



PKV-Tarifprofil.de

VORLAGE + PRÜFFRAGEN

PKV-Angebot prüfen

Steckbrief-Vorlage mit 40 Feldern, Kostenrechnung und Prüffragen:
So legen Sie Ihr Angebot neben die Tarifbedingungen – Feld für Feld,
ohne Fachchinesisch.

Auf einen Blick

Die 5 wichtigsten Punkte

- Maßgeblich ist **allein der Tarifdruck** mit Stand und Druckstück-Nummer – nicht der Werbeprospekt und nicht die Kurzübersicht.
- Prüfen Sie zuerst **die eine Leistung, die Ihnen am wichtigsten ist** (zum Beispiel Zahn, Psychotherapie oder Chefarzt), dann den Rest.
- Rechnen Sie mit dem **Effektivbeitrag**: Ihr Monatsanteil plus Selbstbehalt geteilt durch 12. Zum Selbstbehalt gibt es keinen Arbeitgeberzuschuss.
- Fragen Sie nach **Tarifstatus und Beitragsentwicklung** – und lassen Sie sich die Antworten schriftlich geben.
- Ratings bewerten **Versicherer, nicht Tarife**. Erst den Tarif prüfen, dann das Unternehmen einordnen.

Diese Vorlage folgt demselben Schema wie die Tarif-Steckbriefe auf pkv-tarifprofil.de: 40 Felder in fünf Gruppen, jedes Feld mit einer neutralen Kennzeichnung. Drucken Sie die Seiten aus, legen Sie Ihr Angebot und die Tarifbedingungen daneben und tragen Sie ein, was dort steht. Wo Sie nichts finden, schreiben Sie „nicht belegt“ – genau diese Punkte fragen Sie anschließend beim Versicherer nach.

Die vier Kennzeichnungen

- **enthalten** – laut Wortlaut versichert, ohne nennenswerte Begrenzung
- **begrenzt** – versichert, aber mit Prozentsatz unter 100 %, Euro-Grenze, Sitzungs- oder Zeitgrenze, abschließender Liste oder Zusagepflicht
- **nicht enthalten** – laut Wortlaut ausgeschlossen oder nur über einen Zusatztarif
- **nicht belegt** – im Tarifdruck nicht gefunden oder Dokument liegt nicht vor

Die Kennzeichnung beschreibt den Wortlaut. Sie ist keine Note: „begrenzt“ kann genau der Grund sein, warum ein Tarif günstiger ist.

1. So lesen Sie ein PKV-Angebot

Ein Angebot besteht meist aus einer Beitragsübersicht, dem Produktinformationsblatt (IPID) und den Versicherungsbedingungen – Teil I (Musterbedingungen MB/KK 2009), Teil II (Tarifbedingungen des Versicherers) und Teil III (der Tarif mit Prozentsätzen und Höchstbeträgen). Diese acht Stellen sollten Sie finden, bevor Sie irgendetwas vergleichen:

Stelle im Angebot	Worauf Sie achten sollten
1 Versicherer und Tarifname	Rechtlicher Name des Versicherers und genaue Tarifikürzel. Sie brauchen beides, um den richtigen Tarifdruck zu finden.
2 Tarifbausteine	Viele Angebote setzen sich aus mehreren Tarifen zusammen: ambulant, stationär, Zahn, Krankentagegeld, Pflegepflicht. Notieren Sie jeden Baustein einzeln.
3 Beitrag je Baustein	Prüfen Sie, ob der gesetzliche Zuschlag von 10 % und die Pflegepflichtversicherung enthalten sind. Der Zuschlag ist vom Jahr nach dem 21. bis zum Jahr des 60. Geburtstags Pflicht (§ 149 VAG).
4 Selbstbehalt	Fester Jahresbetrag, Prozentsatz mit Kappung oder Betrag je Leistung? Gilt er ambulant und stationär? Höchstens 5.000 € im Jahr sind für die Versicherungspflicht zulässig (§ 193 Abs. 3 VVG).
5 Beitragsrückerstattung	Erfolgsabhängig (der Versicherer entscheidet jährlich) oder im Tarif fest zugesagt? Welche Leistungen sind „unschädlich“, etwa Vorsorge?
6 Krankentagegeld	Ab welchem Tag, in welcher Höhe? Angestellte erhalten in den ersten sechs Wochen in der Regel Entgeltfortzahlung.
7 Zuschläge und Ausschlüsse	Steht im Angebot ein Risikozuschlag oder Leistungsausschluss? Dann beruht es bereits auf Gesundheitsangaben – lassen Sie sich die Begründung schriftlich geben.
8 Stand der Bedingungen	Druckstück-Nummer und Stand, zum Beispiel „PM 253u – 06.26“. Stimmt der Stand mit dem Tarifdruck überein, den Sie lesen?

Angebot ist nicht Antrag

Ein Angebot ist unverbindlich. Verbindlich wird es erst mit dem Antrag, in dem Sie Gesundheitsfragen beantworten. Diese Fragen müssen Sie vollständig und wahrheitsgemäß beantworten (vorvertragliche Anzeigepflicht, § 19 VVG). Unsere Vorlage enthält bewusst keine Gesundheitsfragen – tragen Sie hier keine Diagnosen ein.

2. Steckbrief-Vorlage: Stammdaten und ambulant

Tragen Sie in die mittlere Spalte den Wortlaut oder Wert aus Ihrem Tarif ein und kreuzen Sie rechts die Kennzeichnung an: E = enthalten, B = begrenzt, N = nicht enthalten, ? = nicht belegt.

Nr. · Feld	Wert laut Tarifdruck · Fundstelle	E · B · N · ?
A. Stammdaten		
1 · Tarifbezeichnung und Kürzel		–
2 · Versicherer (rechtlicher Name)		–
3 · Status: offen für Neukunden?		☐ ☐ ☐ ☐
4 · Generation (Unisex, Tariflinie)		–
5 · Zielgruppe (für wen versicherbar)		–
6 · Bedingungswerk (Teil I/II/III)		–
7 · Link oder Quelle des Tarifdrucks		–
8 · Stand und Druckstück-Nummer		–
B. Ambulant		
9 · Erstattung Arzt ambulant (%)		☐ ☐ ☐ ☐
10 · Primärarztprinzip? Kürzung ohne Überweisung?		☐ ☐ ☐ ☐
11 · GOÄ: bis oder über Höchstsatz?		☐ ☐ ☐ ☐
12 · Arzneimittel (Generika-Regel?)		☐ ☐ ☐ ☐
13 · Heilmittel (Verzeichnis, Höchstsätze?)		☐ ☐ ☐ ☐
14 · Hilfsmittel: offene oder abschließende Liste?		☐ ☐ ☐ ☐
15 · Sehhilfen (€ je Zeitraum), LASIK		☐ ☐ ☐ ☐
16 · Psychotherapie ambulant (% , Sitzungen, Zusage)		☐ ☐ ☐ ☐
17 · Heilpraktiker (% , €-Grenze)		☐ ☐ ☐ ☐
18 · Vorsorge (nur gesetzliche Programme?)		☐ ☐ ☐ ☐
19 · Impfungen (STIKO, Reiseimpfungen)		☐ ☐ ☐ ☐

3. Steckbrief-Vorlage: stationär, Zahn, Vertrag

Nr. · Feld	Wert laut Tarifdruck · Fundstelle	E · B · N · ?
C. Stationär		
20 · Unterkunft (Mehr-, Zwei-, Einbettzimmer)		☐ ☐ ☐ ☐
21 · Chefarzt/Wahlarzt (Gebührenrahmen)		☐ ☐ ☐ ☐
22 · Privatklinik (Begrenzung?)		☐ ☐ ☐ ☐
23 · Ersatz-Krankenhaustagegeld (€ je Tag)		☐ ☐ ☐ ☐
24 · Psychotherapie stationär (Zusage?)		☐ ☐ ☐ ☐
25 · Rooming-in (Altersgrenze Kind)		☐ ☐ ☐ ☐
D. Zahn		
26 · Zahnbehandlung (%)		☐ ☐ ☐ ☐
27 · Zahnersatz inkl. Implantate, Inlays (%)		☐ ☐ ☐ ☐
28 · Kieferorthopädie (Kinder/Erwachsene)		☐ ☐ ☐ ☐
29 · Zahnstaffel (Höchstbeträge in den ersten Jahren, danach?)		☐ ☐ ☐ ☐
30 · Prophylaxe/PZR (% , wie oft)		☐ ☐ ☐ ☐
E. Kosten, Vertrag, Extras		
31 · Selbstbehalt (Stufen, ambulant/stationär)		☐ ☐ ☐ ☐
32 · Beitragsrückerstattung (erfolgsabhängig/zugesagt)		☐ ☐ ☐ ☐
33 · Wartezeiten (Verzicht?)		☐ ☐ ☐ ☐
34 · Ausland (Europa, außereuropäisch wie lange?)		☐ ☐ ☐ ☐
35 · Wechsel- und Optionsrechte ohne Gesundheitsprüfung		☐ ☐ ☐ ☐
36 · Kur und Reha		☐ ☐ ☐ ☐
37 · Haushaltshilfe, Kinderbetreuung		☐ ☐ ☐ ☐
38 · Monatsbeitrag laut Angebot		–
39 · Besonderheiten (z. B. Gesundheitsbonus)		–
40 · Datum Ihrer Prüfung, offene Fragen		–

4. Kosten richtig rechnen

Der Monatsbeitrag im Angebot ist nur die halbe Wahrheit. Drei Rechenschritte machen Angebote vergleichbar:

Schritt 1: Ihr Anteil nach Arbeitgeberzuschuss

Als Angestellte oder Angestellter erhalten Sie die Hälfte des Beitrags als Zuschuss, höchstens den gesetzlichen Höchstbetrag. 2026 sind das bis zu 508,59 € für die Krankenversicherung und bis zu 104,63 € für die Pflegepflichtversicherung, zusammen 613,22 € im Monat. Selbstständige erhalten keinen Zuschuss.

Schritt 2: Effektivbeitrag mit Selbstbehalt

Effektivbeitrag = Ihr Monatsanteil + Selbstbehalt ÷ 12. So sehen Sie, was Sie in einem Jahr mit Arztbesuchen höchstens tragen. Zum Selbstbehalt zahlt der Arbeitgeber nichts dazu.

Schritt 3: Zuschlag und Alter beachten

Der gesetzliche Zuschlag von 10 % ist bis zum Jahr Ihres 60. Geburtstags im Beitrag enthalten und entfällt ab dem 61. Lebensjahr; er wird ab 65 zur Beitragsdämpfung verwendet (§ 150 VAG). Im Beitrag von 110 € stecken also 10 € Zuschlag.

Beispiel (eigene Berechnung)	Ihr Anteil	Effektivbeitrag	Zuschlag im Beitrag
Angestellt, 35 J., 2026: KV 600 €, Pflege 45 €, Selbstbehalt 600 €	322,50 €	372,50 €	54,55 €
Selbstständig, 45 J., 2026: KV 750 €, Pflege 50 €, Selbstbehalt 1.200 €	800,00 €	900,00 €	68,18 €
Angestellt, 52 J., 2027*: KV 1.200 €, Pflege 90 €, ohne Selbstbehalt	687,19 €	687,19 €	109,09 €

* 2027 mit den erwarteten Höchstbeträgen von 557,81 € (KV) und 109,35 € (PV) gerechnet; die endgültigen Werte stehen erst nach Verabschiedung der Rechengrößen fest. Rechenbeispiele sind unverbindliche Orientierungswerte; Steuerwirkungen sind nicht berücksichtigt.

Zur Einordnung

Stiftung Warentest fand 2025 für 35-jährige Angestellte und Selbstständige Monatsbeiträge von 649 bis 1.137 € (Finanztest 3/2025, Modellkunde 35 Jahre). Das ist ein Testkorridor für ein Modellprofil, kein Maßstab für Ihr Angebot.

Mit Ihren eigenen Zahlen rechnet der Angebots-Prüfer auf pkv-tarifprofil.de/angebot-pruefen/ – ohne Anmeldung.

5. Die Prüffragen

Fünf Fragen zu jedem Angebot

- ☐ Welche Tarifbedingungen (Tarifdruck mit Stand) gelten genau – und erhalte ich sie vor Antragstellung?
- ☐ Ist der Tarif für Neukunden offen, und wie haben sich seine Beiträge in den letzten fünf Jahren entwickelt?
- ☐ Wie verändert sich mein Selbstbehalt bei einer Beitragsanpassung?
- ☐ Ist die Beitragsrückerstattung erfolgsabhängig oder vertraglich zugesagt – und wie hoch war sie zuletzt?
- ☐ Kann ich später ohne Gesundheitsprüfung in einen höherwertigen Tarif wechseln – wann und wie oft?

Wenn Ihnen Zahnleistungen wichtig sind

- ☐ Wie hoch ist die Erstattung für Zahnersatz und Implantate – gilt sie auch für Laborkosten?
- ☐ Welche Höchstbeträge gelten in den ersten Jahren (Zahnstaffel), und entfallen sie bei Unfällen?
- ☐ Gibt es nach den ersten Jahren eine dauerhafte Jahresgrenze für Zahnersatz?

Wenn Ihnen Psychotherapie wichtig ist

- ☐ Wie viele Sitzungen werden je Jahr oder je Versicherungsfall erstattet – zu welchem Prozentsatz?
- ☐ Brauche ich vor Beginn eine schriftliche Zusage?
- ☐ Welche Therapeutinnen und Therapeuten sind zugelassen?

Wenn Ihnen Chefarzt und Einbettzimmer wichtig sind

- ☐ Ist das Einbettzimmer versichert oder nur das Zweibettzimmer?
- ☐ Erstattet der Tarif Wahlarzt-Rechnungen auch über dem 3,5-fachen GOÄ-Satz?
- ☐ Wie hoch ist die Erstattung in einer Privatklinik ohne Kassenzulassung?

Wenn Sie oft im Ausland sind

- ☐ Wie lange gilt der Schutz außerhalb Europas ohne besondere Vereinbarung?
- ☐ Werden Rücktransport und Überführung erstattet – bis zu welcher Höhe?
- ☐ Sind Reiseimpfungen enthalten?

6. Typische Stellen in den Bedingungen – neutral erklärt

Die folgenden Regelungen sind weder gut noch schlecht. Sie erklären oft den Unterschied im Beitrag. Wichtig ist, dass Sie sie kennen, bevor Sie unterschreiben.

Regelung	Woran Sie sie erkennen	Ihre Frage
Primärarztprinzip	„100 % bei Behandlung durch den Primärarzt, sonst ...“	Welche Ärzte gelten als Primärarzt? Wie hoch ist die Kürzung?
GOÄ-Höchstsatz	„im Rahmen der Höchstsätze“ oder „auch darüber hinaus“	Werden Honorarvereinbarungen erstattet?
Zahnstaffel	Rechnungshöchstbeträge je Kalender- oder Versicherungsjahr	Wie lange gilt sie, gibt es danach eine Jahresgrenze?
Abschließende Hilfsmittelliste	Aufzählung ohne „zum Beispiel“	Was gilt für Hilfsmittel, die nicht in der Liste stehen?
Zusagepflicht	„nach vorheriger schriftlicher Zusage“	Wie schnell entscheidet der Versicherer?
Selbstbehalt je Leistung	„... € je medizinischer Leistung“	Gibt es eine Jahreshöchstgrenze?
Beitragsrückerstattung	„erfolgsabhängig nach Satzung“ oder fester Satz	Welche Leistungen sind unschädlich?
Auslandsschutz begrenzt	„außereuropäisch bis ... Monate“	Was gilt bei längeren Reisen oder Entsendung?
Wartezeiten	„allgemeine Wartezeit drei Monate, besondere acht Monate“ (§ 197 VVG)	Werden Wartezeiten bei Vorversicherung erlassen?
Geschlossener Tarif	Tarif steht nicht mehr im Neukundenangebot	Ist mir ein offener Tarif angeboten worden?

7. Versicherer einordnen – Ratings richtig lesen

Erst wenn der Tarif passt, lohnt der Blick auf den Versicherer. Drei Arten von Kennzahlen sind öffentlich:

- **Vollversicherte:** Größe im Kerngeschäft (Geschäftsbericht). Größe ist ein Kriterium, keine Qualitätsnote.
- **BaFin-Beschwerdestatistik:** Beschwerden je versicherte Personen. Die BaFin trifft keine Aussage darüber, ob Beschwerden begründet sind; der Bestand enthält auch Zusatzversicherte.
- **Ratings:** Morgen & Morgen, Franke und Bornberg (map-report) und andere bewerten die Finanzkraft der Unternehmen – nicht Ihren Tarif.

- ☐ Wer hat bewertet – Unternehmen, Tarif oder Kundenbefragung?
- ☐ Aus welchem Jahr stammt das Ergebnis, welche Bilanzjahre liegen zugrunde?
- ☐ Wie viele Unternehmen wurden bewertet, und wie viele erhielten die Bestnote?
- ☐ Bezieht sich eine Auszeichnung auf genau den Tarif, den Sie angeboten bekommen?

Die Kennzahlen von 27 Versicherern mit Quelle und Stand finden Sie unter pkv-tarifprofil.de/versicherer/.

Ihre offenen Fragen an den Versicherer

Tragen Sie hier alle Felder mit „?“ ein und schicken Sie die Fragen per E-Mail. Eine schriftliche Antwort ist später mehr wert als eine mündliche Zusage.

Frage	gestellt am	Antwort (schriftlich?)

Bevor Sie kündigen

Kündigen Sie eine bestehende Krankenversicherung erst, wenn der neue Vertrag schriftlich angenommen ist. Wer schon privat versichert ist und nur den Beitrag senken möchte, sollte zuerst einen Tarifwechsel beim eigenen Versicherer nach § 204 VVG prüfen.

8. Zwei Angebote nebeneinander

Punkt	Angebot A	Angebot B
Versicherer und Tarif		
Status (offen/geschlossen)		
Monatsbeitrag gesamt		
Ihr Anteil nach Zuschuss		
Selbstbehalt im Jahr		
Effektivbeitrag		
Ihr wichtigstes Feld		
Felder „begrenzt“		
Felder „nicht belegt“		
Optionsrecht ohne Gesundheitsprüfung		
Stand der Bedingungen		

Zweitmeinung zu Ihrem Angebot

Auf Wunsch geht ein spezialisierter Experte aus unserem Partnernetzwerk (Versicherungsmakler mit Erlaubnis nach § 34d Abs. 1 GewO) Ihre ausgefüllte Vorlage mit Ihnen durch – kostenlos und unverbindlich, ohne Gesundheitsangaben. Debeka-Angebote ordnen wir ein, vermitteln sie aber nicht, weil die Debeka nicht über Makler vertreibt. Anfrage: pkv-tarifprofil.de/angebot-pruefen/