

Beratungsdokumentation PRIVATE KRANKENVERSICHERUNG**Wer kann sich privat krankenversichern?**

Selbstständige und Freiberufler können unabhängig von der Höhe ihres Einkommens jederzeit in die private Krankenversicherung wechseln. Für Arbeitnehmer gilt eine festgesetzte Versicherungspflichtgrenze, liegt ihr Arbeitsentgelt oberhalb der Versicherungspflichtgrenze, können Sie in die private Krankenversicherung wechseln.

Die Versicherungspflichtgrenze

Jährlich 50.850 EUR (2012) ist der festgelegte Höchstbetrag des Bruttoeinkommens, bis zu welchem der Arbeitnehmer in der gesetzlichen Krankenkasse pflichtversichert ist. Zum Bruttogehalt gehören auch Urlaubs- und Weihnachtsgeld sowie regelmäßige Bonuszahlungen.

Die Beitragsbemessungsgrenze

Jährlich 45.900 EUR (2012) ist der festgelegte Höchstbetrag des Bruttoeinkommens, bis zu welchem Beiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung abgeführt werden.

Angestellte und Arbeiter

deren Arbeitsentgelt hingegen unter der Versicherungsgrenze liegt, sind Pflichtmitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung. Sie können ihren persönlichen Schutz aber durch private Zusatzversicherungen verbessern.

Wer als privatversicherter Angestellter oder Arbeiter durch das jährliche Ansteigen der Versicherungspflichtgrenze versicherungspflichtig wird, kann sich innerhalb von drei Monaten durch die gesetzliche Kasse von der Versicherungspflicht befreien lassen. Voraussetzung: der Arbeitnehmer muss mindestens fünf Jahre in der privaten Krankenversicherung versichert gewesen sein.

Beihilfeberechtigte Personen

(z.B. Beamte) erhalten eine Beihilfe zu den Krankheitskosten. Nach den Beihilfavorschriften des Bundes und der meisten Länder deckt die Beihilfe für den Berechtigten selbst 50 Prozent (bzw. 70 Prozent im Ruhestand) der Aufwendungen, für den Ehegatten 70 Prozent und für Kinder 80 Prozent.

Die private Krankenversicherung bietet auf die Beihilfe abgestimmte Quotentarife zu günstigen Beiträgen. Weitere beihilfeberechtigte Personen sind: Richter, Beamte auf Probe, Ruhestandsbeamte oder Richter im Ruhestand. Auch Hinterbliebene (Witwen und Waisen) dieser Berufsstände können sich privat versichern. Auszubildende bei einem öffentlich-rechtlichen Träger (Verwaltungslehre, -praktikum) haben die Möglichkeit, sich privat zu versichern.

Studenten und Ärzte im Praktikum

können sich von der Versicherungspflicht in den gesetzlichen Kassen befreien lassen.

Befreiung von der Versicherungspflicht

Als Ausnahme zur Pflicht- und Bemessungsgrenze gilt: Arbeitnehmer, die am 31.12.2002 bereits privat versichert waren, deren Einkommen inzwischen aber unter der gültigen Versicherungspflichtgrenze liegt, können sich von der Versicherungspflicht befreien lassen, solange ihr Jahresbruttogehalt in 2012 mehr als 50.850 EUR beträgt.

So werden die Beiträge kalkuliert

Die Beiträge in der privaten Krankenversicherung werden auf Grund der Kopfschadenprofile zum Zeitpunkt der Ermittlung der Beiträge durch die Barwert-Methode auf den heutigen Zeitpunkt diskontiert. Und dadurch ein Durchschnittsbeitrag ermittelt, der bis zum Zeitpunkt der statistischen Lebenserwartung konstant ist unter der Voraussetzung, dass die der Berechnung zugrunde gelegten Annahmen tatsächlich eintreffen.

So bildet die private Krankenversicherung aus einem Teil des Beitrages Rückstellungen für die steigenden Gesundheitskosten im Alter. Dadurch entstehen keine Beitragssprünge allein durch das Älterwerden, wie in vielen ausländischen Privatkrankenversicherungen üblich. Auch Beitragserhöhungen oder Ausschlüsse bei Erkrankungen während der Vertragslaufzeit können durch dieses Kalkulationsverfahren in der deutschen privaten Krankenversicherung nicht entstehen.

Es sei denn, es wurden bei Antragsstellung unwahre Angaben vom Antragssteller gemacht oder die Versicherung wurde arglistig vom Versicherungsnehmer getäuscht.

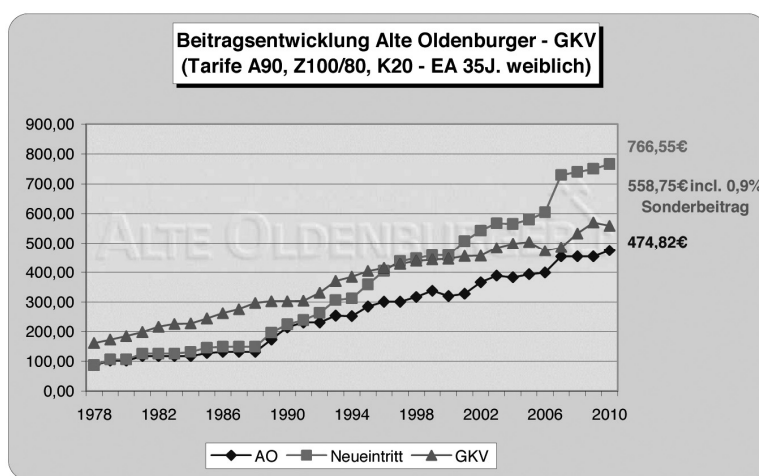
Es wird abhängig von Eintrittsalter, Geschlecht, Gesundheitszustand und vereinbartem Leistungsumfang der Beitrag für die gesamte Laufzeit (lebenslang) im Voraus berechnet. In den ersten Jahren der Mitgliedschaft fallen in der Regel weniger Behandlungen und Krankheitskosten an, als später. Der niedrigere Risiko-, bzw. Kostenanteil wird in jungen Jahren um einen Sparanteil ergänzt und fließt in die Rücklagen, die für das Alter, wenn der Risiko- und Kostenanteil steigt, angelegt werden. Die Alterungsrückstellungen werden in Form von Kapitalanlagen verzinst und lassen die Beiträge weniger steigen, als aufgrund der allgemeinen Kostensteigerung durch Inflation und höhere Kosten der medizinischen Versorgung, notwendig wäre. Die Kalkulation der Beiträge (Prämien) in der privaten Krankenversicherung ist in der Kalkulationsverordnung (KalV) geregelt.

Der Beitrag erhöht sich unter anderem aufgrund folgender Faktoren:

- Allgemeine Kostensteigerung
- medizinischer Fortschritt, durch den überproportionalen Anstieg der Gesundheitskosten mit zunehmendem Alter der Bevölkerung durch die demografische Entwicklung
- erhöhte Kostenbelastung innerhalb eines Tarifes
- unzutreffend berechnete Kopfschadenprofile
- Veränderung der Zinsen und Kapitalmarkterträge
- Veränderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen für den Zugang in die private Krankenversicherung
- gesetzliche Eingriffe in die Beitragskalkulation der privaten Krankenversicherung

In der Grafik unten finden Sie einen realen Beitragsverlauf. Die heute 67-jährige Frau, deren Beiträge hier dargestellt sind, hat im Alter von 35 Jahren den Top Leistungs-Tarif der Alten Oldenburger AG gewählt und hat dadurch deutlich weniger im gesamten Verlauf zahlen müssen als den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenkassen.

Beitragsverlauf einer langjährigen versicherten Person (EUR).			
	A.O. Beitrag	Neueintrittsbeitrag	GKV Beitrag
1978	87,51	87,51	161,75
1979	102,72	106,86	173,33
1980	102,72	106,86	185,22
1981	118,06	126,16	199,10
1982	118,06	126,16	216,28
1983	118,06	126,16	226,25
1984	118,06	131,53	227,32
1985	128,62	145,82	244,35
1986	131,99	149,20	261,99
1987	131,99	149,20	275,41
1988	131,99	149,20	296,80
1989	173,71	196,46	301,75
1990	214,41	224,25	301,98
1991	230,75	238,70	304,11
1992	230,85	262,79	331,16
1993	254,39	305,76	369,97
1994	252,35	312,12	384,70
1995	284,71	358,98	403,80
1996	300,49	404,39	414,15
1997	300,49	437,24	427,64
1998	316,62	447,21	438,07
1999	337,14	457,58	443,29
2000	319,83	457,96	445,21
2001	327,76	506,35	455,56
2002	366,33	542,29	455,63
2003	388,33	567,56	483,00
2004	383,18	565,02	498,72
2005	393,16	580,15	504,08
2006	399,31	604,26	473,81
2007	453,71	728,92	484,50
2008	453,71	739,49	532,80
2009	453,71	749,96	569,63
2010	474,82	766,55	558,75



Angst vor hohen Beiträgen im Alter?

Sollten Sie einen Versicherer gewählt haben, der weniger gut gewirtschaftet hat, haben Sie durch den bereits im Jahre 1993 eingeführten Standardtarif die Möglichkeit, den Beitrag erheblich zu reduzieren. Allerdings zu Leistungen, die dem gesetzlichen Niveau entsprechen, so als ob man im Alter wieder zurück in die GKV wechseln könnte. Die ist ja nur den Privatversicherten vorbehalten, die vor Eintritt des 55. Lebensjahres versicherungspflichtig werden.

Der brancheneinheitliche Standardtarif der privaten Krankenkassen ist eine Absicherung für zum Beispiel alle Bürger, die über 65 Jahre alt sind, damit sie sich auch im hohen Alter noch eine private Krankenversicherung leisten können. Die Leistungen, die die Versicherten in diesem Tarif erhalten, müssen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen übereinstimmen, und die Versicherungsbeiträge müssen sich an den durchschnittlichen Höchstbeträgen der gesetzlichen Krankenversicherungen orientieren und dürfen diese nicht übersteigen.

Die Versicherten in diesem Tarif müssen aber bestimmte Voraussetzungen erfüllen, damit sie diesen Tarif nutzen können, nicht der Gesundheitszustand ist ausschlaggebend für die Beiträge, sondern das Alter und das Geschlecht. Risikozuschläge für bestimmte Menschen sind ausgeschlossen.

Beitragsgarantie im Standardtarif

Der Standardtarif ist mit einer Beitragsgarantie verbunden: Der Beitrag darf den durchschnittlichen Höchstbeitrag der GKV – das sind 2012 592,88 EUR – nicht übersteigen. Welcher Beitrag tatsächlich gezahlt werden muss, kann allerdings nur im Einzelfall ermittelt werden. Je länger die Vorversicherungszeit und je niedriger das Alter, desto günstiger ist der Beitrag im Standardtarif.

Dies liegt daran, dass bei einem Wechsel in den Standardtarif die Alterungsrückstellung des bisherigen Tarifs bei demselben Unternehmen angerechnet wird. Im beihilfekonformen Standardtarif ist der Beitrag anteilig begrenzt. Bei einem 50-prozentigen Versicherungsschutz beträgt der Höchstbeitrag bspw. 50 Prozent des GKV-Höchstbeitrags.

Der durchschnittliche Höchstbeitrag im Standardtarif errechnet sich aus dem vom BMG herausgegebenen durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen des Vorjahres zuzüglich 0,9 Prozent und der Beitragsbemessungsgrenze. Mit Wirkung vom 01.01.2009 ist dieser Standardtarif in den Basistarif übergegangen.

Regelmäßige Kürzungen des Leistungskataloges der GKV

Im Gegensatz zu den Kalkulationsmethoden der gesetzlichen Krankenkassen (GKV), können einmal gewährte Versicherungsleistungen, die bedingungsgemäß von den privaten Versicherungen erbracht werden, nachträglich nicht gekürzt oder, wie in der Vergangenheit häufig passiert, ganz vom Leistungskatalog gestrichen werden. Die privatrechtlichen Verträge sind geschützt.

Dafür wurden unten stehende Kostendämpfungs-, Gesundheitsmodernisierungs-, Solidarisierungsstärkungs- und Beitragsentlastungsgesetze oder Gesundheitsreformen in den letzten 33 Jahren vom Bundestag verabschiedet. Diese Änderungen waren nichts anderes als versteckte Beitragserhöhungen. Die aktuelle Gesundheitsreform, die heiß in den Medien diskutiert wird, wird bedingt durch den Redaktionsschluss, in diesem Text nicht betrachtet, es wird dazu gesonderte Informationen geben, sowie die Reform rechtskräftig ist.

Kostendämpfungsgesetz 1977:

- Zuzahlungen für Arznei-, Verband und Heilmittel, Kürzung der Zuschüsse für Zahnersatzleistungen, Einschränkungen bei freier Wahl des Krankenhauses und bei der kostenfreien Familienhilfe

Kostendämpfungsgesetz 1982:

- Erhöhung der Zuzahlungen für Brillen, Arznei-, Verband- und Heilmittel, für Zahnersatz gibt es für zahntechnische Leistungen nur noch 60 % Erstattung, weitere Verschärfung der Voraussetzungen der beitragsfreien Familienhilfe

Kostendämpfungsgesetz 1983:

- erneute Erhöhung der Zuzahlungen für Arznei-, Verband- und Heilmittel, Eigenbeteiligung bei Krankenhausbehandlung, Beitragspflicht für Krankengeld zur Renten und Arbeitslosenversicherung

Gesundheitsreform 1989:

- Zuzahlungen von Arznei- und Verbandmitteln sind preisbezogen, ab 50 DM müssen 7 DM Eigenanteil getragen werden. Erhöhung der Zuzahlung bei Krankenhausaufenthalten.
- Keine Leistungen für Kieferorthopädie bei Erwachsenen, keine Leistung für aus GKV-Sicht zahnmedizinisch umstrittene und unnötig aufwendige prothetische Leistungen (z.B. Brücke nur noch zum Ersatz von bis zu 3 Zähnen)

Gesundheitsreform 1994:

- Zuzahlung zu Arznei- und Verbandsmitteln wird packungsgrößenbezogen, Erhöhungen der Zuzahlungen bei Krankenhausaufenthalten.

Beitragsentlastungsgesetz 1997 Teil 1:

- Erneute Erhöhungen der Zuzahlungen bei Arznei- und Verbandsmitteln. Kein Zuschuss mehr für Brillengestelle, Erhöhung der Eigenbeteiligung bei Kuren, Senkung des Krankentagegeldes auf 70 % bis max. 90 % vom Nettoeinkommen, keine Zahnersatzleistungen mehr für Kinder und Jugendliche, die nach dem 31.12.78 geboren sind (außer z.B. Unfällen)

Beitragsentlastungsgesetz 1997 Teil 2:

- Erneute Erhöhung der Zuzahlungen bei Arzneimitteln je nach Packungsgröße, höhere Zuzahlungen beim Krankenhausaufenthalt, Eigenanteile für Verbandsmittel, Fahrtkosten, Heilmittel, kleine Hilfsmittel, weitere Erhöhung der Zuzahlungen individuell je Krankenkasse bei Erhöhung des Beitragssatzes, Zuzahlungsbeiträge werden ab 1.7.1999 entsprechend der Entwicklung der Bezugsgröße angepasst
- Festlegung eines Festzuschusses und Kostenerstattung für Zahnersatz, bis dahin Kürzung des Kassenzuschusses um 5 %

Solidaritätsstärkungsgesetz 1999:

- Reduzierung der Zuzahlungen bei Arzneimitteln je nach Packungsgröße auf 6 DM, 9 DM, 10 DM; Abschaffung der Festzuschüsse, 50 % Erstattung beim Zahnersatz, Streichung des Krankenhausnotopfers

Gesundheitsreform 2000:

- Streichung medizinisch umstrittener Leistungen/Arzneimittel aus dem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenkasse, es wird eine Positivliste eingeführt zur Sicherung der Qualität in der Arzneimittelversorgung, Stärkung der Versorgung durch Hausärzte unter Beachtung der freien Arztwahl.
- Patientenrechte und Patientenschutz sollen gestärkt werden, Rehabilitation hat Vorrang vor Frühverrentung und Pflege, verbesserte Zusammenarbeit von Hausärzten, Fachärzten und Krankenhäusern z.B. durch gemeinsame Nutzung teurer Medizintechnik, Neuordnung der ärztlichen und zahnärztlichen Vergütung sowie der Krankenhausfinanzierung, ein Globalbudget für die Ausgaben der GKV wird eingeführt.

Gesundheitsmodernisierungsgesetz 2004:

- Einführung der Praxisgebühr von 10 EUR im Quartal beim Arzt/Zahnarzt. Wird ein Facharzt ohne Überweisung aufgesucht, sind wiederum 10 EUR pro Arztbesuch zu zahlen. Bei ambulanter Notfallbehandlung im Krankenhaus sind ebenfalls 10 EUR zu zahlen.
- Bei Arznei-, Hilfs- und Verbandsmitteln Zuzahlung von 10 % des Preises, mindestens jedoch 5 EUR maximal 10 EUR pro Mittel.
- Sozialtherapien oder Haushaltshilfen, müssen zu 10 % der täglichen Kosten mindestens 5 EUR und maximal 10 EUR selbst zahlen
- Eigenanteil bei stationärer Vorsorge und Rehabilitation je Tag 10 EUR.
- Max. 28 Tage bei einer Anschlussheilbehandlung.
- Eine medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter kostet täglich 10 EUR Eigenbeteiligung, zeitlich unbegrenzt.
- Die Zuzahlung für Krankenhausaufenthalte wird auf 10 EUR pro Tag erhöht.
- Streichung von Fahrtkosten, Brillen (außer bei Kindern), nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten, Entbindungs- und Sterbegeldern.
- Für Heilmittel und häusliche Krankenpflege (max. 28 Tage je Kalenderjahr) müssen 10 % der Kosten sowie 10 EUR je Verordnung selbst getragen werden.

Gesundheitsmodernisierungsgesetz 2005:

- Erstattung für Zahnersatz und Tagegeld wird ganz gestrichen. Der Beitragssatz erhöht sich um 0,5 % für die Versicherten, der Arbeitnehmer trägt die Beiträge für Zahnersatz und Krankentagegeld alleine, ohne Arbeitgeberanteil

Gesundheitsreform 2007 (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)

- Gesetzliche Krankenkassen dürfen verschiedene Tarife anbieten, Behandlung gegen Rechnung und Kostenerstattung soll erleichtert werden, gut wirtschaftende Kassen dürfen Beiträge zurückerstatten, umgekehrt können auch Zusatzbeiträge erhoben werden.
- Private Krankenversicherungen müssen Wechselwillige ohne Gesundheitsprüfung und altersunabhängig zu einem Basistarif aufnehmen.

- Die jeweiligen Beitragsbemessungsgrenzen zur gesetzlichen Pflichtversicherung müssen drei Jahre lang rückwirkend erreicht worden sein, um in eine private Krankenversicherung wechseln zu können.
- Einführung des Zusatzbeitrages für die GKV max. in Höhe von 1 % des Einkommens
- Angesammelte Alterungsrückstellungen in der privaten Krankenversicherung sollen bei einem Wechsel des Anbieters mitgenommen werden können.
- Einführung der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung für alle Bundesbürger (ab 01.01.2009 für die private Krankenversicherung und bereits ab 01.05.2007 für die GKV)
- Einführung des Gesundheitsfonds mit einem einheitlichen Beitragssatz von 15,5 % ab 01.01.2009, ab 01.07.2009 Senkung auf 14,9 % wg. der Wirtschaftskrise und dann wieder Anhebung auf 15,5 % ab 01.01.2011

Gesundheitsreform 2011

- Senkung der Jahresarbeitsentgeltgrenze erstmalig auf 49.500 Euro
- Angestellte, die von der GKV in die private Krankenversicherung wechseln wollen, müssen nur noch ein Jahr lang oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze verdienen.
- Zusatzbeiträge sind in der GKV jetzt nicht mehr auf 1 % des Einkommens begrenzt, sondern können unbegrenzt von den Krankenkassen den GKV-Versicherten in Rechnung gestellt werden. Der Arbeitgeber beteiligt sich an den Zusatzbeiträgen nicht.
- Arbeitgeberanteil bei Angestellten wird auf 7,3 % des Beitragssatzes begrenzt. Der Rest geht zu Lasten des Arbeitnehmers/Versicherten

Vorteile und Nachteile der privaten Krankenversicherung (PKV)

Vorteile

- Beitragsgestaltung individuell (je nach Tarifwahl)
- Keine Zusatzbeiträge wie in der GKV
- Freie Tarifwahl, individuelle Zusammenstellung des Versicherungsschutzes
- Beiträge für Singles und Familien mit hohem Einkommen vorteilhaft, durch Steuerersparnis des neuen Bürgerentlastungsgesetzes (siehe folgender Abschnitt)
- freie Arztwahl
- Behandlung als Privatpatient
- Stationäre Behandlung im Einbettzimmer/Chefarzt (je nach Tarifwahl möglich)
- Kostenübernahme Heilpraktiker (je nach Tarif möglich)
- Relativ hohe Kostenerstattung Zahnersatz (je nach Tarif möglich)
- Beitragsrückerstattung bei Nichtinanspruchnahme von Leistungen möglich
- Weltweiter Krankenschutz (je nach Tarifwahl möglich)

Nachteile

- Risikozuschläge oder Ausschlüsse von Leistungen bei Vorerkrankungen möglich
- Jedes Familienmitglied zahlt eigenen Monatsbeitrag (keine beitragsfreie Familienversicherung)
- Beitragszahlungspflicht auch bei längerer Krankheit über sechs Wochen
- Wechsel der Krankenversicherung nur eingeschränkt möglich, z.B. bei Vorerkrankungen
- Keine Beitragsfreiheit während Mutterschafts- und Erziehungsurlaub (je nach Tarif)
- Summenbegrenzung bei Zahnersatz in den ersten Jahren möglich
- Keine Übernahme der Auslandsrücktransportkosten (je nach Tarif)
- Rechnungen müssen in einem bestimmten Rahmen voraus bezahlt werden
- Keine Leistungen, wenn Haushaltshilfen z.B. bei Erkrankungen von Kindern benötigt werden, weil beide Elternteile berufstätig sind.

Steuervorteil durch das neue Bürgerentlastungsgesetz

Seit Januar 2010 können Sie Beiträge zu Ihrer privaten Kranken- und Pflegepflichtversicherung besser von der Steuer absetzen. Es gelten dafür keine Höchstbeträge mehr. Im Idealfall zahlt der Staat einige Hundert Euro im Jahr dazu!

Welche Beiträge können abgesetzt werden?

Der Gesetzgeber hat über eine Rechtsverordnung festgelegt, welcher Anteil der Beiträge Ihres Krankheitskostenvollversicherungsschutzes unbegrenzt abgesetzt werden kann.

Für die Berechnung gibt es eine für alle Krankenversicherungsunternehmen verbindliche Vorgabe. Anerkannt wird der Anteil vom Beitrag, der den Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse (GKV) entspricht. Die Vollversicherungstarife der privaten Krankenversicherung bieten überwiegend

höhere Leistungen als die GKV. Deshalb können Sie vom Gesamtbeitrag etwa 80 - 95 Prozent steuerlich absetzen. Beiträge zu einer Pflegepflichtversicherung sind zu 100 Prozent absetzbar. Die gleichen Regeln gelten auch für Beihilfeberechtigte, die eine Beihilfe-Restkostenversicherung abgeschlossen haben.

Zu den höheren Leistungen zählen:

- Wahlleistungen im Krankenhaus, Heilpraktikerleistungen, höhere Zahnersatzleistungen und Leistungen für Kieferorthopädie
- Krankentagegeld- und Krankenhaustagegeldtarife
- Anwartschafts- oder Auslandsreiseversicherungen
- Zusatzversicherungen und Optionstarife für GKV-Versicherte
- Ergänzungstarife zur Beihilfe
- Pflegezusatztarife

Für die Berechnung gilt:

Risikozuschläge und der 10 %ige gesetzliche Zuschlag zählen als Beitrag und sind zum gleichen Prozentsatz absetzbar wie die zugrunde liegende Krankheitskostenvollversicherung. Das Finanzamt akzeptiert nur Beiträge, die Sie tatsächlich aufgewendet haben: Ein Arbeitgeberzuschuss oder eine Beitragsrückerstattung reduzieren den steuerlich absetzbaren Betrag.

Besonders Familien profitieren:

Als Steuerpflichtige/r können Sie auch die von Ihnen aufgewendeten Beiträge für alle Kinder, für die Sie Anspruch auf den Kinderfreibetrag oder Kindergeld haben, den mit Ihnen zusammen veranlagten Ehegatten oder Ihren Lebenspartner, im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes, steuerlich geltend machen. Alle Kunden der privaten Krankenversicherung erhalten eine Bescheinigung über die exakte Höhe ihrer absetzbaren Beiträge für das entsprechende Jahr. Dazu erhalten Sie weitere Informationen, wie der Steuervorteil geltend gemacht wird. *(Ein konkretes Beispiel der Halleschen Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit in der nachfolgenden Tabelle.)*

Hallesche Krankenversicherung a. G. Beiträge und Steuerersparnis		
	Selbstständiger	Angestellter
Monatsbeitrag NK	400 EUR	400 EUR
Absetzbarer Anteil (79,59 %)	318,36 EUR	318,36 EUR
Monatsbeitrag PPV	45,00 EUR	45,00 EUR
Absetzbarer Anteil (100 %)	45,00 EUR	45,00 EUR
Monatlich absetzbarer Gesamtbeitrag	363,36 EUR	363,36 EUR
AG-Zuschuss		222,50 EUR
Beitrag nach Abzug des Arbeitgeberzuschusses	363,36 EUR	140,86 EUR
Steuerersparnis pro Monat (Grenzsteuersatz 42 %)	152,61 EUR	59,16 EUR
Jährliche Steuerersparnis	1.831,33 EUR	709,93 EUR

Wie werden sonstige Vorsorgeaufwendungen künftig von der Steuer abgesetzt?

Für sonstige Vorsorgeaufwendungen, wie beispielsweise eine Haftpflichtversicherung oder eine Berufsunfähigkeitsversicherung, gelten weiterhin Höchstbeträge. Diese sind durch das Bürgerentlastungsgesetz nochmals erhöht worden:

- Angestellter: max. 1.900 EUR
- Selbstständiger: max. 2.800 EUR

In fünf Schritten zur Entscheidung

Die Entscheidung für die private Krankenversicherung sollten Sie nicht ohne eine umfangreiche Beratung fällen. Die Entscheidung muss auch nach Jahren noch für Sie tragbar sein und kann unter Umständen nicht revidiert werden.

Wir helfen Ihnen gerne bei Ihren Überlegungen.

(1) Anfrage starten

Für eine individuelle Anfrage müssen wir Ihre persönlichen Wünsche berücksichtigen und Sie bitten, die Bedarfsanalyse zur privaten Krankenvoll-, bzw. Krankenzusatzversicherung auszufüllen und an unsere Faxnummer 040/85 40 28 55 zu senden.

Auf Wunsch helfen wir Ihnen bei der Beantwortung der Fragen. Wir rufen Sie an und beantworten die Fragen mit Ihnen gemeinsam. Das dauert nur einige Minuten. Geben Sie uns dazu eine aktuelle Rufnummer, unter der wir Sie erreichen können. Zur Vermeidung einer Anzeigepflichtverletzung müssen Sie Angaben zu Vorerkrankungen machen, die fünf Jahre im ambulanten Bereich und bis zu zehn Jahre im stationären Bereich zurückliegen. Diese Daten geben wir an die Versicherer weiter.

(2) Angebotsermittlung

Nachdem wir Ihren Fragebogen erhalten haben, vergleichen wir die Angebote auf dem deutschen Markt und lassen uns von ausgesuchten Versicherern optimierte Angebote erstellen. Für eine kompetente und umfassende Beratung nach Ihren individuellen Vorgaben arbeiten wir mit führenden Analyse- und Beratungsprogrammen. Wir vergleichen alle Produkte auf dem deutschen Markt miteinander und dokumentieren in schriftlicher Form alle wesentlichen Informationen der Produktauswahl.

Informationen zur privaten Krankenversicherung finden Sie auch auf unserer Internetseite www.gl-versicherungsmakler.de/308 im Menü Personenversicherung. Dort können Sie auch die Bedarfsanalysen zur Krankenvoll- bzw. Krankenzusatzversicherung herunterladen.

Nach etwa drei Tagen liegt Ihnen unser optimiertes Angebot per Fax oder Email vor. Es besteht in der Regel aus drei verschiedenen Tarifwerken unterschiedlicher Versicherungsgesellschaften und dokumentiert detailliert alle Leistungsunterschiede. Auf dieser Grundlage können Sie dann vergleichen und entscheiden, welcher Tarif am besten zu Ihnen passt. Sollten Sie eine weitere Gesellschaft bzw. einen Tarif vergleichen wollen, integrieren wir das in unsere Abfrage.

(3) Rückfragen zum Angebot

Sie haben Fragen, die sich zum Beispiel aus dem Leistungsvergleich ergeben, die Sie kurz telefonisch beantwortet haben möchten? Oder Fragen zu den Beitragszuschlägen? Sie möchten noch mehr Informationen über die Versicherungsgesellschaft haben, bevor Sie sich binden? Beitragsanpassungen oder Leistungskürzungen sollen näher definiert werden?

Rufen Sie uns an, wir beantworten gern Ihre Fragen. Sie können Ihre Wünsche oder Rückfragen auch per E-Mail an uns schicken: info@gl-versicherungsmakler.de

(4) Analyse und Bewertung/Antragsstellung

Nachdem Sie sich einige Tage mit den Angeboten auseinandergesetzt haben, geben wir Ihnen Tipps zu der Relevanz einiger Leistungsunterschiede. Möglicherweise empfehlen wir Ihnen auch, sich gegen die PKV zu entscheiden, wenn es für Sie günstiger wäre, in der GKV zu bleiben. Ebenso raten wir Ihnen den Zeitpunkt der Antragsstellung zu verschieben, wenn es vorteilhafter für Sie wäre. Es besteht ja auch die Option, sich weiterhin gesetzlich zu versichern und die Leistungslücken durch private Zusatzversicherungen zu schließen.

Sollten Sie sich für ein Produkt entscheiden, wird ein ausführliches Beratungsprotokoll erstellt. Dieses Protokoll dient der gemeinsamen Überprüfung der Beratung und muss von Ihnen nach den neuen EU-Vermittlerrichtlinien unterschrieben werden. Auf Wunsch senden wir Ihnen den Antrag per Email oder Fax zu. Die Datei der Vertragsbestimmungen und die Informationsblätter gemäß § 7 Abs.1 und 2 Versicherungsvertragsgesetz gehen Ihnen ebenfalls vorab in der Mail als Anhang zu.

Sollten Sie keine gültige E-Mail-Adresse haben, schicken wir Ihnen gerne eine CD zu, auf der die Unterlagen aufgespielt sind. Sie können den Antrag mit uns gemeinsam telefonisch aufnehmen und dann per Fax und per Post an uns schicken. Wir nehmen Ihnen die Arbeit ab und leiten dieses Formular, gegebenenfalls mit aktuellen Attesten, an die betreffende Gesellschaft weiter.

(5) Antragsannahme der Gesellschaft

Nachdem die private Krankenversicherung eventuelle Arztrückfragen zurückerhalten hat oder das Risiko aufgrund der Antragsfragen prüfen konnte, erhalten Sie von uns die Mitteilung der Gesellschaft.

Da einige Ärzte sehr lange mit der Beantwortung der Fragen der Versicherungen warten, empfiehlt es sich, beim Arzt direkt nachzufragen, wann der Vorgang erledigt werden kann.

Mit der Annahmeerklärung der Gesellschaft erteilt die private Krankenversicherung Ihnen Versicherungsschutz, frühestens jedoch zum Versicherungsbeginn. Die gesetzliche Krankenversicherung sollte nun spätestens gekündigt werden. Die Versicherungspolice geht Ihnen direkt vom Versicherungsunternehmen per Post zu.

Die private Ergänzung zur gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenzusatzversicherungen)

Wer nicht in die private Krankenversicherung wechseln kann oder möchte, für den ist es selbstverständlich möglich, durch eine Krankenzusatzversicherung den gesetzlich vorgeschriebenen Leistungskatalog zu erweitern oder die Zuzahlungen in der gesetzlichen Krankenversicherung zu reduzieren.

Die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) schrauben ihre Leistungen mehr und mehr herunter, da schon jetzt die Beitragseinnahmen bei weitem nicht mehr die Höhe der Leistungsausgaben decken können. Zusätzlich steigt die Beitragshöhe im Bereich der GKV auch für alle Mitglieder stetig und drastisch an. Die immer umfangreicher werdenden Einschränkungen in den Leistungszusagen der Kassen lässt die private Versicherungswirtschaft in gleichem Umfang Zusatzversicherungen der privaten Krankenversicherungen entwickeln.

Ein Vorteil der privaten Krankenversicherungen liegt zum einen in der Möglichkeit, individuell für Ihren Bedarf den optimalen Versicherungsschutz zu vereinbaren, zum anderen in den dem Versicherungsschutz exakt angepassten Beiträgen.

Zusatzversicherungen werden für folgende Bereiche angeboten:

- Heilpraktikerleistungen, Brille, Erstattungen von Restkosten wie z.B. bei Heilmitteln oder Medikamenten
- Aufstockung der Leistungen beim Zahnarzt
- Stationärer Klinikaufenthalt
- Freie Arztwahl, privatärztliche Behandlungen und Untersuchungsmethoden im Ein- bzw. Zweibettzimmer
- Vorsorgeuntersuchungen
- Krankentagegeld
- Absicherung der Existenz bei lang anhaltenden Erkrankungen als Verdienst-/Einkommensersatz
- Auslandsreisekrankenversicherung

Zahn-Zusatzversicherung: Schöne Zähne sind wieder bezahlbar

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen im Bereich des Zahnersatzes wurden eingeschränkt. An die Stelle des prozentualen Anteils der Kostenerstattung zum Zahnersatz, ist der befundbezogene Festzuschuss getreten. Er stellt nicht auf die medizinische Versorgung im Einzelfall, sondern auf eine prothetische Regelversorgung bei bestimmten Befunden ab.

Die Regelversorgung orientiert sich dabei an medizinisch notwendigen zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen. Dieses beinhaltet eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen.

Schöne Zähne oder beständige Zahnversicherungen müssen also selbst vom gesetzlich Versicherten bezahlt werden, die Zahnärzte erstellen eine privatärztliche Liquidation gesondert in Rechnung.

Stationäre Behandlung: Versorgung wie ein Privatpatient

GKV-versicherte Erwachsene zahlen zehn Euro täglich für maximal 28 Tage Aufenthalt im Krankenhaus innerhalb eines Kalenderjahres, haben allgemeine Pflegeklasse im Mehrbettzimmer und Behandlung durch den diensthabenden Arzt.

Beste Versorgung – freie Krankenhauswahl – Behandlung durch den Chefarzt, es gibt zahlreiche Gründe für eine stationäre Krankenzusatzversicherung. Die bessere Unterkunft bei einem stationären Aufenthalt im Krankenhaus können sich Patienten eventuell auch ohne Versicherung leisten (hier kommen für ein 2-Bett-Zimmer ca. 20-50 EUR je nach Klinik pro Tag auf einen zu).

Die Chefarztbehandlung ist allerdings der kostenintensive Part. Dies gilt auch für den Anästhesisten, Röntgenarzt oder medizintechnische Leistungen wie Laboruntersuchungen oder Computertomografie. Diese Leistungen sichern Sie sich am besten in einem stationären Zusatztarif ab, der auch bei ambulanten Operationen bestmögliche Behandlungen zu 100 % erstattet.

Behandlung durch Heilpraktiker: Die Alternative zur Schulmedizin

Für gesetzlich Versicherte gilt: Wer sich alternativ zur Humanmedizin behandeln lassen möchte, bleibt allein auf seinen Rechnungen sitzen, keine gesetzliche Krankenkasse übernimmt die Kosten der Behandlung.

Viele private Versicherer bieten Zusatzversicherungen mit eingeschränkten Heilpraktikerleistungen an. Wenn Sie aber Wert auf eine Heilpraktikerbehandlung legen, dann empfehlen wir Ihnen Kombitarife, die diese Leistung hoch absichern.

Erstattung von Heil-, Hilfs- und Arzneimitteln

GKV-versicherte haben Zuzahlung für Heilmittel (Massagen, Bäder, Krankengymnastik etc.) von 10 % je Anwendung, zzgl. 10 EUR für die Verordnung zu zahlen. Auch fallen 10 % für jedes Hilfsmittel (mindestens 5 max. 10 EUR) und jedes Arzneimittel (10 % des Preises, mind. 5 max. 10 EUR, jedoch nicht mehr als die Kosten des Mittels) an.

Es gibt Ergänzungstarife, die 100 % Kostenübernahme der Zuzahlungsbeträge für Heilmittel, Hilfsmittel und Arzneimittel erstatten.

Erstattung von Sehhilfen

In der GKV gibt es keine Kostenbeteiligung bei Brillen. Ausnahme: Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr und schwer sehbeeinträchtigte Personen erhalten auf Rezept des Augenarztes einen Zuschuss der GKV. Einen Anspruch auf Kontaktlinsen gibt es nur, wenn dies medizinisch zwingend erforderlich ist.

Die Private bietet eine Restkostenerstattung bis zu festgelegten Beträgen pro Versicherungsjahr für Brillen, Gläser und Kontaktlinsen. Alle 36 oder 24 Monate oder bei Änderung der Sehleistung um 0,5 Dioptrien ohne Vorleistung der GKV würde eine Erstattung ausgeschüttet werden.

Kostenübernahme bei Vorsorgeuntersuchungen

Vorsorgeuntersuchungen werden nur ab einem festgelegten Alter und nur bei wenigen Diagnosen übernommen.

Bei Wahl eines entsprechenden Ergänzungsbausteins können 100 % der auch nach Vorleistung der GKV verbleibenden Kosten für ambulante Untersuchungen zur Vorsorge oder Früherkennung von Krankheiten erstattet werden.

Absicherung bei Verdienstaustausfall / Tagegeld bei längerer Arbeitsunfähigkeit

Maximal 90 % des Nettoeinkommens, höchstens jedoch 70 % vom Brutto, abzüglich der Arbeitnehmerbeiträge zur Renten-, Arbeitslosen- und Pflegepflichtversicherung, begrenzt auf 78 Wochen innerhalb von drei Jahren aufgrund derselben Krankheit werden von der GKV als Krankengeld gezahlt.

Mit einer privaten Krankentagegeldversicherung können bis zu 250 Euro pro Tag, bei einer Leistung ab einem vereinbarten Tag nach Arbeitsunfähigkeit, ohne zeitliche Begrenzung, auch für Sonn- und Feiertage erstattet werden.

Auslandsreisekrankenversicherung

In der GKV gilt Versicherungsschutz nur in Ländern des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) bzw. in Ländern mit Sozialversicherungsabkommen. Die eigenen Auslagen werden nur teilweise oder gar nicht erstattet. Keine Leistung für Rücktransport.

Mit einer zusätzlichen Auslandskrankenversicherung erhalten Sie weltweiten Versicherungsschutz, 42 Tage lang für jede Reise, Krankenrücktransport falls medizinisch notwendig.

Angebote für Krankenzusatzversicherungen

Dass die gesetzlichen Krankenkassen künftig bestenfalls eine Grundversorgung leisten können, ist unumstritten. Eine umfangreiche Absicherung für den Krankheitsfall kann nur noch mit privaten Krankenzusatzversicherungen bewerkstelligt werden.

Wünschen Sie ein Angebot für eine Krankenzusatzversicherung, die auf Ihre Bedürfnisse zugeschnitten ist, dann senden Sie uns die beiliegende Faxantwort zurück.

Zwar bieten auch alle gesetzlichen Krankenkassen Krankenzusatztarife durch Kooperationen mit privaten Krankenversicherungen an, empfehlenswert ist aber ein Abschluss bei einem unabhängigen Versicherungspartner. Wechseln Sie nämlich in eine andere gesetzliche Krankenkasse, können Sie die dort abgeschlossene Krankenzusatzversicherung nicht mitnehmen und müssen erneut Wartezeiten in Kauf nehmen. Sollten Sie zu diesem Zeitpunkt schon über 50 Jahre alt sein und eventuell an Vorerkrankungen leiden, wäre es sogar möglich, bei einem Wechsel in eine andere GKV, plötzlich ohne Versicherungsschutz da zustehen.

Leistungs-Check

GL Versicherungsmakler überprüft für Sie Ihre Krankenversicherung, damit Sie sicher sind, welche Leistungen erstattet werden. Nur so verhindern Sie im Zweifel hohe Zuzahlungen. Fordern Sie unser Check-Up Formular an, wir überprüfen Ihren Vertrag nach Ihren Vorgaben.

! Wichtiger Hinweis !

Die neue Vermittlerrichtlinie und das seit 1. Januar 2008 gültige reformierte Versicherungsvertragsgesetz (VVG) verpflichten uns, Ihnen bestimmte Informationen zur Kenntnis zu bringen.

Bitte senden Sie uns das Blatt „Kundeninformation“ auf der letzten Seite zusammen mit dem Antwortformular zurück. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die vorgeschriebenen Informationen in klarer und verständlicher Weise erhalten zu haben.

Faxantwort an: **040/85402855**

Risikovorabfrage zur Krankenversicherung

Bitte nur diese Seite an die oben genannte Faxnummer senden!

(Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen)

Name/Vorname Versicherungsnehmer

Frau Mann

Geburtsdatum

Wichtige Angaben zum Gesundheitszustand

Körpergröße

cm

Körpergewicht

kg

Fanden Behandlungen, Untersuchungen (auch Kontrolluntersuchungen aufgrund Vorerkrankungen und Vorsorgeuntersuchungen), Beratungen oder Operationen statt, bzw. sind solche beabsichtigt oder angeraten?

		Ja	Nein
1	In den letzten 5 Jahren ambulant durch Ärzte, Heilpraktiker oder Angehörige anderer Heilberufe?		
1a.	In den letzten 5 Jahren stationär (auch in Kurkliniken und Sanatorien)?		
1b.	In den letzten 10 Jahren durch einen Psychotherapeuten		
1c.	Werden oder wurden in den letzten 5 Jahren wiederholt oder regelmäßig Arzneimittel eingenommen oder äußerlich angewendet (auch nicht ärztlich verordnet)? Wenn ja, bitte Diagnose bzw. Grund der Anwendung angeben		
2.	Fand in den letzten 10 Jahren eine ambulante oder stationäre Operation statt?		
3.	Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt? Steht noch ein Testergebnis aus?		
4.	Bestanden in den letzten 5 Jahren oder bestehen zurzeit Beschwerden, Funktionsstörungen, Krankheiten, Anomalien körperlicher oder geistiger Art, auch wenn sie nicht behandelt worden sind?		
5.	Bestehen Fruchtbarkeitsstörungen?		
6.	Besteht eine Schwangerschaft		
7.	Wenn ja, Schwangerschaftswoche angeben		
8.	Ist das Tragen einer Sehhilfe (Brille, Kontaktlinsen) notwendig oder angeraten?		
	Wenn ja, Dioptrien angeben Werte: (L/R)		
9.	Bestehen anerkannte Schwerbehinderungen, Erwerbsminderungen, Kriegs- bzw. Wehrdienstbeschädigungen? Beziehen Sie eine Rente aus einer Unfallversicherung oder Berufsgenossenschaft? Besteht Pflegebedürftigkeit?		
	Wenn ja, bitte Grad der Behinderung angeben.		
10.	Bestand jemals eine Suchterkrankung oder besteht derzeit eine Suchterkrankung?		
11.	Fehlen Zähne (außer Weisheitszähnen, und Lückenschlüsse), die nicht ersetzt sind?		
	Wenn ja, bitte Anzahl angeben.		
12.	Besteht Zahnersatz?		
	Wenn ja bitte Alter und Anzahl der ersetzten Zähne angeben. *		
13.	Befinden Sie sich zurzeit in einer zahnärztlichen/kieferorthopädischen Behandlung oder ist eine solche angeraten oder beabsichtigt?		
14.	Besteht derzeit oder bestand in den letzten 5 Jahren eine Parodontose- oder Zahnbetterkrankung? Befinden Sie sich zurzeit in einer Behandlung oder ist diese angeraten oder beabsichtigt?		
15.	Wann fand der letzte Zahnarztbesuch statt? Bitte Grund des Zahnarztbesuches angeben. *		
16.	Waren Sie in den letzten 5 Jahren arbeitsunfähig? Wenn ja, weswegen?*		

* Bitte machen Sie diese Angaben ggf. auf dem Folgeblatt.

KUNDENINFORMATION

Nach der Verordnung über die Versicherungsvermittlung und Beratung (VersVermV) zwingend vorgeschrieben.

Im Rahmen des ersten Kontaktes und vor Abschluss des gewünschten Versicherungsschutzes erhalten Sie gemäß § 11 VersVermV nachfolgende Informationen.

1. Vermittler: GL Götz Lebuhn Versicherungsmakler GmbH, Kuhredder 32, 22397 Hamburg;
2. Die GL Götz Lebuhn Versicherungsmakler GmbH verfügt über eine Gewerbeerlaubnis nach § 34d Abs.1 GewO als Versicherungsmaklerin und ist unter der Registernummer **D-566A-KSCD4-03** in das Vermittlerregister nach § 11a GewO eingetragen. Er ist als Vermittler Ansprechpartner in den vereinbarten Versicherungsangelegenheiten und persönlich verantwortlich für seine Beratung nach §§ 60, 61 und 63 VVG.

Sollten Sie mit der Beratung durch Ihren Vermittler im Einzelfall nicht zufrieden sein, so können Sie sich jederzeit an die GL Götz Lebuhn Versicherungsmakler GmbH als Ihren Vertragspartner wenden.

3. Es bestehen keine direkten oder indirekten Beteiligungen von über 10 % an oder von Versicherern oder deren Muttergesellschaften;
4. Sofern Sie die Eintragungen im Vermittlerregister überprüfen möchten, so können Sie dies über die Internetseite www.vermittlerregister.info

oder unter

Telefon: 01805 00 58 50

(14 Ct/Min. aus dem dt. Festnetz, höchstens 0,42 EUR/Min. aus Mobilfunknetzen)

oder bei der

DIHK e.V., Breite Straße 29, 10178 Berlin, Telefon: 030/20308-0, Internet: www.dihk.de

als registerführende gemeinsame Stelle nach § 11a GewO jederzeit veranlassen.

5. Sofern Sie mit den Dienstleistungen einmal nicht zufrieden sein sollten, können Sie folgende Stellen als außergerichtliche Schlichtungsstellen anrufen:

Versicherungsombudsman e.V.

Postfach 080 632

10006 Berlin

www.versicherungsombudsman.de

Ombudsman Private Kranken- und Pflegeversicherung

Postfach 06 02 22

10052 Berlin

www.pkv-ombudsman.de

6. Belehrung: Bei Streitigkeiten aus der Tätigkeit der Vermittlung eines Versicherungsvertrages kann der Kunde das Beschwerde- und Streitschlichtungsverfahren gegenüber dem Versicherungsmakler bei einem Ombudsman gemäß der Verfahrensordnung einleiten. Hiermit wurden Sie über Ihre gesetzlichen Rechte belehrt.

Mit der Unterschrift bestätige ich, die Kundeninformationen in klarer und verständlicher Weise erhalten zu haben.

Ort/Datum

Unterschrift Kunde/Interessent