

Allgemeine Informationen zur Tarifserie MeinGesundheitsschutz

Inhalt

1. Anzahl und Einführungsdaten.....	3
2. Allgemeine Produktbeschreibung	4
3. Detaillierte Produktbeschreibung	8
3.1 Ambulant/Arzneimittel	8
3.2 Ambulant/Hilfsmittel und Heilmittel	9
3.3 Ambulant/künstliche Befruchtungen	11
3.4 Ambulant/Schutzimpfungen	11
3.5 Ambulant/„MeinVorsorgeprogramm“	12
3.6 Ambulant/Heilpraktiker/alternative Heilmethoden	15
3.7 Ambulant/Psychotherapie	15
3.8 Ambulant/Fahrtkosten	16
3.9 Ambulant/Sehhilfe	17
3.10 Ambulant/Beitragsbefreiung	17
3.11 Ambulant/Familienleistungen	19
3.12 Ambulant/Gesundheitskurse	21
3.13 Ambulant/Kur und Reha	22
3.14 Stationär/Allg. KH Leistungen.....	23
3.15 Stationär/ Behandlung in Privatkliniken	23
3.16 Stationär/Ersatz-Krankenhaustagegeld (E-KHT)	25
3.17 Stationär/Krankentransporte	25
3.18 Stationär/Stationäre Wahlleistungen	25
3.19 Zahn/Implantate	26
3.20 Zahn/Zahntechnische Leistungen (ZTL).....	26
3.21 Zahn/Kieferorthopädie/Zahnstaffel	26
3.22 Zahn/Behandlung in privaten Zahnkliniken.....	27
3.23 Zahn/Sonstiges	27
3.24 Übergreifende Leistungen/Auslandsschutz/Grenzgänger.....	28
3.25 Übergreifende Leistungen/Selbstbeteiligung	29
3.26 Übergreifende Leistungen/Beitragsrückerstattung (BRE)	30
3.27 Übergreifende Leistungen/Anwartschaftsversicherung/Gruppenversicherung	30
4. Die neuen AVB (B5)	31
4.1 Aufbau und Inhalt.....	31

Häufig gestellte Fragen und Antworten (FAQ)

Anmerkung: Suchfunktion über „Strg. + F“

Stand: 29.07.2024

farblich markiert sind die Änderungen im Vergleich zum Stand 06.05.2024

5. Risikoprüfung	31
5.1 Gesundheitsfragen	31
5.2 Risikoprüfung Human	32
5.3 Risikoprüfung Zahn	32
5.4 Risikoprüfung bei Tarifwechseln	33
6. Kindernachversicherung	33
7. Umgang mit AktiMed-Tarifen/Altтарifen	34

1. Anzahl und Einführungsdaten

1	Wie viele Tarife werden zum 01.05.2024 eingeführt?	Es werden 6 Tarife mit ambulanten und stationären Leistungen (GSB70, GSUB90, GSUB100, GSP70, GSUP90, GSUP100), 3 Zahntarife (GSZ75, GSZ90, GSZ100) und eine Wechseloption (GSWO) eingeführt. Alle HKV-Kombinationen (außer GSWO) gibt es auch als Ausbildungsvarianten.
2	Welcher Versicherungsbeginn ist der erstmögliche?	Der erstmögliche Versicherungsbeginn ist der 01.05.2024.
3	Können Kunden, die einen AktiMed-Tarif erst kürzlich abgeschlossen haben, auch in die neuen Tarife wechseln?	Ja, für diese Kunden wird es ein Wechselfenster geben, in dem sie ohne Risikoprüfung in die neuen Tarife wechseln können. Dabei ist auch ein Abschluss des GSWO möglich. Zu den Bedingungen dieses Wechselfensters siehe Frage 4.
4	Für welche Kunden gilt das Wechselfenster?	Das Wechselfenster gilt für folgende Versicherte: - Versicherungsbeginn 01.01.2024 oder später - Absicherung in AktiMed-Unisex-Tarifen oder MB100/MP100
5	In welchem Zeitraum muss die Option aus dem Wechselfenster beantragt werden?	Der Tarifwechsel in die MeinGesundheitsschutz-Tarife muss bis spätestens zum 31.07.2024 beantragt werden. Hierzu reicht auch ein unterschriebener Bestandsvorschlag oder eine Willenserklärung.
6	Wieso bieten wir keine günstigen Einsteigertarife mit weniger Leistungen an, diese Zielgruppe wird vernachlässigt?	Im Rahmen der Tarifkonzeptionierung wurden auch zahlreiche Vertriebsinterviews geführt. Die Mehrheit hat sich gegen einen Einsteigertarif ausgesprochen. Um preislich auf das Niveau eines Einsteigertarifes zu kommen, müssten viele Abstriche bei den Leistungen gemacht werden. Das entspricht nicht dem Produktkonzept einer Allianz.
7	Warum gibt es keinen Großschadentarif (mit hohem Selbstbehalt)?	Im Rahmen der Tarifkonzeptionierung wurden auch zahlreiche Vertriebsinterviews geführt. Die Mehrheit hat sich gegen einen Großschadentarif ausgesprochen. Auch die Neugeschäftszahlen des AMBSU rechtfertigen keinen neuen Großschadentarif. Die AktiMed-Tarife sind nicht mehr zeitgemäß (es fehlen moderne Leistungen, Zahnabsicherung nicht flexibel wählbar). Ein Großschadentarif passt nicht in unser neues Portfolio (hinsichtlich Upgradelogik, garantierter BRE, Wechseloption, Leistungsniveaus). Dies würde insgesamt die einfache Logik der MeinGesundheitsschutz-Tarife durchbrechen. Daneben ist die Zahnabsicherung nicht flexibel wählbar. Ein Großschadentarif ist nicht als Einsteigertarif geeignet, Kunde muss sich im Ernstfall SB leisten können, bei Jahreswechsel u.U. sogar doppelte SB auf einen Schlag.
8	Ist im Rahmen der Produktlinie „MeinGesundheitsschutz“ die Einführung weiterer Tarife geplant?	Nein, weitere Tarife sind aktuell nicht geplant.
9	Warum gibt es keinen Zweibettzimmertarif mehr?	Der Beitragsunterschied zwischen Einbett- und Zweibettzimmer wäre so gering gewesen, dass sich damit keine größere Differenzierung zwischen den Leistungsniveaus ergeben hätte. Daher wollten wir diese Topleistung in beiden Niveaus anbieten.

Häufig gestellte Fragen und Antworten (FAQ)

Anmerkung: Suchfunktion über „Strg. + F“

Stand: 29.07.2024

farblich markiert sind die Änderungen im Vergleich zum Stand 06.05.2024

10	Ist eine Stornierung oder Hinzuvversicherung eines Upgrades auch unterjährig möglich?	Der ersatzlose Entfall eines Upgrade-Tarifes ist mit einer Frist von 2 Wochen zum Monatsende möglich. Die Hinzuvversicherung eines Upgrade-Tarifes ist zu jedem Monatsersten ohne Frist möglich. Für die Hinzuvversicherung muss ein vollständig ausgefüllter Antrag eingereicht werden. Es findet eine Risikoprüfung statt und kann zu Risikozuschlägen führen. Ohne erneute Gesundheitsprüfung sind die Upgrades nur im Rahmen einer Optionsziehung im GSWO möglich. Hierbei sind die Regelungen des GSWO zu beachten.
----	---	---

2. Allgemeine Produktbeschreibung

11	Warum werden neue HKV-Tarife eingeführt?	Der PKV-Markt hat sich weiterentwickelt und Mitbewerber bieten Tarife mit Leistungen an, die in den AktiMed-Tarifen nicht enthalten sind, z. B. die Beitragsbefreiung in Elternzeit, die häufig nachgefragt wird. Zudem möchten wir ein systematisches Produktportfolio anbieten. So hat bisher z. B. ein Best-Tarif ohne SB gefehlt oder ein Kunde mit dem MeinZahnschutz 100 Tarif erhält (inkl. der GKV-Leistung) eine höhere Zahnersatzleistung als in den AktiMed-Tarifen.
12	Was ist die Philosophie der neuen Tarife?	Die Tarife sind modern und ohne versteckte Selbstbehalte. Durch die separaten Zahntarife wird eine höhere Flexibilität ermöglicht. Durch Hinzunahme von Familienleistungen und anderer innovativer Leistungsmerkmale erreichen wir ein Preis-Leistungsverhältnis, mit dem wir hervorragend im Markt aufgestellt sind. Zusätzlich haben wir wesentliche Leistungslücken zur Gesetzlichen Krankenversicherung geschlossen.
13	Welche Kundengruppen werden mit den Tarifen angesprochen?	Leistungsorientierte Angestellte, Selbständige und Freiberufler, Familien, Zahnärzte, auch für Ärzte ist ein Abschluss der Tarife in der Einzelversicherung möglich.
14	Gibt es für die Mediziner einen Rabatt oder ähnliches in der neuen Tarifwelt?	Die neuen MeinGesundheitsschutz-Tarife sind nicht Bestandteil der klassischen Ärzte-GVs (mit Ärztekammern, Kassenärztlichen Vereinigungen, Marburger Bund). Humanmediziner können die Tarife aber zu GV-Konditionen im Rahmen des GVs mit dem Verband der Heilberufe e.V (VdH) abschließen.
15	Werden für die Zielgruppen der Ärzte und beihilfeberechtigten Personen ebenfalls neue Tarife eingeführt?	Nein, die aktuellen Tarifserien für Ärzte und BH-Berechtigte bleiben unverändert verkaufsoffen.
16	Kann eine Alleinversicherung von Kindern erfolgen?	Wie bisher ist eine Alleinversicherung von Kindern ab 2 Jahren gemäß den VRL möglich.

Häufig gestellte Fragen und Antworten (FAQ)

Anmerkung: Suchfunktion über „Strg. + F“

Stand: 29.07.2024

farblich markiert sind die Änderungen im Vergleich zum Stand 06.05.2024

17	Warum besteht mein HKV-Schutz nach den MeinGesundheitsschutz-Tarifen aus mehreren Tarifen und nicht wie bei AktiMed aus nur einem Kompakttarif?	<p>Durch die Trennung in einen Tarif mit ambulanten und stationären Leistungen, SB-Bausteine und gesonderte Zahntarife ergeben sich deutliche Vorteile für unsere Kunden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Durch diese Logik können die Kunden deutlich mehr individuelle Tarifkombinationen - auch im Zahnersatzbereich - wählen, als in der AktiMed-Welt. - Die Abtrennung des Zahntarifes ermöglicht (z.B. für Zahnärzte) auch eine Absicherung ohne Zahnschutz. - Die SB-Bausteine können flexibel abgeschlossen oder storniert werden (Abschluss mit Risikoprüfung), ohne den Grundtarif zu wechseln. Der Kunde kennt immer seine Grundleistungen.
18	Warum ist der Zahntarif nicht integriert?	Die Abtrennung des Zahntarifes ermöglicht (z.B. für Zahnärzte) auch eine Absicherung ohne Zahnschutz. Durch die freie Wahl des Zahniveaus ergeben sich für den Kunden mehr individuelle Absicherungsmöglichkeiten.
19	Kann ich den Versicherungsschutz auch ohne Zahntarif abschließen?	Ja. Das wurde bei der Konzeptionierung der neuen MeinGesundheitsschutz-Tarife bewusst ermöglicht. Z.B. fragen Zahnärzte oft nach einem Versicherungsschutz ohne Zahnabsicherung. Das ist nun darstellbar. Ein nachträglicher Abschluss ist allerdings nur mit erneuter Risikoprüfung für den Zahnbereich möglich. Die grundsätzliche Empfehlung sollte immer sein, einen Zahntarif mit abzuschließen.
20	Kann ein bestehender Zusatztarif MeinZahnschutz mit Alterungsrückstellungen bei Wechsel in die HKV übernommen werden? Oder muss ein neuer Antrag mit neuem EA erfolgen?	Der Zusatztarif MeinZahnschutz ist nur in Verbindung mit einer GKV-Absicherung möglich und kann bei der Umstellung in die HKV nicht beibehalten werden. Hier muss eine Umstellung in einen neuen Tarif MeinGesundheitsschutz Zahn erfolgen. Dabei wird der Beitrag zum aktuellen Eintrittsalter berechnet, die Alterungsrückstellungen aus der Zusatzversicherung werden aber angerechnet. Die Beantragung erfolgt über einen vollständig ausgefüllten Antrag.
21	Kann ich mit dem OFM02 später einen Zahntarif oder Upgrades dazubuchen?	Nein, mit der Option aus dem Tarif OFM02 ist keine Nachversicherung des Zahntarifes oder der Upgrade-Tarife im Rahmen der HKV-Absicherung möglich. Nach Optionsziehung einer HKV endet der Tarif OFM02.
22	Kann ein Kunde die Option aus dem OFM02 auf die MeinGesundheitsschutz-Tarife ziehen oder zielt diese Option nur auf die AktiMed-Tarife ab?	Die Option des OFM02 erstreckt sich auf Tarife, die für den Neuzugang geöffnet sind. Damit für die MeinGesundheitsschutz-Tarife und eine Optionsziehung in die AktiMed-Tarife ist nicht mehr möglich.
23	Kann ich auch 80% Absicherung abschließen (20% SB)?	Nein, die SB-Upgrade-Tarife sind so kalkuliert, dass nur die SB-Stufen 30% (Grundtarif), 10% (Grundtarif und 90%-Upgrade) und 0% (Grundtarif, 90%-Upgrade und 100%-Upgrade) abgeschlossen werden können.

Häufig gestellte Fragen und Antworten (FAQ)

Anmerkung: Suchfunktion über „Strg. + F“

Stand: 29.07.2024

farblich markiert sind die Änderungen im Vergleich zum Stand 06.05.2024

24	Was sind die wesentlichen Unterschiede zwischen den zwei Absicherungsniveaus Plus und Best?	<p>Im ambulanten Bereich sind im Best-Niveau in den meisten Bereichen höhere Leistungen abgesichert. Z.B. sieht das Best-Niveau doppelte Höchstbeträge gegenüber dem Plus-Niveau in folgenden Bereichen vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hörgeräte - Heilpraktiker - Sehhilfe - Kinderbetreuungspauschale - Haushaltshilfen - Gesundheitskurse - Kuren <p>Zudem leisten wir im Best-Tarif auch im ambulanten Bereich über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).</p> <p>Im stationären Bereich ist im Best-Tarif, im Gegensatz zum Plus-Tarif, die Wunschverlegung versichert.</p>
25	Was sind die wesentlichen Unterschiede zwischen den drei Zahntarifvarianten?	<p>Die Tarifvarianten unterscheiden sich lediglich im Erstattungsprozentsatz für Zahnersatz, Inlays, Gnathologie, Implantate und Kieferorthopädie. Außerdem gibt es Unterschiede in der Zahnstaffel während der ersten 3 Kalenderjahre ab Versicherungsbeginn.</p>
26	Was sind die wesentlichen Unterschiede zur bisherigen Tarifwelt?	<p>Die neuen MeinGesundheitsschutz-Tarife enthalten neue Leistungen, die sich insbesondere an bisher fehlenden GKV-Leistungen orientieren (wie z.B. umfangreiche Rehaleistungen, Haushaltshilfe oder eine Kinderbetreuungspauschale). Zusätzlich gibt es in vielen Bereichen höhere Leistungen (z.B. bei Psychotherapie oder Sehhilfe). Zusätzlich enthalten alle Tarife eine erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit von 10%.</p>
27	Warum sind die neuen Tarife nicht billiger?	<p>Im Gegensatz zu den bisherigen Tarifwelten beinhalten die neuen MeinGesundheitsschutz-Tarife auch alle Leistungsarten, welche in der GKV bestehen. Dadurch ergeben sich zum Teil deutliche Mehrleistungen gegenüber den bisherigen Tarifen. Auch weitere Leistungen wurden erhöht, z.B. gibt es durchgängig 100% für Psychotherapie ohne eine Sitzungsbegrenzung und deutlich mehr Sehhilfe. Das schlägt sich im kalkulierten Preis nieder.</p>
28	Kann zu den MeinGesundheitsschutz-Tarifen auch die V-Variante abgeschlossen werden?	<p>Ja, nach den bisher üblichen Regeln. Die Verteilung der V-Variante auf die abgeschlossenen Tarife erfolgt so, dass der Kunde eine größtmögliche Steuerrückerstattung nach dem BEG erhält: zuerst ambulant/stationär, dann Zahn.</p>
29	Wie kann ich später Beiträge reduzieren?	<p>Die effektivste Art der Beitragsreduzierung ist der Abschluss der V-Variante. Hier kann ein Großteil des Beitrags ab Alter 65 reduziert werden. Insbesondere für Angestellte ist das interessant, weil der Beitrag der V-Variante auch AG-zuschussfähig ist.</p>

Häufig gestellte Fragen und Antworten (FAQ)

Anmerkung: Suchfunktion über „Strg. + F“

Stand: 29.07.2024

farblich markiert sind die Änderungen im Vergleich zum Stand 06.05.2024

30	Gibt es zu den MeinGesundheitsschutz-Tarifen auch Ausbildungstarife?	Ja, alle ambulant/stationär-Tarife (inklusive aller Upgrade-Tarife) sowie alle Zahntarife gibt es als Ausbildungsvariante. Dazu sind die Ausbildungstarife schon ab 16 Jahren möglich, damit sie zu Beginn der Ausbildung abgeschlossen werden können.
31	Ist der GSWO AG-zuschussfähig?	Nein, genauso wie der AWOPTU ist der GSWO ohne Alterungsrückstellungen und damit nicht AG-zuschussfähig.
32	Kann aus AWOPTU in die neuen Tarife gewechselt werden?	Nein, der AWOPTU zielt mit seiner Option auf die AktiMed-Tarife. Das gesetzliche Tarifwechselrecht nach § 204 VVG bleibt davon selbstverständlich unberührt.
33	Kann bei einem Tarifwechsel ein bestehender AWOPTU in den Tarif GSWO überführt werden?	Nein, der GSWO kann ausschließlich im Rahmen des Neugeschäftes abgeschlossen werden. Dies gilt gleichermaßen auch wenn der AWOPTU nicht vorher bestand, denn auch hier kann der GSWO nicht nachträglich abgeschlossen werden. Der GSWO ist so kalkuliert, dass er nur abgeschlossen werden kann, wenn zeitgleich eine komplette Risikoprüfung des aktuellen Gesundheitszustandes für die HKV erfolgt. Dies ist nur im Neugeschäft der Fall. Diese Regelung ist unter Punkt 2 in den AVB verankert („Die versicherte Person ist nach diesem Tarif versicherbar, wenn für sie gleichzeitig die Grundabsicherung neu abgeschlossen wird. (...) Kein Neuabschluss ist es, wenn Sie die Grundabsicherung über einen Tarifwechsel nach § 204 VVG oder über eine Anwartschaftsversicherung dafür abschließen.“).
34	Der MeinGesundheitsschutz Zahn-Tarif wurde nicht abgeschlossen aber der Tarif MeineWechseloption (GSWO). Kann dann später die Option für einen Neuabschluss von MeinGesundheitsschutz Zahn genutzt werden?	Nein. Die Wechseloption gilt grundsätzlich auch für den Zahnbereich. Es ist hier allerdings nur eine Erhöhung möglich, kein nachträglicher Neuabschluss eines Zahntarifs. In diesem Fall ist eine Risikoprüfung für den Zahnbereich notwendig.
35	Kann ich den GSWO auch nur zur Erhöhung meines Zahnschutzes oder zur Reduzierung der SB verwenden?	Ja, aber eine Erhöhung aus dem Tarif GSWO ohne Risikoprüfung ist nur dreimal möglich (drei Optionsziehungszeitpunkte). Pro Optionsziehung können mehrere Tarife erhöht werden (z.B. SB und Zahnschutz und Best).
36	Wie berechnet sich das Kalenderjahr für die erste mögliche Optionsziehung des GSWO?	Im Gegensatz zum AWOPTU ist beim GSWO bewusst alles auf das Kalenderjahr ausgelegt, damit keine Definition für das Versicherungsjahr notwendig ist. Ein Kalenderjahr definiert sich vom 01.01. eines Jahres bis zum 31.12. des gleichen Jahres. Wir legen das erste Kalenderjahr als „Rumpffahr“ aus, es geht also vom Versicherungsbeginn bis zum 31.12. des Jahres (bei unterjährigem Versicherungsbeginn dann ein verkürztes Kalenderjahr). Beispiel mit Versicherungsbeginn 01.12.2024: 1. KJ: 01.12.2024 - 31.12.2024 2. KJ: 01.01.2025 - 31.12.2025

Häufig gestellte Fragen und Antworten (FAQ)

Anmerkung: Suchfunktion über „Strg. + F“

Stand: 29.07.2024

farblich markiert sind die Änderungen im Vergleich zum Stand 06.05.2024

		<p>3. KJ: 01.01.2026 - 31.12.2026 4. KJ: 01.01.2027 - 31.12.2027</p> <p>Die erste Optionsziehung ist zu Beginn des 4. Kalenderjahres möglich. In diesem Beispiel bedeutet dies zum 01.01.2027.</p> <p>Somit ist die Regelung wie bisher beim AWOPTU, denn hier war das Versicherungsjahr ebenfalls so definiert.</p>
37	Warum ein neuer Wechseltarif? Wir haben doch den OFM.	Der neue Tarif MeineWechseloption ermöglicht es, innerhalb der Tarifserie MeinGesundheitsschutz bis zu 3-mal ohne Gesundheitsprüfung den Versicherungsschutz höherzustufen (analog zum Tarif AWOPTU für die AktiMed-Tarife). Dies ist mit dem Tarif OFM nicht möglich. Die Option des Tarifs OFM ermöglicht einmalig den Abschluss einer HKV-Absicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung.
38	Werden bei einer Beitragsanpassung die Upgrade-Tarife im gleichen Verhältnis wie der Grundtarif angepasst?	Nein, der Grundtarif wie alle Upgrade-Tarife haben einen eigenen Auslösenden Faktor und können daher völlig unabhängig voneinander angepasst werden. So kann es z.B. dazu kommen, dass der Upgrade-Tarif 100 angepasst wird und der Upgrade-Tarif 90 nicht.
39	Was passiert bei Übergang in den Notlagentarif?	Hier ist es so, dass alle Versicherungsteile, die nicht zur Erfüllung der Versicherungspflicht benötigt werden, bei Eintritt in den Notlagentarif gekündigt werden. Aktiv könnten diese ohnehin nicht bestehen, da die Versicherungsfähigkeit nicht gegeben ist. In der Praxis werden bei uns bei kurzfristigen/temporären Zahlungsschwierigkeiten ohnehin andere Möglichkeiten gesucht, wie z.B. Ratenvereinbarungen. Bei längerfristigen Zahlungsproblemen haben wir eher die Erfahrung gemacht, dass die Kunden von sich aus ohnehin nicht benötigte Teile kündigen, damit die Beitragsschulden langsamer wachsen.
40	Welche Serviceleistungen werden im Zusammenhang mit der Produktlinie MeinGesundheitsschutz angeboten?	Am Umfang der HKV-Services ändert sich grundsätzlich nichts. Sie sind hier zu finden: MMK--1000Z0.pdf.download.pdf (allianz.de) APKV-5010Z0.pdf.download.pdf (allianz.de)

3. Detaillierte Produktbeschreibung

3.1 Ambulant/Arzneimittel

41	Was sind OTC-Präparate?	OTC-Arzneimittel sind nicht verordnete Medikamente, die rezeptfrei in Apotheken gekauft werden können.
----	-------------------------	--

Häufig gestellte Fragen und Antworten (FAQ)

Anmerkung: Suchfunktion über „Strg. + F“

Stand: 29.07.2024

farblich markiert sind die Änderungen im Vergleich zum Stand 06.05.2024

42	Wie wird die Generikaregelung im Tarif MeinGesundheitsschutz Plus in der Praxis angewandt?	Sofern ein Generikum zur Verfügung steht, sollte dies vom Kunden bevorzugt bezogen werden, um eine 100% Erstattung zu erhalten. Wird das Original bezogen, dann wird dem Kunden ein Eigenanteil von 10 EUR pro Präparat bei der Erstattung abgezogen (bis max. 1.000 EUR pro Kalenderjahr). Steht kein Generikum zur Verfügung, werden auch auf das Originalpräparat 100% erstattet. Verträgt der Kunde nur das Originalpräparat, so wird hierfür ein Attest benötigt und dann erstatten wir ebenfalls 100%.
43	Läuft die Generika Prüfung inzwischen korrekt? Erfahrungsgemäß war das bisher nicht so. Wie wird mit Lieferschwierigkeiten bei AZM umgegangen?	Bisher gab es keine Generikaprüfung in dem Sinne wie sie in den neuen AVB vermerkt ist. Bei besonderen Ausnahmesituationen, wie z.B. Lieferschwierigkeiten oder Unverträglichkeiten wird auch das Originalpräparat zu 100% erstattet. Hierzu muss der Kunde uns jedoch in Kenntnis setzen.
44	Wie verhalten wir uns bei MeinGesundheitsschutz Plus, wenn der VN das Generikum nicht verträgt?	Wenn uns ein ärztlicher Nachweis über eine Unverträglichkeit vorgelegt wird, wird in diesem Fall das Originalpräparat ohne Eigenanteil erstattet.

3.2 Ambulant/Hilfsmittel und Heilmittel

45	Wie funktioniert der Hilfsmittelbezug über die APKV?	I.d.R. ruft der Kunde an und wird an einen Mitarbeiter der Fachberatung weitergeleitet. Dort wird ein Auftrag an den Leistungserbringer erstellt. Oder der Kunde hat einen Kostenvoranschlag eines Fremdanbieters eingereicht und ein Mitarbeiter der Fachberatung ruft zurück wegen Umstellung auf einen Kooperationspartner.
46	Sind bereits Kooperationsverträge für den Bezug von Hilfsmitteln mit entsprechenden Anbietern geschlossen worden?	Ja, die meisten bestehen bereits seit 20 Jahren.
47	Wird beim Hilfsmittelbezug über die APKV direkt abgerechnet?	Nein, nur auf ausdrücklichen Wunsch des Kunden.
48	Warum binden wir die Erstattung der Heilmittel an die Beihilfe?	Die Bindung an eine externe, unabhängige Liste ist aus unserer Sicht die einzige rechtsichere Möglichkeit, einen für die Kunden sinnvollen Inflationsausgleich zu schaffen. Denn in der PKV ist der einzige gesetzlich vorgesehene Weg, die AVB bestandswirksam zu ändern, der § 203 (3) Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Hierzu bedarf es einer nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse im Gesundheitswesen sowie der Zustimmung eines juristischen Treuhänders, der geprüft hat, dass die Änderungen angemessen und zur Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich sind. Erschwerend kommt hinzu, dass nach § 208 VVG von diesem Gesetz nicht zum „Nachteil des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person“ abgewichen

Häufig gestellte Fragen und Antworten (FAQ)

Anmerkung: Suchfunktion über „Strg. + F“

Stand: 29.07.2024

farblich markiert sind die Änderungen im Vergleich zum Stand 06.05.2024

	<p>werden darf. Alle Regelungen, die das tun, sind unwirksam. Damit sind auch Formulierungen wie „wir überprüfen Höchstbeträge regelmäßig“ oder „wir passen Höchstbeträge an, wenn die Inflation x% übersteigt“ potentiell kritisch. Denn im § 208 VVG steht im Gegensatz zum § 203 VVG der Singular. Es reicht also ein Versicherungsnehmer, der benachteiligt wird. Und dies wird bei einer Erhöhung eines Höchstbetrags regelmäßig der Fall sein. Denn eine solche Erhöhung bedeutet zwangsläufig höhere Ausgaben und damit irgendwann höhere Beiträge. Kunden, die die entsprechende höhere Leistung aber nicht haben wollen, müssten dann trotzdem mehr zahlen.</p> <p>Natürlich ist es insgesamt sinnvoll einen Inflationsausgleich zu haben, da sich der Tarif sonst auf Dauer entwertet. Aber für diese Abwägung, was für das Kollektiv insgesamt sinnvoll und angemessen ist, muss nach § 203 VVG immer ein Treuhänder hinzugezogen werden. Dies ist zum einen aufwändig und zum anderen abhängig von der Auslegung des jeweiligen Treuhänders. Sicherer und transparenter ist es daher, das Leistungsspektrum des Tarifs von Anfang an so anzulegen, dass eine Anpassung möglich wird.</p> <p>Hier wäre zum einen eine fest vereinbarte Dynamik denkbar. Beispielsweise: wir starten für Leistung x mit 200 EUR und erhöhen dann alle drei Jahre um 10%. Damit ist nur kein zielgerichteter Ausgleich möglich und zusätzlich gibt es Verwerfungen im Tarif. Denn ein Kunde, der heute abschließt, hat in drei Jahren 220 EUR Leistung. Ein Kunde, der in drei Jahren abschließt, fängt aber mit 200 EUR an, hat also gerade keinen Ausgleich. Zudem müsste vermutlich die Möglichkeit eines Widerspruchs eingebaut werden, was weitere Komplexität bringt.</p> <p>Dies ist also in diesem Zusammenhang nicht zielführend, das funktioniert nur bei Tagegeldern, wo der Beitrag direkt proportional zum Tagessatz ist.</p> <p>Daher ist die Lösung die Koppelung an eine sinnvolle externe Liste, die regelmäßig aktualisiert wird. Und hier bietet sich die Beihilfe idealtypisch an. Diese ist i.d.R. auch schneller als die GKV durch den dortigen Mechanismus des Gemeinsamen Bundesausschusses.</p>
--	---

Häufig gestellte Fragen und Antworten (FAQ)

Anmerkung: Suchfunktion über „Strg. + F“

Stand: 29.07.2024

farblich markiert sind die Änderungen im Vergleich zum Stand 06.05.2024

3.3 Ambulant/künstliche Befruchtungen

49	Warum werden künstliche Befruchtungen nur für Frauen bis 40 übernommen? Und Männer bis 50?	Die APKV will grundsätzlich die Familien in dieser Situation unterstützen. Gleichzeitig muss sie jedoch die Versicherungsgemeinschaft vor überhöhten Kosten (und damit zu starken Prämien erhöhungen) schützen. Daher ist die Erfolgswahrscheinlichkeit bei der künstlichen Befruchtung einer der entscheidenden Faktoren. Auch wenn die Medizin die Grenzen des Möglichen immer weiter verschiebt, so ist doch mit steigendem Alter die Wahrscheinlichkeit für einen Erfolg der künstlichen Befruchtung (innerhalb der Anzahl der versicherten Versuche) abnehmend. Um hier für unsere Versicherten eine bessere Transparenz zu bieten, haben wir uns daher dazu entschlossen, klare Höchstalter für die künstliche Befruchtung zu definieren. Dabei haben wir uns an den Grenzen in der GKV orientiert.
50	Werden künstliche Befruchtungen auch gezahlt, wenn es bereits Kinder in der Familie gibt?	Es gibt keine Begrenzung auf Geburten oder Anzahl der Kinder, sondern wir erstatten eine bestimmte Anzahl von Versuchen, wenn auch die anderen Voraussetzungen (wie z.B. Altersgrenzen und hinreichende Erfolgswahrscheinlichkeit) gegeben sind.
51	Werden künstliche Befruchtungen auch für den Partner übernommen?	Grundsätzlich erstatten wir die Kosten unseres Kunden, wenn er der Verursacher der Sterilität ist. Ist der Partner in der GKV versichert, ist eine Erstattung in bestimmten Konstellationen möglich. Hier empfiehlt sich eine Anfrage des Kunden.

3.4 Ambulant/Schutzimpfungen

52	Welche Impfungen werden erstattet?	Wir erstatten die Malaria-Prophylaxe sowie Schutzimpfungen nach der Empfehlungs-Liste der STIKO. Zudem leisten wir im Plus-Niveau für Reise-Impfungen wegen beruflicher Tätigkeit, wenn nicht ein anderer Kostenträger leisten muss. Im Best-Niveau sind Reiseimpfungen generell abgesichert.
53	Warum sind Reiseimpfungen nicht in allen Tarifvarianten inklusive? In der GKV ist das mittlerweile ja eine Standardleistung.	Zum einen, da es einer Differenzierung zwischen Plus und Best Niveau bedarf. Und auch in der GKV handelt es sich um keine Standardleistung. Jedoch sind die beruflich nötigen Reiseimpfungen, die der Arbeitgeber nicht bezahlt, im Plus abgesichert.
54	Sind Gripeschutzimpfung Bestandteil der Liste der Impfkommission? Gilt dies auch für Coronaimpfungen?	Ja, Grippe- und Coronaimpfungen sind Empfehlungen der STIKO und werden damit erstattet.
55	Leistet die APKV für Malaria-prophylaxe?	Ja

Häufig gestellte Fragen und Antworten (FAQ)

Anmerkung: Suchfunktion über „Strg. + F“

Stand: 29.07.2024

farblich markiert sind die Änderungen im Vergleich zum Stand 06.05.2024

56	Wird im MeinGesundheitsschutz Best als „Reiseimpfung“ auch die Kombi-Impfung Hepatitis A+B bezahlt?	Die Hepatitis-Impfung wird nicht als Reiseimpfung erstattet. Hepatitis A und B sind in der Empfehlung der STIKO enthalten und wir leisten hier auch, wenn die Indikationen nicht vorliegen. Kombinationsimpfstoffe erstatten wir, wenn sie (wie hier) erstattungsfähige Impfstoffkomponenten enthalten.
----	---	---

3.5 Ambulant/„MeinVorsorgeprogramm“

57	Was ist der Hintergrund von „MeinVorsorgeprogramm“?	Die APKV will die Vorsorgemaßnahmen in den Vordergrund stellen. Kunden haben dadurch die Möglichkeit, bestimmte Vorsorgeuntersuchungen durchführen zu lassen, ohne ihren Anspruch auf Beitragsrückerstattung (BRE) zu verlieren. Die Vorsorgemaßnahmen werden direkt nach Einreichung bis zum jeweiligen Höchstbetrag BRE- und SB unschädlich erstattet.
58	Wie funktioniert „MeinVorsorgeprogramm“?	Die Vorsorgemaßnahme wird direkt nach Einreichung erstattet. Der Kunde reicht über die App die durchgeführte Vorsorge über „MeinVorsorgeprogramm“ ein. Die Rechnung wird dann max. bis zum Höchstbetrag erstattet. Ausnahme sind die Schutzimpfungen, diese werden entsprechend des Rechnungsbetrages übernommen. Alternativ kann der Kunde auch per Papier den Coupon zur Erstattung einreichen. Dieser muss vom Leistungserbringer unterschrieben und abgestempelt werden.
59	Wie funktioniert die Einreichung einer Vorsorge per App?	Es gibt in der App eine eigene Karte „MeinVorsorgeprogramm“. Hierüber muss der Kunde die entsprechende Vorsorge auswählen und die Rechnung dazu abfotografieren. Die APKV erstattet dann die Rechnung max. bis zum Höchstbetrag. Ausnahme sind die Schutzimpfungen, diese werden entsprechend des Rechnungsbetrages erstattet, der Kunde muss die entsprechende Schutzimpfung (bzw. Kombination) in der App auswählen.
60	Wie sichern wir, dass uns nicht normale Behandlungskosten als Vorsorgeleistungen eingereicht werden?	Wir behalten uns vor, die eingereichten Belege auf Vorsorgemaßnahmen zu überprüfen. Bei Papiercoupons muss der Arzt die Vorsorge mit Stempel und Unterschrift bestätigen.

Häufig gestellte Fragen und Antworten (FAQ)

Anmerkung: Suchfunktion über „Strg. + F“

Stand: 29.07.2024

farblich markiert sind die Änderungen im Vergleich zum Stand 06.05.2024

61	Was passiert, wenn die Darmspiegelung mehr als 350 EUR kostet? Reicht man diese Rechnung ein, wird dann nach Tarif erstattet?	Wird ausschließlich eine Darmspiegelung zur Vorsorge durchgeführt, sind in der Regel die 350 EUR ausreichend. Stellt der Arzt Polypen während der Untersuchung fest, werden diese sicherlich gleich mit entfernt. Entgegenkommend kann der Kunde diese Kosten hier ebenfalls geltend machen, obwohl die Polypenentfernung selbst keine klassische Vorsorge mehr darstellt. Die Kosten über die 350 EUR hinaus, müssen selbst getragen werden, oder der Kunde reicht die komplette Rechnung als „normale“ Einreichung ein, dann erstatten wir diese in tariflichem Umfang, allerdings BRE und SB schädlich. Der Kunde hat hier die freie Wahl: Erstattung über „MeinVorsorgeprogramm“ bis zum Höchstbetrag, aber BRE-unschädlich, oder Erstattung als normale Rechnung ohne Höchstbetrag, dafür BRE- und SB-schädlich. Beides kann je nach Situation des Kunden sinnvoll sein.
62	Ärzte schreiben i.d.R. keine zwei Rechnungen. Es sind oft Leistungen auf den Rechnungen für Vorsorge und weitere Leistungen zusammen abgerechnet (z.B. PZR und Füllung). Wie wird dann abgerechnet ohne BRE und SB relevant abzurechnen?	Hilfreich wäre natürlich, wenn der Kunde sich für die Vorsorge (z.B. PZR) eine separate Rechnung ausstellen lassen würde. Aber wenn er eine gemischte Rechnung einreicht, dann erstatten wir bis zu dem versicherten Höchstbetrag (z.B. 130 EUR für die PZR). Den Rest muss er selbst tragen (so wie es bei zwei Rechnungen auch der Fall gewesen wäre). Der Kunde hat auch hier die freie Wahl: Erstattung über „MeinVorsorgeprogramm“ nur der BRE-unschädlichen Untersuchungen bis zum Höchstbetrag, aber BRE-unschädlich, oder Erstattung als normale Rechnung aller Leistungen ohne Höchstbetrag, dafür BRE- und SB-schädlich. Beides kann je nach Situation des Kunden sinnvoll sein.
63	Warum werden die Vorsorge-Coupons nicht sofort, sondern erst auf Anforderung verschickt?	Die APKV möchte hier umweltschonend sein und bevorzugt den digitalen Einreichungsweg, hier ist kein Couponversand notwendig.
64	Welche GOÄ-Ziffern bzw. Untersuchungen stehen hinter den einzelnen Vorsorgeuntersuchungen?	Die Höchstbeträge für diese Vorsorgeuntersuchungen orientieren sich an den Sätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Um Unstimmigkeiten über mögliche GOÄ-Ziffern zu vermeiden, verzichten wir auf die Auflistung einzelner GOÄ-Ziffern.
65	Gehören die U-Untersuchungen für Kinder zum Vorsorgeprogramm?	Nein, die U-Untersuchungen sind kein Bestandteil von „MeinVorsorgeprogramm“. Impfungen im Rahmen der U-Untersuchungen können über „MeinVorsorgeprogramm“ eingereicht werden, wie z.B. Mumps/Masern/Röteln.

Häufig gestellte Fragen und Antworten (FAQ)

Anmerkung: Suchfunktion über „Strg. + F“

Stand: 29.07.2024

farblich markiert sind die Änderungen im Vergleich zum Stand 06.05.2024

66	Wirken sich Vorsorgeuntersuchungen auf die BRE aus?	Nein, sie sind BRE-unschädlich, sofern diese über „MeinVorsorgeprogramm“ eingereicht werden. Werden die Rechnungen außerhalb des Vorsorgeprogramms eingereicht, z.B. in Papierform oder in der Gesundheits-App ohne Markierung als Vorsorgeleistung, erfolgt die tarifliche Erstattung BRE-schädlich und unter der Berücksichtigung der SB. Auf Antrag können Vorsorgeleistungen, die als „normale“ Rechnung eingereicht wurden, rückabgewickelt und als Vorsorgeleistungen erstattet werden.
67	Muss ich für Vorsorgeuntersuchungen eine SB zahlen?	Nein, es fällt keine SB an, sofern diese über „MeinVorsorgeprogramm“ eingereicht werden. Werden die Rechnungen außerhalb des Vorsorgeprogramms eingereicht, erfolgt die tarifliche Erstattung BRE-schädlich und unter der Berücksichtigung der SB.
68	Sind die Vorsorgebeträge ausreichend?	<p>Die Höchstbeträge für die Vorsorgeuntersuchungen aus „MeinVorsorgeprogramm“ orientieren sich an den Sätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und sind somit als ausreichend anzusehen.</p> <p>Es ist aber nicht auszuschließen, dass der Arzt mehr Untersuchungen durchführt, als in „MeinVorsorgeprogramm“ vorgesehen und damit auch mehr Leistungen abrechnet, als mit dem Höchstbetrag abgedeckt sind.</p> <p>Diese eventuellen Differenzkosten haben die Kunden selbst zu tragen, wenn sie den BRE-Anspruch nicht verlieren wollen.</p>
69	Werden Vorsorgemaßnahmen aus „MeinVorsorgeprogramm“ nur bei Leistungsfreiheit ausgezahlt?	Die APKV zahlt die Vorsorgeleistungen über „MeinVorsorgeprogramm“ nach Einreichung direkt aus, unabhängig davon, ob der Kunde weitere Rechnungen einreicht. Sofern der Kunde auch weiterhin leistungsfrei bleibt, erhält er seine BRE erstattet.
70	Welche Unterschiede gibt es zu den Vorsorgecoupons der AktiMed-Tarife?	Die möglichen Vorsorgeleistungen wurden deutlich ausgeweitet, insbesondere sind nun auch Zahnvorsorge und PZR enthalten. Dazu sind nun auch Impfungen und Gesundheitskurse im Rahmen von „MeinVorsorgeprogramm“ möglich. Schließlich wird eine bequeme digitale Einreichung per App geschaffen und die Leistungen werden auch direkt und nicht erst mit der BRE-Auszahlung erstattet.

Häufig gestellte Fragen und Antworten (FAQ)

Anmerkung: Suchfunktion über „Strg. + F“

Stand: 29.07.2024

farblich markiert sind die Änderungen im Vergleich zum Stand 06.05.2024

3.6 Ambulant/Heilpraktiker/alternative Heilmethoden

71	Ist der jährliche Maximalbetrag der Tarife MeinGesundheitsschutz Best / Plus (2.000 EUR / 1.000 EUR pro Kalenderjahr) für Heilpraktikerbehandlungen ausreichend?	In der Regel ja. Eine Heilpraktikerbehandlung kommt schon von Rechts wegen (eingeschränkte Therapiekompetenz) lediglich bei einfachen, ohne aufwendige technische Mittel diagnostizierbaren und therapierbaren Erkrankungen in Betracht. Ein Heilpraktiker darf auch keine verschreibungspflichtigen (und damit teuren) Medikamente anwenden bzw. verordnen. Schwerwiegende Krankheitsbefunde und komplexe Behandlungen sind hierzulande Ärzten vorbehalten.
72	Was ist das Hufeland-Verzeichnis?	Das „Hufeland-Leistungsverzeichnis der besonderen Therapierichtungen“ (kurz „Hufeland-Verzeichnis“) ist eine unverbindliche Abrechnungshilfe für naturheilkundlich tätige Ärzte. Es listet eine Vielzahl verbreiteter diagnostischer und therapeutischer Verfahren aus dem Segment der Naturheilkunde und Komplementärmedizin auf. Beispiele: Akupunktur, traditionelle chinesische Medizin (TCM), Ayurveda-Medizin. Das Verzeichnis gibt dem Arzt eine Empfehlung für dessen Leistungsabrechnung anhand der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).
73	Ist der Umfang der erstattungsfähigen alternativen Heilmethoden der Tarifserie MeinGesundheitsschutz mit dem Umfang der alternativen Heilmethoden des Zusatztarifs Ambulant Best vergleichbar? Kann dem Vertrieb eine Liste zur Verfügung gestellt werden, aus der ersichtlich ist, welche alternativen Heilmethoden erstattungsfähig sind?	<p>In beiden Tarifserien gilt, dass die medizinisch notwendige Heilbehandlung versichert ist. Das umfasst auch alternativmedizinische Verfahren, soweit sie grundsätzlich zur Diagnostik, Therapie oder Linderung eines individuellen Krankheitsgeschehens geeignet und erfolgversprechend sind. Eine allgemeingültige Positivliste gibt es nicht. Zum einen gibt es keine verbindliche und abschließende Definition dessen, was "Alternativmedizin" oder "Naturheilverfahren" bedeutet und umfasst, zum anderen ist die medizinische Beurteilung einer geeigneten Diagnostik bzw. Therapie vom jeweiligen Einzelfall eines Versicherten und dessen Krankheitsbefunden abhängig.</p> <p>Nicht erstattungsfähig sind von vornherein unwirksame, kontraproduktive oder gar gesundheitsgefährdende Methoden, insbesondere: Carzinochrom-Reaktions-Diagnostik, Irisdiagnostik, bioelektrische Funktionsdiagnostik, Elektro-Neural-Diagnostik und -Therapie, Ozon- und Sauerstoff-Therapie, Hämatogene Oxidationstherapie (HOT), Baunscheidt-Verfahren, subaquales Darmbad.</p>

3.7 Ambulant/Psychotherapie

74	Muss in den Tarifen MeinGesundheitsschutz eine Psychotherapie vorab genehmigt werden?	Eine Vorabgenehmigung für Psychotherapie ist nicht erforderlich.
----	---	--

Häufig gestellte Fragen und Antworten (FAQ)

Anmerkung: Suchfunktion über „Strg. + F“

Stand: 29.07.2024

farblich markiert sind die Änderungen im Vergleich zum Stand 06.05.2024

75	Sind Leistungen pro psychotherapeutische Sitzung der Höhe nach begrenzt? Welche Kosten gelten noch als angemessen (ggf. gestaffelt nach Leistungsniveau der Tarife)?	<p>Die Leistungen sind entsprechend der jeweils geltenden Gebührenordnung berechnungsfähig. Dabei richtet es sich bei Sitzungen</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei einem Arzt nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), - bei einem Psychotherapeuten nach dem Gebührenverzeichnis für Psychotherapeuten (GOP), - bei einem Heilpraktiker nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH).
76	Wie viele Stunden Psychotherapie sind in den neuen MeinGesundheitsschutz-Tarifen versichert?	<p>Die Psychotherapie ist nicht auf eine Anzahl an Sitzungen begrenzt. Es ist aber nicht auszuschließen, dass die Anzahl der Sitzungen das medizinisch notwendige Maß überschreitet. In diesen Fällen kann es dazu kommen, dass eine weitere Übernahme der Kosten abgelehnt wird. Um hier keine Überraschungen zu erleben, empfiehlt es sich vorab anzufragen, ob die geplante Anzahl an Sitzungen akzeptiert wird. Dies ist in der Regel jedoch erst dann der Fall, wenn mehr als 30 Sitzungen geplant sind.</p>
77	Gibt es bei der Psychotherapie ein Gutachterverfahren?	<p>Ein Gutachterverfahren wie in der GKV gibt es bei der APKV nicht. Wir überprüfen jedoch im Einzelfall, ob der Leistungserbringer die erforderlichen fachlichen Qualifikationen besitzt, um die geplante Psychotherapie durchzuführen.</p>

3.8 Ambulant/Fahrtkosten

78	Werden Fahrtkosten erstattet?	<p>Bei ambulanter Behandlung übernehmen wir sowohl Fahrt- als auch Transportkosten bei:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ambulanten Operationen oder nach-operativer Behandlung. - Apherese oder Dialyse. - Geh- oder Sehunfähigkeit oder Fahruntüchtigkeit wegen Krankheit, Unfall oder ärztlicher Behandlung. - medizinischer Reha (auch ambulanter Anschluss-Heilbehandlung). - Strahlen-Therapie bei Krebs oder Chemo-Therapie. - Unfall oder Notfall. <p>Für Fahrten bei einem Krankenhaus-Aufenthalt übernehmen wir die Kosten, wenn die versicherte Person aus medizinischen Gründen nicht selbst fahren kann.</p>
----	-------------------------------	---

Häufig gestellte Fragen und Antworten (FAQ)

Anmerkung: Suchfunktion über „Strg. + F“

Stand: 29.07.2024

farblich markiert sind die Änderungen im Vergleich zum Stand 06.05.2024

79	Was ist der Unterschied zwischen Fahrt- und Transportkosten?	<p>Begrifflich setzt ein Transport voraus, dass die erkrankte Person nicht aus eigenen Kräften und mit eigenen Mitteln, sondern nur mit fremder Hilfe, die zur erforderlichen Behandlung aufzusuchende Behandlungsstätte erreichen kann.</p> <p>Kann die erkrankte Person selber mit dem PKW oder öffentlichen Verkehrsmitteln zum und vom Arzt/Krankenhaus fahren, ist davon auszugehen, dass keine medizinische Notwendigkeit zum Transport besteht. Hier spricht man dann von Fahrtkosten.</p>
80	Wurde das Thema ambulante Fahrtkosten mit der GKV angeglichen?	<p>Ja, bei ambulanter Behandlung übernehmen wir die Kosten bei ambulanten Operationen oder nach operativer Behandlung, Apherese oder Dialyse, Geh- oder Sehfähigkeit oder Fahruntüchtigkeit wegen Krankheit, Unfall oder ärztlicher Behandlung, Medizinischer Reha (auch ambulanter Anschluss-Heilbehandlung), Strahlentherapie bei Krebs oder Chemo-Therapie, Unfall oder Notfall. Für Fahrten bei einem Krankenhausaufenthalt übernehmen wir die Kosten, wenn Sie aus medizinischen Gründen nicht selbst fahren können.</p>
81	Zahlt die APKV auch bei Hausbesuchen?	<p>Führt der Arzt einen Hausbesuch bei einem Kunden durch, so können die Kosten hierfür im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet und im tariflichen Umfang erstattet werden.</p>

3.9 Ambulant/Sehhilfe

82	Welche Kosten für Sehhilfe werden in den neuen Tarifen erstattet?	<p>Wir erstatten im MeinGesundheitsschutz Plus bis zu 500 EUR und im Tarif Best bis zu 1.000 EUR für Sehhilfen und Pflegemittel innerhalb von 36 Monaten.</p>
83	Wie oft kann eine neue Sehhilfe bezogen werden?	<p>Wir erstatten die Sehhilfen innerhalb von 36 Monaten so lange bis der jeweilige Höchstsatz von 500 EUR im Plus- bzw. 1.000 EUR im Best-Niveau ausgeschöpft ist. Ausschlaggebend ist der Preis der Sehhilfe.</p>

3.10 Ambulant/Beitragsbefreiung

84	Gibt es eine Beitragsbefreiung für ein leibliches Kind oder Adoptivkind, wie lange dauert diese und unter welchen Voraussetzungen?	<p>Für Neugeborene gibt es eine Beitragsbefreiung, wenn die Kinder über eine bedingungsgemäße Kindernachversicherung in MeinGesundheitsschutz-Tarifen versichert werden. Die Befreiung gilt für den Geburtsmonat, sowie für 6 weitere volle Monate. Das Recht auf Beitragsbefreiung kann bei mehreren Kindern auch mehrfach in Anspruch genommen werden (Ausnahme Mehrlingsgeburten).</p>
----	--	---

Häufig gestellte Fragen und Antworten (FAQ)

Anmerkung: Suchfunktion über „Strg. + F“

Stand: 29.07.2024

farblich markiert sind die Änderungen im Vergleich zum Stand 06.05.2024

85	Gibt es eine Beitragsbefreiung für Eltern nach Geburt eines Kindes und unter welchen Voraussetzungen? (Der Elterngeldbezug entfällt für Gutverdiener seit April 2024.)	Eltern können bei Bezug von Elterngeld oder bei Inanspruchnahme von Elternzeit (wenn kein Anspruch auf Elterngeld besteht) innerhalb von 24 Monaten nach der Geburt des eigenen Kindes eine Beitragsbefreiung beantragen. Diese wird (bei Nachweis) für längstens 6 Monate gewährt. Dabei müssen diese 6 Monate nicht am Stück wahrgenommen werden. Zwillingsgeburten zählen dabei wie eine einfache Geburt. Die versicherte Person muss seit mindestens 8 Monaten ab Geburt des Kindes bei uns in einer HKV versichert sein, die eine Beitragsbefreiung vorsieht. Das Recht auf Beitragsbefreiung steht immer nur dem Versicherungsnehmer als Beitragszahler zu. Er kann dies aber für eine (andere) versicherte Person geltend machen (z.B. die mitversicherte Ehefrau).
86	Welche Nachweise sind bei einer Beantragung von Beitragsbefreiung aufgrund Elternzeit/-geld notwendig?	<p>Wir sind bei der Erfassung der Beitragsbefreiung bei Elternzeit/-geld auf Nachweise angewiesen, sonst könnte man pauschal 6 Monate auszahlen, was die Beiträge deutlich erhöht hätte. Ohne einen Nachweis über Elternzeit oder Elterngeld fehlen die Voraussetzungen für die Beitragsbefreiung.</p> <p>Wenn Elterngeld bezogen wird, dann muss dieser Bescheid eingereicht werden, um für diese Zeit des Elterngeldbezuges (maximal 6 Monate) die Beitragsbefreiung zu erhalten.</p> <p>Wenn Elterngeld in der Elternzeit bezogen wird, dann gilt die Beitragsbefreiung für die Zeit des Elterngeldbezuges (maximal 6 Monate). Es muss der Nachweis über Elterngeldbezug eingereicht werden.</p> <p>Wenn Elternzeit genommen wird und kein Elterngeldbezug greift, dann gilt die Beitragsbefreiung für die Zeit der Elternzeit, maximal für 6 Monate. In diesen Fällen muss die AG-Bescheinigung für die Elternzeit sowie die Ablehnung des Elterngeldbescheides eingereicht werden.</p>
87	Muss die Beitragsbefreiung für Eltern ab Geburt in Anspruch genommen werden?	Nein, Sie kann für maximal 6 Monate innerhalb von 24 Monaten nach der Geburt des eigenen Kindes in Anspruch genommen werden. Zwillingsgeburten zählen dabei wie eine einfache Geburt.
88	Muss die Beitragsbefreiung für Eltern in einem Stück in Anspruch genommen werden?	Nein, Sie kann für maximal 6 Monate innerhalb von 24 Monaten nach der Geburt des eigenen Kindes in Anspruch genommen werden. Dabei kann auch die Zeit (in jeweils ganzen Monaten) gesplittet werden. Zwillingsgeburten zählen dabei wie eine einfache Geburt.
89	Warum ist die Beitragsbefreiung für Kinder bzw. Eltern im Best-Tarif nicht länger?	In Abwägung von Kosten und Nutzen hat man sich gegen einen längeren Zeitraum im Bestniveau entschieden. Durch den höheren Tarifbeitrag ist der Vorteil für den Kunden im Best-Tarif durch die Beitragsbefreiung größer als im Plus-Tarif.

Häufig gestellte Fragen und Antworten (FAQ)

Anmerkung: Suchfunktion über „Strg. + F“

Stand: 29.07.2024

farblich markiert sind die Änderungen im Vergleich zum Stand 06.05.2024

90	Wenn beide Eltern bei uns HKV versichert sind und ihr Neugeborenes über die Kindernachversicherung versichern: für wen gilt dann die Beitragsbefreiung?	Die Beitragsbefreiung der Eltern kann (unter Einhaltung der Bedingungen) für beide in Anspruch genommen werden. Zusätzlich gibt es eine Beitragsbefreiung für Kinder, wenn die Kindernachversicherung in die MeinGesundheitsschutz-Tarife erfolgt.
91	Erfolgt die Beitragsbefreiung bei dem versicherten Elternteil und beim Kind automatisch?	Bei einer bedingungsgemäßen Kindernachversicherung erfolgt die Beitragsbefreiung für das Neugeborene automatisch ohne Beantragung. Hintergrund ist, dass diese ohnehin immer im Anschluss an die Geburt gilt. Für die Beitragsbefreiung bei Elternzeit/-geld gilt das nicht, weil diese nicht grundsätzlich, nicht immer am Stück und auch nicht immer gleich im Anschluss an die Geburt erfolgt.
92	Was passiert, wenn in einem Tarif, der gerade beitragsbefreit ist, eine Beitragsanpassung erfolgt?	Die erhöhten Beiträge werden in diesem Fall unmittelbar nach der Beitragsbefreiung gültig. Es wird dennoch zum Anpassungszeitpunkt eine neue Police verschickt, da z.B. Kündigungsrechte aufgrund eines höheren Beitrags zum Zeitpunkt der Beitragsanpassung, nicht zum Ende der Beitragsbefreiung, gelten.
93	Ein Kind kommt z.B. am 01.03. auf die Welt und wird über die bedingungsgemäße Kindernachversicherung versichert: wie lange gilt die Beitragsbefreiung?	Die Beitragsbefreiung gilt für den Monat, in dem das Kind (auch das Adoptivkind) geboren wurde, sowie die darauffolgenden 6 Monate. Ab dem siebten Monat, der auf die Geburt folgt, muss der dann gültige Beitrag für das Kind gezahlt werden. In diesem konkreten Fall wäre die Befreiung bis zum 30.09., ab dem 1.10. muss wieder der reguläre Beitrag gezahlt werden.
94	Ein Elternteil ist noch in einem AktiMed-Tarif versichert und erwartet Nachwuchs. Ist wegen der Beitragsbefreiung ein Wechsel in die MeinGesundheitsschutz-Tarife anzuraten?	Für die Eltern gilt die Beitragsbefreiung, wenn diese zum Zeitpunkt der Geburt bereits 8 Monate in den MeinGesundheitsschutz-Tarifen versichert sind. Insofern ist ein Wechsel zu diesem Zeitpunkt allein vor dem Hintergrund der Beitragsbefreiung nicht anzuraten.
95	Werden alle Tarife, die ein Kunde hat, beitragsbefreit?	Nein, die Beitragsbefreiung gilt nur für die Tarife, welche nach den AVB auch eine Beitragsbefreiung beinhalten, also die Tarife MeinGesundheitsschutz Plus/Best, MeinGesundheitsschutz Zahn und MeineWechseloption. Der BTZ entfällt in dieser Zeit. So müssen z.B. immer die Pflegepflichtversicherung, Krankentagegeldabsicherungen oder auch eine V-Variante weitergezahlt werden.

3.11 Ambulant/Familienleistungen

96	Sehen die neuen Tarife auch Familienleistungen wie die GKV vor?	Ja, die Tarife sehen Familienleistungen, wie die Kinderbetreuungspauschale und Haushaltshilfe vor. Der Tarif MeinGesundheitsschutz Best sieht zusätzlich noch eine Entbindungspauschale bei Hausgeburt vor.
----	---	---

Häufig gestellte Fragen und Antworten (FAQ)

Anmerkung: Suchfunktion über „Strg. + F“

Stand: 29.07.2024

farblich markiert sind die Änderungen im Vergleich zum Stand 06.05.2024

97	Was sind die Voraussetzungen für die Kinderbetreuungspauschale?	<p>Wenn das Kind der versicherten Person erkrankt oder verunfallt ist und von ihr betreut werden muss, ersetzen wir den Verdienstaufschlag in Höhe der vereinbarten Pauschale (je nach Tarifvariante 50 EUR oder 100 EUR). Dafür müssen folgende Voraussetzungen alle erfüllt sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der betreuende Elternteil und das erkrankte Kind sind nach einem Tarif mit der Bezeichnung MeinGesundheitsschutz versichert. • Das Kind ist noch keine 12 Jahre alt. Diese Grenze gilt nicht, wenn das Kind behindert und auf Hilfe angewiesen ist. • Der betreuende Elternteil kann wegen der Kinderbetreuung nicht arbeiten und hat deswegen einen Verdienstaufschlag. • Keine andere Person im selben Haushalt kann das Kind betreuen.
98	Wenn beide Eltern und das Kind in einem Mantel versichert sind ist dann egal, wer die Kinderbetreuungspauschale in Anspruch nimmt (zu Hause bleibt)?	Ja, das Elternteil, welches dann den Verdienstaufschlag hat, kann die Kinderbetreuungspauschale in Anspruch nehmen.
99	Wie wird die Notwendigkeit der Kinderbetreuung nachgewiesen?	Die Kinderbetreuung wird über Kindkrank-Bescheinigung nachgewiesen.
100	Welche Voraussetzungen gelten für die Haushaltshilfe?	<p>Wir erstatten die Kosten für eine Haushaltshilfe, wenn es dem Kunden nicht möglich ist, den Haushalt wegen eines Krankenhausaufenthalts, einer medizinischen Reha/AHB, einer Kur oder häuslicher Krankenpflege weiterzuführen. Weitere Voraussetzung ist, dass keine andere Person im selben Haushalt diesen weiterführen darf und ein Kind im Haushalt lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe noch nicht 12 Jahre alt oder behindert ist und auf Hilfe angewiesen ist.</p> <p>Ist es der Kundin bei Schwangerschaft und Entbindung nicht möglich, den Haushalt weiterzuführen, erstatten wir die Kosten für eine Haushaltshilfe, wenn keine andere Person im selben Haushalt diesen weiterführen kann. Außerdem erstatten wir die Kosten für eine Haushaltshilfe, wenn es wegen schwerer Krankheit, akuter Verschlimmerung einer Krankheit, einer ambulanten Operation oder einer ambulanten Krankenhausbehandlung für den Kunden nicht möglich ist, den Haushalt weiterzuführen. Es darf keine andere Person im selben Haushalt diesen weiterführen können und es darf keine Pflegebedürftigkeit nach dem Elften Sozialgesetzbuch vorliegen.</p> <p>Es ist in allen Fällen eine Bestätigung des Arztes erforderlich, dass es aus den obigen Gründen nicht möglich ist, den Haushalt weiterzuführen.</p>

Häufig gestellte Fragen und Antworten (FAQ)

Anmerkung: Suchfunktion über „Strg. + F“

Stand: 29.07.2024

farblich markiert sind die Änderungen im Vergleich zum Stand 06.05.2024

101	Wie wird die Notwendigkeit der Haushaltshilfe nachgewiesen?	Die Haushaltshilfe wird über eine ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit einer Haushaltshilfe nachgewiesen.
102	Wer organisiert die Haushaltshilfe?	Der Kunde organisiert sich die Haushaltshilfe selbst. Mit der APKV muss hierfür nichts abgestimmt werden.

3.12 Ambulant/Gesundheitskurse

103	Werden auch Gesundheitskurse analog der GKV geleistet und welche Voraussetzungen gelten?	Ja, die Tarife sehen auch Leistungen für Gesundheitskurse vor. Diese Kurse müssen nach § 20 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch zertifiziert sein.
104	Wie viele Gesundheitskurse leisten die neuen MeinGesundheitsschutz-Tarife?	Es gibt keine Anzahlbegrenzung in den Tarifen. Wir übernehmen in MeinGesundheitsschutz Plus Kosten bis 200 EUR und in MeinGesundheitsschutz Best 400 EUR pro Kalenderjahr. Die Kurse werden BRE- und SB-unschädlich erstattet, sofern sie über „MeinVorsorgeprogramm“ eingereicht werden.
105	Gefährden Gesundheitskurse die Beitragsrückerstattung und fällt eine Selbstbeteiligung an?	Das hängt vom Einreichungsweg ab. Wird die Rechnung über „MeinVorsorgeprogramm“ eingereicht, so erfolgt die Erstattung BRE- und SB-unschädlich. Erfolgt die Einreichung über den "regulären Einreichungsweg", erfolgt die Erstattung BRE- und SB-schädlich.

3.13 Ambulant/Kur und Reha

106	Welche Leistungen gelten für Kur und Reha?	<p>Bei einer ambulanten medizinischen Rehabilitation (Reha) nach § 40 Absatz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch erstatten wir die Kosten der Reha-Einrichtung für:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ärztliche Leistungen. • Arznei- und Heilmittel. • Beratungen und Schulungen. <p>Bei einer stationären medizinischen Rehabilitation (Reha) kommen folgende Leistungen zum Tragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unterkunft im Ein-, Zwei- oder Mehrbett-Zimmer. • Verpflegung und Pflege. • Arznei- und Heilmittel. • medizinisch begründete Nebenkosten. • als Krankenhaus-Leistungen berechnete Arztkosten. <p>Bei beiden Rehaformen gilt: Der Anspruch gegenüber anderen Leistungsträgern (etwa Renten- oder Unfallversicherung) geht unserer Erstattung vor. Wir zahlen den Rest, der danach verbleibt.</p> <p>Wir erstatten bis zu 150 Prozent der Kosten, welche die gesetzliche Krankenversicherung für die Reha-Einrichtung akzeptiert (§ 111 Absatz 5 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch), wenn die Einrichtung einen Vertrag mit einem gesetzlichen Reha-Träger hat.</p> <p>Wenn die Reha-Einrichtung keinen Vertrag mit einem gesetzlichen Reha-Träger hat, nehmen wir die Kosten der Reha-Einrichtung mit einem solchen Vertrag, die am nächsten zu Ihrem Wohnsitz liegt. Davon erstatten wir bis zu 150 Prozent der Kosten, welche die gesetzliche Krankenversicherung dafür akzeptiert.</p> <p>KUR: Wir erstatten die Kosten für:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ärztliche Leistungen. • Unterkunft und Verpflegung der Kur-Klinik. • den Kur-Plan. • Arzneimittel. • Kurmittel. • Heilmittel. • die Kurtaxe.
-----	--	--

Häufig gestellte Fragen und Antworten (FAQ)

Anmerkung: Suchfunktion über „Strg. + F“

Stand: 29.07.2024

farblich markiert sind die Änderungen im Vergleich zum Stand 06.05.2024

107	Wie oft kann man eine Kur / Reha beantragen?	<p>REHA: Wir leisten für die Reha einmal innerhalb von 36 Monaten. Der 3-Jahres-Zeitraum umfasst ambulante Reha und Reha im Krankenhaus. Er gilt nicht, wenn eine erneute Reha vor Ablauf dieser Zeit aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ist (etwa bei einer Anschluss-Heilbehandlung).</p> <p>KUR: Im MeinGesundheitsschutz Plus leisten wir bis max. 1500 EUR für eine einmalige Kur innerhalb von 36 Monaten. Im MeinGesundheitsschutz Best leisten wir bis max. 3000 EUR für eine einmalige Kur innerhalb von 36 Monaten.</p>
108	Muss eine Kur / Reha vor Antritt genehmigt werden?	Nein, eine vorherige Genehmigung ist nicht vorgesehen. Jedoch wird empfohlen, dass der Kunde vorab bei uns anfragt.

3.14 Stationär/Allg. KH Leistungen

109	Unter welchen Voraussetzungen wird für Rooming-In gezahlt?	Wir übernehmen die Aufnahme und Verpflegung einer Begleitperson, die aus medizinischen Gründen bei der versicherten Person sein muss. Wenn die versicherte Person jünger als 12 Jahre alt ist, gilt die Mitaufnahme einer Begleitperson immer als medizinisch begründet.
110	Wie wird die medizinische Notwendigkeit bei Kindern > 12 Jahre geprüft?	Die Prüfung der med. Notwendigkeit erfolgt anhand objektiver Befunde und die Begründung muss durch das Krankenhaus erfolgen.
111	Werden die Leistungen des Rooming-In aus dem Tarif des Kindes oder des Angehörigen erstattet?	Wir erstatten die Leistung aus dem Tarif der Person, die behandelt wird.

3.15 Stationär/Behandlung in Privatkliniken

112	Woran erkennt man Privatkliniken?	Privatkliniken informieren ihre Patienten über ihren Status als Privatklinik. Privatkliniken müssen nicht nach dem Krankenhaus-Entgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung abrechnen.
-----	-----------------------------------	---

Häufig gestellte Fragen und Antworten (FAQ)

Anmerkung: Suchfunktion über „Strg. + F“

Stand: 29.07.2024

farblich markiert sind die Änderungen im Vergleich zum Stand 06.05.2024

113	Was ist der Unterschied zwischen einer Akutbehandlung in einer Privatklinik zur Anschlussheilbehandlung in einer Privatklinik?	<p>Beides unterliegt nicht den Abrechnungsbestimmungen des Krankenhaus-Entgeltgesetz (KHEntG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BpflV). Aber es handelt sich um unterschiedliche Behandlungsformen mit unterschiedlichem Versicherungsschutz.</p> <p>Bei der Akutbehandlung in Privatkliniken erstatten wir die Kosten für</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ein-, Zwei- oder Mehrbett-Zimmer. • Verpflegung und Krankenhaus-Pflege. • Arznei- und Heilmittel. • medizinisch begründete Nebenkosten. • Aufnahme und Verpflegung einer Begleitperson, die aus medizinischen Gründen bei der versicherten Person sein muss. <p>Wenn die versicherte Person jünger als 12 Jahre alt ist, gilt die Mitaufnahme einer Begleitperson als medizinisch begründet.</p> <ul style="list-style-type: none"> • als Krankenhausleistungen berechnete Arztkosten. <p>Wir übernehmen die Kosten bis zu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 250% der allgemeinen Krankenhaus-Leistungen, die ein Krankenhaus der Maximalversorgung (etwa Uni-Klinik) verlangt hätte. • Hierfür kommt es auf das Krankenhaus der Maximalversorgung an, das am nächsten zu Ihrem Wohnsitz liegt. • Der Höchstbetrag gilt nicht bei Notfallbehandlung. <p>Wir erstatten die Kosten für gesondert berechnungsfähige ärztliche Leistungen.</p> <p>AHB/stat. medizinische Reha siehe oben.</p>
114	Was muss der Kunde bei Privatkliniken beachten?	Eine vorherige schriftliche Zusagepflicht besteht nicht. Wir empfehlen dem Kunden aber, eine vorherige Kontaktaufnahme, sofern möglich.
115	Welche Leistungen werden in Privatkliniken erstattet?	Wir leisten bis zu 250% der Kosten, die im nächsten Krankenhaus der Maximalversorgung angefallen wären, das regulär nach Krankenhausentgeltgesetz abrechnet. D.h. es werden bis zu 250% der in den AVB aufgeführten Punkte erstattet. Das sind im Wesentlichen die entsprechende Fallpauschale (DRG) und das Zimmer. Die wahlärztliche Rechnung nach GOÄ fällt nicht unter diesen Deckel.
116	Sind die Höchstbeträge (bis 250% der allg. Krankenhaus-Leistungen) ausreichend? Verbleiben Restkosten bei den MeinGesundheitsschutz-Tarifen?	In vielen Fälle reichen die Höchstbeträge aus. Bei teuren Privatkliniken können jedoch Restkosten verbleiben. Es empfiehlt sich, vorab mit einem Kostenvoranschlag nachzufragen.

Häufig gestellte Fragen und Antworten (FAQ)

Anmerkung: Suchfunktion über „Strg. + F“

Stand: 29.07.2024

farblich markiert sind die Änderungen im Vergleich zum Stand 06.05.2024

3.16 Stationär/Ersatz-Krankenhaustagegeld (E-KHT)

117	Das E-KHT gibt es nur, wenn der Versicherte auf eine Wahlleistung verzichtet. Was heißt das?	Wenn der Kunde auf seine Wahlleistung Arzt bzw. Unterbringung verzichtet, dann kann er stattdessen E-KHT in Anspruch nehmen. Das heißt z.B. der Kunde liegt in einem Mehrbettzimmer statt einem Ein- oder Zweibettzimmer, dann erhält der Kunde E-KHT für die Unterbringung.
118	Erhält man in den MeinGesundheitschutz-Tarifen ein E-KHT, wenn man nur auf das Einbettzimmer verzichtet?	Die Tarife sehen Leistungen für Ein- bzw. Zweibettzimmer vor. Das heißt, der Kunde muss sowohl auf das Ein- als auch das Zweibettzimmer verzichten.

3.17 Stationär/Krankentransporte

119	Wer entscheidet über das nächstgelegene geeignete Krankenhaus? Wie sieht es bei einer Überweisung in eine Spezialklinik aus?	Grundsätzlich muss die Klinik objektiv in der Lage sein, die Krankheit zu behandeln. Das heißt, es muss für uns nachvollziehbar sein. Die APKV entscheidet final über die Erstattungsfähigkeit.
120	Wer erhält den Verlegungsservice und wie erhält man diesen?	Der Verlegungsservice (Wunschverlegung) ist ausschließlich im MeinGesundheitsschutz Best versichert. Diesen kann jeder, der im MeinGesundheitsschutz Best versichert ist, in Deutschland in einem Krankenhaus liegt und noch mind. 7 Tage stationär behandelt werden muss, in Anspruch nehmen. Der Kunde muss sich bei der APKV mit seinem Wunsch melden und die Patientenbegleiter organisieren dann die Verlegung.
121	Gilt dieser Verlegungsservice auch aus dem Ausland?	Nein

3.18 Stationär/Stationäre Wahlleistungen

122	Warum ist in beiden Tarifniveaus das Einbettzimmer versichert?	Weil das Zweibettzimmer häufig schon Standard im Krankenhaus ist.
-----	--	---

Häufig gestellte Fragen und Antworten (FAQ)

Anmerkung: Suchfunktion über „Strg. + F“

Stand: 29.07.2024

farblich markiert sind die Änderungen im Vergleich zum Stand 06.05.2024

123	Sind die ärztlichen Leistungen begrenzt?	<p>Die Vergütung für wahlärztliche Leistungen („Chefarzt-Behandlung“) und sonstige Leistungen von im Krankenhaus angestellten Ärzten erstatten wir auch über den Höchstsatz der gesetzlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus.</p> <p>Wir erstatten jedoch keine unangemessen hohen Vergütungen. Das bedeutet, dass wenn der vom Arzt/ der Ärztin angesetzte Steigerungsfaktor nicht den Umfang und/oder die Komplexität der erbrachten Leistung abbildet, kann die Erstattung auf einen angemessenen Betrag reduziert werden.</p> <p>In solchen Fällen muss der Kunde jedoch immer vorab vom Arzt entsprechend aufgeklärt werden (auch darüber, dass eine Erstattung der Kosten durch die Krankenversicherung nicht sichergestellt ist) und eine gültige Honorarvereinbarung unterschreiben.</p> <p>In solchen Fällen empfiehlt es sich immer, vorab bei der APKV anzufragen, ob die Vergütung so akzeptiert wird.</p>
-----	--	---

3.19 Zahn/Implantate

124	Ist die Zahl der Implantate begrenzt? Falls ja, warum?	Nein, die Zahl von medizinisch notwendigen Implantaten ist nicht begrenzt.
-----	--	--

3.20 Zahn/Zahntechnische Leistungen (ZTL)

125	Was bedeutet der Hinweis auf Kostenerstattung für die bundesweit üblichen Preise für zahntechnische Leistungen?	Wir orientieren uns bei der Erstattung an der Bundeseinheitlichen Benennungsliste für zahntechnische Leistungen (BEB). Im Allgemeinen liegen die Kosten der Zahnlabore im Rahmen und die Kosten können in voller Höhe als Erstattungsfähig anerkannt werden. Eine Überprüfung ist erfahrungsgemäß nur in seltenen Ausnahmefällen erforderlich.
-----	---	--

3.21 Zahn/Kieferorthopädie/Zahnstaffel

126	Was genau ist ein Unfall, der die Voraussetzung für den Wegfall der Zahnstaffel und für KFO bei Kunden über 21 ist?	Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf die Kiefer und/oder Zähne einwirkendes Ereignis unfreiwillig gesundheitlich geschädigt wird.
127	Professionelle Zahnreinigung (PZR): Fallen Leistungen für die PZR auch unter die Zahnstaffel?	Die Leistungen fallen grundsätzlich auch unter die Zahnstaffel. Ausnahme: Einmal jährliche PZR, die über „MeinVorsorgeprogramm“ geltend gemacht wird.

Häufig gestellte Fragen und Antworten (FAQ)

Anmerkung: Suchfunktion über „Strg. + F“

Stand: 29.07.2024

farblich markiert sind die Änderungen im Vergleich zum Stand 06.05.2024

128	Welche Leistungen für kieferorthopädische Behandlungen für Erwachsene sieht MeinGesundheitsschutz Zahn vor?	Bei Unfall oder schwerer Erkrankung im Rahmen einer kombiniert kieferchirurgisch-kieferorthopädischen Behandlung erstatten wir die Kosten für kieferorthopädische Leistungen einschließlich u.a. Keramik-, Mini-, selbstligierender Brackets, superelastischer, thermoelastischer, farbloser Bögen, unsichtbarer Zahnschienen, Lingualtechnik.
129	Wechselt ein Kunde von einer ZV MeinZahnschutz in die HKV, wird dann die Versicherungszeit in MeinZahnschutz auf die Zahnstaffel der MeinGesundheitsschutz Zahn-Tarife angerechnet?	Staffelzeiten von Wettbewerbern werden nicht angerechnet, Zeiten aus unseren Tarifen schon. Ausnahme: alle Varianten von ZahnFit (ZF, ZFN, ZF02). Diese erstatten nur Zahnbehandlung, damit ist das nicht gleichartig, weil der Löwenanteil Zahnersatz fehlt. Also erfolgt hier keine Anrechnung. Ausgewiesen wird dies in der Police nicht.

3.22 Zahn/Behandlung in privaten Zahnkliniken

130	Was muss der Kunde bei Zahnprivatkliniken beachten?	Es sind keine Besonderheiten zu beachten. Voraussetzung ist aber immer die medizinische Notwendigkeit einer zahnärztlichen Behandlung unter stationären Bedingungen. Die Kostenerstattung für Unterkunft, Verpflegung und Nebenleistungen in einer Privatklinik erfolgt dann bis zu 250 Prozent der allgemeinen Krankenhaus-Leistungen, die das Krankenhaus der Maximalversorgung verlangt hätte, das am nächsten zum Wohnsitz der versicherten Person liegt.
-----	---	---

3.23 Zahn/Sonstiges

131	Entfällt das Bonusheft für den Zahnbereich bei den MeinGesundheitsschutz-Tarifen?	Es gibt kein Bonusheft für den Zahnbereich.
132	Gibt es eine Vorsorgepauschale im Zahnbereich?	Eine Pauschale gibt es nicht. Nimmt die versicherte Person allerdings an „MeinVorsorgeprogramm“ teil, erstatten wir folgende Kosten bis zu diesen Höchstbeträgen: - Professionelle Zahnreinigung (PZR) 1x im Kalenderjahr bis maximal 130 EUR - Kontroll-Untersuchungen bis zu 2x im Kalenderjahr bis maximal je 60 EUR
133	Gefährdet die Einreichung einer PZR-Rechnung die Beitragsrückerstattung?	Auch Leistungen für PZR gefährden grundsätzlich die Beitragsrückerstattung. Ausnahme: Einmal jährliche PZR, die über „MeinVorsorgeprogramm“ geltend gemacht wird.
134	Sind die zahnärztlichen Leistungen begrenzt?	Zahnärztliche Leistungen erstatten wir in den ersten 3 Kalenderjahren nach Versicherungsbeginn bis zu den im jeweiligen Tarif aufgeführten Höchstbeträgen. Eine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) oder Ärzte (GOÄ) gibt es aber nicht.

Häufig gestellte Fragen und Antworten (FAQ)

Anmerkung: Suchfunktion über „Strg. + F“

Stand: 29.07.2024

farblich markiert sind die Änderungen im Vergleich zum Stand 06.05.2024

135	Welche Grenzen gelten für das Bleaching? Was ist hier zu beachten?	Bleaching wird bis zu 150 EUR innerhalb von 2 aufeinanderfolgenden Kalenderjahren erstattet. Erstattungsfähig sind Bleaching-Leistungen, wenn diese durch Zahnärzte erfolgen, die zur Ausübung der Heilkunde berechtigt und niedergelassen sind oder in Medizinischen Versorgungszentren arbeiten. Wir zahlen in diesem Fall sowohl das Bleaching in der Zahnarztpraxis als auch zu Hause.
-----	--	--

3.24 Übergreifende Leistungen/Auslandsschutz/Grenzgänger

136	Wie lange besteht Versicherungsschutz im Ausland?	In Europa besteht der Schutz zeitlich unbegrenzt, außerhalb Europas besteht im Plusniveau ein Schutz von 6 bzw. im Bestniveau und in den Zahntarifen ein Schutz von 12 Monaten.
137	Warum kann keine Verlängerung des Auslandsschutzes im Ausland erfolgen?	Dies hat tatsächlich aufsichtsrechtliche Gründe. Die APKV hat die Geschäftserlaubnis in Deutschland und über die Dienstleistungsfreiheit auch in der EU/EWR. Eine wesentliche Vertragsänderung ist aber außerhalb von EU/EWR nicht möglich. Darunter fällt auch eine Verlängerung. Daher muss die Verlängerung des Schutzes immer in Deutschland getroffen werden. Bei einem langen Aufenthalt ist im Übrigen oft zu prüfen, ob nicht lokale Gesetzgebung einen lokalen Schutz erfordert (z.B. Obama-Care in den USA).
138	Gibt es Einschränkungen beim Versicherungsschutz im Ausland?	Wir erstatten die ortsüblichen Kosten zu den Prozentsätzen, die für eine Behandlung in Deutschland gelten. Besonderheit: im Plusniveau gibt es eine Eigenbeteiligung bei geplanten Behandlungen im Ausland.
139	Werden Leistungen im Ausland um 20 Prozent reduziert?	Plusniveau: bei geplanter Behandlung außerhalb EU/EWR reduziert sich die Erstattung um 20 Prozent. Beim Bestniveau gibt es diesen Abzug nicht.
140	Sind Zusatzabsicherungen fürs Ausland sinnvoll?	Sofern im Ausland ein Rücktransport gewünscht wird, ist eine entsprechende RKV-Absicherung empfehlenswert. Die neuen Tarife sehen den Rücktransport bei med. Notwendigkeit vor.
141	Können sich Grenzgänger in den MeinGesundheitsschutz-Tarifen absichern?	Sofern der gewöhnliche Aufenthalt in Deutschland liegt, können auch Grenzgänger normal abgesichert werden. Generell wird nach den AVB in Europa geleistet. Liegt nur ein Wohnsitz im Ausland vor, können die Tarife aus aufsichtsrechtlichen Gründen nicht abgeschlossen werden (dies gilt ganz generell für Tarife der APKV).

Häufig gestellte Fragen und Antworten (FAQ)

Anmerkung: Suchfunktion über „Strg. + F“

Stand: 29.07.2024

farblich markiert sind die Änderungen im Vergleich zum Stand 06.05.2024

142	Was passiert bei einem Verzug ins Ausland?	<p>Bei einem Verzug innerhalb EU/EWR kann der Versicherungsschutz nach unseren AVB bestehen bleiben, das auch zeitlich unbefristet.</p> <p>Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in Nicht-EU/EWR Länder endet der Versicherungsschutz. Ein Kunde kann jedoch seinen Vertrag für 10 Jahre auch für das Nicht-EU/EWR-Ausland ausweiten lassen. Das muss uns vor Verzug angezeigt werden. Alternativ kann der Versicherungsschutz unter entsprechenden Bedingungen auch in eine AWV umgewandelt werden.</p>
143	<p>Was passiert, wenn ein Kunde länger als 10 Jahre im Ausland verbleibt. Kann er dann nochmal ausdehnen?</p>	<p>Hierzu kann keine pauschale Antwort gegeben werden. Es hängt maßgeblich davon ab, in welchem Land sich der Kunde aufhält (Stichwort: medizinische Kosten) und wie lange er noch voraussichtlich dort verweilen möchte. Auch ist relevant, wie das Aufsichtsrecht dieses Landes ist, weil eine Verlängerung (als relevante Vertragsänderung) dann unter dem Aufsichtsrecht dieses Landes geschlossen würde. Das kann je nach Land kritisch werden. Das kann sich aber auch alles in den nächsten 10 Jahren ändern, daher muss jeder Vorgang individuell geprüft werden. Generell unkritisch sind Auswanderungen („Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes“) innerhalb der EU/EWR, hier besteht nach den AVB zeitlich unbefristeter Versicherungsschutz.</p>

3.25 Übergreifende Leistungen/Selbstbeteiligung

144	<p>Wieso wird nur eine prozentuale Selbstbeteiligung angeboten? (Ausnahmen MeinGesundheitsschutz Best / Plus 100)</p>	<p>Durch die %-Selbstbeteiligung konnten die Tarifbeiträge stärker gesenkt werden. Das liegt daran, dass diese „länger“ wirken.</p> <p>So zahlt ein Kunde mit absoluten 500 EUR SB die ersten 500 EUR selbst und danach ist er zu 100% abgesichert.</p> <p>Eine %-SB von 10% bis 500 EUR ist erst bei einem Rechnungsbetrag von 5.000 EUR ausgeschöpft. Gleichzeitig erhält der Kunde aber auch für die ersten 500 EUR Rechnungsbetrag bereits 450 EUR Erstattung. Das ist ein klarer Vorteil für den Kunden.</p>
145	<p>Wie funktioniert die prozentuale Selbstbeteiligung? Welche Leistung erhält der Kunde beispielsweise für Zahnersatz?</p>	<p>Im Ambulant- /Stationärbereich wird immer die vom Kunden gewählte SB bis zu dem jeweiligen Höchstbetrag (30% bis max. 1500/10% bis max. 500 EUR pro Kalenderjahr) berücksichtigt. Bei Zahnersatz gilt der jeweils gewählte Versicherungsschutz (75%/90%/100%).</p>
146	<p>Gilt die Selbstbeteiligung auch für betragsmäßig festgelegte Leistungen wie Sehhilfe oder Kur?</p>	<p>Ja, die SB wird berücksichtigt. Die Erstattung (sofern über Höchstbetrag) wird zuerst auf den Höchstbetrag gekürzt und anschließend die prozentuale SB abgezogen.</p>

Häufig gestellte Fragen und Antworten (FAQ)

Anmerkung: Suchfunktion über „Strg. + F“

Stand: 29.07.2024

farblich markiert sind die Änderungen im Vergleich zum Stand 06.05.2024

147	Wird die Selbstbeteiligung auch bei Leistungen aus „MeinVorsorgeprogramm“ angerechnet?	Sofern über „MeinVorsorgeprogramm“ die darin enthaltenen Leistungen eingereicht werden, werden diese ohne SB-Abzug bis zum Höchstbetrag erstattet.
-----	--	--

3.26 Übergreifende Leistungen/Beitragsrückerstattung (BRE)

148	Wird die BRE der MeinGesundheitsschutz-Tarife auch für ein Rumpffahr gezahlt?	Die erfolgsabhängige BRE, sowie die erfolgsunabhängige BRE werden auch anteilig für ein Rumpffahr gewährt.
149	Wird bei Einreichung von Rechnungen vor Überweisung auf den günstigeren Bezug der BRE hingewiesen?	Nein, aber über den BONUS-Check kann der Kunde selbständig prüfen, ob sich eine Einreichung lohnt, bzw. wenn er über das Jahr Belege eingereicht hat, ob er eine Rückabwicklung durchführen lassen möchte.
150	Wird die BRE separat pro Bereich (ambulant/stationär/Zahn) berechnet?	Die BRE bezieht sich immer auf alle BRE-berechtigten Tarife. Man muss immer in allen (!) BRE-berechtigten Tarifen leistungsfrei sein, um die BRE (für alle BRE berechtigten Tarife) zu erhalten.
151	Wie verfahren wir bei Wünschen nach Tarifwechsel mit Kunden, die in den letzten Jahren leistungsfrei geblieben sind?	Die Kunden müssen für einen Tarifwechsel in die neuen MeinGesundheitsschutz-Tarife immer einen Antrag mit vollständig ausgefüllten Gesundheitsfragen einreichen. Die Risikoprüfung erfolgt dann auf Basis dieser Daten.
152	Wenn der Kunde am Ende des Jahres doch nicht die BRE erhalten möchte, kann die als Vorsorge eingereichte Rechnung (war gerade das Zahnbeispiel mit PZR und Füllung) noch abschließend erstattet werden?	Auf Wunsch des Kunden kann hier eine Rückabwicklung stattfinden.
153	Ist es nach wie vor möglich bereits erstattete Rechnungen wieder rauszukaufen, wenn die voraussichtliche BRE höher ist?	Ja, an den bisherigen Regelungen ändert sich hier nichts.
154	Wirkt sich eine Beitragsbefreiung schädlich auf die BRE aus?	Die Beitragsbefreiung an sich ist keine Leistung im Sinne der BRE, man bekommt also weiterhin die BRE, wenn man ansonsten leistungsfrei ist. Aber sie verringert die BRE, da die Beitragssumme sinkt.

3.27 Übergreifende Leistungen/Anwartschaftsversicherung/Gruppenversicherung

155	Gibt es auch in den neuen Tarifen eine Anwartschaft?	Ja, für alle in der HKV bekannten Situationen gibt es die Möglichkeit, auch die MeinGesundheitsschutz-Tarife auf eine Anwartschaftsversicherung umzustellen.
156	Gibt es auch in den neuen Tarifen GV Rabatte?	Es gibt die üblichen Rabatte, je nach Gruppenvertrag.

4. Die neuen AVB (B5)

4.1 Aufbau und Inhalt

157	Warum ist der Aufbau der AVB anders?	Mit der Einführung der B5 AVB wird insbesondere die Darstellung der Leistungsinhalte durch eine Tabellenform wesentlich verbessert. Der Kunde findet seine abgesicherten Leistungen übersichtlich mit evtl. Voraussetzungen für die Leistung dargestellt. Das Ziel war, die AVB für den Kunden transparenter und übersichtlicher zu gestalten.
158	Verbessern die neuen AVB die Wettbewerbsfähigkeit?	Eine ansprechende, dem Kunden besser zu vermittelnde Darstellungsweise verbessert auch die Wettbewerbsfähigkeit der neuen AVB. Außerdem wurden die Leistungen in zahlreichen Details den Anforderungen an ein modernes Tarifwerk angepasst.
159	Können die in den AVB genannten Preise angepasst werden?	In den neuen AVB werden keine Preise mehr aufgeführt. Es gibt z.B. zu den Vorsorgeaufwendungen Höchstbeträge, welche aufgeführt sind.
160	Ist geplant die AVB der Alttarife auf die neue Systematik umzustellen?	Nein, eine Umstellung aller Alttarife in die neue B5 Form ist nicht vorgesehen. Dazu wären umfassende Änderungen nötig, und der Nachweis, dass diese alle rein redaktionell sind und keine inhaltlichen Änderungen bewirken, wäre kaum möglich.

5. Risikoprüfung

5.1 Gesundheitsfragen

161	Gibt es neue Gesundheitsfragen?	Die Gesundheitsfragen werden sowohl in Arkade als auch in der Online-Antragsstrecke für den Zahnbereich angepasst. Es wird im Neugeschäft für den Abschluss der MeinGesundheitsschutz-Tarife keine Frage mehr nach ersetzten Zähnen geben. Im PDF-Antrag bleiben diese Fragen jedoch gleich, weil dieser Antrag z.B. auch für Tarifwechsel innerhalb der alten HKV-Tarife verwendet werden kann.
162	Für welche Tarife gelten die geänderten Gesundheitsfragen?	Die geänderten Gesundheitsfragen (im Zahnbereich) gelten ab 01.05.2024 für alle MeinGesundheitsschutz Zahn-Tarife.
163	Wie kann ein Tarifwechsel in die neuen Tarife beantragt werden?	Ein Tarifwechsel in die neuen MeinGesundheitsschutz-Tarife kann nur mit einem vollständig ausgefüllten PDF-Antrag und vollständig ausgefüllten Gesundheitsfragen erfolgen (nicht über BBO).

5.2 Risikoprüfung Human

164	Gibt es Änderungen am Prozess der Risikovorprüfung?	Nein, der Prozess bleibt wie bisher. Die Darstellung der neuen Tarife auf der RZ-Erklärung erfolgt in Form der Gesamttarifbezeichnung. Das bedeutet, dass das Tarifniveau und der Selbstbehalt so zusammengefasst werden, dass der Kunde transparent seinen Tarif in einer Bezeichnung findet. Zum Beispiel werden die Tarife GSP70, GSUP90 und GSUP100 zu der Gesamttarifbezeichnung GSP100 zusammengefasst. Der Zahntarif wird immer gesondert ausgewiesen.
165	Gibt es Veränderungen bei der Risikoprüfung Human?	Nein, die Risikoprüfung Human bleibt wie bisher. Die neuen Tarife haben lediglich eine eigene Kalibrierung (aufgrund der deutlich höheren Leistungen), so dass sich die Höhe der Risikozuschläge ändern kann.
166	Gibt es einen Unterschied im Risikoprüfungsniveau der alten und neuen Tarifwelt?	Auch für die neuen Tarife erfolgt die Kalkulation von Risikozuschlägen mit unserer Risikoprüfungssoftware Themis. An der grundsätzlichen Logik der RZ-Ermittlung ändert sich dabei nichts. Jedoch leisten die neuen MeinGesundheitsschutz-Tarife deutlich mehr als die bisherigen HKV-Tarife, so dass die Risikozuschläge höher ausfallen können.
167	Wird bei Tarifwechsel in die neuen Tarife eine Erstantragsauswertung (EAA) angewendet?	Ja, aus allen Alt-Tarifen ungleich AktiMed erfolgt eine EAA bei Tarifwechsel in die neuen Mein Gesundheitsschutz Tarife. Bei einem Tarifwechsel aus den AktiMed-Tarifen erfolgt keine EAA.
168	Werden Risikozuschläge nur auf die Tarife MeinGesundheitsschutz Best 70 bzw. Plus 70 erhoben, oder auch auf die Upgrade-Tarife (GSUP90, GSUP100, GSUB90, GSUB100)?	Alle Tarife mit ambulanten/stationären Leistungen der MeinGesundheitsschutz-Serie werden risiko- geprüft und erhalten bei entsprechendem Risiko auch Risikozuschläge, damit auch die Upgrade-Tarife.

5.3 Risikoprüfung Zahn

169	Gibt es Veränderungen der Risikoprüfung Zahn?	<p>Da wir nicht mehr nach der Anzahl ersetzter Zähne fragen, gibt es auch keine Risikozuschläge für ersetzte Zähne.</p> <p>Für jeden fehlenden Zahn wird nicht mehr ein fixer RZ-Betrag notwendig, sondern ein Risikozuschlag in Höhe von 20% des Zahn-Tarifbeitrages.</p> <p>Bei geplanten Maßnahmen kann - sofern uns die Kosten vorliegen - ein Angebot mit Risikozuschlag erfolgen (bis max. 10.000 EUR geplanter Kosten). Alternativ kann ein Kunde für diese Maßnahmen auch einen Leistungsausschluss (auf Wunsch) erhalten.</p>
-----	---	--

Häufig gestellte Fragen und Antworten (FAQ)

Anmerkung: Suchfunktion über „Strg. + F“

Stand: 29.07.2024

farblich markiert sind die Änderungen im Vergleich zum Stand 06.05.2024

170	Ein Zahn-RZ wird zukünftig in Prozent des Beitrags kalkuliert. Erhöht sich dieser bei einer künftigen Beitragsanpassung (da %-Wert der gestiegenen Grundprämie) oder bleibt der Risikozuschlag als fixer Wert bestehen?	Ein Zahn-RZ wird bei einer BAK im gleichen Verhältnis angepasst, wie die Zahnbeiträge steigen.
171	Warum sind Risikozuschläge grundsätzlich auf Dauer ausgelegt?	Die Zuschläge werden zum Ausgleich von Kosten für die Sanierung des bei Tarifabschluss angezeigten Gebisszustandes erhoben. Nach erfolgter Sanierung können sie nicht entfallen, da die Sanierungskosten ausgeglichen werden müssen.
172	Greift die Zahnstaffel auch dann, wenn bei angeratener Behandlung, fehlenden/überkronten/ersetzten Zähnen ein Risikozuschlag vereinbart wird?	Ja, die Zahnstaffel gilt immer.

5.4 Risikoprüfung bei Tarifwechseln

173	Warum wird bei jedem Wechsel in die neuen Tarife eine Risikoprüfung ausgelöst?	Die neuen Tarife sehen Leistungen vor, welche in der alten Tarifwelt noch nicht, oder in geringerem Ausmaß vorhanden waren (z.B. spezielle GKV-Leistungen). Dadurch entstehen bei einem Wechsel in die neuen Tarife immer Mehrleistungen, die eine Risikoprüfung auslösen.
174	Wird die Risikoprüfung nur auf die Mehrleistungen angewendet oder auf das gesamte Leistungsspektrum des neuen Tarifes?	Die Risikoprüfung wird nur auf die Mehrleistungen eines Tarifes angewandt. Dies ist auch im § 204 VVG vorgeschrieben.

6. Kindernachversicherung

175	Kann eine Kindernachversicherung in den MeinGesundheitsschutz-Tarifen erfolgen, wenn die Eltern noch in AktiMed-Tarifen versichert sind?	Sind Eltern in den AktiMed-Tarifen versichert (unabhängig ob Bisex oder Unisex), erfolgt eine bedingungsgemäße Kindernachversicherung auch in den Unisex AktiMed-Tarifen. Eine Personennachversicherung muss in die MeinGesundheitsschutz-Tarife erfolgen.
176	Kann eine Kindernachversicherung in den MeinGesundheitsschutz-Tarifen erfolgen, wenn die Eltern in den Tarifen MB100/MP100 versichert sind?	Nein, eine bedingungsgemäße Kindernachversicherung kann nicht in den MeinGesundheitsschutz-Tarifen erfolgen. Die bedingungsgemäße Kindernachversicherung erfolgt in die verkaufsoffenen Ärztetarife MB100/MP100. Aus alten Bisex-Ärztetarifen erfolgt die bedingungsgemäße Kindernachversicherung ebenfalls in die verkaufsoffenen Ärztetarife MB100/MP100.

Häufig gestellte Fragen und Antworten (FAQ)

Anmerkung: Suchfunktion über „Strg. + F“

Stand: 29.07.2024

farblich markiert sind die Änderungen im Vergleich zum Stand 06.05.2024

177	Elternteil(e) sind im AktiMed-Tarif versichert - Kind wird in neue Tarifwelt versichert mit Beitragsbefreiung? Jeder Tarif möglich? Gibt es eine Übersicht der Prämien bei Kindernachversicherung nach der Beitragsbefreiung von 6 Monaten?	Die Beitragsbefreiung für das Kind gilt nur, wenn mindestens 1 Elternteil bereits in MeinGesundheitsschutz versichert war und das Kind über die bedingungsgemäße Kindernachversicherung (KNV) versichert worden ist. Sind beide Elternteile in AktiMed versichert, ist keine KNV in MeinGesundheitsschutz möglich. Die Beitragstabellen sind mit dem Rundschreiben vom 19.03. veröffentlicht worden.
178	Wird es bei KNV eine veränderte Courtagezahlung wegen der Beitragsbefreiung geben?	Wir bezahlen die Provision bis auf weiteres schon unmittelbar nach der Policierung der KNV während der Beitragsbefreiung in den ersten 6 Monaten, also bereits vor Fälligkeit, an den Vermittler aus. Dies ist eine Sonderregelung für die KNV bei MeinGesundheitsschutz-Tarifen und beruht auf einem Entgegenkommen des Produktgebers, ohne dass der Vermittler hierauf einen Anspruch hat. Die Provisionshaftung des Vermittlers bleibt hiervon unberührt.
179	Wann greift die Beitragsbefreiung fürs Kind? Wie lang muss die Vorversicherungszeit beim Elternteil sein, bevor das Kind nachversichert wird?	Für Neugeborene gibt es eine Beitragsbefreiung, wenn die Kinder über eine KNV in MeinGesundheitsschutz-Tarifen versichert werden. Generell muss ein Elternteil mindestens 3 Monate bei uns versichert sein, um die bedingungsgemäße KNV in Anspruch nehmen zu können. Wenn der Antrag auf Abschluss der Krankenversicherung jedoch bereits vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn angenommen worden ist, rechnet die 3-Monatsfrist von der Antragsannahme an.

7. Umgang mit AktiMed-Tarifen/Alttarifen

180	Was passiert mit den bisherigen HKV-Tarifen für Angestellte und Selbstständige?	Die AktiMed-Unisex-Tarife werden ab dem 01.05.2024 für das Neugeschäft geschlossen.
181	Was für Auswirkungen hat die Tarifschließung für Bestandskunden?	Die Schließung der AktiMed-Tarife hat grundsätzlich keinen Einfluss auf Bestandskunden. Die im Alter entstehenden Mehrkosten werden aus der dafür gebildeten Alterungsrückstellung entnommen. Zudem werden älteren Versicherten zusätzliche Mittel zum Ausgleich von nicht altersbedingten Kostensteigerungen zur Verfügung gestellt (z.B. aus gesetzlichem Beitragszuschlag und Zinsüberschüssen nach §12a VAG).
182	Kann ein Kunde auch innerhalb nicht mehr aktiv angebotener Tarife wechseln?	Ja, ein Tarifwechsel ist auch in Tarife möglich, in denen der Kunde versicherbar ist, auch wenn diese nicht mehr aktiv für das Neugeschäft angeboten werden. Lediglich ein Wechsel aus der Unisex-Welt in die Bisex-Welt ist nicht möglich, sowie ein Wechsel von Tarifen mit Übertragungswert in Tarife ohne Übertragungswert.