

Allgemeine FAQ für Krankenversicherungsverträge

Robert Bosch
Risk and Insurance
Management GmbH
- My Insurance -
Postfach 10 60 50
70049 Stuttgart
Telefon 0711 811-44088
www.bosch-my-insurance.de

Diese Erläuterungen sollen Ihnen die Übersicht für den gewünschten Versicherungsschutz erleichtern. Sie ersetzen jedoch nicht die Versicherungsbedingungen. Der Inhalt Ihres Versicherungsvertrages wird ausschließlich von den Versicherungsbedingungen bestimmt.

Beim Abschluss einer privaten Krankenzusatzversicherung sollten Sie darauf achten, dass Ihre Krankenzusatzversicherung möglichst umfangreich die Leistungen absichert, die die gesetzliche Krankenversicherung aufgrund von staatlichen Reglementierungen nicht (mehr) erstatten kann. Dies gilt insbesondere für die Bereiche Zahnerhalt- und Zahnersatz, Sehhilfen, Pflegeversicherungen und das Krankentagegeld.

Bitte beachten Sie, dass es innerhalb der Krankenzusatzversicherung Tarife mit oder ohne Gesundheitsprüfung und Tarife mit oder ohne Wartezeiten gibt. Sie haben je nach Angebot des Versicherers die Möglichkeit, die für Sie persönlich passenden Versicherungsleistungen zu wählen.

Was ist während der Vertragslaufzeit zu beachten

Jeder Versicherungsvertrag gibt den Beteiligten bestimmte Rechte, legt Ihnen aber auch gewisse Pflichten auf. Damit Sie im Versicherungsfall den Versicherungsschutz nicht gefährden, empfiehlt sich die regelmäßige und pünktliche Zahlung der Versicherungsprämien. Sollte sich die Prämie für Ihre Versicherung aufgrund der bedingungsgemäß möglichen Prämienanpassung ändern, wird Ihnen dies der Versicherer rechtzeitig mitteilen.

Des Weiteren sind Sie verpflichtet, jede Änderung dem Versicherer rechtzeitig mitzuteilen. Dazu gehören Änderungen Ihrer Bankverbindung, Adressänderung, Änderung der familiären Situation. Weiterhin müssen Sie zum Beispiel bei einer bestehenden Absicherung von einem

Sitz: Stuttgart, Registergericht: Amtsgericht Stuttgart HRB 3510

Geschäftsführung: Rainer Schmitz, Detlef Konter

Steuernummer: 99012/08082

Versicherungsmakler gem. § 34 d Abs. 1 GewO, gemeldet bei der IHK Region Stuttgart

Registrierungs-Nr. D-6ONQ-SEISN-67; Registerabruf: www.vermittlerregister.info

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

Telefon: 0180-5-00 58 50* (*14 Cent/Min. aus dem dt. Festnetz, aus Mobilfunknetzen abweichend);

Schlichtungsstellen gem. § 42 k VVG:

Versicherungsombudsmann e.V., Postfach 08 06 32, 10006 Berlin

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin

BOSCH und die Bildmarke sind registrierte Marken der Robert Bosch GmbH, Stuttgart

Bankverbindung: Deutsche Bank AG, Stuttgart (BIC: DEUTDESSXXX) IBAN: DE91 6007 0070 0110 1799 00



Krankentagegeldtarif den Wechsel von einer angestellten in eine selbstständige Tätigkeit und/oder den Wechsel des Krankenversicherungsschutzes von der gesetzlichen Krankenkasse in eine private Krankenvollversicherung bekannt geben, da sich unter Umständen die Versicherungsbeiträge- und Tarife ändern.

Gesundheitsfragen

Gesundheitsfragen werden beim Vertragsabschluss für manche Personen-Versicherungen gestellt.

Die Kenntnis über den Gesundheitszustand des Interessenten und seiner Vorerkrankungen ermöglicht den Versicherungen, den Antrag zu prüfen, einen Risikozuschlag zu erheben oder ggf. den beantragten Versicherungsschutz abzulehnen. Gesundheitsfragen müssen immer nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet werden. Verschweigt man bei der Antragstellung vorsätzlich eine bestehende Vorerkrankung oder eine Behandlung und der Versicherer überprüft im Leistungsfall die Richtigkeit Ihrer ursprünglich gemachten Angaben, so ist er unter Umständen nicht dazu verpflichtet Kosten zu übernehmen und kann sogar den Vertrag kündigen.

Risikozuschlag

Es ist möglich, dass der Versicherer aufgrund Ihres im Antrag angegebenen Gesundheitszustandes einen Beitrags- bzw. Risikozuschlag von Ihnen verlangt, oder den Abschluss eines Vertrages ablehnt.

Achten Sie darauf, die Gesundheitsangaben bei Vertragsabschluss sorgfältig nach bestem Wissen und Gewissen zu beantworten, damit es im Leistungsfall nicht zu einer Ablehnung durch den Versicherer kommt (Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht).

Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

Diese Position findet sich in dem berühmten Kleingedruckten der Versicherungsbedingungen und bezeichnet den Fall, dass wissentlich falsch- oder unvollständige Angaben bei der Beantwortung von Gesundheitsfragen gemacht wurden. In diesen Fall ist der Versicherer im Leistungsfall frei von der Leistungserbringung und kann innerhalb einer vordefinierten Frist vom Vertrag zurück treten. Der bis zu diesem Zeitpunkt gewährte Versicherungsschutz, versicherte Behandlungskosten, Renten- oder Entschädigungsleistungen werden dann vom Versicherer nicht mehr erbracht und müssen selbst getragen werden. In manchen Fällen kann der Versicherer den Versicherungsschutz mit einem Risikozuschlag fortführen und erstellt ein entsprechendes Angebot zur Fortführung des Versicherungsschutzes.

Wartezeiten

Während einer Wartezeit müssen die Versicherungsbeiträge bezahlt werden, Sie erhalten aber noch keine Leistungen aus dem Vertrag vom Versicherer. Wartezeiten dienen dazu, bestehende Erkrankungen oder bereits eingetretene Leistungsmerkmale des versicherten Tarifes nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes werden. Ließe man dies zu, würde mit dem Abschluss einer Versicherung immer so lange gewartet werden, bis der



Leistungsbedarf eingetreten ist und die Beiträge für die Versicherungsverträge wären nicht mehr kalkulier- und bezahlbar.

Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate, die besondere Wartezeit für Zahnerhalt- und Zahnersatz, Psychotherapie und Schwangerschaft beziffert sich auf acht Monate. Das bedeutet für den Fall, dass die vorgenannten Leistungen in Anspruch genommen werden sollen, muss der Abschluss des Versicherungsvertrages mindestens drei, bzw. acht Monate zurückliegen. Die Wartezeit entfällt, wenn der Leistungsanspruch auf einen Unfall zurückzuführen ist.

Wartezeiterlass

Es gibt in einigen Fällen jedoch auch die Möglichkeit, einen sogenannten Wartezeiterlass zu wählen, wenn bei Vertragsabschluss ein vertragspezifisches, ärztliches Attest vorgelegt wird. Die entstehenden Untersuchungskosten bei Arzt für ein Attest müssen vom Antragsteller selbst getragen werden. Wird in Folge dessen ein Wartezeiterlass mit dem Versicherungsunternehmen vereinbart, können direkt nach Vertragsabschluss Leistungen- und Kostenerstattungen des Versicherers in Anspruch genommen werden.

Mindestvertragsdauer

Als Mindestvertragsdauer bezeichnet man den Zeitraum, in dem das Versicherungsverhältnis mit allen Rechten und Pflichten beider Vertragsparteien besteht. Dieser Zeitraum ist in der Versicherungspolice schriftlich festgehalten. Als Kunde haben Sie die Pflicht, Ihre Prämie rechtzeitig zu bezahlen und Veränderungen wie die Ihres Namens, Ihrer Anschrift oder der Bankverbindungsdaten dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen. Im Gegenzug hat der Versicherer die Pflicht, den vereinbarten Versicherungsschutz im Leistungsfall / Schadensfall zu gewähren und Entschädigungszahlungen zu erbringen. Versicherungsverträge können üblicher Weise frühestens nach Ablauf der vertraglich vereinbarten Mindestlaufzeit mit einer Frist von 3 Monaten zum Ablaufdatum gekündigt werden.

Gebührenordnung

Die amtliche Deutsche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) ist eine Art Preis/Leistungskatalog, der für jede Tätigkeit oder Leistung des Arztes einen Punktwert vorsieht. Dieser Punktwert wird mit einem Abrechnungssatz multipliziert und definiert somit den Verdienst des behandelnden Arztes, medizinischen Gerätediagnostik- und Laborleistungen sowie von Materialien die der Behandlung, Diagnostik und Therapie dienen. Der maximale Abrechnungssatz der gesetzlichen Krankenkassen beträgt das 2,3-fache des Punktwertes = Regelhöchstsatz
Der privatärztliche Abrechnungssatz beträgt üblicher Weise das 3,5-fache des Punktwertes = Höchstsatz.



Tarif nach Art der Schadensversicherungen

Tarife nach Art der Schadensversicherung bilden keine Altersrückstellungen. In diesen Tarifen werden vertragsgemäß Prämiensteigerungen vorgenommen, wenn die zu versichernde Person, eine vordefinierte Altersgruppe erreicht hat. Eine Beitragsanpassung in Folge erhöhter Ausgabensituation innerhalb des Tarifes ist hierbei noch nicht berücksichtigt. Eine Beitragsanpassung in Folge erhöhter Ausgabensituation innerhalb der Tarife darf nur nach vorheriger Zustimmung eines Treuhänders erfolgen.

Tarif nach Art der Lebensversicherungen

Tarife nach Art der Lebensversicherung bilden Altersrückstellungen. Der Beitrag für diese Tarife ist abhängig vom Eintrittsalter der zu versichernden Person. Dieser Beitrag bleibt in der Regel über die gesamte Laufzeit des Vertrages der gleiche. Eine Beitragsanpassung in Folge erhöhter Ausgabensituation innerhalb der Tarife darf auch hier nur nach vorheriger Zustimmung eines Treuhänders erfolgen. Versicherer, die hohe Altersrückstellungen in den Tarifen gebildet haben, können so steigende Kosten abfedern, um Beitragserhöhungen zu vermeiden. Bei Kündigung eines bestehenden Krankenzusatz-/Krankenergänzungsvertrages nach Art der Lebensversicherung verfallen die bis dahin angesammelten Altersrückstellungen. Diese können nicht auf einen neuen Versicherungsvertrag übertragen werden.