



Sehr geehrte Leser der Finanz-News,

innerhalb weniger Wochen überschlagen sich die Gesellschaften nahezu mit Tarifeinführungen. Gerade erst haben die BBKK und die UKV ihren Comfort Tarif eingeführt, dann gab es Neuerungen im Bereich der Berufsunfähigkeitsabsicherung (Gothaer mit der BU Premium) und nun, nun folgt die Inter mit den neuen Krankenkostenvollversicherungen, dem **INTER QualiMED®**.

Grundlagen:

Dem Tarif (und diesem Kommentar) liegen die folgenden Druckstücke und Bedingungen zu Grunde:

- Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil I (AVB), Stand 01. 05. 2012
- Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil II „Basis“ (AVB), Stand 01. 05. 2012
- Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil II „Exklusiv“ (AVB), Stand 01. 05. 2012
- Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil II „Premium“ (AVB), Stand 01. 05. 2012
- Anlagen zu den Vorsorgeuntersuchungen

Der Tarif:

Bei der Inter Krankenversicherung aG handelt es sich um einen, in Mannheim ansässigen, Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit. Eingeführt werden die Tarife zum 01. Mai 2012 und sind ab diesem Zeitpunkt für Neukunden und wechselwillige Bestandskunden (mit eventueller Risikoprüfung) verfügbar.

Die Inter Krankenversicherung vergrößert damit ihr Tarifportfolio um ein neues, dreigeteiltes Tarifwerk. Die QualiMed® Tarife werden in den Varianten BASIS, EXKLUSIV und PREMIUM angeboten. Zwischen den Varianten lässt sich nach bestimmten Kriterien nach oben wechseln, ein Wechsel nach unten, also in leistungsschwächere Tarife ist ungeachtet dessen natürlich sowieso möglich. Das Tarifwerk ist ein so genannter Kompakttarif. Die Leistungsbereiche ambulant, stationär und auch die Zahnleistungen sind daher nicht als Einzelbausteine, sondern als ein Tarif konzipiert. Alle drei Varianten werden in unterschiedlichen Selbstbeteiligungsstufen angeboten, die als Zahl hinter der Tarifbezeichnung stehen. Die Stufen sind QMB/ QME/ QMP ergänzt um die Zahl 300/ 600/ 1.200.

Zielgruppe:

Der Tarif kann von **Angestellten, Arbeitern und auch Selbstständigen und Freiberuflern** abgeschlossen werden. Durch die unterschiedlichen Leistungen der drei Tarifstufen, kombiniert mit den verschiedenen Selbstbeteiligungsstufen, lassen sich fast alle Zielgruppen generell abdecken. Ob der Tarif für Sie auch geeignet ist, lässt sich pauschal nicht beantworten und muss Ziel einer individuellen Beratung sein.

Die Tarifleistungen:

Um die generellen Leistungen und Voraussetzungen zu betrachten, schauen wir zunächst in den Teil I der AVB, verbunden mit den jeweiligen Tarifbedingungen Teil II, welche dann für die jeweilige Stufe unterschiedliche Leistungen abbilden. Der Versicherungsschutz erstreckt sich nicht nur auf ärztliche und zahnärztliche Behandlungen, sondern nennt unter Punkt 2e des §1 auch die notwendige stationäre Versorgung in einem **Hospiz**. Aus meiner Sicht eine zunehmend wichtigere Leistung und auch eine, welche in den neueren Tarifwerken immer öfter Einzug hält.

Weiterhin definieren die Bedingungen den **Unfallbegriff** genau und erweitern diesen um Vergiftungen durch ausströmende Gase, tauchtypische Erkrankungen, Verrenkungen an Gelenken, Kapseln etc. Diese Definition ist deshalb wichtig, da der Tarif teilweise verbesserte Leistungen bei unfallbedingten Behandlungen bietet und dieses definiert sein muss.

Der Versicherungsschutz erstreckt sich zunächst einmal auf die **ganze Welt**, wird aber dann im §2 genauer definiert. Im Punkt 3 geht es zunächst um die Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat **des Europäischen Wirtschaftsraumes und der Schweiz**. Leistungen begrenzen sich hier auf den Betrag, der in Deutschland angefallen wäre, es sei denn der Versicherungsnehmer zeigt diese Verlegung binnen 2 Monaten nach der Verlegung an und zahlt einen entsprechenden Beitragszuschlag. Dieses ist auch sinnvoll, da damit die Mehrkosten gezielt auf die umgelegt werden, welche solche Leistungen auch nutzen und brauchen. Die Höhe des Zuschlages ist in den Bedingungen nicht weiter definiert. Verlegt der VN seinen Wohnsitz in einen Staat außerhalb des EWR und der Schweiz, so besteht die Verpflichtung der Inter, eine anderweitige Vereinbarung zu treffen, SOLANGE dieses binnen 6 Monaten beantragt wird UND die versicherte Person einen Wohnsitz innerhalb des EWR unterhält. Es muss sich demnach nicht um einen Erstwohnsitz handeln. Das der Versicherer bei einer solchen Vereinbarung die Kosten für Krankenrücktransport oder Überführung im Todesfall ausschließen kann, ist eher unproblematisch. Auch die Befristung ist unkritisch, zumal der VN vor Ablauf der Vereinbarung eine Verlängerung beantragen kann. Zu beachten ist noch, dass bei einem **Auslandsaufenthalt länger als 6 Monate**, dieses als **Verlegung** des gewöhnlichen Aufenthaltes gilt und Unterbrechungen von weniger als 2 Monaten zusammengerechnet werden und eine Verhinderung der Ausreise aus nicht zu vertretenden Gründen keine negativen Folgen hat. Alles in Allem eine sehr klare, saubere und vernünftige Lösung.

Besteht bei **Geburt des Kindes** für mindestens ein Elternteil eine Versicherung bei der Inter, so kann das Kind **ab Vollendung der Geburt** ohne Zuschläge mitversichert werden. Die sonst üblichen **Fristen**, wie lange die Eltern schon versichert sein müssen, **gelten hier nicht**.

Neben den niedergelassenen Ärzten und Zahnärzten, sind auch Leistungen in Medizinischen Versorgungszentren (**MVZ**), die auch für GKV Versicherte zugelassen sind versichert. Weiterhin können Heilpraktiker, psychologische **Psychotherapeuten** und auch Kinder- und Jugendtherapeuten in Anspruch genommen werden, Voraussetzung hierbei ist die Tätigkeit in einer eigenen Praxis. Weitere Angehörige staatlich geprüfter Gesundheitsfachberufe (die nur beispielhaft und daher offen genannt sind) sind ebenfalls versichert. Das sind zum Beispiel Hebammen, Physiotherapeuten und auch Logopäden etc.

Bei der Höhe der Erstattungssätze unterscheiden sich die Leistungen je nach Tarifstufe.

	BASIS	EXKLUSIV	PREMIUM
Arzthonorare (GOÄ)	bis Höchstsatz (3,5)	bis Höchstsatz (3,5)	auch über Höchstsätze
Zahnarzthonorare (GOZ)	bis Höchstsatz (3,5)	bis Höchstsatz (3,5)	auch über Höchstsätze
Heilmittel	90% der beihilfefähigen Höchstsätze, Keine Kosten f. Hausbesuch	90% der 1,15-fachen, beihilfef. Höchstsätze, Kosten f. Hausbesuch bei ärztl. Verordnung	100% der Aufwendungen, auch über die beihilfefähigen Höchstsätze, Kosten f. Hausbesuch bei ärztl. Verordnung

Wird der Versicherte hingegen im Ausland behandelt, so werden die Kosten erstattet, die „nach den fort geltenden Abrechnungsbestimmungen“ berechnet sind. Neben Medikamenten, welche aus der klassischen Apotheke bezogen werden, sind auch die Online- und Versandapotheken ausdrücklich genannt. Neu und so in anderen Bedingungswerken bisher nicht vertreten sind klare und umfassende Ausführungen zur Absicherung bei Organspenden. Auch wenn es nur einen sehr kleinen Teil der Versicherten betreffen wird, die Erwähnung ist durchaus fortschrittlich. (§4 , Punkt 11)

Um den Tarif im ambulanten Bereich weiter unter die Lupe zu nehmen, schauen wir uns doch nun die Bereiche Arzneimittel, Impfungen, Fahrtkosten und Hilfsmittel etwas genauer an.

Dort werden neben den **Arzneimitteln**, welche zunächst zu **100%** erstattet werden, ausdrücklich auch Präparate zur **enteralen und parenteralen Ernährung** genannt. Auch „**medikamentenähnliche** Präparate bei lebenderhaltenden Maßnahmen“ nennt die Inter extra unter Punkt 1c. Sicher kein Entscheidungskriterium, aber auch verschreibungspflichtige **Verhütungsmittel** werden bis zu einem Betrag von 150 EUR pro Jahr erstattet. Positiv zu erwähnen ist die Nennung von „**Monopräparaten**“ die zur Behandlung von Mangelkrankungen notwendig sind. Im eigenen Kundenkreis habe ich gerade die Versorgung mit Trinknahrung nach Mangelernährung durch eine Darmerkrankung. Diese Kosten sind mit ca. 24 EUR am Tag nicht so unerheblich und daher positiv zu bewerten. Im Tarif EXKLUSIV kommen dann zu dem eben Genannten noch die Arzneimittel hinzu, welche den Therapien aus dem **Hufelandverzeichnis** zuzuordnen sind. Auch diese werden zu 100% erstattet, die Kostenbegrenzung liegt hier bei insges. **1.500 EUR** pro Jahr, im **Premium bei 3.000 EUR**. In diesem Zusammenhang sei noch erwähnt, dass Leistungen für **Heilpraktiker** nach der GebüH und Leistungen gemäß Hufelandverzeichnis in den oben genannten Grenzen erstattungsfähig sind. Im BASIS ist solch eine Leistung nicht vorgesehen. Bei den Leistungen für **Impfungen** unterscheiden sich die Tarife wiederum nicht. Erstattet werden hier Leistungen nach STIKO Empfehlung, sowie Impfungen gegen Hepatitis A/B, Typhus, Malaria, Gelbfieber und Cholera.

Auch die **Fahrkostenerstattung** unterscheidet sich nicht. So werden in allen Tarifbausteinen die Leistungen **ambulant** bis zum nächsterreichbaren Arzt bei Unfällen übernommen. Auch bei Chemotherapie, Strahlenbehandlung und Dialyse erfolgen Erstattungen, begrenzt auf 1.500 EUR pro Kalenderjahr.

Interessanter wird es nun bei der Betrachtung der Hilfsmittelleistungen. So sind Hilfsmittel zunächst unterteilt in Sehhilfen, Hörgeräte und orthopädische Schuhe, dann folgen die Hilfsmittel bis 300 EUR und solche darüber. Auch hier am besten ein kurzer Überblick als Tabelle:

	BASIS	EXKLUSIV	PREMIUM
Sehhilfen	150 EUR (max. alle 2 Jahre)	250 EUR (max. alle 2 Jahre)	500 EUR (max. alle 2 Jahre)
Hörgeräte (pro Ohr)	bis 1.500 EUR	bis 1.500 EUR	bis 2.500 EUR
orthopädische Schuhe	500 EUR pro Paar	500 EUR pro Paar	1.000 EUR pro Paar
Hilfsmittel < 300 EUR	100%		
Hilfsmittel > 300 EUR	80% wenn der Kunde selbst kauft, 100% wenn über den Versicherer bezogen		

Verwendet wird bei der Formulierung eine offene. Genau heißt es in den Bedingungen dazu:

Hilfsmittel

*Zu 80% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Hilfsmittel (außer Sehhilfen, Hörgeräte und orthopädische Schuhe), die **körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen**.*

*Erstattungsfähig sind auch die Aufwendungen für medizinisch notwendige Hilfsmittel zur **Therapie und Diagnostik** (z.B. motorische Bewegungsschienen, Blutzuckermessgeräte, TENS-Geräte).*

Damit hat die Inter auch für zukünftige Änderungen in der Medizin gesorgt und schließt den medizinischen Fortschritt in die Bedingungen mit ein. Auch in den anderen Leistungsbereichen im ambulanten Bereich werden die Änderungen deutlich, welche mit steigender Tarifstufe weiter zunehmen. Aber bereits im Basisschutz sind schon Leistungen enthalten, welche man bei Mitbewerbern vergeblich sucht. So werden auch hier schon Leistungen bei der Augenbehandlung durch LASIK bis zu einem Betrag von 500 EUR pro Auge übernommen. In den höheren Tarifstufen sind es dann 1.000 EUR bzw. 1.500 EUR pro Auge. Ein weiterer Anspruch entsteht einheitlich nach 5 Jahren. Die Aufnahme der „häuslichen Behandlungspflege“ zeugt auch von einem weitsichtigen Denken des Versicherers, denn auch dieser Leistungsbereich hält nun vermehrt Einzug in die Tarifwerke. Hierbei sind explizit die psychiatrische Pflege, ambulante Palliativversorgung und auch die Intensiv Behandlungspflege genannt, welche teilweise extreme Kosten verursachen können.

Vorsorgeuntersuchungen werden in der kleinsten Tarifvariante zu 100% nach einer definierten **Vorsorgeliste** erstattet. Diese orientiert sich an den gesetzlich eingeführten Programmen ohne eine Altersbegrenzung und nennt weiterhin „Übliche Untersuchungen zur Vorsorge oder Früherkennung von Krankheiten“. Positiv ist die Tatsache, dass in keiner der Varianten eine Anrechnung auf die Selbstbeteiligung erfolgt und auch eine Beitragsrückerstattung hiervon unberührt bleibt. Auch in den anderen Leistungsbereichen im ambulanten Bereich werden die Änderungen deutlich, welche mit steigender Tarifstufe weiter zunehmen. Bereits im Basisschutz sind Leistungen enthalten, welche man bei Mitbewerbern vergeblich sucht.

Stufenübergreifend finden sich die Regelungen zu Leistungsbereichen wie gemischte Anstalten, Anschlussheilbehandlung, Stationäre Hospizversorgung und Kurleistungen, aber auch zur künstlichen Befruchtung im Teil I.

Grundsätzlich kann der Versicherte zwischen privaten-, öffentlichen und auch **Bundeswehrkrankenhäusern** frei wählen. **Gemischte Anstalten** sind im Punkt 8 genauer beschrieben und deren Leistung zusagepflichtig. Jedoch ist eine **schriftliche Leistungszusage nicht erforderlich**, wenn es eine **unverzögliche und medizinisch notwendige Notfallbehandlung** ist, es das **einzig** erfolgversprechende Krankenhaus ist oder eine med. notwendige **Anschlussheilbehandlung** durchgeführt wird. Letztgenannte wird nur dann erstattet, wenn diese **max. 14 Tage nach der Entlassung** aus dem Akutkrankenhaus beginnt. Hier ist die Frist ok, aber es kann in Einzelfällen durchaus knapp werden. Mitbewerber verwenden hier Fristen von bis zu 6 Wochen.

In der sonstigen stationären Versorgung unterscheiden sich die Leistungen wieder je nach Tarifstufe.

	BASIS	EXKLUSIV	PREMIUM
stat. Regelleistungen (Mehrbett)	100%	100%	100%
Zweibettzimmer	Nein, nur bei Unfall*	100%	100%
Einbettzimmer	Nein, nur bei Unfall*	Nein, nur bei Unfall*	100%
Wahlleistung Chefarzt	Nein, nur bei Unfall*	100%	100%
Rooming IN	Kind bis 13.J./ bis 14 Tage	Kind bis 13.J./ bis 14 Tage	Kind bis 13.J./ bis 14 Tage
Ersatz-Krankenhaustagegeld (Chefarzt/ Zimmer/ beides)	Keine Leistung	50 EUR/ 30 EUR/ 80 EUR Kinder 0-15 davon 50%	50 EUR/ 50 EUR/ 100 EUR Kinder 0-15 davon 50%
Fahrtkosten stationär	100% gem. 1.2. c	100% gem. 1.2. c	100% gem. 1.2. c

* nur bei der ersten stationären Behandlung nach dem Unfall, nicht für Folgeaufenthalte.

Neben dem ambulanten und dem stationären Bereich fehlt noch ein dritter Part in den Bedingungen, die zahnärztliche Versorgung. Auch hier finden sich wie erwartet Unterschiede zwischen den Einzelnen Tarifvarianten. Im Basisschutz werden 100% für Zahnbehandlungen, Zahnvorsorge und auch die professionelle Zahnreinigung (bis max. 60 EUR p.a.) gezahlt, im Exklusiv Baustein sind es ebenfalls 100%, jedoch entfällt die Begrenzung auf die 60 EUR bei der Zahnreinigung und im Premium wird letztere gleich zweimal pro Jahr erstattet. (jeweils nach GOZ Ziffer 1040).

Leistungen für Kieferorthopädie werden nur dann erstattet, wenn diese vor dem 21. Lebensjahr begonnen haben. Die Höhe der Erstattung staffelt sich von 70- 90% je nach Variante des Tarifs. Bei den Zahnersatzleistungen folgen dann wieder die Unterschiede. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die kleinste der Tarifvarianten keine Maßnahmen für implantologische Leistungen enthält. Diese sind erst ab der Stufe Exklusiv erstattungsfähig. Die teuerste Kostenposition ist oftmals aber der Zahnersatz, welcher hier mit 70% (Basis), 80% oder gar 90% im Premium versichert ist. Dabei sind grundsätzlich Summenbegrenzungen zu berücksichtigen, damit sich der Versicherer von hohen Kosten in den ersten Versicherungsjahren schützen kann. Diese erstrecken sich auf die ersten 48 Monate des Versicherungsschutzes und liegen bei 1.000/ 2.000/ 3.000/ 4.000 EUR max. im 1.-4. Jahr. Das Einreichen eine Heil- und Kostenplanes ist bei Kosten > 5.000 EUR erforderlich.

Selbstbeteiligungen:

In allen Tarifen sind Selbstbeteiligungen (300, 600 oder 1.200 EUR) vorhanden, welche sich ja nach eigenem Wunsch vereinbaren lassen. Diese erstrecken sich nur auf die ambulanten und zahnärztlichen Bereiche, Kosten im Rahmen der stationären Versorgung sind ausgenommen. Ausgenommen von einer Berücksichtigung der SB sind die Kosten für Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen und der zahnärztlichen Vorsorge. Hierbei ist aber zu berücksichtigen, dass eine separate Rechnung ausgestellt werden muss und diese ausschließlich die Vorsorgeleistungen enthalten darf. (AVB Teil II, B2). Die Sonderleistung bei Bezug von Elterngeld (siehe unten) unterliegt ebenfalls nicht der Anrechnung der SB.

Weitere Tarifleistungen:

Auch an die werdenden Eltern hat die Inter gedacht und bietet eine Rückzahlung der Beiträge in der Elternzeit an. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person **Elterngeld** bezieht. Dabei werden **maximal 6 Monatsbeiträge** (Beitrag + gesetzlicher Zuschlag + Risikozuschlag) erstattet. Der Vertrag wird also nicht bei Beginn beitragsfrei, es erfolgt aber nach den 6 Monaten eine Rückerstattung der Beiträge, vorausgesetzt die Vorgaben gem. AVB Teil II, 1.7 sind erfüllt.

In dem Bereich der ambulanten Kosten seien hier noch die Erstattungen bei künstlicher Befruchtung erwähnt. Die genauen Vorgaben sind unter Punkt 10 des §4 im Teil I nachzulesen. Voraussetzungen sind eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person, ein Alter kleiner 40 (Mann 50), eine deutliche Erfolgsaussicht und weitere Punkte. Die Erstattungen erfolgen dann für die dort genannten Behandlungsmethoden. Eine Begrenzung der Anzahl ist hier zunächst nicht genannt.

Wechseloptionen:

Gerade bei mehrstufigen Tarifsyste men stellt sich immer die Frage nach den Wechselmöglichkeiten der unterschiedlichen Tarife. So regeln die Bedingungen hier ein Optionsrecht, welches nach drei, fünf oder zehn Jahren ausgeübt werden kann und einen Wechsel ohne neue Gesundheitsprüfung und Wartezeiten ermöglicht. Neben der Verringerung der Selbstbeteiligung, welche zu den genannten Terminen möglich ist, ist auch ein „Upgrade“ die höheren Leistungsstufen möglich. Wichtig ist die Beantragung binnen 2 Monaten nach dem entsprechenden Optionstermin, welcher neben den Jahresfristen auch ein Wechsel von Angestellt in Selbstständigkeit (oder anders herum) oder sogar ein Wechsel des Arbeitgebers sein kann. Diese Optionsmöglichkeit ist, mein typisches Kundenklientel betrachtet, sicher eine sehr interessante. Auch wer den Schutz aus verschiedenen Gründen reduziert hat, dem bleibt zumindest noch die Option bei AG Wechsel oder Wechsel des beruflichen Status. Die Jahresfristen gelten ab Beginn der Krankenvollversicherung bei der Inter.

Die Prämien:**QualiMed® PREMIUM mit 600 EUR SB**

30 jährig, weiblich. 399,94 EUR / männlich 325,01 EUR + gesetzl. Zuschlag

40 jährig, weiblich. 470,50 EUR / männlich 428,43 EUR + gesetzl. Zuschlag

zum Vergleich:

RuV Agil Premium mit 0 SB,

30 jährig weiblich. 484,23 EUR / männlich: 388,66 EUR + GZ

Hallesche NK3, 300 SB,

30 jährig weiblich. 443,57 / männlich: 333,65 EUR + GZ

Auch hier zum Vergleich noch die kleinere Stufe, den Exklusiv mit ebenfalls kleinerer SB Stufe.

QualiMed® EXKLUSIV 300 EUR SB

30 jährig, weiblich. 414,91 EUR / männlich 334,67 EUR + gesetzl. Zuschlag
40 jährig, weiblich. 480,09 EUR / männlich 433,49 EUR + gesetzl. Zuschlag

Beiträge im QualiMed® BASIS mit 300 EUR SB

30 jährig, weiblich. 371,39 EUR / männlich 295,35 EUR + gesetzl. Zuschlag
40 jährig, weiblich. 425,04 EUR / männlich 379,71 EUR + gesetzl. Zuschlag

Ob dieses Produkt nun das passende, „beste“ oder geeignetste für Sie ist, muss in einer Beratung geklärt werden. Dabei wird es neben den Bedingungen welche zuerst passen müssen, auch auf Fragen wie Antragsgestaltung, Art- und Umfang der Fragen, Berufsgruppeneinstufung und letztendlich auch die Prämie ankommen. Auf meiner Homepage stelle ich Ihnen eine Fragebogen zu den unterschiedlichen Auswahlkriterien und einen Leitfaden zur BU zur Verfügung- besuchen Sie einfach den Downloadbereich auf <http://www.online-bu.de> Dort finden Sie ebenfalls die Versicherungsbedingungen im Original.

Fazit:

Die Inter hat mit diesem Tarifwerk auf der Bedingungsseite einen großen Schritt nach vorn gemacht. Die Regelungen sind klar, sauber formuliert und umfangreich. Positiv finde ich die Tatsache, dass auch die unteren Tarifstufen durchaus dazu geeignet sind, dort versichert zu bleiben und den Versicherten bei erforderlicher Reduzierung nicht gleich in unkalkulierbare Belastungen zu stürzen. Ob die Kalkulation des umfangreichen Leistungsumfanges so gewählt wurde, dass langfristig stabile Beiträge erreicht werden können, ist derzeit nur sehr schwer zu sagen.

Die Inter hatte in der Vergangenheit nicht immer mit allen Tarifen ein glückliches Händchen, aber auch in den Bedingungen hat man sich ja deutlich verbessert, bleibt zu hoffen das Kalkulation und Annahmepolitik ihr übriges tun, um den Tarif langfristig erfolgreich zu machen.

Ob dieses Produkt nun das passende, „beste“ oder geeignetste für Sie ist, muss in einer Beratung geklärt werden. Dabei wird es neben den Bedingungen, welche zuerst passen müssen, auch auf Fragen wie Antragsgestaltung, Art und Umfang der Fragen, Risikoentscheidungen und letztendlich auch die Prämie ankommen.

Auf meiner Homepage stelle ich Ihnen eine Fragebogen zu den Auswahlkriterien und einen Leitfaden zur PKV zur Verfügung, besuchen Sie einfach den Downloadbereich auf <http://www.online-pkv.de>. Dort finden Sie ebenfalls die Versicherungsbedingungen im Original.

Presseinformation:

Sven Hennig ist Geschäftsführer der S.H.C. GmbH, einem Spezialmakler für die Private Krankenversicherung und die Absicherung gegen Berufsunfähigkeit und Betreiber des Onlineportals www.online-bu.de. Die S.H.C. GmbH hat sich auf die bundesweite Beratung mittels Telefon, Online-Beratung und E-Mail spezialisiert und sichert damit eine bundesweite Verfügbarkeit auf hohem Qualitätsniveau. Mit etwa 600 Kunden ist Sven Hennig einer wenigen Spezialmakler für die PKV und BU Absicherung. Kontaktieren können Sie Herrn Hennig unter Tel. 03838 / 30 75 33 oder im Internet: <http://www.online-pkv.de>