

Inhalt

Wer wir sind und was Sie davon haben	Seite	3
Die richtige Wahl Ihrer Krankenversicherung	Seite	3
Komfort-Tarif: Die leistungsstarke Gesundheitsvorsorge	Seite	4–5
Select-Tarif: Preis-Leistungs-Verhältnis zum Wohlfühlen	Seite	6–7
Einsteiger-Tarif: Die preiswerte Alternative	Seite	8–9
Die sinnvollen Zusatzversicherungen	Seite	10
Die private Pflegepflichtversicherung	Seite	11
Der Leistungsvergleich GKV und PKV	Seite	12–13
Informationen zu den Alterungsrückstellungen	Seite	14
Was Sie beim Wechsel beachten müssen	Seite	15
Vergleichen lohnt sich	Seite	15
Die wichtigsten Leistungen in Komfort-Tarif von A–Z	Seite	16

Wer wir sind und was Sie davon haben

BRUDERHILFE - PAX - FAMILIENFÜRSORGE, Versicherer im Raum der Kirchen, sind die Spezialversicherer für alle Menschen, die im Raum von Kirchen, Diakonie, Caritas und Freier Wohlfahrts-pflege tätig sind.

Von Pfarrern Ende des 19. Jahrhunderts gegründet, sind wir noch heute dem Gedanken der Solidar-gemeinschaft verpflichtet. Unsere Philosophie spiegelt sich in unserem kirchlich-sozialen Engagement und vor allem in unserer Nähe zu unseren Versicherten wider.

Individuelle Beratung schreiben wir groß: Daher bieten wir mit unseren zahlreichen Ansprech-partnern ein bundesweit gut ausgebautes Netz für den Service vor Ort an.

Auch Sie können von unseren maßgeschneiderten und günstigen Versicherungslösungen profitieren. Im folgenden finden Sie interessante Informationen über die private Krankenversicherung.



Die richtige Wahl Ihrer Krankenversicherung ist eine wichtige Entscheidung für Ihre Zukunft

Kranken-Vollversicherung – unsere Angebote sind ausgewogen und heilsam

Tatsache ist, dass Sie als Privatpatient Vorzüge genießen. Denn die Leistungen der „Privaten“ sind erheblich umfangreicher als die der „Gesetzlichen“. Das sollten Sie sich wert sein.

Wer die Wahl hat, ist im Vorteil

Bevor Sie sich entscheiden, sollten Sie genau hinsehen. Denn Ihre neue Krankenversicherung muss rundherum gesund sein und perfekt zu Ihnen und Ihren Ansprüchen passen. Zum Beispiel hinsichtlich Tarifauswahl und Leistungsumfang. Oder Kostenentwicklung und Beitragsstabilität. Sie werden sehr schnell feststellen, dass Sie mit der PAX-FAMILIENFÜRSORGE-Krankenversicherung eine sehr gute Wahl treffen.

Für jeden Wunsch das richtige Angebot

Bestimmen Sie, welche Leistungen Sie bei einem Klinikaufenthalt erwarten. Oder welcher Anteil am Zahnersatz erstattet werden soll. Ob Sie einen Selbstbehalt wünschen oder ein Krankentagegeld benötigen. Mit unseren drei Tarif-Varianten können Sie ganz individuell und bedarfsgerecht Ihren eigenen Gesundheitsplan verwirklichen.

Wer kann sich privat versichern?

- ◆ Arbeitnehmer, die mehr als 4.125 € Brutto im Monat verdienen, können schon nach einem statt wie bisher nach drei Jahren in die Private Krankenversicherung wechseln (Pflichtversicherungsgrenze jährlich 49.500 €)
- ◆ Selbstständige und Freiberufler, unabhängig von der Einkommenshöhe

Komfort-Tarif: Die leistungsstarke Gesundheitsvorsorge nach Ihren Wünschen

Mit dem Komfort-Tarif stehen Ihnen mehrere Möglichkeiten offen

Leistungsstark, komfortabel und flexibel – der Komfort-Tarif.

Der Komfort-Tarif ist ideal für alle, die sich nach eigenen Wünschen komfortabel im Krankheitsfall privat absichern möchten.

Der besondere Vorteil des Komfort-Tarifs ist seine Flexibilität. Sie haben zum Beispiel die Wahl zwischen unterschiedlichen Leistungsumfängen bei der stationären Behandlung. Zusätzlich können Sie aus drei ambulanten Tarifen Ihren gewünschten Selbstbehalt bestimmen. Je höher der Selbstbehalt, desto günstiger der Beitrag.

Sie haben die Wahl zwischen

Tarif A0	ohne Selbstbehalt
Tarif A1	mit jährlichem Selbstbehalt von 312 €
Tarif A2	mit jährlichem Selbstbehalt von 624 €

Für Kinder und Jugendliche gelten halbierte Selbstbehalte.

Mit dem höheren Selbstbehalt sinkt der monatliche Beitrag.

Da der Arbeitgeber bei Arbeitnehmern die Hälfte des Beitrags trägt, empfehlen wir Arbeitnehmern i. d. R. einen geringen Selbstbehalt.

Ein niedriger Selbstbehalt ist auch deshalb interessant, weil Sie die Beiträge für Ihre Kranken- und Pflegeversicherung nahezu in voller Höhe steuerlich geltend machen können, den Selbstbehalt hingegen nicht.

Selbstständigen, die Wert auf niedrige Beiträge legen, empfehlen wir einen höheren Selbstbehalt.

Ambulante Behandlungen

- ◆ Sie werden beim Hausarzt oder Facharzt als Privatpatient behandelt und erhalten 100 % Kostenerstattung. Das gilt auch bei Heilpraktikern.
- ◆ Arznei-, Heil- und Hilfsmittel übernehmen wir zu 100 %.
- ◆ Sehhilfen wie Kontaktlinsen und Brillengläser übernehmen wir zu 100 %.
- ◆ Die Leistung für Brillengestelle beträgt 102,26 € in zwei Kalenderjahren.

Zahnärztliche Behandlungen

- ◆ Sie werden beim Zahnarzt als Privatpatient behandelt.
- ◆ Wir erstatten Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen zu 100 %, Material- und Laborkosten werden zu 60 % bzw. 80 % (in Verbindung mit Tarif ML) erstattet.

Während der ersten drei Versicherungsjahre werden die tariflichen Leistungen pro versicherte Person und Versicherungsjahr auf jeweils 1.022,58 € begrenzt (außer bei Unfällen). Für den Tarif ML liegt die Begrenzung bei 200 € in den ersten drei Versicherungsjahren.

Stationäre Behandlungen

TARIF SW – DIE WICHTIGSTEN LEISTUNGEN:

- ◆ Im Krankenhaus Ihrer Wahl sind Sie Privatpatient im Ein- oder Zweibettzimmer mit allem Komfort.
- ◆ Sie werden privat vom Chefarzt behandelt.
- ◆ Sofern keine gesonderte Berechnung der ärztlichen Leistungen erfolgt, wird ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 30 € gezahlt.
- ◆ Werden die Kosten für Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer nicht gesondert berechnet, so wird ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 20 € gezahlt.
- ◆ Nehmen Sie weder die Chefarztbehandlung noch die Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer in Anspruch, so wird ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 50 € gezahlt.

TARIF S3 – DIE WICHTIGSTEN LEISTUNGEN:

- ◆ Im Krankenhaus Ihrer Wahl liegen Sie im Mehrbettzimmer mit allgemeiner Krankenhausleistung.
- ◆ Behandlung durch den Stationsarzt.

Beitragsrückerstattung

- ◆ Sie erhalten bis zu 4 Monatsbeiträge in unseren ambulanten Tarifen A0, A1 und A2. Bereits nach dem ersten leistungsfreien Jahr erhalten Sie eine Rückerstattung von einem Monatsbeitrag.

Hinweis zur Pflegeversicherung:

Wir empfehlen Ihnen, mit der Krankheitskostenvollversicherung auch die Pflegepflichtversicherung bei uns abzuschließen.

Häufig sind Krankheiten und Pflege im Leistungsfall nur schwer voneinander zu trennen. Sie vermeiden eventuelle Abgrenzungsprobleme, wenn Sie Ihre Kranken- und Pflegeversicherung beim gleichen Unternehmen führen.

Ausführliche Hinweise zur Pflegeversicherung finden Sie in dieser Broschüre auf Seite 11.



Select-Tarif: Preis-Leistung zum Wohlfühlen

Der Select-Tarif leistet viel und spart bares Geld

Sie sind auf der Suche nach einer günstigen privaten Krankenversicherung und legen Wert auf ein gutes Leistungspaket? Der Tarif Select ist das günstige Tarifangebot für Selbstständige (die keinen Arbeitgeberzuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag erhalten) und für Arbeitnehmer, die die Familie mitversichern wollen.

Sie haben die Wahl zwischen

Tarif S0	ohne Selbstbehalt
Tarif S600	mit jährlichem Selbstbehalt von 600 €
Tarif S1200	mit jährlichem Selbstbehalt von 1.200 €

Mit dem höheren Selbstbehalt sinkt der monatliche Beitrag.

Da der Arbeitgeber bei Arbeitnehmern die Hälfte des Beitrags trägt, empfehlen wir Arbeitnehmern i. d. R. einen geringen Selbstbehalt.

Ein niedriger Selbstbehalt ist auch deshalb interessant, weil Sie die Beiträge für Ihre Kranken- und Pflegeversicherung nahezu in voller Höhe steuerlich geltend machen können, den Selbstbehalt hingegen nicht.

Selbstständigen, die Wert auf niedrige Beiträge legen, empfehlen wir die Tarife S600 oder S1200.

Select-Tarif: Leistungsstarke Alternative zum Einsteiger-Tarif – preiswerter als der Komfort-Tarif.

Ambulante Behandlungen

- ◆ Sie werden beim Arzt als Privatpatient behandelt und erhalten 100 % Kostenerstattung, wenn Sie für die Erstbehandlung einen Arzt für Allgemeinmedizin/praktischen Arzt bzw. bestimmte Fachärzte wie z. B. für Frauenheilkunde, Augen- oder Kinderarzt aufsuchen (Hausarztprinzip). Wenn Sie direkt zum Facharzt gehen, erstatten wir 80 % der Kosten.
- ◆ Arznei-, Heil- und Hilfsmittel übernehmen wir zu 80 %. Höhere Erstattungen – bis zu 100 % der Kosten – sind möglich, wenn Sie sich für die Behandlung durch einen unserer Kooperationspartner entscheiden.
- ◆ Sehhilfen wie Brillen und Kontaktlinsen erstatten wir bis zu einem Rechnungsbetrag von 300 € innerhalb von 2 Kalenderjahren.



Stationäre Behandlungen

- ◆ Im Krankenhaus Ihrer Wahl sind Sie Privatpatient. Sie liegen im Zweibettzimmer mit allem Komfort.
- ◆ Sie werden privat vom Chefarzt behandelt.
- ◆ Wenn Sie nur ein Mehrbettzimmer beanspruchen, erhalten Sie ein Krankenhaustagegeld von 20 €. Wenn Sie auf die privatärztliche Behandlung verzichten, erhalten Sie ein Krankenhaustagegeld von 30 €.

Zahnärztliche Behandlung

- ◆ Sie werden als Privatpatient behandelt und erhalten 100 % Kostenerstattung für Zahnbehandlung und Zahnvorsorge.
- ◆ Aufwendungen für Zahnersatz, Kronen und Inlays werden zu 60 % erstattet. Kieferorthopädische Behandlungen werden bis zum 21. Lebensjahr zu 80 % erstattet. Die Höhe ist gestaffelt nach Kalenderjahren. Im 1. und 2. Kalenderjahr bis jeweils 1.500 € Rechnungsbetrag. Im 3. Kalenderjahr bis 2.000 € Rechnungsbetrag. Ab dem 4. Kalenderjahr und bei Unfall entfallen die Begrenzungen.

Beitragsrückerstattung

- ◆ Sie erhalten bis zu 4 Monatsbeiträge zurück. Bereits nach dem ersten leistungsfreien Jahr erhalten Sie eine Rückerstattung von einem Monatsbeitrag. In Anspruch genommene Vorsorgeuntersuchungen wirken sich nicht auf die Beitragsrückerstattung aus.

Unser Tipp: Wählen Sie für Ihre Behandlung unsere Behandlungspartner. So erhalten Sie eine erstklassige Versorgung und noch höhere Erstattungen, z. B. bei medizinischen Versorgungszentren, Arzneimitteln, Heilpraktikern und Zahnlabors.

Hinweis zur Pflegeversicherung:

Wir empfehlen Ihnen, mit der Krankheitskostenvollversicherung auch die Pflegepflichtversicherung bei uns abzuschließen.

Häufig sind Krankheiten und Pflege im Leistungsfall nur schwer voneinander zu trennen. Sie vermeiden eventuelle Abgrenzungsprobleme, wenn Sie Ihre Kranken- und Pflegeversicherung beim gleichen Unternehmen führen.

Ausführliche Hinweise zur Pflegeversicherung finden Sie in dieser Broschüre auf Seite 11.

Einsteiger-Tarif ECO: Die preiswerte Alternative zur „Gesetzlichen“

Der Einsteiger-Tarif ECO ist der günstige Grundschatz für Neuselbstständige

Sie haben sich gerade selbstständig gemacht?
Jeder Euro ist deshalb für Sie wichtig.

Wir wenden uns mit dem Einsteiger-Tarif ECO an
Neuselbstständige und Freiberufler, die Wert auf
einen besonders günstigen Beitrag legen. Die
Höhe Ihres Beitrages können Sie durch die Wahl
des Selbstbehaltes zusätzlich bestimmen.

Ambulante Behandlungen

Sie haben die Wahl zwischen zwei Tarifen:

Tarif ECO100	mit jährlichem Selbstbehalt von 100 €
Tarif ECO1000	mit jährlichem Selbstbehalt von 1.000 €

Mit dem höheren Selbstbehalt sinkt der monatliche Beitrag.

Da der Arbeitgeber bei Arbeitnehmern die Hälfte des Bei-
trags trägt, empfehlen wir Arbeitnehmern einen geringen
Selbstbehalt und somit den Tarif ECO100.

Ein niedriger Selbstbehalt ist auch deshalb interessant, weil
Sie die Beiträge für Ihre Kranken- und Pflegeversicherung
nahezu in voller Höhe steuerlich geltend machen können,
den Selbstbehalt hingegen nicht.

Selbstständigen, die Wert auf niedrige Beiträge legen,
empfehlen wir den Tarif ECO1000.

- ◆ Sie werden beim Arzt als Privatpatient behan-
delt und erhalten 100 % Kostenerstattung,
wenn Sie für die Erstbehandlung einen Arzt für
Allgemeinmedizin/praktischen Arzt bzw.
bestimmte Fachärzte wie z. B. für Frauenheil-
kunde, Augen- oder Kinderarzt aufsuchen
(Hausarztprinzip). Wenn Sie direkt zum Fach-
arzt gehen, erstatten wir 80 % der Kosten.
Kosten für Heilpraktiker werden nicht über-
nommen.
- ◆ Arznei-, Heil- und Hilfsmittel übernehmen wir
zu 80 % bis zu einem Rechnungsbetrag von
2.500 €. Darüber hinaus zu 100 %.
- ◆ Sehhilfen wie Brillen und Kontaktlinsen erstat-
ten wir zu 100 % bis zu einem Rechnungsbe-
trag von 100 € innerhalb von 2 Kalenderjahren.

Stationäre Behandlungen

- ◆ Im Krankenhaus Ihrer Wahl liegen Sie im
Mehrbettzimmer mit allgemeiner Kranken-
hausleistung.
- ◆ Behandlung durch den Stationsarzt.

Zahnärztliche Behandlung

- ◆ Sie werden beim Zahnarzt als Privatpatient behandelt und erhalten 100 % Kostenerstattung für Zahnbehandlungen.
- ◆ Aufwendungen für Kieferorthopädie werden bis zum vollendeten 21. Lebensjahr zu 80 % erstattet.
- ◆ Aufwendungen für Zahnersatz werden zu 60 % erstattet (Inlays und Implantate nur in Ausnahmefällen). Die Höhe ist gestaffelt nach Kalenderjahren. Im 1. und 2. Kalenderjahr bis jeweils 1.000 € Rechnungsbetrag. Im 3. Kalenderjahr bis 1.500 € Rechnungsbetrag, im 4. Kalenderjahr bis 2.000 € Rechnungsbetrag. Ab dem 5. Kalenderjahr und bei Unfall entfallen die Begrenzungen.

Beitragsrückerstattung

- ◆ Sie erhalten bis zu 4 Monatsbeiträge zurück. Bereits nach dem ersten leistungsfreien Jahr erhalten Sie eine Rückerstattung von einem Monatsbeitrag.

Ihr Wechselrecht:

Wenn Sie später eine Absicherung mit mehr Komfort wünschen, können Sie innerhalb der ersten fünf Jahre einmalig, frühestens zum Ende des 2. Versicherungsjahres ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten in den leistungsstärkeren Select- oder Komfort-Tarif wechseln.

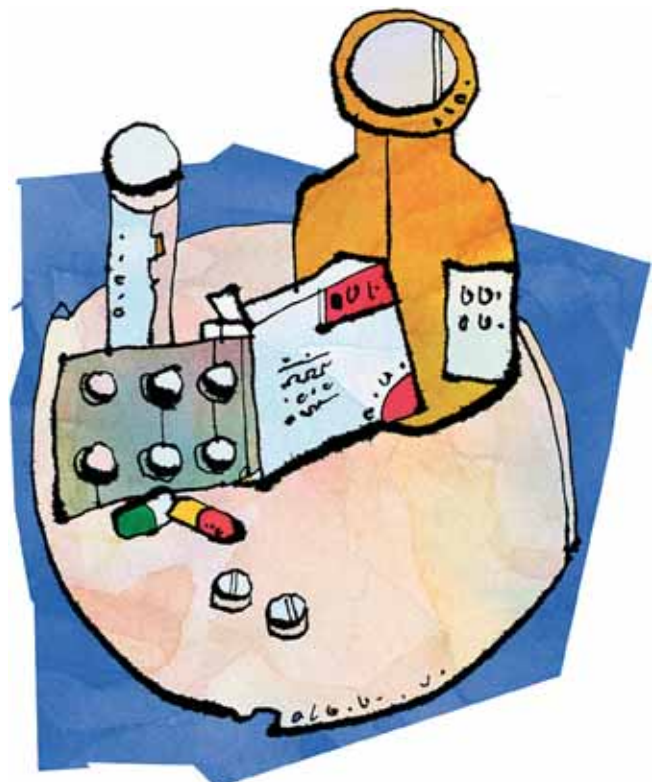
Hinweis zur Pflegeversicherung:

Wir empfehlen Ihnen, mit der Krankheitskostenvollversicherung auch die Pflegepflichtversicherung bei uns abzuschließen.

Häufig sind Krankheiten und Pflege im Leistungsfall nur schwer voneinander zu trennen. Sie vermeiden eventuelle Abgrenzungsprobleme, wenn Sie Ihre Kranken- und Pflegeversicherung beim gleichen Unternehmen führen.

Ausführliche Hinweise zur Pflegeversicherung finden Sie in dieser Broschüre auf Seite 11.

Auch im Einsteiger-Tarif ECO sind Sie Privatpatient beim Arzt.



Wichtige Zusatzversicherungen: Zuverlässige Einkommenssicherung für Arbeitnehmer und Selbstständige

Sichern Sie sich vollständig ab!

Eine sinnvolle Ergänzung Ihres Versicherungsschutzes bieten Ihnen unsere Zusatztarife.

Krankentagegeld – Tarif T

Das Krankentagegeld ist Ihre finanzielle Sicherheit, wenn der Genesungsprozess länger dauern sollte.

Als Arbeitnehmer erhalten Sie bei Arbeitsunfähigkeit mindestens sechs Wochen von Ihrem Arbeitgeber den Lohn bzw. das Gehalt weiter. Nach dieser Zeit zahlen wir Ihnen das vereinbarte Krankentagegeld – bis zur Höhe Ihres Nettoeinkommens. Als Nettoeinkommen gilt bei Arbeitnehmern 80 %, bei Selbstständigen 70 % des durchschnittlichen Bruttoeinkommens der letzten 12 Monate.

Als Selbstständiger oder Freiberufler können Sie Krankentagegeld auch ab einem früheren Zeitpunkt als sechs Wochen erhalten.

Krankenhaustagegeld – Tarif KHT

Sie erhalten bei stationärer Heilbehandlung vom 1. Tag an ein Krankenhaustagegeld in vereinbarter Höhe. Damit können Sie – ohne Kostennachweis – Ihre zusätzlichen Ausgaben ausgleichen, z. B. Ihr Kind ins Krankenhaus begleiten (Rooming-in).

Pflegetagegeld – Tarif PT Premium

Die Pflegepflichtversicherung, ob privat oder gesetzlich, bietet nur eine Grundabsicherung und deckt nicht alle anfallenden Pflegekosten. Mit unserem Pflegetagegeld schließen Sie diese Lücke.

Für die Höhe des auszahlenden Tagegeldes ist die Zuordnung in die Pflegestufen I, II und III oder die Anerkennung der Notwendigkeit stationärer Pflege durch die private oder soziale Pflegepflichtversicherung maßgebend.

Entsprechend der Pflegebedürftigkeit wird das versicherte Pflegetagegeld für jeden Tag der Pflege zu den folgenden Prozentsätzen gezahlt:

Pflegestufe	ambulant/ teilstationär	vollstationär/ Kurzzeitpflege
I	30 %	100 %
II	60 %	100 %
III	100 %	100 %

Versicherbar sind max. 100 € täglich in 5-€-Stufen.



Die private Pflegepflichtversicherung ist gesetzlich vorgeschrieben

Versicherungspflicht in der privaten Pflegeversicherung

Wer bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen für allgemeine Krankenhausleistungen versichert ist, ist gesetzlich verpflichtet, dort auch eine Pflegeversicherung abzuschließen.

Empfehlung:
Schließen Sie die private Pflegepflichtversicherung ebenfalls bei der PAX-FAMILIENFÜRSORGE-Krankenversicherung ab. Das ist im Leistungsfall einfacher für Sie.

Innerhalb von sechs Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht kann sich der Versicherte auch für ein anderes PKV-Unternehmen entscheiden. Die Leistungen sind allerdings per Gesetz bei allen privaten Krankenversicherungen gleich und die Höchstbeiträge gleichermaßen begrenzt, sodass dieses Wahlrecht kaum Vorteile bringt.

Versicherten, die mit einer Vollversicherung von anderen privaten Krankenversicherern oder gesetzlichen Krankenkassen zu uns kommen, empfehlen wir daher, die Pflegeversicherung zusammen mit der Krankenversicherung bei uns zu führen.

Bitte entnehmen Sie den für Sie gültigen Beitrag dem Angebot

Der Höchstbeitrag zur privaten Pflegeversicherung ist meist per Gesetz auf den Höchstbeitrag in der gesetzlichen Pflegeversicherung begrenzt.

Er ist einheitlich in den alten und neuen Bundesländern.

Kinder und Studenten

Kinder sind grundsätzlich bis zum 18. Lebensjahr beitragsfrei mitversichert, wenn sie nicht erwerbstätig sind bis zum 23. Lebensjahr. Befinden sie sich in Berufsausbildung oder leisten sie ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr, verlängert sich die Mitversicherung bis zum 25. Lebensjahr, ggf. verlängert um Wehr- oder Ersatzdienstzeiten. Voraussetzung ist, dass das Kind kein Einkommen über 365 € (bei Arbeitseinkommen aus geringfügiger Beschäftigung 400 €) monatlich hat. Behinderte Kinder, die nicht in der Lage sind, sich selbst zu unterhalten, sind ohne Altersgrenze beitragsfrei in den Versicherungsschutz eingeschlossen. Grundwehr- und Ersatzdienstleistende sind ebenfalls beitragsfrei pflegeversichert.

Studenten zahlen, soweit sie nicht beitragsfrei bei ihren Eltern mitversichert sind, bis zum 34. Lebensjahr einen ermäßigten Beitrag.

Wichtige Leistungsunterschiede zwischen der gesetzlichen (GKV) und der privaten Krankenversicherung (PKV) bei der PAX-FAMILIENFÜRSORGE-Krankenversicherung

	Gesetzliche Krankenkasse	Einsteiger-Tarif ECO	Select-Tarif	Komfort-Tarif
Ambulante Behandlungen				
Arztbehandlung	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Behandlung durch zugelassene Vertragspartner (z. B. Kassenärzte) ◆ 10 € Praxisgebühr pro Quartal bzw. Erstbesuch ohne Überweisung (außer Vorsorgeuntersuchungen) 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Behandlung durch niedergelassene Ärzte/Zahnärzte als Privatpatient ◆ 100 % Kostenübernahme bei Erstbehandlung durch Allgemein-, Frauen-, Kinder-, Augen-, Not- oder Bereitschaftsarzt ◆ 80 % bei direktem Gang zum Facharzt 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Behandlung durch niedergelassene Ärzte/Zahnärzte als Privatpatient ◆ 100 % Kostenübernahme bei Erstbehandlung durch Allgemein-, Frauen-, Kinder-, Augen-, Not-, Bereitschaftsarzt oder Kooperationspartner** ◆ 80 % bei direktem Gang zum Facharzt 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Behandlung durch niedergelassene Ärzte/Zahnärzte als Privatpatient ◆ Kostenübernahme von 100 %
Arzneimittel	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Zuzahlung von 10 % (mind. 5 €, max. 10 €) ◆ keine Kostenübernahme von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Kostenübernahme von 80 % bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 2.500 €*, darüber hinaus 100 % 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Kostenübernahme von 100 %, wenn Generika und Präparate unserer Partner** bezogen werden, sonst 80 % Erstattung 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Kostenübernahme von 100 %
Heilmittel z. B. Massagen, Krankengymnastik	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Zuzahlung von 10 % der Kosten für Anwendungen, plus 10 € je Verordnung 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Kostenübernahme von 80 % bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 2.500 €*, darüber hinaus 100 % 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Kostenübernahme von 100 % bei Kooperationspartnern**, sonst 80 % Erstattung 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Kostenübernahme von 100 %
Hilfsmittel z. B. Gehhilfen, Bandagen,	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Zuzahlung bei Hilfsmitteln von 10 %, mind. 5 €, max. 10 € 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Kostenübernahme von 80 % bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 2.500 €*, darüber hinaus 100 % 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Kostenübernahme von 100 % bei Bezug über Kooperationspartner**, sonst 80 % Erstattung 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Kostenübernahme von 100 %
Sehhilfen	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Zuschüsse für Sehhilfen nur bis zum Alter von 18 Jahren und in Sonderfällen ◆ keine Kostenübernahme 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Brillen/Kontaktlinsen bis zu 100 € innerhalb von 2 Kalenderjahren ◆ Lasikoperationen bis 400 € 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Brillen/Kontaktlinsen bis zu 300 € innerhalb von 2 Kalenderjahren ◆ Lasikoperationen bis 1.000 € 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Leistungen für Brillengestelle 102,26 € in 2 Kalenderjahren, Kontaktlinsen/Brillengläser ohne Höchstbegrenzung ◆ Lasikoperationen bis 1.000 €
Heilpraktiker	<ul style="list-style-type: none"> ◆ grundsätzlich keine Kostenübernahme 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ keine Kostenübernahme 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Kostenübernahme von 80 % bei Kooperationspartnern**, sonst 60 % Erstattung 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Kostenübernahme von 100 %
ambulante Psychotherapie	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Kostenübernahme 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ keine Kostenübernahme 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Kostenübernahme 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Kostenübernahme
Ausland	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Versicherungsschutz nur im EU-Ausland und in Ländern mit denen ein Sozialversicherungsabkommen besteht ◆ Erstattung begrenzt auf vergleichbare deutsche Sätze ◆ kein Krankenrücktransport 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Versicherungsschutz europa-weit, bis zu zwei Monaten weltweit (bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt) ◆ Erstattung der landesüblichen Sätze ◆ kein Krankenrücktransport 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Versicherungsschutz europa-weit, bis zu zwei Monaten weltweit (bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt) ◆ Erstattung der landesüblichen Sätze ◆ einschließlich Krankenrücktransport 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Versicherungsschutz europa-weit, bis zu drei Monaten weltweit (bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt) ◆ Erstattung der landesüblichen Sätze
Stationäre Behandlungen				
Stationäre Krankenhausbehandlung	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Kostenübernahme für Unterbringung im Mehrbettzimmer mit Stationsarzt ◆ Zuzahlung von täglich 10 € für maximal 28 Tage ◆ Unterbringung im nächstgelegenen Krankenhaus 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Kostenübernahme für Unterbringung im Mehrbettzimmer mit Stationsarzt ◆ keine Zuzahlung ◆ freie Krankenhaus-Wahl 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Kostenübernahme für Unterbringung im Zweibettzimmer und Chefarztbehandlung ◆ keine Zuzahlung ◆ freie Krankenhaus-Wahl 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Kostenübernahme für Unterbringung im 1- oder 2-Bett-Zimmer und Chefarztbehandlung ◆ keine Zuzahlung ◆ freie Krankenhaus-Wahl

* gilt insgesamt für alle eingereichten Arznei-, Heil- und Hilfsmittel (außer Sehhilfen)
 ** soweit vorhanden

	Gesetzliche Krankenkasse	Einsteiger-Tarif ECO	Select-Tarif	Komfort-Tarif
Zahnärztliche Behandlungen				
Zahnbehandlung	<ul style="list-style-type: none"> grundsätzlich volle Kostenerstattung, jedoch Beschränkungen (z. B. bei Inlays) 10 € Praxisgebühr je Quartal bzw. bei jedem Arztbesuch 	<ul style="list-style-type: none"> 100 % Kostenübernahme 	<ul style="list-style-type: none"> Kostenübernahme von 100 % 	<ul style="list-style-type: none"> Kostenübernahme im tariflich vereinbarten Umfang: zahnärztliche Leistungen 100 %
Zahnersatz Kronen, Onlays, Inlays	<ul style="list-style-type: none"> seit 2005 befundbezogene Festzuschüsse, insgesamt beträgt die Erstattung ca. 50–65 %, je nach Eintrag im Bonusheft 	<ul style="list-style-type: none"> 60 % Kostenübernahme Inlays und Implantate nur in Ausnahmefällen kein Bonusheft 	<ul style="list-style-type: none"> Kostenübernahme von 70 % bei Kooperationspartnern**, sonst 60 % Erstattung Implantate nur unter bestimmten Voraussetzungen kein Bonusheft 	<ul style="list-style-type: none"> Kostenübernahme zahnärztliche Leistungen 100 %, Material- und Laborkosten 60 % bzw. 80 % kein Bonusheft
Kieferorthopädische Behandlung	<ul style="list-style-type: none"> Kostenübernahme von 80 %, ab 2 Kindern 90 %, Restauszahlung nach ordnungsgemäßer Beendigung der Behandlung Altersbegrenzung: Behandlungsbeginn muss bis zum 18. Lebensjahr erfolgen 	<ul style="list-style-type: none"> Kostenübernahme von 80 % Altersbegrenzung bis 21 Jahre 	<ul style="list-style-type: none"> Kostenübernahme von 80 % Altersbegrenzung bis 21 Jahre 	<ul style="list-style-type: none"> zahnärztliche Leistungen 100 %, Material- und Laborkosten 60 % bzw. 80 % keine Altersbegrenzung
Sonstige Leistungen				
Kuren, ambulant	<ul style="list-style-type: none"> volle Erstattung auf Berechtigungsschein Eigenbeteiligung von 10 % bei Anwendungen Tagesgeldzuschuss von max. 13 € 	<ul style="list-style-type: none"> keine Kostenübernahme 	<ul style="list-style-type: none"> Kostenübernahme von 80 % für Anwendungen einschließlich Arzneimittel, Kurtaxe und Kurplan 	<ul style="list-style-type: none"> volle Kostenübernahme von Anwendungen einschließlich Arzneimitteln, Kurtaxe, Kurplan, etc.
Kuren, stationär	<ul style="list-style-type: none"> Kostenübernahme für eine 3-wöchige Kur mit möglicher Verlängerung innerhalb von 4 Jahren Zuzahlung von 10 € pro Tag 	<ul style="list-style-type: none"> keine Kostenübernahme, außer bei Rehabilitations-Leistungen als Anschluss-Heilbehandlung 	<ul style="list-style-type: none"> Kostenübernahme von 80 % für die Dauer von bis zu 4 Wochen ohne Unterbringung und Verpflegung 	<ul style="list-style-type: none"> keine Kostenübernahme, außer bei Rehabilitations-Leistungen als Anschluss-Heilbehandlung
Beitragsrückerstattung	<ul style="list-style-type: none"> grundsätzlich keine Beitragsrückerstattung 	<ul style="list-style-type: none"> ein Monatsbeitrag bei 1-jähriger Leistungsfreiheit; zwei Monatsbeiträge bei 2-jähriger Leistungsfreiheit; drei Monatsbeiträge bei 3-jähriger Leistungsfreiheit, vier Monatsbeiträge bei 4-jähriger Leistungsfreiheit 	<ul style="list-style-type: none"> ein Monatsbeitrag bei 1-jähriger Leistungsfreiheit; zwei Monatsbeiträge bei 2-jähriger Leistungsfreiheit; drei Monatsbeiträge bei 3-jähriger Leistungsfreiheit, vier Monatsbeiträge bei 4-jähriger Leistungsfreiheit Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen werden neben der Beitragsrückerstattung erstattet 	<ul style="list-style-type: none"> ein Monatsbeitrag bei 1-jähriger Leistungsfreiheit; zwei Monatsbeiträge bei 2-jähriger Leistungsfreiheit; drei Monatsbeiträge bei 3-jähriger Leistungsfreiheit, vier Monatsbeiträge bei 4-jähriger Leistungsfreiheit

Informationen über Alterungsrückstellungen sowie zur Beitragsentwicklung der PAX-FAMILIENFÜRSORGE-Krankenversicherung

PKV-Beiträge im Alter – was Sie darüber wissen sollten

Die schon seit langem geführte Diskussion um steigende PKV-Beiträge im Alter führt bei vielen Versicherten und Interessenten zu einer verständlichen Verunsicherung.

Was ist unter Alterungsrückstellungen zu verstehen?

Der Beitrag eines PKV-Tarifs setzt sich grundsätzlich aus drei Bestandteilen zusammen:

- ◆ einem Risikoanteil, mit dem die Versicherungsleistungen bezahlt werden
- ◆ einem Kostenanteil, z. B. für Verwaltung und Leistungsbearbeitung
- ◆ einem Sparanteil, mit dem in den ersten Jahren die Alterungsrückstellungen finanziert werden.

Stabile Beiträge: Kalkulierte Rückstellungen stabilisieren den Beitrag für Ihren späteren Gesundheitsschutz.

Außerdem bilden wir zusätzliche Alterungsrückstellungen (AR), die nur zur Beitragsstabilisierung im Alter verwendet werden dürfen.

Das Risiko, krank zu werden, steigt mit zunehmendem Alter erheblich an, daher wird von der PKV ein Teil des Gesamtbeitrags – er bewegt sich anfänglich zwischen rund 30 % und 50 % des Tarifbeitrags, je nach Alter, Tarif und Geschlecht – für das Alter zurückgelegt. Er vermindert sich im Laufe der Jahre aufgrund des steigenden Risikobedarfs.

Die so angesammelte Alterungsrückstellung wird später dazu verwendet, die im Alter gestiegenen Krankheitskosten zu finanzieren.

Gesetzlicher Zuschlag von 10 %

Seit Anfang 2000 ist für Neukunden zwischen 21 und 60 Jahren ein Beitragszuschlag von 10 % auf Vollkostentarife gesetzlich vorgeschrieben. Dieser Zuschlag wird unseren Kunden individuell in voller Höhe als zusätzliche Alterungsrückstellung gutgeschrieben und verzinslich angesammelt; wir bilden für Sie also eine zusätzliche Altersvorsorge.

Die Verzinsung erfolgt auch hier rechnermäßig mit 3,5 %.

Individuelle Beitragssenkung im Alter

Sie können Ihren Krankenversicherungsbeitrag jederzeit durch Tarifwechsel oder Erhöhung des Selbstbehalts senken. Angesammelte Alterungsrückstellungen wirken dabei beitragsmindernd. Auf Antrag erhalten Sie einen Beitragszuschuss Ihres Rentenversicherungsträgers zur privaten Krankenversicherung.

Zusätzliche Sicherheit durch den Basistarif

Mit dem Basistarif wird dem Versicherten zugesichert, dass er die Möglichkeit hat, nicht mehr als den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu zahlen, wenn er seinen Versicherungsumfang auf das Niveau der GKV reduziert; er stellt sich damit nicht schlechter als in der GKV.

Unser Bestreben ist aber, unsere Normaltarife bezahlbar zu halten, sodass ein Umstieg auf den Basistarif nicht notwendig ist.

Die Beiträge im Alter werden auch dadurch günstiger, dass ein bisher vereinbartes Krankentagegeld nicht mehr benötigt wird.

Wechseln Sie jetzt in die Private Krankenversicherung und genießen Sie viele Vorteile

Werden Sie Privatpatient!

Wann können Sie wechseln?

ALS FREIWILLIG VERSICHERTER IN DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG:

jederzeit zum Ende des übernächsten Monats durch eine schriftliche Austrittserklärung.

ALS BEREITS VERSICHERTER IN DER PRIVATEN KRANKENVERSICHERUNG:

3 Monate zum Ablauf des Versicherungsjahres (häufig Kalenderjahr) bzw. bei einer Beitragsanpassung zum Anpassungszeitpunkt.

Unbedingt beachten!

Kündigen Sie Ihre Versicherung erst, wenn Sie schon eine schriftliche Annahmeerklärung von uns haben! Damit Sie die Kündigungsfristen einhalten können, sollten Sie Ihren Antrag möglichst frühzeitig stellen. Sie können ihn schon 6 Monate vor dem gewünschten Versicherungsbeginn bei uns einreichen. Unser Ansprechpartner vor Ort wird Sie dazu gerne beraten.

Private Krankenversicherung und Familie

In vielen Familien ist die Frau in der GKV pflichtversichert, z. B. wenn sie nach dem Erziehungsurlaub wieder eine Teilzeitbeschäftigung aufnimmt. Wenn sich der Ehepartner in der PKV vollversichert, sind meist die Kinder ebenfalls in der PKV zu versichern.

Eine kostenlose Familienversicherung in der GKV ist dann möglich, wenn bei Verheirateten nicht alle beide der nachstehend aufgeführten Voraussetzungen erfüllt sind:

- ◆ das Einkommen des PKV-Versicherten übersteigt regelmäßig 1/12 der Jahresarbeitsentgeltgrenze,
- ◆ sein Einkommen ist regelmäßig höher als das Gesamteinkommen des GKV-versicherten Elternteils.

Sind die beiden Voraussetzungen gegeben, ist keine kostenlose Familienversicherung in der GKV möglich. (Ausnahme: Bei nicht verheirateten oder geschiedenen Eltern reicht es aus, dass ein Elternteil GKV-versichert ist.)

In diesem Fall können die Kinder entweder als freiwillige Mitglieder in der GKV oder bei uns in der PKV versichert werden.

Wir haben Ausgezeichnetes für Sie

Hervorragendes Preis-Leistungs-Verhältnis

Das bestätigen wiederholt unabhängige Profis wie z. B. von Finanztest und der Zeitschrift Euro in ihren aktuellen Bewertungen:



Die wichtigsten Leistungen im Komfort-Tarif von A–Z

Alternative Behandlungs- und Untersuchungsmethoden zur Schulmedizin

siehe Naturheilverfahren

Anzeigepflicht

Die im Antrag aufgeführten Gesundheitsfragen sind vollständig und richtig zu beantworten. Alle Veränderungen des Gesundheitszustands bis zum Erhalt des Versicherungsscheins melden Sie uns bitte unbedingt nach, um den Versicherungsschutz nicht zu gefährden.

Arzneimittel

siehe Medikamente

Ausland

In der Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung erstreckt sich der Versicherungsschutz auf Heilbehandlungen in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden.

Bei vorübergehendem Aufenthalt (bis zu drei Monaten) im außereuropäischen Ausland gewähren wir Versicherungsschutz ohne besondere Vereinbarung. Er kann sich im Krankheitsfall um maximal zwei Monate verlängern, wenn eine Rückreise den Gesundheitszustand der versicherten Person gefährden würde.

Bei einem außereuropäischen Aufenthalt von mehr als zwei Monaten setzen Sie sich am besten vor Reiseantritt mit uns in Verbindung. Auch bei Wegzug aus der Bundesrepublik Deutschland sind besondere Vereinbarungen möglich.

Krankentagegeld wird normalerweise nur gezahlt, wenn sich die versicherte Person an ihrem Wohnsitz aufhält.

Auszahlung der Versicherungsleistung ambulant

Bei der Erstkonsultation eines Arztes geben Sie Ihre persönlichen Daten und Ihre Krankenversicherung an. Diese Daten werden gespeichert und sind für künftige Arztbesuche verfügbar. Sie erhalten vom Behandler (z. B. Arzt) eine Honorarrech-

nung, die Sie normalerweise überweisen und anschließend bei uns zur Rückerstattung Ihrer Auslagen einreichen.

Sie können auch unbezahlte Rechnungen einreichen. Wenn Sie es wünschen, überweisen wir dann den Betrag direkt an den Behandler.

Auszahlung der Versicherungsleistung stationär

Auch bei der Aufnahme in einem Krankenhaus geben Sie Ihre Daten und Ihre Krankenversicherung an. Durch unseren Krankenhausscheck haben Sie zusätzlich die Möglichkeit, dass das Krankenhaus die Unterbringungskosten direkt mit uns abrechnet. Hierzu geben Sie lediglich diesen Scheck bei der Aufnahme ab. Das Krankenhaus regelt dann die Kostenübernahme direkt mit uns. Übrigens: Auch mit einer Kundenkarte (Chip-Card) wäre eine veränderte Rechnungsstellung im Patienten-Arzt-Verhältnis nicht möglich, sodass wir derzeit auf die Einführung einer Kundenkarte verzichten.

Beitragsrückvergütung

Die PAX-FAMILIENFÜRSORGE-Krankenversicherung gibt traditionsgemäß Überschüsse an ihre Kunden in Form von Beitragsrückerstattungen zurück.

Für 2010 (Auszahlung 2011) erstatten wir ab dem ersten leistungsfreien Jahr einen Monatsbeitrag für leistungsfreie Ambulant- und Zahntarife bei Vollversicherungen zurück. Insgesamt können Sie vier Monatsbeiträge bei vier leistungsfreien Jahren erhalten.

Übrigens: Als Arbeitnehmer steht Ihnen – trotz Arbeitgeberzuschuss – die Beitragsrückerstattung in voller Höhe zu. Sie brauchen sie nicht mit Ihrem Arbeitgeber zu teilen.

Brillengestelle

Innerhalb von zwei Kalenderjahren erstatten wir Aufwendungen für Brillengestelle einschließlich Reparaturen bis zu einem Rechnungsbetrag von 102,26 €.

Brillengläser

Wir erstatten Aufwendungen für Gläser ohne Höchstbegrenzung. Spezielle Glasarten (z. B. selbsttönende Gläser oder Kunststoffgläser) werden bei entsprechender medizinischer Notwendigkeit ebenfalls anerkannt.

Fahrtkosten

Bei stationären Krankenhausbehandlungen erstatten wir im Rahmen der Krankheitskosten-Vollversicherung medizinisch notwendige Transportkosten zum und vom nächsterreichbaren geeigneten Krankenhaus.

Gebührenordnung

Aufwendungen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen sowie Leistungen von Heilpraktikern werden erstattet, wenn sie gemäß der jeweils gültigen Gebührenordnung berechnet werden und die jeweiligen Höchstsätze nicht überschreiten. Fast alle Honorarforderungen bewegen sich in diesem Rahmen.

Überschreitet der Arzt den vorgesehenen Rahmen, muss er vor Beginn der Behandlung mit dem Patienten eine abweichende Vereinbarung treffen, die enthalten muss, dass die Vergütung des Arztes durch uns (den Versicherer) möglicherweise nicht im vollen Umfang gewährleistet ist.

Hausbesuche

Nachgewiesene Kosten für notwendige Hausbesuche von Ärzten werden tariflich erstattet. Die Höhe der Honorarforderung richtet sich nach der Gebührenordnung für Ärzte.

Haushaltshilfe

Haushaltsführungskosten können nicht übernommen werden.

Heilmittel

Heilmittelbehandlungen werden normalerweise von Angehörigen der Heilhilfsberufe (z. B. Masseure, Krankengymnasten) durchgeführt. Bei der Erstattung der Kosten für Heilmittelanwendungen orientieren wir uns an den beihilfefähigen Sätzen. Diese wurden durch das Bundesfinanzministerium in Abstimmung mit den Fachverbänden festgelegt.

Heilpraktiker

Kostenübernahme für wissenschaftlich anerkannte Behandlungen bis zum Höchstsatz der Gebührenordnung für Heilpraktiker. Honorarforderungen für Psychotherapie-Behandlungen durch Heilpraktiker können nicht übernommen werden.

Hilfsmittel

Unser Hilfsmittel-Katalog beinhaltet: Brillengestelle, Brillengläser, Kontaktlinsen (Details siehe jeweilige Rubrik), Hör- und Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf), Krankenfahrstühle, Bandagen, Geh- und Stützapparate, Kunstglieder, aus medizinischen Fachgeschäften bezogene Bruchbänder, Leibbinden, Gummistrümpfe, orthopädische Schuhe und Einlagen. Erstattungsfähig sind auch die Kosten für das Ausleihen und die Reparatur eines Hilfsmittels.

Homöopathische Behandlungen

siehe Naturheilverfahren

Impfungen

Wir erstatten Schutzimpfungen einschließlich Impfstoff, soweit es sich um staatlich empfohlene Kinderschutzimpfungen sowie um Impfungen gegen Tollwut, Wundstarrkrampf, Diphtherie, Gripeschutz- und Zeckenschutzimpfungen handelt. Auslandsschutzimpfungen werden generell nicht übernommen.

Die wichtigsten Leistungen im Komfort-Tarif von A–Z

Inlaybehandlung

Darunter fallen die Behandlungs- und Materialkosten sowie die entsprechende Vor- und Nachbehandlung der Zähne.

In der Regel gelten für die Leistungen in den ersten Jahren Höchstgrenzen. Dies soll verhindern, dass die Versicherungsgemeinschaft mit vorgeplanten Inlaykosten belastet wird. Die genauen Regelungen stehen im jeweiligen Tarif.

In unseren Tarifen ist bei medizinischer Notwendigkeit die Versorgung mit Goldinlays vorgesehen. Darüber hinausgehende Methoden (z. B. Keramikinlays) gehen über das medizinisch notwendige Maß hinaus, hier legen wir bei der Erstattung die Kosten zugrunde, die bei der Versorgung mit Goldinlays entstanden wären.

Wir empfehlen vor Beginn der Behandlung einen Heil- und Kostenplan einzureichen, damit wir Ihnen den zu erwartenden Erstattungsbetrag bereits im Vorfeld bekannt geben können.

Kontaktlinsen

Aufwendungen für Kontaktlinsen werden tarifgemäß erstattet. Nicht erstattungsfähig sind Pflegemittel für Kontaktlinsen.

Krankenhausbehandlungen

Bei einem stationären Aufenthalt erhält die Klinik üblicherweise von uns eine Kostenübernahme-Erklärung. Wir rechnen daraufhin die Pflegekosten – dazu gehören unter anderem auch Sonderentgelte z. B. für einen Herzschrittmacher – direkt mit dem Krankenhaus ab. Sie brauchen also nicht im Voraus zu bezahlen. Am einfachsten funktioniert es, wenn Sie einen „Krankenhaus-Scheck“ benutzen, den Sie auf Anforderung erhalten.

Kuren

Man unterscheidet zwischen ambulanten und stationären Kuren. Bei ambulanten Kuren sind bis zu einer Dauer von 28 Tagen die Aufwendungen für ärztliche Behandlung, Kurplan, Arzneien, Kurmittel, physikalische Therapie und Kurtaxe erstat-

tungsfähig. Nicht erstattungsfähig sind die Unterbringungskosten.

Ambulante Kuren im Ausland sind erstattungsfähig, wenn eine entsprechende Indikation ärztlich festgelegt wird.

Wir zahlen bei ambulanten Kuren, soweit nicht ein anderer Kostenträger (z. B. Deutsche Rentenversicherung) leistet.

Medikamente

Erstattungsfähig sind alle medizinisch notwendigen Medikamente (Arzneimittel), die vom Arzt/Heilpraktiker verordnet und aus einer Apotheke bezogen werden. Im Gegensatz zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zahlen Sie keine Rezeptgebühren und sind weder an Festbeträge für Arzneimittel noch an einen Ausschlusskatalog gebunden.

Naturheilverfahren

Naturheilverfahren/alternative Behandlungs- und Untersuchungsmethoden einschließlich entsprechender Arzneimittel werden erstattet:

- ◆ wenn sie von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind oder
- ◆ wenn sie sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder
- ◆ wenn keine schulmedizinischen Methoden/Arzneimittel zur Verfügung stehen.

Psychotherapie

Aufwendungen werden erstattet, wenn die Psychotherapie von einem Arzt oder einem im Arztregister eingetragenen approbierten Psychotherapeuten durchgeführt wird.

Es besteht keine Leistungspflicht für eine Psychotherapie durch Heilpraktiker bzw. Diplom-Psychologen.

Bei der ambulanten und stationären Psychotherapie erstatten wir die max. erforderlichen Sitzungen, wenn zuvor eine schriftliche Zusage erteilt wurde.

Rehabilitationsmaßnahmen

werden grundsätzlich von den gesetzlichen Rehabilitationsträgern (z. B. Deutsche Rentenversicherung) übernommen. Krankenhaustagegeld bzw. Krankentagegeld wird bei dieser Behandlung nicht gezahlt.

Schwangerschaft

Wir erstatten alle Aufwendungen, die medizinisch notwendig sind. Während des Mutterschutzes besteht kein Anspruch auf Krankentagegeld.

Vorsorgeuntersuchungen

Wir erstatten ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen. Dazu zählen übliche ambulante Untersuchungen zur Vorsorge oder Früherkennung häufig vorkommender schwerer Erkrankungen (z. B. Diabetes, Krebs, Tuberkulose) ohne Altersbegrenzung.

Zahnersatz

Darunter fallen die Behandlungs- und Materialkosten sowie die entsprechende Vor- und Nachbehandlung der Zähne.

In der Regel gelten für die Leistungen in den ersten Jahren Höchstgrenzen. Dies soll verhindern, dass die Versichertengemeinschaft mit vorgeplanten Zahnersatzkosten belastet wird. Die genauen Regelungen stehen im jeweiligen Tarif.

Versicherungsschutz aus einer Hand – umfassend und preiswert.

Für alle Bereiche des täglichen Lebens bieten wir Versicherungsschutz zu äußerst günstigen Beiträgen.

Sparen Sie mit dem Kombi-Bonus!

Ihr Ansprechpartner vor Ort erklärt Ihnen gern, wie es geht.

Kommen Sie zu uns:

Ihren persönlichen Ansprechpartner vor Ort finden Sie schnell und bequem unter:

www.bruderhilfe.de

Oder Sie erreichen uns telefonisch
unter 0180 2 153456*
(Mo. bis Fr. 8-20 Uhr)

Doktorweg 2 - 4
32756 Detmold
Fax 0180 2 875182*
info@bruderhilfe.de
www.bruderhilfe.de

* Festnetzpreis 6 Cent je Anruf, Mobilfunkpreis maximal 42 Cent je Minute (60-Sekunden-Takt).