

Private Krankenzusatzversicherungen

Private Krankenzusatzversicherungen für den ambulanten, stationären und zahnärztlichen Bereich sind grundsätzlich weniger wichtige bis unwichtige Versicherungen – es gibt Versicherungsverträge, die wichtiger sind und entsprechend Vorrang haben sollten.

In diesem Infoblatt finden Sie hierzu die wichtigsten Informationen, v. a. zu der Auswahl eines geeigneten Versicherungsvertrages.

Für BdV-Mitglieder bieten wir exklusive Tarifempfehlungen für Krankenzusatzversicherungen im Mitgliederportal (für die [Krankenhauszusatzversicherung](#) und für die [Zahnzusatzversicherung](#)).

Am Ende dieses Infoblatts finden Sie weitere Informationen zum BdV.

Verbrauchertelefon: Sie sind zwar noch kein Mitglied bei uns, haben aber dennoch Fragen zu Versicherungen? Wir helfen Ihnen gerne weiter!

Rufen Sie uns an: 09001 – 737 300 (2,40 Euro/Minute aus dem dt. Festnetz).

Das Wichtigste auf einen Blick

Private Krankenzusatzversicherungen für den ambulanten, stationären und zahnärztlichen Bereich sind grundsätzlich weniger wichtige bis unwichtige Versicherungen. Vorab sollten Sie deshalb wichtige Absicherungen geprüft haben.

Gesetzlich Krankenversicherte können zusätzlich zum Schutz der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) einen privaten Krankenversicherungsschutz abschließen. Diese Krankenzusatzversicherungen beinhalten aber keinen wichtigen Versicherungsschutz – mit zwei Ausnahmen: Die private Krankentagegeldversicherung und die private Pflegegeldversicherung gehören zu den wichtigsten privaten Versicherungsverträgen (siehe hierzu die Infoblätter [Krankentagegeldversicherung](#) und [Pflegegeldversicherung](#)).

Eine Vervielfältigung und Verbreitung zu privaten Zwecken ist mit Quellennachweis gestattet. Zu gewerblichen Zwecken ist eine Vervielfältigung und Verbreitung, auch auszugsweise, nur nach vorheriger ausdrücklicher Genehmigung erlaubt. Wenden Sie sich hierzu an: presse@bunddersicherten.de

Die Krankenhauszusatz- und die Zahnzusatzversicherung erstatten die Kosten für Mehr- und Zusatzleistungen, die die GKV nicht erstattet. Wenn Sie diese Mehr- und Zusatzleistungen ausdrücklich wünschen, können Sie Ihren individuellen Bedarf für eine Zusatzversicherung prüfen.

Das Infoblatt soll Ihnen eine erste Orientierung geben und kann keinesfalls eine individuelle Beratung für den konkreten Einzelfall ersetzen. Alle Informationen in diesem Infoblatt haben wir sorgfältig recherchiert und nach bestem Wissen zusammengestellt. Dabei berücksichtigen wir neben den uns vorliegenden Versicherungsbedingungen sowohl die geltenden Rechtsvorschriften (Gesetze, Verordnungen, etc.) als auch die einschlägige Rechtsprechung.

Die Infoblätter aktualisieren wir regelmäßig und stellen sie auf unserer [Website](#) bereit – dabei behalten wir uns jederzeit inhaltliche Änderungen vor. Gleichwohl können wir für die Richtigkeit und Aktualität keine Gewähr übernehmen. Das Infoblatt gibt den aus der Fußzeile ersichtlichen Stand wieder, sofern wir keinen abweichenden Stand im Text kenntlich gemacht haben.

Inhalt

1	Das leisten die Versicherungen	3
2	Das kosten die Versicherungen	4
3	Wer braucht diesen Versicherungsschutz?	5
4	Was brauchen Sie nicht?	5
5	Das haben Sie bei Vertragsschluss zu beachten	7
6	Diese Pflichten haben Sie aus dem Versicherungsvertrag	9
7	Diese Kriterien sollten Krankenhauszusatz- und Zahnzusatzversicherungen erfüllen	9
8	BdV-Tarifempfehlungen	12
	Das ist der BdV	13

1 Das leisten die Versicherungen

Krankenhauszusatzversicherung

Als gesetzlich versicherte Person werden Sie häufig im Krankenhaus in einem Mehrbettzimmer (allgemeine Pflegeklasse) untergebracht. Das kann teilweise auch ein Zweibettzimmer sein. Möchten Sie in einem Ein- oder Zweibettzimmer untergebracht und „chefärztlich“ behandelt werden, kann eine Krankenhauszusatzversicherung die Finanzierung der zusätzlichen Kosten übernehmen.

Gesetzlich Versicherte haben keine freie Krankenhauswahl. Sie müssen in der Regel das von ihrem Wohnort aus nächstgelegene geeignete Krankenhaus aufsuchen, das von der gesetzlichen Krankenkasse zugelassen ist. Wünschen Sie eine freie Krankenhauswahl kann eine Krankenhauszusatzversicherung weiterhelfen. Wollen Sie z. B. in einer Klinik in einer anderen Stadt behandelt werden, die auf das Fachgebiet der geplanten Operation spezialisiert ist, berechnet die Kasse dafür zumeist Mehrkosten. Diese zusätzlichen Kosten übernehmen die meisten Krankenhauszusatzversicherungen. Gleichzeitig ermöglichen diese die freie Arztwahl, sodass Sie sich im Krankenhaus von ausgesuchten Spezialisten behandeln lassen können.

Zahnezusatzversicherung

Die GKV zahlt für Zahnersatz einen festen Zuschuss für die Regelversorgung mit beispielsweise einfachen Kronen, Brücken oder Prothesen. Wer regelmäßig an der Vorsorge teilnimmt (Bonusheft), bekommt zusätzlich einen Bonus.

Sollten Sie eine höherwertige Dentalleistung etwa mit Gold- und Keramikronen, Implantaten oder Inlays wünschen, müssen Sie Zuzahlungen leisten. Zur Minderung ihres Kostenanteils können Sie eine Zahnezusatzversicherung abschließen, die einen Teil der privatärztlichen Kosten übernimmt. In Kombination mit den GKV-Zuschüssen erstatten der Zahnezusatztarif dann einen bestimmten Anteil der Rechnungskosten. Trotz allem bleibt für Sie in der Regel ein zu zahlender Restbetrag übrig.

BdV-Tipp: Vor Beginn einer geplanten Zahnersatzmaßnahme sollten Sie den Heil- und Kostenplan einer Zahnärztin bzw. eines Zahnarztes beim Versicherer einreichen, um die Höhe der tariflichen Erstattung zu klären. Das ist auch wichtig, weil viele Tarife eine deutliche Leistungskürzung – z. B. um 50 Prozent – vorsehen, wenn dieser nicht vor Behandlungsbeginn eingereicht wird.

2 Das kosten die Versicherungen

Maßgeblich für die Prämien einer privaten Krankenzusatzversicherung sind Alter und Gesundheitszustand beim Vertragsabschluss sowie der jeweilige Tarifumfang. Bei steigenden Gesundheitskosten können die vertraglichen Leistungen nicht gekürzt werden. Die Versicherungsunternehmen geben die Kostensteigerungen allerdings durch Erhöhung der Prämie und/oder der Selbstbeteiligung an ihre Versicherten weiter.

Das kostet eine empfehlenswerte und günstige Krankenhauszusatzversicherung (mit Alterungsrückstellungen)

Die Spanne günstiger Monatsprämien für eine empfehlenswerte Krankenhauszusatzversicherung stellt sich bei einem Neuabschluss folgendermaßen dar:

Eintrittsalter bei Vertragsabschluss	Versicherte Leistung	Monatsprämie (Spanne günstiger Tarife)
30	Gemäß BdV-K.-o.-Kriterien (siehe Abschnitt 7)	30-40 Euro
40		40-50 Euro
50		50-65 Euro

Eigene Recherche (Stand Dezember 2022), Werte sind kaufmännisch gerundet.

Das kostet eine empfehlenswerte und günstige Zahnzusatzversicherung (mit Alterungsrückstellungen)

Die Spanne günstiger Monatsprämien für eine empfehlenswerte Zahnzusatzversicherung stellt sich bei einem Neuabschluss folgendermaßen dar:

Eintrittsalter bei Vertragsabschluss	Versicherte Leistung	Monatsprämie (Spanne günstiger Tarife)
30	Gemäß BdV-K.-o.-Kriterien (siehe Abschnitt 7)	30 Euro
40		34 Euro
50		38 Euro

Eigene Recherche (Stand Dezember 2022), Werte sind kaufmännisch gerundet.

3 Wer braucht diesen Versicherungsschutz?

Private Krankenzusatzversicherungen für den ambulanten, zahnärztlichen und stationären Bereich sichern keine Risiken ab, die den Lebensstandard gefährden können.

Nur die private Krankentagegeldversicherung und die private Pflegezusatzversicherung bieten sehr wichtigen Versicherungsschutz, wenn eine langandauernde Arbeitsunfähigkeit oder eine Pflegebedürftigkeit Ihren Lebensstandard gefährdet (siehe hierzu die Infoblätter [Krankentagegeldversicherung](#) und [Pflegezusatzversicherung](#)).

Die Krankenhauszusatz- und die Zahnzusatzversicherung erstatten die Kosten für freiwillig genutzte Mehr- und Zusatzleistungen, die die GKV nicht erstattet. Wenn Sie diese Mehr- und Zusatzleistungen ausdrücklich wünschen, können Sie Ihren individuellen Bedarf für eine Zusatzversicherung prüfen.

4 Was brauchen Sie nicht?

Viele Krankenzusatzversicherungsangebote und Kombinationsprodukte sind grundsätzlich ungeeignet und sichern keine Risiken ab, die Ihren Lebensstandard gefährden.

Ergänzungstarife

Im Rahmen von Ergänzungsversicherungen haben Anbieter unterschiedliche Leistungspakete, z. B. rund um Sehhilfen, Heilpraktiker*innen, Zahnversorgung und weitere Bausteine, kombiniert. Nur auf den ersten Blick scheinen das interessante Angebote zu sein. Denn die jeweilige Kombination der Einzelleistungen entspricht in der Regel nicht den tatsächlichen Bedürfnissen. Die einzelnen Bestandteile können nicht flexibel zusammengestellt werden, sondern das Paket wird komplett gekauft. Auch stellt sich bei näherer Betrachtung heraus, dass die gebündelten Leistungen im Vergleich zu Einzelangeboten in der Regel leistungsschwächer sind.

Krankenhaustagegeldversicherung

Die Krankenhaustagegeldversicherung zahlt für jeden Tag, an dem Sie stationär im Krankenhaus behandelt werden, den mit Ihnen vereinbarten Tagessatz. Damit könnten zusätzliche Kosten wie Zuzahlungen im Krankenhaus abgedeckt werden. Diese Kosten liegen aber im überschaubaren und planbaren Rahmen. Für diese Fälle sollten Sie besser Geld zurücklegen. Verdienstauffälle aufgrund von krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit lassen sich damit nicht absichern. Dafür ist eine Krankentagegeldversicherung die richtige Versicherungsart.

Mögliche **Ausnahme: Für Beihilfeberechtigte** kann eine Krankhaustagegeldversicherung in diesen Fällen sinnvoll oder nötig sein: Teilweise sehen Beihilfevorschriften des Bundes oder des jeweiligen Bundeslandes vor, dass die Aufwendungen für die Unterbringung im Zweibettzimmer sowie die privatärztliche Heilbehandlung bei einem stationären Krankenhausaufenthalt beihilfefähig sind. Das beinhalten aber längst nicht alle Beihilfevorschriften. Andererseits muss der Beihilfeberechtigte einen solchen Schutz über die private Restkostenversicherung absichern wollen. Denn dann muss der Beihilfeberechtigte in der Regel auch eine Eigenbeteiligung tragen. Die Höhe dieser hängt von den jeweiligen Beihilfevorschriften ab und fällt unterschiedlich hoch aus.

Ambulante Zusatzversicherung

Sie wollen als gesetzlich versicherte Person im ambulanten Bereich behandelt werden wie ein*e Privatpatient*in? Das ist möglich, aber nicht günstig und bezahlt wird von einer entsprechenden Zusatzversicherung auch nicht immer alles.

Zunächst müssten Sie mit Ihrer Kasse das allgemeine Kostenerstattungsmodell für ambulante ärztliche Versorgung vereinbaren. Danach können Ärztinnen und Ärzte Sie wie eine*n Privatversicherte*n behandeln. Im Anschluss an eine Behandlung würden Sie eine Rechnung bekommen. Diese legen Sie Ihrer Kasse vor. Die übernimmt den Kassenanteil und behält auch noch Verwaltungskosten ein. Was dann übrig bleibt, rechnen Sie mit Ihrer privaten Zusatzversicherung ab. Am Ende kann dennoch ein Anteil für Sie übrigbleiben, den Sie selbst tragen müssen. Falls Sie sich für dieses Modell entscheiden, sind Sie daran außerdem mindestens ein Kalendervierteljahr gebunden. Aufgrund dieser gesamten Struktur ist eine ambulante Zusatzversicherung nicht zu empfehlen.

Sie zahlen bei einer Kombination mit einer privaten ambulanten Zusatzversicherung den Beitrag zu Ihrer Krankenkasse plus die Prämie für den Zusatztarif.

Hiervon zu unterscheiden ist der Wahltarif Kostenerstattung mit einer Bindungsdauer von einem Jahr, den einige Kassen anbieten. Nähere Informationen finden Sie hierzu in unserem Infoblatt [GKV-Krankenkassenwechsel und -Wahltarife](#).

Risikotarife

Viele private Krankenversicherer bieten z. B. Krankenhauszusatztarife und Zahnzusatzversicherungstarife auch gegen Risikobeitrag an. Sie zahlen eine Prämie, die mit zunehmendem Alter automatisch steigt. Es werden **keine** Alterungsrückstellungen gebildet, die, wie sonst üblich, die Prämiensteigerungen dämpfen. Das führt dazu, dass Sie im Alter (sehr) hohe Prämien zahlen müssen. Beispiel: Sie zahlen mit 30 Jahren für eine Krankenhauszusatzversicherung etwa 20 Euro und mit 80 Jahren etwa 150 Euro monatlich.

Benötigen Sie den Krankenhaus- oder den Zahnzusatzversicherungsschutz lebenslang, ist ein Risikotarif keine geeignete Lösung. Sollten Sie aufgrund ihres individuellen Bedarfes an einem Risikotarif interessiert sein, können Sie sich als Mitglied von uns gern beraten lassen.

5 Das haben Sie bei Vertragsschluss zu beachten

Ein Versicherer ist nicht verpflichtet, einen Vertrag mit Ihnen abzuschließen. Er stellt Ihnen zahlreiche Fragen nach Risiken, die er für seine Annahmeentscheidung für maßgeblich hält.

Beim Abschluss einer privaten Krankenzusatzversicherung sind dies vor allem Fragen nach Ihrem Gesundheitszustand. Sie müssen alle Gesundheitsfragen im Antrag vollständig und wahrheitsgemäß beantworten. Bestehen bei Antragstellung Vorerkrankungen, entscheidet der Versicherer, ob er den Antrag ablehnt oder gegen Risikozuschläge und/oder Leistungsausschlüsse für bestimmte Erkrankungen annimmt.

Im Leistungsfall kann der Versicherer prüfen, ob Sie im Antrag Vorerkrankungen verschwiegen haben und ob er leisten muss oder nicht. Haben Sie falsche Angaben gemacht, kann sich der Versicherer bis zu drei Jahre nach Vertragsschluss vom Vertrag lösen. Bei Vorsatz oder Arglist beträgt die Frist zehn Jahre.

Gesundheitsfragen

Bei Fragen über Ihren Gesundheitszustand lassen Sie sich am besten ärztlich unterstützen. Zumindest aber sollten Sie sich Ihre Krankenakte aushändigen lassen. Hierauf haben Sie einen gesetzlichen Anspruch. Zusätzlich sollten Sie sich von Ihrer Krankenkasse eine sogenannte Patientenquittung ausstellen lassen. Diese Versichertenaukunft reicht mindestens 18 Monate in die Vergangenheit und gibt Ihnen einen Überblick, welche Diagnosen gestellt und welche Behandlungen durchgeführt wurden.

Hinweis zur Zahnzusatzversicherung

Sofern Sie fehlende und/oder nicht ersetzte Zähne haben, sollten Sie **vor** Antragstellung mit dem Versicherer klären, welchen Einfluss dies auf den geplanten Versicherungsschutz hat. Denn viele Versicherer schließen zum Beispiel fehlende Zähne aus oder verlangen einen Risikozuschlag pro fehlendem Zahn. Außerdem müssen Sie im Antrag in der Regel auch bereits empfohlene oder angeratene Behandlungen angeben und sollten daher vorher abklären, ob und wie sich diese auswirken (z. B. Risikozuschlag und/oder Leistungsausschlüsse).

Kündigungsmöglichkeiten des Versicherungsunternehmens

Ein Krankenversicherer kann eine PKV-Zusatzversicherung innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre ordentlich mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen. Auch kann das Versicherungsunternehmen z. B. außerordentlich wegen Zahlungsverzug oder aus einem anderem wichtigen Grund kündigen.

Kündigungsmöglichkeiten der Versicherungsnehmer

Sie können Ihre private Krankenzusatzversicherung ordentlich mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Versicherungsjahres kündigen. Es kann hier eine Mindestversicherungsdauer von zwei Jahren vereinbart sein, die eine ordentliche Kündigung in diesem Zeitraum ausschließt.

Eine Kündigung ist auch bei einer Prämienhöhung möglich. Erhöht der Versicherer aufgrund einer Anpassungsklausel die Prämie, können Sie innerhalb von zwei Monaten nach Zugang dieser Erhöhungsmitteilung mit Wirkung zu dem Zeitpunkt kündigen, zu dem die Prämienhöhung wirksam werden soll.

Hinweise zum Versichererwechsel

Alle, die ihre private Krankenzusatzversicherung wechseln wollen, sollten zunächst den Termin für einen Wechsel feststellen und rechtzeitig vor der Kündigung den neuen Vertrag bei einer anderen Gesellschaft abschließen. Möglicherweise können Probleme bei einem Neuabschluss entstehen, z. B. aufgrund von Vorerkrankungen. Bevor Sie keine Zusage des neuen Versicherungsunternehmens haben, sollten Sie von der Kündigung Ihrer bisherigen PKV-Zusatzversicherung zur Vorbereitung eines Wechsels absehen.

Anonymisierte Risikovorfrage

Diese sollten Sie nutzen, wenn Sie gesundheitliche Einschränkungen haben. Die Risikovorfrage können Sie nicht eigenständig durchführen. Diese kann nur eine dritte Person für Sie stellen, z. B. ein spezialisierter Versicherungsberater oder Versicherungsmakler.

6 Diese Pflichten haben Sie aus dem Versicherungsvertrag

Aus dem Versicherungsvertrag trifft Sie als Versicherungsnehmer nur eine einzige echte Pflicht: Und zwar die Pflicht zur Zahlung der vereinbarten Prämie. Die Zahlung der Prämie kann der Versicherer notfalls sogar gerichtlich durchsetzen.

Beachten Sie als Versicherungsnehmer andere Pflichten wie v. a. die Auskunfts-, Anzeige- oder Mitwirkungspflichten (Obliegenheiten) nicht, so kann der Versicherer Sie nicht auf Erfüllung verklagen. Er darf aber die Leistung verweigern oder sogar den Vertrag beenden.

Einige wichtige Obliegenheiten sind:

- ▶ Jede Krankenhausbehandlung ist binnen zehn Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.
- ▶ Zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht sowie deren Umfang ist der Versicherer berechtigt, von Ihnen jede Auskunft zu verlangen.
- ▶ Der Versicherer darf verlangen, dass Sie sich durch von ihm beauftragte Ärztinnen und Ärzte untersuchen lassen, um z. B. zu überprüfen, ob eine medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

Aber nicht jede Obliegenheitsverletzung berechtigt das Versicherungsunternehmen zu einer vollständigen Kürzung der Versicherungsleistung.

7 Diese Kriterien sollten Krankenhauszusatz- und Zahnzusatzversicherungen erfüllen

Der BdV hat zur Ermittlung von Tarifempfehlungen in diversen Versicherungssparten die **BdV-K.-o.-Kriterien** entwickelt. Wenn Sie eine private Krankenhauszusatz- oder Zahnzusatzversicherungen abschließen möchten, erfüllt ein guter Tarif diese Kriterien.

Das sollen die BdV-K.-o.-Kriterien leisten:

Sie beziehen sich auf den Neuabschluss eines Vertrages.

Sie bewerten den Versicherungsschutz eines Tarifs gemäß seiner Versicherungsbedingungen und bilden einen allgemeinen Mindeststandard ab.

Sie orientieren sich daran, was ein durchschnittlicher Verbraucher von einem guten Versicherungsprodukt dieser Sparte mindestens erwarten kann.

Das sollen sie **nicht** leisten:

Sie sind zur Bewertung eines Altvertrages nicht immer geeignet.

Sie sollen nicht aufzeigen, was der marktweit umfangreichste Versicherungsschutz leistet. Auch auf die Prämienhöhe kommt es nicht an.

Sie sind nicht auf den konkreten Einzelfall oder die Individualberatung zugeschnitten, d. h. sie bedeuten ...

... weder, dass der Abschluss eines Versicherungsprodukts der jeweiligen Sparte grundsätzlich zu empfehlen ist,

... noch, dass der beschriebene Versicherungsschutz Vorrang haben sollte.

Sinnvolle Kriterien sind Leistungen, die zusätzlich zu den BdV-K.-o.-Kriterien gesonderte Risiken absichern. Prüfen Sie vor Vertragsabschluss, ob diese Risiken bei Ihnen eintreten können und Sie sie ebenfalls absichern möchten.

BdV-K.-o.-Kriterien für die Krankenhauszusatzversicherung

- ▶ Die Kosten für privatärztliche Behandlungen („Chefarztbehandlung“) werden mindestens bis zum 3,5-fachen Satz (Höchstsatz) gezahlt.
- ▶ Wenn Sie in ein anderes Krankenhaus wollen, als das in der Einweisung genannte, werden die Differenzkosten erstattet.
- ▶ Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht. So kann er Ihnen auch in den ersten drei Jahren nicht kündigen.
- ▶ Wahlleistungen im Rahmen einer vor- und nachstationären Behandlung (nach § 115a SGB V) werden übernommen.
- ▶ Die Versicherungsgesellschaft leistet für stationäre Aufenthalte in gemischten Krankenanstalten auch ohne erforderliche vorherige schriftliche Zusage.

BdV-K.-o.-Kriterien für die Zahnzusatzversicherung

- ▶ Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen sind zu mindestens 50 Prozent erstattungsfähig – auch ohne Vorleistung durch die GKV.
- ▶ Die Kostenerstattung für den privat Zahnärztlichen Rechnungsanteil bei Zahnersatz beträgt mindestens 50 Prozent dieser Kosten.
- ▶ Die Kosten für Keramikverblendungen werden mindestens zu 50 Prozent des Rechnungsbetrages erstattet – auch ohne Vorleistung durch die GKV.
- ▶ Die Kosten für Implantate und Inlays werden ebenfalls mindestens zu 50 Prozent erstattet – auch ohne Vorleistung durch die GKV.
- ▶ Der Knochenaufbau im Zusammenhang mit Implantaten ist zu mindestens 50 Prozent erstattungsfähig – auch ohne Vorleistung durch die GKV.
- ▶ Leistungen werden über den Regelhöchstsatz (2,3-fach) hinaus mindestens bis zum Höchstsatz der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), also bis zum 3,5-fachen Satz, übernommen.
- ▶ Keine tarifliche Erstattungshöchstgrenze (generelle Summenbegrenzung) über die gesamte Vertragslaufzeit.
- ▶ Der Versicherer verzichtet auf sein ordentliches Kündigungsrecht.

Sinnvolle Kriterien für die Zahnzusatzversicherung

- ▶ Maßnahmen zur Angst- und Schmerzausschaltung – wie Vollnarkose, Lachgas-Sedierung oder Akupunktur – sind ebenfalls mindestens zu 50 Prozent des Rechnungsbetrages erstattungsfähig.
- ▶ Der Versicherungsschutz umfasst auch die Leistungen eines Zahnarztes ohne „Kassenzulassung“.

8 BdV-Tarifempfehlungen

Mitglieder können in unserem Mitgliederportal exklusive BdV-Tarifempfehlungen für Krankenzusatzversicherungen abrufen (für die [Krankenhauszusatzversicherung](#) und für die [Zahnzusatzversicherung](#)).

In den Tarifempfehlungen haben wir die Links zu den Websites der Anbieter hinterlegt.

Sollten Sie dabei Unterstützung brauchen, finden Sie auf der letzten Seite unsere Kontaktdaten.

Das ist der BdV

Der Bund der Versicherten e. V. (BdV) setzt sich seit seiner Gründung im Jahr 1982 dafür ein, Verbraucherrechte gegenüber Politik, Staat und Versicherungslobby zu vertreten. Er ist als gemeinnütziger Verein anerkannt und mit seinen rund 45.000 Mitgliedern eine der wichtigsten verbraucherpolitischen Organisationen Deutschlands. Der BdV finanziert sich über die Beiträge seiner Mitglieder und erhält keine öffentlichen Zuwendungen. So kann er sich überparteilich und unabhängig von politischer Einflussnahme als Interessenvertreter für Versicherte einsetzen.

Der **BdV** ► ► **informiert Verbraucher*innen** zu privaten Versicherungen und Altersvorsorge-Themen.

► ► **setzt sich für Versicherte ein** – aktiv auf politischer Ebene und offensiv über Verbandsklagen.

► ► **unterstützt seine Mitglieder** bei Fragen zu ihren privaten Versicherungsverträgen und bietet ihnen die Möglichkeit, bestimmte private Risiken über Gruppenversicherungen und Gruppenrahmenverträge abzusichern.

Für Fragen rund um private Versicherungen, Altersvorsorge und die BdV-Mitgliedschaft:

Bund der Versicherten e. V.
Gasstr. 18 – Haus 4
22761 Hamburg

Telefon: +49 40 – 357 37 30 0 (für Mitglieder)
Telefon: +49 40 – 357 37 30 98 (für Nichtmitglieder)*
Fax: +49 40 – 357 37 30 99
E-Mail: info@bunddersicherten.de
Internet: www.bunddersicherten.de

Vereinssitz: Hamburg
Amtsgericht Hamburg, VR 23888
Vorstand: Stephen Rehmke (Sprecher), Bianca Boss

***Verbrauchertelefon:** Sie sind zwar noch kein Mitglied bei uns, haben aber dennoch Fragen zu Versicherungen? Wir helfen Ihnen gerne weiter!

Rufen Sie uns an: 09001 – 737 300 (2,40 Euro/Minute aus dem dt. Festnetz).