

Klartext – häufige Fragen BestMed Kombitarife zur GKV BMG / 0 – 3

Seite	Frage	Seite	Frage
2	1. Was ist das Besondere an dem Tarif BMG?	3	14. Können Krankenkassen verlangen, dass man alle vier Leistungsbereiche wählen muss?
2	2. Für welche Kunden eignet sich der Tarif am besten?	3	15. Was passiert mit der GKV-Versichertenkarte?
2	3. Unter welchen Gründen könnte für unseren Kunden der Tarif interessant sein?	3	16. Wie lange ist ein GKV Versicherter an das GKV Kostenerstattungsverfahren gebunden?
2	4. Wer kann nach KombiMed Tarif BMG versichert werden?	3	17. Was passiert, wenn die GKV Kostenerstattung wieder beendet wird?
2	5. Müssen BMG Versicherte unbedingt die GKV Kostenerstattung mit ihrer Kasse vereinbaren?	4	18. Wie sieht der Abrechnungsprozess im Detail aus?
2	6. Wann ist der richtige Zeitpunkt für den Wechsel in Richtung GKV Kostenerstattung?	4	19. Entstehen zusätzliche Kosten bei der Krankenkasse, die unsere Kunden übernehmen müssen?
2	7. Welchen ersten Schritt muss ein Kunde unternehmen, der auf die GKV Kostenerstattung umstellen möchte?	4	20. Zu welchen Ärzten kann man als GKV Versicherter mit dem Tarif BMG gehen?
2	8. Stellt die GKV sofort auf die GKV Kostenerstattung um?	4	21. Was sind die wesentlichen Tarifhighlights?
2	9. Wie viele Abrechnungsmodelle gibt es bei der Krankenkasse?	4	22. Werden Leistungen im Ausland erstattet?
3	10. Was versteht man unter der GKV Kostenerstattung?	4	23. Besteht bei einem Wegzug aus Deutschland weiterhin Versicherungsschutz?
3	11. Welchen Vorteil hat die GKV Kostenerstattung und die Absicherung über den Tarif BMG?	4	24. Gibt es Wartezeiten?
3	12. Gibt es unterschiedliche Varianten für die GKV Kostenerstattung?	4	25. Gibt es ein Optionsrecht für den Wechsel in einen höheren Versicherungsschutz?
3	13. Warum soll die GKV-Kostenerstattung nicht auch für die stationäre Versorgung gewählt werden?	5	26. Kann ein Wechsel in den Selbstbehaltstufen des Tarifs BMG ohne erneute Gesundheitsprüfung erfolgen?
		5	27. Welche weiteren Tarife können sinnvoll hinzuversichert werden?

> Fortsetzung Seite 2

Seite	Frage
5	28. Erhalten BMG Versicherte eine BRE?
5	29. Welche Kalkulationsart liegt zugrunde?
5	30. Welche Gesundheitsprüfung findet beim Tarif BMG Anwendung?

1. Was ist das Besondere an dem Tarif BMG?

Es ist ein Tarif, der augenblicklich am Markt einzigartig ist. In nur einem Tarif gewähren wir Privatschutz für GKV Versicherte auf allen Leistungsbereichen. Mit diesem Tarif erwerben unsere Kunden Flexibilität. Vorteile clever kombinieren, d. h. gesetzlich versichert und gleichzeitig Privatpatient.

2. Für welche Kunden eignet sich der Tarif am besten.

Der Tarif eignet sich insbesondere

- für freiwillige Mitglieder der GKV mit hohem Einkommen
- für Ehepartner und Kinder von freiwilligen Mitgliedern der GKV oder von KKV-Versicherten.
- für PKV-Versicherte, die versicherungspflichtig in der GKV werden.

3. Unter welchen Gründen könnte für unseren Kunden der Tarif interessant sein?

Folgende Gründe könnten unseren Kunden zum Abschluss bewegen:

- die GKV-Mitgliedschaft soll bestehen bleiben, man möchte allerdings auch die Vorteile der PKV genießen
- es besteht ein hoher Anspruch an eine bestmögliche medizinische Versorgung
- Kunde ist bereits privat versichert und möchte die Vorteile auch für den Ehepartner und für die Kinder absichern.

4. Wer kann nach KombiMed Tarif BMG versichert werden?

GKV Versicherte, die spätestens zum Beginn des Tarifs BMG mit ihrer gesetzlichen Krankenkasse Kostenerstattung für ärztliche, zahnärztliche und veranlasste Leistungen vereinbaren (siehe auch Frage 12).

5. Müssen BMG Versicherte unbedingt die GKV Kostenerstattung mit ihrer Kasse vereinbaren?

Ja, denn nur wenn die Vereinbarung zur GKV Kostenerstattung getroffen wurde, besteht Ver-

Seite	Frage
5	31. Wie hoch ist der Risikozuschlag bei fehlenden Zähnen?
5	32. Was sollte man bei der Kundenberatung/ beim Abschluss beachten?

sicherungsfähigkeit im Tarif BMG und damit ein Anspruch auf Leistungen aus diesem Tarif.

6. Wann ist der richtige Zeitpunkt für den Wechsel in Richtung GKV Kostenerstattung?

Ist der Kunde an einer Absicherung interessiert, erfolgt die Antragsaufnahme für den Tarif BMG. Unsere Kunden benötigen zunächst die Sicherheit, ob wir nach der ‚Antragsprüfung‘ einen Versicherungsschutz anbieten können. Steht dies fest, sollte sich der Kunde unmittelbar mit seiner Krankenkasse in Verbindung setzen und die Kostenerstattung wählen. Gleichzeitig mit dem Beginn des Versicherungsschutzes muss die Kostenerstattung vereinbart sein (siehe auch Frage 8).

7. Welchen ersten Schritt muss ein Kunde unternehmen, der auf die GKV Kostenerstattung umstellen möchte?

Steht fest, dass wir den Kunden im Tarif BMG versichern können, nimmt unser Kunde Kontakt zu seiner Krankenkasse auf. Die GKV Kostenerstattung muss nicht beantragt werden. Unser Kunde erklärt seiner Kasse die Absicht, dass er sich für die GKV Kostenerstattung entschieden hat. Die GKV muss dann auf das Modell GKV Kostenerstattung umstellen.

8. Stellt die GKV sofort auf die GKV Kostenerstattung um?

Die Umstellung auf das Modell GKV Kostenerstattung wird von Kasse zu Kasse unterschiedlich durchgeführt. Manche Kassen stellen am gleichen Tag um, andere Kassen nach vierzehn Tagen oder länger. Wir empfehlen, diesen Punkt sehr frühzeitig zu klären.

9. Wie viele Abrechnungsmodelle gibt es bei der Krankenkasse?

Es gibt zwei Abrechnungsmodelle. Die meisten Kassenversicherten sind in dem Modell der Sach- oder Dienstleistung untergebracht. Jeder gesetzlich Versicherte hat die Möglichkeit,

anstelle der Sach- oder Dienstleistung die GKV Kostenerstattung zu wählen.

10. Was versteht man unter der GKV Kostenerstattung?

Mit der Wahl der GKV Kostenerstattung sind gesetzlich Versicherte und Arzt Vertragspartner. Nach einer Behandlung erhält der gesetzlich Versicherte vom Arzt eine Privatrechnung. Anschließend reicht er die Rechnung an die Krankenkasse weiter. Diese übernimmt einen Teil der Rechnung. Die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen werden dann im vereinbarten Umfang aus Tarif BMG erstattet. Die gesamte Rechnung wird vom Kunden fristgerecht selbst beglichen.

11. Welchen Vorteil hat die GKV Kostenerstattung und die Absicherung über den Tarif BMG?

Unser Kunde kann in der GKV versichert bleiben und wird in allen Leistungsbereichen zum Privatpatient. Da die Leistungen aus Tarif BMG zusammen mit den Leistungen der GKV dem Leistungsniveau des KKV-Tarifs BMK entsprechen, sprechen wir auch von der KKV für GKV-Versicherte.

Als Privatpatient hat unser Kunde für die Behandlungen einen Überblick über die Kostenhöhe.

Arzt und Patient haben mehr Zeit, um die individuell bestmögliche Behandlungsmethode festzulegen. Termine können eventuell kurzfristig vereinbart werden.

Bei einer Vorleistung durch die Krankenkasse werden die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen im vereinbarten Umfang aus Tarif BMG ersetzt.

Bei Privatärzten ohne Kassenzulassung übernimmt die GKV keine Kosten. Der Tarif BMG erstattet in diesen Fällen 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

12. Gibt es unterschiedliche Varianten für die GKV Kostenerstattung?

Ja.

Ein GKV-Versicherter kann die GKV Kostenerstattung entweder für alle Leistungen oder nur für bestimmte Leistungen auswählen. Es gibt folgende Leistungsbereiche:

- 1) ambulante ärztliche Versorgung
- 2) ambulante zahnärztliche Versorgung
- 3) stationäre Versorgung
- 4) ärztlich oder zahnärztlich veranlasste Leistungen, wie beispielsweise Arznei- oder Heilmittel

BMG Kunden erklären ihrer Kasse, dass sie lediglich für die Punkte 1, 2 und 4 die GKV-Kostenerstattung wünschen.

13. Warum soll die GKV-Kostenerstattung nicht auch für die stationäre Versorgung gewählt werden?

Wir empfehlen hierauf zu verzichten. Bei einer stationären Versorgung fallen in der Regel weit höhere Kosten an, als bei einer ambulanten Behandlung.

Würde unser Kunde die GKV-Kostenerstattung auf die stationäre Versorgung ausdehnen, bedeutet dies, dass die Kosten dann unser Kunde im Voraus entrichten muss.

Dies können schnell mehrere 1.000 € sein.

Das **Nichtbeantragen** der stationären Versorgung hat den Vorteil, dass die Kasse die direkte Abrechnung mit dem Krankenhaus durchführt.

14. Können Krankenkassen verlangen, dass man alle vier Leistungsbereiche wählen muss?

Nein, der Kunde kann seine Wahl auf einzelne Leistungsbereiche einschränken.

15. Was passiert mit der GKV-Versichertenkarte?

Bei der Wahl der GKV Kostenerstattung für die Punkte 1, 2 und 4 bedeutet dies, dass man die GKV-Karte nur noch für das Krankenhaus benötigt. Unsere Versicherten erhalten zusätzlich eine DKV-Versichertenkarte, die stets vorgelegt werden kann.

16. Wie lange ist ein GKV Versicherter an das GKV Kostenerstattungsverfahren gebunden?

Der GKV Versicherte ist mindestens ein Kalendervierteljahr an seine Wahl (der Kostenerstattung) gebunden.

17. Was passiert, wenn die GKV Kostenerstattung wieder beendet wird?

Die Kassen regeln u. a. die Beendigung in ihrer Satzung. In der Satzung der TK beispielsweise steht hierzu:

Hat der Versicherte mindestens ein Kalendervierteljahr an der gewählten Kostenerstattung teilgenommen, kann er die Teilnahme jederzeit beenden; die Teilnahme endet frühestens mit Eingang der Beendigungsmitteilung bei der TK.

Da im Fall der Beendigung die Versicherungsfähigkeit für den Tarif BMG nicht mehr gegeben ist, endet auch der Tarif BMG.

18. Wie sieht der Abrechnungsprozess im Detail aus?

1. Schritt

Nach Abschluss der Behandlung erhält unser Kunde eine Rechnung. Verordnete Medikamente werden direkt in der Apotheke bezahlt.

2. Schritt

Die Rechnungen und Rezepte reicht unser Kunde bei der Krankenkasse ein.

3. Schritt

Die Krankenkasse erstattet ihren Anteil, den sie als Sachleistung übernommen hätte und überweist diesen Betrag auf das Konto des Versicherten.

4. Schritt

Unser Kunde erhält Kopien der Rechnungen und Rezepte mit einem GKV-Erstattungsvermerk zurück.

5. Schritt

Diese Unterlagen reicht der Kunde bei uns ein.

6. Schritt

Wir übernehmen die restlichen Aufwendungen im Rahmen der BMG Tarifleistungen.

7. Schritt

Unser Kunde begleicht die Rechnungen innerhalb der Zahlungsfrist beim Arzt.

19. Entstehen zusätzliche Kosten bei der Krankenkasse, die unsere Kunden übernehmen müssen?

Ja, es kann sein, dass Krankenkassen Verwaltungskostenabschläge von dem Erstattungsbetrag abziehen. Genauso können Zuzahlungen für Arzneimittel sowie Abzüge durch entgangene Arzneimittelrabatte direkt verrechnet werden.

Diese Verwaltungskostenabschläge und Zuzahlungen/Rabattabzüge übernehmen wir dann ebenfalls.

20. Zu welchen Ärzten kann man als GKV Versicherter mit dem Tarif BMG gehen?

Versicherte im Tarif BMG haben die freie Arztwahl für die ambulante, stationäre und zahnärztliche Behandlung.

21. Was sind die wesentlichen Tarifhighlights?

Vorteile gegenüber dem GKV Schutz:

- Gebührenordnung > 3,5facher Satz bei angemessener Begründung
- Offener Hilfsmittelkatalog
- Sehhilfen innerhalb 24 Monate bis 500 €
- Augenlasik nach unserer Zusage
- Heilpraktikerleistungen 80% bis 1.000 € p.a.
- Vorsorgeuntersuchungen ohne Altersbegrenzung

- Privatärztliche Behandlung im Krankenhaus sowie Unterkunft im Zweibettzimmer
- Deutliche Reduzierung der Eigenbeteiligung bei Zahnersatz
- ohne GKV Vorleistung im Rahmen der vereinbarten Prozentsätze und Erstattungshöhen, meist zu 100%

22. Werden Leistungen im Ausland erstattet?

Bei vorübergehenden Aufenthalten im europäischen Ausland besteht zeitlich unbefristet Versicherungsschutz, sofern der gewöhnliche Aufenthalt in Deutschland liegt.

Bei vorübergehenden Aufenthalten im außereuropäischen Ausland gilt der Versicherungsschutz für 6 Monate (längstens für 2 weitere Monate, wenn die Rückreise nicht ohne Gefährdung der Gesundheit angetreten werden kann), sofern der gewöhnliche Aufenthalt in Deutschland liegt. Unsere Versicherungsleistungen sind auf das Doppelte der Leistungen begrenzt, wie sie bei einer Behandlung in Deutschland zu erbringen wären.

23. Besteht bei einem Wegzug aus Deutschland weiterhin Versicherungsschutz?

Bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einem anderen EU-/EWR Staat besteht weiterhin Versicherungsschutz.

In allen anderen Staaten endet die Versicherung. Der Abschluss einer Anwartschaft ist jedoch möglich.

24. Gibt es Wartezeiten?

Nein

25. Gibt es ein Optionsrecht für den Wechsel in einen höheren Versicherungsschutz?

Ja, es gibt zwei verschiedene Optionsrechte:

1. Optionsrecht auf Erhöhung des Versicherungsschutzes:
Entweder zu Beginn des 4. Versicherungsjahres oder zu Beginn des 6. Versicherungsjahres besteht die Möglichkeit, den Versicherungsschutz um die Aufbaustufe BMZ1G zu erhöhen. Voraussetzung ist, dass die Versicherung nach dem Tarif BMG bis Eintrittsalter 55 begonnen hat.
2. Optionsrecht auf eine Krankheitskostenvoll- und Krankentagegeldversicherung sowie eine private Pflegepflichtversicherung:

Bei einer Beendigung der Versicherung in der GKV kann der Versicherte von Tarif BMG in einen für das Neugeschäft geöffneten KKV-BestMed- oder BeihilfeMed-Tarif wechseln. Zusätzlich kann ein Krankentagegeldtarif sowie die PPV abgeschlossen werden.

26. Kann ein Wechsel in den Selbstbehaltstufen des Tarifs BMG ohne erneute Gesundheitsprüfung erfolgen?

Ja, ein Wechsel zwischen den Selbstbehaltstufen ist erschwerungsneutral jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres möglich.

27. Welche weiteren Tarife können sinnvoll hinzuversichert werden.

Mit der stationären Aufbaustufe BestMed Kombi-tarif Krankenhaus BMZ1G sind die Mehraufwendungen für die Unterbringung im Einbettzimmer versichert.

28. Erhalten BMG Versicherte eine BRE?

Eine BRE ist nicht vorgesehen.

29. Welche Kalkulationsart liegt zugrunde?

Der Tarif BMG ist nach Art der Leben kalkuliert. Für Personen in Ausbildung kann vereinbart werden, dass keine Alterungsrückstellung gebildet wird. Die Beiträge sind dann entsprechend geringer. Weitergehende Informationen sind den Formularen A16 (EV) bzw. G16 (GV) zu entnehmen.

30. Welche Gesundheitsprüfung findet beim Tarif BMG Anwendung?

Die Gesundheitsprüfung erfolgt über AktuarMed. Es sind die Gesundheitsfragen 1 – 13 des Universalantrags (wie in der KKV) zu beantworten. Für den Tarif BMG ist das neue Antragskonzept nicht vorgesehen.

31. Wie hoch ist der Risikozuschlag bei fehlenden Zähnen?

Für fehlende Zähne, die noch nicht ersetzt sind (außer Milch- und Weisheitszähne sowie Zähne, bei denen die Lücken durch benachbarte Zähne geschlossen wurden) wird ein Risikozuschlag erhoben:

Ein fehlender Zahn 4 €

Zwei fehlende Zähne 8 €

Drei fehlende Zähne 12 €

Ab dem vierten fehlenden Zahn erfolgt die Ablehnung.

32. Was sollte man bei der Kundenberatung/beim Abschluss beachten?

Im Verkaufsgespräch ist unbedingt auf die Wahl der Kostenerstattung hinzuweisen.

Zur Unterstützung Ihrer Kundenberatung bieten wir seit der Tarifeinführung ein Informationsblatt an. Dort steht alles Wissenswerte rund um das Thema Kostenerstattung. Das Informationsblatt finden Sie in „ERGO Meine Druckstücke (www.ergo-meine-druckstuecke.de)“. Über die Suchfunktion finden Sie das Informationsblatt mit Eingabe der SAP-Nummer 50070139.

Makler finden das Informationsblatt im „Formularcenter“.

In der Beratungsdokumentation empfehlen wir unter dem Punkt „Empfangsbestätigung und Unterschrift Kunde/Interessent“ bei „sonstigen Unterlagen“ das Aushändigen des Infoblattes „Kostenerstattung BMG (Nr. 50070139)“ einzutragen. Sollten wir den Vertrag aufgrund der nicht vorhandenen Versicherungsfähigkeit auflösen, können Sie nachweisen, dass Sie im Beratungsgespräch auf die Vertragsgrundlage GKV-Kostenerstattung hingewiesen haben.