



## PRIVATE KRANKENHAUSZUSATZ- UND ERGÄNZUNGSVERSICHERUNG

Sind Sie Kassenpatient und wollen Sie mehr Leistungen – vielleicht sogar eine Behandlung im Einbettzimmer durch den Chefarzt – in Anspruch nehmen?

Wollen Sie den gesetzlichen Gesundheitsschutz etwas aufbessern und für Behandlungen oder Hilfsmittel weniger zuzahlen?

Bessere Qualität im Krankenhaus oder die gezielte Ergänzung von Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen für ambulante Behandlungen, Zahnersatz oder Auslandsbehandlungen können sich gesetzlich Krankenversicherte mit privaten Zusatz- und/oder Ergänzungspolice kaufen. Nicht alle Produkte weisen ein günstiges Preis-Leistungs-Verhältnis auf oder sind wirklich notwendig. Die meisten Ergänzungsleistungen werden nur als Paket angeboten. Wer beispielsweise nur eine Kostenübernahme für Heilpraktikerbehandlungen wünscht, muß auch weitere Leistungen hinzukaufen. Unser Service hilft Kassenpatienten den persönlichen Bedarf an Zusatzleistungen und das Tarifangebot in Übereinstimmung zu bringen.

### Wählbar sind (als getrennte Produkte):

- die stationäre Zusatzversicherung (im Einbett- oder Zweibettzimmer mit Chefarztbehandlung)
- die Ergänzungspolice für die Hauptleistungen Zahnersatz, Kostenerstattung für Brillen oder Kontaktlinsen, Heilpraktiker sowie die Behandlung im Ausland einschließlich medizinisch notwendigem Rücktransport sowie
- eine umfangreichere Zahnzusatz-Versicherung.

Unsere Analyse ist so gestaltet, dass Überschneidungen oder Doppelungen bei bestimmten Zusatzleistungen wie zum Beispiel bei Erstattungen für Zahnersatz möglichst vermieden werden.

---

### WEGEN DER PRODUKTVIELFALT EMPFEHLEN WIR IHNEN ZUR ERGÄNZUNG DIE LEKTÜRE

UNSERES IN FINANZTEST 04/2007 VERÖFFENTLICHTEN UNTERSUCHUNGSBERICHTS.

---

### So nehmen Sie an unserer Analyse teil:

- Um eine individuelle Analyse zu erstellen, brauchen wir einige Informationen zur Person sowie zum gewünschten Versicherungsschutz. Voraussetzung: Sie sind Mitglied in einer gesetzlichen Krankenversicherung. Ihre Angaben werden nur für Ihre persönliche Auswertung verwendet.
- Sie können Preis-Leistungs-Vergleiche bei stationärer Zusatzversicherung, Ergänzungsversicherung oder Zahnzusatzversicherung wählen. Bitte kreuzen Sie jeweils die zutreffenden Leistungswünsche an.
- Füllen Sie den Kupon vollständig und gut leserlich aus. Senden Sie diesen an:

#### STIFTUNG WARENTEST

– Analysen „PKV“ –

10773 Berlin

oder per FAX an die FAX-Nr. 0 30/26 31–24 88

- Die Auswertung kostet: Ergänzungsversicherung **oder** nur Zahnzusatztarif: 13 Euro, Stationäre Zusatzversicherung, wahlweise mit Ergänzungsversicherung **oder** Zahnzusatztarif: 16 Euro, Stationäre Zusatzversicherung, Ergänzungsversicherung **und** Zahnzusatztarif: 18 Euro.  
Für Menschen ab 65 Jahren gibt es nur sehr wenige Angebote bzw. keine Angebote.
- Die gewünschte Auswertung mit den jeweils fünf günstigsten Angeboten erhalten Sie in etwa zwei Wochen.

---

### Kompletter Überblick über die Analysen der STIFTUNG WARENTEST

[www.warentest.de/analysen](http://www.warentest.de/analysen) oder per Faxabruf unter 0 180 5/88 76 81 10 (1 S., 14 Cent/min aus dem Festnetz)

© STIFTUNG WARENTEST 2007

# STIFTUNG WARENTEST

Blatt 2/3

## Private Krankenhauszusatz- und Ergänzungsversicherung

Die STIFTUNG WARENTEST ermittelt für Sie günstige Angebote in der stationären Zusatz- und Ergänzungsversicherung für gesetzlich Versicherte. Die Bearbeitungszeit beträgt etwa zwei Wochen.



Die Auswertung kostet: ■ Ergänzungsversicherung **oder** nur Zahnzusatztarif: 13 Euro  
 ■ Stationäre Zusatzversicherung, wahlweise mit Ergänzungsversicherung **oder** Zahnzusatztarif: 16 Euro  
 ■ Stationäre Zusatzversicherung, Ergänzungsversicherung **und** Zahnzusatztarif: 18 Euro  
 Für Menschen ab 65 Jahren gibt es nur sehr wenige bzw. keine Angebote.

### PERSÖNLICHE ANGABEN (bitte deutlich in Druckschrift ausfüllen)

Frau  Mann  Kind

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

### PRIVATE STATIONÄRE ZUSATZVERSICHERUNG

Der Versicherungsschutz einer stationären Zusatzversicherung (zur bestehenden Krankenversicherung) ermöglicht die wahlärztliche Behandlung im gewünschten Krankenhaus und die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer.

#### Wünschen Sie eine Unterbringung ...

... im Einbettzimmer mit Chefarztbehandlung?  ... im Zweibettzimmer mit Chefarztbehandlung?

#### Wie wichtig sind Ihnen diese Leistungen? Bitte kreuzen Sie an:

	Unwichtig	Wichtig	Sehr wichtig		Unwichtig	Wichtig	Sehr wichtig
Arzthonorare über GOÄ-Höchstsatz <sup>1)</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verzicht auf ordentliche Kündigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erweiterte Krankenhauswahl <sup>2)</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ersatz-KHT bei Verzicht auf Wahlleistungen <sup>3)</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulante Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

1) Höhe der Erstattung von Arzthonoraren: Ärzte rechnen bei Privatpatienten nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ab. Berechnet werden kann vom einfachen Gebührensatz bis zum 3,5-fachen (Höchstsatz), in Einzelfällen auch darüber hinaus.  
 2) Übernahme der Restkosten in der allgemeinen Pflegekasse, wenn nicht das nächstgelegene, geeignete Krankenhaus aufgesucht wird.  
 3) Ersatz-Krankenhaustagegeld (KHT) wird gezahlt, wenn der Patient statt im Einbett- nur im Zweibettzimmer oder in der allgemeinen Pflegeklasse unterkommt.

### ERGÄNZUNGSVERSICHERUNG/ZAHNZUSATZVERSICHERUNG

Der Versicherungsschutz einer Ergänzungsversicherung für gesetzlich Versicherte erstattet Mehrkosten für ambulante Behandlungen und Zahnersatz, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nicht übernommen werden. Weitere Leistungsbestandteile können Kostenübernahme für Heil- und Hilfsmittel, Leistungen für Kuren und Übernahme der Zuzahlungen für Krankenhausaufenthalte sein. Es kann auch ein reiner Zahnzusatztarif abgeschlossen werden.

#### Ergänzungsversicherung

##### Ambulante Leistungen

Bitte kreuzen Sie an:

	Weniger wichtig	Sehr wichtig
1. Heilpraktiker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sup>1)</sup>
2. Sehhilfen (z. B. Brillen, Kontaktlinsen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sup>2)</sup>
3. Behandlung im Ausland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sup>3)</sup>

##### Zahnleistungen

4. Übernahme der Kosten für Zahnersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sup>4)</sup>
5. Inlays	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sup>4)</sup>

1) = Mind. 70 % des Rechnungsbetrags/mind. 500 Euro.  
 2) = Mind. 50 % der Kosten/mind. 180 Euro bei Sehschärfeänderung oder alle zwei Jahre.  
 3) = Bis zu 4 Wochen plus 12 weitere Wochen bei Transportunfähigkeit.

#### Zahnzusatzversicherung

Bitte kreuzen Sie an:

	Weniger wichtig	Sehr wichtig <sup>4)</sup>
1. Keine Obergrenze für Zahlungen in den ersten Versicherungsjahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Übernahme der Kosten für Zahnersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Implantate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sup>5)</sup>
4. Inlays	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4) = Mind. 25 % der Gesamtkosten und 25 % Kostenübernahme für Inlays; alternativ 30 % der Restkosten (nach Abzug der Kassenleistung); mind. 1 000 Euro Zahnersatzerstattung im Jahr.  
 5) = Mind. 25 % der Gesamtkosten und 25 % Kostenübernahme für Implantate.

### ZAHLUNGSART (bitte deutlich in Druckschrift ausfüllen)

Zu zahlender Betrag: \_\_\_\_\_ Euro (Preise siehe oben)

Ich zahle per Bankeinzug.  Ich zahle per Kreditkarte (Visa- oder MasterCard).

Kreditinstitut \_\_\_\_\_

Kontonummer \_\_\_\_\_ Bankleitzahl \_\_\_\_\_

Kreditkarte \_\_\_\_\_

Kreditkartennummer \_\_\_\_\_

Kreditkarte gültig bis (Monat/Jahr): \_\_\_\_\_

Kontoinhaber (falls abweichend) \_\_\_\_\_

Kreditkarteninhaber \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Senden Sie bitte den vollständigen und gut leserlichen Teilnahmebogen an:  
**STIFTUNG WARENTEST** Finanzanalyse „PKV“ Postfach, 10773 Berlin  
 oder an die Fax-Nr. 0 30/26 31 24 88.