

APKV: FAQ ZU CORONAVIRUS

7/2021

UPDATE VOM 08.04.2021, 17:00 UHR



Inhaltsverzeichnis

Disclaimer	2
Gesundheitsprüfung und Annahmepolitik	2
Kurzarbeit und Versicherungsstatus	4
Stundung der Beiträge, Mahnverfahren und Kündigung	8
Leistung und Gesundheitsservices	12
Corona-Impfung: Die wichtigsten Fragen und Antworten	19
Beitragsanpassung	25
Vorgehen bei Coronavirus-bedingten Auswirkungen	26
Finanzielle Auswirkungen auf die Vermittlervergütung	27
Kundenkommunikation	29

Disclaimer

Die Informationslage in der Corona-Krise entwickelt sich sehr dynamisch. Diese Regelungen der Allianz Privaten Krankenversicherung (APKV) werden fortlaufend überprüft. Bitte verfolgen Sie daher die fortlaufenden Aktualisierungen.

Alle Änderungen im Vergleich zur letzten Fassung sind in roter Schrift hinterlegt.

Gesundheitsprüfung und Annahmepolitik

1. Können Kunden, die sich in einer (vorsorglichen) Quarantäne befinden oder befunden haben, versichert werden?

Kunden, die sich in laufender Behandlung befinden oder denen eine Behandlung angeraten ist, sind grundsätzlich nicht versicherbar (NV), bis diese Behandlung abgeschlossen ist. Im aktuellen Umfeld bewertet die APKV eine angeordnete Quarantäne wegen einer Corona-Erkrankung oder einem entsprechenden Verdacht wie eine laufende Behandlung – der Kunde ist dann NV. Nach Ende der Quarantäne ist eine Versicherung grundsätzlich möglich.

2. Werden Kunden nach überstandener Infektion angenommen? Falls ja, welche Zeiträume werden dabei betrachtet?

Kunden werden nach überstandener Infektion grundsätzlich angenommen. Es gelten die normalen Abfragezeiträume in den Anträgen der APKV.

Ist die Behandlung oder angeordnete Quarantäne beendet und der Kunde (wieder) gesund, unterscheidet man zwei Fälle:

- Hatte der Kunde einen Krankheitsverlauf ohne Komplikationen? Dann ist er ab dem ersten Tag nach Abschluss der Behandlung ohne Erschwernisse (OE) versicherbar.
- Hatte der Kunde einen Krankheitsverlauf mit Komplikationen? Dann ist er weitere sechs Monate nach Abschluss der Behandlung NV und danach OE versicherbar.

Während die Mehrheit aller Corona-Infektionen nur mit milden Symptomen einhergeht, kennzeichnen eine Lungenentzündung oder eine Überreaktion des Immunsystems (eine Sepsis) einen schweren Verlauf mit Komplikationen. Diese Verläufe erfordern in aller Regel eine stationäre Behandlung, ggf. mit nachfolgender Quarantäne.

3. Was ist bei der Gesundheitsprüfung und den Gesundheitsangaben zu beachten? Sind besondere Angaben zu machen?

[Aktualisierung am 15.01.2021]

Die Gesundheitsprüfung ist unverändert und es sind keine besonderen Angaben zu machen. Insbesondere sind Angaben zu Aufenthalten in Risikogebieten unerheblich.

Bei unserer Gesundheitsprüfung fragen wir insgesamt nach dem Gesundheitszustand der zu versichernden Person, das heißt nach wiederkehrenden Beschwerden sowie nach Erkrankungen und Behandlungen. Hierunter fällt auch ein Arzt-Patientenkontakt aufgrund einer Corona-Infek-

tion oder eines positiven Coronatests. Bei unserer Gesundheitsprüfung fragen wir aber nicht gesondert nach Covid-19 oder einem Coronatest. Allein die Angabe bei der Gesundheitsprüfung, dass Neukunden eine Infektion mit dem Corona-Virus durchgemacht haben, führt nicht zu Einschränkungen, sowohl in der Voll- als auch in der Zusatzversicherung. Das Krankheitsspektrum bei einer Corona-Infektion ist sehr breit – es reicht von nahezu symptomfreien Verläufen bis hin zu schweren Fällen mit chronischen Folgeerkrankungen. Entsprechend differenziert gehen wir bei unserer Risikoprüfung vor.

Unsere Bestandskunden können sicher sein, alle Leistungen wie gewohnt im jeweils tariflichen Umfang erstattet zu bekommen. Auch bei oder nach einer Erkrankung am Coronavirus.

4. Hat sich grundsätzlich etwas hinsichtlich der Annahmerichtlinien über die verschiedenen Produktgattungen geändert (Voll-, Zusatz-, Pflegeversicherung, Optionstarife...)?

Nein, hier gibt es keine grundsätzlichen Veränderungen.

Kurzarbeit und Versicherungsstatus

1. Was bedeutet Kurzarbeit?

[Aktualisierung am 18.12.2020]

Die Kurzarbeit ist in §§ 3 Abs. III Nr. 5, 95 ff SGB III definiert.

Kurzarbeit bedeutet, dass die betriebsübliche Arbeitszeit vorübergehend gesenkt wird und gleichzeitig das Entgelt reduziert wird. Auch eine „Reduzierung auf Null“ ist möglich. Damit ist ein vollständiger Arbeitsausfall und Entgeltausfall gemeint. Anschließend soll wieder zum ursprünglichen Arbeitsumfang und Arbeitsentgelt zurückgekehrt werden.

- Sinn und Zweck der Kurzarbeit ist eine vorübergehende Reduzierung von Personalkosten und damit die Verhinderung betriebsbedingter Kündigungen.
- Der Arbeitnehmer ist zwar im vereinbarten Umfang von der Arbeitsleistung befreit, aber er verliert auch seinen Vergütungsanspruch gegen seinen Arbeitgeber.

Das Arbeitsverhältnis besteht während des Bezuges von Kurzarbeitergeld fort. Dennoch ist das Kurzarbeitergeld kein Arbeitsentgelt. Es ist eine staatliche Leistung zur Arbeitsförderung, vgl. §§ 3 Abs. III Nr. 5, 95 ff SGB III. Dies zeigt sich auch darin, dass sich der Anspruch nicht gegen den Arbeitgeber, sondern gegen die Agentur für Arbeit richtet. Das Kurzarbeitergeld dient dem Ersatz des Lohnausfalls infolge der Kurzarbeit.

Kurzarbeitergeld wird grundsätzlich für 12 Monate ausgezahlt, vgl. § 104 SGB III. Aufgrund der Corona-Pandemie wurde die Bezugsdauer jedoch verlängert. Das bedeutet folgendes:

- **Bis Ende des Jahres 2020 gilt:** Hat ein Unternehmen bis 31.12.2019 Kurzarbeit eingeführt und bei der Arbeitsagentur angezeigt, kann Kurzarbeitergeld bis zu 21 Monate, längstens bis 31.12.2020, bezogen werden.
- **Für das Jahr 2021 gilt:** Hat ein Unternehmen bis 31.12.2020 Kurzarbeit eingeführt und bei der Arbeitsagentur angezeigt, kann Kurzarbeitergeld bis zu 24 Monate, längstens bis 31.12.2021, bezogen werden.

Aktuell gelten folgende erleichterte Voraussetzungen für Kurzarbeitergeld:

- Kurzarbeitergeld ist für jeden Betrieb möglich. Auch Beschäftigte in Zeitarbeit können es beziehen.
- Wenn mindestens 10 % der Beschäftigten vom Arbeitsausfall betroffen sind, kann der Betrieb bei der Agentur für Arbeit für die Beschäftigten Kurzarbeit beantragen. Sonst (d. h. in Zeiten, wo keine Ausnahmeregelungen wegen Corona greifen) muss mindestens ein Drittel der Beschäftigten betroffen sein.
- Das Kurzarbeitergeld beträgt 60 % des fehlenden Nettoentgelts. Für Eltern mit Kindern beträgt es 67 %.
- Beiträge für die Sozialversicherungen werden bei Kurzarbeit von der Bundesagentur für Arbeit vollständig erstattet.
- Beschäftigte müssen keine Minusstunden aufbauen, bevor Kurzarbeitergeld gezahlt werden kann.

- Wenn Arbeitnehmerinnen oder Arbeitnehmer in Kurzarbeit mit 50 % oder weniger ihrer bisherigen Stundenzahl arbeiten, wird das Kurzarbeitergeld ab dem vierten Bezugsmonat - gerechnet ab März 2020 auf 70 % – bzw. 77 % für Haushalte mit Kindern – angehoben.
- Ab dem siebten Monat Kurzarbeit steigt das Kurzarbeitergeld auf 80 % – bzw. 87 % für Haushalte mit Kindern – des entfallenen Nettoentgelts.

Mit dem sog. „Gesetz zur Beschäftigungssicherung infolge der COVID-19-Pandemie“, kurz Beschäftigungssicherungsgesetz (BeschSiG) vom 03.12.2020 werden diese erleichterten Regelungen zur Kurzarbeit bis Ende des Jahres 2021 verlängert. Das BeschSiG tritt zum 01.01.2021 in Kraft.

Elternzeit und Elterngeld

- Im Rahmen der **Berechnung des Elterngeldes** wird bei der Ermittlung des Einkommens – auf Antrag – die Zeit vom 01.03. -31.12.2020 nicht berücksichtigt, sofern die berechnete Person aufgrund der Corona-Pandemie ein geringeres Einkommen hatte.
 - Eltern, die in systemrelevanten Branchen und Berufen arbeiten, sollen ihre **Elterngeldmonate** verschieben können. Sie können diese **auch nach dem 14. Lebensmonat ihres Kindes nehmen**, wenn die Situation gemeistert ist, spätestens zum Juni 2021. Die später genommenen Monate verringern bei einem weiteren Kind nicht die Höhe des Elterngeldes.
 - Der **Partnerschaftsbonus**, der die parallele Teilzeit der Eltern fördert, soll nicht entfallen oder zurückgezahlt werden müssen, wenn Eltern aufgrund der Covid-19-Pandemie mehr oder weniger arbeiten als geplant. Dies ist eine zusätzliche Leistung, die Mütter und Väter bekommen, die gleichzeitig Teilzeit arbeiten, um sich die Kindererziehung zu teilen.
- 2. Hat eine Beschäftigung in Kurzarbeit Auswirkungen auf den Versicherungsstatus bzw. kann ein HKV-Versicherter ggf. in der GKV versicherungspflichtig werden?**

[Aktualisierung am 18.12.2020]

Eine Unterbrechung des entgeltlichen Beschäftigungsverhältnisses infolge einer Kurzarbeit hat keine Auswirkungen auf den krankenversicherungsrechtlichen Status. Wichtig ist allerdings noch, dass der Bezug des Kurzarbeitergeldes nur **vorübergehend** sein darf. Nur dann kann der Kunde in der PKV verbleiben. Anders formuliert: wenn die Jahresarbeitsentgeltgrenze nur vorübergehend unterschritten wird -wie hier durch Kurzarbeit-, dann hat dies keine Auswirkungen auf die Beurteilung der Krankenversicherungspflicht. Entscheidend ist also, wie lange der Bezug des Kurzarbeitergeldes aufgrund der Corona- Krise andauert bzw. andauern wird.

- 3. PKV-versicherter Arbeitnehmer arbeitet in Kurzarbeit und erhält Kurzarbeitergeld. Somit reduziert sich sein Bruttoarbeitsentgelt. Errechnet sich dann sein AG-Zuschuss vom niedrigeren Brutto?**

[Aktualisierung am 18.12.2020]

Nein, so pauschal kann man das nicht sagen. Zur Ermittlung des AG- Zuschusses muss man in mehreren Schritten vorgehen. Wichtig ist, dass man die verschiedenen Begrifflichkeiten genau trennt:

- **Istentgelt bzw. das tatsächlich erzielte Arbeitsentgelt** (oder auch „Kurzlohn“ genannt)

- **Sollentgelt** (Wichtig: Das Sollentgelt ist bei der Berechnung des AG-Zuschusses auf die Beitragsbemessungsgrenze in der Arbeitslosenversicherung begrenzt. Dies sind im Jahr 2021 7.100 Euro monatlich) und
- **Fiktivlohn oder fiktives Entgelt** (= 80 % des Unterschiedsbetrages zwischen Sollentgelt und Istentgelt)

Wichtig: Der AG-Zuschuss für das Istentgelt und das fiktive Entgelt wird getrennt ermittelt!

Ferner muss man beim AG- Zuschuss zwei verschiedene Zuschüsse unterscheiden:

- **AG- Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag und**
- **AG-Zuschuss zum Pflegeversicherungsbeitrag**

Ermittlung des AG- Zuschusses als solches. Diese erfolgt in 3 Schritten:

Schritt 1: Ermittlung der Bemessungsgrundlage für die Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge

Bemessungsgrundlage für die Berechnung der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge ist zunächst das Istentgelt:

- Die Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge im Zusammenhang mit Kurzarbeit sind in der üblichen Weise zu berechnen und grundsätzlich je zur Hälfte vom Arbeitgeber und vom Arbeitnehmer zu tragen. Dies gilt auch für den durchschnittlichen Zusatzbeitrag. Auch dieser ist hälftig zu tragen.
- Vom Arbeitnehmer ist darüber hinaus der Beitragszuschlag zur Pflegeversicherung für Mitglieder ohne Kinder zu zahlen. Dies sind 0,25 %.
Für die Beiträge, die auf den Entgeltausfall mit Anspruch auf Kurzarbeitergeld entfallen, ist ein fiktives Arbeitsentgelt anzusetzen.

Schritt 2: Berechnung der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge

Die maßgebende Bemessungsgrundlage, d.h. das relevante Arbeitsentgelt, wird durch Addition des Istentgelts und des Fiktivlohns ermittelt. Obergrenze für das Arbeitsentgelt ist allerdings die **Beitragsbemessungsgrenze in der KV und PV** (4.837,50 Euro in 2021). Somit ist der Fiktivlohn nicht voll anzusetzen, sondern nur zum Teil.

Wenn die Beitragsbemessungsgrenze überschritten wird, ist folgendes zu tun:

- Zuerst sind die Beiträge zur Krankenversicherung (KV) und Pflegeversicherung (PV) vom Istentgelt zu berechnen.
- Der auf 80 % reduzierte Unterschiedsbetrag zwischen dem Istentgelt und dem Soll- Entgelt, sprich der Fiktivlohn, ist nur noch insoweit für die Beitragsberechnung heranzuziehen, als die Beitragsbemessungsgrenze noch nicht durch das Istentgelt ausgeschöpft ist.

Von dem Fiktivlohn, der noch herangezogen wird, sind dann ebenfalls die Beiträge zur KV und PV zu berechnen

Schritt 3: Beitragslastverteilung zwischen AG und AN bei den Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen (Anteil des AN und AG-Zuschuss)

- **Istentgelt:** Die Beiträge zur KV und Pflegepflichtversicherung (PPV) sind je zur Hälfte vom AN und AG zu tragen.
- **Fiktivlohn:** AG muss Beitrag zur KV und PV in voller Höhe allein zahlen. Dies gilt auch für den durchschnittlichen Zusatzbeitrag.

Wichtig: Der AG- Zuschuss ist bei Bezug von Kurzarbeitergeld nicht auf die Hälfte des tatsächlich zu zahlenden Betrages zur KV und PPV begrenzt. Die Grenze liegt während der Kurzarbeit beim tatsächlich zu zahlenden (vollen) Beitrag zur Krankenversicherung und Pflegeversicherung. Es gilt also -teilweise- eine andere Berechnung des Höchstzuschusses als unter regulären Arbeitsbedingungen ohne Kurzarbeit. Der AG-Zuschuss zur KV und PPV fällt hier somit höher aus als unter regulären Bedingungen ohne Kurzarbeit!

4. Bleibt der AG-Zuschuss gleich, d.h. wie wenn der Arbeitnehmer reguläres Arbeitsentgelt beziehen würde?

Nein, der Arbeitgeberzuschuss bleibt nicht gleich, sondern er fällt höher aus als in der Situation, wo der AN reguläres Arbeitsentgelt verdient und keine Kurzarbeit im Spiel ist. Dies liegt daran, dass

- beim Fiktivlohn der AG die Beiträge alleine tragen muss und
- der AG-Zuschuss während der Kurzarbeit nicht auf den halben tatsächlichen Beitrag zur KV und PV begrenzt ist. Die Grenze liegt hier viel höher, nämlich erst beim tatsächlich zu zahlenden Beitrag zur Krankenversicherung und Pflegeversicherung.

Stundung der Beiträge, Mahnverfahren und Kündigung

1. Wie geht die APKV mit Zahlungsschwierigkeiten der Kunden um?

[Aktualisierung am 02.07.2020]

Bei Zahlungsschwierigkeiten verursacht durch das Coronavirus und den damit verbundenen Einschränkungen wurde gemäß den gesetzlichen Vorgaben für die Kunden der APKV kurzfristig Abhilfe geschaffen. Das Betriebsgebiet erhielt in diesem Kontext von der APKV die Möglichkeit, Beiträge bis einschließlich 30.06.2020 zu stunden.

Von 01.04.2020 bis 30.06.2020 galt für vor dem 08.03.2020 abgeschlossene Verträge die unter Frage 2 dargestellte, gesetzliche Regelung.

Nach dem Ende der gesetzlichen Regelung bleibt es weiterhin möglich, mit dem Kunden für ihn günstigere Lösungen im Einzelfall zu prüfen/zu vereinbaren.

2. Ist eine Stundung von Beiträgen in der HKV (inkl. Zusatzbausteine und PPV) möglich? Für welchen Zeitraum können Beiträge gestundet werden? Welche Unterlagen werden benötigt? Welche weiteren Kulanzmaßnahmen sind für diese Zielgruppe vorgesehen?

[Aktualisierung am 02.07.2020]

Der Gesetzgeber räumt den HKV-Kunden sowie den KT- und PPV-Kunden ab dem 01.04.2020 die Möglichkeit der Leistungsverweigerung für vor dem 08.03.2020 geschlossene Verträge ein. Das bedeutet, dass die Kunden ihre Beiträge zur HKV, KT und PPV nicht bezahlen müssen und dennoch unverändert Anspruch auf die vereinbarten Versicherungsleistungen haben. Voraussetzung für das Leistungsverweigerungsrecht ist, dass der Kunde aufgrund der Corona-Krise seine Versicherungsprämien nicht mehr bezahlen kann und sich hierauf beruft.

Das Leistungsverweigerungsrecht galt bis zum 30.06.2020. Eine Verlängerung des sog. Moratoriums wurde nicht beschlossen. Seit 30.06.2020 müssen die nicht bezahlten Beiträge nachbezahlt werden.

3. Müssen alle Beiträge nach Ablauf der Stundungszeit sofort nachbezahlt werden oder ist eine Ratenzahlung über mehrere Monate möglich?

[Aktualisierung am 18.12.2020]

Die Beiträge müssen seit Ablauf des Moratoriums nachbezahlt werden.

4. Besteht die Möglichkeit für ein beitragsfreies Ruhen für Krankentagegelder, Pflegetagegelder, Krankentagegelder und Zusatzbausteine zur Heilkostenvollversicherung?

[Aktualisierung am 18.12.2020]

Eine beitragsfreie Ruhensversicherung ist bei Arbeitslosigkeit ausschließlich für die Pflegezusatztagelgelder der Tarife PZTB03, PZTA03 und PZTE03 einmalig bis zu 12 Monate möglich (AVB-Regelung). Ein Versicherungsschutz besteht für auf Anwartschaft geführte Tarife nicht.

5. Ist ein Ruhen der Heilkostenvollversicherung möglich?

Ein Ruhen oder eine Umstellung der Heilkostenvollversicherung auf Anwartschaft ist aufgrund der Versicherungspflicht nicht möglich. Es bestand aber die Möglichkeit der Leistungsverweigerung bzw. Beitragsstundung (vgl. Frage 2).

6. Ist ein Ruhen der betrieblichen Krankenversicherung möglich?

Ein Ruhen der betrieblichen Krankenversicherung ist nicht möglich.

7. Welche Möglichkeiten der Tarifierpassung gibt es bei Bonitätsschwierigkeiten? Ist eine Umstellung in einen günstigeren Tarif für maximal 6 Monate möglich und erfolgt nach Ablauf der 6 Monate die Rückführung in den Ursprungstarif ohne Risikoprüfung? Gibt es Niederstufungsmöglichkeiten mit verbindlicher Rückkehroption in den alten Tarif? Zu welchem Zeitpunkt ist eine Umstellung des Vertrags mit AWOPTU möglich?

[Ausführliche Erläuterung ab 31.03.2020]

Eine Niederstufung ist zu jedem Monatsersten ohne Risikoprüfung möglich. Ein Rückkehrrecht in einen höherwertigen Ursprungstarif ohne Gesundheitsprüfung besteht für die Kunden mit dem versicherten Tarif AWOPTU. Der Antrag hierfür muss bis spätestens zum 30.09. vorliegen. Die Umstellung erfolgt dann analog der AVB-Regelungen zum 01.01. des Folgejahres ohne Gesundheitsprüfung.

Eine weitergehende Rückkehroption ohne Gesundheitsprüfung kann die APKV nicht anbieten. Selbstverständlich kann der Kunde in den Ursprungstarif nach erfolgter Risikoprüfung zurückkehren. Hierbei gilt zu beachten, dass unter Umständen Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse vereinbart werden müssen.

Achtung: Die üblichen Vorgehensweisen zur Vertragsänderung, z. B. Antragsformular, Beratungs- und Informationspflichten, etc., sind einzuhalten.

Hinweis zur Beratungsdokumentation: Coronavirus als Grund der finanziellen Notlage; die Reduktion des Versicherungsschutzes und die Möglichkeit einer Beitragsabweichung bei der Rückkehr in den Ursprungstarif sind zu dokumentieren.

8. Welche Regelungen gelten bei Hilfebedürftigkeit des Kunden?

Das **Zweite Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite zur Neufassung des § 204 Abs. 1 VVG Thema Basistarif**, das zum 01.06.2020 in Kraft getreten ist, regelt den Umgang mit Hilfebedürftigkeit:

- Allen Versicherungsnehmern, die **ab dem 15.03.2020 aufgrund von Hilfebedürftigkeit** (Bezug von ALGII oder Sozialhilfe) einen Tarifwechsel in den halbierten Basistarif beantragen, wird ein **Rückkehrrecht in ihre Ursprungstarife ohne erneute Gesundheitsprüfung eingeräumt**, soweit die Rückkehr innerhalb von 2 Jahren nach Vertragsumstellung verlangt wird.
- Der Versicherungsnehmer muss den **Eintritt der Hilfebedürftigkeit durch geeignete Unterlagen nachweisen**. Der Gesetzgeber verweist hier auf § 152 Abs. 4 VAG (Prüfung und Bescheinigung der Hilfebedürftigkeit durch den zuständigen Grundsicherungsträger). Die Regelung zur Überforderung bei Zahlung des vollen Beitrages gilt hier analog für den Ursprungstarif.

- Die **Rückkehr kann innerhalb von 2 Jahren nach dem Tarifwechsel in den halbierten Basis-tarif mit einer Frist von 3 Monaten nach Beendigung der Hilfebedürftigkeit** beantragt werden. Das Rückkehrrecht orientiert sich an der Regelung des § 193 Abs. 9 VVG in Bezug auf den Notlagentarif. **Bei Rückkehr in den Ursprungstarif ist mit einem gewissen Prämienan-stieg zu rechnen. Zwischenzeitliche Änderungen im Ursprungstarif muss der Versicherungs-nehmer akzeptieren.**
- **Das Rückkehrrecht gilt nicht für Bestandsfälle, die bereits vor dem 15.03.2020 im halbier-ten Basistarif versichert waren oder die Hilfebedürftigkeit erst nach Versicherungsbeginn im Basistarif eintritt.** Gleichwohl kann aber ein Versicherungsnehmer, der derzeit, bei schon bestehender Hilfebedürftigkeit, in einem Normaltarif versichert ist, in den halbierten Basista-rif wechseln und von dem zuvor beschriebenen Rückkehrrecht Gebrauch machen.
- **Definition „Halbierter Basistarif“:** Für die Dauer der Hilfebedürftigkeit entsteht bei Versiche-rungen im Basistarif eine Beitragsermäßigung (Halbierung des Beitrages in KV und PV nach § 152 Abs. 4 Satz 1 VAG).

9. Gibt es die Möglichkeit einer zeitlich begrenzten Vertragsreduzierung insb. bei der Vorsorge-komponente V gegen laufende Zahlung?

Es besteht jederzeit das Recht, von einem Vorsorgetarif auf einen Tarif ohne garantierte Bei-tragsentlastung zu wechseln. Bei einem solchen Tarifwechsel verringert sich der monatlich zu zahlende Beitrag um

- den wegfallenden Mehrbeitrag für die Tarifergänzung V und
- den Rabatt aus der Anrechnung der für die Tarifergänzung V gebildeten Alterungsrückstel-lung.

Bei einer Reduzierung des vereinbarten Entlastungsbetrages wird die für den wegfallenden Teil des Entlastungsbetrages gebildete Alterungsrückstellung in Form eines monatlichen Rabattes angerechnet.

Die Vorsorgekomponente V kann dann jederzeit erneut abgeschlossen werden.

10. Wie kann eine Umstellung in den Notlagentarif erfolgen?

[Aktualisierung am 18.12.2020]

Hier gibt es keinen Handlungsspielraum, da die Umstellung in den Notlagentarif gesetzlich gere-gelt ist. Eine Umstellung in den Notlagentarif kann nicht beantragt werden.

Während der Gültigkeit des Moratoriums konnte das Mahnverfahren für Verträge mit Corona-bedingten Zahlungsschwierigkeiten ausgesetzt und nach Ablauf des Moratoriums wieder aufge-nommen werden. Eine Umstellung in den Notlagentarif ist daher während des Moratoriums für betroffene Verträge nicht erfolgt.

11. Wie geht die APKV mit Kündigung durch den Kunden um?

Zum jetzigen Zeitpunkt folgt die APKV bei Kündigungen den heutigen Prozessen.

12. Welche Ansprechpartner sollen bei Kundenanfragen zu Stundung etc. kontaktiert werden? Welche Kommunikationswege sind vorgesehen?

[Aktualisierung am 18.12.2020]

Konkrete Ansprechpartner gibt es nicht, da alle Kolleginnen und Kollegen im Betrieb auskunftsfähig sind bzw. die konkreten Anfragen an die fachlich zuständigen Sachbearbeiter geroutet werden.

Es stehen die üblichen Kommunikationswege über den Kundenservice und die bekannten schriftlichen Eingangswege zur Verfügung. Im besten Fall erfolgt die Anfrage bzgl. einer Stundung über die „Kategorisierte E-Mail“ bzw. Nachricht an den Innendienst in AMIS bzw. Service-ABS. Damit ist auch das Routing an die richtige Stelle garantiert.

Die Antragsformulare gelten für sonstige Vertragsänderungen. Es hat sich grundsätzlich nichts an den Prozessen geändert.

13. Ist eine Beginnverlegung in der HKV und ZV möglich? Unter welchen Bedingungen?

In der HKV kann eine Beginnverlegung unter Berücksichtigung der Regeln zur Vor- und Rückdatierung und der Versicherungspflicht erfolgen.

Eine Beginnverlegung ist in der Zusatzversicherung grundsätzlich nicht möglich.

14. Welche digitalen Unterschriften werden von der Allianz angenommen?

Die allgemeingültigen Regelungen für die Unterschriften gelten weiterhin. Bitte nutzen Sie ggf. die bestehenden elektronischen Unterschriftenformen der Verkaufsanwendungen. Dabei muss grundsätzlich erkennbar handschriftlich unterschrieben worden sein.

15. Hat die Stundung der Beiträge eine Auswirkung auf die Beitragsrückerstattung für 2019?

Der Kunde erhält einen Teil seiner gezahlten Beiträge als Beitragsrückerstattung unter bestimmten Voraussetzungen zurück. Eine davon sieht vor, dass sein Beitragskonto keinen Rückstand (offene Mahnung) aufweist.

Die Stundung der Beiträge infolge der Corona-Krise wird nicht als Beitragsrückstand gewertet, da keine offene Mahnung vorliegt. Daher ist sichergestellt, dass die Beitragsrückerstattung für 2019 erfolgt, wenn die sonstigen Voraussetzungen für die Beitragsrückerstattung erfüllt sind.

16. Sind Stundungen – analog Frühjahr 2020 – aktuell [Q1/2021] vorgesehen?

Aktuell sind Stundungen nicht erneut vorgesehen. In Q2/2020 hatten wir zur Stundung die rechtliche Grundlage des Moratoriums und konnten so vom gesetzlichen Zwang der Umstellung in den Notlagentarif absehen.

Leistung und Gesundheitsservices

1. **Übernimmt die Allianz Kosten für Arztbesuche und Behandlungen? Gibt es bei der Erstattung von Untersuchungen oder schlimmstenfalls Behandlungen etwas Besonderes zu beachten?**

[Aktualisierung am 16.03.2021]

Arztbesuche bei Erkrankungen mit Grippe-symptomen bzw. Virenerkrankungen werden wie gewohnt im tariflichen Umfang erstattet. Dies gilt selbstverständlich auch im Zusammenhang mit dem Coronavirus. Müssen Patienten aufgrund des neuen Virus stationär behandelt werden, erstattet die APKV ebenso wie gewohnt im tariflichen Umfang.

2. **Erhalte ich Krankentagegeld, wenn ich in Quarantäne bin?**

Wird von den Behörden eine Quarantäne angeordnet (unabhängig davon, ob die versicherte Person erkrankt ist oder nicht), hat sie einen Entschädigungsanspruch für den Verdienstaussfall.

- Bei Arbeitnehmern hat der Arbeitgeber längstens für 6 Wochen die Entschädigung für die zuständige Behörde ausbezahlen. Die ausgezahlten Beträge werden dem Arbeitgeber auf Antrag von der zuständigen Behörde erstattet.
- Selbständige müssen sich für die Entschädigung des Verdienstaussfalls direkt an die zuständige Behörde wenden.

Erkrankt jemand am Coronavirus und tritt Arbeitsunfähigkeit ein, besteht ein Anspruch auf Krankentagegeld nach Ablauf der tariflichen Karenzzeit.

Usecase: Ein niedergelassener Arzt muss seine Praxis wegen Erkrankung eines Mitarbeiters an Covid-19 schließen. Für alle Mitarbeiter wird Quarantäne verordnet. Hat der Arzt dann Anspruch auf Verdienstaussfall? Kriegt er nur eine Entschädigung der Behörde? Von der APKV bekommt er Krankentagegeld nach Ablauf der Karenzzeit, wenn er positiv getestet wurde (medizinische Notwendigkeit?)

[Konkretisierung am 02.07.2020 aufgrund einiger Rückfragen]

Nur wenn der Arzt positiv getestet wurde, erhält er auch Verdienstaussfall von der APKV. Ansonsten muss er sich an die Behörden wenden.

3. **Werden Hilfsmittel zur Prävention wie z. B. Desinfektionsmittel, Einmalhandschuhe und Mund-Nasen-Schutz erstattet? Wie sieht es mit der Erstattung von FFP2-Masken jenseits der vorgenannten Coupon-Aktion der Bundesregierung aus?**

[Aktualisierung am 26.01.2021, 01.02.2021 und 16.03.2021]

Ja. Relevante Vorerkrankungen sind:

- Alle Krebserkrankungen, die in einem Zeitraum von 12 Monaten nach abgeschlossener Chemotherapie oder Bestrahlung liegen
- HIV-Infektion (Infektion mit humanem Immundefizienz-Virus)
- Autoimmunerkrankungen (Einnahme von Immunsuppressiva)
- Zustand nach Organ- oder Stammzelltransplantation (Einnahme von Immunsuppressiva)
- Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)
- Asthma bronchiale
- Koronare Herzerkrankung

- Herzinsuffizienz
- Diabetes mellitus Typ1 oder 2
- Chronische Niereninsuffizienz Stadium größer/gleich 4
- Ischämischer Schlaganfall
- Risikoschwangerschaft
- Trisomie 21

Hinweis:

Bei einem Einkauf über Apotheken oder Sanitätshäuser kann man davon ausgehen, dass die FFP2-Masken grundsätzlich TÜV- (o.ä.) geprüft bzw. CE-zertifiziert sind. Nur dort erworbene Masken sind erstattungsfähig.

Kauft man außerhalb, besteht zudem die Gefahr, dass man z. B. ausländische FFP2-Masken ohne Prüfsiegel kauft, welche keinen Nutzen für den Verbraucher haben.

Im Rahmen unseres Arzneimittelservices haben die Kunden als Versicherte übrigens die Wahl, entweder bei ausgewählten Apotheken vor Ort oder bei unserem Kooperationspartner Shop Apotheke die FFP-2 Masken zu erwerben.

Bitte beachten Sie, dass die Erstattung von Masken (auch FFP2) und Handschuhen ausschließlich aufgrund einer ärztlichen Verordnung erfolgen kann.

4. Welche Tests gibt es, um eine Infektion mit Covid-19 festzustellen?

[Aktualisierung am 18.12.2020]

Es gibt folgende Tests:

- **Test zum Nachweis einer akuten Infektion** (PCR-Verfahren) – hier wird eine Laboruntersuchung des Rachenabstriches durchgeführt.
- **Test zum Hinweis, ob eine Infektion bereits bestand** (Antikörpertest) – hier wird eine Blutprobe zum Nachweis von Antikörpern im Blut genommen.

5. Gibt es Seitens der APKV Einschränkungen auf bestimmte Coronatest-Verfahren?

[Aktualisierung am 18.12.2020]

Es gibt keine Einschränkungen.

Achtung: Selbstgekaufte Tests werden nicht erstattet.

Weiterer Hinweis: Verlangt der Arbeitgeber einen Coronatest ohne eine entsprechende Indikation, so ist der Arbeitgeber auch verpflichtet, die Kosten zu übernehmen.

6. Werden ambulante Corona-Abstrich-Tests (PCR und Antigen-Schnelltest) erstattet?

Abstrich-Tests [PCR und Antigen-Schnelltest] auf das Vorliegen einer akuten Infektion mit dem Coronavirus (Sars-CoV-2) werden im tariflich vereinbarten Umfang erstattet, wenn die medizinische Notwendigkeit hierzu besteht, d.h. wenn

- dieser von einem Arzt oder einer Ärztin angefordert bzw. durchgeführt wird UND
- Sie zu diesem Zeitpunkt Symptome haben.

Wir weisen darauf hin, dass bei symptomatischen Patienten die PCR-Testung vom Robert-Koch-Institut empfohlen wird, da die Nachweisempfindlichkeit der verfügbaren Antigen-Schnell-Tests nach bisherigem wissenschaftlichen Erkenntnisstand nicht der der klassischen PCR-Tests entspricht. Wir erstatten daher nur

- einen alleinigen PCR-Test oder
- die Kombination eines schnellen, der ersten Orientierung dienenden Antigen-Schnelltests mit einem bestätigenden PCR-Test. Der eingesetzte Antigen-Schnelltest muss zudem vom Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte gelistet sein (www.bfarm.de/antigentests).

Wenn hingegen der Arzt oder das Gesundheitsamt beim Patienten ausnahmsweise als symptomloser enger Kontaktperson eines nachweislich Infizierten (Kontaktperson 1. Grades laut RKI-Kriterien) eine Testung veranlasst, regelt eine gesetzliche Verordnung vom 14. Oktober 2020, dass die Kosten für alle, unabhängig vom Versicherungsstatus (privat oder gesetzlich), über die Gesetzliche Krankenversicherung über einen vorgegebenen Sonderweg (spezielles Formular) abgerechnet werden. Dies gilt für kassenärztliche Praxen genauso wie für rein privatärztliche Praxen. An dieser Abrechnung sind Versicherte dann nicht beteiligt. Hierfür erhält die Gesetzliche Krankenversicherung einen Bundeszuschuss aus Steuermitteln.

Wenn der Antigen-Schnelltest beim Patienten als nicht symptomatischer Kontaktperson positiv ausfällt, also ein hochgradiger Verdacht auf eine Erkrankung besteht, wird die bestätigende Diagnostik mittels PCR-Test im tariflichen Umfang erstattet.

Corona-Selbsttests werden grundsätzlich nicht erstattet.

Soll die Testung auf Wunsch des Arbeitgebers bei einer symptomfreien Person erfolgen, so ist der Arbeitgeber selbst zahlungspflichtig.

7. Werden Antikörper-Tests auf Corona erstattet?

Antikörper gegen das Coronavirus bilden sich im Mittel [Median] erst 11 Tage nach Beginn der Symptome. Tests auf Antikörper spielen daher bei der frühen Diagnose einer akuten Erkrankung keine Rolle. Der direkte Nachweis des Virus über einen Nasen- oder Rachenabstrich (PCR) ist hier Mittel der Wahl.

In der späten Phase einer vermuteten Erkrankung, also mit Vollendung der zweiten Krankheitswoche, kann der Arzt zwei aufeinander folgende Antikörpertests durchführen, um die Infektion noch zeitnah nachzuweisen. Dies kann sinnvoll sein, wenn zuvor ein klassischer PCR-Test negativ ausgefallen ist, aber weiterhin klinisch Verdacht auf eine noch akute Erkrankung besteht. Diese beiden Tests sind dann in Kombination mit einem vorausgegangenem PCR-Test im tariflich vereinbarten Umfang erstattungsfähig.

Dazu muss der Arzt im Abstand von 1 bis 2 Wochen Blut ins Labor schicken. Sollten von Test 1 zu Test 2 Antikörper neu auftreten oder ihre Menge zunehmen, so weist dies auf eine Infektion hin und ist meldepflichtig nach dem Infektionsschutzgesetz.

Wichtig ist, dass der vom Arzt eingesetzte Antikörpertest genau ist. Da die Angaben zur Testgenauigkeit aus den Labors der jeweiligen Hersteller stammen, bestehen trotz der ausgewiesenen hohen Messqualität noch Unsicherheiten, wie die Testergebnisse zu interpretieren sind. Bitte fragen Sie hierzu Ihren Arzt.

Antikörpertests, die Ihr Arzt ohne zeitlichen Zusammenhang zu einer Erkrankung durchführt, werden nicht erstattet. Hier liegt nahe, dass es sich um eine Bestimmung zur Frage nach einer Immunität handelt. Sie dient also nicht der Diagnose und Therapie der Erkrankung. Von einer gesetzlichen Regelung zu Testungen auf das Vorhandensein von Antikörpern wegen der Frage nach einer Immunität hat das Bundesministerium für Gesundheit Abstand genommen. Das Ministerium verweist darauf, dass nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft noch ungeklärt sei, inwieweit ein Antikörpernachweis mit dem Vorliegen einer Immunität korreliert.

8. Werden selbstgekaufte Schnelltests auf Corona erstattet?

Nach dem Beschluss der Ministerpräsident:innen und der Bundeskanzlerin vom 03.03.2021 wird allen asymptomatischen Bürger:innen mindestens einmal pro Woche ein kostenloser Schnelltest einschließlich einer Bescheinigung über das Testergebnis in einem von dem jeweiligen Land oder der jeweiligen Kommune **betrieblenen Testzentrum**, bei von dem **jeweiligen Land oder der jeweiligen Kommune beauftragten Dritten oder bei niedergelassenen Ärzten** ermöglicht. Die Kosten übernimmt ab dem 08.03.2021 der Bund. Die Leistungserbringer sind über die Abrechnungsmodalitäten informiert.

Tests, die im Discounter o. ä. gekauft werden, sind nicht erstattungsfähig da der Staat für die Testung geschultes Personal in den dafür vorgesehenen Einrichtungen zur Verfügung stellt.

9. Ich bin aus dem Ausland nach Deutschland zurückgekehrt und

a) bin beschwerdefrei. Nun möchte ich mich vorsorglich testen lassen. Wer zahlt?

Seit dem 16.12.2020 werden die Kosten laut neuer Testverordnung vom 02.12.2020 vom Bund nicht mehr übernommen. Als Wunschleistung sind sie auch vom privaten Versicherungstarif nicht gedeckt.

b) habe Beschwerden, die auf eine akute Infektion mit dem Coronavirus (Sars-CoV-2) hindeuten. Ich möchte mich daher testen lassen. Wer zahlt?

Wenn der Patient sich zur Abklärung von Symptomen beim Hausarzt vorstellt, übernehmen wir die Kosten für die Testung im tariflich vereinbarten Rahmen.

10. Ist eine Erkrankung an Covid-19 im Ausland mitversichert?

Wenn der Kunde bei der APKV eine Reise-Krankenversicherung abgeschlossen hat, ist er im Ausland umfassend geschützt. Sollte er sich während seiner Auslandsreise mit dem Coronavirus infizieren, ist die Erkrankung an Covid-19 selbstverständlich versichert. Die APKV übernimmt zu 100 % die vor Ort anfallenden, medizinisch notwendigen Behandlungskosten.

11. Was passiert, wenn Reisenden aufgrund der Pandemie die Ausreise verwehrt wird?

[Neue Regelung ab 26.03.2020]

Die APKV hat bereits auf die aktuelle Krise reagiert. Normalerweise gilt der Versicherungsschutz bei den Auslandsreise-Krankenversicherungen nur für begrenzte Zeit. Doch Urlaubern ist die Ausreise wegen der Pandemie aktuell oftmals verwehrt. In diesen Fällen wird der Versicherungsschutz - egal ob Tages- oder Jahrespolice - um jeweils 14 Tage kostenfrei verlängert. Dazu soll

eine Mail an krankenversicherung@allianz.de gesendet werden (Betreff: Verlängerung Reisekrankenversicherung AK- xxx). Sollten die 14 Tage nicht ausreichen, können sich Kunden erneut melden.

Diese Kulanzregulierung wird nun auch bis auf Weiteres auf die Krankenversicherung Reisen nach Deutschland (R78) angewendet.

12. Wie reagiert die APKV bei Überschreitung der jeweiligen Ausdehnung in der Heilkostenvollversicherung, wenn sich der Kunde vorübergehend im außereuropäischen Ausland aufhält und aufgrund von Corona nicht rechtzeitig nach Deutschland zurückkommen kann (also z. B. länger als 6 Monate in den AktiMed Plus-Tarifen)?

Auch in der Heilkostenvollversicherung ist die APKV kulant, wenn der Kunde wegen der aktuellen Situation rund um das Coronavirus unverschuldet länger im Ausland festsetzt. Die Kulanzregelung, die für die Auslandsreise-Krankenversicherungen festgelegt wurde, gilt ab sofort auch in der Heilkostenvollversicherung.

13. Unter welchen Umständen kann der Kunde eine Reise stornieren? Was muss beachtet werden? Wann muss die Reiserücktrittsversicherung spätestens abgeschlossen worden sein?

Antworten auf diese Fragen sowie weitere ausführliche Informationen finden Sie auf der Landingpage der Allianz Travel zum Coronavirus ([Link](#)).

14. Sind die Kosten einer stationären Quarantäne durch die Auslandsreisekrankenversicherung gedeckt, wenn sich der Versicherte im Ausland befindet und dort in Quarantäne kommt?

Nein, die Kosten für die Quarantäne selbst sind nicht versichert, da es keine medizinische Behandlung ist. Sollte der Kunde aufgrund des Coronavirus behandelt werden, leistet die APKV im Rahmen des jeweiligen Tarifs.

15. Bietet die APKV ihren Kunden eine Möglichkeit an, medizinischen Rat einzuholen, ohne zum Arzt gehen zu müssen?

Mit dem Gesundheitsservice Doc on Call haben die Kunden der APKV die Möglichkeit, einen kostenfreien, telefonischen Expertenrat sowie eine medizinische Einschätzung der Dringlichkeit eines Arztbesuchs zu bekommen. Der Service Doc on Call richtet sich an HKV-, ZV- und bKV-Kunden der APKV.

In der Gesundheitswelt finden Sie weitere Informationen inkl. der Zugangsmöglichkeiten zu Doc on Call ([Link](#)) sowie das Wichtigste zum Coronavirus im Überblick ([Link](#)).

16. Welche weiteren Gesundheitsservices stehen den Kunden der APKV im Zusammenhang mit dem Coronavirus und einer Erkrankung an Covid-19 zur Verfügung?

[Neuer Link ab 26.03.2020]

Die APKV unterstützt ihre Kunden mit einer umfangreichen Palette an wertvollen Gesundheitsservices dabei, gesund zu leben, gesund zu bleiben und gesund zu werden. Einige dieser Services eignen sich ganz besonders bei Themen rund um das Coronavirus und Covid-19. Die

Bandreite reicht von der telefonischen Beratungshotline Doc on Call über unseren Arzneimittel-service bis hin zu Coaching-Programmen, zum Beispiel bei psychischen Problemen. Außerdem bietet die APKV ein umfangreiches Angebot an Lesestoff für den E-Book-Reader und vieles mehr.

Alle Gesundheitsservices, die den Kunden der APKV im Zusammenhang mit dem Coronavirus und einer Erkrankung an Covid-19 zur Verfügung stehen und ihnen einen Mehrwert bieten, finden Sie auf der neu entwickelten Landingpage auf allianz.de ([Link](#)).

17. Können im Firmengeschäft Neuanmeldungen und Meldungen von Bestandsänderungen (Gruppenverträge, die noch nicht auf FirmenOnline freigeschaltet sind) mit einem Faksimile statt Original-Unterschrift vorgenommen werden?

Ja. Meldungen erfolgen üblicherweise per Excel-Liste und müssen nicht unterschrieben werden. Gruppenverträge können mit Faksimile unterschrieben werden.

18. Ist die Nutzung der Corona-Warn-App empfehlenswert?

Seit Kurzem ist die Corona-Warn-App der Bundesregierung verfügbar. Die APKV begrüßt diese weitere Möglichkeit, die Ausbreitung des Coronavirus weiter erfolgreich zu verhindern.

Die Kunden der APKV hatten am 24.06.2020 und 29.06.2020 die Möglichkeit, an einem exklusiven Webinar zur neuen Corona-Warn-App teilzunehmen. Als Experte stand Dirk Weske Rede und Antwort. Der Datenschutzbeauftragte der Allianz Deutschland hat sich intensiv mit der neuen App auseinandergesetzt. Im Gespräch mit Daniel Bahr, Vorstandsmitglied der APKV, wurden in der Veranstaltung Sicherheits- und Datenschutzaspekte genauso diskutiert wie der Nutzen für unser aller Gesundheit.

19. Wie erfolgt die Abgabe von FFP2-Masken im Rahmen der Coronavirus-Schutzmasken-Verordnung vom 15.12.2020 (Coupon-Aktion der Bundesregierung)?

[Präzisierung der Frage am 21.01.2021]

Die Bundesregierung will die Versorgung mit FFP-2-Masken oder Schutzmasken vergleichbarer Qualität für **Personen über 60 Jahre und Menschen aus Corona-Risikogruppen** sicherstellen.

Hierfür konnten in einem ersten Schritt drei Masken kostenlos bis zum 06.01.2021 in den Apotheken gegen Vorlage des Personalausweises abgeholt werden.

Nun starten wir in einem zweiten Schritt mit dem **Versand der Briefvorlage** der Bundesregierung **inkl. der zwei Berechtigungsscheine für den Erhalt von weiteren zwölf FFP-2 Masken** (2x6 FFP2-Masken).

Die Briefe werden in **drei Tranchen im Zeitraum 20.01.2021 – Mitte Februar 2021 an berechnigte Kundengruppen** versandt. Es werden insgesamt ca. 335.000 Briefe versendet. Die Altersstaffel und Risikogruppen wurde vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) festgelegt.

Die **Tranchen** werden wie folgt versendet:

1. Tranche: über 75 Jahr – ab Anfang KW 3/2021 / Eingang beim Kunden ab 20.01.2021
2. Tranche: über 70 Jahre & Risikogruppen – ab Anfang KW 4/2021
3. Tranche: über 60 Jahre – ab Anfang/Mitte Februar 2021

Die zwei Berechtigungsscheine haben unterschiedliches Beginndatum und unterschiedliches Ende der Gültigkeit. Der erste Berechtigungsschein ist vom 01.01.2021 bis zum 28.02.2021, der zweite vom 16.02.2021 bis zum 15.04.2021 gültig.

Bereits erworbene Masken sind nicht erstattungsfähig, können also nicht mit den Berechtigungsscheinen gegengerechnet werden. Jedoch können diese für Personen, die zu den Risikogruppen zählen, im tariflichen Umfang erstattet werden. Dies ist BRE-relevant.

20. Haben Privatversicherte einen Anspruch auf das Kinderkrankengeld (insb. die 10 zusätzlichen Kinderbetreuungstage)?

[Aktualisierung am 16.03.2021]

Nein. Das ist tariflich und gesetzlich nicht vorgesehen.

Allerdings können privat krankenversicherte Eltern einen Anspruch auf eine Entschädigung für Verdienstaufschlag nach § 56 Abs. 1a Infektionsschutzgesetz haben. Die Entschädigung wird gezahlt, wenn ein Kind zu Hause betreut werden muss, weil die Schule, die Kindertagesstätte oder die Einrichtung für Menschen mit Behinderung geschlossen ist oder die Präsenzpflcht in der Schule aufgehoben wurde oder die Klasse oder Gruppe des Kindes in Quarantäne ist oder das Kind die Einrichtung aufgrund einer behördlichen Empfehlung nicht besucht.

Der Anspruch besteht bis zu 10 Wochen je Elternteil, für Alleinerziehende gibt es bis zu 20 Wochen. Der Zeitraum kann tageweise aufgeteilt werden.

Anspruchsberechtigt sind erwerbstätige Eltern, deren Kind unter 12 Jahre alt ist. Bei Kindern, die eine Behinderung haben, besteht ein Anspruch über das 12. Lebensjahr hinaus.

Die Entschädigung beträgt 67 Prozent des Nettoeinkommens, max. 2.016 Euro/Monat.

Corona-Impfung: Die wichtigsten Fragen und Antworten

Vorwort: Die EU-Kommission hat auf Empfehlung der Europäischen Arzneimittelbehörde (EMA) mittlerweile die Corona-Impfstoffe zugelassen. Wer in Deutschland Anspruch auf die Corona-Impfung hat, regelt die Coronavirus-Impfverordnung.

Am 27.12.2020 hat Deutschland mit den Schutzimpfungen begonnen. Für die erste Phase der Verimpfung von COVID-19-Impfstoffen gibt die **Coronavirus-Impfverordnung** des Bundesgesundheitsministeriums einen rechtlichen Rahmen vor.

1. Wer hat Anspruch auf die Corona-Impfung?

Die Impfung gegen das Coronavirus ist freiwillig. Nach der Rechtsverordnung haben alle Menschen einen Anspruch auf die Corona-Impfung, die in Deutschland in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder der Privaten Krankenversicherung (PKV) versichert sind, oder die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort in Deutschland haben.

2. In welcher Reihenfolge wird geimpft?

Zu Beginn werden die zur Verfügung stehenden Impfdosen noch nicht ausreichen, um sofort alle Menschen zu impfen, die das wünschen. Deshalb hat das Bundesgesundheitsministerium auf Basis der Impfempfehlung der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut (RKI) in der Impfverordnung die Reihenfolge der Impfungen festgelegt. Das Ziel: die Anzahl schwerer Krankheitsverläufe und Sterbefälle möglichst schnell zu reduzieren. Vorrang haben daher zunächst die sogenannten Risikogruppen. Ihre Priorisierung erfolgt nach drei Kategorien:

Erste Kategorie: Höchste Priorität

- Über 80-Jährige
- Bewohner und Pflegekräfte von Alters- und Pflegeheimen
- Pflegekräfte in ambulanten Pflegediensten
- Beschäftigte auf Intensivstationen, in Notaufnahmen und Rettungsdiensten, sowie in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV), in SARS-CoV-2-Impfzentren und in Bereichen mit infektionsrelevanten Tätigkeiten
- Beschäftigte in medizinischen Einrichtungen, die Menschen mit einem hohen Risiko behandeln, betreuen oder pflegen (v.a. Hämato-Onkologie und Transplantationsmedizin).

Zweite Kategorie: Hohe Priorität

- Über 70-Jährige
- Personen mit Trisomie 21, mit Demenz oder geistiger Behinderung, oder nach einer Organtransplantation
- Enge Kontaktpersonen von über 80-Jährigen oder Bewohnern von Alten- Pflegeheimen und Heimen für geistig Behinderte
- Kontaktpersonen von Schwangeren
- Personen, die in stationären Einrichtungen für geistig behinderter Menschen tätig sind oder im Rahmen ambulanter Pflegedienste regelmäßig geistig behinderte Menschen behandeln, betreuen oder pflegen,
- Personen, die in Bereichen medizinischer Einrichtungen mit einem hohen oder erhöhten Expositionsrisiko in Bezug auf das Coronavirus SARS-CoV-2 tätig sind, insbesondere Ärzte und sonstiges Personal mit regelmäßigem Patientenkontakt, Personal der Blut- und Plasmaspendendienste und in SARS-CoV-2-Testzentren

- Polizei- und Ordnungskräfte, die im Dienst, einem hohen Infektionsrisiko ausgesetzt sind
- Personen im öffentlichen Gesundheitsdienst und in relevanten Positionen der Krankenhausinfrastruktur
- Personen, die in Flüchtlings- und Obdachloseneinrichtungen leben oder tätig sind

Dritte Kategorie: Erhöhte Priorität

- Über 60-Jährige
- Personen mit folgenden Krankheiten: Adipositas, chron. Nierenerkrankung, chron. Lebererkrankung, Immundefizienz oder HIV-Infektion, Diabetes mellitus, div. Herzerkrankungen, Schlaganfall, Krebs, COPD oder Asthma, Autoimmunerkrankungen und Rheuma
- Beschäftigte in medizinischen Einrichtungen mit niedrigem Expositionsrisiko (Labore) und ohne Betreuung von Patienten mit Verdacht auf Infektionskrankheiten
- Personen in relevanter Position in Regierungen, Verwaltungen und den Verfassungsorganen, in Streitkräften, bei der Polizei, Feuerwehr, Katastrophenschutz und THW, Justiz
- Personen in relevanter Position in Unternehmen der kritischen Infrastruktur, im Apotheken und Pharmawirtschaft, öffentliche Versorgung und Entsorgung, Ernährungswirtschaft, Transportwesen, Informationstechnik und Telekommunikation
- Erzieher und Lehrer
- Personen, mit prekären Arbeits- oder Lebensbedingungen

3. Was gilt bei Impfstoff-Empfehlungen für Altersgruppen?

Grundsätzlich gilt: Sofern Impfstoffe von der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut ausschließlich für Personen zwischen 18 und 64 Jahren empfohlen werden, sollen diese Personen vorrangig mit diesen Impfstoffen versorgt werden. Sofern für Personen unter 18 oder über 64 Jahren von der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut nur bestimmte Impfstoffe empfohlen werden, sollen diese Personen bei der Versorgung mit diesen Impfstoffen vorrangig berücksichtigt werden.

4. Welchen Nachweis müssen Anspruchsberechtigte vorlegen?

Den bevorzugten Anspruch auf die Corona-Impfung müssen Anspruchsberechtigte vor der Schutzimpfung gegenüber dem Impfzentrum oder dem mobilen Impfteam nachweisen. Als Nachweis gelten laut Impfverordnung:

- der Personalausweis oder ein anderer Lichtbildausweis
- Für Bewohner von Pflege- und anderen Einrichtungen legen die Einrichtungen bzw. Unternehmen eine Bescheinigung vor
- Menschen mit chronischen Erkrankungen erhalten ein ärztliches Zeugnis
- Kontaktpersonen benötigen eine entsprechende Bestätigung der betreuten Person

Die Ausstellung der ärztlichen Atteste erfolgt in der Arztpraxis. Ist der Patient bereits durch vorausgegangene Behandlungen dem Arzt bekannt, kann das Attest auch telefonisch angefordert und postalisch versandt werden.

5. Wer führt die Impfungen durch?

Die Corona-Impfungen werden in der ersten Phase zunächst nur in Impfzentren sowie von den angebundenen mobilen Impfteams durchgeführt, die zum Beispiel Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen sowie das Personal vor Ort impfen. Deutschlandweit soll es bis zum 440 Impfzentren geben. Für die Organisation und den Betrieb sind die Bundesländer zuständig.

Die Zuständigkeiten des Personals sind klar geregelt: Während die Impfaufklärung zwingend von Ärztinnen und Ärzten vorgenommen werden muss, kann die Impfung selbst auch an medizinisches Assistenzpersonal delegiert werden. Zur Unterstützung können die Impfzentren Hilfsorganisationen, die Bundeswehr oder Logistikunternehmen in den Betrieb einbinden.

6. Wie werden Termine für die Corona-Impfung vergeben?

Die Organisation der Impfung, die Information der Impfberechtigten sowie die Vergabe der Impftermine ist Aufgabe der Bundesländer. In den einzelnen Ländern ist das Verfahren teilweise unterschiedlich geregelt, in vielen Fällen werden kommunale Behörden tätig. Standardisierte bundeseinheitliche Abläufe zur Terminvergabe sind aktuell nicht vorgesehen. Weitere Informationen zu den länderspezifischen Regeln gibt es auf den Internetseiten der Bundesländer:

Corona-Impfung: Terminvergabe in den Bundesländern

- [Baden-Württemberg](#)
- [Bayern](#)
- [Berlin](#)
- [Brandenburg](#)
- [Bremen](#)
- [Hamburg](#)
- [Hessen](#)
- [Mecklenburg-Vorpommern](#)
- [Niedersachsen](#)
- [Nordrhein-Westfalen](#)
- [Rheinland-Pfalz](#)
- [Saarland](#)
- [Sachsen](#)
- [Sachsen-Anhalt](#)
- [Schleswig-Holstein](#)
- [Thüringen](#)

7. Ist eine zweimalige Impfung notwendig?

[Aktualisierung am 16.03.2021]

Für eine vollständige Immunisierung sollen die empfohlenen Zeiträume zwischen Erst- und Zweitimpfung eingehalten werden. Diese variieren je nach Impfstoff:

- Biontech 3-6 Wochen
- Moderna 4-6 Wochen
- AstraZeneca 9-12 Wochen

8. Wer übernimmt die Kosten für die Corona-Impfungen?

Die Impfung ist für die Bevölkerung kostenlos – unabhängig vom Versicherungsstatus. Der Bund beschafft, verteilt und finanziert alle Impfstoffe, die in Deutschland zum Einsatz kommen. Die Kosten für den Aufbau und die Organisation der Impfzentren tragen die Länder. Die Gesetzliche Krankenversicherung und die Private Krankenversicherung beteiligen sich an diesen Kosten entsprechend ihres Versichertenanteils. Darunter fallen neben den Sach- und Personalkosten für die Errichtung, Vorhaltung und den laufenden Betrieb von Impfzentren einschließlich der mobilen Impfteams auch die Kosten der für die Terminvergabe durch die Länder oder durch beauftragte Dritte betriebenen Callcenter. Wenn in der zweiten Phase dann auch in den Arztpraxen

geimpft werden kann, übernehmen wie üblich gesetzliche und private Krankenversicherung Kosten der ärztlichen Leistung.

Bei der Ausstellung eines ärztlichen Attests als Nachweis für einen bevorzugten Anspruch auf die Corona-Impfung erhält die Arztpraxis als Vergütung pauschal 5 Euro – sowie weitere 90 Cent, sofern ein postalischer Versand erfolgt. Das gilt für Privatversicherte und gesetzlich Versicherte gleichermaßen. **Die Arztpraxen rechnen diese Leistung mit der Kassenärztlichen Vereinigung** ab. Die Kosten werden vom Bundesamt für soziale Sicherung erstattet. Eine Abrechnung der ärztlichen Zeugnisse nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ist nach der Impfverordnung **nicht möglich**.

9. Wie sicher ist der Corona-Impfstoff?

Wie alle in Deutschland eingesetzten Impfstoffe werden auch die Mittel gegen eine Corona-Infektion vor ihrer Zulassung durch das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) und die zuständigen Gremien bei der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) überprüft und bewertet. Ausführliche Informationen zu den Zulassungsvoraussetzungen und Prüfungsverfahren bietet die Internetseite des PEI: www.pei.de

Auch danach erfolgt eine ständige Kontrolle („Surveillance“) zum Erfassen von Wirksamkeit und möglichen Nebenwirkungen. Nebenwirkungen und Impfreaktionen werden in Deutschland zentral – und Hersteller-unabhängig - vom **Paul-Ehrlich-Institut (PEI)** erfasst. Die Versicherten können das PEI dabei unterstützen und Verdachtsfälle vom Impfkomplication direkt über die Webseite www.nebenwirkung.bund.de übermitteln. Darüber hinaus kann eine Meldung künftig auch über eine spezielle App erfolgen. Diese wird vom Paul-Ehrlich-Institut entwickelt und ist in Kürze in den App-Stores verfügbar. Durch die Zusammenfassung von nationalen und internationalen Beobachtungen kann sichergestellt werden, dass auch Risiken von Impfstoffen erfasst werden, die so selten sind, dass sie erst bei einer sehr großen Anzahl durchgeführter Impfungen sichtbar werden.

10. Wer haftet bei Impfschäden?

[Aktualisierung am 16.03.2021]

Für Impfschäden kommt die öffentliche Hand nach dem Infektionsschutzgesetz (IFSG) auf. Nach dem IFSG ist ein Impfschaden u. a. die gesundheitliche und wirtschaftliche Folge einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung durch die Schutzimpfung. Zuständig für die Beurteilung, ob eine im zeitlichem Zusammenhang mit einer Impfung eingetretene gesundheitliche Schädigung durch die Impfung verursacht wurde, ist Aufgabe des Versorgungsamtes im jeweiligen Bundesland.

Daneben kann es einen Anspruch gegen den Hersteller der Impfdosis geben. Nach der Gefährdungshaftung des § 84 AMG (Arzneimittelgesetz) haftet der pharmazeutische Unternehmer bei Gesundheitsbeeinträchtigungen des Geimpften, wenn sein Arzneimittel bei bestimmungsgemäßem Gebrauch schädliche Wirkungen hat, die über ein nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft vertretbares Maß hinausgehen oder der Schaden infolge einer nicht den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft entsprechenden Kennzeichnung, Fachinformation oder Gebrauchsinformation eingetreten ist.

11. Wo gibt es weitere Informationen?

- Das Bundesgesundheitsministerium hat auf seiner Website **Fragen und Antworten zur COVID-19-Impfung aufbereitet**
- Zudem gibt es eine spezielle Website des Gesundheitsministeriums zur Corona-Pandemie: **Zusammen gegen Corona**
- Die gemeinnützige „Stiftung Gesundheitswissen“ hat ebenfalls viele Informationen zur Impfung in leicht verständlicher Sprache aufbereitet: **Wie funktioniert Impfen**

12. Medien berichten über Probleme bei der Anmeldung für Corona-Impftermine für Privatversicherte. Wie ist der aktuelle Stand?

Der PKV-Verband kümmert sich um die Klärung. Medienanfragen beantwortet er aktuell wie folgt: „Wir haben auch von entsprechenden Einzelfällen gehört und klären das jetzt mit der Kassenärztlichen Vereinigung und dem Gesundheitsministerium. An der Finanzierung der Impfungen ist die PKV ja entsprechend ihrem Versichertenanteil ebenso beteiligt wie die GKV – also muss die praktische Organisation der Impftermine das natürlich auch für alle Versicherten gewährleisten.“

13. Haben PKV-Kunden im Ausland einen Anspruch auf die Kostenübernahme für eine Corona-Impfung?

Nach derzeitigem Kenntnisstand werden die Impfstoffe von den jeweiligen staatlichen Behörden nach Gruppeneinteilungen ausgegeben und die Kosten hierfür von staatlicher Seite übernommen. Daher besteht aktuell keine pauschale Zusage zur Kostenerstattung, die nach außen kommuniziert wird. Bitten Sie bei konkreten Anfragen den Kunden, sich nach dem im Land zur Verfügung stehenden Kostenträger zu erkundigen. Sollte kein Kostenträger zur Verfügung stehen, zahlen wir die Impfung im tariflichen Umfang, da sie von der Ständigen Impfkommission empfohlen wird.

14. Wem stellt die APKV einen Nachweis zum Impf-Priorisierungs-Anspruch aus?

[Aktualisierung am 08.04.2021]

Die APKV kann nur berechtigten HKV-Versicherten, für die eine entsprechende Erkrankung oder Behinderung aus unseren Daten hervorgeht, einen Nachweis zu einer Prio-Gruppe ausstellen, wenn die Landesgesundheitsbehörde des jeweiligen Bundeslandes dies ausdrücklich veranlasst.

Aktuell tut dies nur das Land **Niedersachsen**. Es hat am 07.04.2021 die Krankenkassen und privaten Krankenversicherungen beauftragt, für folgende Versicherte einen Berechtigungsnachweis für eine priorisierte Impfung auszustellen:

- HKV Kunden ab dem 16. bis zum 69. Lebensjahr (Stichtag 23.03.2021),
- Hauptwohnsitz in Niedersachsen,
- Vorerkrankungen, die zu einem hohen Prioritätsanspruch auf Schutzimpfung, nach § 3 Abs. 1 Nummer 2 der CoronaimpfV, berechtigen (Stichtag der Diagnosen 01.07.2019 oder jünger):
 - a) Personen mit Trisomie 21 oder einer Conterganschädigung,
 - b) Personen nach Organtransplantation,

- c) Personen mit einer Demenz oder mit einer geistigen Behinderung oder mit schwerer psychiatrischer Erkrankung, insbesondere bipolare Störung, Schizophrenie oder schwere Depression,
- d) Personen mit behandlungsbedürftigen Krebserkrankungen,
- e) Personen mit interstitieller Lungenerkrankung, COPD, Mukoviszidose oder einer anderen, ähnlich schweren chronischen Lungenerkrankung,
- f) Personen mit Muskeldystrophien oder vergleichbaren neuromuskulären Erkrankungen,
- g) Personen mit Diabetes mellitus mit Komplikationen,
- h) Personen mit Leberzirrhose oder einer anderen chronischen Lebererkrankung,
- i) Personen mit chronischer Nierenerkrankung,
- j) Personen mit Adipositas (Personen mit Body-Mass-Index über 40).

15. Wem stellt die APKV keinen Nachweis zum Impf-Priorisierungs-Anspruch aus?

- Personen **ab dem 70. Lebensjahr**. Sie werden/wurden vom Bundesland Niedersachsen angeschrieben und nicht von den Versicherungen oder Krankenkassen.
- Versicherte mit einem **erhöhten Prioritätsanspruch** auf Schutzimpfung, nach § 4 Abs. 1 Nummer 2 der CoronaImpfV. Sie werden evtl. zu einem **späteren Zeitpunkt** angeschrieben. Dies entscheidet das Bundesland Niedersachsen zu einem späteren Zeitpunkt. Momentan werden für diese Personen keine Berechtigungen verschickt.
- Versicherte, die **nicht** im Selekt dabei sind. Sie müssen sich in Einzelfällen, wenn sie denken sie seien anspruchsberechtigt, an den **behandelnden Arzt** wenden. Es werden **keine** Einzelschreiben im Nachgang zum Anschreiben verschickt.

Alle anderen Bundesländer außer Niedersachsen haben sich momentan **nicht** für das Ausstellen von Impf-Berechtigungen über die Krankenversicherung entschieden.

16. Wann stellt die APKV einen Nachweis zum Impf-Priorisierungs-Anspruch aus?

Die Allianz wird die Nachweise so schnell wie möglich an alle berechtigten Kunden versenden. Kunden können sich immer, auch jetzt schon, an ihren Hausarzt oder ihre Hausärztin wenden, um sich ein ärztliches Attest zum Impf-Priorisierungs-Anspruch ausstellen zu lassen.

Beitragsanpassung

1. Ist mit einer Beitragsanpassung über das normale Maß hinaus zu rechnen?

Nein. Für die Beitragsanpassungen in 2020 werden die angefallenen Leistungsausgaben des Jahres 2019 berücksichtigt. Ob die Corona-Pandemie Auswirkungen auf die künftige Beitragsentwicklung haben wird, lässt sich derzeit noch nicht absehen.

Vorgehen bei Coronavirus-bedingten Auswirkungen

- 1. Das Krankenhaus bricht einen stationären Aufenthalt des Kunden aufgrund eines Corona-Vorfalles im Krankenhaus ab. Der Kunde wird nach Hause transportiert, da er ein Risikopatient (z. B. Dialyse) ist. Werden die stationären Transportkosten (TRK) nach Hause erstattet?**

Die APKV erstattet medizinisch notwendige Fahrkosten zur stationären Behandlung und von der stationären Behandlung nach Hause. Der Kunde soll die Rechnung zusammen mit der entsprechenden Transportkostenverordnung (die vom Arzt erstellt wird) einreichen.

- 2. Wie soll der Kunde bei einem Abbruch der akutstationären Behandlung vorgehen, wenn eine Weiterversorgung nicht gesichert ist?**

Diese Situation kann z. B. folgendermaßen auftreten: Der Kunde ist gerade im Krankenhaus. Allerdings muss er nun das Krankenhaus wegen Corona verlassen. Die AHB darf nun nicht angetreten werden, weil die Ausheilung im Krankenhaus nicht vorangeht. Somit müsste der Kunde nun in Kurzzeitpflege, da die Versorgung zuhause nicht möglich ist. Die Heime nehmen ihn jedoch aktuell auch nicht auf.

Bei einer Heilkostenvollversicherung bei der APKV kann dem Kunden angeboten werden, sich mit dem Patientenbegleiter in Verbindung zu setzen, um für den Kunden eine Lösung zu finden.

- 3. Was muss ein Kunde tun bzw. beachten, wenn die geplanten stationären Behandlungen z. B. AHB, Reha oder auch Kuren, von den jeweiligen Einrichtungen aufgrund Corona abgesagt werden?**

Pauschal kann die Frage leider nicht beantwortet werden, da es zum einen von der Indikation abhängig ist und zum anderen davon, wie der Kunde bei der APKV versichert ist. Zudem hängt die Antwort auch davon ab, ob die Behandlung nur verschoben wird oder komplett ausfällt.

Bei einer Heilkostenvollversicherung kann dem Kunden angeboten werden, sich mit dem Patientenbegleiter in Verbindung zu setzen, um mit ihm mögliche Lösungen zu besprechen. Der Kunde soll im Kundenservice anrufen und sich mit den zuständigen Patientenbegleitern verbinden lassen. Der Kundenservice der APKV ist kostenfrei von Montag bis Freitag von 8 bis 20 Uhr unter 08 00.4 10 01 08 erreichbar.

Bei einer Krankenzusatzversicherung soll sich der Kunde an seine Gesetzliche Krankenversicherung wenden, da sie der Hauptkostenträger ist.

Finanzielle Auswirkungen auf die Vermittlervergütung

1. Wie wirkt sich ein Storno auf die Abschlussvergütung und Bewertung aus?

Eine Prüfung im Hinblick auf eine mögliche Vergütungsbelastung findet immer dann statt, wenn sich der Zahlbeitrag reduziert und sich Vergütungen noch in der Stornohaftung befinden. Wenn in der Beitragsstundungsphase kein Minderbeitrag entsteht, erfolgt keine anteilige Abschlussvergütungsbelastung. Die Belastung in der Stornohaftung wird z. B. dann vorgenommen, wenn

- der Vertrag (teil-)gekündigt wird,
- ein Tarifwechsel mit Minderbeitrag policiert wird,
- eine Umstellung in den Notlagentarif policiert wird.

Werden alle Beitragsrückstände inklusive sämtlicher Kosten und Gebühren beglichen, endet die Versicherung im Notlagentarif und es folgt im Regelfall eine Rückumstellung in den Ursprungstarif, ab dem ersten Tag des übernächsten Monats. Hier besteht dann ein Anspruch auf die Wiedergutschrift der belasteten Vergütungen unter Anrechnung der bisherigen Stornohaftungszeit.

Durch die Stundung der Beiträge wird in der Regel keine Umstellung in den Notlagentarif veranlasst.

Die Bewertung folgt dem Schicksal der Abschlussvergütung.

2. Wie wirkt sich ein Storno auf die Bestandspflege aus?

Beginnend ab der 1. Mahnung wird die Bestandspflegegeldzahlung für den betroffenen Vertrag ausgesetzt (Ausnahme: bKV).

In der Beitragsstundungsphase ist das Mahnverfahren ausgesetzt, daher wird im Regelfall während der Beitragsstundungsphase das Bestandspflegegeld ausgezahlt. Allerdings könnte der Vertrag bereits erstmalig angemahnt worden sein, bevor eine Beitragsstundung angeboten und hinterlegt wurde. In einem solchen Fall ist die Bestandspflegegeldzahlung ausgesetzt, wenn der Mahnstatus erst nach dem monatlichen Bestandspflegegeldlauf manuell entfernt wird.

Spätestens ab Kündigung des Vertrags, Tarifwechsel in einen Tarif ohne Bestandpflegevergütung, Umstellung in den Notlagentarif, entfällt die Zahlung des Bestandspflegegeldes.

3. Welche Möglichkeiten bestehen im Falle einer Stornobelastung?

[Abgelaufene Maßnahme]

Durch Liquiditätsengpässe der Kunden wegen der Corona-Pandemie und der daraufhin ausgelösten Stornos kann die Stornobelastung selbst zu Liquiditätsengpässen führen. Um diese Situationen zu vermeiden, hat die APKV temporär kulante Sonderregelungen eingeführt. Bereits durch die Möglichkeit der Kunden, ihre Beiträge zu stunden, wird in der Regel eine Umstellung in den Notlagentarif und in der Folge eine Stornobelastung beim Vermittler vermieden. Darüber hinaus war es uns ganz besonders wichtig, zusätzlich für den Vermittler eine gezielte Regelung zu schaffen, die nach individueller Situation genutzt werden kann.

Ab sofort besteht in dem Zeitraum vom 01.04.2020 bis zum 30.06.2020 die Möglichkeit, künftig auf Antrag eine erfolgte Stornobelastung der Tarife aus der HKV für bis zu fünf Monate vorübergehend gutschreiben zu lassen. Dies können Sie bei HKV-Stornobelastungen nutzen, die durch

- einen Tarifwechsel mit Minderbeitrag,
- Umstellung auf eine Anwartschaftsversicherung (AwV) oder
- Kündigung z. B. wegen Eintritt der gesetzlichen Versicherungspflicht entstanden ist.

Die Beantragung der Wiedergutschrift der definierten Stornobelastungen kann über die Maklerbetreuung bzw. die Service Zentrale geltend gemacht werden und bezieht sich auf die Abschlusscourtage und Beitragserhalt-Courtage (BERH).

Als Orientierungswert für einen solchen Antrag gelten 200 EUR aufwärts je HKV-Stornobelastung, und Sie können entscheiden, nach wie vielen Monaten die Wiedergutschrift der HKV-Stornobelastung zurückgenommen werden soll. In Abhängigkeit von den individuell gemachten Angaben im Antrag erfolgt eine Wiedergutschrift der Courtage und Vormerkung des Rücknahmetermins. Nach Ablauf des Rücknahmetermins erfolgt eine abschließende Prüfung und Rückbelastung der Gutschrift.

Die Anträge können Sie

- unter Angabe der betroffenen Vertragsnummer (AK-zehnstellige Vertragsnummer) sowie
- nach wie vielen Monaten (1-5 Monate) die Rücknahme erfolgen soll, über Ihre Maklerbetreuung bzw. Ihre Regionalvertriebsleitung einreichen lassen. Wenn die Anzahl der Monate nicht angegeben wird, werden 3 Monate angewendet.

4. Wie wirkt sich eine Stundung auf die Courtage aus?

Eine Stundung alleine führt nicht zu einer Stornobelastung in der Stornohaftzeit. Die Haftzeiten bleiben dann unverändert. Dies gilt unabhängig davon, ob ein HKV-, ZV- oder bKV-Tarif gestundet wird.

Kundenkommunikation

1. Welche Kommunikationsmaßnahmen sind für die Kunden geplant?

[Ergänzung am 18.12.2020]

- Auf www.allianz.de finden die Kunden viele hilfreiche Informationen rund um Corona. Darüber hinaus wurde eine neue spartenübergreifende Landingpage mit den häufigsten Fragen und Antworten der Kunden erstellt ([Link](#)). So können Ihre Kunden viele Fragen selbst nachlesen. Die Seite wird laufend aktualisiert.
- Im Rahmen der Pandemie-Verordnung vom 30.11.2020 zu Schutzmasken sind alle Krankenversicherungsunternehmen verpflichtet, ihre Kunden mit zwei fälschungssicheren Coupons für den Erwerb von Masken in Apotheken anzuschreiben. Diese Aktion erfolgt automatisiert durch die APKV bis zum 31.12.2020. Für Details zu den Coupons siehe Leistung und Gesundheitsservices, Frage 18.