieser Punkt entfällt, da dieser Tarif keinen absoluten Selbstbehalt im Versicherungsfall vorsieht.
Wartezeiterlaß	Ein Verzicht der besonderen Wartezeiten erfolgt aufgrund der Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses.	Ein Verzicht der Wartezeiten erfolgt aufgrund der Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses. Vorversicherungszeiten bei Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder aus einem öffentlichen Dienst mit Anspruch auf Heilfürsorge ausscheiden, werden auf die Wartezeiten angerechnet.	Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie 8 Monate. Ein Verzicht der Wartezeiten erfolgt aufgrund der Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses. Erfolgt der Wechsel von einem anderen privaten Versicherer, wird die dort zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeit angerechnet, wenn dort mindestens Regelleistungen versichert waren.
Niedrigere SB für Kinder	Nein.	Da diese Stufe des Tarifes keine absolute Selbstbeteiligung vorsieht, entfällt die Fragestellung.	Da diese Stufe des Tarifes keine absolute Selbstbeteiligung vorsieht, entfällt die Fragestellung.
Mindestlaufzeit des Vertrages	1 Jahr.	3 Jahre.	Der Versicherungsvertrag ist zunächst auf die Dauer von 3 Jahren abgeschlossen und verlängert sich danach stillschweigend um jeweils 1 Jahr.
Kündigungstermin	Eine Kündigung erfolgt mit einer 3-monatigen Kündigungsfrist zum Ende des Versicherungsjahres.	Eine Kündigung erfolgt mit einer 3-monatigen Kündigungsfrist zum Ende des Kalenderjahres.	Eine Kündigung erfolgt mit einer 3-monatigen Kündigungsfrist zum Ende des Versicherungsjahres.
Weltgeltung	Bei Aufenthalten im außereuropäischen Ausland kann der Versicherungsschutz durch eine Vereinbarung ermöglicht werden.	Während der ersten 3 Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland, besteht ohne eine besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Ist ein längerer Aufenthalt nötig, können besondere Vereinbarungen getroffen werden.	Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland, besteht ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Bei medizinischer Notwendigkeit besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung der Gesundheit antreten kann.

Leistungsdarstellung



Max Mustermann, geb. 12.12.1980, männlich, Vers.-Beginn: 01.02.2007

Gesellschaft: **Continentale**
Tarif: **CB+AV-P, PVN**

Umfang und Leistung des Versicherungs-Schutzes ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, den Bestimmungen des gewählten Tarifs, dem Versicherungsschein sowie späteren schriftlichen Vereinbarungen. Grundlage dieses Vorschlages sind die jeweils gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Bitte beachten Sie: Trotz großer Sorgfalt bei der Pflege der Datenbestände kann für die Richtigkeit der Beiträge und Tarifmerkmale keine Haftung übernommen werden!

Bereich	Tarifname	Monatsbeitrag	Tarifstand
Kompakt	CB+AV-P	99,37	Jan 2007
Stationär	inclusive		
Zahn	inclusive		
Gesetzl. Zuschlag		9,94	
Pflegepflicht	PVN	15,97	Jan 2005
Monatlicher Gesamtbeitrag		125,28	
Beitrag abzgl. Arbeitgeberanteil		62,63	
Jährliche Selbstbeteiligung		153	

Kurzbeschreibung

CB+AV-P	Kompakter Grundschutztarif (ASZ), Mehrbett-Zimmer, Zahnbehandlung / Zahnersatz / Kieferorthopädie: 100-60-60%, GOÄ: bis Regelhöchstsatz (2,3-fach), Selbstbeteiligung: 153 EUR (ASZ), Tarifstand: Jan 2007
PVN	Pflegepflichtversicherung, Tarifstand: Jan 2005
Gesetzlicher Zuschlag	10%-iger Beitragszuschlag (gem § 12 Abs. 4a VAG) auf alle Krankheits-Kostentarife, die geeignet sind, den Versicherungsschutz der GKV zu ersetzen.

Ambulant CB+AV-P

Ärztliche Behandlungen	Erstattet werden im Rahmen der tariflichen Leistungssätze die Aufwendungen für alle ambulanten ärztlichen Heilbehandlungen.
Vorsorgeuntersuchungen	Erstattet werden 100% der Aufwendungen für Untersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen, jedoch ohne Alterseinschränkung und ohne zeitliche Begrenzung.
Arznei- und Verbandmittel	Erstattet werden 100% der Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel. Arzneimittel müssen verschreibungspflichtig sein.
Hilfsmittel	Nein, keine Leistungen.
Heilmittel	Nein, keine Leistungen.
Sehhilfen	Nein, keine Leistungen.
Heilpraktiker	Nein, keine Leistungen.
Naturheilverfahren	Nein, keine Leistungen.
Psychotherapie	Nein, keine Leistungen.
Leistungen über GOÄ?	Nein, Erstattung bis zu den Regelhöchstsätzen der GOÄ.
Beitragsrückerstattung	Im Rahmen der erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung wurden bisher nach 2 Kalenderjahren (Kj) 1,5 Monatsbeitrag (MB), nach 3 Kj 2 MB, nach 4 Kj 2,5 MB, nach 5 und mehr Kj 3 MB gezahlt.
Ambulante Kuren	Aus diesem Tarif erfolgen keine Leistungen bei ambulanter Kur. Der Versicherer bietet hierfür den Kurkostentarif KS an.
Transportkosten ambulant	Nein, keine Leistungen.
Besonderheiten	Darüber hinaus gibt es den Continentale Gesundheitsservice, der rund um die Uhr umfangreiche Assistance-Leistungen durch qualifizierte Mitarbeiter

Leistungsdarstellung



Max Mustermann, geb. 12.12.1980, männlich, Vers.-Beginn: 01.02.2007

Gesellschaft: Tarif:	Continentale CB+AV-P, PVN
-------------------------	--------------------------------------

oder auch Ärzte im In- und Ausland bietet. Der Tarif AV-P bietet nach 4 oder 12 vollen Kalenderjahren ein Optionsrecht (Umstellungsrecht ohne Risikoprüfung und ohne Wartezeiten) auf Umstellung in Tarif mit höheren Leistungen.

Stationär CB+AV-P

Stationäre Kostenerstattung	Erstattet werden 100% der Aufwendungen für die allgemeinen Krankenhausleistungen einschließlich der Pflege und Nebenleistungen für den Belegarzt.
Ausgleichs-KHT	Nein, keine Leistungen.
Leistungen über GOÄ?	Nein, Erstattung bis zu den Regelhöchstsätzen der GOÄ.
Stationäre Kuren	Aus diesem Tarif erfolgen keine Leistungen bei stationärer Kur. Der Versicherer bietet hierfür den Kurkostentarif KS an.
Transportkosten stat.	Erstattet werden 100% der Aufwendungen für notwendige Transporte mit einem speziellen Krankenfahrzeug zum und vom nächsten nach medizinischen Kriterien geeigneten Krankenhaus.
Beitragsrückerstattung	Im Rahmen der erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung wurden bisher nach 2 Kalenderjahren (Kj) 1,5 Monatsbeitrag (MB), nach 3 Kj 2 MB, nach 4 Kj 2,5 MB, nach 5 und mehr Kj 3 MB gezahlt.
Genesungsgeld	Nein, keine Leistungen.
Besonderheiten	Darüber hinaus gibt es den Continentale Gesundheitsservice, der rund um die Uhr umfangreiche Assistance-Leistungen durch qualifizierte Mitarbeiter oder auch Ärzte im In- und Ausland bietet. Der Tarif AV-P bietet nach 4 oder 12 vollen Kalenderjahren ein Optionsrecht (Umstellungsrecht ohne Risikoprüfung und ohne Wartezeiten) auf Umstellung in Tarif mit höheren Leistungen.

Zahn CB+AV-P

Zahnärztliche Behandlung	Erstattet werden 100% der Aufwendungen für allgemeine, prophylaktische, konservierende, chirurgische und bei Erkrankung der Mundschleimhaut und des Parodontiums erforderliche zahnärztliche Leistungen.
Inlays	Erstattet werden 60% der Aufwendungen für Inlays.
Zahnersatz	Erstattet werden 60% der Aufwendungen für Abformungsmaßnahmen und prothetische, bei der Eingliederung von Aufbißbehelfen und Schienen (auch Parodontoseschienen) unabhängig von der Ursache des Zahnverlustes, Reparatur von Zahnersatz, Brücken, Kronen, Stützähne.
Kieferorthopädie	Erstattet werden 60% der Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen und Gebißfunktionsprüfung.
Material- und Laborkosten	Erstattet werden gemäß der tariflichen Leistungssätze die Aufwendungen für Material- und Laborkosten.
Zahnstaffel	Dieser Tarif sieht keine Begrenzung in Form einer Staffelung vor.
Wegfall Zahnstaffel bei Unfall	Da dieser Tarif keine Begrenzungen in Form einer Staffelung vorsieht, entfällt die Fragestellung.
Leistungen über GOZ?	Nein, Erstattung bis zu den Regelhöchstsätzen der GOZ.
Heil- und Kostenplan	Wird vor Behandlungsbeginn kein Heil- und Kostenplan vorgelegt, reduziert sich der Erstattungssatz für Zahnersatz und Kieferorthopädie um 50%.
Beitragsrückerstattung	Im Rahmen der erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung wurden bisher nach 2 Kalenderjahren (Kj) 1,5 Monatsbeitrag (MB), nach 3 Kj 2 MB, nach 4 Kj 2,5 MB, nach 5 und mehr Kj 3 MB gezahlt.
Besonderheiten	Bei oralen Implantaten werden die Kosten für max. 6 Implantate je Kiefer mit

Leistungsdarstellung



Max Mustermann, geb. 12.12.1980, männlich, Vers.-Beginn: 01.02.2007

Gesellschaft:	Continentale
Tarif:	CB+AV-P, PVN

60% bis zu 512 Euro je implantierten Zahn erstattet. Die Notwendigkeit der Behandlung sollte durch ein zahnärztliches Attest nachgewiesen werden. Darüber hinaus gibt es den Continentale Gesundheitservice, der rund um die Uhr umfangreiche Assistance-Leistungen durch qualifizierte Mitarbeiter oder auch Ärzte im In- und Ausland bietet. Der Tarif AV-P bietet nach 4 vollen Kalenderjahren ein Optionsrecht (Umstellungsrecht ohne Risikoprüfung und ohne Wartezeiten) auf Umstellung in Tarif mit höheren Leistungen.

Allgemeines CB+AV-P

Tariflicher Selbstbehalt	Die erstattungsfähigen Aufwendungen einer medizinisch notwendigen ambulanten, stationären und dentalen Heilbehandlung werden abzüglich dem vereinbarten Selbstbehalt von insgesamt 153 Euro je Kalenderjahr gezahlt.
Wartezeiterlaß	Ein Verzicht der besonderen Wartezeiten erfolgt aufgrund der Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses.
Niedrigere SB für Kinder	Nein.
Mindestlaufzeit des Vertrages	1 Jahr.
Kündigungstermin	Eine Kündigung erfolgt mit einer 3-monatigen Kündigungsfrist zum Endes des Versicherungsjahres.
Weltgeltung	Bei Aufhalten im außereuropäischen Ausland kann der Versicherungsschutz durch eine Vereinbarung ermöglicht werden.

Heilkostenhilfe

Keine Selbstbeteiligung bei Krankheitskosten infolge eines Unfalls

→ Die Gefahr eines Unfalls

Jährlich verletzen sich rund 8,9 Millionen Menschen bei einem Unfall.

→ Nach einem Unfall

Bei einer Untersuchung oder Behandlung nach einem Unfall durch einen Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker, bei stationären Aufenthalten und bei Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln muß der PKV - Versicherte je nach Tarif und Gesellschaft bis zur Höhe seiner vertraglichen Selbstbeteiligung alle Kosten selbst bezahlen.

→ Warum eine Heilkostenhilfe ?

- ✓ Existenzbedrohung durch schnelle Ausschöpfung des Selbstbehaltes
- ✓ Je nach Tarif und Gesellschaft keine Erstattung bei Behandlung durch einen Heilpraktiker

→ Die Lösung

Die Heilkostenhilfe übernimmt je Schadenfall die vertragliche Selbstbeteiligung. Geleistet wird für unfallbedingte und ärztlich verordnete Heilkosten im Sinne der Bedingungen für die Heilkostenhilfe.

→ Heilkosten im Sinne der Bedingungen

- ✓ Arztkosten, Zahnarztkosten und Heilpraktikerkosten
- ✓ Keine Deckelung auf den 3,5-fachen Satz der GOÄ
- ✓ Heil- und Hilfsmittel
- ✓ Kranken- und Notfalltransporte
- ✓ Stationäre Behandlung inkl. Verpflegung (auch im 1- oder 2 Bett-Zimmer)

→ Die Deckungssummen

Bei unserer privaten Heilkostenhilfe beträgt die Höchstversicherungssumme bei PKV-Versicherten 10.000,- EUR.

→ Wann wird geleistet ?

Leistungsvoraussetzung ist das Einreichen der jeweiligen Rechnung mit dem Erstattungsvermerk oder deren Ablehnung. Bei Ablehnung ist die jeweilige Begründung einzureichen. Die jeweiligen Rechnungen müssen die Daten der versicherten Personen, die Behandlungs- und Rechnungsdaten und die spezifizierten GOÄ / GOZ / GebüH Ziffern enthalten. Aus Rezepten müssen die verordneten Heil- oder Hilfsmittel und deren Kosten hervorgehen.

→ Die Prämie

Der Jahresbeitrag je EUR 100,- Versicherungssumme beträgt EUR 5,80 zzgl. der gesetzlichen Versicherungssteuer. Die Mindestprämie beträgt EUR 40,- jährlich inklusive Versicherungssteuer.