

Erfassungsbogen Private Krankenversicherung



JUNG, DMS & CIE.
AKTIENGESELLSCHAFT

Fax an 0931/ 57 25 08 oder E-Mail an: info@seubert-kollegen.de
Versicherungsmakler Harald Seubert, Augustinerstr. 4, 97070 Würzburg. Tel. 0931/572407

Angaben zum Poolpartner – Bitte alles in Druckbuchstaben ausfüllen.

Harald Seubert, Versicherungsmakler		10731
Name des Poolpartners (bei Firmen bitte Ansprechpartner benennen)		Poolpartner/Vermittler-Nr.
0931/ 57 24 07	0931/ 57 25 08	info@seubert-kollegen.de
Telefon	Fax	E-Mail
		0171/49 42 238
Angebot erforderlich bis		Mobil

Persönliche Daten des Kunden

Name, Vorname		Titel		Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> verwitwet
		Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w		Wenn verheiratet: Ist Ihre Frau/Ihr Mann berufstätig?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Geburtsdatum		Staatsangehörigkeit		<input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert			
				<input type="checkbox"/> privatversichert	bei _____			
Straße, Hausnummer				Name, Vorname des Ehepartners		Geburtsdatum		
PLZ	Ort	Bundesland		Haben Sie Kinder? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
Derzeitige berufliche Tätigkeit/Ausbildung/Branche				Vorname Kind 1		Geburtsdatum		
<input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> verbeamtet <input type="checkbox"/> Sonstiges (z. B. Student)				Vorname Kind 2		Geburtsdatum		
Sind Sie Gesellschafter-Geschäftsführer oder Angehöriger eines Gesellschafters bzw. Unternehmers der Firma? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja								

Persönliche Daten der versicherten Person

Name, Vorname		Titel		Ausbildungsziel	
		Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w		Jahreseinkommen	brutto _____ netto/Gewinn _____
Geburtsdatum		Staatsangehörigkeit		Personalverantwortung für (Anzahl der Mitarbeiter) _____ Personen	
Adresse (falls abweichend)				Anteil der Bürotätigkeit am festen Arbeitsplatz _____ %	
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet				Anteil der körperlichen Tätigkeit _____ %	
Derzeitige berufliche Tätigkeit/Ausbildung/Branche				sonstige Tätigkeit _____ Art _____ %	
<input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> nicht berufstätig <input type="checkbox"/> angest. im ö. D.				Wie sind Sie im Moment versichert?	
<input type="checkbox"/> selbstständig seit _____				<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> nicht versichert seit _____	
<input type="checkbox"/> freiberuflich seit _____				<input type="checkbox"/> privat Voll <input type="checkbox"/> privat Zusatz	
<input type="checkbox"/> Anspruch auf Heilfürsorge <input type="checkbox"/> berücks. Angehöriger				Gesellschaft _____ Seit wann? _____	
<input type="checkbox"/> Beamter beim <input type="radio"/> Bund <input type="radio"/> Land _____				Momentane Tarife _____	
Beihilfeanspruch in % amb./Zahn _____ stat. _____				Höhe Krankentagegeld _____ ab Tag _____ momentaner Gesamtbeitrag (inkl. Pflege) _____	
Bei Beantragung von Ausbildungstarifen:				geplanter bzw. gewünschter Versicherungsbeginn _____	
<input type="checkbox"/> Schüler <input type="checkbox"/> Azubi <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Beamtenanw./Ref.					
Dauer der Ausbildung/des Studiums von _____ bis voraussichtlich _____					

Leistungswünsche (Voll-KV oder Zusatz-KV)

Ist eine Selbstbeteiligung zur Beitragssenkung für Sie interessant? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Höhe des gewünschten Krankentagegeldes/Lohnfortzahlung _____ €
Welche Summe pro Jahr können Sie sich vorstellen? _____ €	ab <input type="checkbox"/> 22. Tag <input type="checkbox"/> 29. Tag <input type="checkbox"/> 43. Tag <input type="checkbox"/> _____ Tag
Sind Heilpraktikerleistungen bzw. alternat. Behandlungsmethoden für Sie wichtig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Höhe des gewünschten Krankenhaustagegeldes? _____ €
Möchten Sie <input type="checkbox"/> 1- oder <input type="checkbox"/> 2-Bett-Zimmer <input type="checkbox"/> Chefarztbehandlung	Höhe des gewünschten Kurtagegeldes? _____ €
oder Mehrbettzimmer analog gesetzlicher Krankenversicherung? <input type="checkbox"/>	Gibt es eine Gesellschaft, für die Sie sich besonders interessieren? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Höhe der Zahnleistungen? <input type="checkbox"/> GKV-Niveau <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> hoch	Wenn ja, welche? _____
Wünschen Sie eine ergänzende Absicherung bei Pflegebedürftigkeit? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Ist Ihnen eine Beitragsreduzierung im Alter wichtig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wünschen Sie eine ergänzende Absicherung bei schweren Erkrankungen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Was sind Sie bereit, insgesamt für Ihre Absicherung aufzuwenden? _____ €
Auf was bzw. welche Leistungen legen Sie besonderen Wert? _____	

Erfassungsbogen Private Krankenversicherung



JUNG, DMS & CIE.
AKTIENGESELLSCHAFT

Fax an 0931/ 57 25 08 oder E-Mail an: info@seubert-kollegen.de
Versicherungsmakler Harald Seubert, Augustinerstr. 4, 97070 Würzburg. Tel. 0931/572407

Detailangaben zu den Leistungswünschen (falls gewünscht)

	1. Person			2. Person		
	nicht notwendig	wünschenswert	notwendig	nicht notwendig	wünschenswert	notwendig
Ambulant						
Alternative Heilmethoden § 4 (6)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arznei / Verbandmittel § 4 (3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brillen / Sehhilfen § 4 (3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GOÄ – Ärzte ambulant über 3,5-fachen Satz § 4 (2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heilmittel § 4 (3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heilpraktiker § 4 (2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfsmittel § 4 (3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenfahrrstuhl § 4 (3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychotherapie § 4 (2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorsorgeuntersuchung § 1 (2) b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stationär						
Auslandsrücktransport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geltungsbereich § 1 (4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GOÄ – Ärzte stationär über 3,5-fachen Satz § 4 (2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kur aus Stationärтариф § 5 (1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stationäre Auslandsbehandlung Et Unterkunft § 4 (4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transportkosten im Inland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahn						
GOZ – Zahnärzte über 3,5-fachen Satz § 4 (2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implantate § 1 (2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inlays § 1 (2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kieferorthopädie bei Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankentagegeld						
Anpassung § 3 (6)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Karenzzeit § 4 (1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KTG bei Kuren § 5 g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KTG bei Reha § 5 g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KTG im Ausland § 1 (6)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kündigungsverzicht § 14 (1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leistungsdauer KTG § 4 (1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeversicherung						
Pflegekosten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurzzeitpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegehilfsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeleistung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilstationäre Pflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vollstationäre Pflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegetagegeld – Höhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beitragsbefreiung bei Pflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Karenzzeit-Pflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegestufe 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegestufe 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegestufe 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erfassungsbogen Private Krankenversicherung



JUNG, DMS & CIE.

AKTIENGESELLSCHAFT

Fax an 0931/ 57 25 08 oder E-Mail an: info@seubert-kollegen.de

Versicherungsmakler Harald Seubert, Augustinerstr. 4, 97070 Würzburg. Tel. 0931/572407

Gesundheitsfragen

Falls eine der folgenden Fragen mit „ja“ beantwortet wird, bitte zwingend den Ergänzungsbogen ausfüllen!

1. Körpergröße und Körpergewicht

1. Person

Name _____
_____ cm _____ kg

2. Person

Name _____
_____ cm _____ kg

2. Bestehen derzeit Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen, Fehler körperlicher oder geistiger Art, die in den letzten 10 Jahren ärztlich festgestellt wurden (auch wenn sie nicht behandelt wurden), oder Pflegebedürftigkeit oder wurde eine Implantatversorgung (keine Zahnimplantate!) durchgeführt?

nein ja

nein ja

3. Bestanden in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen, Fehler körperlicher oder geistiger Art (auch wenn sie nicht behandelt wurden), Pflegebedürftigkeit oder Arbeitsunfähigkeit?

nein ja

nein ja

4. Fanden in den letzten 5 Jahren ambulante Untersuchungen oder aufgrund von Vorerkrankungen medizinische Kontrolluntersuchungen oder Behandlungen von Ärzten, Zahnärzten, Masseuren oder anderen Heilbehandlern statt?

nein ja

nein ja

5. Fanden in den letzten 10 Jahren stationäre Behandlungen, Untersuchungen, Beobachtungen, Operationen oder Therapien statt (z.B. im Krankenhaus, Sanatorium, Kurklinik oder anderer Heilstätte) oder sind solche angeraten?

nein ja

nein ja

6. Fanden in den letzten 10 Jahren psychotherapeutische, psychiatrische, psychosomatische oder Suchtberatungen, Untersuchungen, Behandlungen oder Gesprächstherapien statt?

nein ja

nein ja

7. Besteht eine Fehlsichtigkeit bzw. benötigen Sie eine Sehhilfe (z.B. Brille oder Kontaktlinsen)?

nein ja dpt _____ li _____ re

nein ja dpt _____ li _____ re

8. Besteht eine Sterilität bzw. wurden ärztliche Beratungen, Untersuchungen oder Behandlungen aufgrund eines unerfüllten Wunsches nach eigenen Kindern durchgeführt?

nein ja

nein ja

9. Bestehen eine anerkannte Wehrdienstbeschädigung, Erwerbsminderung, Berufsunfähigkeit oder (Schwer-)Beschädigung? Wenn ja, bitte Anerkennungsbescheid mit der Bezeichnung und dem Grad der Behinderung beifügen.

nein ja

nein ja

10. Werden oder wurden in den letzten 10 Jahren regelmäßig Alkohol oder Drogen konsumiert oder bestand Abhängigkeit? Bitte geben Sie Art und Menge an.

nein ja

nein ja

11. Haben Sie in den letzten 5 Jahren Medikamente (auch Salben, Tropfen, Spritzen) mindestens 10 Tage eingenommen oder angewandt? Gilt auch für nicht ärztlich verordnete Medikamente.

nein ja

nein ja

12. Wurden jemals eine HIV-Infektion/Aids, Hepatitis C oder ein bösartiger Tumor festgestellt?

nein ja

nein ja

13. Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, in welcher Woche?

nein ja _____ Woche

nein ja _____ Woche

14. Sind eine Behandlung, Untersuchung oder Operation – stationär oder ambulant – bei Ärzten, Heilpraktikern, Heilbehandlern, Zahnärzten oder Kieferorthopäden notwendig, angeraten oder beabsichtigt bzw. finden solche zurzeit statt?

nein ja

nein ja

15. Fehlen natürliche Zähne, die noch nicht ersetzt sind? (Vollständiger Lückenschluss und Weisheitszähne gelten nicht als fehlend.) Bitte Anzahl angeben.

nein ja _____ fehlen

nein ja _____ fehlen

16. Bestehen eine Zahnbitterkrankung, Zahn- oder Kieferfehlstellung?

nein ja

nein ja

17. Wie viele Zähne wurden ersetzt bzw. überkront (auch provisorisch oder herausnehmbar)?

_____ ersetzt _____ überkront

_____ ersetzt _____ überkront

18. Wann erfolgte der Zahnersatz bzw. die Überkronung?

_____ Monat _____ Jahr

_____ Monat _____ Jahr

19. Wann erfolgte der letzte Zahnarztbesuch?

_____ Monat _____ Jahr

_____ Monat _____ Jahr

20. Rauchen Sie oder haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht?

nein ja, täglich _____ St.

nein ja, täglich _____ St.

Sonstiges:

Mit meiner Unterschrift erkläre ich verbindlich und widerruflich (nicht zutreffendes bitte streichen):

- Ich wurde über die verschiedenen Leistungsbereiche und -inhalte informiert und habe diese verstanden.
- Ich entbinde hiermit alle Angehörigen der Heilberufe (Ärzte, Zahnärzte usw.) und von Gesundheitsämtern und von Krankenhäusern, die mich in den letzten fünf/zehn Jahren untersucht, behandelt oder sonstwie beraten haben, von ihrer Schweigepflicht.
- Ich erteile der Jung, DMS & Cie. AG, Kormoranweg 1, 65201 Wiesbaden, sowie im Zusammenhang mit dieser Anfrage betrauten Unternehmen die Erlaubnis, alle zum Abschluss eines Versicherungsvertrages erforderlichen Auskünfte zu erteilen und entgegenzunehmen. Eine Auflistung betrauter Unternehmen habe ich erhalten.
- Ich ermächtige Jung, DMS & Cie., Wirtschaftsauskünfte über mich bei der arvato infoscure GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, einzuholen.

- Ich bin damit einverstanden, dass oben gemachte Angaben und Daten zur Erfassung und Vertragsdurchführung gespeichert, verarbeitet und an betraute Unternehmen weitergeleitet werden.
- Ich bestätige die Richtigkeit der Gesundheitsangaben.

Datum _____ Ort _____

Unterschrift _____

Erläuterung zu den Leistungswünschen:

Ambulant

- **Alternative Heilmethoden § 4 (6)**
Hiermit sind Leistungen für alternative Heilmethoden nach Aufhebung der Wissenschaftlichkeitsklausel gemeint. Diese werden i.d.R. durch Ärzte über die GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) abgerechnet.
- **Arznei / Verbandmittel § 4 (3)**
Der Begriff Arzneimittel schließt alle Medikamente ein, geht aber über den Begriff eines Medikamentes hinaus: Blutpräparate oder Diagnostika wie beispielsweise Kontrastmittel sind auch Arzneimittel. Als Arzneimittel gelten Medikamente, die ärztlich verordnet werden. Hierzu gehören nicht Badezusätze, kosmetische Mittel, Vitamine, Nähr- und Stärkungsmittel, Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion und zur Gewichtsreduktion, Weine, Mineralwässer, Mineralstoffpräparate u.Ä.
Wichtig sind Medikamente und Nahrungsmittel zur enteralen und parenteralen Ernährung. Die enterale Ernährung ist medizinisch notwendig, wenn ein Mensch noch verdauen und nicht mehr schlucken kann (Kehlkopf-, Speiseröhren-, Zungenbodenkrebs etc.). Die parenterale ist medizinisch notwendig, wenn man schlucken, aber nicht verdauen kann (Niereninsuffizienz, Leberzirrhose, Diabetes mellitus, Bauchspeicheldrüsenkrebs etc.).
Als Verbandmittel bezeichnet man jene Materialien, aus denen ein medizinischer Verband hergestellt wird. Zu den Verbandmitteln werden teilweise auch Inkontinenzartikel und Stomaversorgung gerechnet, obwohl beides Hilfsmittel sind.
- **Brillen / Sehhilfen § 4 (3)**
Leistungen für Sehhilfen (Brillen, Kontaktlinsen usw.).
- **GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) – Ärzte ambulant über 3,5-fachen Satz § 4 (2)**
Honorarvereinbarungen unterliegen strengen rechtlichen Rahmenbedingungen. Es ist sinnvoll, die Honorarvereinbarung im Vorfeld mit dem Versicherer abzustimmen.
Sollen die ärztlichen Leistungen auch über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus erstattet werden?
- **Heilmittel § 4 (3)**
Unter Heilmittel versteht man Stoffe, Verfahren und Behandlungen zur i.d.R. äußerlichen Anwendung von denen eine heilsame Wirkung auf den Patienten ausgehen soll.
 - Maßnahmen der Physiotherapie und der Physikalischen Therapie (wie z.B. Massagen, Krankengymnastik, Licht-, Reizstrom- und Mikrowellenbehandlung),
 - Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Podologie (z.B. Diabetes mellitus),
 - Maßnahmen der Ergotherapie (auch Beschäftigungstherapie, z.B. bei ADS, ADHS, Suchtausleitung, Schlaganfall).
- **Heilpraktiker § 4 (2)**
Werden Kosten für Behandlung durch Heilpraktiker erstattet?
- **Hilfsmittel § 4 (3)**
Gegenstände, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit sie nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen sind. Zu den Hilfsmitteln in diesem Sinne gehören beispielsweise

Sehhilfen (meist tariflich eigenständig geregelt), Hörhilfen, Blindenhilfsmittel, Körperersatzstücke, orthopädische Anfertigungen, Krankenfahrstühle, Gehhilfen, Ernährungspumpen, Beatmungsgeräte, nCPAP(Schlafapnoe-)–Geräte, Heimdialyse, Inkontinenzartikel und die Stomaversorgung etc.
Werden die Anschaffungs- bzw. Leihkosten für Hilfsmittel erstattet, wenn diese ärztlich verordnet wurden?

- **Krankenfahrstuhl § 4 (3)**
Zu den technischen Hilfsmitteln gehört u.a. der Krankenfahrstuhl (nicht Rollstuhl, das wäre schon eine Einschränkung).
Wie wichtig ist die Erstattung der Anschaffung oder Miete eines Krankenfahrstuhls?
- **Psychotherapie § 4 (2)**
Was leistet die Gesellschaft bei psychotherapeutischer Behandlung?
- **Vorsorgeuntersuchung § 1 (2) b**
Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen. Diese umfassen die so genannten „gezielten Vorsorgeuntersuchungen“ zur Krebsvorsorge für Frauen ab dem 20. und für Männer ab dem 45. Lebensjahr, ebenso ab dem 35. Lebensjahr in zweijährigem Abstand Herz-Kreislauf-, Diabetes- und Nierenuntersuchungen sowie die Kindervorsorgeuntersuchungen (U1 bis U9) für Kinder bis zum 6. Lebensjahr.
Wie wichtig sind Erstattungen für Vorsorgeuntersuchungen, die auch über gesetzlich eingeführte Programme hinausgehen?

Stationär

- **Auslandsrücktransport**
Kostenübernahme für einen medizinisch angezeigten Auslandsrücktransport.
- **Geltungsbereich § 1 (4)**
Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Für kurzfristige Aufenthalte im Ausland empfiehlt sich der Abschluss einer Auslandsreisekrankenversicherung (AKV).
Soll der Geltungsbereich auf außereuropäische Länder in den Krankheitskostentarifen ausgedehnt werden (nicht über AKV)?
- **GOÄ – Ärzte stationär über 3,5-fachen Satz § 4 (2)**
Siehe auch **GOÄ – Ärzte ambulant über 3,5-fachen Satz**
Sollen die ärztlichen Leistungen im Krankenhaus auch über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus erstattet werden?
- **Kur aus Stationärtarif § 5 (1)**
Leistungen bei stationären Kuren (ohne separaten Zusatztarif).
- **Stationäre Auslandsbehandlung & Unterkunft § 4 (4)**
Möglichkeit, gezielt ein europäisches oder außereuropäisches Krankenhaus zur stationären Behandlung aufzusuchen?
Freie Wahl unter öffentlichen und privaten Krankenhäusern sowie gemischten Anstalten. Unter dem Begriff „gemischte Anstalten“ verstehen die Unternehmen der privaten Krankenversicherung Krankenanstalten, die normale Krankenhausleistungen erbringen, aber auch Anschlussheilbehandlungen (AHB), Kur- und Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen. I.d.R. ist hier vorab eine Genehmigung des Versicherers einzuholen.
- **Transportkosten im Inland**
Sind Krankentransporte zur stationären Behandlung, unabhängig vom Transportmittel, in jedes gewünschte Krankenhaus versichert?



Fax an 0931/ 57 25 08 oder E-Mail an: info@seubert-kollegen.de

Versicherungsmakler Harald Seubert, Augustinerstr. 4, 97070 Würzburg. Tel. 0931/572407

Zahn

- **GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte) – Zahnärzte über 3,5-fachen Satz § 4 (2)**
Siehe auch GOÄ – Ärzte ambulant über 3,5-fachen Satz.
- **Implantate § 1 (2)**
In welchem Umfang werden Implantate als Zahnersatz erstattet?
- **Inlays § 1 (2)**
In welchem Umfang werden Inlays (als Zahnbehandlung oder Zahnersatz) erstattet?
- **Kieferorthopädie bei Kindern**
In welchem Umfang werden kieferorthopädische Maßnahmen erstattet?

Krankentagegeld

- **Anpassung § 3 (6)**
Soll eine Anpassungsmöglichkeit der Krankentagegeldversicherung (KTG) ohne erneute Risikoprüfung und Wartezeit gegeben sein?
- **Karenzzeit § 4 (1)**
Werden die Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit (AU) wegen der gleichen Krankheit oder eines Unfalls in Bezug auf die Karenzzeit zusammengerechnet bzw. angerechnet?
- **KTG bei Kuren § 5 g**
Soll das Krankentagegeld auch bei Kuraufenthalten bezahlt werden?
- **KTG bei Reha § 5 g**
Soll das Krankentagegeld für Sanatoriumsbehandlungen und/oder Rehabilitationsmaßnahmen bezahlt werden?
- **KTG im Ausland § 1 (6)**
Soll das Krankentagegeld bei stationärer Behandlung im außereuropäischen Ausland genauso bezahlt werden wie im Inland?
- **Kündungsverzicht § 14 (1)**
Verzicht des Versicherers auf das ihm zustehende ordentliche Kündigungsrecht, auch wenn nur eine Krankentagegeldversicherung besteht?
- **Leistungsdauer KTG § 4 (1)**
Unbegrenzte Leistungsdauer beim Krankentagegeld?

Pflegekosten

Die gesetzliche Pflegepflichtversicherung kann durch eine Ergänzungsversicherung aufgebessert werden. Diese Zusatzversicherung leistet dann einen bestimmten festen monatlichen €-Betrag zusätzlich zur gesetzlichen Pflegepflichtversicherung.

- **Kurzzeitpflege**
Leistung des Tarifs bei Kurzzeitpflege?
- **Pflegehilfsmittel**
Welche Leistungen sieht der Tarif für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen vor?
- **Pflegeleistung**
Was leistet der Tarif nach Vorleistung der privaten Pflegepflichtversicherung?
- **Teilstationäre Pflege**
Was leistet der Tarif bei häuslicher bzw. teilstationärer Pflege?
- **Vollstationäre Pflege**
Was leistet der Tarif bei vollstationärer Pflege?

Pflegetagegeld

Das Pflegetagegeld kann zusätzlich zur gesetzlichen Pflegepflichtversicherung abgeschlossen werden. Je nach Pflegebedürftigkeit wird ein entsprechend dem Pflegegrad abgestuftes Pflegetagegeld nach Ablauf einer vereinbarten Karenzzeit gezahlt.

- **Beitragsbefreiung bei Pflege**
Ab welcher Pflegestufe/welchem Umfang wird der Tarifbeitrag erlassen?
- **Karenzzeit-Pflege**
Nach welcher Karenzzeit und Wartezeit besteht der volle Leistungsanspruch?
- **Pflegestufe 1**
Wie viel Prozent des versicherten Tagessatzes werden bei Pflegestufe 1 (erheblich Pflegebedürftige) erstattet?
- **Pflegestufe 2**
Wie viel Prozent des versicherten Tagessatzes werden bei Pflegestufe 2 (Schwerpflegebedürftige) erstattet?
- **Pflegestufe 3**
Wie viel Prozent des versicherten Tagessatzes werden bei Pflegestufe 3 (Schwerstpflegebedürftige) oder vollstationärer Pflege erstattet?