

FINANZMANAGER24
vorsorgen | versichern | anlegen | finanzieren



**Informationen zur
Privaten Krankenversicherung**

Wir helfen Ihnen im Tarifdschungel

Die 2-Klassen-Medizin wird mehr und mehr Realität. „Gesetzlich Versicherte müssen im Vergleich zu Privatpatienten oft längere Wartezeiten, einen geringeren Leistungsumfang und schlechteren Service in Kauf nehmen“. Laut einer Studie meinen 80 Prozent der Deutschen, dass nicht jeder Bürger Zugang zu einer guten medizinischen Versorgung habe. Zugleich ergab die Umfrage, dass 56 Prozent der Privatversicherten mit ihrer Versorgung zufrieden oder sehr zufrieden seien. Kein Wunder, dass der Zustrom zu den privaten Krankenversicherern (PKV) nicht abreißt. Inzwischen haben rund 8,3 Millionen PKV-Vollversicherte dem gesetzlichen System (GKV) den Rücken gekehrt – knapp eine Million mehr als noch Ende der 90er-Jahre.

Privatpatienten haben es gut. Sie können ihren Versicherungsschutz individuell zusammenstellen. Doch wie so oft bereitet solch eine Freiheit auch enorme Bauchschmerzen. Das Angebot an privaten Krankenversicherungen ist vielschichtig. Rund 50 Gesellschaften stehen zur Auswahl. Jede bietet unterschiedliche Tarifsysteme an. Als zusätzliches Hindernis entpuppt sich die Versicherungssprache, die die Verbraucher im Kleingedruckten entziffern müssen. Allein auf die Beiträge zu schauen macht die Versicherungsnehmer indes langfristig nicht glücklich. Wichtiger ist tatsächlich, den optimalen Leistungsumfang zu finden. Voraussetzung: „Der Versicherte sollte wissen, was er will und welcher Schutz ihm wichtig ist“. Will der Patient einen leistungsstarken Tarif oder reine Basisabsicherung? Legt er Wert auf Heilpraktikerbehandlungen? Sind Augen oder Zähne besondere Schwachpunkte? Zugleich müssen die Kunden ihre private und berufliche Lebensplanung im Blick behalten. So ist es etwa für Selbstständige extrem wichtig, möglichst früh in den Genuss eines Krankentagegelds zu kommen, wenn sie wegen einer längeren Krankheit ausfallen. „Optimal sind Tarife, die beim Krankentagegeld auf Karenzzeiten verzichten, wenn es zu Rückfällen kommt“. Doch selbst wer sich gut abgesichert wähnt, erlebt bisweilen böse Überraschungen – „Tarife ohne Selbstbeteiligungen gibt es fast nie“. Über Deckelungen, Höchsterstattungsgrenzen oder Sublimits begrenzen die Gesellschaften im Bedingungswerk ihre Erstattungen, Rankings und Ratings geben eine erste Entscheidungshilfe bei der Auswahl.

Wir empfehlen jedoch: „Bei der konkreten Auswahl ist eine qualifizierte Beratung durch unsere auf private Krankenversicherungen spezialisierten unabhängigen Versicherungsmakler unabdingbar.“ Dieser kann Versicherten im Übrigen auch helfen, ihre bereits bestehenden Tarife zu optimieren. Zwar können vor allem Ältere ihren Versicherungsanbieter ohne Verluste meist nicht wechseln. Sie können ihre Beiträge aber reduzieren, indem sie innerhalb der Gesellschaften die Tarife switchen oder den ursprünglich vereinbarten Leistungsumfang reduzieren.

Informationen zur privaten Krankenversicherung

Bei der privaten Krankenversicherung haben Sie die Möglichkeit zu entscheiden, wie viel Schutz Sie brauchen.

Die private Krankheitskostenvollversicherung ersetzt den gesetzlichen Schutz, d. h. Sie sind dann nicht mehr in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert. Den Zugang zur privaten Vollversicherung hat der Gesetzgeber mit Hürden versehen (für die Zugangsmöglichkeiten siehe „Wann können Sie sich privat vollversichern?“).

Die private Krankheitskostenvollversicherung bietet Ihnen u. a.

	freie Wahl des Arztes und des Krankenhauses
	Status des Privatpatienten bei Ärzten und in Krankenhäusern (optimale Behandlung, da keine Restriktionen durch Budgets)
	Erstattung der Kosten für Zahnersatz von mindestens 50 Prozent (je nach Tarifwahl bis auf 100 Prozent steigerbar)
	je nach Tarif Einbettzimmer und Chefarztbehandlung
	je nach Tarif Erstattung auch über den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte
	je nach Tarif Erstattung der Kosten für Heilpraktiker-Behandlung und Psychotherapie
	Krankenversicherungsschutz außerhalb des Heimatlandes

Wann können Sie in die private Vollversicherung wechseln?

Der Wechsel in die private Vollversicherung ist möglich, wenn Sie der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht unterliegen, oder sich von der Versicherungspflicht befreien lassen können.

Folgende Personen können in die PKV wechseln

Beamte oder Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben.

Selbstständige, sofern sie nicht als Landwirte oder - mit Einschränkungen - als Künstler oder Publizisten tätig sind.

Studenten, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind.

1. Versicherungsfreiheit

Nicht der Versicherungspflicht unterliegen u. a. Arbeitnehmer, deren Einkommen in drei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren die Versicherungspflichtgrenze überschritten hat.

Diese liegt 2009 bei 48.600 Euro Jahresbruttoeinkommen (2008: 48.150, 2007: 47.700 Euro). Die Versicherungspflicht endet mit Ablauf des Jahres, in dem die Versicherungspflichtgrenze zum dritten Mal hintereinander überschritten wird.

Personen, die nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung verbleiben, sind freiwillige Mitglieder. Diese haben das Recht, der Krankenkasse zum Ende jedes übernächsten Monats zu kündigen. Dabei sind sie bei einem Wechsel in eine private Krankenversicherung nicht an die 18-monatige Bindungsfrist gebunden, wie sie bei einem Wechsel zu einer anderen gesetzlichen Krankenkasse gelten würde.

2. Befreiung von der Versicherungspflicht

Von der Versicherungspflicht können sich u. a. Personen befreien lassen, die versicherungspflichtig werden aufgrund der Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze, durch Aufnahme einer nicht vollen Erwerbstätigkeit während des Erziehungsurlaubs, weil ihre Arbeitszeit auf die Hälfte oder weniger der regelmäßigen Wochenarbeitszeit vergleichbarer Vollbeschäftigter des Betriebes herabgesetzt wird und sie mindestens fünf Jahre wegen Überschreitens der Versicherungspflichtgrenze versicherungsfrei waren (z. B. Altersteilzeit), durch den Antrag auf Rente oder den Bezug von Rente oder die Teilnahme an einer berufsfördernden Maßnahme, durch die Einschreibung als Student oder die berufspraktische Tätigkeit, durch die Tätigkeit in einer Einrichtung für Behinderte, durch den Bezug von Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe oder Unterhaltsgeld und in den letzten fünf Jahren vor dem Leistungsbezug nicht gesetzlich krankenversichert waren. Der Antrag auf Befreiung ist innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht zu stellen. **Die Befreiung ist unwiderruflich.**

Versicherungspflicht tritt erst wieder ein, wenn der Versicherte aufgrund eines anderen Sachverhaltes versicherungspflichtig wird.

Beispiel: Das Einkommen eines Arbeitnehmers liegt über der Versicherungspflichtgrenze. Er kündigt seiner Krankenkasse und versichert sich privat. Bei einer späteren Anhebung der Versicherungspflichtgrenze wird er wieder versicherungspflichtig. Jetzt kann er sich von der Versicherungspflicht befreien lassen, d. h. ab sofort kann er dauerhaft unter der Versicherungspflichtgrenze verdienen, ohne dass er sich gesetzlich versichern muss oder darf. Wird er allerdings arbeitslos, so tritt wiederum Versicherungspflicht ein. Er kann sich jetzt wieder von der Versicherungspflicht befreien lassen (siehe Arbeitslosigkeit) und ist dann dauerhaft auch bei Arbeitslosigkeit privat versichert.

3. Zurück in die gesetzliche Krankenversicherung (GKV)?

Grundsätzlich ist die Rückkehr in die GKV nicht möglich, es sei denn der Versicherte wird aus einem der o. g. Gründe wieder versicherungspflichtig.

Wie funktioniert die private Krankenversicherung?

1. Prämienkalkulation

Die private Krankenversicherung errechnet ihre Prämien, also Ihren monatlich zu zahlenden Krankenversicherungsbeitrag, nach dem sogenannten Anwartschaftsdeckungsverfahren. Das bedeutet, die Prämien richten sich nach dem individuellen Risiko und den versicherten Leistungen. In der privaten Krankenversicherung können Sie selbst entscheiden, wie viel Versicherungsschutz Sie brauchen. Durch die individuelle Gestaltung des Versicherungsschutzes nehmen Sie natürlich auch Einfluss auf die Prämie, die Sie zahlen. Diese können Sie beispielsweise dadurch senken, dass Sie sich entscheiden, einen Teil der Krankheitskosten selbst zu tragen, d. h. eine Selbstbeteiligung wählen.

Darüber hinaus ist für die Höhe der Prämie entscheidend das Eintrittsalter des Versicherten (jüngere Menschen haben ein geringeres Risiko krank zu werden als ältere), das Geschlecht (aufgrund des Geburtsrisikos sind die durchschnittlichen Krankheitskosten bei jüngeren Frauen höher als bei Männern) .Siehe auch Prämienentwicklung im Alter.

Berechnen Sie Ihren persönlichen Beitrag mit dem Central Beitragsrechner

2. Überschussverwendung

Die von der PKV erwirtschafteten Überschüsse werden fast vollständig für die Versicherten verwendet. Damit können zusätzliche Alterungsrückstellungen gebildet werden, die die Prämien dauerhaft senken.

3. Arbeitgeberzuschuss

Privat Krankenversicherte haben - wie freiwillig gesetzlich Versicherte auch - Anspruch auf einen Arbeitgeberzuschuss zur Krankenversicherung. Der Arbeitgeber zahlt dabei den Betrag, den er zu zahlen hätte, wenn die Person gesetzlich versichert wäre, jedoch höchstens die Hälfte der tatsächlichen Prämie. Der Höchstzuschuss beträgt 250,20 Euro. Auch privat versicherte Rentner haben selbstverständlich Anspruch auf einen Zuschuss in der Höhe, in der sie ihn erhalten würden, wenn sie gesetzlich versichert wären.

4. Wann ist mit Prämienanpassungen zu rechnen?

Ob und in welchem Umfang Prämienanpassungen in bestimmten Tarifen notwendig sind, richtet sich nach einem gesetzlich vorgegebenen Verfahren. Danach ist das Versicherungsunternehmen verpflichtet, jährlich die erforderlichen mit den kalkulierten, d. h. den tatsächlich zugrundegelegten Leistungen zu vergleichen. Ergibt die der Aufsichtsbehörde und einem Treuhänder vorzulegende Gegenüberstellung für einen Tarif

eine Abweichung von mehr als fünf Prozent muss das Unternehmen alle Prämien dieses Tarifs überprüfen und, wenn die Abweichung nicht als vorübergehend anzusehen ist, mit Zustimmung des Treuhänders anpassen. Die Anpassungshöhe ergibt sich aus der vorgeannten Vergleichsrechnung, wobei außerdem gegebenenfalls notwendig werdende Änderungen weiterer Rechnungsgrundlagen berücksichtigt werden.

5. Wie Sie Ihre Prämie senken können

Möchten Sie Ihre Prämie senken, sollten Sie zunächst prüfen, ob eine Tarifstufe mit einer höheren Selbstbeteiligung für Sie in Betracht kommt.

Grundsätzlich ist auch ein Wechsel des Tarifs möglich. Die Central bietet Ihnen die Möglichkeit, in einen anderen Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte zu wechseln. Soweit die Leistungen in dem Tarif, in den Sie wechseln möchten, höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif, kann für die Mehrleistung ein Leistungsausschluss oder ein angemessener Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit vereinbart werden. Wenn die Leistungen mit denen des Tarifs, aus dem Sie wechseln, vergleichbar sind, wird kein Risikozuschlag notwendig.

6. Unterschiede zur gesetzlichen Krankenversicherung

Finanzierungsverfahren: Die gesetzliche Krankenversicherung funktioniert - anders als die private Krankenversicherung - nach dem Umlageverfahren. D. h. die entstehenden Kosten werden auf alle Mitglieder umgelegt, indem ein bestimmter Anteil des Bruttoeinkommens, ausgedrückt im sogenannten Beitragssatz (z. B. 14,5 Prozent), als Beitrag an die Krankenkasse abgeführt werden muss. Die Kassenbeiträge richten sich daher nach der persönlichen Einkommenssituation. Rückstellungsbildung: Im Gegensatz zur privaten Krankenversicherung bildet die gesetzliche Krankenversicherung keine Rückstellung. Damit macht sich der demografische Effekt (nämlich dass immer weniger junge Menschen die Leistungen für immer mehr alte Menschen finanzieren müssen) bei den Beitragssätzen der GKV voll bemerkbar. Wissenschaftliche Studien gehen davon aus, dass - bei unverändertem Leistungsniveau - die Beitragssätze bis zum Jahr 2040 auf bis zu 30 Prozent steigen werden. Individuelle Leistungsauswahl: In der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten Sie - anders als in der privaten Krankenversicherung - ein weitgehend standardisiertes Leistungspaket. Zugesagte Leistungen: Im Gegensatz zur GKV, wo Eingriffe durch den Gesetzgeber in den Leistungskatalog jederzeit möglich sind, ist die dauernde Erfüllbarkeit des vertraglich vereinbarten Versicherungsschutzes in der privaten Krankenversicherung ein zentrales, im Versicherungsaufsichtsgesetz verankertes Prinzip. Leistungskürzungen müssen Privatversicherte nicht befürchten.

Private Krankenversicherung: Prämienentwicklung im Alter

1. Prämie steigt nicht wegen des Älterwerdens des Versicherten

Die private Krankenversicherung berücksichtigt bei der Beitragskalkulation das zunehmende Krankheitsrisiko im Alter. Daher liegen die gezahlten Prämien in den ersten Jahren über dem tatsächlichen Leistungsbedarf. Unter anderem mit Hilfe dieses in den ersten Jahren überschießenden Betrages wird eine verzinste Alterungsrückstellung finanziert. Steigt das Krankheitsrisiko in späteren Jahren, wird diese Rückstellung dem Beitrag gutgeschrieben. Dadurch ist gewährleistet, dass die Prämie nicht aufgrund des Älterwerdens des Versicherten steigt.

2. Warum die Prämie aber trotzdem steigt

Stark steigenden Kosten im Gesundheitswesen führen dazu, dass die Prämie im Laufe eines Versichertenlebens steigt. Verantwortlich für den Kostenanstieg ist vor allem der medizinische Fortschritt, den unsere Versicherten natürlich in vollem Umfang in Anspruch nehmen können. Mit jedem Fortschritt steigt aber auch der Wert der Versicherung - und damit auch die Prämie.

3. Maßnahmen der Versicherer zur Prämientlastung im Alter

Bei einigen Versicherten hat dieser Kostenanstieg zu der Befürchtung geführt, dass sie ihre Prämie im Alter nicht mehr bezahlen können. Diese Sorge ist unbegründet. Die privaten Krankenversicherungen haben Maßnahmen ergriffen, um sicherzustellen, dass auch im Alter und bei weiterhin stark steigenden Kosten im Gesundheitswesen die Prämie bezahlbar bleibt. So wird seit 1992 eine Zusatzrückstellung aufgebaut, deren Mittel speziell für die Prämientlastung im Alter eingesetzt werden.

4. Gesetzlicher Beitragszuschlag

Zudem wurde 2000 in der Krankheitskosten-Vollversicherung ein obligatorischer Beitragszuschlag von zehn Prozent eingeführt. Die Mittel aus diesem Zuschlag werden in einer Rückstellung gesammelt. Sie werden zur vollständigen oder teilweisen Finanzierung von Prämienanpassungen verwendet, wenn der Versicherte das 65. Lebensjahr vollendet hat.

5. Wie Kunden ihre Beiträge im Alter senken können

Für Kunden, die ihre Prämie im Alter nicht nur stabil halten, sondern darüber hinaus senken wollen, bietet die Central eine Beitragsentlastungskomponente an. Damit besteht die Möglichkeit, die Prämie ab dem Alter 63 um bis zu 75 Prozent zu senken. Für weitere Informationen siehe Rentner.

Familienversicherung

In der privaten Krankenversicherung richtet sich die Prämie nach dem individuellen Risiko und dem vereinbarten Versicherungsschutz. Für jedes Familienmitglied ist daher eine Prämie zu entrichten (Ausnahme siehe private Pflegeversicherung). Die Prämien für Kinder und Jugendliche liegen allerdings deutlich niedriger als die Erwachsenenprämien.

Grundsätzlich sind Kinder da versichert, wo ihre Eltern versichert sind. Ist ein Elternteil gesetzlich und der andere privat versichert, und haben beide Elternteile ein Einkommen, gilt folgende Regelung: Die Kinder haben immer Anspruch auf beitragsfreie Mitversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung, es sei denn, der privat Krankenversicherte hat ein Einkommen, das über der Versicherungspflichtgrenze liegt und das höher ist als das Einkommen des gesetzlich Versicherten.

Kündigungsverzicht

Die Central verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht in der Krankheitskostenversicherung - sowohl in der Vollversicherung wie in der Ergänzungsversicherung. Dies gilt auch für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer der zuvor genannten Versicherungen besteht.

Das Kündigungsrecht ist generell ausgeschlossen, wenn der Versicherungsvertrag länger als drei Jahre läuft.

Mutterschutz/Erziehungsurlaub

Bei der Entbindung, während des Mutterschutzes und im Erziehungsurlaub gelten folgende Regelungen:

Privat versicherte Arbeitnehmerinnen haben Anrecht auf Mutterschaftsgeld (Entbindungspauschale) in Höhe von bis zu 210 Euro.

Dieses ist beim Bundesversicherungsamt, Mutterschaftsgeldstelle, Friedrich-Ebert-Allee 38, 53113 Bonn, Tel. 02 28 / 6 19-18 88 oder online über www.mutterschaftsgeld.de zu beantragen.

Als Mutter oder Vater hat man unter bestimmten Bedingungen Anrecht auf Erziehungsgeld. Für das Erziehungsgeld gelten Einkommensgrenzen. Bitte erkundigen Sie sich bei der zuständigen Stelle.

Abschluss des Krankentagegeldtarifes ausgeglichen werden. Denn dieser Tarif leistet auch in den Mutterschutzfristen. Bei PKV-Versicherten wird die Prämienzahlungspflicht durch die Mutterschutzfristen und den Erziehungsurlaub nicht unterbrochen.

Zuständig sind folgende Stellen:

Baden-Württemberg: Landeskreditbank Baden-Württemberg - Förderbank

Bayern: Ämter für Versorgung und Familienförderung

Berlin: Bezirksämter (Jugendamt)

Brandenburg: Jugendämter der Landkreise, kreisfreien Städte und großen kreisangehörigen Städte

Bremen: Amt für Soziale Dienste Bremen - Erziehungsgeldstelle

Hamburg: Bezirksämter (Einwohnerämter)

Hessen: Ämter für Versorgung und Soziales

Mecklenburg-Vorpommern: Erziehungsgeldabschnitte bei den Versorgungsämtern

Niedersachsen: kreisfreie Städte, Landkreise und in einigen Fällen auch kreisangehörige Gemeinden

Nordrhein-Westfalen: Versorgungsämter

Rheinland-Pfalz: Jugendämter der kreisfreien und großen kreisangehörigen Städte sowie der Landkreise

Saarland: Landesamt für Jugend, Soziales und Versorgung

Sachsen: Sachgebiete Familienhilfe der Ämter für Familie und Soziales

Sachsen-Anhalt: Ämter für Versorgung und Soziales

Schleswig-Holstein: Außenstellen des Landesamtes für soziale Dienste

Thüringen: Versorgungsämter Privatversicherte haben gegenüber gesetzlich Versicherten Nachteile beim Mutterschaftsgeld. Diese Nachteile können aber durch den

Private Pflegeversicherung

1. Wo ist wer versichert?

Mit dem am 1. Januar 1995 in Kraft getretenen Pflegeversicherungsgesetz wurde grundsätzlich eine für jedermann geltende Versicherungspflicht eingeführt. Für die Wahl des Versicherers gilt das Prinzip „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“, d. h. die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung müssen sich bei den Krankenkassen versichern (soziale Pflegepflichtversicherung = SPV), während privat Versicherte bei einem privaten Krankenversicherer pflegeversichert sein müssen (private Pflegepflichtversicherung = PPV). Das gilt auch für Familienangehörige eines privat Krankenversicherten, für die in der SPV Familienversicherung bestünde. In Abweichung von dem Grundsatz „Pflege folgt Kranken“ können sich freiwillig in der GKV versicherte Personen, innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht in der SPV, von der Versicherungspflicht befreien lassen. Hierzu müssen sie der Pflegekasse nachweisen, dass sie bei einem privaten Krankenversicherer eine Pflegeversicherung unterhalten. Für Beihilfe- und Heilfürsorgeberechtigte gilt Entsprechendes.

2. Prämienberechnung in der privaten Pflegepflichtversicherung

Für die Prämienberechnung in der privaten Pflegepflichtversicherung gelten im Wesentlichen die gleichen Grundsätze wie für die Prämienberechnung in der privaten Krankenversicherung (siehe „Prämienkalkulation“) - mit Ausnahme der Tatsache, dass das Geschlecht keine Rolle spielt. Für jeden Versicherten ist eine Prämie zu zahlen, die sich im Wesentlichen nach dem Eintrittsalter richtet.

Zur Abdeckung des mit dem Alter steigenden Pflegerisikos bilden die privaten Pflegeversicherer Rückstellungen, die sogenannten Alterungsrückstellungen. Eine solche Rückstellungsbildung gibt es in der Pflegeversicherung der gesetzlichen Krankenkassen nicht, da dort die Beiträge nach dem Umlageverfahren erhoben werden.

3. Prämienhöhe

Für Versicherte des sogenannten Altbestandes (das sind im Wesentlichen die Personen, die seit dem 1. Januar 1995 privat krankenversichert sind) werden grundsätzlich keine Prämien erhoben, die den Höchstbeitrag in der sozialen Pflegepflichtversicherung übersteigen. Für Personen, die sich erst nach dem 1. Januar 1995 privat krankenversichert haben und damit in der privaten Pflegeversicherung versicherungspflichtig wurden, werden die Beiträge nach einer Versicherungszeit von fünf Jahren auf den Höchstbeitrag der sozialen Pflegepflichtversicherung begrenzt. In der Regel liegen die Prämien für eine private Pflegepflichtversicherung aber deutlich niedriger als der Höchstbeitrag in der sozialen Pflegepflichtversicherung. Für Beihilfeberechtigte gilt Entsprechendes. Bei diesem Personenkreis ist die Beitragshöhe auf 40 Prozent des Höchstbeitrages in der SPV begrenzt.

Zudem konnten die Prämien in der privaten Pflegeversicherung bereits dreimal gesenkt werden, während in der sozialen Pflegeversicherung über Beitragserhöhungen diskutiert wird.

Bei Verheirateten ist der Höchstbeitrag in der privaten Pflegeversicherung auf 150% des Höchstbeitrages der sozialen Pflegepflichtversicherung begrenzt, wenn einer der Gatten seit dem 1. Januar 1995 privat krankenversichert ist.

Kinder sind in der Regel prämienfrei mitversichert, solange sie unter 18 Jahre alt sind (unter 23 Jahre, wenn sie nicht erwerbstätig sind und unter 25 Jahre, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden). Im Einzelfall sind die Voraussetzungen nach § 8, Abs. 2 der AVB für die private Pflegeversicherung zu prüfen.

Studenten sind bis zum Alter von 24 Jahren prämienfrei mitversichert und zahlen im Alter von 25 bis 34 Jahren eine einheitliche Prämie. Bafög-Empfänger erhalten einen Zuschuss.

Beamtenanwärter und Ärzte im Praktikum erhalten bei der Central eine Ermäßigung auf ihre Prämie.

Wie die Krankenversicherung auch, wird die Prämie zur privaten Pflegepflichtversicherung zur Hälfte vom Arbeitgeber bezuschusst. Privat versicherte Rentner erhalten einen Zuschuss in der Höhe, in der sie ihn erhalten würden, wenn sie gesetzlich versichert wären.

4. Leistungen der privaten Pflegepflichtversicherung

Der bundesweit tätige medizinische Dienst Medicproof stellt im Auftrag der privaten Krankenversicherungen die Pflegebedürftigkeit fest. Folgende drei Stufen der Pflegebedürftigkeit werden dabei unterschieden:

Pflegestufe I

umfasst im Wesentlichen Personen, die mindestens 90 Minuten Hilfe am Tag benötigen.

Pflegestufe II

umfasst im Wesentlichen Personen, die mindestens drei Stunden Hilfe am Tag benötigen.

Pflegestufe III

umfasst im Wesentlichen Personen, die mindestens fünf Stunden Hilfe am Tag benötigen.

Bei der Pflegeversicherung wird unterschieden zwischen häuslicher Pflege, teilstationärer Pflege und vollstationärer Pflege. Bei der häuslichen Pflege kann ein Pflegegeld beantragt werden, wenn ein Familienangehöriger die Person selbst pflegt.

Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat 215 Euro für Pflegebedürftige der Stufe I, 420 Euro für Pflegebedürftige der Stufe II und 675 Euro für Pflegebedürftige der Stufe III.

Anstelle des Pflegegeldes ersetzt die Pflegeversicherung auch die Aufwendungen für eine anerkannte häusliche Pflegehilfe je Kalendermonat in Höhe von bis zu 420 Euro für Pflegebedürftige der Stufe I, 980 Euro für Pflegebedürftige der Stufe II und 1.470 Euro für Pflegebedürftige der Stufe III. Bis zu 1.918 Euro werden von der Pflegekasse übernommen, wenn ein außerordentlich hoher und intensiver Pflegeaufwand erforderlich ist. Sofern die Höchstbeträge nicht ausgeschöpft werden, erhalten Sie ein anteiliges Pflegegeld.

Ist die mit der häuslichen Pflege betraute Person (z. B. ein Familienangehöriger) an der Pflege gehindert, z. B. wegen Urlaub oder Krankheit, so werden Aufwendungen einer notwendigen Ersatzpflegekraft grundsätzlich für längstens vier Wochen je Kalenderjahr bis zu einer Höhe von 1.470 Euro erstattet.

Wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann, kann der Versicherte teilstationäre Pflege in Anspruch nehmen, d. h. er kann sich nur tagsüber oder nur nachts in einer Pflegeeinrichtung pflegen lassen. Die Pflegeversicherung ersetzt die Aufwendungen je Kalendermonat in Höhe von bis zu 420 Euro bei Pflegebedürftigen der Stufe I, 980 Euro bei Pflegebedürftigen der Stufe II und 1.470 Euro bei Pflegebedürftigen der Stufe III.

Bei vollstationärer Pflege übernimmt die Pflegeversicherung die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege für Pflegebedürftige der Stufe I in Höhe von monatlich 1.023 Euro, für Pflegebedürftige der Stufe II in Höhe von monatlich 1.279 Euro und für Pflegebedürftige der Stufe III in Höhe von monatlich 1.470 Euro.

5. Empfehlenswert: Private Pflegezusatzversicherung

Die private Pflegepflichtversicherung hat die Aufgabe, die Vorgaben der gesetzlichen Pflegeversicherung für den Bereich der privaten Krankenversicherung umzusetzen. Sie kann daher über diese Bestimmungen nicht hinausgehen. Es steht aber bereits jetzt fest, dass die im Rahmen der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung vorgesehenen Leistungen nicht ausreichen werden, um die Kosten der häuslichen, insbesondere jedoch der stationären Pflege zu finanzieren. Die private Pflegezusatzversicherung ist daher als Ergänzung sowohl zur privaten als auch zur sozialen Pflegeversicherung unentbehrlich.

Was ist finanzmanager24.de ?

Der Versicherungsmarkt bietet eine Vielzahl von Lösungen für alle denkbaren Bedürfnisse. Ein einziger Versicherer kann unmöglich allen Situationen gerecht werden, deshalb ist es gut, wenn Ihr Versicherungsvermittler mit großer Branchenkenntnis einen Anbieter auswählen kann, der genau das passende Produkt für Sie im Angebot hat.

Die Hauptaufgabe eines Versicherungsmaklers ist: Fragen.

Jede Versicherung hat Vor- und Nachteile, die es zu bedenken gilt; die optimale Lösung zu finden ist oft harte Arbeit. Gestatten Sie uns deshalb auch mal, in Ruhe für Sie ein optimales Angebot für Sie ausfindig zu machen.

Als unabhängige Versicherungsmakler sind wir treuhänderischer Sachwalter der Versicherungsinteressen unserer Kunden.

Als unabhängige Versicherungsvermittler suchen wir auf den in Frage kommenden Märkten den nach Solidität, Qualität und Preis besten Anbieter aus.

Um dies für Sie zu gewährleisten:

- stellen wir viele Fragen**
- arbeiten mit unabhängigen Vergleichsprogrammen**
- prüfen wir regelmäßig den Markt nach neuen und attraktiven Angeboten**
- haben Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Versicherungen, Banken, Fondsgesellschaften und Initiatoren**
- prüfen Gesellschaften auf Herz und Nieren (Kosten, Anlageerfolge, Kundenzufriedenheit, Kapitalstärke)**
- sind an keine Versicherung, Bank, Fondsgesellschaft gebunden und damit ausschließlich den Interessen unserer Kunden verpflichtet**

Impressum

Finanzmanager24

Ringstrasse 10

06317 Lüttchendorf

Telefon: +49 3475 20 83 72

Telefax: +49 721 15 13 19 06 4

E-Mail: info@finanzmanager24.de

Internet: www.finanzmanager24.de

Registrierungsnummer: D-HJOD-350TN-42

Umsatzsteuer-Identifikationsnummer gemäß § 27 a Umsatzsteuergesetz: DE 140016697

Angaben zu den Informationspflichten nach § 11 VersVermV:

Beteiligungsklausel:

Der Makler hält keine unmittelbare oder mittelbare Beteiligung von mehr als 10 % der Stimmrechte oder des Kapitals an einem Versicherungsunternehmen.

Unabhängigkeitsklausel:

Ein Versicherungsunternehmen hält keine mittelbare oder unmittelbare Beteiligung von mehr als 10 % der Stimmrechte oder des Kapitals am Versicherungsmakler.

Beschwerdestellen - außergerichtliche Streitbeilegung

Schlichtungsstellen:

Versicherungsombudsmann e.V.

Postfach 08 06 32

10006 Berlin

www.versicherungsombudsmann.de

Ombudsmann für die private Kranken- und Pflegeversicherung

Kronenstrasse 13

10117 Berlin

www.pkv-ombudsmann.de

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)

Graurheindorfer Straße 108

53117 Bonn

(weitere Informationen unter: www.bafin.de [Stichwort: Ombudsleute Haftung])

Der Makler erfüllt seine Verpflichtungen mit der Sorgfalt eines ordentlichen Kaufmanns. Die Haftung für die Verletzung beruflicher Sorgfaltspflichten ist auf eine Million Euro beschränkt, es sei denn, der Makler hat seine Pflichten vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt.