

Ihr Berater / Vermittler:
GL Versicherungsmakler GmbH
Kuhredder 32
22397 Hamburg
Telefon: 040 - 85402850
Fax: 040 - 85402855

Email: goetz.lebuhn@gl-versicherungsmakler.de

Erfassungsformular

Bedarfsanalyse zur Krankenzusatzversicherung

1. Kundendaten
2. Bedarfsanalyse

Bedarfsanalyse zur Krankenzusatzversicherung

■ Statusangaben

Gemeinsame Registerstelle im Sinne von § 11 Abs. 1 Nr. 4 VersVermV

Deutscher Industrie- und Handelskammertag (DIHK) e.V.
Breite Straße 29
10178 Berlin

Telefon: 0-180-500 585-0
(14 Cent/Minute aus dem dt. Festnetz der Deutschen Telekom)

Beschwerdestelle für die Versicherungsvermittlung »außergerichtliche Streitbeilegung«

Versicherungsombudsmann e. V.

Postfach 080632, 10006 Berlin. Weitere Informationen unter: www.versicherungsombudsmann.de

Ombudsmann für die private Kranken- und Pflegeversicherung

Postfach 06 02 22, 10052 Berlin. Weitere Informationen unter: www.pkv-ombudsmann.de

■ Kundenangaben

Anrede:

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum:

Strasse:

PLZ: Ort:

Beruf für Prämienvergleich:

Berufsstatus:

Bemerkung:

■ Kundenwünsche

Vom Kunden geäußerte Wünsche und Bedürfnisse, die bei der Beratung berücksichtigt werden sollen:

1. Wünsche (subjektive Merkmale):

.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. Vorsorgelücke:

- Die Vorsorgelücke wurde ermittelt
 geschätzt
 vom Kunden vorgegeben

3. Die wichtigsten Produktmerkmale des Kunden:

a.
b.
c.

4. Produkte, die auf Wunsch des Kunden bei der Analyse berücksichtigt werden sollen:

a.
b.
c.

Bedarfsanalyse zur Krankenzusatzversicherung

■ Die Bedarfsanalyse »Produktspezifische Anforderungen«

Es existieren erhebliche Leistungsunterschiede zwischen den am Markt vorhandenen Tarifen. Mit FB-Xpert werden die Produkte ermittelt, die den spezifischen Kundenbedürfnissen entsprechen.

■ Kundendaten

Kundendaten, die für diese Analyse notwendig sind:

Berufsart:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

Beruf:

■ Leistungsauswahl

Die Krankenversicherung ist kein Einheitsprodukt. Die Angebote der Versicherer unterscheiden sich in ihrer Leistungsausstattung zum Teil erheblich.

In der Krankenzusatzversicherung besteht grundsätzlich die Möglichkeit, ambulante, stationäre und Zahnleistungen abzuschließen.

■ Auswahl der Leistungsbereiche

Legen Sie bitte fest, welche Leistungsbereiche Ihre Analyse berücksichtigen soll.

Frage: Welche Leistungen sollen im Krankheitsfall erbracht werden?

Mögliche Antwort/en:

Ambulante Leistungen

Ambulante Leistungen können die Bereiche Heilmittel, Hilfsmittel, Psychotherapie, Heilpraktiker bzw. alternative Heilmethoden, sowie Transportkosten und ambulante Operationen betreffen.

Mögliche Antwort/en:

Stationäre Leistungen

Stationäre Leistungen können die Bereiche stationäre Krankenhausbehandlung sowie Zahlung eines Krankenhaustagegeldes bzw. Ersatzkrankenhaustagegeldes und Transportkosten betreffen.

Mögliche Antwort/en:

Zahnleistungen

Zahnleistungen können die Bereiche Zahnbehandlung und Zahnersatz in unterschiedlichem Umfang betreffen.

Frage: Optionstarife berücksichtigen

Mögliche Antwort/en:

Optionstarife berücksichtigen

Mit dieser Auswahl werden Optionstarife in der Analyse berücksichtigt.

Frage: Produktkonfiguration

■ Selbstbehalt

Legen Sie bitte die Höhe des gewünschten Selbstbehalt fest.

Selbstbehaltstufen Krankenversicherung

Hier können Sie die Höhe des gewünschten Selbstbehalts festlegen. Bitte beachten Sie: Bietet die Gesellschaft die von Ihnen angegebene Höhe nicht an, wird der nächst kleinere Wert bei der Analyse berücksichtigt. Wird nur eine höhere Selbstbehaltstufe angeboten, erfüllt der Tarif nicht alle von Ihnen gewünschten Vorgaben.

SB Stufe: -- egal -- kein Selbstbehalt
 bis 200 Euro über 200 Euro

■ Tarifmerkmale

Hier können Sie Prioritäten für Ihren Versicherungsschutz hinsichtlich Ihrer Bedürfnisse auf Flexibilität setzen.

■ Umfang der ambulanten Leistungen

Hier können Sie festlegen, Leistungen für Sehhilfen sowie eine Erstattung für Heilpraktiker bzw. alternative Heilmethoden gewünscht ist.

Schwerpunkt

Frage: Wünschen Sie die Erstattung von Sehhilfen?

Hier können Sie festlegen, ob der Tarif eine Leistung für Brillengläser-, Fassungen und Kontaktlinsen beinhalten soll. Da es Tarife gibt, die ohne eine vorherige GKV-Vorleistung nicht erstattet bzw. eine andere Erstattung vorsehen als nach GKV-Vorleistung, kann hier zusätzlich eine Auswahl getroffen werden.

Mögliche Antwort/en:

Leistung für Sehhilfen gewünscht

Die gesetzliche Krankenkasse leistet bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, den Umfang, den der Augenarzt befürwortet und als medizinisch notwendig ansieht. Bei Personen nach Vollendung des 18. Lebensjahres werden Sehhilfen nur noch dann erstattet, wenn die Sehkraft mit Brille unter 70% liegt.

Mögliche Antwort/en:

Nur Tarife berücksichtigen, die Sehhilfen auch ohne GKV-Vorleistung erstatten

Die gesetzliche Krankenkasse leistet bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, den Umfang, den der Augenarzt befürwortet und als medizinisch notwendig ansieht. Bei Personen nach Vollendung des 18. Lebensjahres werden Sehhilfen nur noch dann erstattet, wenn die Sehkraft mit Brille unter 70% liegt. Einige Tarife setzen für ihre Leistungspflicht dennoch die Vorleistung der GKV voraus. Hier können sie die Auswahl auf die Tarife einschränken, die keine Vorleistung voraussetzen.

Schwerpunkt

Frage: Wünschen Sie eine Leistung für Heilpraktiker ?

Hier können Sie festlegen, ob eine Erstattung von Heilpraktikerleistungen gewünscht ist .

Mögliche Antwort/en:

Erstattung für Heilpraktiker-Leistungen gewünscht

Heilpraktiker sind Heilkundige, die ohne ärztliche Approbation die Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde (Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen) haben. Die Kosten dafür werden in der Regel nicht von der gesetzlichen Krankenkasse getragen.

Mögliche Antwort/en:

Nur Tarife berücksichtigen, die Heilpraktiker auch ohne GKV-Vorleistung erstatten

Heilpraktiker sind Heilkundige, die ohne ärztliche Approbation die Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde (Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen) haben. Die Kosten dafür werden in der Regel nicht von der gesetzlichen Krankenkasse getragen. Aber auch hier gibt es Unterschiede. Da es Tarife gibt, die eine GKV-Vorleistung für die Erstattung voraussetzen, kann hier eine Auswahl getroffen werden.

Schwerpunkt

Frage: Wünschen Sie eine Leistung für alternative Heilmethoden?

Hier können Sie festlegen, ob eine Erstattung für alternative Heilmethoden erfolgen soll.

Mögliche Antwort/en:

Leistung für alternative Heilmethoden gewünscht

In der Regel werden die Kosten für alternative Heilmethoden bzw. Naturheilverfahren nicht von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen. Hier können Sie auswählen, ob der Tarif solche Leistungen absichern soll.

Bedarfsanalyse zur Krankenzusatzversicherung

■ Die Bedarfsanalyse »Produktspezifische Anforderungen«

Mögliche Antwort/en:

- Nur Tarife berücksichtigen, die alternative Heilmethoden auch ohne GKV-Vorleistung erstatten

In der Regel werden die Kosten für alternative Heilmethoden und Naturheilverfahren nicht von der gesetzlichen Krankenkasse erstattet. Aber auch hier gibt es Ausnahmen. Da es Tarife gibt, die eine GKV-Vorleistung für die Erstattung voraussetzen, kann hier eine Auswahl getroffen werden.

■ Umfang der stationären Leistungen

Hier können Sie festlegen, ob der Versicherungsschutz die Unterbringung in einem Zwei- und/oder Einbettzimmer bzw. die Behandlung durch einen Chefarzt beinhalten soll oder eine Absicherung von allgemeinen Krankenhausleistungen ausreichend ist.

- Schwerpunkt

Frage: Welche Krankenhausleistungen sollen erstattet werden?

Hier können Sie festlegen, ob Sie als Ergänzung zum gesetzlichen Krankenversicherungsschutz Leistungen für Ein- bzw. Zweibettzimmer und Chefarzt wünschen.

Mögliche Antwort/en:

- Leistung für Ein- oder Zweibettzimmer und Chefarzt gewünscht

Mit dem Krankenhaus kann die Unterbringung in einem Einbettzimmer (Wahlleistung Unterkunft) vereinbart werden. Die Inanspruchnahme der Wahlleistung Unterkunft darf nicht von einer Vereinbarung über sonstige Wahlleistungen (Chefarztbehandlung) abhängig gemacht werden. Für die besondere Unterbringung berechnet das Krankenhaus einen Zuschlag. Die Höhe dieses Zuschlags muss in einem angemessenen Verhältnis zur gebotenen Leistung stehen. Allerdings muss diese Leistung zusätzlich zu den allgemeinen Krankenhausleistungen versichert werden.

Mögliche Antwort/en:

- Leistung für Zweibettzimmer und Chefarzt gewünscht

Mit dem Krankenhaus kann die Unterbringung in einem Zweibettzimmer (Wahlleistung Unterkunft) vereinbart werden. Die Inanspruchnahme der Wahlleistung Unterkunft darf nicht von einer Vereinbarung über sonstige Wahlleistungen (Chefarztbehandlung) abhängig gemacht werden. Für die besondere Unterbringung berechnet das Krankenhaus einen Zuschlag. Die Höhe dieses Zuschlags muss in einem angemessenen Verhältnis zur gebotenen Leistung stehen. Allerdings muss diese Leistung zusätzlich zu den allgemeinen Krankenhausleistungen versichert werden.

■ Umfang der dentalen Leistungen

Als Zahnersatz bezeichnet man alle Formen von Materialien zur Wiederherstellung des Gebisses nach Verlust von Zahnteilen bzw. einem oder mehrerer Zähne.

Kieferorthopädie befasst sich mit der Verhütung, Erkennung und Behandlung von Fehlstellungen der Kiefer und der Zähne und ist gerade für Kinder ein wichtiger Bereich.

- Schwerpunkt

Frage: Wünschen Sie die Erstattung von Zahnersatz?

Die gesetzlichen Krankenkassen erstatten nur noch eine nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot ausreichende, notwendige, wirtschaftliche und zweckmäßige Versorgung. Für über das Notwendige hinaus anfallende Mehrkosten erfolgt keine Leistung.

Hier können Sie festlegen, wie hoch die gewünschte Erstattung durch den Tarif im Zahnersatz sein soll.

Mögliche Antwort/en:

- 80% - 100% inklusive GKV-Vorleistung

Hier wird die Höhe der erstattungsfähigen Leistungen bei Zahnersatz berücksichtigt und es erscheinen nur die Tarife in Kategorie 1, die eine entsprechende Erstattung erbringen.

Mögliche Antwort/en:

- 65% - 75% inklusive GKV-Vorleistung

Hier wird die Höhe der erstattungsfähigen Leistungen bei Zahnersatz berücksichtigt und es erscheinen nur die Tarife in Kategorie 1, die eine entsprechende Erstattung erbringen.

Mögliche Antwort/en:

- 60% oder weniger inklusive GKV-Vorleistung

Hier wird die Höhe der erstattungsfähigen Leistungen bei Zahnersatz berücksichtigt und es erscheinen nur die Tarife in Kategorie 1, die eine entsprechende Erstattung erbringen.

- Schwerpunkt

Frage: Wünschen Sie die Erstattung von Zahnersatz auch ohne GKV-Vorleistung?

Die gesetzlichen Krankenkassen erstatten nur noch eine nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot ausreichende, notwendige, wirtschaftliche und zweckmäßige Versorgung. Für über das Notwendige hinaus anfallende Mehrkosten erfolgt keine Leistung.

Viele Tarife setzen eine vorherige Leistung durch die GKV für die Erstattung voraus. Hier können Sie festlegen, wie hoch die gewünschte Erstattung für die Tarife sein soll, die auf diese Einschränkung verzichten.

Mögliche Antwort/en:

- Erstattung bis 60% ohne GKV-Vorleistung gewünscht

Hier werden Tarife berücksichtigt, die ohne eine vorherige GKV-Leistung Zahnersatz in Höhe von bis zu 60% des Rechnungsbetrages erstatten.

Mögliche Antwort/en:

- Erstattung bis 40% ohne GKV-Vorleistung gewünscht

Hier werden Tarife berücksichtigt, die ohne eine vorherige GKV-Leistung Zahnersatz in Höhe von bis zu 40% des Rechnungsbetrages erstatten.

Mögliche Antwort/en:

- Erstattung auch unter 40% ohne GKV-Vorleistung gewünscht

Hier werden Tarife berücksichtigt, die ohne eine vorherige GKV-Leistung Zahnersatz erstatten. Allerdings wird die Höhe der tariflichen Erstattung nicht berücksichtigt.

- Schwerpunkt

Frage: Wünschen Sie eine Erstattung auch außerhalb der Regelversorgung?

Die gesetzliche Krankenkasse erstattet einen Festzuschuss im Rahmen der Regelversorgung für Zahnersatz. Hier können Sie festlegen, ob eine Erstattung auch außerhalb dieser Regelversorgung gewünscht ist.

Mögliche Antwort/en:

- 80% - 100% inklusive GKV-Vorleistung auch außerhalb der Regelversorgung gewünscht

Hier wird die Höhe der erstattungsfähigen Leistungen bei Zahnersatz berücksichtigt und es erscheinen nur die Tarife in Kategorie 1, die eine entsprechende Erstattung erbringen.

Mögliche Antwort/en:

- 65% - 75% inklusive GKV-Vorleistung auch außerhalb der Regelversorgung gewünscht

Hier wird die Höhe der erstattungsfähigen Leistungen bei Zahnersatz berücksichtigt und es erscheinen nur die Tarife in Kategorie 1, die eine entsprechende Erstattung erbringen.

Mögliche Antwort/en:

- 60% oder weniger inklusive GKV-Vorleistung auch außerhalb der Regelversorgung gewünscht

Hier wird die Höhe der erstattungsfähigen Leistungen bei Zahnersatz berücksichtigt und es erscheinen nur die Tarife in Kategorie 1, die eine entsprechende Erstattung erbringen.

Bedarfsanalyse zur Krankenzusatzversicherung

■ Die Bedarfsanalyse »Produktspezifische Anforderungen«

Schwerpunkt

Frage: Wünschen Sie die Erstattung von Zahnersatz auch außerhalb der Regelversorgung ohne GKV-Vorleistung?

Die gesetzliche Krankenkasse erstattet einen Festzuschuss im Rahmen der Regelversorgung für Zahnersatz. Hier können Sie festlegen, ob eine Erstattung auch außerhalb dieser Regelversorgung und ohne vorherige GKV-Vorleistung gewünscht ist.

Mögliche Antwort/en:

- Erstattung bis 60% auch außerhalb der Regelversorgung ohne GKV-Vorleistung gewünscht
Hier werden Tarife berücksichtigt, die ohne eine vorherige GKV-Leistung Zahnersatz in Höhe von bis zu 60% des Rechnungsbetrages erstatten.

Mögliche Antwort/en:

- Erstattung bis 40% auch außerhalb der Regelversorgung ohne GKV-Vorleistung gewünscht
Hier werden Tarife berücksichtigt, die ohne eine vorherige GKV-Leistung Zahnersatz in Höhe von bis zu 40% des Rechnungsbetrages erstatten.

Mögliche Antwort/en:

- Erstattung auch unter 40% außerhalb der Regelversorgung ohne GKV-Vorleistung gewünscht
Hier werden Tarife berücksichtigt, die ohne eine vorherige GKV-Leistung Zahnersatz erstatten. Allerdings wird die Höhe der tariflichen Erstattung nicht berücksichtigt.

Schwerpunkt

Frage: Wünschen Sie die Erstattung von Kieferorthopädischen Leistungen für Kinder?

KIG ist das befundbezogene kieferorthopädische Indikationssystem mit Einstufung des Behandlungsbedarfs nach kieferorthopädischen Indikationsgruppen. Die KIG (Befunde) sind in fünf Behandlungsbedarfsgrade eingeteilt. Der Befund mit dem höchsten Behandlungsbedarf entscheidet über die Kostenübernahme. Nur bei den Graden 3, 4 und 5 hat der Versicherte einen Leistungsanspruch gegenüber seiner Krankenversicherung.

Hier können Sie festlegen, ob sie eine zusätzliche Absicherung für den Bereich Kieferorthopädie für Kinder wünschen.

Mögliche Antwort/en:

- 80% - 100% inklusive GKV-Vorleistung
Hier wird die Höhe der erstattungsfähigen Kieferorthopädischen Leistungen für Kinder berücksichtigt und es erscheinen nur die Tarife in Kategorie 1, die eine entsprechende Erstattung erbringen.

Mögliche Antwort/en:

- 75% oder weniger inklusive GKV-Vorleistung
Hier wird die Höhe der erstattungsfähigen Leistungen bei Zahnersatz berücksichtigt und es erscheinen nur die Tarife in Kategorie 1, die eine entsprechende Erstattung erbringen.

Schwerpunkt

Frage: Wünschen Sie die Erstattung von Kieferorthopädischen Leistungen für Kinder auch ohne GKV-Vorleistung?

KIG ist das befundbezogene kieferorthopädische Indikationssystem mit Einstufung des Behandlungsbedarfs nach kieferorthopädischen Indikationsgruppen. Die KIG (Befunde) sind in fünf Behandlungsbedarfsgrade eingeteilt. Der Befund mit dem höchsten Behandlungsbedarf entscheidet über die Kostenübernahme. Nur bei den Graden 3, 4 und 5 hat der Versicherte einen Leistungsanspruch gegenüber seiner Krankenversicherung.

Hier können Sie festlegen, ob sie eine zusätzliche Absicherung für den Bereich Kieferorthopädie für Kinder wünschen.

Hier können Sie festlegen, wie hoch die gewünschte Erstattung für die Tarife sein soll, die auf die Vorleistung der GKV verzichten.

Mögliche Antwort/en:

- Erstattung bis 50% ohne GKV-Vorleistung gewünscht
Hier werden Tarife berücksichtigt, die ohne eine vorherige GKV-Leistung Kieferorthopädische Leistungen in Höhe von bis zu 50% des Rechnungsbetrages erstatten.

Mögliche Antwort/en:

- Erstattung auch unter 50% ohne GKV-Vorleistung gewünscht
Hier werden Tarife berücksichtigt, die ohne eine vorherige GKV-Leistung Kieferorthopädische Leistungen erstatten. Allerdings wird die Höhe der tariflichen Erstattung nicht berücksichtigt.

■ Besondere Leistungen

Unter "Besonderen Leistungen" verstehen wir Kriterien, mit denen Sie Ihren Versicherungsschutz flexibel gestalten können. Wählen Sie aus den nachfolgenden Kriterien die passenden für Ihren Bedarf. Wichtig: Die Auswahl der Tarife kann durch diese Optionen stark eingeschränkt werden.

Schwerpunkt

Frage: Wünschen Sie besondere Leistungen?

Hier können Sie festlegen, welche Leistungen zusätzlich in ihrem Tarif enthalten sein sollen.

Mögliche Antwort/en:

- Erstattung der gesetzlichen Zuzahlungen gewünscht
Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen 10 vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro, allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. Als Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen werden je Kalendertag 10 Euro erhoben.
Bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege beträgt die Zuzahlung 10 vom Hundert der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung.

Mögliche Antwort/en:

- Pauschalleistung bei ambulanter Entbindung gewünscht
Einige Versicherer honorieren die ambulante Entbindung bzw. die Hausentbindung und die damit verbundene Kostenersparnis der stationären Behandlung mit der Zahlung einer Pauschalleistung. Diese Option schränkt die Auswahl der Tarife ein.

Mögliche Antwort/en:

- Leistung für ambulante Kur gewünscht
An Hand folgender Kriterien ist eine reine Kurbehandlung zu erkennen:
- klimatisch günstig gelegene Einrichtung
- für spezielle Zielrichtung ausgestattet
- Aufnahme Genesender und chronisch Kranker
- Vorwiegend natürliche Heilwendungen
- Herauslösen aus der gewohnten Umgebung
- Krankenhausbehandlung nicht notwendig
Das typische Beispiel für eine ambulante Kur ist eine Badekur mit Massagen, Fangopackungen usw. Die Kosten für die Unterbringung in Hotel oder Pension während der Kurmaßnahme bezahlt der Versicherte selbst. Viele Versicherungen bieten einen zeitlich begrenzten Zuschuss für diese Maßnahmen an. Die Behandlungen werden, soweit medizinisch notwendig und vom Arzt verordnet, übernommen. Folgende Einschränkungen sind dabei denkbar:
• Leistung bei medizinischer Notwendigkeit
• Leistung für max. 4 Wochen, erneuter Anspruch besteht erst nach Ablauf von 3 Jahren
• Leistung bis max. 50 Euro pro Tag, max. 28 Tage, alle 24 Monate.
Da lt. MB/KK die Leistung bei Kur ausgeschlossen ist, muss diese tariflich vereinbart sein. Daher schränkt diese Option die Auswahl der Tarife ein.

Mögliche Antwort/en:

- Leistung für stationäre Kur gewünscht
Die stationäre Kur bzw. Sanatoriumsbehandlung unterscheidet sich von der ambulanten Kur vor allem dadurch, dass man sich ständig unter ärztlicher Leitung befindet. Ärztliche Leitung bezieht sich auf den gesamten Kuraufenthalt, also auch die Unterbringung, Verpflegung und Lebensgestaltung. Diese Option schränkt die Auswahl auf die Tarife ein, die eine Leistung im eigentlichen Krankheitskostenvolltarif vorsehen.

Mögliche Antwort/en:

- Zahlung von Krankenhaustagegeld gewünscht
Je nach Tarif kann die Zahlung eines Krankenhaustagegeldes vereinbart werden. Diese Option schränkt die Auswahl auf die Tarife ein, die eine Zahlung von Krankenhaustagegeld vorsehen.

Bedarfsanalyse zur Krankenzusatzversicherung

■ Die Bedarfsanalyse »Produktspezifische Anforderungen«

Mögliche Antwort/en:

Zahlung von Ersatzkrankenhaustagegeld gewünscht

Ist die Erstattung eines Ein- oder Zweibettzimmers bzw. die privatärztliche Behandlung im Versicherungsschutz mit inbegriffen, zahlen einige Versicherer bei Nichtinanspruchnahme dieser Leistungen ein Ersatzkrankenhaustagegeld. Diese Option schränkt die Auswahl auf die Tarife ein, die eine Zahlung von Ersatzkrankenhaustagegeld vorsehen.

Mögliche Antwort/en:

Leistung für Rooming-In gewünscht

Wenn ein Kind stationär behandelt werden muss, ist es in vielen Krankenhäusern möglich, dass ein Bett für ein Elternteil bereit gestellt wird. Diese Leistung ist bei einigen Tarifen im Versicherungsschutz enthalten. Diese Auswahlmöglichkeit schränkt die Auswahl auf die Tarife ein, die eine Leistung bei Rooming-In vorsehen.

Mögliche Antwort/en:

Tarife mit Verzicht auf Wartezeiten gewünscht

Bei Neuabschluss einer Krankenversicherung bzw. bei Erhöhung des Versicherungsschutzes sind allgemeine und besondere Wartezeiten einzuhalten. Lt. MB/KK beträgt die allgemeine Wartezeit drei Monate und die besonderen Wartezeiten für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate. Tariflich kann der Verzicht der allgemeinen und besonderen Wartezeiten vereinbart werden. Diese Option schränkt die Auswahl der Tarife ein.

■ Auslandsaufenthalte

Lt. MB/KK erstreckt sich der Versicherungsschutz auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden. Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht Versicherungsschutz auch ohne besondere Vereinbarung. Der Rücktransport und die Überführungskosten müssen, wenn eine Erstattung hierfür gewünscht wird, vertraglich vereinbart werden.

Schwerpunkt

Frage: Wie soll sich der Versicherungsschutz im Ausland gestalten?

Hier können sie die gewünschten Leistungen bei Auslandsaufenthalten näher definieren.

Mögliche Antwort/en:

Leistung für Rücktransport und Überführung gewünscht

Diese Option schränkt die Auswahl der Tarife auf die Tarife ein, die sowohl für den Rücktransport als auch für die Überführung aus dem Ausland Leistungen erbringen. Der Umfang der Leistungen wird hierbei nicht berücksichtigt.

Mögliche Antwort/en:

Weltweiter Versicherungsschutz gewünscht

Diese Option schränkt die Auswahl der Tarife ein.

Mögliche Antwort/en:

Leistung bei Personenbergung im Ausland gewünscht

Einige Tarife sehen eine Pauschalleistung für Bergungskosten im Ausland vor. Diese Option schränkt die Auswahl auf die Tarife ein, die eine Pauschale bei Personenbergung vorsehen.

Mögliche Antwort/en:

Tarife mit Verzicht auf Wartezeiten bei Auslandsaufenthalten gewünscht

Lt. MB/KK beträgt die allgemeine Wartezeit drei Monate und die besonderen Wartezeiten für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate. Je nach Tarif wird auf die Einhaltung der allgemeinen bzw. besonderen Wartezeiten bei Auslandsaufenthalten verzichtet.

Diese Option schränkt die Auswahl auf die Tarife ein, die auf die Einhaltung von Wartezeiten verzichten.



GL Versicherungsmakler GmbH
Götz Lebuhn

Kuhredder 32
22397 Hamburg

040 - 85402850
040 - 85402855

goetz.lebuhn@gl-versicherungsmakler.de