

GKV-Krankenkassenwechsel und -Wahltarife

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).

Am Ende dieses Infoblatts finden Sie weitere Informationen zum BdV.

Das Wichtigste auf einen Blick

Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist ein Zweig der Sozialversicherung in Deutschland. Träger der GKV sind die einzelnen Krankenkassen. Ca. 90 Prozent der Menschen mit Wohnsitz in Deutschland sind als Mitglied einer Krankenkasse gesetzlich krankenversichert.

Wechsel der Krankenkasse

Wer seine Krankenkasse wechseln möchte, kann zwischen vielen Kassen wählen. Die Leistungen der einzelnen Kassen sind zu etwa 95 Prozent identisch.

Seit 2021 beträgt die Bindungsfrist bei einer Kassenmitgliedschaft 12 Monate. Nach Ablauf dieser Frist ist ein regulärer Wechsel zu einer anderen Kasse möglich.

Auch können Sie seit 2021 für einen Kassenwechsel nicht mehr bei Ihrer alten Kasse kündigen. Stattdessen müssen Sie bei der neu gewählten Kasse einen Mitgliedsantrag stellen. Diese kümmert sich um die Kündigung der alten Krankenkassenmitgliedschaft. Die Kündigungsfrist von zwei Monaten zum Monatsende gilt weiterhin.

Nehmen Sie eine neue versicherungspflichtige Tätigkeit auf, können Sie seit 2021 bis maximal 14 Tage nach Beschäftigungsbeginn eine neue Kasse wählen – ohne Einhaltung der Bindungsfrist. Das gilt ebenso bei einem Arbeitgeberwechsel oder beim Wechsel von einem versicherungspflichtigen in einen anderen Status (z. B. Wechsel in eine freiwillige Versicherung).

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

Erhebt eine Kasse erstmalig einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren kassenindividuellen Zusatzbeitragssatz, ist aufgrund eines Sonderkündigungsrechts ein Wechsel auch vor Ablauf der Bindungsfrist möglich.

Der Beitragssatz beträgt bei allen Krankenkassen einheitlich 14,6 Prozent zzgl. eines kassenindividuellen Zusatzbeitrages, der sich durchschnittlich auf 1,6 Prozent (2023) beläuft. Bemessungsgrundlage für Ihren Beitrag ist Ihr beitragspflichtiges Bruttoeinkommen. Das wird bei der Berechnung des Beitrages bis maximal zur Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt. Diese beträgt 59.850 Euro im Jahr 2023 (4.987,50 Euro im Monat).

Wahltarife

Entscheiden Sie sich für einen Wahltarif bei Ihrer Kasse, ist zu beachten, dass einige Wahltarife keiner Mindestbindungsfrist unterliegen. Bei anderen Wahltarifen beträgt die Mindestbindung ein oder drei Jahre. Ihre Kasse können Sie in diesen Fällen erst zum Ablauf dieser Bindungsfristen kündigen und wechseln, jedoch nicht vor Ablauf der gesetzlichen Mindestbindungsfrist von 12 Monaten, es sei denn, Ihre Kasse erhöht den Zusatzbeitrag. Haben Sie den Wahltarif Krankengeld gewählt, bleibt es aber bei der dreijährigen Mindestbindung.

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.

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 einen abweichenden Stand nicht im Text kenntlich gemacht haben.

Inhalt

1 Wechsel der Krankenkasse	3
2 Bindungs- und Kündigungsfristen	3
3 Wahltarife der Krankenkassen	5
4 Wahltarife und Kündigung der Krankenkassenmitgliedschaft	8
Das ist der BdV	10

1 Wechsel der Krankenkasse

Sind Sie mit den Leistungen oder dem Beitragssatz Ihrer Krankenkasse unzufrieden, können Sie zwischen einer großen Anzahl von Krankenkassen wählen. Das gilt für die Versicherten der AOK, der Betriebs-, Innungs- und Ersatzkassen sowie der Knappschaft. Auch Personen, die sich erstmals selbst gesetzlich krankenversichern, haben diese Auswahlmöglichkeiten.

Die Mitglieder der Landwirtschaftlichen Krankenkasse haben einen Sonderstatus und können ihre Kasse in der Regel nicht frei wählen.

Die Kassen haben ein gesetzlich festgelegtes Leistungspaket. Daher sind die Leistungen weitestgehend identisch. Sie unterscheiden sich aber beispielsweise im Service (Nähe einer Geschäftsstelle oder der telefonischen Erreichbarkeit), zusätzlichen Beratungsleistungen (wie persönlicher Beratung zu Hause) und der Gesundheitsförderung durch Kursangebote. Auch beim Angebot von Mehrleistungen, wie Hospizzuschuss, verbesserte häusliche Krankenpflege, Haushaltshilfenregelung oder Schutzimpfungen gibt es Unterschiede. Wenn Sie besondere Anforderungen an Ihre Kasse haben, vergleichen Sie die Angebote der Krankenkassen miteinander.

BdV-Tipp: Die Leistungsangebote der Krankenkassen unterscheiden sich – aufgrund der engen gesetzlichen Vorgaben – kaum. Deshalb kann ein wesentliches Kriterium für die Wahl Ihrer Krankenkasse die kassenindividuelle Höhe des Zusatzbeitrages sein. Bei günstigen Kassen liegt der Zusatzbeitrag derzeit (Stand: Dezember 2022) im Bereich von 0,35 bis 0,7 Prozent, bei teuren Kassen dagegen bei 1,5 Prozent und höher.

Beim [GKV-Spitzenverband](#) können Sie sich einen aktuellen Überblick über die Höhe der Zusatzbeiträge aller Krankenkassen verschaffen.

Nicht alle Kassen sind allerdings bundesweit geöffnet, sondern nur in bestimmten Bundesländern oder für Beschäftigte bestimmter Betriebe wählbar.

2 Bindungs- und Kündigungsfristen

Seit 2021 ist der Wechsel zu einer neuen Krankenkasse einfacher. Bisher waren Sie generell 18 Monate an Ihre Krankenkasse gebunden. Erst nach Ablauf dieser Frist war ein regulärer Wechsel zu einer anderen Krankenkasse möglich.

Ab 2021 reduzierte sich die Mindestbindungsfrist von 18 auf 12 Monate. Sie können also nunmehr bei gleichbleibendem Versicherungsverhältnis bereits nach 12 Monaten die Kasse wechseln.

Die allgemeine reguläre Kündigungsfrist beträgt zwei Monate zum Monatsende. Auch freiwillig Versicherte selbständig oder freiberuflich Tätige, Beihilfeberechtigte oder sozialversicherungspflichtig Beschäftigte mit einem Jahresbruttogehalt über der Jahresarbeitsentgeltgrenze (2023: 66.600 Euro) sind an die Wahl ihrer Krankenkasse für 12 Monate gebunden. Die Beiträge werden weiterhin bis zur Beitragsbemessungsgrenze von 59.850 Euro (2023) berechnet.

Gesetzlich Versicherte müssen bei ihrer Krankenkasse seit 2021 nur noch dann kündigen, wenn sie das System der gesetzlichen Krankenversicherung verlassen wollen, um z. B. in die private Krankenversicherung zu wechseln oder ins Ausland zu verziehen.

Ansonsten stellen gesetzlich Versicherte, die ihre Krankenkasse wechseln möchten, lediglich einen Neuaufnahmeantrag bei der neuen Kasse. Sie haben dafür bei einem Wechsel aufgrund eines neuen Beschäftigungsbeginns 14 Tage ab Beschäftigungsbeginn Zeit. Um die Beendigung des Vertragsverhältnisses mit der alten Kasse kümmert sich die neu gewählte Krankenkasse. Deren Meldung an die bisherige Kasse erfolgt elektronisch. Die alte Krankenkasse bestätigt innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Meldung ebenfalls elektronisch das Ende der Mitgliedschaft. Diese Rückmeldung hat die gleiche Funktion wie die bisher erfolgte Kündigungsbestätigung.

Neuer Arbeitgeber oder geänderter Versicherungsstatus

Bei Aufnahme einer neuen Tätigkeit (oder einem Arbeitgeberwechsel) können Sie als versicherungspflichtiges Kassenmitglied seit 2021 sofort die Kasse wechseln. Dieser Wechsel ist ohne Einhaltung einer Bindungsfrist und ohne eine Kündigung bei der bisherigen Kasse möglich.

Diese vereinfachte Wechselmöglichkeit gilt auch beim Wechsel von einem versicherungspflichtigen Status in einen anderen Status, zum Beispiel, wenn die Versicherungspflicht bei Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG) am Jahresende in eine freiwillige Versicherung geändert wird. Sollte dann die gleiche Krankenkasse gewählt werden, bei der bisher die Mitgliedschaft bestand, gilt keine Bindungsfrist mehr.

Sonderkündigungsrecht

Erhebt eine Krankenkasse erstmalig einen Zusatzbeitrag oder erhöht ihn, hat jedes Mitglied ein Sonderkündigungsrecht.

Das bedeutet, die 12-monatige Bindung an die Kasse entfällt und Sie können Ihre Mitgliedschaft zum Ende des übernächsten Monats kündigen. Diese Kündigungsmöglichkeit besteht nur bis zum Ende des Monats, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben oder erhöht wird. Ihre Krankenkasse muss Sie spätestens einen Monat vorher auf dieses Sonderkündigungsrecht hinweisen. Kommt sie dieser Pflicht verspätet nach, gilt

eine erfolgte Kündigung als in dem Monat erklärt, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben oder erhöht wird.

BdV-Tipp: Keine Krankenkasse darf den Aufnahmeantrag einer wechselwilligen Person aus einer anderen Kasse ablehnen. Eine Risikoprüfung, wie in der privaten Krankenversicherung, gibt es nicht. Risikozuschläge wegen Vorerkrankungen oder Wartezeiten sind ebenfalls nicht zulässig.

3 Wahltarife der Krankenkassen

Die Krankenkassen bieten eine Vielzahl von Wahlтарifen an. Manche Wahlтарifen (wie „Besondere Versorgungsformen“ oder Krankengeld) müssen die Kassen anbieten, andere Tarife (wie Selbstbehalt- oder Kostenerstattungstarife) können sie anbieten. Ansonsten haben die Kassen neben den gesetzlichen Pflichtleistungen nur in begrenztem Umfang Spielraum für zusätzliche Leistungen in ihrer Satzung.

Wahlтарife ohne Mindestbindungsfrist („Muss-Tarife“)

Die Kassen haben in ihrer Satzung zu regeln, dass Sie als gesetzlich Versicherter besondere Versorgungsformen wählen können. Zu diesen gehören unter anderem die hausarztorientierte Versorgung, strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Erkrankungen, die integrierte Versorgung und Modellvorhaben. Mit Modellvorhaben können die Kassen neue Wege der Patientenbehandlung testen, die nicht in ihrem Leistungskatalog enthalten sind. Der wohl prominenteste Modellversuch führte dazu, dass Akupunktur als Regelleistung bei Knie- und Rückenschmerzen von den Kassen gezahlt wird. Für die Teilnahme an diesen Versorgungsangeboten kann die Kasse die Zahlung einer Prämie oder Zuzahlungsermäßigungen vorsehen.

Bei der Teilnahme an einem Hausarztmodell (die freiwillig ist) benötigen Sie eine hausärztliche Überweisung, um sich fachärztlich behandeln zu lassen. Das soll fragwürdige bis nutzlose (bzw. nicht erforderliche) Doppel-Untersuchungen vermeiden helfen.

Zur Optimierung der Behandlung chronisch Kranker sind Wahlтарifen für strukturierte Behandlungsprogramme, sogenannte Disease-Management-Programme (DMP) anzubieten. Das können etwa Programme für Asthma, Brustkrebs, Diabetes Typ 1 und Typ 2 sowie koronare Herzerkrankungen sein. Die Teilnahme ist freiwillig und mit finanziellen Vorteilen verbunden.

Auch gibt es die Möglichkeit der Wahl der integrierten Versorgung. Kassen bieten bei bestimmten Indikationen eine vernetzte Versorgung an. Bei dieser können Haus- sowie Fachärztinnen und -ärzte, Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen kooperieren. Häufig wird diese Versorgungsform zum Beispiel bei Krebserkrankungen, Hüft-

und Knieoperationen angeboten. Integrierte Versorgungsformen sollen die Behandlungsschritte verschiedener medizinischer Fachleute besser koordinieren. Ziel dabei ist, Kosten zu sparen, aber auch die Qualität der Behandlung zu verbessern.

Wahltarife mit einjähriger Kassenbindung („Kann-Tarife“)

Die Krankenkassen können ihren Mitgliedern bestimmte Wahltarife mit einer einjährigen Bindungsfrist anbieten. Das sind beispielsweise Tarife, die eine Beitragsrückerstattung oder eine Kostenerstattung enthalten. Jede Kasse kann diese Tarife unterschiedlich gestalten.

Prämienrückzahlungstarife (Beitragsrückerstattungstarife)

Hier gilt das Alles oder Nichts-Prinzip: Sind Sie ein ganzes Jahr nicht auf Kosten der Kasse zur Ärztin bzw. zum Arzt gegangen, bekommen Sie im Folgejahr bis zu einem Monatsbeitrag zurück. Die Satzung kann auch vorschreiben, dass sich zudem auch kein familienversichertes Mitglied auf Kosten der Kassen behandeln lassen darf.

Kostenerstattungstarife

Sie erhalten wie Privatversicherte von der Ärztin bzw. vom Arzt eine Rechnung, die Sie bezahlen müssen. Nicht alle Behandlungen und Kosten werden jedoch von der Kasse übernommen. Einen Teil der Kosten müssen Sie also selbst tragen. Die Höhe der Kostenerstattung kann je nach Kasse variieren. Das gilt auch für die von den Versicherten zu zahlende Prämie für diese Angebote.

Nur wenige Krankenkassen bieten Wahltarife für die Kostenerstattung an. Ärztinnen und Ärzte können beispielsweise den 2,3fachen oder sogar den 3,5fachen Satz der privaten Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Rechnung stellen. Das liegt weit über dem, was die Krankenkasse regulär übernimmt. Erstattet werden grundsätzlich nur die Behandlungen, die im Leistungskatalog der Krankenkasse enthalten sind.

Zusätzlich zum normalen GKV-Beitrag hat jede teilnehmende Person einen Extrabeitrag für den Wahltarif zu zahlen. Selbstbehalte sind üblich.

BdV-Tipp: Der Wahltarif „Kostenerstattung“ lohnt sich in der Regel für gesetzliche Versicherte nicht. Ärztinnen und Ärzte können nur mehr Geld für die Leistung abrechnen, die Sie sonst auch bekommen, wenn Sie Ihre Chipkarte vorlegen.

Der Gesetzgeber hat generell u. a. mit der Einführung der Wahltarife – im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – zum 01. April 2007 das Ziel verfolgt, die Beziehungen zwischen Patienten und Ärzten, Versicherten und Kassen, Kassen und Leistungserbringern transparenter, flexibler und wettbewerbsorientierter auszugestalten.

Die Kassen sind nicht verpflichtet, einen Wahltarif Kostenerstattung anzubieten, können dies aber in ihrer Satzung vorsehen.

Allgemeines Kostenerstattungsverfahren statt „Chipkarte“

Die Kostenerstattung ist ein Strukturprinzip der privaten Krankenversicherung (PKV). Im Gegensatz dazu steht in der GKV das Sachleistungsprinzip. Gleichwohl hat der Gesetzgeber auch für die GKV unter bestimmten Voraussetzungen das allgemeine Kostenerstattungsverfahren zum 1. Januar 2004 ausdrücklich im Sozialgesetzbuch geregelt. Seit diesem Zeitpunkt können alle gesetzlich Versicherten anstelle von Sach- oder Dienstleistungen die Kostenerstattung wählen. Hierauf besteht ein gesetzlicher Anspruch. Der Gesetzgeber verfolgt mit der Einführung der Kostenerstattungsmöglichkeit insbesondere das Ziel, Einsparungen durch kostenbewusstes Verhalten der Versicherten zu erreichen.

Unabhängig davon, ob Ihre Kasse einen Wahltarif „Kostenerstattung“ anbietet, haben Sie als gesetzlich Versicherte*r also diese Möglichkeit: Statt der Sachleistung auf Chipkarte können Sie alternativ das allgemeine Kostenerstattungsverfahren bei Ihrer Kasse beantragen. Sie bezahlen zunächst die Arztrechnung aus eigener Tasche und legen sie danach zur Erstattung bei Ihrer Kasse vor. Das ist aber mit hohen Kosten für Sie verbunden. Denn Ärztinnen und Ärzte dürfen ihre Behandlung nach der GOÄ abrechnen. Erstattet werden jedoch nur die niedrigeren Kassensätze. Außerdem können Positionen abgerechnet werden, die nicht zu den Kassenleistungen gehören.

An die Entscheidung für eine Kostenerstattung sind Sie für mindestens ein Vierteljahr gebunden. Eine Beschränkung der Wahl auf ärztliche oder zahnärztliche Versorgung oder den stationären Bereich ist möglich. Bei der Kostenerstattung bleiben Sie u. U. auf erheblichen eigenen Aufwendungen sitzen. Der Abschluss beispielsweise einer privaten ambulanten Zusatzversicherung hilft Ihnen auch nur teilweise weiter: Denn erstens ist der Beitrag für diese recht hoch und zweitens bleiben Sie trotzdem meistens noch auf einigen Restkosten sitzen.

Für Sie als gesetzlich Versicherte*r lohnt sich also das allgemeine Kostenerstattungsverfahren regelmäßig nicht. Es ist wirtschaftlich sinnvoller, von der Kostenerstattung abzusehen.

BdV-Tipp: Berücksichtigen sollten Sie bei allen Wahltarifangeboten, dass der Zusatzversicherungsschutz der Wahltarife keine dauerhafte Geltung haben muss. Die Kassen können Wahltarife auch wieder streichen, wenn sie sich finanziell nicht rechnen.

Allgemeiner Hinweis: Wenn Sie zusätzlichen privaten Krankenversicherungsschutz zur GKV in Erwägung ziehen, können Sie auch die Angebote Ihrer Krankenkasse miteinbeziehen und mit denen der privaten Krankenversicherer genau vergleichen.

Allerdings sollten Sie beachten: Private Krankenzusatzversicherungen für den ambulanten, stationären und zahnärztlichen Bereich sind grundsätzlich weniger wichtige bis unwichtige Versicherungen. Vorab sollten Sie deshalb wichtige Absicherungen geprüft haben. Die Krankenzusatzversicherungen beinhalten keinen wichtigen Versicherungsschutz – mit zwei Ausnahmen: Die private Krankentagegeldversicherung und die private Pflegetagegeldversicherung gehören zu den wichtigsten privaten Versicherungsverträgen (siehe hierzu die Infoblätter [Krankentagegeldversicherung](#) und [Pflegezusatzversicherung](#)).

Mehr zu weniger wichtigen bis unwichtigen privaten Krankenzusatzversicherungen finden Sie in unserem entsprechenden Infoblatt [Private Krankenzusatzversicherungen](#).

Wahltarife mit dreijähriger Kassenbindung

Die Krankenkassen können ihren Mitgliedern außerdem Wahltarife mit einer dreijährigen Bindungsfrist anbieten. Dazu gehören Tarife mit Selbstbehalt und Krankengeldtarife zum Beispiel für hauptberuflich Selbständige, die jede Kasse unterschiedlich gestalten kann.

- ▶ **Selbstbehalttarife („Kann-Tarife“):** Diese lohnen sich für Sie nur, wenn Sie in einem Jahr weniger Behandlungskosten verursachen, als Sie an Prämie von der Kasse zurückbekommen. Das wissen Sie allerdings nicht im Voraus. Sowohl Prämie als auch Selbstbehalt sind nach Einkommen gestaffelt.
- ▶ **Krankengeldtarife („Muss-Tarife“):** Die Höhe des für den Wahltarif „Krankengeld“ zu zahlenden Beitrages richtet sich nach dem vereinbarten Beginn für die Zahlung des Krankengeldes und dem Angebot der jeweiligen Kasse. Er wird unabhängig vom Alter, Geschlecht oder Krankheitsrisiko des Kassenmitgliedes festgelegt.

4 Wahltarife und Kündigung der Krankenkassenmitgliedschaft

Haben Sie sich für einen Wahltarif entschieden, dann gilt: Sie können die Mitgliedschaft bei Ihrer Kasse frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist Ihres Wahltarifes, jedoch nicht vor Ablauf der generellen Mindestbindungsfrist von 12 Monaten kündigen. Die 12-monatige Mindestbindungsfrist muss aber nicht eingehalten werden, wenn Ihre Kasse erstmalig einen Zusatzbeitrag erhebt oder einen solchen erhöht oder die Prämienzahlung verringert. Diese Möglichkeit der Sonderkündigung steht aber Versicherten im Wahltarif „Krankengeld“ nicht zu.

Wahltarif Krankengeld – freiwillig in der Kasse versicherte selbständig oder freiberuflich Tätige

Sind Sie selbständig oder freiberuflich tätig und freiwillig bei einer Krankenkasse versichert, dann zahlen Sie den ermäßigten Beitragssatz von 14 Prozent zzgl. eines kassenindividuellen Zusatzbeitrages. Ein Krankengeld ist jedoch nicht eingeschlossen. Dieses ist allerdings sehr wichtig, damit Sie bei längerer Krankheit Ihren Verdienstaustausch abgesichert haben.

Sie haben die Möglichkeit, ein Krankengeld als Wahltarif bei Ihrer Krankenkasse zu vereinbaren. An eine solche Wahl sind Sie drei Jahre gebunden. Zusätzlich räumt Ihnen der Gesetzgeber die Möglichkeit ein, sich zu einem Beitragssatz von 14,6 Prozent zzgl. eines kassenindividuellen Zusatzbeitrages von durchschnittlich 1,6 Prozent (2023) zu versichern. Dann haben Sie einen Krankengeldanspruch ab der siebten Woche Ihrer Arbeitsunfähigkeit – wie als sozialversicherungspflichtig Beschäftigte*r.

Alternativ oder auch ergänzend zu einem Krankengeldtarif Ihrer Krankenkasse können Sie eine Krankentagegeldversicherung bei einem privaten Krankenversicherer abschließen. Wünschen Sie nähere Informationen zur privaten Krankentagegeldversicherung, dann finden Sie diese in unserem gesonderten Infoblatt [Krankentagegeldversicherung](#).

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** 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).