

Leistungsvergleich

VP: Max Mustermann, geb. XX.XX.1982, männlich, Vers.-Beginn: 01.08.2013

HanseMercur			ARAG		AXA	
Bereich	Tarifname	Beitrag	Tarifname	Beitrag	Tarifname	Beitrag
Ambulant	KVS1	201,10	K600	291,44	Vital 300-U	326,11
Stationär	PSV	32,23				
Zahn					Prem Zahn-U	77,90
Pflegepflicht	PVN	20,12	PVN	19,80	PVN	20,11
KT	T43 /85	27,12	37 /85	24,65	KTGV 42-U /85	34,26
Gesetzl. Zuschlag		23,33		29,14		40,40
Risikozuschlag		167,82		74,32		255,51
Monatl. Gesamtbeitrag		471,72		439,35		754,29
Beitrag abzgl. AG-Anteil		235,86		219,67		456,79
Jährl. SB		500 EUR		600 EUR		300 EUR

Umfang und Leistung des Versicherungsschutzes ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, den Bestimmungen des gewählten Tarifs, dem Versicherungsschein sowie späteren schriftlichen Vereinbarungen. Grundlage dieses Vorschlages sind die jeweils gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Bitte beachten Sie: Trotz großer Sorgfalt bei der Pflege der Datenbestände kann für die Richtigkeit der Beiträge, Tarifmerkmale und Leistungsaussagen keine Haftung übernommen werden!

Dieser Angebotsdruck wurde über den Tarifnavigator erzeugt, welcher eine freie Tarifzusammenstellung erlaubt. Die Prüfung auf tatsächliche Kombinierbarkeit obliegt dem Berater!

Kurzbeschreibung

KVS1

Kompakter Tarif (ASZ), Mehrbett-Zimmer, Zahnbehandlung 100%, Zahnersatz 80%, Kieferorthopädie 80%, Heilpraktikerleistungen, Naturheilverfahren (Hufeland), Psychotherapieleistungen, Sehhilfen bis 100 EUR, GOÄ: bis zum Höchstsatz (3,5-fach), Selbstbeteiligung: 500 EUR (AZ), bis 19. Lebensjahr 0 EUR, Primärarztprinzip(!), Optionsrecht, Tarifgeneration Unisex, Tarif aufgelegt am 01.01.2013

PSV

Stationärer Tarif, 1- oder 2-Bett-Zimmer (Diff. Mehrbett) mit Chefarztbehandlung, GOÄ: ohne Begrenzung, Tarifgeneration Unisex, Tarif aufgelegt am 01.01.2013

T43

Krankentagegeldtarif für angestellte, freiberufliche und selbständige Personen mit Leistungsbeginn ab dem 43. Tag, Tagegeld 5 bis 250 EUR versicherbar, Tarifgeneration Unisex, Tarif aufgelegt am 01.01.2013

PVN

Pflegepflichttarif, Tarif aufgelegt am 01.01.1995, BAP 01.01.2013

K600

Kompakter Tarif (ASZ), 1- oder 2-Bett-Zimmer mit Chefarztbehandlung, Zahnbehandlung 100%, Zahnersatz 80%, Kieferorthopädie 80%, Heilpraktikerleistungen, Naturheilverfahren, Psychotherapieleistungen, Sehhilfen bis 150 EUR, GOÄ: bis zum Höchstsatz (3,5-fach) - Stationär ohne Begrenzung, Selbstbeteiligung: 600 EUR (ASZ), bis 20. Lebensjahr 300 EUR, Primärarztprinzip(!), Optionsrecht, Tarifgeneration Unisex, Tarif aufgelegt am 01.01.2013

37

Krankentagegeldtarif für angestellte, freiberufliche und selbständige Personen mit Leistungsbeginn ab dem 43. Tag, Tagegeld ab 1 EUR ohne Höchstgrenze versicherbar, Tarifgeneration Unisex, Tarif aufgelegt am 01.01.2013

PVN

Pflegepflichttarif, BAP 01.01.2013

Vital 300-U

Kompakter Tarif (AS), 2-Bett-Zimmer mit Chefarztbehandlung, Heilpraktikerleistungen, Naturheilverfahren, Psychotherapieleistungen, Sehhilfen bis 250 EUR, Kurleistungen, GOÄ: ohne Begrenzung, Selbstbeteiligung: 300 EUR (AS), bis 19. Lebensjahr 150 EUR, Optionsrecht, Tarifgeneration Unisex, Tarif aufgelegt am 01.01.2013

Prem Zahn-U

Zahnärztlicher Tarif, Zahnbehandlung 100%, Zahnersatz 90%, Kieferorthopädie 100%, GOZ: bis zum Höchstsatz (3,5-fach), Optionsrecht, Tarifgeneration Unisex, Tarif aufgelegt am 01.01.2013

KTGV 42-U

Krankentagegeldtarif für angestellte, freiberufliche und selbständige Personen mit Leistungsbeginn ab dem 43. Tag, Tagegeld 5 bis 300 EUR versicherbar, Tarifgeneration Unisex, Tarif aufgelegt am 01.01.2013

PVN

Pflegepflichttarif, BAP 01.01.2013

Leistungsvergleich

Leistungen Ambulant

**HanseMerkur
KVS1**

**ARAG
K600**

**AXA
Vital 300-U**

Ambulante Behandlungen

Primärarztprinzip! Erstattungsfähig sind
 - 100% für die Erst- und Folgebehandlung, wenn die Erstbehandlung durch einen Facharzt für Allgemeinmedizin, einen praktischen Arzt, einen Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung (der an der hausärztlichen Versorgung teilnimmt), einen Frauen-, Kinder- oder Augenarzt erfolgt. Für ambulante Operationen und die Erstversorgung in einem akuten Notfall, wenn kein Primärarzt zu erreichen ist, gilt die Erstattung wie bei einer Behandlung durch einen Primärarzt.
 - 80% für die Erst- und Folgebehandlung, wenn für die Erstbehandlung nicht einer der o.g. Ärzte in Anspruch genommen wird. Die Leistung wird auf 100% erhöht, wenn der Versicherte die weitere Behandlung durch einen Primärarzt durchführen lässt oder dieser den Versicherten nach Untersuchung an einen Facharzt überweist.
 Mitversichert sind auch die in der Praxis bewährten Methoden (Naturheilverfahren), die nicht zur Schulmedizin gehören; bis max. zu dem Betrag, der bei Schulmedizin angefallen wäre. Dies sind z.B. Akupunktur, Neuraltherapie und Homöopathie.
 - 80% für die Naturheilkundlichen Leistungen des Arztes, die im Hufelandverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen und im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker aufgeführt sind. Der erstattungsfähige Rechnungsbetrag ist im Rahmen der Gesamterstattung für Ärzte, Heilpraktiker und Arzneimittel im Zusammenhang mit deren Behandlung begrenzt auf 1.000,-EUR pro Versicherungsjahr. Der Rechnungsbetrag ist im ersten Versicherungsjahr begrenzt auf 100,-EUR und im zweiten Versicherungsjahr auf 200,-EUR. Behandlungskosten nach dem Hufelandverzeichnis werden bis zu den Regelhöchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte erstattet.

Primärarztprinzip! Erstattungsfähig sind
 - 100% für die Erst- und Folgebehandlung, wenn die Erstbehandlung durch einen Arzt für Allgemeinmedizin oder praktischen Arzt, einen Internist mit hausärztlicher Versorgung, einen Frauenarzt, Kinderarzt oder Augenarzt, einen Notarzt oder Bereitschaftsarzt erfolgt.
 - 80%, wenn für die Erstbehandlung nicht einer der o.g. Ärzte in Anspruch genommen wird
 - 100% für die Folgebehandlung, wenn die Weiterbehandlung durch einen der o.g. Ärzte veranlasst wird.
 - 100% für Behandlungen im Ausland während einer kurzfristigen Auslandsreise.
 Mitversichert sind auch die in der Praxis bewährten Methoden (Naturheilverfahren), die nicht zur Schulmedizin gehören; bis max. zu dem Betrag, der bei Schulmedizin angefallen wäre.

Ambulante ärztliche Behandlung ist erstattungsfähig. Mitversichert sind auch die in der Praxis bewährten Methoden (Naturheilverfahren), die nicht zur Schulmedizin gehören; bis max. zu dem Betrag, der bei Schulmedizin angefallen wäre.

Leistungsvergleich

Vorsorgeuntersuchungen

Erstattungsfähig sind zu 100%, wenn die Erstbehandlung durch einen Primärarzt erfolgt, sonst zu 80% ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen). Erstattungsfähig sind folgende Vorsorgeleistungen:

1.) Zusätzliche

Kindervorsorgeuntersuchung im Alter von 8, 10, 12 und 14 Jahren (jeweils einmalig)

2.) eine Jugendvorsorgeuntersuchung (Alter 15 - 19 Jahre)

3.) Erwachsene

a) erweiterte Krebsvorsorge (einmal in 3 Jahren):

- für Frauen ab dem 20. Lebensjahr: gynäkologische Anamnese und Beratung;

Ultraschall der Gebärmutter, der Eierstöcke, eines weiteren Organs; Blutentnahme, Blutbild, Differenzialblutbild; Nativpräparat; Urin-Teststreifen

- für Männer ab dem 45. Lebensjahr: Urologische Anamnese und Beratung;

Ultraschall der Prostata, der Nieren, eines weiteren Organs, PSA-Test; Blutentnahme, Blutbild, Differenzialblutbild; Urin-Teststreifen

b) Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten,

Lungenfunktionsprüfung, Belastungs-EKG, Blutentnahme, Blutsenkung, Blutbild, Differenzialblutbild,

Urin-Teststreifen (ab dem 20. Lebensjahr, einmal in 4 Jahren)

c) Lungenfunktionsprüfung, Belastungs-EKG, Blutsenkung, Blutbild, Differenzialblutbild,

Blutuntersuchungen, Urin-Teststreifen (ab dem 35.

Lebensjahr, einmal in 2 Jahren). Erstmals nach 2 Jahren und

anschließend alle 2 Jahre kann ein Kostenzuschuss für

Vorsorgeuntersuchungen außerhalb gesetzlicher Programme beantragt werden.

Darüber hinaus sind als Beitragsrückerstattung ab einem bestimmten Alter bestimmte

Vorsorgeuntersuchungen erstattungsfähig.

Für die Erstattung von Vorsorgeuntersuchungen gilt die tarifliche Selbstbeteiligung.

Werden Vorsorgeuntersuchungen erstattet, entfällt eine

Beitragsrückerstattung (BRE).

Ausnahme: die im Rahmen einer BRE ausgestellten Vorsorgeschecks für

Vorsorgeuntersuchungen.

Erstattungsfähig sind zu 100%, wenn die Erstbehandlung durch einen Primärarzt erfolgt, sonst zu 80% Vorsorgeuntersuchungen nach den gesetzlich eingeführten Programmen und darüber hinaus lt. einer Liste des Versicherers. Die Liste enthält die erstattungsfähigen ambulanten Vorsorgeuntersuchungen inkl. GOÄ-Ziffern. Die Erstattung von Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen erfolgt unabhängig von einer tariflich bestehenden Selbstbeteiligung. Die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen beeinflussen die Beitragsrückerstattung nicht.

Vorsorgeuntersuchungen nach den gesetzlich eingeführten Programmen sind ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig. Die Erstattung von Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen erfolgt unabhängig von einer tariflich bestehenden Selbstbeteiligung. Die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlichen Programmen und für im Tarif genannte Schutzimpfungen beeinflussen die Beitragsrückerstattung nicht.

Leistungsvergleich

Arznei- und Verbandmittel

Arznei- und Verbandmittel sind zu 100% erstattungsfähig, wenn die Erstbehandlung durch einen Primärarzt erfolgt, sonst zu 80%. Dazu gehören auch medizinische Nährlösungen zur künstlichen Ernährung (enterale Ernährung). Erstattungsfähig sind die Arzneimittel auf Grund naturheilkundlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden des Arztes oder Heilpraktikers, die im Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapieeinrichtungen und im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker aufgeführt sind, zu 80%. Der erstattungsfähige Rechnungsbetrag ist im Rahmen der Gesamterstattung für Ärzte, Heilpraktiker und Arzneimittel im Zusammenhang mit deren Behandlung begrenzt auf 1.000,-EUR pro Versicherungsjahr. Der Rechnungsbetrag ist im ersten Versicherungsjahr begrenzt auf 100,-EUR und im zweiten Versicherungsjahr auf 200,-EUR.

Erstattungsfähig sind im Rahmen der Gesamterstattung für Arznei- und Verbandmittel, Heil- und Hilfsmittel (ohne Sehhilfen) 80% der Aufwendungen für ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.500,-EUR pro Kalenderjahr, darüber hinaus zu 100%. Als Arzneimittel gelten verschreibungspflichtige Medikamente und Nähr- und Stärkungsmittel zur künstlichen Ernährung im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen.

Arznei- und Verbandmittel sind erstattungsfähig.

Leistungsvergleich

Hilfsmittel

Erstattungsfähig sind im Rahmen einer einfachen Standardausführung (offener Hilfsmittelkatalog):

- Hör- und Sprechhilfen bis 1.000,-EUR je Hilfsmittel; die aus medizinischen Fachgeschäften bezogenen Bandagen und Kompressionsstrümpfe, orthopädischen Schuhe, Einlagen und Schuhzurichtungen, Blutgerinnungsmessgeräte, Insulin- und Medikamentenpumpen, Absauggeräte, Heimdialysegeräte, Rollatoren und Krankenfahrstühle (Höchstbeträge sind beim Versicherer zu erfragen), Stoma- und Inkontinenzversorgungsartikel
- Körperersatzstücke (Prothesen, Epithesen), Orthesen und orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate bis zu 15.000,-EUR je Hilfsmittel
- Sauerstoffkonzentratoren, Flüssigsauerstoff, Beatmungsgeräte, Herz- und Atemmonitore sowie Pulsoxymeter werden vom Versicherer zur Verfügung gestellt
- lebenserhaltende Hilfsmittel, wenn die lebenserhaltende Funktion durch kein hier genanntes Hilfsmittel gewährleistet werden kann.

Bei Hilfsmitteln mit einem Anschaffungspreis, einer Versorgungspauschale oder jährlichen Mietkosten ab 3.000,-EUR ist eine vorherige Zusage des Versicherers erforderlich.

Hilfsmittel (offener Hilfsmittelkatalog, inkl. Einweisung, Reparatur und Wartung) in funktionaler Standardausführung (wenn sie aus medizinischer Sicht notwendig sind, um eine körperliche Behinderung zu mildern, zu heilen oder auszugleichen) sind im Rahmen der Gesamterstattung für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel (ohne Sehhilfen) zu 80% bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 2.500,-EUR je Kalenderjahr erstattungsfähig; darüber hinaus zu 100%. Hilfsmittel bis 1.000,-EUR Bezugspreis sind ohne vorherige Zusage erstattungsfähig. Wird ein Hilfsmittel ab 1.000,-EUR ohne vorherige Zusage des Versicherers bezogen, sind 80% des Rechnungsbetrages erstattungsfähig.

Erstattungsfähig sind Hilfsmittel zu 100%, sofern der Versicherer mit der Beschaffung beauftragt wird. Unter Beachtung des individuellen, medizinisch notwendigen Bedarfs und der Wirtschaftlichkeit ist eine Leihe möglich.

Wird der Versicherer nicht beauftragt, ist er berechtigt, die Erstattung auf 75% zu kürzen. Diese Kürzung gilt nicht bei

- orthopädischen Schuhen, Einlagen und Bandagen
- Hilfsmitteln mit summenmäßigen Begrenzungen
- unfallbedingt erforderlichen Hilfsmittel innerhalb von 2 Tagen.

Als Hilfsmittel gelten (offener Hilfsmittelkatalog): elektronische Lesegeräte (bis maximal 2.450,-EUR), Hörgeräte inklusive Otoplastik und Erstausrüstung mit Batterien (bis max. 1.450,-EUR pro Hörgerät), Sprechhilfen inklusive Erstausrüstung mit Batterien; Orthopädische Maßschuhe (pro Schuh fällt ein Eigenanteil von 25,-EUR an), orthopädische Schuhzurichtungen, orthopädische Schuheinlagen, wobei die Anzahl auf 4 Paar pro Kalenderjahr begrenzt ist; Körperersatzstücke (Prothesen, Epithesen, künstliches Auge), Orthesen, Herzschrittmacher, Bandagen, Gehstützen und Kompressionsstrümpfe, Perücken bis zu 520,-EUR bei Folgen einer Chemotherapie sowie bei Alopezie totalis, Unfall-, Bestrahlungs- oder Operationsnarben; Stoma-, Tracheostoma- und Inkontinenzartikel, Milchpumpen, enterale Ernährung und Zubehör; Sauerstoffversorgung mit Sauerstoff-Konzentratoren, Flüssigsauerstoff, Flaschenversorgung, Beatmungsgeräte; Überwachungsmonitore (z.B. Pulsoximeter, Herzüberwachungsmonitore), Insulin-, Infusions- und Schmerzpumpen, Inhalationsgeräte, Absauggeräte sowie Schlafapnoetherapiegeräte (CPAP), Iontophoresegeräte, Gerinnungsmonitore (Coagu-Check), Blutzuckermessgeräte, Blutdruckmessgeräte, Bettnässertherapiegerät (bis max. 120,-EUR); Krankenfahrstühle, Rollatoren, Heimdialysegeräte, Allergikerbettwäsche (= Encasings, bis max. 200,-EUR pro Kalenderjahr), Blindenstock, Anschaffung und Ausbildung (nicht aber der Unterhalt) eines Blindenhundes; Bewegungsschienen (max. 600,-EUR pro Versicherungsfall) und Tens-/EMS-Geräte (bis max. 150,-EUR pro Gerät).

Weitere Hilfsmittel, die im Einzelfall medizinisch notwendig sind, um schwere gesundheitliche Schäden zu begrenzen oder zu vermeiden, werden in funktioneller Standardausführung übernommen.

Leistungsvergleich

Heilmittel

Heilmittel gemäß Bundesbeihilfeverordnung sind zu 90% erstattungsfähig: Inhalation, Krankengymnastik und Bewegungsübungen, Massagen, Hydrotherapie, medizinische Bäder, Packungen, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie, Logopädie, Beschäftigungstherapie (Ergotherapie), Podologie, Schwangerschaftsgymnastik.

Heilmittel gemäß Verzeichnis des Versicherers sind im Rahmen der Gesamterstattung für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel (ohne Sehhilfen) zu 80% bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 2.500,-EUR je Kalenderjahr, darüber hinaus zu 100% erstattungsfähig. Heilmittel, wenn sie durch Ärzte, Heilpraktiker oder staatlich geprüfte Angehörige von Heilhilfsberufen erbracht werden, sind Inhalation, Krankengymnastik und Bewegungsübungen, Massagen, Packungen, Hydrotherapie, medizinische Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie, Logopädie, Beschäftigungstherapie (Ergotherapie), Podologie.

Heilmittel gemäß Verzeichnis des Versicherers sind zu 90% erstattungsfähig: Inhalation, Krankengymnastik und Bewegungsübungen, Massagen, Packungen, Hydrotherapie, medizinische Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie, Logopädie, Beschäftigungstherapie (Ergotherapie), Podologie. Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik sowie Geburtsvorbereitungskurse durch Hebammen sind zu 100% erstattungsfähig.

Sehhilfen

100,-EUR für Brillengestelle, Brillengläser und Kontaktlinsen. Ein erneuter Anspruch entsteht nach Ablauf von 36 aufeinander folgenden Monaten seit dem letzten Bezug. Keine Leistung für Reinigungsmittel.

150,-EUR für Brillengestelle, Brillengläser und Kontaktlinsen. Ein erneuter Anspruch entsteht nach Ablauf von 36 aufeinander folgenden Monaten seit dem letzten Bezug. Keine Leistung für Reinigungsmittel.

Erstattungsfähig sind
- 250,-EUR innerhalb von 2 aufeinander folgenden Versicherungsjahren für Brillengestelle, Brillengläser und Kontaktlinsen
- Laser(Lasik)-Operationen zur Sehschärfenkorrektur.
Keine Leistung für Reinigungsmittel.

Heilpraktiker

Erstattungsfähig sind 80% bis zu 1.000,-EUR Rechnungsbetrag (insgesamt für Heilpraktiker und Ärzte). Erstattungsfähig sind die im Rahmen einer ambulanten, stationären und zahnärztlichen Heilbehandlung angewendeten naturheilkundlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie die verordneten Arznei-, Verband- und Heilmittel, die im Hufelandverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen und im gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sind. Die Rechnungsbeträge sind im 1.Versicherungsjahr auf 100,-EUR und im 2.Versicherungsjahr auf 200,-EUR begrenzt. Erstattungsfähig sind die Leistungen des Heilpraktikers, soweit das Honorar im Rahmen der Beträge des jeweils gültigen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) liegt und die Regelhöchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) nicht überschritten werden.

Erstattungsfähig ist zu 80% ambulante Heilbehandlung durch Heilpraktiker einschließlich verordneter Arznei-, Verband- und Heilmittel und von ihm in Auftrag gegebene Laboruntersuchungen bis zu einem Jahreshöchstbetrag von 500,-EUR. Die Erstattung erfolgt bis zu den im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) genannten Mindestbeträgen.

Erstattungsfähig sind bis zu einer Gesamtleistung von 1.000,-EUR pro Jahr die verordneten Arzneimittel sowie die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH, 1985), die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Erstattungsfähig sind auch Methoden, die sich als ebenso (wie die Schulmedizin) Erfolg versprechend erwiesen haben bzw. die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen. Die Erstattung erfolgt bis zu den im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) genannten Höchstbeträgen.

Naturheilverfahren

80% gemäß Hufelandverzeichnis bis max. Rechnungsbetrag 1000 EUR.

100% bei Primärarztprinzip, ansonsten 80%.

100%.

Leistungsvergleich

Psychotherapie ambulant

Erstattungsfähig sind 70% bis zu 50 Sitzungen pro Jahr. Die vorherige Genehmigung ist erforderlich. Psychotherapie durch approbierte Psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten im Sinne des Psychotherapeutengesetzes ist möglich. Voraussetzung ist, dass sie nach der jeweils gültigen Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten (GOP) abgerechnet wird.

Erstattungsfähig sind 80% der Kosten bis zu 50 Sitzungen pro Jahr. Die vorherige Genehmigung ist nicht erforderlich. Behandlung auch durch niedergelassene ärztliche Psychotherapeuten, sowie den im Arztregister eingetragenen, in eigener Praxis tätigen psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist möglich.

Erstattungsfähig sind pro Jahr: 100% der Kosten für die ersten 30 Sitzungen, 80% für die 31. bis 60. Sitzung, 70% für jede weitere Sitzung. Die vorherige Genehmigung ist nicht erforderlich. Behandlung auch durch niedergelassene ärztliche Psychotherapeuten, sowie den im Arztregister eingetragenen, psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist möglich.

Gebührenordnung ambulant

Die Leistungen werden bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattet, d.h.:
 - bis zu dem 3,5-fachen Satz für persönliche ärztliche Leistungen
 - bis zu dem 2,5-fachen Satz für medizinisch-technische Leistungen
 - bis zu dem 1,3-fachen Satz für Laborleistungen.

Die Leistungen werden bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattet, d.h.:
 - bis zu dem 3,5-fachen Satz für persönliche ärztliche Leistungen
 - bis zu dem 2,5-fachen Satz für medizinisch-technische Leistungen
 - bis zu dem 1,3-fachen Satz für Laborleistungen.

Die Leistungen werden auch über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus erstattet, soweit dies sachlich angemessen und rechtlich begründet ist.

Ambulante Kuren

Ambulante Kurbehandlung ist nicht erstattungsfähig. Ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort ist erstattungsfähig, d.h. die sog. Kurortklausel wird nicht angewendet.

Ambulante Kurbehandlung ist nicht erstattungsfähig. Ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort ist erstattungsfähig, d.h. die sog. Kurortklausel wird nicht angewendet.

Ambulante Kurbehandlung (ärztliche Behandlung, Kurplan, Arzneien, physikalische Therapie und Kurtaxe) ist erstattungsfähig. Die vorherige Genehmigung ist nicht erforderlich. Ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort ist erstattungsfähig, d.h. die sog. Kurortklausel wird nicht angewendet.

Ambulante Operationen

Ambulante Operationen sind unabhängig vom Primärarztprinzip zu 100% erstattungsfähig.

Ambulante Operationen sind zu 100% erstattungsfähig, wenn die Erstbehandlung durch einen Primärarzt erfolgt, sonst zu 80%.

Ambulante Operationen sind erstattungsfähig.

Ambulante Transportkosten

Erstattungsfähig sind ambulante Transporte im Rahmen einer ambulanten Operation bis 50,-EUR oder wenn es sich um Rettungstransporte handelt.

Erstattungsfähig sind zu 100%, wenn die Erstbehandlung durch einen Primärarzt erfolgt, sonst zu 80% Fahrten zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt oder Krankenhaus, wenn der Hin- und/oder Rückweg nicht mit einem öffentlichen Verkehrsmittel oder eigenem privaten Kraftfahrzeug zurück gelegt werden kann (ärztliche Bescheinigung erforderlich). Bei eindeutigen Krankheitsbildern (Strahlen- oder Chemotherapie, Dialysebehandlung) kann in Absprache mit dem Versicherer auf die ärztliche Bescheinigung verzichtet werden. Bei Unfällen oder Notfällen ist eine Bescheinigung nicht erforderlich.

Erstattungsfähig sind zu 100% Fahrten zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung bzw. Therapieeinrichtung
 - bei ärztlich bestätigter Geh- oder Sehfähigkeit
 - bei einem Unfall oder Notfall (wenn für die Erstversorgung eine stationäre Aufnahme nicht erforderlich wird). Serienfahrten bei Strahlentherapie, Chemotherapie oder Nierendialyse zu und von der nächstgelegenen Therapieeinrichtung sind zu 75% erstattungsfähig, bei Organisation durch den Versicherer zu 100%.

Leistungsvergleich

Schutzimpfungen

Erstattungsfähig sind zu 100%, wenn die Erstbehandlung durch einen Primärarzt erfolgt, sonst zu 80% Schutzimpfungen nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) des Robert Koch-Institutes in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht.
Nicht versichert sind Impfungen, die durch Auslandsreisen, den Beruf oder durch Freizeitgewohnheiten erforderlich sind.

Erstattungsfähig sind Schutzimpfungen zu 100%, wenn die Erstbehandlung durch einen Primärarzt erfolgt, sonst zu 80%.
Nicht versichert sind Impfungen, die durch Auslandsreisen erforderlich sind.

Erstattungsfähig sind folgende Impfungen nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) des Robert Koch-Institutes: Diphtherie, Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME - Zeckenschutzimpfung), Gripeschutzimpfungen, Hepatitis-A und -B, Keuchhusten, Kinderlähmung, Masern, Mumps, Röteln, TBC und Wundstarrkrampf, Impfungen aufgrund einer berufsbedingten Auslandsreise.
Nicht versichert sind Auslandsreiseschutzimpfungen, die ausschließlich aus Anlass einer privaten Auslandsreise angeraten sind bzw. durchgeführt werden.

Häusliche Krankenpflege

Erstattungsfähig ist häusliche Behandlungspflege durch anerkannte Pflegedienste, wenn sie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist.

Erstattungsfähig ist nach vorheriger schriftlicher Zusage häusliche Behandlungspflege bis zu max. 4 Wochen: medizinisch-diagnostische oder medizinisch-therapeutische Einzelleistungen (z.B. Medikamentengabe, Injektionen, Verbandwechsel, Wundpflege, Katheterwechsel), die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Krankheit gerichtet sind.
Nicht erstattungsfähig sind die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen durch Pflegefachkräfte für
a) Krankenhausvermeidungspflege
Voraussetzungen sind, dass
- eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird
- kein Anspruch auf Leistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung wegen dauernder Pflegebedürftigkeit besteht
- keine im Haushalt lebende Person die Pflege durchführen kann.
Ein Anspruch auf Grundpflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung besteht bis max. 50,-EUR pro Tag für höchstens 14 Tage je Behandlungsfall.
Ein Anspruch auf Behandlungspflege besteht für höchstens 28 Tage je Versicherungsfall. Besteht ein Behandlungsvertrag mit einer GKV, sind die Aufwendungen in dieser Höhe erstattungsfähig.
b) Sicherungspflege
Die Behandlungspflege zur Sicherung der ärztlichen Behandlung (in Höhe eines evtl. geschlossenen Behandlungsvertrages mit einer GKV) ist erstattungsfähig, wenn diese Maßnahme nicht durch eine im Haushalt lebende Person sichergestellt werden kann.

Leistungen Stationär

**HanseMerkur
KVS1, PSV**

**ARAG
K600**

**AXA
Vital 300-U**

Stationäre Unterbringung

Tarif 'KVS1':
Erstattungsfähig ist die Unterkunft im Mehrbettzimmer.

Tarif 'PSV':
Erstattungsfähig ist die gesondert berechnete Unterkunft im 1- oder 2-Bettzimmer (Differenz zur Unterkunft im Mehrbettzimmer).

Erstattungsfähig ist die gesondert berechnete Unterkunft im 1- oder 2-Bettzimmer.

Erstattungsfähig ist
- die gesondert berechnete Unterkunft im 2-Bettzimmer
- bei unfallbedingter stationärer Heilbehandlung die gesondert berechnete Unterkunft im 1-Bettzimmer
- die gesondert berechnete Unterbringung im 1-Bettzimmer mit einem Eigenanteil von 50,-EUR pro Kalendertag.

Leistungsvergleich

Stationäre Behandlungen

Tarif 'KVS1':
Erstattungsfähig ist die Behandlung im Krankenhaus als Regelleistung und gesondert berechnete belegärztliche (nicht wahlärztliche) Leistung.

Tarif 'PSV':
Erstattungsfähig ist die gesondert berechnete privatärztliche Leistung des Krankenhausarztes ("Privatarztbehandlung").

Erstattungsfähig ist die gesondert berechnete privatärztliche Leistung des Krankenhausarztes ("Privatarztbehandlung").

Erstattungsfähig ist die gesondert berechnete privatärztliche Leistung des Krankenhausarztes ("Privatarztbehandlung").

Ersatz-Krankenhaustagegeld

Tarif 'PSV':
Werden keine gesonderte Unterbringung und Verpflegung berechnet, so wird 35,-EUR KHT gezahlt.
Wird keine gesonderte privatärztliche Behandlung berechnet, so wird 25,-EUR KHT gezahlt.
Kinder und Jugendliche erhalten das gleiche KHT.

Werden keine gesonderte Unterbringung, Verpflegung und/oder privatärztliche Behandlung berechnet, so wird kein KHT gezahlt.

Werden keine gesonderte Unterbringung und Verpflegung berechnet, so wird 30,-EUR KHT gezahlt.
Wird keine gesonderte privatärztliche Behandlung berechnet, so wird 40,-EUR KHT gezahlt.
Kinder und Jugendliche erhalten das gleiche KHT.

Psychotherapie stationär

Bei einer stationären Psychotherapie besteht keine Leistungseinschränkung. Die vorherige Genehmigung ist nicht erforderlich.

Bei einer stationären Psychotherapie besteht keine Leistungseinschränkung. Die vorherige Genehmigung ist nicht erforderlich.

Bei einer stationären Psychotherapie besteht keine Leistungseinschränkung. Die vorherige Genehmigung ist nicht erforderlich.

Gebührenordnung stationär

Tarif 'KVS1':
Nur bei Inanspruchnahme eines Belegarztes werden die Leistungen bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattet, d.h.:
- bis zu dem 3,5-fachen Satz für persönliche ärztliche Leistungen
- bis zu dem 2,5-fachen Satz für medizinisch-technische Leistungen
- bis zu dem 1,3-fachen Satz für Laborleistungen.
Ansonsten sind die Regelleistungen erstattungsfähig.

Tarif 'PSV':
Die Leistungen werden auch über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus erstattet, soweit dies sachlich angemessen und rechtlich begründet ist.

Die Leistungen werden auch über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus erstattet, soweit dies sachlich angemessen und rechtlich begründet ist.

Die Leistungen werden auch über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus erstattet, soweit dies sachlich angemessen und rechtlich begründet ist.

Stationäre Kuren

Stationäre Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie REHA-Maßnahmen der gesetzlichen REHA-Träger sind nicht erstattungsfähig.
Leistungen für Anschlussheilbehandlungen (AHB) werden unter folgenden Voraussetzungen erbracht:
- die AHB wird innerhalb von 2 Wochen nach der stationären Akutbehandlung angetreten
- die AHB ist aufgrund bestimmter Krankheitsbilder (Liste des Versicherers) medizinisch notwendig
- es besteht kein Anspruch gegenüber einem anderen Kostenträger.
Die vorherige Genehmigung für eine Anschlussheilbehandlung ist nicht erforderlich.

Stationäre Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie REHA-Maßnahmen der gesetzlichen REHA-Träger sind nicht erstattungsfähig.
Anschlussheilbehandlung ist erstattungsfähig.
Die vorherige Genehmigung ist nicht erforderlich, wird aber aufgrund der schwierigen Abgrenzung zwischen KUR- und Sanatoriumsbehandlung, REHA-Maßnahme bzw. AHB unbedingt empfohlen.

Stationäre Kur- und Sanatoriumsbehandlung ist nicht erstattungsfähig.
Anschlussheilbehandlung ist erstattungsfähig. Die vorherige Genehmigung ist für bestimmte Krankheitsbilder (Liste des Versicherers) bei einer Anschlussheilbehandlung nicht erforderlich, wenn die Behandlung innerhalb von 4 Wochen nach Entlassung aus dem Akutkrankenhaus beginnt.

Leistungsvergleich

Gemischte Anstalten

Erstattungsfähig ist stationäre Heilbehandlung in einer gemischten Anstalt, wenn der Versicherte vorher eine schriftliche Zusage erteilt hat.
 Darüber hinaus ohne schriftliche Zusage, wenn
 - ausschließlich Heilbehandlungen durchgeführt wurden, die eine stationäre Behandlung erforderten
 - für bestimmte Krankheitsbilder (Liste des Versicherten) eine Anschlussheilbehandlung innerhalb von 14 Tagen nach einer stationären Akutbehandlung angetreten wird
 - es sich um eine Notfalleinweisung handelt
 - die Krankenanstalt das einzige Krankenhaus in der Umgebung des Wohnortes oder gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherten war
 - während des Aufenthaltes eine akute Erkrankung auftritt, die eine stationäre Behandlung erforderte.

Erstattungsfähig ist stationäre Heilbehandlung in einer gemischten Anstalt, wenn der Versicherte vorher eine schriftliche Zusage erteilt hat.
 Darüber hinaus ohne schriftliche Zusage, wenn
 - es sich um eine Notfalleinweisung handelt
 - die Krankenanstalt das einzige Krankenhaus in der Umgebung des Wohnortes oder gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherten war
 - während des Aufenthaltes eine akute Erkrankung auftritt, die eine stationäre Behandlung erforderte.

Erstattungsfähig ist stationäre Heilbehandlung in einer gemischten Anstalt, wenn der Versicherte vorher eine schriftliche Zusage erteilt hat.
 Darüber hinaus ohne schriftliche Zusage, wenn
 - für bestimmte Krankheitsbilder (Liste des Versicherten) eine Anschlussheilbehandlung innerhalb von 14 Tagen nach einer stationären Akutbehandlung angetreten wird
 - es sich um eine Notfalleinweisung handelt
 - die Krankenanstalt das einzige Krankenhaus in der Umgebung des Wohnortes oder gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherten war
 - während des Aufenthaltes eine akute Erkrankung auftritt, die eine stationäre Behandlung erforderte.

Stationäre Transportkosten

Stationäre Transporte zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus sind erstattungsfähig.

Stationäre Transporte bis 100km bzw. ohne km-Begrenzung zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus (auch Rettungsflug) sind erstattungsfähig.

Stationäre Transporte zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus sind erstattungsfähig.

Begleitpersonen bei Kindern im KH

Tarif 'KVS1':
 Die Unterbringungs- und Verpflegungskosten einer Begleitperson bei Kindern im Krankenhaus sind in Höhe der Mindesterstattung gemäß der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes erstattungsfähig, wenn sie in den stationären Regelleistungen abgerechnet werden.

Tarif 'PSV':
 Erstattungsfähig sind die Unterbringungs- und Verpflegungskosten eines Elternteils als Begleitperson bei Kindern, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Die Unterbringungs- und Verpflegungskosten einer Begleitperson bei Kindern im Krankenhaus sind in Höhe der Mindesterstattung gemäß der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes erstattungsfähig, wenn sie in den stationären Regelleistungen abgerechnet werden.

Erstattungsfähig sind die Unterbringungs- und Verpflegungskosten einer Begleitperson bis zum vollendeten 5. Lebensjahr des Kindes. Die Kosten werden für max. 5 Tage und bis zum zweifachen Satz der Wahlleistung für ein Zweibettzimmer erstattet.

Leistungen Zahn

	HanseMerkur KVS1	ARAG K600	AXA Prem Zahn-U
Zahnbehandlung	100%.	100%.	100%.
Zahnersatz	80%.	80%.	90%.
Inlays	80%.	100%.	90%.
Implantate	80%.	80%.	90%.
Kieferorthopädie	80%.	80%.	100% bis 17 Jahre, ansonsten 90%.

Leistungsvergleich

Zahnärztliche Leistungen

Erstattungsfähig sind

- 100% für Zahnbehandlung und -prophylaxe: allgemeine zahnärztliche und konservierende Leistungen (mit Ausnahme von Kronen), chirurgische Leistungen, Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums sowie Röntgenuntersuchungen
- 80% für Zahnersatz und Kieferorthopädie: Prothetik einschließlich Kronen (auch bei Versorgung eines Einzelzahnes), Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen, Funktionsanalyse und -therapie sowie Implantologie
- zahntechnische Material- und Laborkosten gemäß dem Preis- und Leistungsverzeichnis des Versicherers.

Inlays werden wie Zahnersatz erstattet.

Erstattungsfähig sind

- 100% für Zahnbehandlung: allgemeine zahnärztliche, konservierende und chirurgische Leistungen, Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums, Röntgendiagnostik, Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen
- 100% für Prophylaxe: Beratung zur Verhütung von Karies und Parodontose (jedoch ab dem vollendeten 21. Lebensjahr nur einmal pro Kalenderjahr), Kariesvorbeugung durch Fluoridierung sowie professionelle Zahnreinigung
- 80% für Zahnersatz: Kronen und Onlays, Prothetik (Brücken, Stiftzähne), Funktionsanalyse und -therapie, Implantate einschließlich Suprakonstruktionen (wenn keine andere ausreichende und zweckmäßige Behandlungsform besteht, max. 4 Implantate oder Teleskopkronen je Kiefer einschließlich bestehender Implantate oder Teleskopkronen)
- 80% für Kieferorthopädie
- zahntechnische Material- und Laborkosten gemäß dem Preis- und Leistungsverzeichnis des Versicherers.

Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet.

Erstattungsfähig sind

- 100% für Zahnbehandlung und -prophylaxe
- 90% für Zahnersatz, Prothetik einschließlich Brücken, Kronen und Teilkronen (auch zur Versorgung eines Einzelzahnes), Onlays und gehämmerten Füllungen, Implantologie, Funktionsanalyse und -therapie, Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen.
- 100% für Kieferorthopädie, wenn die Maßnahme vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurde; ansonsten 90%.
- zahntechnische Material- und Laborkosten gemäß dem Preis- und Leistungsverzeichnis des Versicherers.

Inlays werden wie Zahnersatz erstattet.

Zahnstaffel

Die Erstattung für Zahnersatz und Kieferorthopädie ist wie folgt begrenzt:

- 600,-EUR im 1.-2. Versicherungsjahr
- 1.200,-EUR im 1.-4. Versicherungsjahr
- 2.400,-EUR im 1.-6. Versicherungsjahr
- 4.000,-EUR ab dem 7. Versicherungsjahr jährlich.

Keine Summenbegrenzung bei Unfall. Für versicherte Personen von 18 bis einschließlich 45 Jahren ist die Heraufsetzung des max. Erstattungsbetrages in den ersten sechs Kalenderjahren auf je 4.000,-EUR durch die Erstellung eines zahnärztlichen Befundberichtes bei Antragstellung möglich. Das zahnärztliche Zeugnis muss dem Versicherer bis spätestens Ende des Monats eingereicht werden, zu dem die Versicherung beginnt. Die Kosten für einen solchen Befundbericht werden vom Versicherer bis zu der von ihm angegebenen Höhe übernommen. Bitte beachten Sie, dass der allgemeine tarifliche Selbstbehalt angerechnet wird (d.h. ggf. niedrigere oder keine Erstattung)!

Bei Versicherungsbeginn ist die Erstattung für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie wie folgt begrenzt:

- 1.000,-EUR im 1. Versicherungsjahr
- 2.000,-EUR im 2. Versicherungsjahr
- 3.000,-EUR im 3. Versicherungsjahr
- 4.000,-EUR im 4. Versicherungsjahr
- 5.000,-EUR im 5. Versicherungsjahr.

Die Berechnung des Versicherungsjahres erfolgt jeweils ab Versicherungsbeginn. Ab dem 6. Jahr ohne Begrenzung.

Keine Summenbegrenzung bei Unfall. Ein Erlass der Summenbegrenzungen durch die Erstellung eines zahnärztlichen Befundberichtes bei Versicherungsbeginn (Antragstellung) ist nicht möglich. Bitte beachten Sie, dass der allgemeine tarifliche Selbstbehalt angerechnet wird (d.h. ggf. niedrigere oder keine Erstattung)!

Bei Versicherungsbeginn ist die Erstattung für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie wie folgt begrenzt:

- 2.000,-EUR im 1. Versicherungsjahr
- 4.000,-EUR im 1.-2. Versicherungsjahr
- 6.000,-EUR im 1.-3. Versicherungsjahr
- 8.000,-EUR im 1.-4. Versicherungsjahr.

Ab dem 5. Jahr ohne Begrenzung.

Keine Summenbegrenzung bei Unfall. Ein Erlass der Summenbegrenzungen durch die Erstellung eines zahnärztlichen Befundberichtes bei Versicherungsbeginn (Antragstellung) ist nicht möglich.

Leistungsvergleich

Gebührenordnung Zahn

Die Leistungen für Zahnbehandlung werden bis zu den Regelhöchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) erstattet, d.h.:

- bis zu dem 2,3-fachen Satz für persönliche ärztliche Leistungen
- bis zu dem 1,8-fachen Satz für medizinisch-technische Leistungen
- bis zu dem 1,15-fachen Satz für Laborleistungen.

Die Leistungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie werden bis zu den Höchstätzen der GOZ erstattet, d.h.:

- bis zu dem 3,5-fachen Satz für persönliche ärztliche Leistungen
- bis zu dem 2,5-fachen Satz für medizinisch-technische Leistungen
- bis zu dem 1,3-fachen Satz für Laborleistungen.

Die Leistungen werden bis zu den Höchstätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) erstattet, d.h.:

- bis zu dem 3,5-fachen Satz für persönliche ärztliche Leistungen
- bis zu dem 2,5-fachen Satz für medizinisch-technische Leistungen
- bis zu dem 1,3-fachen Satz für Laborleistungen.

Die Leistungen werden bis zu den Höchstätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) erstattet, d.h.:

- bis zu dem 3,5-fachen Satz für persönliche ärztliche Leistungen
- bis zu dem 2,5-fachen Satz für medizinisch-technische Leistungen
- bis zu dem 1,3-fachen Satz für Laborleistungen.

Darüber hinaus wird in medizinisch begründeten Einzelfällen erstattet, wenn dies vor Behandlungsbeginn schriftlich zugesagt wurde.

Heil- und Kostenplan

Die Vorlage eines Heil- und Kostenplans ist nicht erforderlich.

Bei Zahnersatz und Inlays von mehr als 2.000,-EUR Rechnungsbetrag ist ein Heil- und Kostenplan vorzulegen. Bei Nichtvorlage besteht hinsichtlich des darüber hinausgehenden Betrages nur Anspruch auf die Hälfte der Tarifleistung.

Bei Implantaten und Kieferorthopädie ist ein Heil- und Kostenplan vorzulegen. Bei Nichtvorlage erfolgt die Erstattung unabhängig vom Rechnungsbetrag zur Hälfte der Tarifleistung.

Bei Zahnersatz von mehr als 1.000,-EUR Rechnungsbetrag ist ein Heil- und Kostenplan vorzulegen. Bei Nichtvorlage erfolgt die Erstattung zur Hälfte der Tarifleistung.

Leistungen Allgemein

**HanseMerkur
KVS1, PSV**

**ARAG
K600**

**AXA
Vital 300-U, Prem Zahn-U**

Selbstbeteiligung

Tarif 'KVS1':

Der Versicherte hat eine feste Selbstbeteiligung in Höhe von 500,-EUR pro Kalenderjahr. Kinder und Jugendliche haben keine Selbstbeteiligung. Die Selbstbeteiligung bezieht sich auf den ambulanten und zahnärztlichen Bereich. Bei unterjährigem Versicherungsbeginn wird die Selbstbeteiligung für das erste Kalenderjahr anteilig pro Monat berechnet. Für die Erstattung von Vorsorgeuntersuchungen gilt die tarifliche Selbstbeteiligung.

Tarif 'PSV':

Tarif ohne Selbstbeteiligung.

Der Versicherte hat eine feste Selbstbeteiligung in Höhe von 600,-EUR pro Kalenderjahr. Für Personen bis zum vollendeten 21. Lebensjahr gilt die halbe Selbstbeteiligung. Die Selbstbeteiligung bezieht sich auf den ambulanten, stationären und zahnärztlichen Bereich. Bei unterjährigem Versicherungsbeginn wird die Selbstbeteiligung für das erste Kalenderjahr anteilig pro Monat berechnet. Die Erstattung von Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen erfolgt unabhängig von einer tariflich bestehenden Selbstbeteiligung.

Tarif 'Vital 300-U':

Der Versicherte hat eine feste Selbstbeteiligung in Höhe von 300,-EUR pro Jahr. Für Kinder und Jugendliche gilt bis zum 31.12. des Jahres, in dem diese das 19. Lebensjahr vollenden die Hälfte der Selbstbeteiligung. Die Selbstbeteiligung bezieht sich auf den ambulanten und stationären Bereich. Bei unterjährigem Versicherungsbeginn wird die Selbstbeteiligung für das erste Kalenderjahr anteilig pro Monat berechnet. Die Erstattung von Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen erfolgt unabhängig von einer tariflich bestehenden Selbstbeteiligung.

Tarif 'Prem Zahn-U':

Tarif ohne Selbstbeteiligung.

Leistungsvergleich

Pauschalleistung

Tarif 'KVS1':
Personen ab dem 20. Lebensjahr bzw. nach Beendigung der Ausbildung erhalten einen Gesundheitsrabatt von 10%, falls die vom Versicherer festgelegten Kriterien eines Gesundheits-Checks erfüllt werden. Werden die Kriterien (Vordruck des Versicherers) innerhalb von 6 Wochen nach der Policierung nachgewiesen, wird der Rabatt ab dem 2. Monat nach Versicherungsbeginn gewährt, sonst ab Beginn des jeweils nächsten Monats. Der Rabatt bleibt für mindestens 12 Monate erhalten, eine Verlängerung ist nach der Überprüfung durch den Versicherer möglich.

Tarif 'PSV':
Nein.

Eine garantierte Pauschalleistung ist nicht vorgesehen.

Tarif 'Vital 300-U':
Eine garantierte Pauschalleistung ist nicht vorgesehen.

Tarif 'Prem Zahn-U':
Nein.

Erfolgsabh. Beitragsrückerstattung

Tarif 'KVS1':
Beitragsrückerstattung (BRE) nach leistungsfreien Jahren:
1 Jahr : 200,-EUR
2 Jahre : 300,-EUR
3 Jahre : 400,-EUR
4 Jahre : 500,-EUR.
Kinder und Jugendliche erhalten die Hälfte dieser Beträge.
Die BRE ist begrenzt auf die Hälfte des im abgelaufenen Kalenderjahres gezahlten Jahresbeitrages zur Vollversicherung.
Zusätzlich erhalten alle Versicherten bei Leistungsfreiheit alle 2 Jahre einen Vorsorge-Scheck ohne Einfluss auf die Auszahlung der BRE und einer ggf. vorhandenen Selbstbeteiligung. Dieser beinhaltet
- ab einem Alter von 35 Jahren Untersuchungen beim Hausarzt, Zahnarzt und Frauenarzt
- ab einem Alter von 50 Jahren bei Frauen zusätzliche eine Mammographie
- ab einem Alter von 45 Jahren bei Männern zusätzliche eine Vorsorge beim Urologen.

Voraussetzung für die Beitragsrückerstattung ist die Leistungsfreiheit im Ambulant- und Zahnbereich.
Werden Vorsorgeuntersuchungen erstattet, entfällt eine Beitragsrückerstattung (BRE).
Ausnahme: die im Rahmen einer BRE ausgestellten Vorsorgeschecks für Vorsorgeuntersuchungen.

Tarif 'PSV':
Eine Beitragsrückerstattung wird nicht gezahlt.

Tarif 'K600':
Beitragsrückerstattung nach leistungsfreien Jahren:
1 Jahr : 1,2 MB
2 Jahre : 1,8 MB

Voraussetzung für die Beitragsrückerstattung ist die Leistungsfreiheit im gesamten Tarif. Die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen beeinflussen die Beitragsrückerstattung nicht.

Tarif '37':
Eine Beitragsrückerstattung wird nicht gezahlt.

Tarif 'Vital 300-U':
Beitragsrückerstattung für ganze leistungsfreie Versicherungsjahre bei
- 1 Jahr : 1,2 MB
- 2 Jahre : 1,8 MB
- 3 Jahre : 2,1 MB.

Verhaltensbonus (nicht für Kinder und Jugendliche bis 19 Jahre):
- 125,-EUR jährlicher Bonus bei Einhaltung des Primärarztprinzips
- 50,-EUR Bonus alle 2 Jahre, wenn im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung ein Body-Maß-Index im Normalbereich festgestellt wird (erstmaliger Anspruch im 2. Versicherungsjahr)
- 50,-EUR Bonus alle 2 Jahre, wenn im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung ärztlich bestätigt wird, dass die versicherte Person Nichtraucher ist (erstmaliger Anspruch im 2. Versicherungsjahr).
Verhaltensbonus für alle Versicherte:
- 50,-EUR jährlicher Bonus für die Erlangung des Deutschen Sportabzeichens.

Voraussetzung für die Beitragsrückerstattung ist die Leistungsfreiheit im gesamten Tarif. Die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlichen Programmen und für im Tarif genannte Schutzimpfungen beeinflussen die Beitragsrückerstattung nicht.

Tarif 'Prem Zahn-U':
Eine Beitragsrückerstattung wird nicht gezahlt.

Leistungsvergleich

Allgemeine Wartezeit

Die allgemeine Wartezeit beträgt 3 Monate.
 Sie entfällt
 - bei Unfällen
 - bei folgenden akuten Infektionskrankheiten: Röteln, Masern, Windpocken, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Ziegenpeter (Mumps), spinale Kinderlähmung, epidemische Genickstarre, Ruhr, Paratyphus, Typhus, Flecktyphus, Cholera, Pocken, Wechselfieber und Rückfallfieber
 - für den Ehegatten einer mind. seit 3 Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb 2 Monate nach Eheschließung beantragt wird
 - wenn innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung (Neuantrag) ein Attest auf Kosten des Antragstellers vorgelegt wird
 - durch Anrechnung der Vorversicherungszeit bei der GKV, dem öffentlichen Dienst mit Anspruch auf Heilfürsorge oder der PKV.

Die allgemeine Wartezeit entfällt.

Die allgemeine Wartezeit entfällt.

Besondere Wartezeiten

Die besonderen Wartezeiten betragen 6 Monate für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie. Sie beträgt 8 Monate für Entbindung und Psychotherapie.
 Sie entfallen
 - wenn innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung (Neuantrag) ein Attest auf Kosten des Antragstellers vorgelegt wird
 - durch Anrechnung der Vorversicherungszeit bei der GKV, dem öffentlichen Dienst mit Anspruch auf Heilfürsorge oder der PKV.

Die besonderen Wartezeiten entfallen.

Die besonderen Wartezeiten entfallen.

Vertragslaufzeit

Tarif 'KVS1':
 Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Der Vertrag ist zeitlich unbefristet. Das Höchstaufnahmearter beträgt 60 Jahre.

Tarif 'PSV':
 Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Der Vertrag ist zeitlich unbefristet. Das Höchstaufnahmearter beträgt 70 Jahre.

Tarif 'T43':
 Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Das Höchstaufnahmearter beträgt 60 Jahre.

Tarif 'K600':
 Die Mindestvertragsdauer beträgt 24 Monate. Der Vertrag ist zeitlich unbefristet. Es gibt kein Höchstaufnahmearter.

Tarif '37':
 Die Mindestvertragsdauer beträgt 12 Monate. Es gibt kein Höchstaufnahmearter.

Tarif 'Vital 300-U':
 Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Der Vertrag ist zeitlich unbefristet. Es gibt kein Höchstaufnahmearter.

Tarif 'KTGV 42-U':
 Die Mindestvertragsdauer beträgt 1 Jahr. Das Höchstaufnahmearter beträgt 66 Jahre.

Kündigungstermin

Der Vertrag kann vom Versicherungsnehmer zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden (dabei endet das erste Versicherungsjahr am 31.12. des gleichen Jahres).

Der Vertrag kann vom Versicherungsnehmer zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden (dabei endet das erste Versicherungsjahr am 31.12. des gleichen Jahres).

Der Vertrag kann vom Versicherungsnehmer zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden (dabei endet das erste Versicherungsjahr am 31.12. des gleichen Jahres).

Leistungsvergleich

Weltgeltung

Tarif 'KVS1':
Ab Beginn des 2.Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland verringern sich die tariflichen Leistungen um ein Drittel, wenn nicht vor der Ausreise etwas anderes vereinbart wurde. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, so wird der volle Versicherungsschutz solange gewährt, bis die versicherte Person die Rückreise ohne Gefährdung des Gesundheitszustandes antreten kann. Bei ambulanter Heilbehandlung im Ausland ist das Primärarztprinzip zu beachten.

Tarif 'T43':
Ja, zeitlich unbegrenzt.

Tarif 'K600':
Bei vorübergehendem Aufenthalt im außereuropäischen Ausland besteht bis zu 3 Monate Versicherungsschutz. Solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung des Gesundheitszustandes antreten kann, besteht Versicherungsschutz auch über 3 Monate hinaus.

Tarif '37':
Ja, mit besonderer Vereinbarung.

Tarif 'Vital 300-U':
Bei vorübergehendem Aufenthalt im außereuropäischen Ausland (d.h. so lange keine Wohnsitzverlegung vorliegt) besteht Versicherungsschutz - bis zu 6 Monate, wenn er seit mindestens 12 Monaten besteht. - für 6 Wochen, wenn er weniger als 12 Monate besteht. Voraussetzung ist, dass eine Korrespondenzanschrift in Deutschland und eine deutsche Bankverbindung besteht.

Tarif 'KTGV 42-U':
Ja, zeitlich unbegrenzt.

Optionsrecht

Tarif 'KVS1':
Der Versicherte hat eine Option auf einen höherwertigen Versicherungsschutz, sofern vor Abschluss des Tarifes keine andere Vollversicherung beim Versicherer bestanden hat. Eine Umstellung für Kinder, die im Rahmen der Kindernachversicherung versichert wurden, ist nur bei gleichzeitiger Änderung eines Erwachsenentarifes möglich. Der Versicherte kann im 4. Versicherungsjahr ohne Risikoprüfung wechseln. Bei Umstellung im 6. Jahr ist ein Zuschlag in Höhe bis zu 50% und im 8. Jahr bis zu 100% auf die Mehrleistung möglich.

Tarif 'PSV':
Der Versicherte hat keine Option auf einen höherwertigen Versicherungsschutz.

Tarif 'T43':
Nein.

Tarif 'K600':
Wenn zu Beginn oder während der Elternzeit der Versicherungsschutz herabgesetzt wird, besteht die Option, zum Ende der Elternzeit eine Erhöhung des Versicherungsschutzes bis zum ursprünglichen Zustand zu beantragen. Der Antrag muss innerhalb von zwei Monaten nach Beendigung der Elternzeit gestellt werden. Unabhängig davon hat der Versicherte eine Option auf einen höherwertigen Versicherungsschutz. Zu Beginn des 6.Versicherungsjahres haben die Versicherten das Recht auf Umstellung in höherwertige Kostentarife ohne Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeit.

Tarif '37':
Nein.

Tarif 'Vital 300-U':
Der Versicherte hat eine Option auf einen höherwertigen Versicherungsschutz. Die Option besteht auf Tarife mit höherwertigem Versicherungsschutz, die zum Zeitpunkt der Umstellung für den Neuzugang geöffnet sind. Die Option kann bei folgenden Ereignissen ausgeübt werden:
- einmalig bei Abschluss einer Berufsausbildung bzw. Qualifikation
- einmalig bei Eheschließung
- bei Geburt oder Adoption eines Kindes
- Beginn der Berufsausbildung eines Kindes
- beruflicher Statuswechsel zwischen Anstellung und Selbstständigkeit oder in ein Beamtenverhältnis
- Entsendung ins Ausland sofern der Auslandsaufenthalt an berufliche Tätigkeit gebunden ist oder im Rahmen eines universitären Studienaufenthaltes stattfindet. Der Umstellungsantrag aus Anlass einer Geburt oder Adoption muss innerhalb von 3 Monaten nach der Geburt bzw. Adoption vorliegen; in allen übrigen Fällen beträgt die Frist 2 Monate ab Eintritt des Ereignisses. Personen, die erstmalig eine Vollversicherung beim Versicherer abschließen (gilt nicht bei Kindernachversicherung), können zu Beginn des 6.Versicherungsjahres einmalig eine Umstellung verlangen, sofern vor dem Umstellungszeitpunkt 5 Versicherungsjahre lang ununterbrochener Versicherungsschutz bestand. Der Antrag muss zum Umstellungstermin vorliegen.

Tarif 'KTGV 42-U':
Nein.

Leistungsvergleich

Wechselrecht

Der Versicherte hat kein vereinfachtes Tarifwechselrecht.

Der Versicherte hat das Recht auf einen Wechsel der Selbstbeteiligung (Erhöhung oder Verringerung) innerhalb der Produktlinie ohne Risikoprüfung.
Bei einer Reduzierung der Selbstbeteiligung gelten Wartezeiten für die Mehrleistungen.

Der Versicherte hat kein vereinfachtes Tarifwechselrecht.

Kinderalleinversicherung

Kinder sind ab Geburt alleine versicherbar. Versicherungsbeginn kann auf den Tag genau der Geburtstag sein. Leistungsansprüche bestehen ab Geburt (wenn Wartezeiterlass durch U-Berichte erfolgt).

Kinder sind ab Geburt alleine versicherbar. Versicherungsbeginn ist bei sehr zeitnaher Antragstellung der nächste Monatserste ab Geburt. Leistungsansprüche bestehen ab Geburt, wenn Wartezeiterlass durch U-Berichte erfolgt.

Jugendliche sind ab Vollendung des 16. Lebensjahres alleine versicherbar.

Versicherbarer Personenkreis

Tarif 'KVS1':
Der Tarif kann von Personen, die nicht der GKV-Pflicht unterliegen, abgeschlossen werden.

Tarif 'PSV':
Der Tarif kann von Personen, für die beim Versicherer eine Vollversicherung mit allgemeinen Krankheitsleistungen besteht, abgeschlossen werden.

Tarif 'T43':
Der Tarif kann von Arbeitnehmern, Selbstständigen, Freiberuflern, Studenten oder Auszubildenden abgeschlossen werden.

Tarif 'K600':
Der Tarif kann von Personen, die nicht der GKV-Pflicht unterliegen, abgeschlossen werden.

Tarif '37':
Der Tarif kann von Arbeitnehmern, Selbstständigen oder Freiberuflern abgeschlossen werden.

Tarif 'Vital 300-U':
Der Tarif kann von Personen, die nicht der GKV-Pflicht unterliegen, abgeschlossen werden.

Tarif 'Prem Zahn-U':
Der Tarif kann von Personen, für die gleichzeitig ein Tarif mit Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung bei der selben Gesellschaft besteht, abgeschlossen werden.

Tarif 'KTGV 42-U':
Der Tarif kann von Personen, für die gleichzeitig eine Vollversicherung bei derselben Gesellschaft besteht, abgeschlossen werden.

Beitragsbefreiung im Pflegefall

Die Beitragszahlungspflicht besteht auch bei Pflegebedürftigkeit.

Die Beitragszahlungspflicht besteht auch bei Pflegebedürftigkeit.

Die Beitragszahlungspflicht besteht auch bei Pflegebedürftigkeit.

Leistungen Kranken-TG

**HanseMerkur
T43**

**ARAG
37**

**AXA
KTGV 42-U**

Leistungsbeginn- und dauer

Ab dem 43. Tag wird das Krankentagegeld in der vereinbarten Höhe gezahlt. Die Dauer der Zahlungen ist zeitlich nicht begrenzt.

Ab dem 43. Tag wird das Krankentagegeld in der vereinbarten Höhe gezahlt. Die Dauer der Zahlungen ist zeitlich nicht begrenzt.

Ab dem 43. Tag wird das Krankentagegeld in der vereinbarten Höhe gezahlt. Die Dauer der Zahlungen ist zeitlich nicht begrenzt.

Leistungsvergleich

Neue Karenzzeit /Rückfallerkrankung

Senkung der Karenzzeit ist bei Arbeitnehmern (Verkürzung der Dauer des Anspruchs auf Entgeltfortzahlung oder Wechsel von Arbeitnehmer zu selbständig) ohne Risikoprüfung bzw. Wartezeit möglich. Änderungsantrag ist innerhalb von 2 Monaten erforderlich. Vertragsänderung muss zum Ersten des auf die Antragstellung folgenden Monats erfolgen. Bei Selbständigen und Freiberuflern nur mit Risikoprüfung bzw. Wartezeit möglich. Tritt innerhalb von 6 Monaten nach dem Ende einer Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit oder Unfallfolge erneut Arbeitsunfähigkeit ein, so werden die in den letzten 12 Monaten vor Beginn der erneuten Arbeitsunfähigkeit nachgewiesenen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit oder Unfallfolge auf die Karenzzeit angerechnet.

Senkung der Karenzzeit ist mit Risikoprüfung bzw. Wartezeit möglich. Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit, die ein Arbeitgeber bei der Fortzahlung seines Entgeltes zusammenzählen darf, werden hinsichtlich der tariflichen Karenzzeiten ebenfalls zusammengezählt. Für Selbständige oder Freiberufler gilt dies sinngemäß.

Senkung der Karenzzeit ist mit Risikoprüfung bzw. Wartezeit möglich.

Dynamik

Bei individueller Anpassung des Krankentagegeldes an das erhöhte Nettoeinkommen ist Risikoprüfung bzw. Wartezeit nicht erforderlich. Ein Erhöhungsantrag ist innerhalb von 2 Monaten notwendig.

Bei individueller Anpassung des Krankentagegeldes an das erhöhte Nettoeinkommen ist Risikoprüfung bzw. Wartezeit nicht erforderlich. Ein Erhöhungsantrag ist innerhalb von 2 Monaten notwendig.

Eine Anpassung des Krankentagegeldes (KT) aufgrund allgemeiner Einkommensentwicklung wird den Versicherten mit einer Vollversicherung jährlich ohne Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeit angeboten. Voraussetzung ist, dass

- er nicht mit der Beitragszahlung in Verzug ist
- er nicht in den vergangenen 3 oder im laufenden Kalenderjahr KT bezogen hat.

Darüber hinaus ist bei individueller Anpassung des KT an das erhöhte Nettoeinkommen Gesundheitsprüfung bzw. Wartezeit nicht erforderlich. Das KT kann im Verhältnis der Steigerung des Nettoeinkommens höher versichert werden. Ein Erhöhungsantrag ist innerhalb von 2 Monaten notwendig. In diesem Fall wird das erhöhte KT auch für einen laufenden Versicherungsfall gezahlt.

Nettoeinkommen

Für Arbeitnehmer gilt: $\text{Einkünfte} \times 80\% / 360 = \text{versicherbarer Tagessatz}$.

Für Arbeitnehmer gilt: Durchschnittliches mtl. Nettoeinkommen + Monatsbeitrag zur KV und PPV + 500,-EUR für den halben Rentenversicherungsbeitrag / 30 = versicherbarer Tagessatz.

Für Arbeitnehmer gilt: $\text{Jahresbruttoeinkommen} \times 80\% / 365 = \text{versicherbarer Tagessatz}$.

Leistungsvergleich

Leistung bei Eink.-Minderung

Übersteigt das vereinbarte Krankentagegeld das aus der Berufstätigkeit herrührende Nettoeinkommen, so kann sowohl der Versicherungsnehmer als auch der Versicherer verlangen, dass zur Beseitigung der Überversicherung das Krankentagegeld unter Minderung der Prämie mit sofortiger Wirkung (auch für bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit) herabgesetzt wird.

Es besteht eine Meldepflicht bei nicht nur vorübergehender Minderung des Nettoeinkommens. Erlangt der Versicherer davon Kenntnis, dass das Nettoeinkommen der versicherten Person unter die Höhe des dem Vertrag zugrunde gelegten Einkommens gesunken ist, so kann er ohne Unterschied, ob der Versicherungsfall bereits eingetreten ist oder nicht, das Krankentagegeld und den Beitrag mit Wirkung vom Beginn des zweiten Monats nach Kenntnis entsprechend dem geminderten Nettoeinkommen herabsetzen. Bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit nicht berührt.

Es besteht eine Meldepflicht bei nicht nur vorübergehender Minderung des Nettoeinkommens. Erlangt der Versicherer davon Kenntnis, dass das Nettoeinkommen der versicherten Person unter die Höhe des dem Vertrag zugrunde gelegten Einkommens gesunken ist, so kann er ohne Unterschied, ob der Versicherungsfall bereits eingetreten ist oder nicht, das Krankentagegeld und den Beitrag mit Wirkung vom Beginn des zweiten Monats nach Kenntnis entsprechend dem geminderten Nettoeinkommen herabsetzen. Bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit nicht berührt.

max. Tagessatz

Für Arbeitnehmer gilt: 250,-EUR pro Tag insgesamt für alle Tagegeldtarife mit einer Karenzzeit von 42 bis 364 Tagen.

Für Arbeitnehmer gilt: Keine Begrenzung.

Alkoholklausel

Auf die Anwendung der Alkoholklausel wird bedingungsgemäß verzichtet.

Auf die Anwendung der Alkoholklausel wird bedingungsgemäß verzichtet.

Auf die Anwendung der Alkoholklausel wird bedingungsgemäß verzichtet.

Arbeitslosigkeit

Das Versicherungsverhältnis endet bei Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber 3 Monate nach Wegfall der Voraussetzung.

Das Versicherungsverhältnis endet bei Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber 3 Monate nach Wegfall der Voraussetzung.

Bei Arbeitslosigkeit wird für Personen, die sich von der Versicherungspflicht befreit haben, das Krankentagegeld (KT) auf das versicherbare Einkommen (Arbeitslosengeld bzw. -hilfe oder Unterhaltsgeld, Beiträge zur PKV sowie zur GKV) herabgesetzt. Bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit wird nach Ablauf der 6. Woche wegen derselben Krankheit max. für 78 Wochen innerhalb von je 3 Jahren KT gezahlt. Bei Wiederaufnahme eines Beschäftigungsverhältnisses kann das KT ohne Gesundheitsprüfung dem Nettoeinkommen angepasst werden.

Arbeitsunfähigkeit

Der Versicherer gewährt im Anschluss an eine völlige Arbeitsunfähigkeit von mind. 12 Wochen Dauer bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit von mind. 50% ein Übergangsgeld in Höhe der Hälfte des versicherten Krankentagegeldes, wenn nach ärztlichem Befund die teilweise Aufnahme der Berufstätigkeit medizinisch angezeigt ist. Die Leistungspflicht besteht für längstens 4 Wochen. Die Leistung wird nur für Arbeitnehmer erbracht, die in einem festen Arbeitsverhältnis stehen und beim Versicherer eine Vollversicherung abgeschlossen haben. Die max. Leistungsdauer nach Eintritt einer Berufsunfähigkeit beträgt 3 Monate.

Der Versicherer zahlt für Arbeitnehmer im Rahmen einer Wiedereingliederung in das Erwerbsleben das Krankentagegeld im Anschluss an eine völlige Arbeitsunfähigkeit nach vorheriger Zustimmung. Das vom Arbeitgeber gezahlte Entgelt wird auf das Krankentagegeld angerechnet. Für Selbständige wird bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit kein Krankentagegeld gezahlt. Die max. Leistungsdauer nach Eintritt einer Berufsunfähigkeit beträgt 3 Monate.

Die max. Leistungsdauer nach Eintritt einer Berufsunfähigkeit beträgt 3 Monate.

Leistungsvergleich

Kurbehandlung u. Sanatorium

Für Arbeitsunfähigkeit bei Kur- und Sanatoriumsbehandlung nach einer seit mind. 6 Wochen bestehenden Arbeitsunfähigkeit kann Krankentagegeld gezahlt werden, wenn der Versicherte dies auf Grund eines ausführlichen Attestes vorher zugesagt hat. Der Versicherte kann auch das Gutachten eines von ihm bestimmten Arztes verlangen.

Leistung erfolgt bei einer im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit erforderlich gewordenen Kur- oder Sanatoriumsbehandlung, wenn bei deren Beginn die Arbeitsunfähigkeit mind. 6 Wochen bestand und der Versicherte vorher eine schriftliche Zusage erteilt hat.

REHA-Maßnahme

Es besteht Anspruch auf Leistung nach einer seit mind. 6 Wochen bestehenden Arbeitsunfähigkeit, wenn und soweit der Versicherte auf Grund eines ausführlich begründeten ärztlichen Attestes die Leistung vorher schriftlich zugesagt hat. Der Versicherte kann auch das Gutachten eines von ihm bestimmten Arztes verlangen.

Leistung erfolgt bei einer im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit erforderlich gewordenen REHA-Maßnahme, wenn bei deren Beginn die Arbeitsunfähigkeit mind. 6 Wochen bestand und der Versicherte vorher eine schriftliche Zusage erteilt hat. Leistungen gesetzlicher REHA-Träger werden auf das Tagegeld angerechnet.

Allgemeine Wartezeit

Die allgemeine Wartezeit beträgt 3 Monate.
Sie entfällt
- bei Unfällen
- bei folgenden akuten Infektionskrankheiten: Röteln, Masern, Windpocken, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Ziegenpeter (Mumps), spinale Kinderlähmung, epidemische Genickstarre, Ruhr, Paratyphus, Typhus, Flecktyphus, Cholera, Pocken, Wechselfieber und Rückfallfieber
- wenn ein Attest auf Kosten des Antragstellers vorgelegt wird
- durch Anrechnung der Vorversicherungszeit (bis zur Höhe des bisherigen Krankentagegeldes) bei der GKV, dem öffentlichen Dienst mit Anspruch auf Heilfürsorge oder der PKV.

Die allgemeine Wartezeit entfällt.

Die allgemeine Wartezeit entfällt.

Besondere Wartezeiten

Die besonderen Wartezeiten betragen für Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie 8 Monate.
Sie entfallen
- bei Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie
- wenn ein Attest auf Kosten des Antragstellers vorgelegt wird
- durch Anrechnung der Vorversicherungszeit (bis zur Höhe des bisherigen Krankentagegeldes) bei der GKV, dem öffentlichen Dienst mit Anspruch auf Heilfürsorge oder der PKV.

Die besonderen Wartezeiten entfallen.

Die besonderen Wartezeiten entfallen.

Alleine versicherbar

Der Tarif ist alleine abschließbar.

Der Tarif ist alleine abschließbar.

Der Tarif ist nicht alleine abschließbar.

