

Leistungsvergleich

Kunde: , geb. 03.03.1980

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

Signal Iduna			HanseMerkur		R + V	
Bereich	Tarifname	Beitrag	Tarifname	Beitrag	Tarifname	Beitrag
Kompakt	EXKLUSIV 0	462,69	AZP	362,47	AGIL premium TN0U	540,97
Kranken-TG	ESP-VA 43 /100	33,30	PS3	85,47	TA 6 /100	43,20
Pflegepflicht	PVN	21,98	PSV	35,28	PPN	21,61
			T43 /100	36,20		
			PVN	22,03		
Gesetzl. Zuschlag		46,27		48,33		54,10
Monatl. Gesamtbeitrag		564,24		589,78		659,88
Beitrag abzgl. AG-Anteil		282,12		294,88		353,42
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

EXKLUSIV 0

Kompakter Tarif (ASZ), 1- oder 2-Bett-Zimmer mit
 Chefarztbehandlung, Zahnbehandlung 100%, Zahnersatz 90%,
 Kieferorthopädie 80%,
 Heilpraktikerleistungen,
 Naturheilverfahren,
 Psychotherapieleistungen, Sehhilfen bis 300 EUR, GOÄ: bis zum
 Höchstsatz (3,5-fach) - Stationär ohne
 Begrenzung, keine allgemeine
 Selbstbeteiligung, Optionsrecht,
 Tarifgeneration Unisex, Tarif aufgelegt am 01.01.2013

ESP-VA 43

Krankentagegeldtarif für angestellte
 Personen mit Leistungsbeginn ab dem
 43. Tag, Tagegeld 5 bis 310 EUR
 versicherbar, Tarifgeneration Unisex,
 Tarif aufgelegt am 01.01.2013

PVN

Pflegepflichttarif, BAP 01.01.2013

AZP

Kompakter Tarif (AZ),
 Zahnbehandlung 100%, Zahnersatz
 80%, Kieferorthopädie 80%,
 Heilpraktikerleistungen,
 Naturheilverfahren (Hufeland),
 Psychotherapieleistungen, Sehhilfen
 bis 260 EUR, Kurleistungen, GOÄ:
 bis zum Höchstsatz (3,5-fach),
 Pauschalleistung, keine allgemeine
 Selbstbeteiligung, Tarifgeneration
 Unisex, Tarif aufgelegt am 01.01.2013

PS3

Stationärer Tarif, Mehrbett-Zimmer,
 GOÄ: bis zum Höchstsatz (3,5-fach),
 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, BAP
 01.05.2013

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

AGIL premium TN0U

Kompakter Tarif (ASZ), 1-Bett-Zimmer
 mit Chefarztbehandlung,
 Zahnbehandlung 100%, Zahnersatz
 80%, Kieferorthopädie 80%,
 Heilpraktikerleistungen,
 Naturheilverfahren,
 Psychotherapieleistungen, Sehhilfen
 bis 900 EUR, Kurleistungen, GOÄ:
 ohne Begrenzung, keine allgemeine
 Selbstbeteiligung, Tarifgeneration
 Unisex, Tarif aufgelegt am
 01.01.2013, BAP 01.01.2014

TA 6

Krankentagegeldtarif für angestellte,
 freiberufliche und selbständige
 Personen mit Leistungsbeginn ab dem
 43. Tag, Tagegeld 10 bis 300 EUR
 versicherbar, Tarifgeneration Unisex,
 Tarif aufgelegt am 01.01.2013, BAP
 01.01.2014

PPN

Pflegepflichttarif, BAP 01.01.2013

Leistungsvergleich

Signal Iduna
EXKLUSIV 0

HanseMerkur
AZP

R + V
AGIL premium TN0U

Leistungen Ambulant

Ambulante Behandlungen

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.

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. Dies sind z.B. Akupunktur, Neuraltherapie und Homöopathie
- naturheilkundliche Leistungen des Arztes, die im Hufelandverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen und im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker aufgeführt sind.

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

Signal Iduna
EXKLUSIV 0

HanseMercur
AZP

R + V
AGIL premium TN0U

Vorsorgeuntersuchungen

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf sämtliche, zur Früherkennung von Krankheiten medizinisch notwendige gezielte Untersuchungen. Für Untersuchungen in Diagnosezentren wird geleistet, sofern der Versicherte dies vorher schriftlich zugesagt hat. Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlichen Programmen, Zahnvorsorge und für im Tarif genannte Schutzimpfungen beeinflussen die BRE nicht.

Erstattungsfähig sind 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) Vorsorgeuntersuchung auf Hautkrebs (ab dem 20. Lebensjahr, einmal in 2 Jahren)
 - c) Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, Lungenfunktionsprüfung, Belastungs-EKG, Blutentnahme, Blutsenkung, Blutbild, Differenzialblutbild, Urin-Teststreifen (ab dem 20. Lebensjahr, einmal in 4 Jahren)
 - d) Lungenfunktionsprüfung, Belastungs-EKG, Blutsenkung, Blutbild, Differenzialblutbild, Blutuntersuchungen, Urin-Teststreifen (ab dem 35. Lebensjahr, einmal in 2 Jahren)
 - e) Untersuchung zur Glaukom-Früherkennung (zusätzlich ab dem 45. Lebensjahr, einmal in 3 Jahren)
 - f) Doppler-Sonographie zur Schlaganfallvorsorge (zusätzlich ab dem 55. Lebensjahr, einmal in 3 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. Werden Vorsorgeuntersuchungen erstattet erfolgt keine Beitragsrückerstattung. Ausnahme: die im Rahmen einer BRE ausgestellten Vorsorgeschecks.

Erstattungsfähig sind sämtliche, zur Früherkennung von Krankheiten medizinisch notwendige ambulante Vorsorgeuntersuchungen. Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen, Zahnprophylaxe und professionelle Zahnreinigung beeinflussen die Beitragsrückerstattung nicht.

Arznei- und Verbandmittel

Arznei- und Verbandmittel sind erstattungsfähig. Dazu zählen auch homöopathische und anthroposophische Arzneimittel, Phytopharmaka sowie Sondernahrung bei künstlicher Ernährung.

Arznei- und Verbandmittel sind erstattungsfähig. Dazu gehören auch medizinische Nährlösungen zur künstlichen Ernährung (enterale Ernährung).

Arznei- und Verbandmittel sind erstattungsfähig. Dazu zählen auch Nährstofflösungen zur enteralen und parenteralen Ernährung und bestimmte medikamentenähnliche Nährmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden zu vermeiden.

Leistungsvergleich

Signal Iduna
EXKLUSIV 0

HanseMerkur
AZP

R + V
AGIL premium TN0U

Hilfsmittel

Hilfsmittel, die Behinderungen, Krankheits- und Unfallfolgen mildern oder ausgleichen (offener Hilfsmittelkatalog). Hilfsmittel gleicher Art bis 1.000,-EUR Kaufpreis (oder deren Wartung und Reparatur) einmal pro Kalenderjahr ohne vorherige Zusage. Vorherige Zusage wird erforderlich, wenn Hilfsmittel mehr als einmal pro Jahr erstattet werden sollen. Hilfsmittel gleicher Art ab 1.000,-EUR Kaufpreis (oder deren Wartung und Reparatur) nach vorheriger Zusage. Wird diese nicht eingeholt, werden die Kosten übernommen, die in gleicher Qualität und Ausführung im Rahmen einer alternativen und kostengünstigeren Versorgung (Miete, Leasing, Kauf oder Bezug über Kooperationspartner des Versicherers) angefallen wären.

Offener Hilfsmittelkatalog (inkl. Leihe, Reparatur und Wartung):
- Hör- und Sprechhilfen; die aus medizinischen Fachgeschäften bezogenen Bandagen und Kompressionsstrümpfe, orthopädischen Schuhe, Einlagen und Schuhzurichtungen, Blutgerinnungsmessgeräte (z.B. Coagu-Chek), Insulin- und Medikamentenpumpen, Absauggeräte, Heimdialysegeräte, Rollatoren, Krankenfahrstühle bis 15.000,-EUR, Stoma- und Inkontinenzversorgungsartikel
- Körperersatzstücke (Prothesen, Epithesen), Orthesen und orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate
- 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.

Beschaffung, Reparatur und Wartung medizinisch notwendiger Hilfsmittel und Körperersatzstücke sowie Behandlungs- und Kontrollgeräte (offener Hilfsmittelkatalog). Zu Hilfsmittel zählen auch Blindenhunde inkl. Trainingsmaßnahmen. Das jeweilige Hilfsmittel wird höchstens einmal im Kalenderjahr gewährt. Kleine Hilfsmittel sind Bandagen, Bruchbänder, Leibbinden, Gummistrümpfe, Fußeinlagen, orthopädische Schuhe und Gehhilfen.

Heilmittel

Heilmittel durch staatlich geprüfte Angehörige anerkannter Heilhilfsberufe zu 80%: Inhalation, Krankengymnastik und Bewegungsübungen, Massagen, Packungen, Hydrotherapie, medizinische Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie, Logopädie, Beschäftigungstherapie (Ergotherapie), Podologie.
Leistungen des Logopäden und Ergotherapeuten einschließlich Wegegebühren bis zu den Regelhöchstätzen der GOÄ.
100% für oben genannte Heilmittel in Verbindung mit einer bestimmten schweren Erkrankung.

Gemäß Bundesbeihilfeverordnung: Inhalation, Krankengymnastik und Bewegungsübungen, Massagen, Hydrotherapie, medizinische Bäder, Packungen, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie, Logopädie, Beschäftigungstherapie (Ergotherapie), Podologie, Schwangerschaftsgymnastik.

Heilmittel durch Ärzte, Heilpraktiker oder staatlich geprüfte Angehörige von Heilhilfsberufen: Inhalation, Krankengymnastik und Bewegungsübungen, Massagen, Packungen, medizinische Bäder, Elektrotherapie, Logopädie, Schwangerschaftsgymnastik, Beschäftigungstherapie (Ergotherapie), Podologie.
Keine Mehraufwendungen für Behandlungen in der Wohnung des Versicherten.

Sehhilfen

300,-EUR innerhalb von 2 aufeinander folgenden Kalenderjahren für Sehhilfen. Ab 8 Dioptrien 600,-EUR. Erneuter Anspruch bei Änderung der Sehstärke um mind. 0,5 Dioptrien.
Nach Ablauf von 3 Kalenderjahren nach Versicherungsbeginn
Laser(Lasik)-Operationen zur Sehschärfenkorrektur bis 1.500,-EUR Rechnungsbetrag insgesamt für beide Augen. Werden Leistungen für diese Operation in Anspruch genommen, besteht im entsprechenden Kalenderjahr und in den 5 darauf folgenden Kalenderjahren kein Anspruch auf Sehhilfen.

260,-EUR für Sehhilfen oder alternativ für Laser(Lasik)-Operationen zur Sehschärfenkorrektur. Erneuter Anspruch bei Änderung der Sehstärke um mind. 0,5 Dioptrien oder nach Ablauf von 24 aufeinander folgenden Monaten nach letztem Bezug.

900,-EUR innerhalb von 3 aufeinander folgenden Kalenderjahren für Sehhilfen.

Leistungsvergleich

Signal Iduna
EXKLUSIV 0

HanseMercur
AZP

R + V
AGIL premium TN0U

Heilpraktiker

Behandlungen durch Heilpraktiker zu 80%, soweit sie im GebüH (Stand 1985) aufgeführt sind.
Behandlung, Arzneimittel und Verbandmittel bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 2.000,-EUR pro Kalenderjahr.
Bis zu den Höchstbeträgen des GebüH.

Alle von Ärzten und Heilpraktikern durchgeführten naturheilkundlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im GebüH und im Hufelandverzeichnis aufgeführt sind. Der Versicherer behält sich vor, darüber hinaus Erstattungen für neue Therapien vorzusehen. Bis zu den Höchstbeträgen des GebüH. Behandlung nach "Hufeland-Verzeichnis" analog zu vergleichbaren ärztlichen Leistungen.

Alle im GebüH genannten Methoden. Bis zu den Höchstbeträgen des GebüH.

Naturheilverfahren

100%.

100% gemäß Hufelandverzeichnis.

100%.

Psychotherapie ambulant

80% Erstattung für 50 Sitzungen pro Jahr. Genehmigung ab der 31. Sitzung erforderlich. Delegation an psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten möglich.

90% bis zu 50 Sitzungen pro Jahr. Genehmigung erforderlich. Behandlung durch psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten möglich, wenn Abrechnung nach deren Gebührenordnung erfolgt.

Behandlung durch niedergelassene approbierte Ärzte ohne Begrenzung der Sitzungszahl. Genehmigung nicht erforderlich. Behandlung durch psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten möglich, wenn Abrechnung nach deren Gebührenordnung erfolgt.

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.
Begrenzung entfällt für akute Behandlung im Ausland.

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.

Auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus.

Ambulante Kuren

Keine Erstattung. Kurortklausel wird nicht angewendet.

Bei ambulanten Kuren alle 3 Jahre: ärztliche Behandlungen, Arznei- und Verbandmittel sowie Heilmittel. Genehmigung ist nicht erforderlich. Kurortklausel wird nicht angewendet.

Bei ambulanter oder stationärer Kur- und Sanatoriumsbehandlung ärztliche Behandlung, Kurplan sowie Arznei- und Heilmittel bis zu 1.800,-EUR frühestens nach 3-jähriger Versicherungsdauer und dann frühestens 3 Jahre nach der letzten Kurbehandlung. Notwendigkeit ist durch Attest nachzuweisen. Kurortklausel wird nicht angewendet.

Ambulante Transportkosten

Bei Gehunfähigkeit zum und vom nächsten geeigneten Arzt (einschließlich Unfall- oder Notfalltransporte) sowie Fahrten zur und von der Dialyse, Chemo- und Strahlentherapie.

Bei einem Rettungstransport oder bei Gehunfähigkeit oder wegen der Folgen ambulant durchgeführter diagnostischer und/oder therapeutischer Maßnahmen (z.B. Dialyse, Chemotherapie, Röntgenbestrahlungen, ambulante Operation).

Zur Erstversorgung nach einem Notfall oder Unfall oder bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit. Zur und von einer Dialysebehandlung, Chemo- und Strahlentherapie zurück.

Schutzimpfungen

Impfungen, auch über die staatlich empfohlenen Impfungen hinaus.

Impfungen gemäß Empfehlung der Ständigen Impfkommission des Robert Koch-Institutes.
Darüber hinaus Impfungen bis 100,-EUR pro Kalenderjahr bei Auslandsreisen gegen Cholera, Typhus, Malaria, Gelbfieber und Hepatitis.
Keine Impfungen, die durch den Beruf oder Freizeitgewohnheiten erforderlich sind.

Schutzimpfungen, inkl. solcher wegen beruflicher Tätigkeit und Reiseimpfungen.

Leistungsvergleich

Signal Iduna
EXKLUSIV 0

HanseMerkur
AZP

R + V
AGIL premium TN0U

Häusliche Krankenpflege

Medizinische Einzelleistungen durch Pflegefachkräfte, die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Krankheit gerichtet sind (z.B. Verbandwechsel, Wundpflege, Katheterwechsel, Injektionen, Blutdruckmessungen).

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

Häusliche Behandlungspflege ist nicht erstattungsfähig.

Leistungen Stationär

Stationäre Unterbringung

1- oder 2-Bettzimmer.

Tarif 'PS3':
Mehrbettzimmer.

1-Bettzimmer.

Tarif 'PSV':
1- oder 2-Bettzimmer (Differenz zum Mehrbettzimmer).

Stationäre Behandlungen

Privatarztbehandlung.

Tarif 'PS3':
Regel- und Belegarztleistungen.

Privatarztbehandlung.

Tarif 'PSV':
Privatarztbehandlung.

Ersatz-Krankenhaustagegeld

20,-EUR bei Verzicht auf gesonderte Unterkunft, 30,-EUR bei Verzicht auf Privatarzt. Personen bis zur Vollendung des 20.Lebensjahres hälftig.

Tarif 'PSV':
35,-EUR bei Verzicht auf gesonderte Unterkunft, 25,-EUR bei Verzicht auf Privatarzt. Kinder und Jugendliche erhalten das gleiche KHT.

40,-EUR bei Verzicht auf gesonderte Unterkunft, 40,-EUR bei Verzicht auf Privatarzt. Kinder bis einschließlich 15 Jahre bei Verzicht auf Privatarzt hälftig.

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.

Tarif 'PS3':
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.

Auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus.

Tarif 'PSV':
Auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus.

Leistungsvergleich

Signal Iduna
EXKLUSIV 0

HanseMerkur
AZP

R + V
AGIL premium TN0U

Stationäre Kuren

Keine Erstattung für stationäre Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie REHA-Maßnahmen.
Anschlussheilbehandlung (AHB) nach einem Akutaufenthalt im Krankenhaus ist erstattungsfähig. Voraussetzung ist, dass die AHB innerhalb von 14 Tagen (bei medizinischer Indikation entsprechend später) nach dem Akutaufenthalt angetreten wird und durch die AHB der Akutaufenthalt abgekürzt wird.
Genehmigung für Anschlussheilbehandlung nicht erforderlich.

Tarif 'PS3':
Keine stationäre Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie REHA-Maßnahmen der gesetzlichen REHA-Träger.
Anschlussheilbehandlungen (AHB) unter folgenden Voraussetzungen:
- AHB wird innerhalb von 2 Wochen nach stationärer Akutbehandlung angetreten
- AHB ist aufgrund bestimmter Krankheitsbilder (Liste des Versicherers) medizinisch notwendig
- es besteht kein Anspruch gegenüber einem anderen Kostenträger.
Genehmigung für Anschlussheilbehandlung nicht erforderlich.

Bei ambulanter oder stationärer Kur- und Sanatoriumsbehandlung ärztliche Behandlung, Kurplan, Unterkunft und Verpflegung sowie Arznei- und Heilmittel bis zu 1.800,-EUR frühestens nach 3-jähriger Versicherungsdauer und dann frühestens 3 Jahre nach der letzten Kurbehandlung. Notwendigkeit durch ein Attest nachzuweisen.

Tarif 'PSV':
Keine stationäre Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie REHA-Maßnahmen der gesetzlichen REHA-Träger.
Anschlussheilbehandlungen (AHB) unter folgenden Voraussetzungen:
- AHB wird innerhalb von 2 Wochen nach stationärer Akutbehandlung angetreten
- AHB ist aufgrund bestimmter Krankheitsbilder (Liste des Versicherers) medizinisch notwendig
- es besteht kein Anspruch gegenüber einem anderen Kostenträger.
Genehmigung für Anschlussheilbehandlung nicht 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 Behandlung erforderten
- für bestimmte Krankheitsbilder (Liste des Versicherers) 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 Heilbehandlung in einer gemischten Anstalt nach vorheriger schriftlicher Zusage.
Darüber hinaus ohne schriftliche Zusage, wenn
- ausschließlich Heilbehandlungen durchgeführt wurden, die eine stationäre Behandlung erforderten
- 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

Zum/vom nächsten geeigneten Krankenhaus wenn Notwendigkeit durch ärztliches Attest nachgewiesen wird.

Zum/vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.

Zum/vom nächsten geeigneten Krankenhaus.

Ambulante Operationen

Ambulante Operationen sind erstattungsfähig.
Zusätzliche Pauschale von 200,-EUR pro Maßnahme bei einer ambulanten Operation bzw. einem sonstigen stationärsersetzenden Eingriff.

Ambulante Operationen sind erstattungsfähig.
Darüber hinaus 150,-EUR Pauschale für bestimmte Operationen gemäß Liste des Versicherers (ohne Anrechnung auf Selbstbeteiligung und ohne dass Anspruch auf Beitragsrückerstattung verloren geht).

Ambulante Operationen sind erstattungsfähig.

Leistungsvergleich

Signal Iduna
EXKLUSIV 0

HanseMerkur
AZP

R + V
AGIL premium TN0U

Vor-/nachstationäre Behandlung

Ist erstattungsfähig.

Ist erstattungsfähig.

Ist erstattungsfähig.

Begleitpersonen bei Kindern im KH

Bis zum 10.Lebensjahr, max. 14 Tage pro Kalenderjahr, 25,-EUR pro Tag, wenn ein Elternteil nach einem Krankheitskostentarif versichert ist.

Tarif 'PS3':
Aufwendungen sind in Höhe der Mindestleistung gemäß Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes erstattungsfähig, wenn sie in stationären Regelleistungen abgerechnet werden.

Bis zum 10.Lebensjahr, max. 4 Wochen.

Tarif 'PSV':
Bis zum 14.Lebensjahr.

Leistungen Zahn

Zahnbehandlung

100%.

100%.

100%.

Zahnersatz

90%, ohne regelm. Prophylaxe 75%.

80%.

80%.

Inlays

90%, ohne regelm. Prophylaxe 75%.

80%.

80%.

Implantate

90%, max. 1250 EUR Rechnungsbetrag je Implantat, ohne regelm. Prophylaxe 75%.

80%.

80%.

Kieferorthopädie

80% bis 20 Jahre, bei erfolgreichem Abschluss 100%.

80%.

80%.

Zahnärztliche Leistungen

Erstattungsfähig sind
- 100% für Zahnbehandlung, Parodontosebehandlung und Wurzelbehandlung
- 100% für Prophylaxe nach Nr. 1000-1030 der GOZ, professionelle Zahnreinigung nach Nr. 1040 der GOZ zweimal pro Kalenderjahr
- 80% für Kieferorthopädie, wenn Behandlungsbeginn vor Vollendung des 21.Lebensjahres; zusätzlich 20% nach erfolgreichem Abschluss
- 90% für Zahnersatz in den ersten 2 Kalenderjahren. Ab dem 3.Kalenderjahr sinkt der Prozentsatz auf 80%, bei 80% auf 75% wenn im vorausgegangenen Kalenderjahr keine Kontrolluntersuchung nachgewiesen wurde; er steigt von 75% auf 80% bzw. von 80% max. auf 90%, wenn diese nachgewiesen und keine Behandlungsbedürftigkeit festgestellt wurde. Als Zahnersatz gelten auch Einzelkronen, Funktionsanalyse und Funktionstherapie und Implantate. Pro Implantat (einschließlich der damit im Zusammenhang anfallenden zahnärztlichen und kieferchirurgischen Leistungen, z.B. Knochenaufbau sowie Materialkosten) wird max. 1.250,-EUR Rechnungsbetrag anerkannt.

Inlays wie Zahnersatz.

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 Einzelzahn), Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen, Funktionsanalyse und Funktionstherapie sowie Implantate
- zahntechnische Material- und Laborkosten gemäß dem Preis- und Leistungsverzeichnis des Versicherers.

Inlays wie Zahnersatz.

Erstattungsfähig sind
- 100% für Zahnbehandlung inkl. professioneller Zahnreinigung und Prophylaxe
- 80% für Zahnersatz: Prothetik, Kronen, Brücken, Stützähne, Implantate, implantatgetragener Zahnersatz, Implantate, Onlays, Verblendungen, Reparatur von Zahnersatz, Funktionsanalyse und Funktionstherapie
- 80% für Kieferorthopädie.

Inlays wie Zahnersatz.

Leistungsvergleich

Signal Iduna
EXKLUSIV 0

HanseMerkur
AZP

R + V
AGIL premium TN0U

Zahnstaffel

Bei Versicherungsbeginn ist die Erstattung für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie wie folgt begrenzt:
- 750,-EUR im 1.Versicherungsjahr
- 1.500,-EUR im 1.-2.Versicherungsjahr
- 3.000,-EUR im 1.-3.Versicherungsjahr
- 4.500,-EUR im 1.-4.Versicherungsjahr.
Ab dem 5. Jahr ohne Begrenzung.

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

Bei Versicherungsbeginn ist die Erstattung für Zahnersatz und Kieferorthopädie wie folgt begrenzt:
- 1.600,-EUR im 1.-2.Versicherungsjahr
- 3.200,-EUR im 1.-4.Versicherungsjahr
- 6.400,-EUR im 1.-6.Versicherungsjahr.
Ab dem 7. Jahr ohne Begrenzung.

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

Keine Summenbegrenzung für Zahnbehandlung, Zahnersatz oder Kieferorthopädie.

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.

Auch über die Höchstsätze der GOZ hinaus.

Heil- und Kostenplan

Bei Zahnbehandlung, Zahnersatz oder Kieferorthopädie über 2.500,-EUR erforderlich.

Nicht erforderlich.

Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie erforderlich, sonst Erstattung zur Hälfte der Tarifleistung.

Leistungen Allgemein

Selbstbeteiligung

Keine Selbstbeteiligung.

Tarif 'AZP':
Keine Selbstbeteiligung.

Tarif 'PS3':
Tarif ohne allgemeine Selbstbeteiligung.

Keine Selbstbeteiligung.

Leistungsvergleich

Signal Iduna
EXKLUSIV 0

HanseMerkur
AZP

R + V
AGIL premium TN0U

Pauschalleistung

Eine garantierte Pauschalleistung ist nicht vorgesehen.

Wurde für ein Versicherungsjahr keine ambulante oder zahnärztliche Leistung in Anspruch genommen, erfolgt eine garantierte Pauschalleistung in Höhe von 6 MB. Dies erfolgt durch Stundung eines entsprechenden Beitragsanteils. Ab Versicherungsbeginn ist nur die Hälfte des Beitrages zu zahlen, solange Leistungsfreiheit besteht. Nimmt die versicherte Person für ein Versicherungsjahr Leistungen in Anspruch, so entfällt der Anspruch auf Pauschalerstattung für das gesamte Versicherungsjahr, in dem die Behandlung stattgefunden hat sowie für das folgende Versicherungsjahr. Werden Leistungen für zwei unmittelbar aufeinander folgende Versicherungsjahre in Anspruch genommen, entfällt der Anspruch auf Pauschalerstattung für ein weiteres Versicherungsjahr. Für jedes weitere unmittelbar folgende Versicherungsjahr mit Leistungen verlängert sich der Zeitraum ohne Anspruch auf Pauschalerstattung um jeweils 12 Monate. Endet der Versicherungsschutz während der Dauer der vollen Beitragszahlung, werden die bis zum Ende der vollen Beitragszahlungsdauer noch ausstehenden hälftigen Tarifbeiträge sofort fällig. Erfolgen Leistungsabrechnungen nach Ende des Versicherungsschutzes, sind die fehlenden halben Tarifbeiträge sofort nachzuzahlen. Werden im Jahr der Beendigung Leistungen im Rahmen einer anderen Krankheitskostenvollversicherung in Anspruch genommen, sind für dieses Jahr die fehlenden halben Tarifbeiträge sofort nachzuzahlen.

Eine garantierte Pauschalleistung ist nicht vorgesehen.

Erfolgsabh. Beitragsrückerstattung

Tarif 'EXKLUSIV 0':
Beitragsrückerstattung nach leistungsfreien Jahren:
1 Jahr : 3 MB.
Voraussetzung für die Beitragsrückerstattung ist die Leistungsfreiheit im gesamten Tarif. Anteilige Beitragsrückerstattung bei unterjährigem Beginn. Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlichen Programmen, Zahnvorsorge und für im Tarif genannte Schutzimpfungen beeinflussen die BRE nicht.

Tarif 'ESP-VA 43':
Eine Beitragsrückerstattung wird nicht gezahlt.

Tarif 'AZP':
Alle Versicherten ab einem Alter von 20 Jahren erhalten nach einem Jahr Leistungsfreiheit jährlich Vorsorge-Schecks. Diese beinhalten Untersuchungen beim Hausarzt, Zahnarzt und Frauenarzt, bei Frauen zusätzlich eine Mammographie und bei Männern zusätzlich eine Vorsorge beim Urologen. Voraussetzung für die Beitragsrückerstattung ist die Leistungsfreiheit im Ambulant- und Zahnbereich. Werden Vorsorgeuntersuchungen erstattet erfolgt keine Beitragsrückerstattung. Ausnahme: die im Rahmen einer BRE ausgestellten Vorsorgeschecks.

Tarif 'PS3':
Eine Beitragsrückerstattung wird nicht gezahlt.

Tarif 'AGIL premium TN0U':
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. Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen, Zahnprophylaxe und professionelle Zahnreinigung beeinflussen die Beitragsrückerstattung nicht.

Tarif 'TA 6':
Eine Beitragsrückerstattung wird nicht gezahlt.

Leistungsvergleich

Signal Iduna
EXKLUSIV 0

HanseMercur
AZP

R + V
AGIL premium TN0U

Allgemeine Wartezeiten

Die allgemeine Wartezeit entfällt.

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 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 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 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 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.

Besondere Wartezeiten

Die besonderen Wartezeiten entfallen.

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

Vertragslaufzeit

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

Tarif 'ESP-VA 43':
Die Mindestvertragsdauer beträgt 1 Jahr.
Das Höchstaufnahmearter beträgt 67 Jahre.

Tarif 'AZP':
Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre.
Keine Befristung. Das Höchstaufnahmearter beträgt 60 Jahre.

Tarif 'PS3':
Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre.
Keine Befristung. Das Höchstaufnahmearter beträgt 70 Jahre.

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

Tarif 'AGIL premium TN0U':
Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre.
Keine Befristung. Es gibt kein Höchstaufnahmearter.

Tarif 'TA 6':
Die Mindestvertragsdauer beträgt 1 Jahr.
Es gibt kein Höchstaufnahmearter.

Kündigungstermin

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).

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

Leistungsvergleich

Signal Iduna
EXKLUSIV 0

HanseMercur
AZP

R + V
AGIL premium TN0U

Weltgeltung

Der Versicherungsschutz erstreckt sich, ohne dass es einer besonderen Vereinbarung bedarf, auf weltweite Heilbehandlung, sofern es sich um einen vorübergehenden Aufenthalt (Zeitraum von höchstens 12 Monaten) im Ausland handelt.

Tarif 'PSV, PS3, AZP':
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.

Tarif 'AGIL premium TN0U':
Bei vorübergehendem Aufenthalt im außereuropäischen Ausland (d.h. so lange keine Wohnsitzverlegung vorliegt) besteht bis zu 36 Monate Versicherungsschutz. Der Versicherer verpflichtet sich auf Antrag den Versicherungsschutz zu verlängern.

Tarif 'TA 6':
Ja, bis zu 6 Monate.

Tarif 'T43':
Ja, zeitlich unbegrenzt.

Optionsrecht

Option auf höherwertigen Schutz. Option kann nach Ablauf von 36 Monaten und von 72 Monaten ausgeübt werden.

Keine Option auf höherwertigen Schutz.

Keine Option auf höherwertigen Schutz.

Wechselrecht

Der Versicherte hat kein vereinfachtes Tarifwechselrecht.

Der Versicherte hat kein vereinfachtes Tarifwechselrecht.

Der Versicherte hat kein vereinfachtes Tarifwechselrecht.

Kinderalleinverticherung

Kinder sind ab Vollendung des 4. Lebensjahres alleine versicherbar.

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 kann auf den Tag genau der Geburtstag sein. Leistungsansprüche bestehen ab Antragsannahme (wenn Wartezeiterlass durch U-Berichte erfolgt).

Versicherbarer Personenkreis

Tarif 'EXKLUSIV 0':
Personen, für die keine weitere Vollversicherung besteht.

Tarif 'ESP-VA 43':
Personen
- die in Deutschland wohnen
- in einem festen Arbeitsverhältnis stehen
- lohnsteuerpflichtig sind und
- für die gleichzeitig eine Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer besteht.

Tarif 'PS3, AZP':
Personen, die nicht der GKV-Pflicht unterliegen.

Tarif 'PSV':
Personen, für die beim Versicherer eine Vollversicherung mit allgemeinen Krankheitsleistungen besteht.

Tarif 'T43':
Arbeitnehmer, Selbstständige, Freiberufler, Studenten oder Auszubildende.

Tarif 'AGIL premium TN0U':
Unabhängig vom Beruf oder vom Status (Auszubildender, Arbeitnehmer, Beamte, Freiberufler, Selbstständiger) abschließbar.

Tarif 'TA 6':
Arbeitnehmer, Selbstständige, Freiberufler oder Gewerbetreibende.

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

Ohne Risikoprüfung bzw. Wartezeit. Änderungsantrag innerhalb von 2 Monaten erforderlich. Wenn auf Grund der gleichen Krankheit innerhalb von 6 Monaten nach Arbeitsunfähigkeit wieder Arbeitsunfähigkeit eintritt, dann werden die Zeiten in den letzten 12 Monaten angerechnet.

Bei Arbeitnehmern ohne Risikoprüfung bzw. Wartezeit. Änderungsantrag innerhalb von 2 Monaten erforderlich. Bei Selbstständigen oder Freiberuflern nur mit Risikoprüfung bzw. Wartezeit. Wenn auf Grund der gleichen Krankheit innerhalb von 6 Monaten nach Arbeitsunfähigkeit wieder Arbeitsunfähigkeit eintritt, dann werden die Zeiten in den letzten 12 Monaten angerechnet.

Nur mit Risikoprüfung bzw. Wartezeit möglich. Wenn auf Grund der gleichen Krankheit innerhalb von 6 Monaten nach Arbeitsunfähigkeit wieder Arbeitsunfähigkeit eintritt, dann werden die Zeiten in den letzten 12 Monaten angerechnet.

Leistungsvergleich

Signal Iduna
EXKLUSIV 0

HanseMerkur
AZP

R + V
AGIL premium TN0U

Dynamik

Individuelle Anpassung ohne Risikoprüfung bzw. Wartezeit. Erhöhungsantrag innerhalb von 2 Monaten notwendig. Zusätzlich Anpassung aufgrund allgemeiner Einkommensentwicklung spätestens alle 3 Jahre ohne Risikoprüfung bzw. Wartezeit.

Individuelle Anpassung ohne Risikoprüfung bzw. Wartezeit. Erhöhungsantrag innerhalb von 2 Monaten notwendig.

Individuelle Anpassung für Arbeitnehmer ohne Risikoprüfung bzw. Wartezeit. Erhöhungsantrag innerhalb von 2 Monaten notwendig.

Nettoeinkommen

Für Arbeitnehmer gilt: Bis Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung:
- Jahresbruttoeinkommen x 80% / 360 = versicherbarer Tagessatz.
Über Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung:
- (Jahresbruttoeinkommen x 50% / 360) + 50,-EUR = versicherbarer Tagessatz.

Für Arbeitnehmer gilt: Einkünfte x 80% / 360 = versicherbarer Tagessatz.

Für Arbeitnehmer gilt: a) gesetzlich versicherte Arbeitnehmer mit Einkommen oberhalb Beitragsbemessungsgrenze (BBG):
Jahresnettoeinkommen / 360 (abzüglich Brutto-Krankengeld pro Tag der GKV) + 15,-EUR = versicherbarer Tagessatz
b) gesetzlich versicherte Arbeitnehmer mit Einkommen unterhalb BBG:
Jahresnettoeinkommen / 360 (abzüglich Brutto-Krankengeld pro Tag bei GKV) = versicherbarer Tagessatz (max. 15,-EUR pro Tag)
c) privat versicherte Arbeitnehmer:
Bruttoeinkünfte x 75% = versicherbarer Tagessatz.

Leistung bei Eink.-Minderung

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

War das Einkommen in den letzten 12 Monaten niedriger als das versicherte Krankentagegeld, wird nur der niedrigere Betrag mit Wirkung vom Beginn des zweiten Monats nach Kenntnis erstattet.

max. Tagessatz

Für Arbeitnehmer gilt: 310,-EUR pro Tag insgesamt für alle Tagegeldtarife mit einer Karenzzeit von 42 bis 364 Tagen.

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

Für Arbeitnehmer gilt: 300,-EUR pro Tag insgesamt für alle Tagegeldtarife mit einer Karenzzeit von 42 bis 182 Tagen.

Alkoholklausel

Wird verzichtet.

Wird verzichtet.

Wird verzichtet.

Arbeitslosigkeit

Zahlung Krankentagegeld max. 3 Monate nach Beginn der Arbeitslosigkeit, wenn Arbeitsunfähigkeit vor Beginn bestand.

Zahlung Krankentagegeld max. 3 Monate nach Beginn der Arbeitslosigkeit, wenn Arbeitsunfähigkeit vor Beginn bestand.

Zahlung Krankentagegeld max. 3 Monate nach Beginn der Arbeitslosigkeit, wenn Arbeitsunfähigkeit vor Beginn bestand.

Arbeitsunfähigkeit

Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird kein Krankentagegeld gezahlt. Maximale Leistungsdauer nach Eintritt einer Berufsunfähigkeit 3 Monate. Für max. weitere 3 Monate max. 50% Krankentagegeld, wenn noch kein Rentenbescheid eingegangen ist.

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 (max. 4 Wochen). Die Leistung wird nur für Arbeitnehmer erbracht, die in einem festen Arbeitsverhältnis stehen und beim Versicherer eine Vollversicherung abgeschlossen haben. Maximale Leistungsdauer nach Eintritt einer Berufsunfähigkeit 3 Monate.

Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird kein Krankentagegeld gezahlt. Maximale Leistungsdauer nach Eintritt einer Berufsunfähigkeit 3 Monate.

Kurbehandlung u. Sanatorium

Krankentagegeldzahlung nach vorheriger Zusage, wenn im Verlauf einer Arbeitsunfähigkeit eine Kur- und Sanatoriumsbehandlung erforderlich ist.

Krankentagegeldzahlung nach Zusage des Versicherers und wenn vorher mind. 6 Wochen ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit bestand.

Keine Leistung bei Kur- und Sanatoriumsbehandlung.

Leistungsvergleich

Signal Iduna
EXKLUSIV 0

HanseMerkur
AZP

R + V
AGIL premium TN0U

REHA-Maßnahme

Wenn im Verlauf einer Arbeitsunfähigkeit REHA erforderlich wird, wird ein Krankentagegeld nach vorheriger Zusage gezahlt.

Bei REHA wird nach mind. 6 Wochen Arbeitsunfähigkeit das Krankentagegeld nach schriftlicher Zusage gezahlt.

Bei REHA keine Leistung.

Allgemeine Wartezeit

Die allgemeine Wartezeit entfällt.

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 beträgt 3 Monate.
Sie entfällt
- bei Unfällen
- wenn innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung (Neuantrag) 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.

Besondere Wartezeiten

Die besonderen Wartezeiten entfallen.

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 betragen für Psychotherapie, Entbindung, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie 8 Monate.
Sie entfallen
- bei Unfällen
- wenn innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung (Neuantrag) 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.

Alleine versicherbar

Tarif ist nicht alleine abschließbar.

Tarif ist alleine abschließbar.

Tarif ist alleine abschließbar.

Weltgeltung

Für akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle im europäischen Ausland bei einer stationären Heilbehandlung.
Bei ambulanter Heilbehandlung, wenn Transportunfähigkeit besteht.
Für akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle im außereuropäischen Ausland bei einer stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus.
Für außereuropäische Auslandsaufenthalte bis zu 6 Monate Versicherungsschutz, bei längerem Aufenthalt kann eine besondere Vereinbarung getroffen werden.

Für akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle im europäischen Ausland bei einer stationären Heilbehandlung.
Bei ambulanter Heilbehandlung, wenn Transportunfähigkeit besteht.
Für akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle im außereuropäischen Ausland bei einer stationären Heilbehandlung.

Für akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle im europäischen Ausland bei einer stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus.
Für akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle im außereuropäischen Ausland bei einer stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus.
Für außereuropäische Auslandsaufenthalte bis zu 6 Monate Versicherungsschutz, bei längerem Aufenthalt kann eine besondere Vereinbarung getroffen werden.

Verzicht auf Kündigungsrecht

Verzicht auf das Kündigungsrecht.

Verzicht auf das Kündigungsrecht bei Bestehen einer Vollversicherung.

Verzicht auf das Kündigungsrecht bei Bestehen einer Vollversicherung.

Notizen: