



Deutsche
Krebsversicherung



münchener verein
Zukunft. In besten Händen.

Fragen- & Antworten- katalog (FAQ)

Hier finden Sie die Antworten auf häufig gestellte
Fragen zur Krebsversicherung



Information für unsere
Vertriebspartner

Inhaltsverzeichnis

1. Vorsorge (Tarif 172)	3–6
1.1. Welche Personen sind versicherungsfähig?	3
1.2. Welche Leistungen sind versichert?	3
1.3. In welcher Höhe sieht der Tarif Leistungen vor?	3
1.4. Bis zu welchem Gebührensatz erfolgt eine Erstattung für den privatärztlichen Vergütungsanteil?	3
1.5. Für welche Vorsorgeuntersuchungen wird beispielsweise aus dem Tarif Vorsorge (172) geleistet?	4
1.6. Gibt es ein Preis-/Leistungsverzeichnis für die Vorsorgeuntersuchungen im Tarif Vorsorge?	5
1.7. Was sind IGeL-Leistungen und sieht der Tarif hierfür Leistungen vor?	5
1.8. Für welche Schutzimpfungen inkl. Reiseschutz wird geleistet?	5
1.9. Was bedeutet STIKO-Empfehlung?	6
1.10. Welche Leistungsnachweise müssen vorgelegt werden?	6
2. Einmalleistung bei Krebs (Tarif 176)	7
2.1. Welche Personen sind versicherungsfähig?	7
2.2. Welche Leistungen sind versichert?	7
2.3. Welche Voraussetzung gibt es für die Leistung?	7
2.4. In welcher Höhe können die Leistungen vereinbart werden?	7
2.5. Welche Leistungsnachweise müssen vorgelegt werden?	7
2.6. Wann endet der Vertrag?	7
3. Wissenswertes	8–9
3.1. Wie kann die Deutsche Krebsversicherung abgeschlossen werden?	8
3.2. Gibt es Wartezeiten?	8
3.3. Gibt es eine Gesundheitsprüfung?	8
3.4. Was bedeutet Leistung „innerhalb von jeweils zwei aufeinander folgenden Versicherungsjahren“?	8
3.5. Leistet die Deutsche Krebsversicherung weltweit?	8
3.6. Wie sind die Tarife der Deutschen Krebsversicherung kalkuliert?	8
3.7. Kann man von bestehenden Tarifen in die Deutsche Krebsversicherung wechseln?	9
3.8. Wie ist die Mindestvertragslaufzeit?	9
4. Erstattungsbeispiele	9

1. Vorsorge (Tarif 172)

Frage	Antwort
1.1 Welche Personen sind versicherungsfähig?	Aufnahme- und versicherungsfähig sind Personen, für die ein Leistungsanspruch bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) besteht. Die Versicherung endet zum Ablauf des Monats, in dem die Mitgliedschaft oder die Familienversicherung in der GKV geendet hat.
1.2 Welche Leistungen sind versichert?	Erstattungsfähig sind die Kosten für von Ärzten erbrachte <ol style="list-style-type: none"> a. Vorsorgeuntersuchungen: Geleistet wird für Vorsorgeuntersuchungen unabhängig von Altersgrenzen oder Zeitabständen in der GKV. Zu den Vorsorgeuntersuchungen zählen etwa die Kosten für Untersuchungen in der Schwangerschaft, Kinder- und Jugendlichen-Vorsorgeuntersuchungen, Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen, Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten. b. Schutzimpfungen (Impfberatung, Impfung, Impfstoffe) c. Malariaprophylaxe sowie die Kosten für Präventionsmaßnahmen, sofern die GKV für diese eine Leistung erbringt. Maßnahmen zur Prävention sind zum Beispiel Stressbewältigungs- und Entspannungskurse, Ernährungsberatung, Raucherentwöhnung.
1.3 In welcher Höhe sieht der Tarif Leistungen vor?	Erstattet werden <ul style="list-style-type: none"> • Kosten für Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen und Malariaprophylaxe zu 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztliche Leistungen, Arznei- und Verbandmittel bis zu 1.000 Euro innerhalb von jeweils zwei aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren • Leistungsanspruch je versicherte Person besteht in den ersten zwei Versicherungsjahren wie folgt: <ul style="list-style-type: none"> • im ersten Versicherungsjahr bis zu 250 Euro • In den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen bis zu 500 Euro • ab dem dritten Versicherungsjahr entfällt diese Summenbegrenzung • Zusätzlich die Kosten von Präventionsmaßnahmen nach Vorleistung der GKV zu 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu 100 Euro innerhalb von jeweils zwei aufeinander folgenden Versicherungsjahren
1.4 Bis zu welchem Gebührensatz erfolgt eine Erstattung für den privatärztlichen Vergütungsanteil?	Erstattungsfähig sind die ärztlichen Leistungen, soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden dürfen und deren Höchstsätze nicht überschreiten. Erstattet werden auch die damit im Zusammenhang stehenden ärztlich verordneten Arznei- und Verbandmittel. Höchstsätze der GOÄ sind derzeit <ul style="list-style-type: none"> • der 3,5-fache Satz • der 2,5-fache Satz bei medizinisch-technischen Leistungen • der 1,3-fache Satz für Leistungen gemäß Abschnitt M (Laborleistungen) sowie nach Ziffer 437 der GOÄ

1.5 Für welche Vorsorgeuntersuchungen wird beispielsweise aus dem Tarif Vorsorge (172) geleistet?	Bei den nachfolgend aufgeführten Vorsorgeuntersuchungen handelt es sich um Beispiele. Der Tarif Vorsorge (172) kennt kein festes Leistungsverzeichnis. Es gibt keine Alters-, Zeit- oder Diagnosebeschränkung.
	Kinder- und Jugendlichen-Vorsorgeuntersuchungen
	U10: Kindervorsorgeuntersuchung im 8.-9. Lebensjahr (LJ)
	U11: Kindervorsorgeuntersuchung im 10.-11. LJ
	J2: Einmalige Wiederholung der Jugendlichen-Vorsorgeuntersuchung J1 im 17.-18. LJ
	Schielvorsorge: Einmalige Früherkennungsuntersuchung für Kinder bis zum 7. LJ
	Augen-Check: Einmalige Früherkennungsuntersuchung für Kinder und Jugendliche im 7.-15. LJ
	Audio-Check: Einmalige Früherkennungsuntersuchung für Kinder und Jugendliche im 7.-15. LJ
	Schwangerschafts-Vorsorgeuntersuchungen
	Baby-TV: Zusätzliche Sonographie, einmalig pro Schwangerschaft
	Triple-Test: Einmalig pro Schwangerschaft
	Toxoplasmose-Test
	Nackentransparenzmessung
	Fruchtwasseruntersuchung: Amniozentese und FISH-Schnelltest
	Allgemeine Vorsorgeuntersuchungen
	Großer Gesundheits-Check / Sport- / Fitness-Check zur Feststellung der Leistungsfähigkeit, Früherkennung insbesondere von Herz-Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen (wie Diabetes) sowie Erkrankungen der inneren Organe, auch klinische Untersuchungen, einschließlich
	<ul style="list-style-type: none"> • Großem Blutbild und Bestimmung von Stoffwechselwerten • Ruhe-/Belastungs-EKG • Sonographie von bis zu 4 Organen • Lungenfunktionsprüfung (inklusive Ruhespirographie und Flussvolumenkurve) • Laktat-Test
	Helicobacter-Pylori-Test: Helicobacter-Pylori ist ein Bakterium, das für über 75 Prozent der Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre (stellen Krebsvorstufen dar) verantwortlich ist. Der Test wird mittels eines C-Harnstoff Atemtests durchgeführt.
	Schilddrüsen-Screening
	Glaukom-Vorsorge zur Früherkennung des Grünen Stars mittels Perimetrie, Tonometrie und Gonioskopie
	Osteoporose-Vorsorge durch Bestimmung des Mineralgehaltes des Knochengewebes (Osteodensitometrie)
	Hirnleistungs-Check zur Früherkennung einer Demenz mittels orientierender Testuntersuchungen
	Schlaganfall-Vorsorge durch Messung der Strömungsverhältnisse mittels Sonographie
HIV-Test	

	<p>Krebsvorsorge-Untersuchungen</p> <p>Große Krebsvorsorge für Frauen einschließlich</p> <ul style="list-style-type: none"> • Körperlicher Untersuchung • Großem Blutbild • Sonographie von bis zu 4 inneren Organen • Sonographie der Brust • Mammographie (Röntgenuntersuchung der Brust) <p>Große Krebsvorsorge für Männer einschließlich</p> <ul style="list-style-type: none"> • Körperlicher Untersuchung • Großem Blutbild • Sonographie von bis zu 4 inneren Organen • Bestimmung des Prostataspezifischen Antigens (PSA-Test) im Rahmen einen Bluttests zur Früherkennung eines Prostata-Karzinoms <p>Hautkrebs-Screening mittels Auflichtmikroskopie oder Video-Dermatoskopie</p> <p>Darmkrebsvorsorge mittels Stuhlbluttest bzw. Darmspiegelung (Koloskopie)</p>
1.6 Gibt es ein Preis-/Leistungsverzeichnis für die Vorsorgeuntersuchungen im Tarif Vorsorge?	Über den tariflichen Erstattungsrahmen hinaus (siehe Punkt 1.2 bis 1.4 dieser FAQs) gibt es kein Verzeichnis, in dem die Vorsorgeuntersuchungen definiert oder begrenzt sind.
1.7 Was sind IGeL-Leistungen und sieht der Tarif hierfür Leistungen vor?	<p>IGeL-Leistungen sind <u>I</u>ndividuelle <u>G</u>esundheits-<u>L</u>eistungen, die von einem Arzt erbracht werden. Sie zählen nicht zum Leistungskatalog einer der gesetzlichen Krankenkassen und müssen somit auch nicht von dieser übernommen werden. Bei den IGeL-Leistungen handelt es sich damit um „Selbstzahler-Leistungen“.</p> <p>Der Tarif Vorsorge schließt diese gesetzliche Versorgungslücke sinnvoll und entlastet unseren Kunden finanziell. Bei der Mehrzahl an Leistungen, die aus dem Tarif Vorsorge erstattet werden, handelt es sich um IGeL-Leistungen.</p> <p>Der IGeL-Markt wächst aktuell. Knapp einem Drittel der GKV-Versicherten wird bereits beim niedergelassenen Arzt eine ärztliche Leistung als Privatleistung angeboten oder in Rechnung gestellt. Die häufigsten in Rechnung gestellten IGeL-Leistungen sind Ultraschalluntersuchungen/Sonografien, Glaukom-Vorsorge, Blut- und Laboruntersuchungen, eine zusätzliche Krebsfrüherkennung sowie Hautkrebs-Vorsorge.</p> <p>Eine Auflistung der IGeL-Leistungen finden Sie unter www.igel-monitor.de</p>
1.8 Für welche Schutzimpfungen inkl. Reiseschutz wird geleistet?	<p>Aus dem Tarif Vorsorge (172) werden unter anderem übernommen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schutzimpfungen entsprechend den Empfehlungen der Ständigen Impfkommision am Robert Koch-Institut (STIKO) • Schutzimpfungen gegen Tollwut, Hepatitis und Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME), HPV ab 17 Jahre (unabhängig von einer bestehenden Empfehlung der STIKO) • Schutzimpfungen als Prophylaxe für Auslandsreisen, z.B. gegen Hepatitis, Gelbfieber, Typhus sowie • Malaria-Prophylaxe

1.9 Was bedeutet STIKO-Empfehlung?	Die <u>Ständige Impfkommission</u> am Robert-Koch-Institut (STIKO) empfiehlt Impfungen, die von hohem Wert für den Gesundheitsschutz des Einzelnen und der Allgemeinheit sind.	
	Die Regelleistungen der GKV basieren auf den Empfehlungen der STIKO:	
	Schutzimpfungen der GKV gemäß STIKO-Empfehlung	Krankheit
	Standardimpfungen für Säuglinge, Kinder und Jugendliche	<ul style="list-style-type: none"> • Diphtherie • Tetanus • Poliomyelitis (Kinderlähmung) • Haemophilus influenzae Typ B (Hib)-Infektion • Pertussis (Keuchhusten) • Hepatitis B • Masern, Mumps, Röteln (MMR) • Varizellen • Pneumokokken-Infektion • Meningokokken-Infektion • HPV (Humanes Papillom-Virus; für junge Frauen) • Rotaviren
	Auffrischungsimpfungen für Kinder und Jugendliche	<ul style="list-style-type: none"> • 2 x Diphtherie • 2 x Tetanus • 2 x Pertussis (Keuchhusten) • 1 x Poliomyelitis (Kinderlähmung)
	Standard- bzw. Auffrischungsimpfungen für Erwachsene	<ul style="list-style-type: none"> • Auffrischung gegen Diphtherie und Tetanus alle 10 Jahre (empfohlen, auch als Kombinationsimpfung mit Pertussis) • Masern (ungeimpfte bzw. nur einmal geimpfte nach 1970 geborene Personen) <p>Ab 60 Jahre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Influenza (Virusgrippe) • Pneumokokken-Infektion
Indikationsimpfungen	<p>Individuell für Risikogruppen (nicht beruflich):</p> <ul style="list-style-type: none"> • FSME (Frühsommermeningo-Enzephalitis übertragen durch Zecken; Kostenübernahme in Risiko-Regionen, siehe unter www.rki.de) • Haemophilus influenzae Typ B (Hib)-Infektion • Hepatitis A und B • Influenza (Virusgrippe) • Masern • Meningokokken-Infektion • Pertussis (Keuchhusten) • Pneumokokken-Infektion • Poliomyelitis (Kinderlähmung) • Röteln (MMR) • Varizellen 	
<p>Quelle: Homepage Bundesministerium für Gesundheit, Stand 18.05.2016, unter http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/leistungen/frueherkennung-vorsorgeleistungen.html</p> <p>Übernimmt die GKV die Kosten für Schutzimpfungen oder Reiseschutz nicht oder nicht in voller Höhe, so leistet der Tarif Vorsorge (Tarif 172)</p>		
1.10 Welche Leistungsnachweise müssen vorgelegt werden?	Mit dem Antrag auf Leistungen sind Nachweise über die Vorleistung der GKV einzureichen. Leistet die GKV nicht vor, wird zur Leistungsprüfung der Originalbeleg benötigt.	

2. Einmalleistung bei Krebs (Tarif 176)

Frage	Antwort
2.1 Welche Personen sind versicherungsfähig?	Aufnahme- und versicherungsfähig sind Personen, für die ein Leistungsanspruch bei einer deutschen gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung, auf freie Heilfürsorge oder auf truppenärztliche Versorgung besteht. Die Versicherung endet zum Ablauf des Monats, in dem dieser Leistungsanspruch geendet hat.
2.2 Welche Leistungen sind versichert?	Der Tarif bietet eine einmalige Sofortleistung zur finanziellen Unterstützung bei Krebserkrankung von bis zu 10.000 Euro. Die Leistung steht zur freien Verfügung. Sie kann beispielsweise verwendet werden für: <ul style="list-style-type: none"> • Spezialbehandlungen, auch im Ausland • Alternative Medikamente, besondere Therapien und Anwendungen • Ausgleich möglicher Verdienstauffälle • Kururlaub, Kuraufenthalte • Kinderbetreuung, Haushaltshilfen • Hospizbetreuung
2.3 Welche Voraussetzung gibt es für Leistung?	Voraussetzung für die Leistung ist das Vorliegen einer ärztlich festgestellten Krebserkrankung (Bösartige Neubildung ohne nicht-melanotischen („weißen“) Hautkrebs oder eines Hirntumors (auch gutartig). Kein Anspruch besteht, <ul style="list-style-type: none"> • wenn eine der vorgenannten Erkrankungen in den letzten fünf Jahren vor Antragstellung ärztlich diagnostiziert worden ist oder • wenn hinsichtlich der vorgenannten Erkrankungen eine Abklärung vor Antragstellung medizinisch indiziert, aber nicht abgeschlossen war.
2.4 In welcher Höhe können die Leistungen vereinbart werden?	Der Tarif kann je nach Wunsch in Stufen zu je 500 Euro, von 2.500 Euro bis zu 10.000 Euro abgeschlossen werden
2.5 Welche Leistungsnachweise müssen vorgelegt werden?	Der Tarif erbringt ohne Kostennachweis die Einmalleistung in der versicherten Höhe. Als Leistungsnachweis dient die Vorlage einer ärztlichen Stellungnahme über den Eintritt der Erkrankung.
2.6 Wann endet der Vertrag?	Die Versicherung endet zum 01. des Folgemonats, wenn die tarifliche Einmalleistung erbracht ist, ohne dass es einer Kündigung bedarf

3. Wissenswertes

Frage	Antwort
3.1 Wie kann die Deutsche Krebsversicherung abgeschlossen werden?	Der Abschluss der Deutschen Krebsversicherung ist ausschließlich online möglich
3.2 Gibt es Wartezeiten?	Nein, die Deutsche Krebsversicherung sieht keine Wartezeiten vor. Ein Leistungsanspruch besteht im tariflichen Umfang sofort ab Versicherungsbeginn.
3.3 Gibt es eine Gesundheitsprüfung?	<ul style="list-style-type: none"> • Der Tarif Vorsorge (172) sieht keine Gesundheitsprüfung vor • Im Tarif Einmalleistung bei Krebs (176) arbeiten wir mit einer Gesundheitserklärung: „Mir ist bekannt, dass kein Leistungsanspruch aus dem Tarif „Einmalleistung bei Krebs“ gegeben ist, wenn zum Zeitpunkt der Antragstellung eine der folgenden Krankheiten ärztlich diagnostiziert ist bzw. innerhalb der letzten 5 Jahre vor Antragstellung erstmals oder wiederholt (rezidiv) diagnostiziert wurde: Krebs (bösartige Neubildungen ohne nicht-melanotischen Hautkrebs), Hirntumor (auch gutartig).“
3.4 Was bedeutet Leistung „innerhalb von jeweils zwei aufeinander folgenden Versicherungsjahren“?	Der Tarif Vorsorge (172) sieht eine Leistung bis zu einem festgeschriebenen Höchstleistungsbetrag „innerhalb von jeweils zwei aufeinander folgenden Versicherungsjahren“ vor Darunter verstehen wir jeweils ein „Abrechnungs-Paar“ an Versicherungsjahren, gerechnet ab dem Jahr des Versicherungsbeginns: 1. + 2. Versicherungsjahr (VJ), 3. + 4. VJ, 5. + 6. VJ, 7. + 8. VJ, usw.
3.5 Leistet die Deutsche Krebsversicherung weltweit?	<ul style="list-style-type: none"> • Der Tarif Vorsorge (172) setzt voraus (siehe Versicherungsfähigkeit), dass ein direkter Leistungsanspruch bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) besteht. Sofern auch im Ausland ein direkter Leistungsanspruch gegen eine GKV besteht, ist eine weltweite Leistung grundsätzlich möglich. • Im Tarif „Einmalleistung bei Krebs“ (176) dehnt sich die Anspruchsgrundlage noch auf die private Krankenversicherung, auf freie Heilfürsorge oder auf truppenärztliche Versorgung aus. Besteht hier ein Anspruch auf Erstattung im Ausland, besteht der Anspruch auf Leistungen im Ausland auch im Tarif 176.
3.6 Wie sind die Tarife der Deutschen Krebsversicherung kalkuliert?	<ul style="list-style-type: none"> • Der Tarif Vorsorge (172) ist ab dem Eintrittsalter 21 Jahre nach Art der Lebensversicherung mit Alterungsrückstellungen kalkuliert • Der Tarif Einmalleistung bei Krebs (176) wird für alle Eintrittsalter nach Art der Leben angeboten
3.7 Kann man von bestehenden Tarifen in die Deutsche Krebsversicherung wechseln?	Grundsätzlich ist die Deutsche Krebsversicherung für den Neuabschluss konzipiert. Ein Tarifwechsel aus bestehenden Tarifen in die Tarife der Deutschen Krebsversicherung ist natürlich dennoch möglich. Bitte beachten Sie: <ul style="list-style-type: none"> • Kunden in nach Art der Lebensversicherung kalkulierten Tarifen wird die angesparte Alterungsrückstellung im Tarif Vorsorge (172) angerechnet • Bisher bestehende Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen bleiben bestehen und entfallen nicht • Bisher bestehende Risikozuschläge bleiben bestehen und entfallen nicht • Die Summenbegrenzung in den ersten Jahren wird angerechnet. Eine allgemeine Rechenregel kann man auf Grund der Vielfalt der anzutreffenden Summenbegrenzungen nicht geben. Dies wird im Einzelfall vom Fachbereich KVL geprüft. Für einen Tarifwechsel verwenden Sie bitte den KV Rechenservice
3.8 Gibt es eine Mindestvertragslaufzeit?	Die Mindestvertragslaufzeit beträgt bis zu zwei Versicherungsjahre Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) und endet zum 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Jedes weitere Versicherungsjahr entspricht dem Kalenderjahr.

4. Erstattungsbeispiele

Alle Beispiele gelten für Leistungen ab dem dritten Versicherungsjahr.

Tarif	Leistung	Abrechnungsziffern	Rechnungsbetrag	Erstattungsbetrag
172	Große Gesundheitsuntersuchung	GOÄ Ziffer: 29, 250, 3562, 3560 - 3564, 3760, 3761, 3662, 3669, 3670, 3558	108,61 Euro	108,61 Euro
172	Große Krebsvorsorge inkl. Ultraschall	GOÄ Ziffer: 27, 410, 420, 4851, 5266	167,46 Euro	167,46 Euro
172	Auslandsreise Schutzimpfung inkl. Beratung und Impfung	GOÄ Ziffer: 1, 7, 375, 377, Impfdosis Twinrix (76,72 Euro), Impfdosis Ixiaro (88,74 Euro) Rezept: Malaria-Impfstoff = 56,95 Euro	272,00 Euro	272,00 Euro



münchener verein

Zukunft. In besten Händen.

Münchener Verein Krankenversicherung a. G.

Pettenkoferstr. 19 · 80336 München

Tel. 089/51 52-10 00 · Fax 089/51 52-15 01

info@muenchener-verein.de

www.muenchener-verein.de



Bitte beachten Sie: Dieser Fragen- und Antwortenkatalog ist nur für Sie als Vertriebspartner/in bestimmt. Eine Weitergabe an Dritte, insbesondere Kunden, ist nicht gestattet.

Die im Fragen- & Antwortenkatalog (FAQ) gezeigten Personen sind Mitarbeiter des Münchener Verein. Es gelten die jeweils aktuellen Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Tarifbestimmungen. Diese Unterlagen stellen wir Ihnen auf Wunsch gerne zur Verfügung.