

Leistungsvergleich

Kunde: , geb. 03.03.1980

VP: geb. 03.03.1980, männlich, Vers.-Beginn: 01.06.2014

ARAG			Hallesche		Württembergische	
Bereich	Tarifname	Beitrag	Tarifname	Beitrag	Tarifname	Beitrag
Kompakt	K0	401,17	PRIMO.Bonus Z plus	395,62	EKU 0	424,52
Kranken-TG	37 /100	32,00	URZ.	1,00	KTU 43 /100	40,20
Pflegepflicht	PVN	21,71	KT.43 /100	41,00	PVN	21,63
			PVN	21,41		
Gesetzl. Zuschlag		40,12		39,56		42,45
Monatl. Gesamtbeitrag		495,00		498,59		528,80
Beitrag abzgl. AG-Anteil		247,49		249,79		264,39
Jährl. SB		0 EUR		0 EUR		0 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!

Kurzbeschreibung

K0

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, Pauschalleistung, keine allgemeine Selbstbeteiligung, 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

PRIMO.Bonus Z plus

Kompakter Tarif (ASZ), 2-Bett-Zimmer mit Chefarztbehandlung, Zahnbehandlung 100%, Zahnersatz 75%, Kieferorthopädie 75%, Heilpraktikerleistungen, Naturheilverfahren, Psychotherapieleistungen, Sehhilfen bis 100 EUR, Kurleistungen, GOÄ: bis zum Höchstsatz (3,5-fach), Pauschalleistung, keine allgemeine Selbstbeteiligung, Primärarztprinzip(!), Optionsrecht, Tarifgeneration Unisex, Tarif aufgelegt am 01.01.2013

URZ.

Auslandsreisetarif, Tarifgeneration Unisex, Tarif aufgelegt am 01.01.2013

KT.43

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

EKU 0

Kompakter Tarif (ASZ), 2-Bett-Zimmer mit Chefarztbehandlung, Zahnbehandlung 100%, Zahnersatz 80%, Kieferorthopädie 80%, Heilpraktikerleistungen, Naturheilverfahren, Psychotherapieleistungen, Sehhilfen bis 125 EUR, GOÄ: bis zum Höchstsatz (3,5-fach), Pauschalleistung, keine allgemeine Selbstbeteiligung, Primärarztprinzip(!), Optionsrecht, Tarifgeneration Unisex, Tarif aufgelegt am 01.01.2013

KTU 43

Krankentagegeldtarif für angestellte, freiberufliche und selbständige Personen mit Leistungsbeginn ab dem 43. Tag, Tagegeld 10 bis 196 EUR versicherbar, Tarifgeneration Unisex, Tarif aufgelegt am 01.01.2013

PVN

Pflegepflichttarif, BAP 01.01.2013

Leistungsvergleich

ARAG
K0

Hallesche
PRIMO.Bonus Z plus

Württembergische
EKU 0

Leistungen Ambulant

Ambulante Behandlungen

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.

Primärarztprinzip! Erstattungsfähig sind
- 100% für die Erst- und Folgebehandlung, wenn die Erstbehandlung durch einen Arzt für Allgemeinmedizin oder praktischen Arzt, einen Frauenarzt, Kinderarzt ohne Schwerpunktbezeichnung oder Augenarzt, einen Notarzt oder Bereitschaftsarzt erfolgt
- 75% für die Erst- und Folgebehandlung, wenn für die Erstbehandlung nicht einer der o.g. Ärzte in Anspruch genommen wird. Dies gilt bis zur nächsten Behandlung durch den Hausarzt, danach sind die Aufwendungen zu 100% erstattungsfähig (dies gilt auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle).
- 75%, wenn ein Internist (ohne Schwerpunktbezeichnung) ohne Zustimmung des Versicherers als Hausarzt gewählt wird.
Sofern die versicherte Person sich mehr als 100 km von ihrem Wohnsitz entfernt aufhält, gilt jeder Arzt für Allgemeinmedizin oder jeder praktische Arzt auch ohne vorherige namentliche Nennung an den Versicherer als Hausarzt im Sinne dieses Tarifs.
Außerdem besteht Versicherungsschutz für folgende Naturheilverfahren durch Ärzte:
- Hydro- und Balneotherapie (Bäder, Güsse, Druckstrahlmassagen, Wickel, Packungen und Dämpfe)
- Kälte- und Wärmetherapie
- Bewegungstherapie
- Atemtherapie
- Blutegelbehandlung
- Schröpfen
- Chirotherapie
- Präparate der Phytotherapie
- Präparate der Anthroposophie
- Klassische Homöopathie
- Akupunktur zur Schmerzbehandlung.

Primärarztprinzip! Erstattungsfähig sind
- 100% für die Erst- und Folgebehandlung, wenn die Erstbehandlung durch einen Arzt für Allgemeinmedizin oder praktischen Arzt, einen Frauen-, Kinder-, Augen-, Not- oder Bereitschaftsarzt erfolgt
- 80% für die Erst- und Folgebehandlung, wenn für die Erstbehandlung nicht einer der o.g. Ärzte in Anspruch genommen wird. Bei chronischen Krankheiten mit behandlungsfreien Phasen wird die jeweilige Behandlungsphase als ein Versicherungsfall betrachtet (es wird einmalig die Notwendigkeit einer fortlaufenden Facharztbehandlung hinterlegt). Somit kann bei erneuter Behandlungsbedürftigkeit der Facharzt direkt in Anspruch genommen werden.
- 100% für Vorsorgeuntersuchungen beim Urologen
- 100% für eine Notfallbehandlung während einer Reise, sonst ist im Ausland auch das Primärarztprinzip zu beachten. 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.

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. Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen beeinflussen die Beitragsrückerstattung nicht.

Erstattungsfähig sind
Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den gesetzlich eingeführten Programmen ohne Altersbegrenzung. Werden Vorsorgeleistungen erstattet erfolgt keine Beitragsrückerstattung.

Erstattungsfähig sind sämtliche, zur Früherkennung von Krankheiten medizinisch notwendige ambulante Vorsorgeuntersuchungen.
Inanspruchnahme von ärztlichen und zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen beeinflussen die Beitragsrückerstattung nicht.

Arznei- und Verbandmittel

Arznei- und Verbandmittel im Rahmen der Gesamterstattung für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel zu 80% bis 2.500,-EUR Rechnungsbetrag je Kalenderjahr (darüber 100%). Als Arzneimittel gelten verschreibungspflichtige Medikamente und Nähr- und Stärkungsmittel zur künstlichen Ernährung im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen.

Arznei- und Verbandmittel sind bis 2.000,-EUR Rechnungsbetrag zu 75% erstattungsfähig, darüber hinaus zu 100%. Dazu zählen auch bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden zu vermeiden und die insbesondere enteral oder parenteral verabreicht werden.

Arznei- und Verbandmittel bis 2.000,-EUR Rechnungsbetrag zu 80%, darüber hinaus zu 100%.
Zu den Arzneimitteln gehören auch Sondennahrung, Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate und Elementardiäten, wenn eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.

Leistungsvergleich

ARAG
K0

Hallesche
PRIMO.Bonus Z plus

Württembergische
EKU 0

Hilfsmittel

Im Rahmen der Gesamterstattung für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel (ohne Sehhilfen) 80% bis 2.500,-EUR Rechnungsbetrag je Kalenderjahr (darüber 100%) in funktionaler Standardausführungen für Hilfsmittel (offener Hilfsmittelkatalog). Hilfsmittel bis 1.000,-EUR ohne vorherige Zusage, ab 1.000,-EUR Rechnungsbetrag vorherige Zusage erforderlich (sonst sind 80% des Rechnungsbetrages erstattungsfähig).

Hilfsmittel (offener Hilfsmittelkatalog) in einfacher Ausführung
 - die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen
 - die zur Therapie und Diagnostik erforderlich sind
 - lebenserhaltende Hilfsmittel.
 Hilfsmittel für einen eingrenzaren Zeitraum sollen vorrangig mietweise bezogen werden. Erstattungsfähig sind auch Instandsetzung, Unterweisung und Reparaturen, ausgenommen Sohlen und Absätze von orthopädischen Maßschuhen.
 Folgende Hilfsmittel sind bis zu den aufgeführten Rechnungsbeträgen erstattungsfähig:
 - Hörgeräte bis 1.500,-EUR Rechnungsbetrag je Hörgerät; ein erneuter Anspruch entsteht frühestens nach 5 aufeinander folgenden Jahren seit dem letzten Bezug
 - orthopädische Schuhe bis 250,-EUR Rechnungsbetrag je Kalenderjahr.
 Die erstattungsfähigen Aufwendungen sind zu 75% erstattungsfähig. Hilfsmittel, deren Rechnungsbetrag bei Eigenbezug 350,-EUR übersteigen würde, werden zu 90% erstattet, sofern dem Versicherer vor Bezug die ärztliche Verordnung vorgelegt und er beauftragt wird, das Hilfsmittel zu beschaffen. Übersteigen die erstattungsfähigen Aufwendungen je Kalenderjahr 10.000,-EUR, wird der übersteigende Teil zu 100% erstattet.

Erstattungsfähig sind (offener Hilfsmittelkatalog):
 - Bandagen, Geapparate
 - Liegeschalen einschließlich Zurichtung
 - Kompressionsstrümpfe
 - Sprechhilfen
 - orthopädische Maßschuhe bis max. 500,-EUR Rechnungsbetrag
 - Schuheinlagen (maximal 4 Paar pro Kalenderjahr)
 - orthopädische Zurichtungen (maximal 4 Paar pro Kalenderjahr)
 - Orthesen und Korsette
 - ärztlich verordnete Voll- oder Teilperücken bei krankhaftem, entstellendem Haarausfall (z.B. nach Chemotherapie) oder erheblicher Verunstaltung infolge von Schädelverletzung bis max. 550,-EUR Rechnungsbetrag innerhalb von 4 Versicherungsjahren
 - Stoma, Tracheostoma- und Inkontinenzartikel
 - enterale Ernährung einschließlich Zubehör abzüglich ersparter Eigenkosten
 - Blutzuckermessgeräte
 - ärztlich verordnete Allergikerbettwäsche bis max. 150,-EUR Rechnungsbetrag innerhalb von 5 Versicherungsjahren (sofern Allergie durch Facharzt diagnostiziert wurde)
 - Blindenstöcke
 - Hörgeräte
 - Schlafapnoegeräte (CPAP-Gerät)
 - Hilfsmittel bei Dekubitus
 - sowie sonstige Hilfsmittel bis max. 750,-EUR Rechnungsbetrag.
 Andere als die oben genannten Hilfsmittel (einschließlich deren Reparatur und Wartung) zu 100%, wenn das Hilfsmittel im gegenseitigen Einvernehmen vom Versicherer beschafft wird oder nach vorheriger Zusage beschafft wird.
 80% wenn diese Voraussetzungen nicht vorliegen. Diese Einschränkung gilt nicht, wenn das Hilfsmittel im Rahmen eines akut eingetretenen Notfalles beschafft wurde.

Heilmittel

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

75% gemäß Verzeichnis des Versicherers: Inhalation, Krankengymnastik und Bewegungsübungen, Massagen, Hydrotherapie, medizinische Bäder, Packungen, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie, Logopädie, Beschäftigungstherapie (Ergotherapie), Podologie, Geburtsvorbereitung, Schwangerschaftsgymnastik und Rückbildungsgymnastik. Darüber hinaus nach vorheriger Zusage auch Rehabilitationssport und Funktionstraining in Gruppen durch anerkannte Leistungserbringer.

80% für Behandlungen durch Ärzte oder Heilhilfsberufe gemäß Verzeichnis des Versicherers: Inhalation, Krankengymnastik und Bewegungsübungen, Massagen, Packungen, Hydrotherapie, Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie, Logopädie, Beschäftigungstherapie (Ergotherapie).

Leistungsvergleich

	ARAG K0	Hallesche PRIMO.Bonus Z plus	Württembergische EKU 0
Sehhilfen	150,-EUR für Sehhilfen. Erneuter Anspruch nach Ablauf von 36 aufeinander folgenden Monaten seit letztem Bezug.	- 100,-EUR für Sehhilfen. Erneuter Anspruch nach Ablauf von 2 aufeinander folgenden Jahren seit dem letzten Bezug oder bei Änderung der Sehstärke um mind. 0,5 Dioptrien - Laser(Lasik)-Operationen zur Sehschärfenkorrektur bis zu 500,-EUR Rechnungsbetrag pro Auge. Erneuter Anspruch entsteht nicht vor Ablauf von 5 Jahren.	125,-EUR innerhalb von 2 aufeinander folgenden Versicherungsjahren für Sehhilfen.
Heilpraktiker	80%, max. 500,-EUR pro Jahr für Heilpraktiker einschließlich Arznei-, Verband- und Heilmittel. Bis zu den Mindestbeträgen des GebüH.	75% aus 1.000,-EUR pro Jahr für alle im GebüH genannten Methoden. Heilpraktiker bis zu den Höchstbeträgen des GebüH, Ärzte bis zu den Höchstsätzen der GOÄ.	80%, max. 500,-EUR pro Kalenderjahr für Heilbehandlung und verordnete Arzneimittel. Bis zu den Höchstbeträgen des GebüH.
Naturheilverfahren	100% bei Primärarztprinzip, ansonsten 80%.	100% bei Primärarztprinzip, ansonsten 75%.	100% bei Primärarztprinzip, ansonsten 80%.
Psychotherapie ambulant	80% Erstattung für 50 Sitzungen pro Jahr. Genehmigung nicht erforderlich. Freier Zugang zu ärztlichen und nichtärztlichen Psychotherapeuten.	75% Erstattung für 50 Sitzungen pro Jahr. Genehmigung nicht erforderlich. Leistung auch für approbierte Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten. Geleistet wird für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie sowie für Verhaltenstherapie.	- 100% bis zu 5 probatorische Sitzungen je Versicherungsfall - 80% bis zur 30.Sitzung - 60% von der 31. bis zur 60.Sitzung - 40% ab der 61.Sitzung. Genehmigung erforderlich. Ohne vorherige Zusage sind 5 Sitzungen zu 80% erstattungsfähig. Behandlung durch Ärzte mit verfahrensbezogener Zusatzausbildung und approbierte psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in eigener Praxis möglich.
Gebührenordnung ambulant	Bis zu den Höchstsätzen der GOÄ, d.h.: - bis zum 3,5-fachen Satz für ärztliche Leistungen - bis zum 2,5-fachen Satz für technische Leistungen - bis zum 1,3-fachen Satz für Laborleistungen.	Bis zu den Höchstsätzen der GOÄ, d.h.: - bis zum 3,5-fachen Satz für ärztliche Leistungen - bis zum 2,5-fachen Satz für technische Leistungen - bis zum 1,3-fachen Satz für Laborleistungen.	Bis zu den Höchstsätzen der GOÄ, d.h.: - bis zum 3,5-fachen Satz für ärztliche Leistungen - bis zum 2,5-fachen Satz für technische Leistungen - bis zum 1,3-fachen Satz für Laborleistungen.
Ambulante Kuren	Keine Erstattung. Kurortklausel wird nicht angewendet.	Ambulante Kurbehandlung (ärztliche Leistungen, Kurplan, Kurtaxe, Arznei-, Verband-, Heil- und Kurmittel). Genehmigung ist nicht erforderlich. Kurortklausel wird nicht angewendet.	Keine Erstattung. Kurortklausel wird nicht angewendet.
Ambulante Transportkosten	100%, wenn die Erstbehandlung durch einen Primärarzt erfolgt, sonst zu 80% zum und vom nächsten Arzt oder Krankenhaus wenn Transport nicht mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder eigenem Kraftfahrzeug möglich ist (ärztliche Bescheinigung erforderlich). Bei eindeutigen Krankheitsbildern (Strahlen- oder Chemotherapie, Dialysebehandlung) kann in Absprache mit Versicherer auf ärztliche Bescheinigung verzichtet werden (bei Unfällen oder Notfällen ist Bescheinigung nicht erforderlich).	Fahrten und Transporte zum und vom nächst erreichbaren geeigneten Arzt oder Krankenhaus bei Notfällen, Dialyse, Tiefenbestrahlung und Chemotherapie. Transporte sind erstattungsfähig, wenn während der Beförderung fachliche Betreuung oder besondere Einrichtungen eines speziellen Transportmittels erforderlich sind.	Bis 100 km bei Tiefenbestrahlung, Chemotherapie, Dialyse und für Rettungstransporte; bis zum nächstgelegenen geeigneten Leistungserbringer, wenn innerhalb der o.g. Entfernung kein geeigneter Leistungserbringer existiert.

Leistungsvergleich

ARAG
K0

Hallesche
PRIMO.Bonus Z plus

Württembergische
EKU 0

Schutzimpfungen

Impfungen zu 100%, wenn die Erstbehandlung durch einen Primärarzt erfolgt, sonst zu 80%.
Keine Impfungen, die durch Auslandsreisen erforderlich sind.

Erstattungsfähig sind
- Gripeschutzimpfungen, Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Tollwut, Poliomyelitis (Kinderlähmung), Zeckenschutzimpfungen
- Einzel- und Mehrfachimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission des Robert Koch-Institutes empfohlen werden; ausgenommen sind Impfungen, die aus Anlass einer Auslandsreise angeraten sind und Impfungen wegen beruflicher Tätigkeit, zu deren Angebot der Arbeitgeber aufgrund gesetzlicher Vorschriften verpflichtet ist.
Impfstoffe im Rahmen der Gesamterstattung für Arzneimittel bis 2.000,-EUR zu 75%, darüber zu 100%.

Impfungen gemäß Empfehlung der Ständigen Impfkommission des Robert Koch-Institutes.
Keine Impfungen, die durch Auslandsreisen, den Beruf oder Freizeittätigkeiten erforderlich sind.

Häusliche Krankenpflege

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 Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung.

Aufwendungen durch Pflegefachkräfte bis zur allgemein ortsüblichen Höhe
a) Krankenhausvermeidungspflege (Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung)
Voraussetzungen sind, dass
- Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird
- kein Leistungsanspruch aus der privaten Pflegepflichtversicherung besteht
- keine im Haushalt lebende Person die Pflege durchführen kann.
Anspruch besteht bis max. 4 Wochen je Versicherungsfall (darüber nur mit vorheriger Zusage).
b) Sicherungspflege
Behandlungspflege zur Sicherung der ärztlichen Behandlung (z.B. Wundversorgung, Verbandwechsel) ist erstattungsfähig, wenn diese Maßnahme nicht durch eine im Haushalt lebende Person sichergestellt werden kann.

Aufwendungen durch Pflegefachkräfte bis zu den zwischen der GKV und den Leistungserbringern vereinbarten Höchstsätzen für
a) Krankenhausvermeidungspflege (Behandlungs-, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung)
Voraussetzungen sind, dass Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird und keine im Haushalt lebende Person die Pflege durchführen kann. Anspruch besteht bis zu 4 Wochen je Versicherungsfall und nur nach vorheriger Zusage des Versicherers.
b) Sicherungspflege
Behandlungspflege zur Sicherung der ärztlichen Behandlung (z.B. Wundversorgung, Verbands- oder Katheterwechsel, Injektionen), wenn diese nicht durch eine im Haushalt lebende Person sichergestellt werden kann.

Leistungen Stationär

Stationäre Unterbringung

1- oder 2-Bettzimmer.

2-Bettzimmer.

2-Bettzimmer.

Stationäre Behandlungen

Privatarztbehandlung.

Privatarztbehandlung.

Privatarztbehandlung.

Ersatz-Krankenhaustagegeld

Kein Ersatz-KHT.

20,-EUR bei Verzicht auf gesonderte Unterkunft, 25,-EUR bei Verzicht auf Privatarzt. Kinder und Jugendliche erhalten das gleiche KHT.

30,-EUR bei Verzicht auf gesonderte Unterkunft, 30,-EUR bei Verzicht auf Privatarzt. Kinder und Jugendliche erhalten das gleiche KHT.

Psychotherapie stationär

Wird erstattet. Genehmigung nicht erforderlich.

Wird erstattet. Genehmigung nicht erforderlich.

Wird erstattet. Genehmigung nicht erforderlich.

Gebührenordnung stationär

Auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus.

Bis zu den Höchstsätzen der GOÄ, d.h.:
- bis zum 3,5-fachen Satz für ärztliche Leistungen
- bis zum 2,5-fachen Satz für technische Leistungen
- bis zum 1,3-fachen Satz für Laborleistungen.

Bis zu den Höchstsätzen der GOÄ, d.h.:
- bis zum 3,5-fachen Satz für ärztliche Leistungen
- bis zum 2,5-fachen Satz für technische Leistungen
- bis zum 1,3-fachen Satz für Laborleistungen.
Darüber hinaus in medizinisch begründeten Einzelfällen nach vorheriger schriftlicher Zusage.

Leistungsvergleich

ARAG
K0

Hallesche
PRIMO.Bonus Z plus

Württembergische
EKU 0

Stationäre Kuren

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

a) KUR:
Ärztliche Leistungen, Kurplan, Kurtaxe, Arzneimittel, Medikamente, Heilmittel, physikalische Maßnahmen und typische Kurmittel sind erstattungsfähig.
b) REHA:
REHA-Maßnahmen sind erstattungsfähig, sofern kein anderer Kostenträger (Gesetzliche Renten- oder Unfallversicherung) leistet. REHA-Maßnahmen der gesetzlichen Rentenversicherungsträger sind nicht vom Versicherungsschutz umfasst.
c) AHB:
Erstattungsfähig sind die ersten 3 Wochen einer AHB, welche innerhalb von 28 Tagen nach einer stationären Akutbehandlung beginnt und in einer Einrichtung erfolgt, welche von einem gesetzlichen REHA-Träger für die jeweilige AHB zugelassen ist. Voraussetzung ist, dass ein Antrag auf Leistungen bei einem gesetzlichen REHA-Träger, sofern dieser dem Grunde nach leistungspflichtig ist, vor Beginn der AHB schriftlich gestellt und beschieden wurde. Soweit dabei Leistungen bewilligt werden, sind diese vorrangig in Anspruch zu nehmen.
Die vorherige Genehmigung ist
- für eine Kur nicht erforderlich
- für eine REHA erforderlich
- für die ersten 3 Wochen einer AHB nicht erforderlich.

Stationäre Kurbehandlung ist nicht erstattungsfähig. REHA ist erstattungsfähig, wenn kein gesetzlicher Träger leistet. Genehmigung erforderlich.

Gemischte Anstalten

Stationäre Heilbehandlung in einer gemischten Anstalt nach vorheriger schriftlicher Zusage. 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.

Stationäre Heilbehandlung in einer gemischten Anstalt nach vorheriger schriftlicher Zusage. Darüber hinaus ohne schriftliche Zusage, wenn ausschließlich Heilbehandlungen durchgeführt wurden, die eine stationäre Aufnahme und Therapie erforderten und
- es sich um eine Notfalleinweisung handelt
- die Krankenanstalt das einzige Krankenhaus in der Umgebung des Wohnortes oder gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherten war.

Stationäre Heilbehandlung in einer gemischten Anstalt nach vorheriger schriftlicher Zusage.

Stationäre Transportkosten

Zum/vom nächsten geeigneten Krankenhaus (auch Rettungsflug) bis 100km bzw. ohne km-Begrenzung.

Zum/vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.

Zum/vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.

Ambulante Operationen

Ambulante Operationen zu 100%, wenn Erstbehandlung durch Primärarzt erfolgt, sonst zu 80%.

Ambulante Operationen zu 100%, wenn Erstbehandlung durch Primärarzt erfolgt, sonst zu 75%.

Ambulante Operationen zu 100%, wenn Erstbehandlung durch Primärarzt erfolgt, sonst zu 80%.

Vor-/nachstationäre Behandlung

Ist erstattungsfähig.

Ist erstattungsfähig.

Ist erstattungsfähig.

Begleitpersonen bei Kindern im KH

Aufwendungen sind in Höhe der Mindesterstattung gemäß Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes erstattungsfähig, wenn sie in stationären Regelleistungen abgerechnet werden.

Aufwendungen sind erstattungsfähig.

Aufwendungen sind in Höhe der Mindesterstattung gemäß Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes erstattungsfähig, wenn sie in stationären Regelleistungen abgerechnet werden.

Leistungsvergleich

ARAG
K0

Hallesche
PRIMO.Bonus Z plus

Württembergische
EKU 0

Leistungen Zahn

Zahnbehandlung

100%.

100%.

100%.

Zahnersatz

80%.

75%.

80%, ohne regelm. Prophylaxe 60%.

Inlays

100%.

75%.

80%, ohne regelm. Prophylaxe 60%.

Implantate

80%.

75%.

80%, ohne regelm. Prophylaxe 60%.

Kieferorthopädie

80%.

75%.

80% bis 20 Jahre.

Zahnärztliche Leistungen

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 Funktionstherapie, Implantate einschließlich Suprakonstruktionen (wenn keine andere ausreichende und zweckmäßige Behandlungsform besteht, max. 4 Implantate oder Teleskopkronen pro Kiefer einschließlich bestehender Implantate oder Teleskopkronen)
 - 80% für Kieferorthopädie
 - zahntechnische Material- und Laborkosten gemäß dem Preis- und Leistungsverzeichnis des Versicherers.

Inlays wie Zahnbehandlung.

Erstattungsfähig sind
 - 100% für Zahnbehandlung und -prophylaxe: allgemeine, konservierende und chirurgische Leistungen, Röntgenleistungen, Parodontosebehandlung sowie Untersuchungen und Beratungen
 - 75% für Zahnersatz: Prothetik, Kronen, Brücken, Prothesen, Reparatur von Zahnersatz, Aufbissbehelfe und Schienen, Funktionsanalyse und Funktionstherapie sowie Implantate (einschließlich der in diesem Zusammenhang notwendigen vorbereitenden chirurgischen Maßnahmen zum Aufbau des Kieferknochens)
 - 75% für Kieferorthopädie, Funktionsanalyse und Funktionstherapie
 - zahntechnische Material- und Laborkosten gemäß dem Preis- und Leistungsverzeichnis des Versicherers.

Inlays wie Zahnersatz.

Erstattungsfähig sind:
 - 100% für Zahnbehandlung und Prophylaxe, allgemeine zahnärztliche und chirurgische Leistungen, Parodontosebehandlung, gezielte Vorsorgeuntersuchungen
 - 80% für Zahnersatz, Kronen und Brücken, Implantate, Prothesen, Eingliederung von Aufbisshilfen und Schienen, Funktionsanalyse und Funktionstherapie, wenn 5 Jahre vor Beginn einer Zahnersatzmaßnahme jährlich mindestens eine Vorsorgeuntersuchung durchgeführt wurde. Wurde 3 Jahre vor Beginn einer Zahnersatzmaßnahme jährlich mindestens eine Vorsorgeuntersuchung durchgeführt, 70% Erstattung, ansonsten 60%.
 - 80% für Kieferorthopädie nur bei Kindern und Jugendlichen wenn Behandlungsbeginn vor Vollendung des 18. Lebensjahres liegt
 - zahntechnische Material- und Laborkosten gemäß dem Preis- und Leistungsverzeichnis des Versicherers.

Inlays wie Zahnersatz.

Zahnstaffel

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 Begrenzung bei Unfall. Erlass der Summenbegrenzung durch Befundbericht nicht möglich.

Der anererkennungsfähige Rechnungsbetrag für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie ist wie folgt begrenzt:
 - 1.000,-EUR im 1. Kalenderjahr
 - 2.000,-EUR im 1.-2. Kalenderjahr
 - 3.000,-EUR im 1.-3. Kalenderjahr
 - 4.000,-EUR im 1.-4. Kalenderjahr
 - 5.000,-EUR im 1.-5. Kalenderjahr
 - 5.000,-EUR ab dem 6. Kalenderjahr jährlich.

Keine Begrenzung bei Unfall. Erlass der Summenbegrenzung durch Befundbericht nicht möglich.

Der anererkennungsfähige Rechnungsbetrag für Zahnersatz und Kieferorthopädie ist wie folgt begrenzt:
 - 1.000,-EUR im 1. Kalenderjahr
 - 2.000,-EUR im 1.-2. Kalenderjahr
 - 3.000,-EUR im 1.-3. Kalenderjahr
 - 4.000,-EUR im 1.-4. Kalenderjahr
 - 7.000,-EUR ab 5. Kalenderjahr jährlich.

Keine Begrenzung bei Unfall. Erlass der Summenbegrenzung durch Befundbericht nicht möglich.

Leistungsvergleich

ARAG
K0

Hallesche
PRIMO.Bonus Z plus

Württembergische
EKU 0

Gebührenordnung Zahn

Bis zu den Höchstsätzen der GOZ, d.h.:
- bis zum 3,5-fachen Satz für ärztliche Leistungen
- bis zum 2,5-fachen Satz für technische Leistungen
- bis zum 1,3-fachen Satz für Laborleistungen.

Bis zu den Höchstsätzen der GOZ, d.h.:
- bis zum 3,5-fachen Satz für ärztliche Leistungen
- bis zum 2,5-fachen Satz für technische Leistungen
- bis zum 1,3-fachen Satz für Laborleistungen.

Bis zu den Höchstsätzen der GOZ, d.h.:
- bis zum 3,5-fachen Satz für ärztliche Leistungen
- bis zum 2,5-fachen Satz für technische Leistungen
- bis zum 1,3-fachen Satz für Laborleistungen.

Heil- und Kostenplan

Bei Zahnersatz und Inlays über 2.000,-EUR Rechnungsbetrag erforderlich, sonst Erstattung des darüber hinausgehenden Betrages zur Hälfte der Tarifleistung.
Bei Implantaten und Kieferorthopädie erforderlich, sonst Erstattung zur Hälfte der Tarifleistung.

Bei Zahnersatz über 2.500,-EUR Rechnungsbetrag erforderlich, sonst Erstattung des übersteigenden Betrages zur Hälfte der Tarifleistung.
Bei Implantaten und Kieferorthopädie erforderlich, sonst Erstattung zur Hälfte der Tarifleistung.

Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie über 1.500,-EUR Rechnungsbetrag erforderlich, sonst besteht nur Anspruch auf die Hälfte der Tarifleistung.

Leistungen Allgemein

Selbstbeteiligung

Keine Selbstbeteiligung.

Keine Selbstbeteiligung.

Keine Selbstbeteiligung.

Pauschalleistung

Die Pauschalerstattung für Gesundheitsleistungen dient dem Versicherten zur selbstständigen Abgeltung kleinerer Rechnungsbeträge und beträgt für Erwachsene pro Kalenderjahr 600,-EUR.
Für Kinder und Jugendliche verringert sich die Pauschalerstattung um die Hälfte.
Voraussetzung ist, dass im abgelaufenen Kalenderjahr keine Leistungen geltend gemacht wurden (mit Ausnahme für Vorsorgeleistungen und Schutzimpfungen) und die Beiträge bis zum 31. Januar des Folgejahres voll entrichtet wurden.

Die garantierte Bonusleistung in Höhe von 30,-EUR je versicherten Monat wird monatlich ausgezahlt. Bei Inanspruchnahme von Leistungen wird der gesamte jährliche Bonus mit den folgenden Erstattungen verrechnet.
Voraussetzung für die Pauschalleistung ist die Bezahlung des Beitrages per Lastschriftinzugsverfahren.

Personen, die das 21.Lebensjahr vollendet haben, erhalten 150,-EUR Vorsorgebonus jährlich.
Voraussetzung ist
- Body-Maß-Index zwischen 19 und 27 Punkten
- Durchführung gesundheitssportlicher Aktivitäten lt. Vorgaben im Bonusheft des Versicherers
- Durchführung mindestens einer Vorsorgeuntersuchung im abgelaufenen Kalenderjahr (z.B. Krebsvorsorge, Herz-/Kreislauf-Check, Zahnprophylaxe).

Erfolgsabh. Beitragsrückerstattung

Tarif 'K0':
Beitragsrückerstattung nach leistungsfreien Jahren:
1 Jahr : 1,2 MB
2 Jahre : 1,8 MB
Voraussetzung für die Beitragsrückerstattung ist die Leistungsfreiheit im gesamten Tarif.
Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen beeinflussen die Beitragsrückerstattung nicht.

Tarif '37':
Eine Beitragsrückerstattung wird nicht gezahlt.

Tarif 'PRIMO.Bonus Z plus':
Beitragsrückerstattung nach leistungsfreien Jahren:
1 Jahr : 1 MB
2 Jahre : 1,5 MB
3 Jahre : 2 MB
4 Jahre : 2,5 MB
5 Jahre : 3 MB.
Voraussetzung für die Beitragsrückerstattung ist die Leistungsfreiheit im gesamten Tarif.
Werden Vorsorgeleistungen erstattet erfolgt keine Beitragsrückerstattung.

Tarif 'KT.43':
Eine Beitragsrückerstattung wird nicht gezahlt.

Tarif 'EKU 0':
Beitragsrückerstattung nach leistungsfreien Jahren:
1 Jahr : 1 MB
2 Jahre : 1,5 MB
3 Jahre : 2 MB.
Voraussetzung für die Beitragsrückerstattung ist die Leistungsfreiheit im gesamten Tarif.
Inanspruchnahme von ärztlichen und zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen beeinflussen die Beitragsrückerstattung nicht.

Tarif 'KTU 43':
Eine Beitragsrückerstattung wird nicht gezahlt.

Leistungsvergleich

ARAG
K0

Hallesche
PRIMO.Bonus Z plus

Württembergische
EKU 0

Allgemeine Wartezeiten

Die allgemeine Wartezeit entfällt.

Die allgemeine Wartezeit beträgt 3 Monate.
Sie entfällt
- bei Unfällen
- für den Ehegatten bzw. Lebenspartner einer mind. seit 3 Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb 2 Monate nach Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird
- wenn 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
- beim Abschluss einer Krankheitskostenvollversicherung (mind. ambulante und stationäre Behandlung).

Die allgemeine Wartezeit entfällt.

Besondere Wartezeiten

Die besonderen Wartezeiten entfallen.

Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie 8 Monate.
Sie entfallen
- für den Ehegatten bzw. Lebenspartner einer mind. seit 3 Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb 2 Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird
- wenn 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.
- beim Abschluss einer Krankheitskostenvollversicherung (mind. ambulante und stationäre Behandlung).

Die besonderen Wartezeiten entfallen.

Vertragslaufzeit

Tarif 'K0':
Die Mindestvertragsdauer beträgt 24 Monate. Keine Befristung. Es gibt kein Höchstaufnahmearter.

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

Tarif 'PRIMO.Bonus Z plus':
Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Keine Befristung. Es gibt kein Höchstaufnahmearter.

Tarif 'URZ':
Die Mindestvertragsdauer beträgt 1 Jahr. Keine Befristung. Es gibt kein Höchstaufnahmearter.

Tarif 'KT.43':
Die Mindestvertragsdauer beträgt 1 Jahr. Keine Befristung. Vertrag endet mit dem 65. Lebensjahr. Das Höchstaufnahmearter beträgt 64 Jahre.

Tarif 'EKU 0':
Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Keine Befristung. Es gibt kein Höchstaufnahmearter.

Tarif 'KTU 43':
Die Mindestvertragsdauer beträgt 1 Jahr. Keine Befristung. Vertrag endet mit dem 75. Lebensjahr. Das Höchstaufnahmearter beträgt 65 Jahre.

Kündigungstermin

Kündigung durch Versicherungsnehmer zum Ende eines Kalenderjahres unter Einhaltung der Mindestvertragsdauer möglich (das erste Versicherungsjahr endet am 31.12. des gleichen Jahres).

Kündigung durch Versicherungsnehmer zum Ende eines Versicherungsjahres unter Einhaltung der Mindestvertragsdauer möglich.

Kündigung durch Versicherungsnehmer zum Ende eines Kalenderjahres unter Einhaltung der Mindestvertragsdauer möglich (das erste Versicherungsjahr endet am 31.12. des gleichen Jahres).

Leistungsvergleich

ARAG
K0

Hallesche
PRIMO.Bonus Z plus

Württembergische
EKU 0

Weltgeltung

Tarif 'K0':
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 'PRIMO.Bonus Z plus':
Der Versicherungsschutz erstreckt sich, ohne dass es einer besonderen Vereinbarung bedarf, auf weltweite Heilbehandlung während der ersten 6 Monate, sofern es sich um einen vorübergehenden Aufenthalt im Ausland handelt. Solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung des Gesundheitszustandes antreten kann, besteht Versicherungsschutz max. 2 weitere Monate.
Nach 6 Monaten erfolgt eine Prüfung durch den Versicherer, ob ein vorübergehender Aufenthalt im Ausland weiterhin besteht. Wenn ja, besteht der Versicherungsschutz ohne Vereinbarung weiter.
Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts kann der Versicherungsschutz zu besonderen Vereinbarungen fortgeführt werden.
Ambulante Heilbehandlung im Ausland bei Notfällen ist zu 100% erstattungsfähig (sonst Primärarztprinzip beachten).

Tarif 'KT.43':
Ja, zeitlich unbegrenzt.

Tarif 'EKU 0':
Bei vorübergehendem Aufenthalt im außereuropäischen Ausland besteht bis zu 3 Monate Versicherungsschutz. Bei längeren Aufenthalten kann der Versicherungsschutz zu besonderen Vereinbarungen gewährt werden. Erstattet werden bei stationärer Behandlung im Ausland die Kosten bis zur Höhe der Regelleistung, die in einem am oder dem Wohnort nächstgelegenen vergleichbaren Krankenhaus der versicherten Person in der BRD zu erbringen gewesen wären. Bei ambulanter Heilbehandlung im Ausland ist das Primärarztprinzip zu beachten.

Tarif 'KTU 43':
Ja, bis zu 3 Monate.

Optionsrecht

Wenn zu Beginn oder während der Elternzeit der Versicherungsschutz herabgesetzt wird, kann zum Ende der Elternzeit eine Erhöhung bis zum ursprünglichen Schutz beantragt werden. Unabhängig davon hat der Versicherte eine Option auf einen höherwertigen Versicherungsschutz.
Zum 01.01. des 6.Versicherungsjahres Recht auf Umstellung in höherwertige Kostentarife ohne Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeit.

Innerhalb der Elternzeit ist Umstellung auf höhere Selbstbeteiligung möglich. Rückumstellung zum Ende der Elternzeit, wenn Antrag innerhalb von 2 Monaten nach Ende der Elternzeit gestellt wird.

Option auf höherwertigen Schutz. Die Option besteht auf Vollversicherung. Option kann jeweils zum 1.Januar nach Ablauf des 3. oder 5.Versicherungsjahres und höchstens bis zur Vollendung des 50.Lebensjahres beantragt werden.

Wechselrecht

Recht auf Wechsel der Selbstbeteiligung (Erhöhung oder Verringerung) innerhalb der Produktlinie ohne Risikoprüfung. Bei Reduzierung der Selbstbeteiligung gelten Wartezeiten für die Mehrleistungen.

Der Versicherte hat kein vereinfachtes Tarifwechselrecht.

Der Versicherte hat kein vereinfachtes Tarifwechselrecht.

Kinderalleinversicherung

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.

Tarif 'PRIMO.Bonus Z plus':
Kinder sind ab einem Eintrittsalter von 8 Jahren alleine versicherbar.

Tarif 'URZ':
Kinder sind ab einem Eintrittsalter von 8 Jahren alleine versicherbar. Versicherungsbeginn ist der 1. des Monats, wenn der Antrag bis zum 15. des Monats eingeht; sonst der 1. des nächsten Monats.

Kinder sind nicht alleine versicherbar, jedoch ist eine Einzelfallprüfung möglich.

Leistungsvergleich

ARAG K0	Hallesche PRIMO.Bonus Z plus	Württembergische EKU 0
Versicherbarer Personenkreis Tarif 'K0': Personen, die nicht der GKV-Pflicht unterliegen. Tarif '37': Arbeitnehmer, Selbstständige oder Freiberufler.	Tarif 'PRIMO.Bonus Z plus': Alle Personen, sofern der Versicherer für diese Personen keine speziellen Tarife anbietet sowie in häuslicher Gemeinschaft lebenden oder wirtschaftlich abhängigen Familienangehörigen. Tarif 'URZ.': Personen, sofern für diese eine Aufnahme in einer Krankheitskosten-, Krankenhaustagegeld- oder Pflegeversicherung erfolgt oder eine Versicherung in mindestens einem dieser Tarife besteht. Tarif 'KT.43': Arbeitnehmer, Selbstständige oder Freiberufler.	Tarif 'EKU 0': Personen, die nicht der GKV-Pflicht unterliegen. Tarif 'KTU 43': Arbeitnehmer, Selbstständige oder Freiberufler.
Versichertenkarte Ja, die Gesellschaft händigt eine Versichertenkarte aus.	Ja, die Gesellschaft händigt eine Versichertenkarte aus.	Ja, die Gesellschaft händigt eine Versichertenkarte aus.
Leistungen Kranken-TG		
Leistungsbeginn- und dauer Krankentagegeld ab 43.Tag. Zeitlich nicht begrenzt.	Krankentagegeld ab 43.Tag. Zeitlich nicht begrenzt.	Krankentagegeld ab 43.Tag. Zeitlich nicht begrenzt.
Neue Karenzzeit /Rückfallerkrankung Nur mit Risikoprüfung bzw. Wartezeit möglich. Wenn auf Grund der gleichen Krankheit ein Arbeitgeber Zeiten von Arbeitsunfähigkeit für Lohnfortzahlung zusammenzählen darf, wird dies auch beim Krankentagegeld zusammengezählt (gilt für Selbstständige und Freiberufler sinngemäß).	Bei Arbeitnehmern ohne Risikoprüfung bzw. Wartezeit, Zahlung auch für laufende Versicherungsfälle. Änderungsantrag innerhalb von 2 Monaten erforderlich. Bei Selbstständigen oder Freiberuflern nur mit Risikoprüfung bzw. Wartezeit. Krankentagegeld wird weitergezahlt.	Nur mit Risikoprüfung bzw. Wartezeit möglich. Wenn auf Grund der gleichen Krankheit ein Arbeitgeber Zeiten von Arbeitsunfähigkeit für Lohnfortzahlung zusammenzählen darf, wird dies auch beim Krankentagegeld zusammengezählt (gilt für Selbstständige und Freiberufler sinngemäß).
Dynamik Individuelle Anpassung ohne Risikoprüfung bzw. Wartezeit. Erhöhungsantrag innerhalb von 2 Monaten notwendig.	Individuelle Anpassung ohne Risikoprüfung bzw. Wartezeit. Erhöhungsantrag innerhalb von 2 Monaten notwendig. Erhöhte Leistungen werden auch für laufende Versicherungsfälle gezahlt.	Individuelle Anpassung für Krankentagegeld von mind. 30,-EUR ohne Risikoprüfung bzw. Wartezeit. Erhöhungsantrag innerhalb von 2 Monaten notwendig. Erhöhte Leistungen werden auch für laufende Versicherungsfälle gezahlt, wenn Erhöhungsantrag vor Eintritt des Versicherungsfalles eingegangen ist.
Nettoeinkommen Für Arbeitnehmer gilt: Durchschnittliches mtl. Nettoeinkommen + Monatsbeitrag zur KV und PPV + 500,-EUR für den halben Rentenversicherungsbeitrag / 30 = versicherbarer Tagessatz.	Für Arbeitnehmer gilt: Jahresbruttoeinkommen x 80% / 360 = versicherbarer Tagessatz.	Für Arbeitnehmer gilt: Jahresnettoeinkommen / 12 + Beitrag zur Kranken- und Pflegeversicherung + Beitrag zur Rentenversicherung / 30 = versicherbarer Tagessatz.
Leistung bei Eink.-Minderung Eine Minderung des Nettoeinkommens ist dem Versicherer zu melden. Wenn es unter die Höhe des dem Vertrag zugrunde gelegten Einkommens gesunken ist, kann der Versicherer (unabhängig davon, ob der Versicherungsfall bereits eingetreten ist oder nicht) das Krankentagegeld zum Beginn des zweiten Monats nach Kenntnis herabsetzen. Dies gilt nicht für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung.	Eine Minderung des Nettoeinkommens ist dem Versicherer zu melden. Wenn es unter die Höhe des dem Vertrag zugrunde gelegten Einkommens gesunken ist, kann der Versicherer (unabhängig davon, ob der Versicherungsfall bereits eingetreten ist oder nicht) das Krankentagegeld zum Beginn des zweiten Monats nach Kenntnis herabsetzen. Dies gilt nicht für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung.	Eine Minderung des Nettoeinkommens ist dem Versicherer zu melden. Wenn es unter die Höhe des dem Vertrag zugrunde gelegten Einkommens gesunken ist, kann der Versicherer (unabhängig davon, ob der Versicherungsfall bereits eingetreten ist oder nicht) das Krankentagegeld zum Beginn des zweiten Monats nach Kenntnis herabsetzen. Dies gilt nicht für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung.

Leistungsvergleich

ARAG K0	Hallesche PRIMO.Bonus Z plus	Württembergische EKU 0
max. Tagessatz Für Arbeitnehmer gilt: Keine Begrenzung.	Für Arbeitnehmer gilt: 300,-EUR pro Tag insgesamt für alle Tagegeldtarife mit einer Karenzzeit von 42 bis 364 Tagen.	Für Arbeitnehmer gilt: Keine Aussage erforderlich.
Alkoholklausel Wird verzichtet.	Wird verzichtet.	Wird verzichtet.
Arbeitslosigkeit Zahlung Krankentagegeld max. 3 Monate nach Beginn der Arbeitslosigkeit, wenn Arbeitsunfähigkeit vor Beginn bestand.	Bei Arbeitslosigkeit nach Eintritt des Versicherungsfalls verlängert sich die 3-Monatsfrist auf 9 Monate, bei noch andauernder Arbeitsunfähigkeit um weitere 3 Monate mit 50% des versicherten Tagessatzes, max. jedoch 25,-EUR pro Tag.	Zahlung des Krankentagegeldes max. 6 Monate bei Personen ohne Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitslosigkeit, wenn Arbeitsunfähigkeit vor Beginn bestand. Bei Personen mit Anspruch auf Leistungen bei Arbeitslosigkeit max. 3 Monate.
Arbeitsunfähigkeit Für Arbeitnehmer im Anschluss an völlige Arbeitsunfähigkeit wird Krankentagegeld im Rahmen einer Wiedereingliederung in das Erwerbsleben nach vorheriger Zustimmung gezahlt. Das vom Arbeitgeber gezahlte Entgelt wird auf das Krankentagegeld angerechnet. Für Selbständige wird bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit kein Krankentagegeld gezahlt. Maximale Leistungsdauer nach Eintritt einer Berufsunfähigkeit 3 Monate.	Im Anschluss an völlige Arbeitsunfähigkeit von mind. 12 Wochen Dauer und bei Arbeitsunfähigkeit von mind. 50% wird Krankentagegeld im Rahmen einer Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (max. 8 Wochen) gezahlt. Leistung nur für Arbeitnehmer, die in einem festen Arbeitsverhältnis stehen und beim Versicherer eine Vollversicherung haben. Das vom Arbeitgeber gezahlte Entgelt wird auf das Krankentagegeld angerechnet. Maximale Leistungsdauer nach Eintritt einer Berufsunfähigkeit 3 Monate. Für max. weitere 3 Monate max. 50% Krankentagegeld (max. 25,-EUR pro Tag), sofern über einen Rentenantrag noch nicht entschieden ist.	Im Anschluss an eine völlige Arbeitsunfähigkeit 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 (max. für 4 Wochen). Maximale Leistungsdauer nach Eintritt einer Berufsunfähigkeit 6 Monate.
Kurbehandlung u. Sanatorium Krankentagegeldzahlung nach Zusage des Versicherers und wenn vorher mind. 6 Wochen ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit bestand.	Krankentagegeldzahlung bei stationärer Sanatoriumsbehandlung, wenn vorher mindestens 4 Wochen ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit bestand. Andere Leistungsansprüche werden auf das Krankentagegeld angerechnet, wenn sie zusammen mit diesem das Nettoeinkommen übersteigen.	Krankentagegeldzahlung nach vorheriger Zusage, wenn im Verlauf einer Arbeitsunfähigkeit eine stationäre REHA-Maßnahme erforderlich ist.
REHA-Maßnahme Bei REHA wird nach mind. 6 Wochen Arbeitsunfähigkeit das Krankentagegeld nach schriftlicher Zusage gezahlt.	Krankentagegeldzahlung bei stationärer Rehabilitationsmaßnahme, wenn vorher mindestens 4 Wochen ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit bestand. Andere Leistungsansprüche werden auf das Krankentagegeld angerechnet, wenn sie zusammen mit diesem das Nettoeinkommen übersteigen.	Wenn im Verlauf einer Arbeitsunfähigkeit REHA erforderlich wird, wird ein Krankentagegeld nach vorheriger Zusage gezahlt.
Allgemeine Wartezeit Die allgemeine Wartezeit entfällt.	Die allgemeine Wartezeit entfällt.	Die allgemeine Wartezeit entfällt.
Besondere Wartezeiten Die besonderen Wartezeiten entfallen.	Die besonderen Wartezeiten entfallen.	Die besonderen Wartezeiten entfallen.
Alleine versicherbar Tarif ist alleine abschließbar.	Tarif ist als Ergänzung zur GKV alleine abschließbar.	Tarif ist alleine abschließbar.

