



Versicherungsservice für DJV-Mitglieder

Helge Kühl
Versicherungsmakler e.K.
Aschauer Weg 4, 24214 Neudorf
Tel. (04346) 29602-00, Fax (04346) 29602-07
E-Mail info@helgekuehl.de

<http://vs.djv.de>

Mandanten-Information

Private Krankheitskostenvollversicherung

Priorität des Abschlusses: Unverzichtbar. Eine (gesetzliche oder private) Krankenversicherung ist für jede Person ein Muss, da die Krankheitskosten ein nicht kalkulierbares Risiko darstellen.

Welche Systeme gibt es in der Krankenversicherung?

- Gesetzliche Krankenversicherung
- Private Krankheitskostenvollversicherung
- Beihilfe und Private Restkostenversicherung
- Freie Heilfürsorge für Polizisten, Soldaten und Berufsfeuerwehrleute

Wer kann eine private Krankenvollversicherung abschließen?

Die Private Krankenversicherung (PKV) nimmt nur Personen auf, die versicherungsfrei sind:

- Angestellte Journalisten, deren sozialversicherungspflichtiges Einkommen eine bestimmte Grenze (2014 53.550 €) überschreitet.
- Freie Journalisten werden grundsätzlich über die Künstlersozialkasse (KSK) versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung. Berufsanfänger können sich von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung befreien lassen und sich privat kranken versichern. Nach Ablauf von 3 Jahren kann der Antrag auf Befreiung widerrufen werden. Sie können dann wieder Mitglied einer gesetzlichen Kasse werden. Auch Personen, deren Einkommen in drei Kalenderjahren hintereinander (!) über der Summe der Pflichtversicherungsgrenze gelegen hat (Höherverdienende), können sich privat kranken versichern. Die KSK übernimmt in diesen Fällen 50% des Beitrages, **maximal jedoch** den hälftigen Beitrag zu einer gesetzlichen Kasse. Werden Gewinne aus Tätigkeiten (z.B. Gutachter oder Unternehmensberater), die nicht unter das KSVG fallen erzielt, die die sogenannte Geringverdienergeltgrenze von 400 € überschreiten, scheidet man aus der Krankenversicherungspflicht nach dem Künstlersozialgesetz aus und hat dann die Wahl zwischen der freiwilligen Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenversicherung oder dem Übertritt in eine private Krankenversicherung.
- Beamte, Richter, Soldaten auf Zeit, Berufssoldaten und sonstige Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe haben,

Was sollte bei einem Wechsel in die private Krankenversicherung beachtet werden?

Die Entscheidung für einen Wechsel in die private Krankenversicherung (PKV) sollte nach sorgfältiger Überlegung fallen. Sie ist später kaum mehr umkehrbar, denn die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) muss Personen, die in die PKV gewechselt sind, nur dann wieder aufnehmen, wenn diese wieder krankenversicherungspflichtig werden (z.B. wegen Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze oder bei Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung).

Die Rückkehr in die GKV ist durch die Gesundheitsreform 2000 ausgeschlossen,

- wenn sich der Versicherte auf Antrag von der Versicherungspflicht befreien ließ oder
- wenn der Versicherte nach Vollendung des 55. Lebensjahres wieder versicherungspflichtig wird.

In der PKV gibt es für die eigentlichen Tarife der privaten Anbieter keinen Annahmezwang. Die Krankenversicherer prüfen mit Antragsstellung den Gesundheitszustand des Antragsstellers. Für Vorerkrankungen, die für die Zukunft überdurchschnittliche Kosten für Heilbehandlungen erwarten lassen

Helge Kühl Versicherungsmakler e.K.
Aschauer Weg 4
24214 Neudorf
HRA 8254 KI

Versicherungen
Investment
Bausparen
Finanzierungen

Förde-Sparkasse
IBAN DE70210501700005045034
BIC NOLADE21KIE
St. Nr. 12 148 01946



Versicherungsservice für DJV-Mitglieder

Helge Kühl
Versicherungsmakler e.K.
Aschauer Weg 4, 24214 Neudorf
Tel. (04346) 29602-00, Fax (04346) 29602-07
E-Mail info@helgekuehl.de

<http://vs.djv.de>

(wie z.B. Allergien, Schilddrüsenerkrankungen) verlangen die privaten Krankenversicherer Risikozuschläge. Auch können Leistungen für Kosten, die im Zusammenhang mit dieser bereits vorhandenen Erkrankung stehen, aus dem Vertrag ausgeschlossen oder die Annahme des Antrages sogar insgesamt abgelehnt werden (z.B. bei psychischen Erkrankungen, Asthma, schweren Herz-Kreislaufkrankungen).

Der Antragsteller ist verpflichtet, auf Antragsfragen nach dem Gesundheitszustand vollständige und korrekte Angaben zu machen. Die Anzeigepflicht umfasst die gefahrerheblichen Umstände, nach denen der Versicherer in Textform fragt.

Die Rechtsfolgen bei einer Anzeigepflichtverletzung sind:

- Kündigung (§ 19 Abs. 3 S. 2 VVG) binnen Monatsfrist ab Kenntnis bei leichter Fahrlässigkeit,
- Rücktritt (§ 19 Abs. 2 VVG) binnen Monatsfrist ab Kenntnis bei grober Fahrlässigkeit,
- Anfechtung (§ 22 VVG wegen arglistiger Täuschung (nach BGB)

Die Folge ist, der Verbraucher steht zunächst ohne Versicherungsschutz da. Es bliebe ihm dann nur die Wahl in den Basistarif eines PKV-Unternehmens zu wechseln. Dort müsste er auch angenommen werden. Der Beitrag liegt hier aber bei Erwachsenen auf Höhe des Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Leistungen des Basistarifs richten sich nach den Vorschriften des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) und entsprechen daher denen einer gesetzlichen Krankenversicherung. Während bei einem herkömmlichen privaten Krankenversicherungsvertrag die Leistungen dauerhaft fest vereinbart werden, kann (wegen der Bindung an das SGB) es im Basistarif auch zu Leistungskürzungen kommen. Eine beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen (wie in der Gesetzlichen) gibt es im Basistarif nicht.

Auch die Möglichkeit, in die gesetzliche Krankenversicherung zurück zu gehen, besteht nicht, da er nicht versicherungspflichtig ist.

Um zu sehen, ob oder zu welchen konkreten Bedingungen der einzelne Anbieter Sie annehmen will, empfehlen wir Ihnen, so genannte anonyme Risikovorabfragen bei mehreren Anbietern über uns durchführen zu lassen.

Kündigen Sie auf gar keinen Fall Ihren bisherigen Krankenversicherungsschutz, bevor der beantragte Versicherungsvertrag zustande gekommen ist. Eine Verpflichtung zur Annahme Ihres Antrags besteht nur im nicht sonderlich attraktiven Basistarif.

Welche Wartezeiten sind zu beachten?

Die in der privaten Krankenversicherung (PKV) vorgesehenen Wartezeiten spielen beim Wechsel von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in die PKV keine Rolle, da die Vorversicherungszeit in der GKV auf die Wartezeit angerechnet wird. Voraussetzung ist, dass der Antrag beim privaten Krankenversicherer spätestens zwei Monate nach dem Ausscheiden aus der GKV gestellt wird.

Wer von einem privaten Krankenversicherer zu einem anderen wechselt, der muss allerdings beachten, dass es für die Kostenübernahme durch seinen neuen Versicherer Wartezeiten gibt: Die Kosten für die Heilbehandlung, die in diese Zeit fallen, werden noch nicht ersetzt. Die allgemeine Wartezeit beträgt 3 Monate ab Versicherungsbeginn. Für Zahnleistungen, Psychotherapie und Entbindungen beträgt die Wartezeit sogar 8 Monate. Allerdings verzichten die meisten privaten Krankenversicherer mittlerweile auch bei einem Übertritt von einem anderen PKV-Unternehmen auf diese Wartezeiten.



Versicherungsservice für DJV-Mitglieder

Helge Kühl
Versicherungsmakler e.K.
Aschauer Weg 4, 24214 Neudorf
Tel. (04346) 29602-00, Fax (04346) 29602-07
E-Mail info@helgekuehl.de

<http://vs.djv.de>

Welche Leistungen können in der privaten Krankenversicherung versichert werden?

In der PKV kann der Versicherte den Leistungsumfang selbst bestimmen. Die Leistungen der einzelnen Tarife der Unternehmen sind völlig unterschiedlich. Eine umfassende Beratung und der Vergleich verschiedener Tarife mehrerer Unternehmen sind zwingend erforderlich.

Ein Tarif setzt sich grundsätzlich aus einzelnen Bausteinen zusammen:

Ambulanttarif: Im Ambulanttarif wird die Kostenerstattung für ambulante ärztliche Leistungen wie Beratungen, Untersuchungen und Behandlungen mit Hausbesuchen, ambulante Operationen sowie für ambulante Psychotherapie und Heilpraktikerleistungen vereinbart. Eingeschlossen ist die Kostenerstattung für Arzneimittel und Verbandmittel, physikalisch-medizinische Heilmaßnahmen und Hilfsmitteln.

Interessenten sollten bei der Wahl des Anbieters vor allem auf folgende Leistungskriterien acht geben:

- Die Abrechnungsmöglichkeit der Ärzte sollte zumindest bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung erstattet werden.
- Heilpraktikerleistungen sollten bis zum Höchstsatz des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker ersetzt werden.
- Der Hilfsmittelkatalog (Rollstühle, Prothesen, Sehhilfen etc.) sollte möglichst umfassend sein - idealerweise sollte keine abschließende Aufzählung erfolgen.
- Im Bereich der ambulanten Psychotherapie sollte die Anzahl der Sitzungen möglichst nicht begrenzt werden.
- Im Heilbad/Kurort sollte der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort bestehen.
- Zum Geltungsbereich: Bei einem vorübergehenden Aufenthalt sollte Versicherungsschutz ohne zeitliche Begrenzung bestehen, zumindest für Aufenthalte in Europa.
- Der Auslandsrücktransport ist ggf. auch über eine gesonderte Auslandsreisekrankenversicherung versicherbar.

Stationärтарif: Der Versicherte kann sich entscheiden für Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer mit oder ohne Chefarztbehandlung. Es können auch Tarife gewählt werden, die nur die Kosten für die allgemeine Pflegeklasse übernehmen. Zu beachten ist, ob auch stationäre Psychotherapien ohne Einschränkungen versichert sind. Krankentransport sollten zumindest für 100 km oder besser bis zum nächst geeigneten Krankenhaus mitversichert sein. Zudem sollte eine freie Krankenhauswahl vereinbart werden. Auch im stationären Bereich empfehlen wir, dass die Abrechnungsmöglichkeit zumindest bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung erbracht wird.

Krankenhaustagegeldtarif: Die Vereinbarung von Krankenhaustagegeld ist nur sinnvoll, wenn mit einem Krankenhausaufenthalt zusätzliche Ausgaben verbunden sind (Haushaltshilfe oder Kinderbetreuung). Auf diesen Schutz kann sonst verzichtet werden.

Zahntarif: Im Zahntarif ist die Kostenerstattung für zahnärztliche Leistungen festgelegt: Zahnbehandlung (allgemeine prophylaktische, konservierende und chirurgische Leistungen, Behandlung von Mund- und Kiefererkrankungen, Parodontose-Behandlung), Zahnersatz (Kronen, Brücken und Material- und Laborkosten), Kieferorthopädie. Für alle Zahnleistungen sind in den ersten Vertragsjahren gestaffelte Summenbegrenzungen üblich. Diese Begrenzungen entfallen bei Unfall bedingten Kosten.

Krankentagegeldtarif: Der Versicherer zahlt bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit das vertraglich vereinbarte Krankentagegeld. Wichtig für alle, die ein Erwerbseinkommen erzielen.

Pflegepflichtversicherungstarif: Auch privat Versicherte sind verpflichtet, eine Pflegeversicherung abzuschließen. Der Versicherer, der den Kunden privat krankenversichert, muss ihn auch pflegeversichern. Die Leistungen in der privaten Pflegepflichtversicherung entsprechen denen der sozialen Pflegeversicherung.



Versicherungsservice für DJV-Mitglieder

Helge Kühl
Versicherungsmakler e.K.
Aschauer Weg 4, 24214 Neudorf
Tel. (04346) 29602-00, Fax (04346) 29602-07
E-Mail info@helgekuehl.de

<http://vs.djv.de>

geversicherung. Kinder sind wie in der sozialen Pflegeversicherung beitragsfrei mitversichert.

Beihilfetarife: Beamte und deren Familienangehörige haben Anspruch auf Beihilfe. Der öffentliche Arbeitgeber beteiligt sich an den Krankheitskosten. Die Restkosten können (müssen ab 01.01.2009) bei einem privaten Krankenversicherer mit einem Beihilfetarif abgesichert werden. Die Leistungen der Beihilfetarife orientieren sich am Leistungsumfang der jeweiligen Beihilferegelung. Neben den Beihilfetarifen werden zusätzlich Beihilfeergänzungstarife angeboten, um Leistungslücken in der Beihilferegelung zusammen mit dem Beihilfetarif zu schließen. Bei Pflegebedürftigkeit besteht Anspruch auf Beihilfe. Übernommen werden 70 % der beihilfefähigen Aufwendungen. Die Restkosten können bei der PKV versichert werden.

Die entstandenen Kosten für die Heilbehandlung werden - nach Vorleistung des Patienten bzw. der Beihilfe – nachträglich durch den Krankenversicherer erstattet. Der Arzt rechnet mit dem Patienten ab. Grundlage für die Honorarforderung ist die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) / Zahnärzte (GOZ). Die Arztrechnung reicht der Patient zur Erstattung bei seinem Krankenversicherer ein.

Auslandsreisekrankenversicherung: Sinnvoller Zusatzschutz für Personen, die berufs- oder urlaubsbedingt ins Ausland fahren, vor allem um den Rücktransport abzusichern.

Tarifauswahl und Selbstbeteiligung: Bitte beachten Sie bei der Tarifauswahl und bei der Vereinbarung einer Selbstbeteiligung folgendes: Entscheiden Sie sich anfangs für einen hohen Selbstbehalt, kann nachher nur bei guter Gesundheit in einen Tarif mit niedrigerem Selbstbehalt gewechselt werden. Auch sonstige Tarifwechsel sind nicht ohne weiteres möglich. Bei höheren Leistungen des Wechsel-Zieltarifs muss unter Umständen ein Verzicht auf dessen höhere Leistungen in Kauf genommen werden, um den Wechsel zu ermöglichen. Dagegen gibt es keine Prämiennachlässe für geringere Teilleistungen des Zieltarifs gegenüber dem Ausgangstarif. Daher sollten Sie die Tarif- und Selbstbeteiligungs-Auswahl gründlich überlegen.

Wie werden die Beiträge berechnet?

Die Beiträge in der privaten Krankenversicherung sind risiko- und leistungsbezogen. Entscheidend sind das Eintrittsalter, der Gesundheitszustand und der Leistungsumfang. Für jede Person ist in der Privaten ein gesonderter Beitrag zu berechnen. Die künftige Familienplanung spielt daher bei der Überlegung für einen Wechsel eine gravierende Rolle, sind doch in der gesetzlichen Krankenversicherung Familienangehörige ohne Einkommen beitragsfrei mitversichert.

Wichtig: Das Einkommen bzw. die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit spielt in der privaten Krankenversicherung keine Rolle. Wechselwillige sollten daher auch im Alter und bei vorzeitiger Berufsunfähigkeit über ausreichend hohe finanzielle Mittel verfügen. Mit anderen Worten: Wer sich privat versichert, muss in allen Lebenslagen über ausreichende finanzielle Reserven verfügen. Sonst kann es im Fall der Fälle finanziell ganz schön eng werden.

Grundsätzlich empfehlen wir freien Journalisten Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung zu werden/bleiben, da

- zum einen Familienangehörige (sofern nicht selbst versicherungspflichtig) beitragsfrei mitversichert sind und
- der Beitrag von der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit (KSK-Einkommen) abhängt und somit auch in finanziellen schlechten Jahren bezahlbar bleibt.

Welche Möglichkeiten zur Beitragsbegrenzung gibt es?

Wer Beiträge nicht mehr aufbringen kann, hat folgende Möglichkeiten:

Helge Kühl Versicherungsmakler e.K.
Aschauer Weg 4
24214 Neudorf
HRA 8254 KI

Versicherungen
Investment
Bausparen
Finanzierungen

Förde-Sparkasse
IBAN DE70210501700005045034
BIC NOLADE21KIE
St. Nr. 12 148 01946



Versicherungsservice für DJV-Mitglieder

Helge Kühl
Versicherungsmakler e.K.
Aschauer Weg 4, 24214 Neudorf
Tel. (04346) 29602-00, Fax (04346) 29602-07
E-Mail info@helgekuhl.de

<http://vs.djv.de>

Wechsel in einen günstigeren Tarif der gleichen Gesellschaft: Die Versicherten in Alt-tarifen haben das Recht auf Tarifwechsel. Sie können jederzeit in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz wechseln. Die im Alttarif erworbene Alterungsrückstellung wird angerechnet.

Vereinbarung von Leistungseinschränkungen: Um den Beitrag zu reduzieren, können entweder die tariflich vereinbarten Leistungen eingeschränkt (Mehrbettzimmer statt Ein- oder Zweibettzimmer / Chefarzt) oder eine höhere Selbstbeteiligung vereinbart werden.

Selbstbeteiligungen: Mit Ausnahme der Beihilfetarife können fast alle Tarife mit Selbstbeteiligungen in unterschiedlicher Höhe abgeschlossen werden. Bis zur Höhe der jährlichen Selbstbeteiligung zahlt der Versicherte die Heilkosten selbst. Je höher die Selbstbeteiligung, desto niedriger der Beitrag.

Wechsel in den Standardtarif für Rentner: Die Versicherer sind verpflichtet, auch einen Standardtarif für Rentner anzubieten, der in seinem Leistungsumfang dem der GKV vergleichbar ist und dessen Beitrag den durchschnittlichen Höchstbeitrag (!) in der GKV nicht übersteigt. Der Standardtarif kann nur gewählt werden, wenn der Versicherte das 65. Lebensjahr vollendet hat und seit mindestens 10 Jahren privat versichert ist. Personen ab Alter 55 können ebenfalls diesen Tarif wählen, wenn zusätzlich zur 10-jährigen Vorversicherungszeit ihr Gesamteinkommen nicht höher ist als 49.500 € (in 2011) ist.

Wechsel zu einem anderen Versicherer: Theoretisch besteht auch die Möglichkeit, zu einem anderen Versicherer zu wechseln. Dies ist derzeit nicht sinnvoll, da die Alterungsrückstellung zurzeit noch nicht mitgenommen werden kann. Bei der neuen Gesellschaft drohen älteren Versicherten als „Späteinsteigern“ noch stärkere Beitragssteigerungen, auch wenn der Einstiegsbeitrag bei der neuen Gesellschaft zunächst etwas niedriger ist.

Welche Faktoren spielen bei der Auswahl eines geeigneten Anbieters eine Rolle?

Die Entscheidung für einen privaten Anbieter ist eine Lebensentscheidung, die gründlich überlegt werden sollte. Neben dem zu zahlenden Beitrag, spielen die versicherten Leistungen, die Tarifstruktur und die Unternehmensdaten sowie die Beitragsverläufe in den einzelnen Tarifen und das Tarifieralter eine gravierende Rolle. Eine entscheidende Rolle spielt natürlich auch, zu welchen Bedingungen (z.B. Risikozuschläge oder -ausschlüsse) Sie der einzelne Anbieter aufgrund Ihres Gesundheitszustandes tatsächlich annimmt.

Bei Bedarf sollten Sie so vorgehen:

1. Schritt: Beitragsvergleich anfordern

Zunächst senden Sie uns bitte die beigefügte Risikoanalyse ausgefüllt zurück.

2. Schritt: Analyse und Empfehlung

Wir senden Ihnen, nachdem wir einen Preis-/Leistungsvergleich mit der renommierten Software aus dem Hause KV Pro durchgeführt haben,

- eine Beitragsanalyse,
- einen detaillierten Leistungsvergleich sowie
- die Gesundheitsfragen samt Stammdaten von einigen Top-Anbietern zu.

3. Schritt: Risikovorfrage stellen

Sie ergänzen diese Unterlagen und senden uns diese zurück. Sollten Sie bereits im Besitz von Attesten bzw. ärztlichen Befundberichten sein, ist es sinnvoll, diese ebenfalls an uns zu senden.

4. Schritt: Vorabprüfung und Weiterleitung

Ihre Unterlagen werden durch uns vorgeprüft. Sollten wir bestimmte Angaben benötigen werden wir Sie kontaktieren. Ggf. werden wir weitere Daten durch Schwärzen anonymisieren. Die Gesundheitsfragen und ggf. Selbstauskünfte /ärztliche Befundberichte und Atteste werden von uns mit dem Zu-

Helge Kühl Versicherungsmakler e.K.
Aschauer Weg 4
24214 Neudorf
HRA 8254 KI

Versicherungen
Investment
Bausparen
Finanzierungen

Förde-Sparkasse
IBAN DE70210501700005045034
BIC NOLADE21KIE
St. Nr. 12 148 01946



Versicherungsservice für DJV-Mitglieder

Helge Kühl
Versicherungsmakler e.K.
Aschauer Weg 4, 24214 Neudorf
Tel. (04346) 29602-00, Fax (04346) 29602-07
E-Mail info@helgekuehl.de

<http://vs.djv.de>

satzhinweis, dass es sich zunächst um eine Risikovorabfrage handelt, an die ausgewählten Versicherungsunternehmen weitergeleitet.

5. Schritt: Weitere Prüfungen

Gegebenenfalls ist eine weitere Prüfung unter Einholung von ärztlichen Attesten/Befundberichten notwendig. Dann kann man dem Versicherer entweder die fehlenden persönlichen Daten weitergeben. Besser aber ist es, wenn Sie diese auf eigene Kosten besorgen. Sie leiten diese Unterlagen an unser Haus weiter. Wir schwärzen dann ggf. wieder einige Angaben, die eine persönliche Identifizierung zulassen würden (z.B. Anschrift) und senden die Unterlagen an den Versicherer.

6. Schritt: Schlussempfehlung

Nachdem wir die neuen Prüfberichte von den Versicherungsunternehmen erhalten haben, werden wir Ihnen diese dann zusammen mit einer Einschätzung und entsprechenden Empfehlungen weiterleiten.

7. Schritt: Antrag stellen

Wir stimmen uns mit Ihnen ab und entscheiden dann, ob und bei welchem Unternehmen ein Antrag gestellt werden soll. Wir senden Ihnen dann die erforderlichen Antragsunterlagen samt Versicherungsbedingungen und Verbraucherinformationen zu. Sie ergänzen die Unterlagen und senden uns diese wieder zu. *Erst nach Abgabe dieser Vertragserklärung müssen Sie auch keine dann neu auftretenden Krankheiten / gesundheitlichen Beeinträchtigungen mehr nachmelden. Es sei denn, der Versicherer stellt dann doch noch weitere Nachfragen.*

8. Schritt: Abschluss

Wir leiten dann die Antragsunterlagen an den Versicherer weiter. Wenn Sie später die Police des Versicherungsunternehmens in den Händen haben, ist der Vertrag zustande gekommen.