



Sehr geehrte Leser,

nun geht es doch wieder schnell. Kurz nach dem Erscheinen der letzten Finanz-News zum Thema:

[Auszeichnung als TOP Versicherungsmakler im Focus](#) (Download auf der Website)

(diese finden Sie bei den Downloads) gibt es nun gleich die weitere Ausgabe. Heute geht es um einen neuen PKV Tarif am Markt, unter der Marke Deutscher Ring, startet die Signal Iduna Krankenversicherung den neuen Tarife.

PRIME – der neue Hochleistungstarif

Ihnen viel Spaß beim Lesen und Teilen.

Sagen Sie mir gern, was Sie von dem Tarif halten, was Ihnen fehlt oder welche Leistungen Ihnen so gar nicht wichtig sind und kommentieren die Beiträge im Blog auf www.online-pkv.de.

Ihr

Sven Hennig

Inhalt:

Rahmenbedingungen und Tarif	2
Geltungsbereich und Arztkosten	3
Naturheilkunde, Vorsorge, Impfungen	4
Heilmittel, Hilfsmittel, Lasik	5
Fahrtkosten und besondere Leistungen	6
Kostenerstattung stationär	7
Optionsrechte	8
Beitragsbefreiung	9
Beitragsrückerstattung & Fazit	10
Wechselrecht bestehender Kunden und Presseinformationen	11

In den letzten Jahren waren die Versicherer eher vorsichtig. Keiner wollte so recht mit neuen Tarifen an den Markt, auch weil keiner so richtig wusste was das so kommen mag, gesundheitspolitisch. Aber die Anforderungen an einen Krankenversicherungsschutz haben sich in den letzten Jahren deutlich verändert. So kommt die Private Krankenversicherung langsam wieder darin zurück, wo diese einmal herkam.

Bereits mehrfach habe ich geschrieben, dass nicht jeder der kann auch in die private Krankenversicherung gehört. Es gibt viele die eine PKV als "Geldsparmmodell ansehen" und auch einige Kollegen verkaufen das Produkt so. Falscher geht es aber schon gar nicht mehr. Die [Signal und der Deutsche Ring haben vor einigen Jahren den Zusammenschluss bekannt gegeben](#) und einige vermuteten schon, der Dt. Ring würde als lange bestehende Marke am Markt verschwinden. Das sieht aber gar nicht so aus. Auch wenn es ein Unternehmen ist und das "Deutscher Ring" im Namen nicht enthalten ist, als Marke besteht es weiter.

Signal Iduna mit neuem Deutscher Ring Tarif PRIME - die Rahmenbedingungen

Bisher bietet der Dt. Ring für Angestellte und Selbstständige im Wesentlichen zwei Tariflinien an. Dazu gehört der Esprit (mit dem Esprit M = Mehrbettzimmer) und der Comfort+, jeweils mit unterschiedlichen Leistungen und Zielgruppen. Doch auch wenn der Comfort+ einmal zu den leistungsfähigsten Tarifen am Markt gehörte, hat sich der Markt verändert. Das bedeutet nicht, dass der Tarif schlechter geworden ist, aber der Markt drum herum eben besser oder anders.

Diesen Veränderten Rahmenbedingungen trägt der Deutsche Ring, bzw. die Signal Iduna jetzt Rechnung und hat vor einigen Tagen einen neuen Tarif am Markt eingeführt, den PRIME. Damit soll ein Tarif positioniert werden, welcher sich am oberen Ende des Leistungsniveaus positioniert. Ob das gelungen ist und wie die Tarifbedingungen im Detail aussehen, das habe ich mir einmal genauer angesehen. Auch schauen wir uns an, was dieses für Bestandskunden des Dt. Rings bedeutet, ob diese nun wechseln können und sollten oder eben nicht.

Signal Iduna mit neuem Deutscher Ring Tarif PRIME - der Tarif

Der neue Tarif PRIME wird mit nur einer einzigen Selbstbeteiligung an den Start gehen, nämlich der Tarifstufe mit NULL, also ohne Selbstbeteiligung. Das ist auch schon das erste Manko, denn gerade wer dort versichert ist und für eine begrenzte Zeit seine Leistungen reduzieren oder verändern möchte, dem fehlt jedwede Option. Natürlich steht den Kunden ein umfangreiches Tarifwechselrecht nach 204 VVG zu und damit fast alle Tarife der Signal Iduna und des Deutschen Rings offen, aber dann stellt sich wieder die Frage wie und ob der Versicherte auch ohne Gesundheitsprüfung zurück in seinen Tarif kommen kann. Auch das schauen wir uns nachher noch an, speziell die Wechseloptionen und weitere Leistungen.

Der Anspruch, welchen die Signal Iduna hier verfolgt ist klar, es soll ein Tarif mit einem höchstmöglichen Leistungsangebot werden, sicher kein Tarif für jedermann auch sicher keiner der hunderttausende Kunden als Zielgruppe hat. Daher bleibt abzuwarten wie sich der Tarif entwickelt und damit meine ich nicht primär die Beiträge, sondern auch die Anzahl der Versicherten.

Schauen wir aber zunächst einmal etwas genauer auf die Leistungen. Genaue Leistungsbeschreibungen und Ausschlüsse sind in den Versicherungsbedingungen zu entnehmen,

diese verlinke ich wie immer unten unter dem Beitrag. Auch im [Downloadbereich](#) stehen Ihnen diese als pdf zur Verfügung.

Weltgeltung

Der Tarif bekommt eine Weltgeltung. Maßgeblich hierfür ist die Regelung unter Punkt 2.3 der Bedingungen, wo es wörtlich heißt:

*2.3 Weltgeltung **Es besteht weltweiter Versicherungsschutz.** Der Tarif Prime kann **nach Verlegung des Wohnsitzes** oder gewöhnlichen Aufenthaltes außerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums bestehen bleiben. Abweichend von § 1 Abs. 4 MB/KK 2009 i. V. m. Tarifbedingung Nr. 2 und § 15 Abs. 3 MB/KK 2009 i. V. m. Tarifbedingung Nr. 44 ist insoweit eine anderweitige Vereinbarung für einen Tarifwechsel zur Fortsetzung des Versicherungsschutzes nach Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes außerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums **nicht erforderlich**. Für den Tarif kann der Versicherer dann aber einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen (siehe § 15 Abs. 3 MB/KK 2009 i. V. m. Tarifbedingung Nr. 44)*

Fazit: Sie können überall hin und haben weltweiten Versicherungsschutz, aber: es kostet unter Umständen Geld. Was angemessen ist definiert der Versicherer nicht, jedoch ist klar, **er kann es nicht ablehnen und kann einen Zuschlag verlangen**.

Zudem entfallen die Wartezeiten, welche sich sonst als allgemeine oder besondere Wartezeiten in §3 MB/KK finden, was aber auch bisher bei einem nahtlosen Übergang aus der GKV meist der Fall war.

Arzt-/ Behandlungskosten

Grundlage für die Abrechnung von ärztlichen Leistungen sind die Gebührenordnung für Ärzte bzw. die für die Zahnärzte. Versichert sind zudem im Ausland die Kosten, wenn Sie die

*für die **Behandlung von Ausländern am Behandlungsort üblicherweise berechneten Sätzen entsprechen**. Insoweit finden hier deutsche Gebührenordnungen keine Anwendung. Die Leistungen in der ambulanten örtlichen Behandlung sind zu 100% versichert und auch die Honorare werden nicht begrenzt.*

Damit ist auch die Befürchtung, zum Beispiel in Asien, zu einem "lokalen und vielleicht schlechterem Arzt zu müssen" geklärt. Hier wird von angemessenen Kosten gesprochen und einige mögen sich an dem Wort "üblicherweise" stören, jedoch halte ich die Formulierung durchaus für gut und es lässt sich am Ende auch nicht alles in eine 100% konkrete Formulierung packen.

Genannt sind ebenso die Kosten für Hebammen, Entbindungspflegern und auch weiter detailliert die Kosten für psychotherapeutische Behandlung. Zwingende Voraussetzung ist eine Zulassung und die Tätigkeit in eigener Praxis. Auch Kinder- und Jugendpsychologen finden sich in der Aufzählung in 3.1 der Tarifbedingungen. Wer stattdessen lieber den Heilpraktiker aufsuchen möchte, auch diese Option besteht und sind damit im Rahmen der entsprechenden Gebührenordnungen nutzbar.

Wer sich bei einer Behandlung für eine die ambulante Variante entscheidet (als so genannter stationsersetzender Eingriff gemäß § 115b SGB V), der wird mit einer zusätzliche Leistung von 200 € belohnt, welche zusätzlich zu den erstattungsfähigen Kosten ausgezahlt wird.

Naturheilkunde

Auch hier geht man "mit dem Markt" und passt sich an. Darüber kann man vortrefflich streiten. Während einige darauf schwören, ist und bleibt es für viele andere Hokuspokus und allen wird man es nie recht machen. In den neuen Bedingungen finden sich daher Aussagen zur Naturheilkunde.

Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.1 sind darüber hinaus die Kosten für

*Naturheilkunde für – **Heilpraktiker Leistungen** im Rahmen des geltenden Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) bis zum Höchstbetrag des Verzeichnisses; psychotherapeutische Behandlung durch Heilpraktiker ist nur erstattungsfähig, wenn diese ärztlich verordnet wurde; – von Ärzten oder Heilpraktikern durchgeführte, im **Hufeland-Leistungsverzeichnis aufgeführte Therapieformender Naturheilkunde; – naturheilkundliche Leistungen von Ärzten. Erstattungsfähig sind auch die Kosten für wissenschaftlich nicht anerkannte Heilmethoden, z. B. Akupunktur, Homöopathie, Phytotherapie, Neuraltherapie, Eigenbluttherapie, anthroposophische Medizin, Atemtherapie, Schröpftherapie. Bei sonstiger Behandlung nach den Methoden der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie, anthroposophische Medizin) sind die Kosten für alle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie Heilmittel, die sich - gegebenenfalls in Analogie - aus der GOÄ oder dem GebüH ergeben, und Arzneimittel erstattungsfähig.***

Vorsorge, Impfungen, Medikamente

Gerade in der Schwangerschaft sind Vorsorge und Kontrolle wichtig und so werden abweichend von anderen Versicherern auch weitere Untersuchungen genannt. Die präventiven Gentests werden hier auch ausgeschlossen, andere Untersuchungen aber genannt. Bitte Voraussetzungen beachten!

Erstattungsfähig sind während einer Schwangerschaft bei **Vorliegen von Risikofaktoren bei der Schwangeren** als erweiterte Vorsorge auch Maßnahmen zur Pränatal Diagnostik wie z. B. die Nackentransparenzmessung, jedoch keine prädiktiven Gentests.

Bei der Aufzählung der Vorsorgeuntersuchungen ist nicht die Rede von rein ambulanten Untersuchungen, jedoch gilt wie bei allen Behandlungen und Untersuchungen die medizinische Notwendigkeit. Altersgrenzen aus der GKV entfallen und auf die „Krebsfrüherkennungsrichtlinien“ und „Gesundheitsuntersuchungsrichtlinien“ wird ausdrücklich Bezug genommen.

Auch bei den Impfungen gibt es eine Grundlage, die "von der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut empfohlen werden (STIKO), sowie Reise- und indikationsbedingte bzw. ärztlich angeratene Impfungen, die nach der geltenden Gebührenordnung für Ärzte berechnungsfähig sind." Auch der Impfstoff zählt natürlich zur den erstattungsfähigen Aufwendungen.

Eine besondere Regelung findet sich hier zur Beitragsrückerstattung. Entgegen anderer Mitbewerber, welche diese Kosten generell nicht als BRE-schädlich berücksichtigen, sind hier maximal 500 € pro Jahr unschädlich für die Rückerstattung.

Abschließend finden sich noch unter Punkt c.) die Vorgaben für die Arzneimittel. Dort heißt es:

Arzneien und Verbandmittel sowie Harn- und Bluttteststreifen und Produkte zur kontinuierlichen Glukosemessung (CGM-Sensoren), jedoch nicht hygienisch kosmetische Präparate, Badezusatz-, Nähr-, Potenz-, Raucherentwöhnungs-, Stärkungs-, Antikonzeptionsmittel (außer bei gynäkologischer Indikation oder bei einem Bezug bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres), Mineralwasser, Vitamin- und Nahrungsergänzungspräparate sowie Medikamente zur Reisephylaxe.

Heil- und Hilfsmittel, Lasik

Ein nicht ganz unwichtiger Punkt, eher ein wichtiger sind die Erstattungshöhen bei Heil- und Hilfsmittel. Erklärungen was es bedeutet, finden sich im Glossar auf der Website. Zunächst werden unter d.) die Heilmittel besprochen. Hier sind zunächst die

physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel), die durch Ärzte, Heilpraktiker und staatlich geprüfte Angehörige von Gesundheitsfachberufen, hierzu gehören auch Podologen und medizinische Fußpfleger, durchgeführt wurden, z. B.:

aufgeführt und es folgen Beispiele. Damit handelt es sich nicht um eine abgeschlossene Aufzählung. Auch die Fahrtkosten bis max. 50km (wenn ärztlich verordnet) finden den Weg in die Bedingungen, mit einer Begrenzung auf 0,30 € p. Kilometer.

Osteopathie ist genannt und versichert, solange eine solche Behandlung von einem Arzt oder Heilpraktiker angeordnet und überwacht wird. Das wird vor allem Eltern freuen, denn zumindest in meinem Kundenkreis nehmen diese Art von Behandlungen bei Kindern durchaus zu.

Die nächste große "Baustelle" in der PKV sind die Hilfsmittel. Es gibt am Markt unzählige Formulierungen und Aussagen. Jeder will noch ein wenig mehr leisten als der Mitbewerber und dabei muss doch immer auch die Kostenentwicklung im Auge behalten werden. Die Formulierung ist- wie erwartet- ein offener Katalog, dazu heißt es:

Hilfsmittel und Körperersatzstücke (außer Sehhilfen), die **Krankheits- oder Unfallfolgen oder körperliche Behinderungen mildern oder ausgleichen** sollen, den Erfolg der Heilbehandlung sichern **oder das Leben erhalten, sowie Therapiegeräte**. Abweichend von Tarifbedingung Nr. 19 zum § 4 MB/KK 2009 sind auch die Kosten von **Blutdruckmessgeräten** erstattungsfähig.

Soweit die Aufzählung, die Einschränkungen folgen im Anschluss. Dabei ist es wichtig was das Hilfsmittel kosten soll. Die "magische Grenze" liegt bei 1.200 €. Alles darunter (bei Kosten für Anschaffung oder Wartung/Reparatur pro Jahr) wird ohne vorherige Zusage erstattet. Übersteigen die Kosten dann aber die 1.200 €, so ist vorher eine Zusage einzuholen.

Der Versicherer wird die Zusage nach Prüfung erteilen, wenn der erneute Bezug, die Wartung oder die Reparatur des Hilfsmittels im Kalenderjahr medizinisch notwendig ist. (...)

Interessant ist dabei die Frage, was passiert, wenn diese Pflicht verletzt wird. Also holt jemand keine Zusage ein und kauft das Hilfsmittel einfach so. Auch hierzu finden sich natürlich Regelungen in den Bedingungen. Es heißt dazu:

Wird **keine vorherige Zusage eingeholt**, werden die Kosten übernommen, die in gleicher Qualität und Ausführung im Rahmen einer möglichen alternativen und kostengünstigeren Versorgungsform (Miete, Leasing, Kauf) oder bei Bezug des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner des Versicherers angefallen wären, sofern sich die medizinische Notwendigkeit nachträglich bestätigt. Eine **vorherige Zusage ist nicht erforderlich**, wenn die Versorgung mit dem Hilfsmittel im Rahmen einer Unfall- oder Notfallerstversorgung erfolgt.

Ein letzter Punkt zu den Hilfsmitteln. Die Sehhilfen. Egal ob sich der Versicherte für Brille oder Kontaktlinsen entscheidet, die Kostenbegrenzung liegt bei 1.200 € für 24 Monate. Dabei ist aber zu beachten, Kontaktlinsenpflegemittel, Sonnen-, Sport oder Arbeitsbrillen fallen nicht darunter.

Erstmalig findet sich in Bedingungen eines Tarifes des Deutschen Rings auch die Formulierung zu Sehschärfenkorrektur.

Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.1 sind darüber hinaus die Kosten für Operationen zur Sehschärfenkorrektur (brechkraftverändernde Augenlaserkorrekturen (z. B. LASIK/LASEK)).

Fahrtkosten, besondere Leistungen

Natürlich ist eine medizinisch verordnete und notwendige Dialysebehandlung ebenso erstattungsfähig wie Sachkosten bei einer Heimdialyse. Auch die Fahrten dorthin und auch Fahrten zur oder von der Chemotherapie fallen in den Leistungsumfang des Tarifes. Sonstige Fahrtkosten sind versichert, wenn es sich um einen Notfall, eine Erstversorgung nach einem Unfall oder aber um eine ärztlich bescheinigte Gehunfähigkeit handelt. Auch wenn nach einer Untersuchung die Fahruntüchtigkeit (zum Beispiel nach Narkosen beim Arzt/ Zahnarzt) bescheinigt wird, besteht Versicherungsschutz bis zu 50km oder immer zum nächstgelegenen, geeigneten Arzt oder Krankenhaus.

Ist die Erkrankung soweit fortgeschritten, dass nur noch eine Palliativversorgung helfen kann, so ist diese als ambulante Leistung (mit Bezug auf einen Vertrag gem. SGB V) erstattungsfähig und soll das Leiden am Ende des Lebens erträglicher machen und nicht noch finanzielle Probleme schaffen.

Neu in den Bedingungen sind Leistungen zur häuslichen Behandlungspflege, ärztlich verordneter häuslicher Krankenpflege, Soziotherapie, Sozialpädiatrie und auch einer Haushaltshilfe (unter den Voraussetzungen des §38 SGB V).

Hier finden wir, wie auch bei in den letzten Jahren eingeführter Tarife der Mitbewerber wie der SDK oder Barmenia, immer mehr Leistungen aus der gesetzlichen Krankenkasse. Ob dieses in die PKV gehört muss jeder für sich selbst entscheiden, gerade wenn es sich nicht um typische Leistungen einer Krankenversicherung handelt. Dennoch fragt der Markt genau das nach und die Versicherer reagieren.

In den Bedingungen natürlich ebenfalls enthalten sind Leistungen für ambulante Rehabilitationsmaßnahmen (insbesondere Anschlussrehabilitation) bzw. Kuren.

Zu den Leistungen die vielleicht und hoffentlich wenige brauchen zählen auch die Versicherten Entziehung-/ Entwöhnungsmaßnahmen. Genauere Regelungen lesen Sie einfach unter Punkt 3.4 nach, wobei es hier eine Zusage erforderlich macht.

Warum man zudem Präventionskurse und Mitgliedsbeiträge in einem "qualitätsgesicherten" Fitnessstudio bis 600 € erstatten muss, erschließt sich mir leider nicht.

stationäre Behandlungen

Versichert sind zunächst die allgemeinen Krankenhausleistungen. Berechnet das Krankenhaus nicht anhand der Vorgaben aus dem Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG), so gelten max. 200% der dort genannten Kosten als angemessen. Versichert sind aber ebenfalls die Kosten für das EIN- oder Zweibettzimmer im Krankenhaus. Wird diese Leistung nicht genutzt, so gibt es 32 € pro Tag als Krankenhaustagegeld zurück, denn schließlich spart der Versicherer hier auch Geld.

Wahl-, Beleg- und Chefärzte sind ebenso versichert, auch hier, 32 € pro Tag, wenn sich der Patient entscheidet diese dieses Mal nicht zu nutzen. Ebenfalls in den Versicherungsbedingungen finden sich dann die Aussagen zu Versicherten stationsäquivalente psychiatrische Behandlungen, stationäre Rehabilitationsmaßnahmen, Kuren oder den Kosten für Rooming In bei Kindern bis zum 10. Lebensjahr und maximal 28 Tagen. Muss eine erwachsene Person im Krankenhaus begleitet werden, so sind auch hier Kosten für einen Zeitraum von 4 Wochen erstattungsfähig, ebenso wie eine Haushalts-/ Familienhilfe unter bestimmten Umständen.

Fahrkosten zur stationären Behandlung sind unter den vorhin genannten Bedingungen analog zur ambulanten Behandlung genannt und erstattungsfähig, auch hier gilt 50km oder die nächste geeignete und erreichbare Einrichtung als Grenze.

Neben der bereits beschriebenen ambulanten Palliativversorgung kommt auch eine Aufnahme in einem Hospiz unter den, in 3.2 j.) ff. genannten Bedingungen infrage. Neu ist auch die Nennung von stationärer Kurzzeitpflege für maximal acht Wochen.

Die lieben Zähne

Ja, einige bekommen schon Schmerzen bei dem Wort, aber auch das gehört eben zu den Leistungen einer Krankenversicherung. Auch hier sind die Leistungen recht umfangreich, wenn auch teilweise erklärungsbedürftig. Vereinfacht gilt (nachzulesen in 3.3. der Bedingungen) eine Leistung von 100% für Zahnbehandlung und auch für eine professionelle Zahnreinigung. Die Höchstgrenzen (dazu komme ich gleich noch) gelten hierfür nicht.

Die tarifliche Leistung für zahnärztliche Behandlungen nach Buch stabe b) und c) wird je Person **in den ersten drei Versicherungsjahren** (Definition Versicherungsjahr siehe Ziffer 2.2) begrenzt, **auf insgesamt 10.000 EUR**. Ab dem 4. Versicherungsjahr sowie bei unfallbedingten Kosten entfällt diese Begrenzung.

Interessant ist die Art der Änderung für die Zahnersatzerstattung. Dabei geht es zunächst mit 90% los. Diese bleiben nur dann erhalten (sonst werden es 80%), wenn im zurückliegenden Jahr

zahnärztliche Kontrolluntersuchung nachgewiesen wird. Wer also nicht beim Zahnarzt war, bekommt statt 90% nur noch 80 und ein Jahr später nur noch 75%. Weiter runter geht es aber nicht, so werden immer mindestens 75% erstattet. Auch der Weg zurück geht genauso. Ist der Versicherte bei 75% angekommen und weißt die Vorsorge nach, werden es nach einem Jahr wieder 80 und dann 90% Erstattung.

Wer vorher versichert war und nichts anderes in den Gesundheitsfragen angeben muss, dem wird für drei Jahre eine erfolgreiche Kontrolle unterstellt, so beginnt dieser mit 90% Erstattung.

Bei Kosten von 4.000 € und mehr sollten Sie zudem bedenken, es MUSS der Versicherer vorher gefragt werden. Passiert das nicht, wird alles über die 4.000 € nur zur Hälfte erstattet.

In der Kieferorthopädie gilt ebenfalls zunächst 90%, weitere 10% gibt es dann, wenn die Behandlung erfolgreich abgeschlossen wurde. Diese- sonst nur bei Kindern bekannte Regel, findet hier auch für Erwachsene Anwendung.

Optionsrechte

Wie wir alle wissen haben viele Kunden keine linearen Lebensverläufe. Die Zeiten in denen Opa früher bei der Firma lernte und sich dann dort auch in die Rente verabschiedete sind vorbei. Daher sind Anpassungen des Versicherungsschutzes immer ganz hilfreich. Gerade hier patzt der Deutsche Ring /die Signal aber im Vergleich zu Mitbewerbern. So finden sich in den Tarifen folgende Regelungen:

5.1 Ausübung der Optionen

Jede versicherte Person im Tarif Prime hat das Recht auf

a) den Abschluss eines Pfl egetage- oder Pfl egemonatsgeldtarifs Für die versicherte Person **besteht innerhalb von 24 Monaten**, gerechnet vom erstmaligen Tarifbeginn des Tarifs Prime, das Recht, auf der Grundlage einer mit dem Abschluss dieses Tarifs durchgeführten Gesundheitsprüfung, einen Tarif der ergänzenden Pfl egetage- oder Pfl egemonatsgeldversicherung abzuschließen, der zum jeweiligen Zeitpunkt zum aktiven Produktangebot des Versicherers gehören. Voraussetzung ist, dass zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme des Optionsrechts keine Pfl egebedürftigkeit im Sinne von § 14 SGB XI (siehe Anhang) eingetreten ist, keine Beitragsrückstände bestehen, keine wirksame Kündigung des Versicherungsverhältnisses vorliegt und die Versicherung nach Tarif Prime vor einem Eintrittsalter von 60 Jahren begonnen hat.

Entschuldigung, aber was für eine Regelung. Wenn ich heute in der Lage bin die Gesundheitsprüfung für eine Voll-KV zu überstehen, dann kann ich auch eine Pfl egezusatzversicherung abschließen. Klingt also gut, ist aber m.E. nicht wirklich etwas wert. Wenn ich damit 24 Monate warte und vielleicht bis dahin krank bin, OK, kann passieren, ist aber dann eben Lebensrisiko. Die 24 Monate sind nun nicht so lang.

Interessanter sind die Regelungen des veränderten Versicherungsschutzes. Generell können Sie Ihren Versicherungsschutz immer reduzieren, so der Versicherer einen solchen Schutz anbietet. Problematisch wird es bei der Verbesserung. Zwar besteht nach 204 VVG ein Wechselrecht,

jedoch mit ggf. Risikozuschlägen für Mehrleistungen und/ oder einem Verzicht auf selbige. Daher sind Optionsrechte wichtig. Hier heißt es:

b) eine Erhöhung des Versicherungsschutzes in der Krankheitskostenvollversicherung Für die versicherte Person **besteht nach Ablauf von 36 Monaten** und erneut nach **Ablauf von 72 Monaten**, gerechnet vom erst-maligen Tarifbeginn des Tarifs Prime das Recht, den bestehenden Versicherungsschutz nach Tarif Prime in leistungsstärkere Tarife umzustellen, die zum Zeitpunkt der Umstellung zum aktiven Produktangebot des Versicherers gehören.

Auch hier, gut gedacht, schlecht gemacht. Warum? Weil es keinen leistungsstärkeren Tarif gibt und wohl auch eher innerhalb der kommenden Jahre nicht noch einen geben wird. Dabei wären auch nicht mehr viele Möglichkeiten den Schutz noch weiter zu verbessern. Eine andere SB Stufe fehlt auch, zudem wäre ja "ohne SB" die beste Stufe. ABER: Das Optionsrecht wird nach hinten verschoben, wenn sich der Vertrag zum Beispiel aufgrund von Arbeitslosigkeit in einer Anwartschaft befindet.

Mir fehlen hier eindeutig Regelungen "nach Reduzierung des Schutzes" oder Regelungen für eine Rückkehr nach Wechsel in andere Tarife. Schade, hier wollte man wohl nicht ran oder der Treuhändler wollte es nicht. Das machen andere Versicherer durchaus besser.

Beitragsbefreiungen

Keinen Beitrag mehr zahlen zu müssen kann in einigen Fällen durchaus angenehm sein. So hat auch der Deutsche Ring (die Signal) hier Regelungen geschaffen, welche in finanziell angespannten Situationen helfen können.

Pflegegrad 4, mindestens

Wird die **versicherte Person pflegebedürftig** im Sinne der §§ 14 und 15 Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang), **so entfällt die Pflicht zur Beitragszahlung in diesem Tarif ab Beginn des vierten Monats nach Feststellung der Pflegebedürftigkeit** entsprechend der Vorgaben der §§ 14, 15 und 18 SGB XI (siehe Anhang), wenn die Einstufung **mindestens in Pflegegrad 4** erfolgt. Die Beitragsfreiheit endet zum Letzten des Monats, in welchem keine Pflegebedürftigkeit nach mindestens Pflegegrad 4 mehr vorliegt. Die Beitragsbefreiung erfolgt nur, wenn und solange sich der Vertrag nicht im Ruhen nach § 193 Abs. 6 und 7 VVG befindet (Nichtzahlung der Beiträge und Versicherung im Notlagentarif nach § 153 VAG, siehe Anhang).

Ein weiteres Szenario kann durchaus eintreten und auch hier ist eine Regelung zum nicht mehr zahlen müssen sehr angenehm. Die Elternzeit. Dazu finden sich ebenfalls unter 4.3 die entsprechenden Regelungen.

Bezieht **die nach diesem Tarif versicherte Person Elterngeld** im Sinne des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes (BEEG), so entfällt die Pflicht zur Beitragszahlung in diesem Tarif **ab dem ersten Monat des Elterngeldbezugs**, längstens jedoch für die Dauer **von insgesamt sechs Monaten**. Voraussetzung ist, dass – die versicherte Person zu Beginn des erstmaligen Bezugs von Elterngeld **mindestens acht Monate im Tarif Prime versichert ist**, – die Beiträge vollständig gezahlt sind und der Vertrag sich nicht im Ruhen nach § 193 Abs. 6 und 7 VVG (Nichtzahlung der Beiträge und Versicherung im Notlagentarif nach § 153 VAG, siehe Anhang) befindet, – der Bezug von Elterngeld dem Versicherer durch den Elterngeldbescheid nachgewiesen wird.

Zu beachten hier, der Vertrag der Mutter/ des Vaters wird beitragsfrei, wenn dieser Elterngeld bezieht, NICHT auch der Vertragsteil des ggf. nachversicherten Kindes. Dennoch ist die Zahlung von 6 Monatsbeiträgen bei vielen Eltern eine willkommene Erleichterung.

Beitragsrückerstattung

Wer keine Leistungen (Ausnahmen hatte ich vorhin bei Vorsorge und Impfungen genannt) in Anspruch nimmt, der bekommt im Folgejahr Geld zurück. Dieses kann sich zwar in der Zukunft ändern, sieht aber derzeit wie folgt aus.

Bei 1 leistungsfreien Jahr werden 0,75 Monatsbeiträge erstattet. Nach 2, 3, 4 oder 5 Jahren ohne Leistung steigt der Betrag auf 1,5, 2,25, 3 oder 3,75 Monatsbeiträge an.

Beispielprämien

Um eine Vorstellung von der Prämie zu bekommen, hier einige kurze Beispiele.

Da es den Tarif nur OHNE SB gibt, sind alle Prämien auch für diese eine SB Stufe.

- - Kinder bis 15 zahlen für den Schutz 194,70 €
- - Jugendliche (16-20) 279,19 €
- - Erwachsene mit 30 Jahren 626,42 € + 10% Vorsorgezuschlag (62,64 €)
- - Erwachsene mit Eintrittsalter 40 J. dann 723,45 € + 10% also 72,35 €

Es ist sicher kein billiger Schutz, soll es auch nicht sein. Sondern der TOP Tarif im Hause Signal.

Fazit

Zunächst einmal muss ich zugeben, hätte ich nicht gedacht einen solchen Tarif unter dem Namen "Deutscher Ring" noch einmal zu sehen. Es freut mich besonders, dass die Signal Iduna hier anscheinend die Marke Deutscher Ring weiter bestehen und sogar stärken möchte. Der Tarif ist sicher nur für eine sehr kleine Zielgruppe geeignet, eine die Leistung für sehr wichtig erachten und sich diese auch leisten können und wollen.

Problematisch sehe ich fehlende andere SB Stufen, da hier eine Anpassung an sich verändernde Lebenssituationen ausgeschlossen ist. Klar ist es schön immer alles einreichen zu können, dennoch wäre eine (mindestens eine) andere Stufe der Selbstbeteiligung wirklich angenehm gewesen. Auch die Optionsrechte sind leider nicht brauchbar und so wurde hier leider eine Chance verschlafen, auch hier etwas mehr Flexibilität einbauen zu können.

Können bestehende Kunden in den Prime wechseln?

Wer heute schon bei der Signal Iduna oder dem ehemaligen Deutschen Ring versichert ist, der kann natürlich einen Antrag auf Wechsel in den neuen Tarif PRIME stellen. Hierfür ist aber eine neue Gesundheitsprüfung (unter Anrechnung der alten Rechte aus dem Tarif bisher) erforderlich. Auch wer bisher den Optionstarif FUTURA hat, der kann nicht ohne Gesundheitsprüfung wechseln, denn hier ist das Wechselrecht in den Comfort+ oder Esprit geregelt, nicht aber in den (vor Jahren nicht bekannten) PRIME. Daher, Anrechnung der alten Rechte ja, ohne Gesundheitsprüfung nein.

Dennoch kann es für den einen oder anderen Bestandskunden sinnvoll sein, sich über einen solchen Wechsel einmal Gedanken zu machen und es rechnen zu lassen.

Ihr Sven Hennig

Presseinformationen:

Die S.H.C. GmbH mit Ihrem Geschäftsführer Sven Hennig hat sich als Versicherungsmakler seit über 18 Jahren auf die Beratung in den Bereichen Private Kranken(zusatz)versicherung, Absicherung der Arbeitskraft bei Berufsunfähigkeit und Vorsorge spezialisiert.

Die Beratungen erfolgen bundesweit via Telefon, Onlineberatung, Skype, Chat oder E-Mail. Der Geschäftsführer Sven Hennig ist seit 1996 in der als Berater aktiv und als Autor vieler Fachartikel bekannt.

Seit Anfang des Jahres 2000 betreibt Hr. Hennig unter <http://www.online-pkv.de> eine umfangreiche Sammlung an Blogartikeln, Vordrucken, Musterformularen und vielen Informationen rund um die beratenen Themen.

Nach einem dritten Platz in 2017, wurde der Blog von Sven Hennig im Jahre 2018 als „bestes Versicherungsblog Deutschlands“ ausgezeichnet und hatte im Jahr 2017 über 2,5 Millionen Aufrufe.