

## Gesetz vom 4. April 2014 Segmentierungskriterien

---

Laut Gesetz vom 4. April 2014 (Art. 45 § 1) über die Versicherungen sind Versicherungsgesellschaften verpflichtet, für jede Vertragsart gesondert, auf ihrer Website die Segmentierungskriterien zu veröffentlichen, die beim Abschluss der Versicherungsverträge, beim Inkrafttreten der Verträge, bei der Tarifierung (Berechnung der Erstattungen) oder der Erweiterung des Versicherungsschutzes zur Anwendung kommen. Der Versicherer muss klar und deutlich begründen, was ihn zur Anwendung dieser Segmentierungskriterien veranlasst.

### **Was bedeutet Segmentierung?**

Es handelt sich um ein Risikoausleseverfahren, das dem Versicherungsunternehmen die Möglichkeit bietet, die Reichweite des Versicherungsschutzes und die Höhe der Prämie entsprechend der unterschiedlichen Risiken unter den Versicherungsnehmern zu bestimmen. Wenn der Krankenversicherungsvertrag abgeschlossen wird, aber auch während er bereits läuft, wenden die Versicherungsgesellschaften Segmentierungskriterien an, die den Zugang zu Versicherungsverträgen einschränken können oder die Höhe der Prämie sowie den sachlichen Geltungsbereich des Vertrags bestimmen.

### **Wen betrifft die Segmentierung?**

Die Segmentierung gilt für jede Person, die einen Versicherungsvertrag des Zweigs „Krankheit“ abschließt, und für alle Versicherten, die durch diesen Vertrag abgedeckt sind.

### **Wann kommt die Segmentierung zur Anwendung?**

Die Segmentierungskriterien können beim Abschluss, bei der Erneuerung, aber auch während der gesamten Laufzeit des Versicherungsvertrags zur Anwendung kommen.

### **Krankenhausversicherungen - Segmentierungskriterien bei der Annahme von Versicherungswilligen**

Die Versicherungsprodukte der VGaG CKK-Assura stehen allen Personen offen, die Mitglied der CKK sind, ohne Segmentierung aufgrund des Gesundheitszustands oder der Wohngegend.

Für die Versicherung Hospi + gibt es keine Begrenzung, die auf dem Alter des Versicherungswilligen beruht.

Bei den Versicherungsprodukten Hospi +100 und Hospi +200 ist das Alter ein Aufnahmekriterium. Nach dem 70. Lebensjahr ist der Abschluss nämlich an die Voraussetzung gebunden, vorher im Rahmen einer ähnlichen Versicherung abgesichert gewesen zu sein.

### **Krankenhausversicherungen - Segmentierungskriterien bei der Tarifierung**

Die Ermittlung der Höhe der Prämie erfolgt nach dem Alter des Versicherungsnehmers und seiner Mitversicherten. Statistisch ist es nämlich erwiesen, dass das Risiko, weniger gesund zu sein/stationär behandelt zu werden mit dem Alter zunimmt. Der Versicherer muss sich darauf einstellen, mehr Schadensfälle übernehmen zu müssen, weshalb die Prämie mit zunehmendem Alter steigt.



Die Segmentierung erfolgt auf zwei Arten. Dabei wird zum einen das Alter des Versicherungsnehmers zum Zeitpunkt des ersten Versicherungsabschlusses (vor oder nach dem 45. Lebensjahr) und zum anderen das Alter der Versicherungsnehmers im Jahr der Prämienzahlung berücksichtigt.



Genauer gesagt unterscheidet sich die Höhe der Prämie nach den folgenden Altersstufen: 0 bis 18 Jahre, 18 bis 24 Jahre, 25 bis 49 Jahre, 50 bis 64 Jahre, 65 bis 69 Jahre und ab 70 Jahren. Andererseits gilt ein Prämienzuschlag von 10 Prozent, wenn der erstmalige Versicherungsabschluss zwischen 45 und 49 Jahren erfolgt, von 15 %, wenn der erstmalige Versicherungsabschluss zwischen 50 und 54 Jahren erfolgt, von 30 %, wenn der erstmalige Versicherungsabschluss zwischen 55 und 59 Jahren erfolgt, und von 50 %, wenn der erstmalige Versicherungsabschluss zwischen 60 und 69 Jahren erfolgt.

Wenn die versicherte Person durch eine ähnliche frühere Krankenhausversicherung vom Typ „tatsächliche Kosten“ abgedeckt war und die Prämien bei ihrem früheren Versicherer regelmäßig gezahlt wurden, wird eine Befreiung von der Wartezeit gewährt.

Für Krankenhausaufenthalte von Erwachsenen gilt pro Kalenderjahr eine Selbstbeteiligung von 100 Euro für Zuschläge im Zusammenhang mit dem Einzelzimmer. Für Kinder unter 18 Jahren wird kein Selbstbehalt erhoben.

### **Zahnzusatzversicherungen - Segmentierungskriterien bei der Annahme von Versicherungswilligen**

Da eine Zahnzusatzversicherung für bestehende oder geplante Behandlungen abgeschlossen werden kann, sieht die VGaG bei einem neuen Versicherungsabschluss eine Warte- oder Probezeit ohne Leistungsanspruch vor. Diese Maßnahmen ermöglichen somit die Begrenzung eines opportunistischen Versicherungsabschlusses und begrenzen die Höhe der von den Versicherten geforderten Prämien.

### **Zahnzusatzversicherungen- Segmentierungskriterien bei der Tarifierung**

Die Ermittlung der Höhe der Prämie erfolgt nach dem Alter des Versicherungsnehmers und der Mitversicherten. Statistisch ist es nämlich erwiesen, dass das Risiko, weniger gesund zu sein mit dem Alter zunimmt. Der Versicherer muss sich darauf einstellen, mehr Schadensfälle übernehmen zu müssen, weshalb die Prämien mit zunehmendem Alter steigen.

Die Segmentierung erfolgt auf zwei Arten. Zum einen wird das Alter des Versicherungsnehmers zum Zeitpunkt des ersten Versicherungsabschlusses (vor oder nach dem 45. Lebensjahr), zum anderen das Alter des Versicherungsnehmers im Jahr der Prämienzahlung berücksichtigt.

Genauer gesagt unterscheidet sich die Höhe der Prämie nach den folgenden Altersstufen: 0 bis 7 Jahre, 7 bis 17 Jahre, 18 bis 29 Jahre, 30 bis 49 Jahre, 50 bis 64 Jahre, und ab 65 Jahren.

Andererseits gilt ein Prämienzuschlag von 10 Prozent, wenn der erstmalige Versicherungsabschluss zwischen 45 und 54 Jahren erfolgt, von 20 %, wenn der erstmalige Versicherungsabschluss zwischen 55 und 64 Jahren erfolgt, und von 40 %, wenn der erstmalige Versicherungsabschluss nach 65 Jahren erfolgt.

Wenn die versicherte Person durch eine ähnliche Zahnversicherung abgesichert war, wird die Anzahl der Jahre, in denen die frühere ähnliche Versicherung abgeschlossen wurde, bei der Bestimmung der Jahreshöchstgrenze berücksichtigt. Eine Befreiung von der Wartezeit wird gewährt, wenn der Versicherungsnehmer seine Prämien regelmäßig gezahlt hat.

Und schließlich erhalten die Versicherungsnehmer, die gleichzeitig eine Krankenhausversicherung besitzen, eine Prämienermäßigung.



## Zahnzusatzversicherungen - Segmentierungskriterien während der Laufzeit des Vertrags



Die Zahnzusatzversicherung Denta + soll die Gesundheits- und Entschädigungspflichtversicherung (gesetzliche Krankenversicherung) ergänzen. Da die gesetzliche Krankenversicherung bestimmte zahnärztliche Versorgungsleistungen je nach dem Alter des Versicherten unterschiedlich erstattet und bestimmte Alterskategorien von Leistungen ausschließt, dürfen die Kostenerstattungen der Denta + auch je nach Altersgruppe unterschiedlich ausfallen, aber dieser Unterschied hat sich immer nach der Leistungsabsicherung der gesetzlichen Krankenversicherung zu richten.

## Versicherung ambulante Leistungen - Segmentierungskriterien bei der Annahme von Versicherungswilligen

Da eine Versicherung ambulante Leistungen für bestehende oder geplante Behandlungen abgeschlossen werden kann, sieht die VGaG bei Neuabschlüssen eine Warte- oder Probezeit vor. Diese Maßnahmen ermöglichen somit die Begrenzung eines opportunistischen Versicherungsabschlusses und begrenzen die Höhe der von den Versicherten geforderten Prämien.

Für die Versicherung Medi + gibt es keine Begrenzung, die auf dem Alter des Versicherungswilligen beruht.

## Versicherung ambulante Leistungen - Segmentierungskriterien bei der Tarifierung

Anhand des Alters des Versicherungsnehmers und der Mitversicherten kann die Höhe der Prämie bestimmt werden. Tatsächlich belegen Statistiken, dass die Wahrscheinlichkeit, weniger gesund zu sein, mit zunehmendem Alter steigt. Der Versicherer muss damit rechnen, dass er mehr Schadensfälle abdeckt, und das erklärt den Anstieg der Prämien mit zunehmendem Alter.

Die Segmentierung erfolgt auf zwei Arten. Dabei wird einerseits das Alter der Versicherten zum Zeitpunkt des ersten Versicherungsabschlusses (vor oder nach 50 Jahren) und andererseits das Alter der Versicherten im Jahr der Prämienzahlung berücksichtigt.

Genauer gesagt unterscheidet sich die Höhe der Prämie auf der Grundlage der folgenden Altersgruppen: Unter 7 Jahren, 7 bis 19 Jahre, 20 bis 34 Jahre, 35 bis 49 Jahre, 50 bis 64 Jahre, 65 bis 74 Jahre und ab 75 Jahren.

Andererseits gilt ein Prämienzuschlag von 10 Prozent, wenn der erstmalige Versicherungsabschluss zwischen 50 und 64 Jahren erfolgt, von 20 %, wenn der erstmalige Versicherungsabschluss zwischen 65 und 74 Jahren erfolgt und um 30 %, wenn der erstmalige Versicherungsabschluss ab 75 Jahren erfolgt.

Wenn der Versicherte bei einer ähnlichen ambulanten Versicherung versichert war, wird eine Befreiung von der Wartezeit gewährt, wenn der Versicherungsnehmer bei seinem vorherigen Versicherer seine Prämien regelmäßig gezahlt hat.

## Versicherung ambulante Leistungen - Segmentierungskriterien während der Laufzeit des Versicherungsvertrags

Die Versicherung Medi + soll die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung (gesetzliche Krankenversicherung) ergänzen. Da die gesetzliche Krankenversicherung und die Zusatzversicherung der CKK bei bestimmten Versorgungsleistungen je nach Alter und Sozialleistungen (EKE) des Mitglieds unterschiedlich erstattet, darf der Versicherungsschutz von Medi + je nach Alter und Sozialleistungen (EKE) unterschiedlich ausfallen, aber dieser Unterschied hat sich immer nach der Leistungsabsicherung der gesetzlichen Krankenversicherung und der Zusatzversicherung der CKK zu richten.

