

Vorschlag für Ihre Krankenversicherung

Tarifinformationen

Forum Germany, geb. 12.09.1980, Selbständige, Beginn: 01.03.2005

Angebotsrahmen: Vollschutz (Start FIT)

Tarif	Beschreibung		Beitrag
Start FIT * (KVG2)	ambulante Heilbehandlung durch Primärarzt zu 100%, bei Erstbehandlung durch Facharzt 80%. Zahnbehandlung 100% / Zahnersatz 50%, Krankenhausbehandlung 100%, Mehrbettzimmer / Regelleistung 300,- EUR Selbstbehalt insg.	EUR	93,92
PVN	Pflegepflichtversicherung	EUR	15,48
Gesetzlicher Zuschlag für die mit * gekennzeichneten Tarife		EUR	9,39
Der Gesamtbeitrag ohne Zuschlag beträgt ab 01.03.2005		EUR	109,40
Der Gesamtbeitrag beträgt ab 01.03.2005		EUR	118,79

Beitragsübersicht

(ggf. sind Arbeitgeberanteile und Pauschalerstattungen berücksichtigt)

Der zu zahlende Beitrag setzt sich zusammen aus den Beiträgen für

Herrn Forum Germany	EUR	118,79
und beträgt ab 01.03.2005 monatlich	EUR	118,79

Der unter Berücksichtigung des möglichen Gesundheitsrabattes
zu zahlende Beitrag setzt sich zusammen aus den Beiträgen für

Herrn Forum Germany	EUR	108,46
und beträgt ab 01.03.2005 monatlich	EUR	108,46

Leistungsinformationen

Start FIT (KVG / KVE)

Ambulante Heilbehandlung (KVG / KVE)

Leistungsumfang

- Ambulante Heilbehandlung durch Ärzte zu 100%. Wird die Erstbehandlung nicht durch einen Primärarzt (Arzt für Allgemeinmedizin/praktischer Arzt, Facharzt für Frauenheilkunde, für Augenheilkunde oder für Kinderheilkunde) durchgeführt, reduziert sich die Erstattung auf 80%.
- Arznei- und Verbandmittel zu 100%. Wurde die Erstbehandlung nicht durch einen Primärarzt durchgeführt reduziert sich die Erstattung auf 80%.
- Für ambulante Operationen gilt die Erstattung wie bei einer Behandlung durch den Primärarzt (100%). Zusätzlich werden Heil- und Hilfsmittel, die im Zusammenhang mit der Operation stehen, zu 100% erstattet.
- Heilmittel zu 90% (Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen, Logopädie, Massagen sowie medizinische Bäder jeder Art)
- Hilfsmittel zu 90% (orthopädische Hilfsmittel, Heimdialysegeräte und Krankenfahrstühle). Hör- und Sprechhilfen sind jeweils bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.000 EUR erstattungsfähig.
- Sehhilfen bis 100 EUR alle 36 Monate
- Hausentbindung: Neben der Kostenerstattung für Arztbehandlung, Hebammenhilfe, Arznei- und Verbandmittel wird ohne Anrechnung auf den Selbstbehalt ein Betrag in Höhe von 500 EUR gezahlt.

Zahnbehandlung und Zahnersatz (KVG / KVE)

Leistungsumfang

- Zahnbehandlung zu 100%. Z.B.: Allgemeine zahnärztliche Leistungen, prophylaktische Leistungen, chirurgische und konservierende Leistungen (mit Ausnahme von Kronen und Einlagefüllungen).
- Für Zahnbehandlung gelten die Regelhöchstsätze der Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ).
- Zahnersatz und Kieferorthopädie bis zu 50% (KVG) bzw. 80% (KVE). Als Zahnersatz gelten z.B.: Prothetische Leistungen einschließlich Kronen, Einlagefüllungen und Implantate sowie Materialien und Laborarbeiten.
- Bei Zahnersatz ist vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorzulegen - ansonsten verringern sich die Leistungen auf 40% (KVG) bzw. 60% (KVE).
- Bei Zahnersatz in Folge eines Unfalls entfallen die nachfolgend aufgeführten Höchstsätze.
- Für Zahnersatz (nur KVG) gelten die Regelhöchstsätze der Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ).

Leistungshöhe:

Tarif	Erstattung	Rechnungshöchstbeträge für Zahnersatz und Kieferorthopädie					
		Zahn-behandlung	Zahn-ersatz	bis Ende des 2. Vers.-Jahr	bis Ende des 4. Vers.-Jahr	bis Ende des 6. Vers.-Jahr	ab dem 7. Vers.-Jahr jährlich
KVG2	100%		bis 50%	750 EUR	1.500 EUR	3.000 EUR	5.000 EUR

Stationäre Krankenhausbehandlung (KVG / KVE)

Leistungsumfang

- Übernahme der Kosten einer stationären Krankenhausbehandlung in der Allgemeinen Pflegeklasse
- Kosten des Transports mittels Krankenwagen oder Rettungshubschrauber zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus
- Arzthonorare bei belegärztlicher Behandlung im Krankenhaus

Start F I T - E x t r a s (KVG / KVE)

Leistungsumfang

- Optionsrecht auf höherwertigen Versicherungsschutz bei der HanseMerkur. Im gesamten 4. Versicherungsjahr ohne erneute Risikoprüfung. Im gesamten 6. Versicherungsjahr mit Risikozuschlag von bis zu 50% auf die Mehrleistungen möglich. Im gesamten 8. Versicherungsjahr mit Risikozuschlag von bis zu 100% auf die Mehrleistungen möglich.
Voraussetzung: Vor Abschluss des Tarifes KVG / KVE darf bei der HanseMerkur kein sonstiger Krankheitskostenvollversicherungsschutz bestanden haben.
- Gesundheitsrabatt in Höhe von 10% auf den Beitrag des Tarifs KVG / KVE, sofern die vom Versicherer festgelegten Kriterien eines Gesundheits-Checks erfüllt werden. (Für alle versicherten Personen, die das 20. Lebensjahr vollendet haben, nicht jedoch für Versicherte der Ausbildungsversion KVG1 / KVE1)

Leistungshöhe:

Tarif	Selbstbehalt
KVG2	300 EUR

Pflegepflichtversicherung (PVN)

Leistungsumfang

Bei häuslicher Pflege

- Pflegesachleistung (Pflegeeinsätze durch ambulante Pflegedienste)
 - Pflegegeld (wenn Pflege durch eine Pflegeperson in geeigneter Weise selbst sichergestellt wird)
 - Eine Kombination der beiden vorgenannten Leistungen ist ebenfalls möglich.
 - Kurzzeitpflege bis zu 4 Wochen je Kalenderjahr (vollstationär)
 - Pflegebedingte Umbauten in der Wohnung bis zu 2.560 EUR je Maßnahme
 - Pflegehilfsmittel (z.B. Gehhilfen, Pflegebett) jeweils 10 % Eigenbeteiligung, maximal aber 26 EUR
- Bei stationärer Pflege
- Pflegebedingte Aufwendungen in vollstationären Einrichtungen ab 1.7.1996

Leistungshöhe (abhängig von der Pflegestufe):

Tarif	Leistung	Erstattung	
PVN	Pflegesachleistung	bis zu	1.432 EUR
	Pflegegeld	bis zu	665 EUR
	Tages- oder Nachtzeitpflege	bis zu	1.432 EUR
	Kurzzeitpflege	bis zu	1.432 EUR
	Stationäre Pflege ab 1.7.1996	bis zu	1.432 EUR

Die Wartezeit beträgt 5 Jahre, wobei das Versicherungsverhältnis innerhalb der letzten 10 Jahre vor Stellung des Leistungsantrages mindestens 5 Jahre bestanden haben muss. Bei erstmaliger Stellung eines Leistungsantrages bis 31.12.1999 gelten besondere Wartezeiten. Die nachweislich ununterbrochene Versicherungszeit in der sozialen Pflegeversicherung oder der privaten Pflegepflichtversicherung wird auf die Wartezeit angerechnet.

Erläuterungen / Hinweise

Die Beiträge verstehen sich vorbehaltlich einer Antragsprüfung.

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der jeweiligen Tarife.

Der nachfolgende Absatz gilt nicht für Anwartschaftversicherungen.

Die allgemeine Wartezeit für den Beginn des Versicherungsschutzes beträgt 3 Monate. Die besonderen Wartezeiten betragen 6 Monate für Zahnbehandlung und Zahnersatz und 8 Monate für Entbindung.

Bei einem Übertritt aus der GKV wird die dortige Vorversicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet, so dass sie in aller Regel entfallen. Gleiches gilt bei einem unmittelbaren Übertritt von einer anderen PKV, sofern eine ambulante und stationäre Vorversicherung (Vollschatz) bestanden hat.

Die allgemeine Wartezeit entfällt bei Unfällen und bestimmten Infektionskrankheiten. Fortfall der Wartezeiten ist auch bei ärztlicher Untersuchung, Mitversicherung eines Ehegatten (allgemeine Wartezeit) oder eines Neugeborenen möglich.

Gesetzlicher Beitragsszuschlag:

Für die mit einem * gekennzeichneten Tarife erhöht sich der Beitrag um den 10%igen gesetzlichen Zuschlag aufgrund des Gesundheitsreformgesetzes 2000. Diese zusätzlichen Altersrückstellungen dienen der Beitragsstabilität ab dem 65. Lebensjahr.