



Krankenversicherung

FRAGEN UND ANTWORTEN ZU IHRER KRANKENVERSICHERUNG

Debeka

Das **Füreinander** zählt.

WISSENSWERTES FÜR DEBEKA-MITGLIEDER

Erfahrungsgemäß haben gerade unsere neuen Mitglieder noch einige Fragen zu ihrem Versicherungsschutz. Diese Broschüre beantwortet Ihnen die wichtigsten Fragen – unabhängig davon, ob Sie bei der Debeka vollversichert oder Zusatzversichert sind.

Alle Einzelheiten zu Ihrem Versicherungsschutz finden Sie in den Versicherungsbedingungen. Denken Sie bitte daran: Die Broschüre bietet Ihnen einen Überblick über die wichtigsten Themen, ersetzt aber nicht die fundierte Beratung durch unsere Mitarbeitenden im Außendienst, in den Kundenzentren oder im Service-Center.

ERHALTE ICH EINE VERSICHERTENKARTE?

Nein. Angesichts des geringen Nutzens haben wir uns bisher gegen eine Versichertenkarte entschieden. Mit Blick auf die zusätzlichen Funktionen (z. B. elektronisches Rezept) arbeiten wir an nachhaltigen Alternativen.

WIE REICHE ICH EINEN LEISTUNGS-AUFTRAG EIN?

Sie waren beim Arzt und möchten Ihren Leistungsauftrag einreichen? Auf unserer Homepage – unter www.debeka.de/leistungenbeauftragten finden Sie alles, was Sie dazu brauchen. So geht es:

✓ Per App:

Mit unserer Leistungs-App "Debeka Gesundheit" können Sie Ihre Rechnungen und Belege schnell und einfach mit Ihrem Smartphone abfotografieren und einreichen. Den Bearbeitungsstand Ihres Leistungsauftrages und die Leistungsmitteilungen erhalten Sie direkt in die App. Überzeugen Sie sich selbst und laden Sie sich "Debeka Gesundheit" im App Store oder im Google Play Store herunter:



✓ Online:

Nutzen Sie gerne auch den Online-Leistungsauftrag unter www.debeka.de/leistungsauftrag. Das geht sowohl mit PC als auch mit Smartphone.



✓ Per Post:

Mit dem PDF-Dokument zum Ausfüllen am PC oder dem Leistungsauftrag in Papierform können Sie Ihre Rechnungsbeträge bequem elektronisch bzw. von Hand erfassen und gesammelt einreichen.

Sie benötigen Leistungsaufträge in Papierform? Bitte wenden Sie sich dazu an Ihren Ansprechpartner im Außendienst, an Ihre Geschäftsstelle oder telefonisch an das Service-Center der Debeka.

WANN BEKOMME ICH EINE LEISTUNGS-MITTEILUNG?

Wenn Sie Ihren Leistungsauftrag per App, per Post oder online eingereicht haben, erhalten Sie nur im Ausnahmefall eine Mitteilung. Denn Leistungsmitteilungen versenden wir aus Kostengründen nur dann, wenn wir noch Fragen haben oder ergänzende Hinweise geben möchten. Hören Sie nichts von uns, erhalten Sie die tarifliche Leistung.

Den Bearbeitungsstand Ihrer Leistungsaufträge finden Sie unter: www.debeka.de/status



WIE ERHALTE ICH IMMER EINE LEISTUNGS-MITTEILUNG?

Mit unserer Leistungs-App "Debeka Gesundheit" bekommen Sie alle Leistungsmitteilungen in Ihr digitales Postfach. Dieses steht Ihnen nach erfolgreicher Identifizierung per Auto-Ident oder TAN-Brief zur Verfügung.

Bei Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln (z. B. Einlagen) fügen Sie bitte immer auch die ärztliche Verordnung bzw. das Rezept bei.

ICH MUSS INS KRANKENHAUS – WAS IST ZU TUN?

Informieren Sie uns bitte so schnell wie möglich, wenn ein stationärer Aufenthalt geplant ist. Gerne senden wir dem Krankenhaus (auf Wunsch auch elektronisch) eine Kostenübernahmeerklärung, um direkt abzurechnen. Sie möchten den Antrag auf Kostenübernahme online stellen? Unter www.debeka.de/krankenhausaufenthalt finden Sie das passende Online-Formular.

Kosten für Chefarztbehandlungen können wir nicht direkt mit dem Krankenhaus abrechnen.

Sind Sie vollversichert, haben sich aber für einen Tarif ohne Wahlleistungen entschieden (z. B. Tarif NW, NW-SB, PNW, PNWS ...)?

Dann denken Sie bitte daran, dass wir wie vereinbart weder Kosten für Chefarztbehandlungen noch für die Unterbringung in Ein- bzw. Zweibettzimmern erstatten können.

ZAHNERSATZ STEHT AN – WAS NUN?

In der Zahnmedizin gibt es vielseitige Wege, Ihre Zahngesundheit zu erhalten oder wiederherzustellen. Entscheidend für den Umfang und die Kosten der Zahnbehandlung sind dabei immer Ihre individuellen Befunde.

Damit Sie bei einer umfangreichen Zahnsanierung finanziell besser planen können, empfehlen wir Ihnen daher: Reichen Sie uns vorher einen Heil- und Kostenplan ein. Bitte achten Sie darauf, dass die zahntechnischen Laborarbeiten detailliert angegeben sind. Gerne prüfen wir dann, wie wir uns an den Kosten beteiligen können. Unsere Auskunft hilft Ihnen dabei, alle weiteren Details mit Ihrem Zahnarzt zu klären.

Sind Sie noch unsicher? Dann holen Sie sich einfach eine zweite zahnärztliche Meinung ein. Denn ein weiteres Angebot ist auch eine gute Grundlage für ein Gespräch mit Ihrem Zahnarzt. Außerdem können Sie die Leistungen vergleichen. Selbstverständlich erstatten wir Ihnen die Kosten dafür in tariflicher Höhe.

Sie erreichen uns montags bis freitags von 8 bis 19 Uhr unter **0261 498-4511**.

Ihre Leistungsaufträge und sonstige Fragen rund um das Thema Kostenerstattung senden Sie bitte an:

Debeka Leistungszentrum

56078 Koblenz

per Fax 0261 498-5555 oder

online: www.debeka.de/emailanfrage



HILFSMITTEL – WAS IST ZU BEACHTEN?

Hilfsmittel sind medizinisch-technische Mittel, Körperersatzstücke und Geräte, die der Diagnostik oder der Therapie des Patienten und dessen Lebenserhaltung dienen. Sie mildern Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen bzw. gleichen diese aus.

Voraussetzung für unsere Leistungen ist immer, dass Hilfsmittel medizinisch notwendig sind, sich in der Praxis bewährt haben und es sich nicht um Gegenstände der allgemeinen Lebensführung handelt.

Für einige Hilfsmittel haben wir besondere Konditionen und Services mit Leistungserbringern vereinbart. Unsere Angebote hierzu finden Sie auf www.debeka.de/progesundheit"

Bei Hilfsmitteln ab 2.000 Euro sollten Sie vorab einen Kostenvoranschlag einholen und von uns prüfen lassen. Gerne sagen wir Ihnen dann verbindlich zu, welche Leistungen Sie erhalten.

SIE SUCHEN EINEN ARZT, THERAPEUTEN ODER EINE KLINIK?

Gerne unterstützen wir Sie bei der Suche nach einem Arzt oder Therapeuten. Ist bei Ihnen ein stationärer Eingriff geplant und Sie benötigen Klinikinformationen oder suchen Sie eine Kureinrichtung?

Auf debeka.de/arztsuche finden Sie das Online-Formular für Ihre Anfrage. Wir helfen Ihnen gerne weiter.

WAS KANN ICH NOCH FÜR MEINE GESUNDHEIT TUN?

Das Debeka Gesundheitsmanagement proGesundheit setzt sich dafür ein, dass Sie gesund bleiben oder es schnell wieder werden. Denn es liegt uns am Herzen, nicht nur als reiner Kostenerstatter, sondern auch als kompetenter Ansprechpartner für Sie da zu sein.

Unter debeka.de/progesundheit finden Sie alle Service- und Bonus-Angebote sowie die Versorgungsprogramme von proGesundheit. Schauen Sie doch



mal rein und werden Sie aktiv! So fördern Sie gezielt Ihr eigenes Wohlbefinden – und entlasten ganz nebenbei die Versicherungsgemeinschaft.

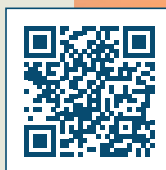
Auch ein Besuch unseres Gesundheits-Ratgebers debeka-gesundheit.de lohnt sich. Dort haben wir viele fundierte Informationen rund um das Thema Gesundheit für Sie zusammengestellt.

DIE AUSLANDS-SOS APP

Ihr Sofortkontakt bietet:

- ✓ 24-Stunden-Notrufzentrale und Hotline für Arzt- oder Krankenhaussuche
- ✓ weltweites Notrufverzeichnis
- ✓ Länderinformationen und Impfpfehlungen
- ✓ GPS-Übermittlung per E-Mail im Notfall
- ✓ Tipps zur Ersten Hilfe

www.debeka.de/sos-app
+49 261 498-9901



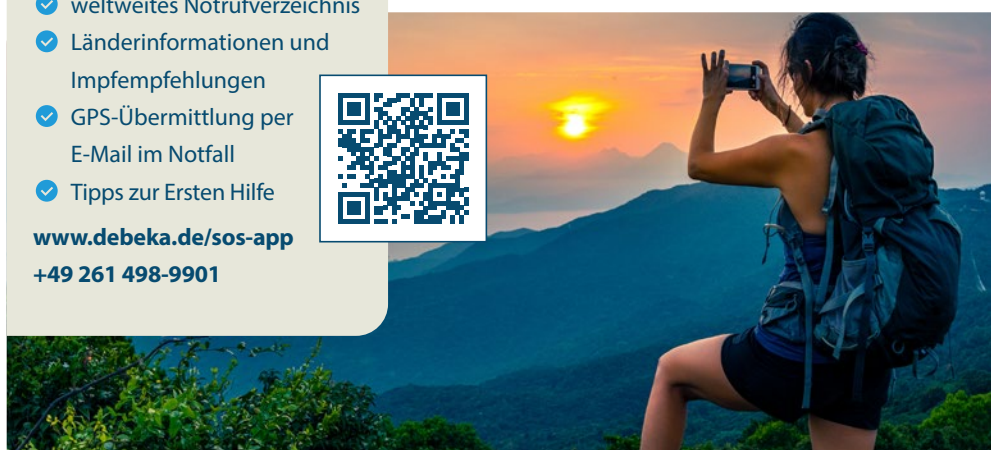
KRANK IM AUSLAND – WAS NUN?

Beinhaltet Ihr Versicherungsschutz gesonderte Leistungen für Auslandsaufenthalte (wie etwa die Tarife PNE, PNZ, BE, NC, NG, BC, BG, Nmed, AR, ARL, AR-F und HS-Comfort)? Dann kontaktieren Sie bei einer Erkrankung oder einem Unfall bitte unsere Notrufzentrale mit 24-Stunden-Service – auch an Sonn- und Feiertagen.

Wo ist eine Behandlung im Aufenthaltsland möglich? Welche Klinik hat den notwendigen Standard und wo behandeln Sie Fachärzte? Unsere Notrufzentrale hilft Ihnen gerne weiter und leitet notwendige Schritte in die Wege – natürlich in Absprache mit Ihnen und Ihren Angehörigen.

Erfahrungsgemäß müssen Sie ambulante Arztbesuche im Ausland direkt bezahlen. Nehmen Sie daher zu Arztbesuchen im Ausland ausreichend Bargeld mit oder nutzen Sie Ihre Kreditkarte. Nach Ihrer Rückkehr senden Sie uns die Rechnungen sowie eine Bestätigung des Reisezeitraums (z. B. die Hotelbuchung, Flugtickets, Tankquittungen), damit wir Ihre Auslagen umgehend erstatten können.

Für Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung: Bitte legen Sie Ihren Rechnungen aus dem europäischen Ausland einen Vorleistungsvermerk Ihrer Krankenkasse bei.



KRANKHEITSKOSTEN- VOLLVERSICHERUNG

Eine Krankheitskostenvollversicherung haben Sie, wenn Sie als Beamter, Selbstständiger oder Angestellter über die Private Krankenversicherung (PKV) und nicht über die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) abgesichert sind.

WANN MUSS IHR VERTRAG ANGEPASST ODER GEÄNDERT WERDEN?

Familienstand

Sind Sie Beamter? Dann kann sich Ihr Beihilfeanspruch und der Ihrer mitversicherten Familienangehörigen z. B. ändern, wenn Sie heiraten, ein Kind bekommen oder zuvor mitversicherte Angehörige nicht länger berücksichtigt werden können. Beamte, Angestellte und Selbstständige können neugeborene Kinder bereits ab dem Tag der Geburt – innerhalb einer Frist von zwei Monaten – anmelden.

Einkommen

Mit einer Krankentagegeldversicherung gleichen Angestellte oder Selbstständige mögliche Einkommensausfälle bei längerer Krankheit aus. Um Versorgungslücken zu schließen, informieren Sie uns bitte sofort, wenn sich dauerhaft Ihr Nettoeinkommen, die Dauer der Gehaltsfortzahlung ändert oder Sie eine neue berufliche Tätigkeit aufnehmen.

Berufswechsel

Wechseln Sie vom Angestelltenverhältnis in die Selbstständigkeit (bzw. umgekehrt) oder sollten Sie einmal arbeitslos werden, hat das Einfluss auf die Krankentagegeldversicherung. Informieren Sie uns daher bitte umgehend. Denn möglicherweise können wir Ihnen alternative Tarifmodelle anbieten, die besser zu Ihrer neuen Lebenssituation passen.

Für Beamte gilt hier: Der Wechsel des Bundeslandes/Dienstherrn hat oft auch Einfluss auf den Beihilfeanspruch.

BESCHEINIGUNGEN: WOFÜR BENÖTIGE ICH WELCHE?

Arbeitgeberbescheinigung

Als freiwillig GKV-Versicherter oder PKV-Versicherter erhalten Sie unter Umständen einen Zuschuss Ihres Arbeitgebers zum Beitrag. Dafür stellen wir Ihnen eine Bescheinigung (nach § 257 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – SGB V) aus. Diese erhalten Sie für alle berücksichtigungsfähigen Tarife jeweils am Jahresende bzw. sobald sich Ihre Beitragshöhe ändert.



HINWEIS

Legen Sie Bescheinigungen möglichst schnell Ihrer bisherigen gesetzlichen Krankenkasse und/oder Ihrem privaten Krankenversicherer vor.

Bescheinigung über meine Anschlussversicherung

Bei einem Wechsel der Krankenversicherung besteht eine Nachweispflicht: Die neue Versicherung erstellt mit der Police eine Bestätigung, die der Versicherungsnehmer der alten Versicherung vorlegen muss. Eine Kündigung beim Vorversicherer ist erst wirksam, wenn die neue Versicherung den Nachweis innerhalb der Frist nach § 205 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) erhält.

Vorversicherungsbescheinigung

Mit der Vorversicherungsbescheinigung weisen Sie der neuen Versicherung nach, dass Sie die vorherige Krankenversicherung beendet haben. Je nach Versicherungstarif können wir Ihnen damit die Wartezeiten – bei einem unterbrechungsfreien Wechsel – erlassen.



Übertragungswertbescheinigung

Der Übertragungswert ist der Teil der Alterungsrückstellung, den Sie bei einem Wechsel zwischen privaten Krankenversicherungen "mitnehmen". Meist werden die Übertragungswerte einige Zeit nach dem Kündigungstermin automatisch unter den Unternehmen abgerechnet. Darüber erhalten Sie als Versicherter anschließend eine Bestätigung Ihres neuen Versicherers.

Bescheinigung über Vorsorgeaufwendungen

Die Bescheinigung der Vorsorgeaufwendungen für die Krankenversicherung dient dem Arbeitgeber nach § 10 Abs. 1 Nr. 3 Einkommensteuergesetz (EStG) zur Berücksichtigung im Lohnsteuerabzugsverfahren. Diese ist für die Berechnung der Lohnsteuer, die der Arbeitgeber an das Finanzamt abführen muss, bestimmt. Die Vorsorgebescheinigung stellt der Versicherer im Hinblick auf den abzugsfähigen Vorsorgeanteil aus, wenn sich der Beitrag ändert oder ein neuer Vertrag abgeschlossen wurde. Außerdem erstellt der Versicherer jedes Jahr im Februar eine Information über die gezahlten Beiträge und das Cash-Back (siehe nächsten Punkt) des Vorjahres für den Versicherungsnehmer. Diese bestätigt die an die Deutsche Rentenversicherung Bund (hier als Dienstleister der Finanzbehörden tätig) nach § 10 Abs. 2b EStG gemeldeten Daten. So können Vorsorgeaufwendungen bei der Steuererklärung zur Reduzierung der steuerlichen Belastung berücksichtigt werden.

CASH-BACK – WIE FUNKTIONIERT DAS?

Sind Ihnen geringe Krankheitskosten entstanden und Sie haben diese selbst beglichen? Dann könnten Sie in den Genuss von Cash-Back kommen, also einer Beitragsrückerstattung (BRE). Schon seit Jahren würdigen wir das kostenbewusste Verhalten unserer Mitglieder und zahlen eine attraktive BRE. Jährlich legt die Mitgliederversammlung die berücksichtigungsfähigen Tarife sowie die jeweilige Höhe fest. Die Teilnahmevoraussetzungen zur BRE sind in den jeweiligen Tarifbedingungen geregelt.

Folgende Kriterien müssen dafür erfüllt sein:

- ✓ Die Versicherung nach einem berücksichtigungsfähigen Tarif bestand im abgelaufenen Kalenderjahr (1. Januar bis 31. Dezember) ununterbrochen vollbeitragspflichtig.
- ✓ Für das abgelaufene Kalenderjahr haben wir keine Leistungen* ausgezahlt.
- ✓ Die für das abgelaufene Kalenderjahr fälligen Beiträge wurden bis spätestens 15. Januar des Folgejahres bezahlt.
- ✓ Die Versicherung bestand vollbeitragspflichtig bis zum 30. Juni des Folgejahres nach berücksichtigungsfähigen Tarifen fort.

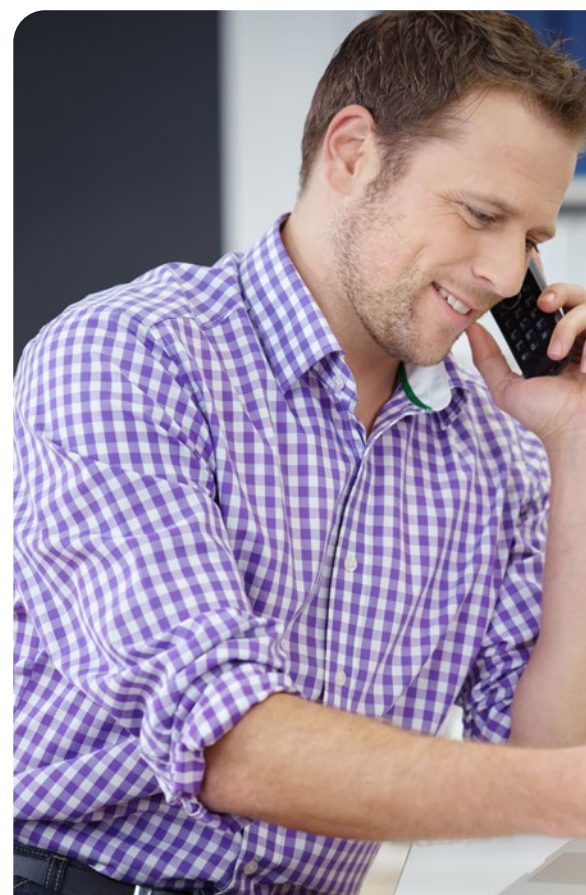
* Einen Beihilfeanspruch können Sie unabhängig davon sofort geltend machen.

BEISPIEL

Wenn Sie für Behandlungen z. B. im Kalenderjahr 2023 (1. Januar bis 31. Dezember) keine Rechnungen bei uns eingereicht haben, Ihr Beitragskonto bis zum 15. Januar 2024 ausgeglichen war und Ihr Vertrag bis zum 30. Juni 2024 bestand, dann sind die Teilnahmevoraussetzungen zum Cash-Back gegeben.

Sammeln Sie Ihre Belege und prüfen Sie einfach am Ende eines Kalenderjahres, ob die BRE für Sie günstiger ist. Der Auszahlungstermin liegt im September des Folgejahres.

Weitere Informationen finden Sie unter debeka.de/cash-back sowie in Ihrem jeweiligen Tarif. Bei Fragen schreiben Sie uns oder rufen Sie uns an – wir helfen Ihnen gerne!



KRANKENZUSATZVERSICHERUNG

Eine Krankenzusatzversicherung haben Sie, wenn Sie als Mitglied der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bestimmte Leistungen zusätzlich bei uns absichern.

GKV-VORLEISTUNGS-VERMERK

Bevor Sie uns einen Leistungsauftrag zusenden, lassen Sie sich bitte immer erst von Ihrer Krankenkasse auf den Rechnungen bescheinigen, ob und ggf. welche Kosten diese bereits übernommen hat. Anschließend reichen Sie die Unterlagen bei uns ein.

BKK



Kurze Wege für BKK-Mitglieder

Sind Sie Mitglied der Debeka BKK? Dann nutzen Sie den Leistungs-/Prüfantrag der BKK. Damit können Sie der Debeka BKK den Auftrag zur Weiterleitung an uns erteilen:

www.debeka-bkk.de

BEIM ZAHNARZT

Sie haben eine private Zahnzusatzversicherung mit uns vereinbart? Diese ergänzt die Leistungen Ihrer gesetzlichen Krankenversicherung und schützt Sie vor hohen Eigenanteilen. Wichtig ist, dass auf den eingereichten Belegen die Leistungsbeteiligung Ihrer gesetzlichen Krankenkasse eindeutig erkennbar ist.

IM KRANKHEITSFALL

Ambulante Behandlung

Sie haben eine Zusatzversicherung für ambulante Behandlungen bei uns abgeschlossen? Diese kann z. B. Leistungen für Heil- und Hilfsmittel, Medikamente sowie für Heilpraktiker und Ärzte mit dem Zusatz "Naturheilverfahren" enthalten. Damit wir diese erstatten können, senden Sie uns auch hierzu bitte einen Leistungsauftrag.

Krankentagegeld

Im Krankheitsfall lassen sich mit einer solchen Versicherung mögliche Einkommensausfälle ausgleichen. Wichtig ist allerdings, dass Sie uns so schnell wie möglich informieren, falls Sie mehr als sechs Wochen lang arbeitsunfähig sein sollten.

IM KRANKENHAUS

Krankenhaustagegelder

Bei vollstationärer Krankenhausbehandlung fallen zahlreiche zusätzliche Kosten an (z. B. die gesetzliche Zuzahlung für jeden Tag des Krankenhausaufenthalts, Telefon, Fernseher oder auch Fahrtkosten der Angehörigen). Diese Aufwendungen können Sie mit einer Zusatzversicherung für Krankenhaustagegelder ausgleichen.

Kommt es zu einem Krankenhausaufenthalt, achten Sie bitte darauf, dass die Bescheinigung folgende Informationen enthält:

- ✔ Zeitraum (Beginn und Ende) der Krankenhausbehandlung
- ✔ Name des Krankenhauses
- ✔ Aufenthaltsgrund (Diagnose)

Erstattung von Wahlleistungen

Sie haben sich für eine Zusatzversicherung für Wahlleistungen im Krankenhaus entschieden (z. B. mit dem Tarif WKplus)? Bei medizinisch notwendiger stationärer Krankenhausbehandlung erstatten wir Ihnen dann die Aufwendungen für Chefarztbehandlungen oder die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer tarifgemäß. Bitte reichen Sie uns neben den Rechnungen der Chefarzte und denen für Zimmerzuschläge auch immer die Wahlleistungsvereinbarung ein.

Sie möchten keine Wahlleistungen in Anspruch nehmen? Dann zahlen wir Ihnen ein Ersatzkrankenhaustagegeld. Bitte senden Sie uns dazu die Bescheinigung des Krankenhauses mit Angabe der Diagnose.



Wir helfen Ihnen dabei, in allen Bereichen die für Sie bedarfsgerechten Lösungen zu finden:

- ✓ Gesundheit absichern
- ✓ Lebensstandard sichern
- ✓ Vermögen und Zuhause schützen
- ✓ Mobilität und Reisen
- ✓ Finanzieren der eigenen vier Wände
- ✓ Vermögen bilden
- ✓ Bezüge-/Gehaltskonto (ein Produkt der BBBank)
- ✓ Firmenschutz für Unternehmen und Selbstständige



Mit mehr als 16.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern an bundesweit 4.500 Orten sind wir auch in Ihrer Nähe erreichbar!



Ihr/e Debeka-Ansprechpartner/in

Debeka
Krankenversicherungsverein a. G.

Lebensversicherungsverein a. G.
Allgemeine Versicherung AG
Pensionskasse AG
Bausparkasse AG

56058 Koblenz
Telefon 0800 8 88008200
www.debeka.de