

Leistungsvergleich

VP: geb. 01.01.1987, männlich, Vers.-Beginn: 01.01.2022

Allianz			ARAG		HanseMerkur	
Bereich	Tarifname	Beitrag	Tarifname	Beitrag	Tarifname	Beitrag
Ambulant	AktiMed Plus 100U	576,31	MB0	537,75	AZP (BRE)	398,24
Aufbau					EGO	18,41
Stationär					PS3	102,83
Stationär					PSV	38,99
Pflegepflicht	PVN	47,44	PVN	46,50	PVN	47,54
KT	KTA07W /100	43,00	KTV42 /100	36,90	T43 /100	39,10
Gesetzl. Zuschlag		57,63		53,78		55,84
Monatl. Gesamtbeitrag		724,38				700,95
Beitrag abzgl. AG-Anteil		362,19				350,47
Jährl. SB	0 EUR		0 EUR		0 EUR	

Im Beitrag des Pflegepflichttarifs ist ein Zuschlag in Höhe von 3,40 EUR enthalten, welcher gem. §110a SGB XI brancheneinheitlich vom 01.01.2022 bis zum 31.12.2022 für laufende, beitragspflichtige Pflege-Pflichtversicherungsverträge erhoben wird.

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

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

Leistungsvergleich

Kurzbeschreibung

AktiMed Plus 100U

Kompakter Tarif (ASZ), 2-Bett-Zimmer mit Privatarztbehandlung, Zahnbehandlung 100%, Zahnersatz 75%, Kieferorthopädie 75%, Heilpraktiker, Naturheilverfahren, offener Hilfsmittelkatalog, Psychotherapie, Sehhilfen bis 250 EUR, GOÄ: bis zum Höchstsatz (3,5-fach) - Stationär bis zum 5-fachen Satz, Pauschalleistung, keine allgemeine Selbstbeteiligung, Höchstaufnahmealter 64 Jahre, Tarifgeneration Unisex, Tarif aufgelegt am 01.01.2013, BAP Jan 2022

KTA07W

Krankentagegeldtarif für angestellte Personen mit Leistungsbeginn ab dem 43. Tag, Tagegeld 5 bis maximal 300 EUR versicherbar, Höchstaufnahmealter 64 Jahre, Tarifgeneration Unisex, Tarif aufgelegt am 01.01.2013, BAP Jan 2022

PVN

Pflegepflichttarif, Tarifgeneration Bisex/Unisex, Tarif aufgelegt am 01.01.1995, BAP Jan 2022

MB0

Kompakter Tarif (ASZ), 1- oder 2-Bett-Zimmer mit Privatarztbehandlung, Zahnbehandlung 100%, Zahnersatz 90%, Kieferorthopädie 90%, Heilpraktiker, Naturheilverfahren, offener Hilfsmittelkatalog, Psychotherapie, Sehhilfen bis 600 EUR, Kurleistungen, GOÄ: auch über Höchstsätze hinaus, Pauschalleistung, keine allgemeine Selbstbeteiligung, Optionsrecht, Tarifgeneration Unisex, Tarif aufgelegt am 01.10.2019

KTV42

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 01.10.2019

PVN

Pflegepflichttarif, Tarifgeneration Bisex/Unisex, Tarif aufgelegt am 01.01.1995, BAP Jan 2022

AZP (BRE)

Kompakter Tarif (AZ) - Tarifwerk Pro Fit Plus, nur zusammen mit Ergänzungstarif EGO, Zahnbehandlung 100%, Zahnersatz 80%, Kieferorthopädie 80%, Heilpraktiker, Naturheilverfahren (Hufeland), offener Hilfsmittelkatalog, Psychotherapie, Sehhilfen bis 260 EUR, Kurleistungen, GOÄ: bis zum Höchstsatz (3,5-fach), Pauschalleistung, keine allgemeine Selbstbeteiligung, Tarifgeneration Unisex, Tarif aufgelegt am 01.02.2020

EGO

Ergänzungs-Baustein zu Tarif AZP, GOÄ: auch über Höchstsätze hinaus, Tarifgeneration Unisex, Tarif aufgelegt am 01.02.2020

PS3

Stationärer Tarif, Mehrbett-Zimmer, GOÄ: bis zum Höchstsatz (3,5-fach), Tarifgeneration Unisex, Tarif aufgelegt am 01.01.2013, BAP Jan 2018

PSV

Stationärer Tarif, 1- oder 2-Bett-Zimmer (Diff. Mehrbett) mit Privatarztbehandlung, GOÄ: auch über Höchstsätze hinaus, Tarifgeneration Unisex, Tarif aufgelegt am 01.01.2013, BAP Jan 2017

T43

Krankentagegeldtarif für angestellte, freiberufliche und selbständige Personen mit Leistungsbeginn ab dem 43. Tag, Tagegeld 5 bis maximal 250 EUR versicherbar, Höchstaufnahmealter 60 Jahre, Tarifgeneration Unisex, Tarif aufgelegt am 01.01.2013, BAP Jan 2017

PVN

Pflegepflichttarif, Tarifgeneration Bisex/Unisex, Tarif aufgelegt am 01.01.1995, BAP Jan 2022

Leistungen Ambulant

Allianz AktiMed Plus 100U

Ambulante Behandlungen

Ambulante ärztliche Behandlung wird erstattet.
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
- weitere Naturheilverfahren (Liste des Versicherers).

ARAG MB0

Ambulante ärztliche Behandlung wird erstattet.
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.

HanseMerkur AZP (BRE), EGO

AZP (BRE):
Ambulante ärztliche Behandlung wird erstattet.
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
- Naturheilverfahren durch Ärzte nach dem GebÜH oder Hufelandverzeichnis.

Leistungsvergleich

Vorsorge

Erstattet werden medizinisch notwendige ambulante Vorsorgeuntersuchungen (ohne Altersgrenze, Diagnosebeschränkung und ohne zeitliche Einschränkung).

Bei Leistungsfreiheit im gesamten Tarif werden für das betreffende Jahr Pauschalen für Vorsorgeuntersuchungen gezahlt. Werden Vorsorgeuntersuchungen erstattet erfolgt keine Beitragsrückerstattung (BRE). Ausnahme: Die Pauschalen für Vorsorgeuntersuchungen beeinflussen die BRE nicht.

Erstattet werden
- ambulante Vorsorgeuntersuchungen auch nach nicht gesetzlich eingeführten Programmen ohne Altersgrenze, Diagnosebeschränkung und Untersuchungsintervalle
- max. 200,-EUR zusammen für max. 2 Präventionskurse pro Kalenderjahr. Vorsorgeleistungen (Liste des Versicherers) und Schutzimpfungen beeinflussen die Beitragsrückerstattung nicht.

AZP (BRE):
Erstattet werden ambulante Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen. Weitere ambulante Vorsorgeuntersuchungen (Liste des Versicherers) bis zu den Regelhöchstätzen. Versicherten ab 20 Jahren werden für das betreffende Jahr Pauschalen für Vorsorgeuntersuchungen gezahlt.

Arznei- und Verbandmittel

Erstattung für Arzneimittel, Verbandmittel und Heilmittel 90% der Aufwendungen bis zu einer Selbstbeteiligung von 500,-EUR pro Jahr, darüber 100%. Dazu zählen auch Mittel zur künstlichen Ernährung.

Arzneimittel und Verbandmittel werden erstattet. Dazu zählen auch Mittel zur künstlichen Ernährung.

AZP (BRE):
Arzneimittel und Verbandmittel werden erstattet. Dazu gehören auch Mittel zur künstlichen Ernährung.

Heilmittel

Erstattet werden Heilmittel, Arzneimittel und Verbandmittel zusammen bis zu einer Selbstbeteiligung von 500,-EUR pro Kalenderjahr zu 90%, darüber zu 100%, max. bis 130% der Höchstbeträge der Bundesbeihilfeverordnung. Heilmittel (Liste des Versicherers) sind: Inhalationen, Krankengymnastik, Massagen, Packungen, Hydrotherapie, medizinische Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie, Ergotherapie, Logopädie, Podologie, Ernährungstherapie.

Heilmittel werden erstattet. Heilmittel sind: Inhalationen, Krankengymnastik, Massagen, Packungen, Hydrotherapie, medizinische Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie, Ergotherapie, Logopädie, Podologie (bei diabetischem Fußsyndrom) und Rückbildungsgymnastik.

AZP (BRE):
Gemäß Bundesbeihilfeverordnung: Inhalationen, Krankengymnastik, Massagen, Hydrotherapie, medizinische Bäder, Packungen, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie, Logopädie, Ergotherapie, Podologie, Schwangerschaftsgymnastik.

Hilfsmittel

Offener Hilfsmittelkatalog. Erstattet werden 100% für Hilfsmittel, wenn
- ein Hilfsmittel über den Versicherer bezogen wird oder
- das Hilfsmittel innerhalb von 2 Tagen nach einem Unfall oder Notfall bezogen wird oder
- es sich um Hilfsmittel gemäß Liste des Versicherers handelt. Sonst werden 80% erstattet. Hilfsmittel sind technische Mittel und Körperersatzstücke, die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen ausgleichen oder mildern (z.B. Bandagen, Einlagen, Prothesen). Erstattet werden auch Dialysegeräte. Die Erstattung ist begrenzt auf max.:
- 500,-EUR pro Perücke
- 1.500,-EUR pro Hörhilfe und 3.500,-EUR für BAHA-Hörhilfen
- 2.000,-EUR für orthopädische Schuhe pro Versicherungsjahr. Erstattet werden nach Verordnung oder vorheriger Zusage 100% für als Medizinprodukt zugelassene digitale Gesundheitsanwendungen, auch über das gesetzliche Verzeichnis hinaus.

Offener Hilfsmittelkatalog. Erstattet werden 100% für Hilfsmittel. Ab 1.000,-EUR Rechnungsbetrag ist eine vorherige Zusage erforderlich. Sonst werden 80% für die Standardausführung erstattet. Hilfsmittel sind technische Mittel und Körperersatzstücke, die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen ausgleichen oder mildern (z.B. Bandagen, Einlagen, Prothesen). Erstattet werden auch Dialysegeräte.

AZP (BRE):
Offener Hilfsmittelkatalog. Erstattet werden 100% für Hilfsmittel. Hilfsmittel sind technische Mittel und Körperersatzstücke, die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen ausgleichen oder mildern (z.B. Bandagen, Einlagen, Prothesen). Erstattet werden auch Dialysegeräte. Anerkennungsfähiger Rechnungsbetrag max.:
- 15.000,-EUR für Krankenfahrstühle.

Leistungsvergleich

Sehhilfen

Erstattet werden
- max. 250,-EUR für Sehhilfen (Gläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen). Erneuter Anspruch nach 24 Monaten.
- Laser(Lasik)-Operationen.

Erstattet werden
- max. 600,-EUR für Sehhilfen (Gläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen) innerhalb von 24 Monaten. Erneuter Anspruch nach 24 Monaten oder bei Änderung der Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien
- operative Sehschärfenkorrekturen (auch Laser/Lasik), max. 4.000,-EUR innerhalb von 60 Monaten. Erneuter Anspruch nach 60 Monaten.
Erneuter Anspruch für Sehhilfen nach einer operativen Sehschärfenkorrektur nach 60 Monaten oder bei Änderung der Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien.

AZP (BRE):
Erstattet werden
- max. 260,-EUR für Sehhilfen (Gläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen) und Laser(Lasik)-Operationen. Erneuter Anspruch nach 24 Monaten.

Heilpraktiker

Erstattet werden alle im GebüH genannten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden einschließlich verordneter Arzneimittel bis zu 1.000,-EUR pro Versicherungsjahr. Auch Erfolg versprechende Methoden, wenn keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen. Bis zu den Höchstbeträgen des GebüH.

Behandlung durch Heilpraktiker einschließlich verordneter Arzneimittel, Verbandmittel und Heilmittel wird zu max. 2.000,-EUR pro Kalenderjahr erstattet. Bis zu den Höchstbeträgen des GebüH.

AZP (BRE):
Erstattet werden 100% für Behandlung durch Heilpraktiker nach dem GebüH oder Hufelandverzeichnis (außer Psychotherapie) einschließlich Arzneimittel, Verbandmittel und Heilmittel. Bis zu den Höchstbeträgen des GebüH. Behandlung nach dem Hufelandverzeichnis analog zu vergleichbaren ärztlichen Leistungen.

Naturheilverfahren

100%, kein Hufeland.

100%, kein Hufeland.

AZP (BRE):
100%, auch Hufelandverzeichnis.

Psychotherapie ambulant

100% für 30 Sitzungen pro Versicherungsfall, danach 70%. Max. 50 Sitzungen pro Versicherungsjahr. Zusage ist nicht erforderlich. Behandlung durch Psychologen nach Zusage möglich. Ohne Zusage, wenn Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung besteht.

100% ohne Begrenzung der Sitzungszahl. Zusage ist nicht erforderlich. Behandlung durch in eigener Praxis tätige und im Arztregister eingetragene Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten möglich.

AZP (BRE):
90% für max. 50 Sitzungen pro Jahr. Vorherige Zusage ist erforderlich. Behandlung durch Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten 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.

Auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus.

AZP (BRE):
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.

EGO:
Die die Höchstsätze der GOÄ übersteigenden Leistungen, d.h.:
- der den 3,5-fachen Satz für ärztliche Leistungen
- der den 2,5-fachen Satz für technische Leistungen
- der den 1,3-fachen Satz für Laborleistungen übersteigende Teil.
Ausgenommen ambulante Psychotherapie, Naturheilverfahren durch Ärzte und Heilpraktiker, ambulante Operationen und Impfungen für Auslandsreisen.

Leistungsvergleich

Ambulante Transportkosten

Transporte und Fahrten zum und vom nächsten geeigneten Arzt, Physiotherapeuten oder Krankenhaus wegen

- ambulanter Dialyse
- ambulanter Strahlentherapie bei Krebs
- ambulanter Chemotherapie
- ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit
- Unfall oder Notfall.

Erstattet werden Transporte im Rettungswagen, Rettungshubschrauber oder durch Transportunternehmen bei Begleitung von medizinisch ausgebildetem Personal. Fahrten im Taxi, öffentlichen Verkehrsmittel oder im privaten Fahrzeug (0,30 EUR pro km). Ersatz für Fahrten wegen ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit ist für Hin- und Rückfahrt zusammen max. 50,-EUR.

Fahrten und Transporte zum und vom Arzt oder Krankenhaus bis 50km, mindestens zum und vom nächsten geeigneten Arzt oder Krankenhaus, wenn Transport nicht mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder eigenem Fahrzeug möglich ist (ärztliche Bescheinigung erforderlich). Bei eindeutigen Krankheitsbildern (Strahlen- oder Chemotherapie, Dialysebehandlung) kann in Absprache mit Versicherer auf ärztliche Bescheinigung verzichtet werden (bei Unfall oder Notfall ist Bescheinigung nicht erforderlich).

AZP (BRE):
Rettungstransport oder bei Gehunfähigkeit oder wegen der Folgen ambulant durchgeführter diagnostischer bzw. therapeutischer Maßnahmen.

Schutzimpfungen

Impfungen gemäß Empfehlung der Ständigen Impfkommission und gegen Hepatitis-B.
Keine Malariaprophylaxe sowie keine Impfungen, die durch Auslandsreisen oder den Beruf erforderlich sind.

Impfungen ohne Beschränkung auf gesetzliche Programme, auch als Prophylaxe für Auslandsreisen.

AZP (BRE):
Impfungen gemäß Empfehlung der Ständigen Impfkommission.
Schutzimpfungen gegen Cholera, Typhus, Malaria, Gelbfieber und Hepatitis vor Auslandsreisen bis 100,-EUR pro Versicherungsjahr.

Häusliche Krankenpflege

Aufwendungen gemäß Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses bis zu den zwischen der GKV und den Behandelnden vereinbarten Höchstsätzen für

a) Krankenhausvermeidungspflege (Behandlungs-, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung)

b) Sicherungspflege: Behandlungspflege zur Sicherung der ärztlichen Behandlung (z.B. Wundversorgung, Verbands- oder Katheterwechsel, Injektionen)

Voraussetzungen sind, dass

- eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird
- die Krankenpflege von einem Behandelnden erbracht wird, der einen Vertrag nach § 132 SGB V geschlossen hat
- keine im Haushalt lebende Person die Pflege durchführen kann.

Für Haushaltshilfe oder Kinderbetreuung wird nicht gezahlt.

Häusliche Krankenpflege nach vorheriger Zusage:

- Behandlungspflege durch geeignete Pflegefachkräfte, wenn diese die ärztliche Behandlung sichert, eine stationäre Behandlung vermeidet oder verkürzt oder eine stationäre Behandlung nicht durchführbar ist
- Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung bis zu 4 Wochen pro Versicherungsfall, wenn eine im Haushalt lebende Person diese nicht durchführen kann.

Erstattet werden die Aufwendungen in der Höhe, wie sie nach einer Vergütungsvereinbarung mit dem PKV-Verband oder der GKV abgerechnet werden können.
Für Haushaltshilfe oder Kinderbetreuung wird nicht gezahlt.

AZP (BRE):
Häusliche Behandlungspflege durch anerkannte Pflegedienste, wenn sie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. Für Haushaltshilfe oder Kinderbetreuung wird nicht gezahlt.

Hospizleistung ambulant

Nach Leistung der Pflegepflichtversicherung die Restkosten für medizinisch notwendige ambulante Hospizleistungen.

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung bei nicht heilbarer, fortschreitender und weit fortgeschrittener Krankheit bei zugleich begrenzter Lebenserwartung. Erstattet werden die Aufwendungen in der Höhe, wie sie nach einer Vergütungsvereinbarung mit dem PKV-Verband oder der GKV abgerechnet werden können.

AZP (BRE):
Nach Leistung der Pflegepflichtversicherung die Restkosten für medizinisch notwendige ambulante Hospizleistungen.

Leistungsvergleich

Leistungen Stationär

Allianz AktiMed Plus 100U	ARAG MB0	HanseMerkur PS3, PSV
Stationäre Unterbringung		
2-Bettzimmer.	1- oder 2-Bettzimmer.	PS3: Mehrbettzimmer. PSV: 1- oder 2-Bettzimmer (Differenz zum Mehrbettzimmer).
Stationäre Behandlungen		
Privatarztbehandlung.	Privatarztbehandlung.	PS3: Regel- und Belegarztleistungen. PSV: Privatarztbehandlung.
Privatkliniken		
Leistungen in Krankenhäusern in Deutschland, die nicht dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) unterliegen (Privatkliniken), werden nach vorheriger Zusage erstattet. Ohne Zusage, wenn - es sich um eine Notfallbehandlung handelt - stationäre Operationen durchgeführt werden. Die Erstattung für allgemeine Krankenhausleistungen beträgt max. das 1,5-fache der Kosten, die in einem Krankenhaus entstanden wären, das nach KHEntgG bzw. BPflV abrechnet.	Leistungen in Krankenhäusern in Deutschland, die nicht dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) unterliegen (Privatkliniken), werden erstattet.	PS3: Leistungen in Krankenhäusern in Deutschland, die nicht dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) unterliegen (Privatkliniken), werden erstattet. Die Erstattung für allgemeine Krankenhausleistungen beträgt max. das 1-fache der Kosten, die in einem Krankenhaus entstanden wären, das nach KHEntgG bzw. BPflV abrechnet.
Ersatz-Krankenhaustagegeld		
- 40,-EUR bei Verzicht auf 1- und 2-Bettzimmer - 40,-EUR bei Verzicht auf Privatarztbehandlung. Kinder bis zum vollendeten 16.Lebensjahr erhalten das halbe Ersatz-KHT.	- 50,-EUR bei Verzicht auf 1- und 2-Bettzimmer. - 50,-EUR bei Verzicht auf Privatarztbehandlung. Kinder und Jugendliche bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 20.Lebensjahr vollendet wird, erhalten das halbe Ersatz-KHT.	PSV: - 35,-EUR bei Verzicht auf 1- und 2-Bettzimmer - 25,-EUR bei Verzicht auf Privatarztbehandlung. Kinder und Jugendliche erhalten das gleiche Ersatz-KHT. .
Psychotherapie stationär		
Stationäre Psychotherapie wird erstattet. Vorherige Zusage ist nicht erforderlich.	Stationäre Psychotherapie wird erstattet. Vorherige Zusage ist nicht erforderlich.	Stationäre Psychotherapie wird erstattet. Vorherige Zusage ist nicht erforderlich.
Gebührenordnung stationär		
Bis zu folgenden Sätzen der GOÄ: - bis zum 5-fachen Satz für Privatarztbehandlung - bis zum 3,5-fachen Satz für Belegarztbehandlung - bis zum 2,5-fachen Satz für technische Leistungen - bis zum 1,3-fachen Satz für Laborleistungen.	Auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus.	PS3: Regelleistungen. Belegarzt 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. PSV: Auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus.

Leistungsvergleich

Gemischte Anstalten

Stationäre Behandlung in einer gemischten Anstalt nach vorheriger Zusage.
Ohne Zusage, wenn

- es sich um eine Notfallbehandlung handelt
- Operationen durchgeführt werden
- die Krankenanstalt das einzige Krankenhaus im Umkreis von 20km vom Wohnort oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherten ist
- während des Aufenthaltes eine akute Krankheit auftritt, die eine stationäre Behandlung erfordert.

Stationäre Behandlung in einer gemischten Anstalt nach vorheriger Zusage.
Ohne Zusage, wenn

- es sich um eine Notfalleinweisung handelt
- die Krankenanstalt das einzige Krankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten ist
- während des Aufenthaltes eine akute Krankheit auftritt, die eine stationäre Behandlung erfordert.

Stationäre Behandlung in einer gemischten Anstalt nach vorheriger Zusage.
Ohne Zusage, wenn

- nur Behandlung durchgeführt wird, die eine stationäre Behandlung erfordern
- bei Krankheiten (Liste des Versicherers) eine AHB innerhalb von 14 Tagen nach einer stationären Akutbehandlung angetreten wird
- es sich um eine Notfalleinweisung handelt
- während des Aufenthaltes eine akute Krankheit auftritt, die eine stationäre Behandlung erfordert
- die Krankenanstalt das einzige Krankenhaus in der Umgebung des Wohnortes oder gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherten ist.

Stationäre Transportkosten

Zum und vom nächsten geeigneten Krankenhaus.

Fahrten und Transporte zum und vom Krankenhaus bis 100km, mindestens zum und vom nächsten geeigneten Krankenhaus.
Nicht medizinisch notwendige Verlegung in Deutschland in ein mindestens 50km entferntes Krankenhaus max. einmal pro Versicherungsfall, wenn der weitere stationäre Aufenthalt voraussichtlich 7 Tage übersteigt und die Verlegung vom Versicherer organisiert wird.

PS3:
Zum und vom nächsten geeigneten Krankenhaus.

Ambulante Operationen

AktiMed Plus 100U:
Ambulante Operationen werden erstattet.

MB0:
Ambulante Operationen werden erstattet.

AZP (BRE):
Ambulante Operationen werden erstattet. Zusätzliche Pauschale für ambulante Operationen von 150,-EUR (Liste des Versicherers, ohne Anrechnung auf Selbstbeteiligung, ohne BRE-Schädlichkeit).

Vor-/nachstationäre Behandlung

AktiMed Plus 100U:
Ambulante Aufnahme- und Abschlussbehandlung wird erstattet.

MB0:
Ambulante Aufnahme- und Abschlussbehandlung wird erstattet.

AZP (BRE):
Ambulante Aufnahme- und Abschlussbehandlung wird erstattet.

Begleitpersonen bei Kindern im KH

Bei einem versicherten Kind bis zum vollendeten 10.Lebensjahr die Mitaufnahme einer Begleitperson für allgemeine Krankenhausleistungen.

Bis zum 12.Lebensjahr.

PS3:
Aufwendungen werden in Höhe der Mindesterstattung gemäß Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes erstattet, wenn sie in stationären Regelleistungen abgerechnet werden.

PSV:
Bis zum 14.Lebensjahr.

Hospizleistung stationär

Stationäre Hospizversorgung nach evtl. Leistung anderer Kostenträger.

Stationäre Hospizversorgung wird erstattet.

PS3:
Bis zu der Höhe, die für die Versorgung in der GKV aufzuwenden wäre. Die Restkosten nach Leistung der Pflegepflichtversicherung bei stationärem Hospizaufenthalt in einem von der GKV zugelassenen Hospiz.

Leistungen Zahn

Allianz
AktiMed Plus 100U

ARAG
MB0

HanseMerkur
AZP (BRE), EGO

Zahnbehandlung

100%, Zahnstaffel beachten.

100%, Zahnstaffel beachten.

AZP (BRE):
100%.

Leistungsvergleich

Zahnersatz	75%, Material-/Laborkosten gemäß Verzeichnis, Zahnstaffel beachten.	90%, Zahnstaffel beachten.	AZP (BRE): 80%, Material-/Laborkosten gemäß Verzeichnis, Zahnstaffel beachten.
Inlays	75%, Zahnstaffel beachten.	100%, Zahnstaffel beachten.	AZP (BRE): 80%, Zahnstaffel beachten.
Implantate	75%, max. 6 Implantate je Kiefer, inkl. Knochenaufbau, Zahnstaffel beachten.	90%, inkl. Knochenaufbau, Zahnstaffel beachten.	AZP (BRE): 80%, Zahnstaffel beachten.
Kieferorthopädie	75% bis zum 21. Lebensjahr, Altersgrenze entfällt bei Unfall, Material-/Laborkosten gemäß Verzeichnis, Zahnstaffel beachten.	90%, Zahnstaffel beachten.	AZP (BRE): 80%, Material-/Laborkosten gemäß Verzeichnis, Zahnstaffel beachten.
Zahnärztliche Leistungen	- Zahnbehandlung (auch Kunststofffüllungen, Wurzelbehandlung, Parodontosebehandlung, Prophylaxe, professionelle Zahnreinigung) wird zu 100% erstattet - Zahnersatz (Kronen, Brücken, Verblendungen, Veneers, Inlays, Onlays, max. 6 Implantate pro Kiefer (inkl. Knochenaufbau), Funktionsanalyse und Funktionstherapie) wird zu 75% erstattet - Kieferorthopädie wird bis zum vollendeten 21. Lebensjahr zu 75% erstattet. Altersgrenze entfällt bei Unfall oder schweren Krankheiten (Liste des Versicherers) - Material- und Laborkosten gemäß Preis- und Leistungsverzeichnis des Versicherers werden zum Prozentsatz der Maßnahme erstattet.	- Zahnbehandlung (auch Kunststofffüllungen, Wurzelbehandlung, Parodontosebehandlung, Prophylaxe, professionelle Zahnreinigung) wird zu 100% erstattet - Zahnersatz (Kronen, Brücken, Verblendungen, Onlays, Implantate (inkl. Knochenaufbau), Funktionsanalyse und Funktionstherapie) wird zu 90% erstattet - Inlays werden zu 100% erstattet - Kieferorthopädie wird zu 90% erstattet - Material- und Laborkosten werden zum Prozentsatz der Maßnahme erstattet.	AZP (BRE): - Zahnbehandlung (auch Kunststofffüllungen, Wurzelbehandlung, Parodontosebehandlung, Prophylaxe, professionelle Zahnreinigung) wird zu 100% erstattet. - Zahnersatz (Kronen, Brücken, Verblendungen, Inlays, Onlays, Implantate, Funktionsanalyse und Funktionstherapie) wird zu 80% erstattet. - Kieferorthopädie wird zu 80% erstattet. - Material- und Laborkosten gemäß Preis- und Leistungsverzeichnis des Versicherers werden zum Prozentsatz der Maßnahme erstattet.
Zahnstaffel	Erstattung für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie max. - 750,-EUR im 1. Versicherungsjahr - 1.500,-EUR im 1.-2. Versicherungsjahr - 2.250,-EUR im 1.-3. Versicherungsjahr - 3.000,-EUR im 1.-4. Versicherungsjahr. Ab dem 5. Jahr ohne Zahnstaffel-Begrenzung. Keine Begrenzung bei Unfall. Kein Erlass der Summenbegrenzung durch Befundbericht.	Erstattung für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie max. - 1.000,-EUR im 1. Kalenderjahr - 2.000,-EUR im 2. Kalenderjahr - 3.000,-EUR im 3. Kalenderjahr. Ab dem 4. Jahr ohne Zahnstaffel-Begrenzung. 1. Jahr = Rumpfsjahr. Keine Begrenzung bei Unfall. Kein Erlass der Summenbegrenzung durch Befundbericht.	AZP (BRE): Erstattung für Zahnersatz und Kieferorthopädie max. - 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 Zahnstaffel-Begrenzung. Keine Begrenzung bei Unfall. Kein Erlass der Summenbegrenzung durch Befundbericht. EGO: Erstattung für Zahnersatz und Kieferorthopädie zusammen mit der Leistung des Haupttarifes max. - 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 Zahnstaffel-Begrenzung. Keine Begrenzung bei Unfall. Kein Erlass der Summenbegrenzung durch Befundbericht.

Leistungsvergleich

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.

Auch über die Höchstsätze der GOZ hinaus.

AZP (BRE):
 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.

EGO:
 Die die Höchstsätze der GOZ übersteigenden Leistungen, d.h.:
 - der den 3,5-fachen Satz für ärztliche Leistungen
 - der den 2,5-fachen Satz für technische Leistungen
 - der den 1,3-fachen Satz für Laborleistungen übersteigende Teil.

Heil- und Kostenplan

Wird bei Zahnersatz, Inlays und Kieferorthopädie empfohlen.

Nicht erforderlich.

AZP (BRE):
 Nicht erforderlich.

EGO:
 Tarif enthält keine Zahnleistungen.

Leistungen Allgemein

Allianz
AktiMed Plus 100U

ARAG
MB0

HanseMerkur
AZP (BRE), EGO, PS3, PSV

Selbstbeteiligung

Keine Selbstbeteiligung.

Keine Selbstbeteiligung.

AZP (BRE), EGO:
 Keine Selbstbeteiligung.

Pauschalleistung

Garantierte Pauschalleistung nach einem leistungsfreien Kalenderjahr in Höhe von 1,8 MB (bei unterjährigem Beginn anteilig pro Monat).
 Voraussetzung für die Pauschalleistung ist die Leistungsfreiheit im gesamten Tarif.

Bei Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 3 wird eine Pauschale von 3.000,-EUR gezahlt.

Garantierte Pauschalleistung für leistungsfreie Kalenderjahre:
 - 900,-EUR (bei unterjährigem Beginn anteilig pro Monat).
 Kinder und Jugendliche erhalten bis zum betroffenen Kalenderjahr, in dem sie das 21.Lebensjahr vollenden, die Hälfte.
 Voraussetzung ist, dass im abgelaufenen Kalenderjahr keine Leistungen geltend gemacht wurden (mit Ausnahme von Vorsorgeleistungen (Liste des Versicherers), Schutzimpfungen und Beitragsbefreiung während der Elternzeit) und die Beiträge bis zum 31.Januar des Folgejahres voll entrichtet wurden.

AZP (BRE):
 Garantierte Pauschalleistung für leistungsfreie Versicherungsjahre:
 - 6 MB (bei unterjährigem Beginn anteilig pro Monat).
 Voraussetzungen sind:
 - Leistungsfreiheit in den beiden vorhergehenden Versicherungsjahren
 - Versicherungsschutz bis zum 31.03. des aktuellen Jahres
 - Versicherung wurde im vorhergehenden Versicherungsjahr nicht länger als 1 Monat ruhend oder in Anwartschaft geführt.
 Entbindungspauschale und ambulante Operationen beeinflussen die Pauschalleistung nicht.

EGO:
 Eine garantierte Pauschalleistung ist nicht vorgesehen.

Leistungsvergleich

Erfolgsabh. Beitragsrückerstattung

AktiMed Plus 100U:
Beitragsrückerstattung (BRE) nach leistungsfreien Jahren:
1 Jahr : 1,8 MB
2 Jahre : 2,4 MB
3 Jahre : 3,0 MB
4 Jahre : 3,6 MB
Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 21. Lebensjahr:
1 Jahr : 4,2 MB
Bei unterjährigem Beginn wird die BRE anteilig gezahlt.

Volle und unmittelbar vor dem Wechsel leistungsfreie Kalenderjahre bei einem anderen Versicherer werden angerechnet.
Voraussetzungen:
-mindestens 12 Monate Vorversicherungszeit
-bei unterjährigem Wechsel Leistungsfreiheit bis zum Wechselzeitpunkt
-Nachweise.
Voraussetzung ist die Leistungsfreiheit im gesamten Tarif.
Werden Vorsorgeuntersuchungen erstattet erfolgt keine Beitragsrückerstattung (BRE).
Ausnahme: Die Pauschalen für Vorsorgeuntersuchungen beeinflussen die BRE nicht.

KTA07W:
Eine Beitragsrückerstattung (BRE) wird nicht gezahlt.

MB0:
Beitragsrückerstattung (BRE) nach leistungsfreien Jahren:
1 Jahr : 2,5 MB
Kinder und Jugendliche erhalten die gleiche BRE.
Bei unterjährigem Beginn wird die BRE anteilig gezahlt.
Voraussetzung ist die Leistungsfreiheit im gesamten Tarif.
Vorsorgeleistungen (Liste des Versicherers) und Schutzimpfungen beeinflussen die Beitragsrückerstattung nicht.

KTV42:
Eine Beitragsrückerstattung (BRE) wird nicht gezahlt.

Eine Beitragsrückerstattung (BRE) wird nicht gezahlt.

Allgemeine Wartezeit

AktiMed Plus 100U:
Die allgemeine Wartezeit entfällt.

KTA07W:
Keine.

MB0:
Die allgemeine Wartezeit entfällt.

KTV42:
Keine.

AZP (BRE), EGO, PS3, PSV:
Die allgemeine Wartezeit beträgt 3 Monate.
Sie entfällt
- bei Unfall
- bei akuten Infektionskrankheiten (Liste des Versicherers)
- für den Ehegatten bzw. Lebenspartner einer mindestens seit 3 Monaten versicherten Person, wenn 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.

T43:
Keine bei Vorversicherung.
Ansonsten 3 Monate. Entfallen bei Unfällen, einem Attest.

Leistungsvergleich

Besondere Wartezeiten

AktiMed Plus 100U:
Die besonderen Wartezeiten entfallen.

KTA07W:
Keine.

MB0:
Die besonderen Wartezeiten entfallen.

KTV42:
8 Monate für Entbindung.

AZP (BRE), EGO, PS3, PSV:
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.

T43:
Keine bei Vorversicherung.
Ansonsten 8 Monate für Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie. Entfallen bei einem Attest, u.a.

Vertragslaufzeit

AktiMed Plus 100U:
Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Keine max. Vertragslaufzeit. Das max. Eintrittsalter beträgt 64 Jahre.

KTA07W:
Die Mindestvertragsdauer beträgt 1 Jahr. Das max. Eintrittsalter beträgt 64 Jahre.

MB0:
Die Mindestvertragsdauer beträgt 24 Monate. Keine max. Vertragslaufzeit. Kein max. Eintrittsalter.

KTV42:
Die Mindestvertragsdauer beträgt 12 Monate. Kein max. Eintrittsalter.

AZP (BRE), EGO, PS3, PSV:
Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Keine max. Vertragslaufzeit. Kein max. Eintrittsalter.

T43:
Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Das max. Eintrittsalter beträgt 60 Jahre.

Kündigungstermin

Kündigung durch den Versicherungsnehmer zum Ende eines Kalenderjahres unter Einhaltung der Mindestvertragsdauer möglich. Das 1. Versicherungsjahr endet am 31. Dezember des gleichen Jahres. Kündigungsfrist 3 Monate.

Kündigung durch den Versicherungsnehmer zum Ende eines Kalenderjahres unter Einhaltung der Mindestvertragsdauer möglich. Das 1. Versicherungsjahr endet am 31. Dezember des gleichen Jahres. Kündigungsfrist 3 Monate.

Kündigung durch den Versicherungsnehmer zum Ende eines Kalenderjahres unter Einhaltung der Mindestvertragsdauer möglich. Das 1. Versicherungsjahr endet am 31. Dezember des gleichen Jahres. Kündigungsfrist 3 Monate.

Weltgeltung

AktiMed Plus 100U:
Weltweiter Versicherungsschutz bis max. 6 Monate. Wenn die Rückreise nicht ohne Gefährdung des Gesundheitszustandes angetreten werden kann, auch länger. Bei längeren Aufenthalten kann der Versicherungsschutz durch besondere Vereinbarungen gewährt werden.

KTA07W:
Ja, mit besonderer Vereinbarung.

MB0:
Versicherungsschutz auch außerhalb Europas bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt für max. 3 Monate. Darüber hinaus, wenn die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung des Gesundheitszustandes antreten kann.

KTV42:
Ja, mit besonderer Vereinbarung.

AZP (BRE), EGO, PS3, PSV:
Ab Beginn des 2. Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes außerhalb Europas verringern sich die tariflichen Leistungen um ein Drittel, wenn nicht vor der Ausreise etwas anderes vereinbart wurde. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Behandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, so wird der volle Versicherungsschutz gewährt, bis die versicherte Person die Rückreise ohne Gefährdung des Gesundheitszustandes antreten kann.

T43:
Ja.

Leistungsvergleich

Auslandsrücktransport

Bei einer kurzfristigen Auslandsreise
- durch einen medizinisch notwendigen Rücktransport (einschließlich Ambulanzflugzeug) entstandene Kosten (inkl. Begleitperson). Kosten werden auch erstattet, wenn Krankenhausaufenthalt im Ausland länger als 14 Tage dauern wird. Rücktransport muss mit dem jeweils kostengünstigsten Transportmittel an den ständigen, vor Einreise ins Ausland vorhandenen Wohnsitz oder in das von dort nächste geeignete Krankenhaus erfolgen.
- die unmittelbaren Kosten einer Überführung an den ständigen, vor Einreise ins Ausland vorhandenen Wohnsitz. Beisetzung im Ausland bis max. zu den Kosten, die bei einer Überführung entstanden wären.

Rücktransport mit dem kostengünstigsten Transportmittel in ein geeignetes Krankenhaus oder ein Krankenhaus am Wohnort.
Überführung oder Beisetzung bis 10.000,-EUR.

PSV:
Für kurzfristige Auslandsreisen bis zu 3 Monaten:
- medizinisch notwendiger und ärztlich angeordneter Rücktransport nach Deutschland
- bei Tod die Überführung nach Deutschland
- Beisetzung im Ausland bis zur Höhe der Überführungskosten.

Leistungen im Ausland (zusätzl.)

Keine speziellen Auslandsleistungen.

Keine speziellen Auslandsleistungen.

Keine speziellen Auslandsleistungen.

Optionsrecht

Keine Option auf höherwertigen Schutz.

Option auf höherwertigen Schutz. Option ist möglich zum 1. Januar des 6. Versicherungsjahres.

Keine Option auf höherwertigen Schutz.

Wechselrecht

Der Versicherte hat kein vereinfachtes Tarifwechselrecht.

Garantiertes Recht auf Wechsel der Selbstbeteiligung (Erhöhung oder Verringerung) innerhalb der Produktlinie ohne Risikoprüfung.

Der Versicherte hat kein vereinfachtes Tarifwechselrecht.

Beitragsfreistellung

Beitragsfreistellung bei
- Bezug von Elterngeld für die ersten 6 Monate.
Voraussetzung:
- die Entbindung hat mindestens 8 Monate nach Versicherungsbeginn stattgefunden.

Kinderalleinversicherung

Kinder sind ab Vollendung des 2. Lebensjahres alleine versicherbar. Versicherungsbeginn ist frühestens der 1. des auf die Antragstellung folgenden Monats.

Kinder sind ab Geburt alleine versicherbar.

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

Versicherbarer Personenkreis

AktiMed Plus 100U:
Unabhängig von Beruf oder Status abschließbar.

KTA07W:
Arbeitnehmer.

MB0:
Personen, die nicht der GKV-Pflicht unterliegen.

KTV42:
Arbeitnehmer, Selbständige oder Freiberufler, die beim Versicherer in einer Vollversicherung versichert sind.

AZP (BRE), PS3:
Personen, die nicht der GKV-Pflicht unterliegen.

EGO:
Personen, die beim Versicherer in einer Krankheitskostenversicherung mit Pauschalerstattung für nicht in Anspruch genommene Gesundheitsleistungen versichert sind.

PSV:
Personen, die beim Versicherer in einer Vollversicherung mit allgemeinen Krankenhausleistungen versichert sind.

T43:
Arbeitnehmer, Selbständige, Freiberufler, Studenten oder Auszubildende.

Entbindung/Elterngeldbezug

Keine zusätzliche Pauschale bei Entbindung.

Keine zusätzliche Pauschale bei Entbindung.

AZP (BRE):
1.000,-EUR bei ambulanter Entbindung zusätzlich zur Kostenerstattung.

Leistungsvergleich

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

**Allianz
KTA07W**

**ARAG
KTV42**

**HanseMerkur
T43**

Leistungsbeginn- und dauer

Krankentagegeld ab 43.Tag. Zeitlich nicht begrenzt.

Krankentagegeld ab 43.Tag. Zeitlich nicht begrenzt.

Krankentagegeld ab 43.Tag. Zeitlich nicht begrenzt.

Rückfallerkrankung

Wenn aufgrund der gleichen Krankheit innerhalb von 6 Monaten nach Arbeitsunfähigkeit wieder Arbeitsunfähigkeit eintritt, dann werden die Zeiten in den letzten 12 Monaten angerechnet.

Wenn aufgrund der gleichen Krankheit ein Arbeitgeber Zeiten von Arbeitsunfähigkeit für Lohnfortzahlung zusammenzählen darf, werden diese auch beim Krankentagegeld zusammengezählt (gilt für Selbständige und Freiberufler sinngemäß).

Wenn aufgrund der gleichen Krankheit innerhalb von 6 Monaten nach Arbeitsunfähigkeit wieder Arbeitsunfähigkeit eintritt, dann werden die Zeiten in den letzten 12 Monaten angerechnet.

Dynamik

Anpassung aufgrund allgemeiner Einkommensentwicklung alle 3 Jahre (erstmalig nach 3 Jahren) für Krankentagegeld von mindestens 25,-EUR ohne Risikoprüfung bzw. Wartezeit.
Individuelle Anpassung ohne Risikoprüfung bzw. Wartezeit möglich, wenn Erhöhungsantrag innerhalb von 2 Monaten nach Erhöhung vorliegt.

Das Krankentagegeld kann ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeit entsprechend der prozentualen Erhöhung des Nettoeinkommens angepasst werden (Antrag innerhalb von 2 Monaten erforderlich).
Die Erhöhung gilt auch für laufende Versicherungsfälle.

Das Krankentagegeld erhöht sich ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeit alle 3 Jahre entsprechend der allgemeinen Einkommensentwicklung, max. um 10%.
Erstmalige Erhöhung im Jahr 2024.
Voraussetzung:
Das Krankentagegeld wurde in den letzten 24 Monaten nicht aufgrund einer individuellen Einkommenserhöhung angepasst.
Die Erhöhung gilt auch für laufende Versicherungsfälle.

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

Verzicht auf Kündigungsrecht

Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht bei Übertritt von GKV oder Ausscheiden aus öffentlichem Dienst und bei Bestehen einer Vollversicherung.

Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht.

Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht bei Bestehen einer Vollversicherung.

Karenzzeitverkürzung

Mit Risikoprüfung bzw. Wartezeit.

Bei Arbeitnehmern ohne Risikoprüfung bzw. Wartezeit.
Zahlung auch für laufende Versicherungsfälle. Änderungsantrag innerhalb von 2 Monaten erforderlich.
Bei Selbständigen oder Freiberuflern mit Risikoprüfung bzw. Wartezeit.

Bei Arbeitnehmern ohne Risikoprüfung bzw. Wartezeit. Änderungsantrag innerhalb von 2 Monaten erforderlich.
Bei Selbständigen oder Freiberuflern mit Risikoprüfung bzw. Wartezeit.

Nettoeinkommen

Für Arbeitnehmer gilt:
 $\text{Jahresbruttoeinkommen} \times 80\% / 12 = \text{Nettoeinkommen} + \text{die Hälfte der Sozialabgaben (Kranken-, Renten- und Pflegeversicherung)} / 30 \text{ Tage} = \text{versicherbarer Tagessatz}.$

Für Arbeitnehmer gilt:
 $(\text{Jahresnettoeinkommen} / 12 + \text{Arbeitgeberzuschuss zur Kranken- und Pflegeversicherung} + \text{Beitrag zur Rentenversicherung}) / 30 = \text{versicherbarer Tagessatz}.$

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

Leistungsvergleich

Leistung bei Eink.-Minderung

Der Versicherer ist über eine dauerhafte Minderung des versicherten Einkommens unverzüglich zu informieren.
Der Versicherer kann ab dem 2. Monat, nachdem er erfahren hat, dass das Einkommen dauerhaft oder vorübergehend gesunken ist, das Krankentagegeld (KT) herabsetzen.
Das KT wird bei einem bereits eingetretenen Leistungsfall bis zur Herabsetzung in bisheriger Höhe gezahlt.

Der Versicherer ist über eine dauerhafte Minderung des versicherten Einkommens unverzüglich zu informieren.
Der Versicherer kann ab dem 2. Monat, nachdem er erfahren hat, dass das Einkommen dauerhaft oder vorübergehend gesunken ist, das Krankentagegeld (KT) herabsetzen.
Das KT wird bei einem bereits eingetretenen Leistungsfall bis zur Herabsetzung in bisheriger Höhe gezahlt.

Der Versicherer ist über eine dauerhafte Minderung des versicherten Einkommens unverzüglich zu informieren.
Der Versicherer kann ab dem 2. Monat, nachdem er erfahren hat, dass das Einkommen dauerhaft oder vorübergehend gesunken ist, das Krankentagegeld (KT) herabsetzen.
Das KT wird bei einem bereits eingetretenen Leistungsfall bis zur Herabsetzung in bisheriger Höhe gezahlt.

max. Tagessatz

Für Arbeitnehmer gilt: Max. 300,-EUR pro Tag für alle Tagegeldtarife zusammen.

Für Arbeitnehmer gilt: Kein max. Tagessatz.

Für Arbeitnehmer gilt: Max. 250,-EUR pro Tag für alle Tagegeldtarife zusammen.

Alkoholklausel

Wird verzichtet.

Wird verzichtet.

Wird verzichtet.

KT bei Arbeitslosigkeit

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

Zahlung Krankentagegeld bis 3 Monate nach Beginn der Arbeitslosigkeit, weitere 12 Monate 70%, danach 35% des versicherten Tagessatzes.

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

KT bei Arbeitsunfähigkeit

Im Anschluss an eine völlige Arbeitsunfähigkeit wird bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit anteiliges Krankentagegeld in Höhe des Grades der teilweisen Arbeitsunfähigkeit gezahlt (max. 3 Monate).

Für Arbeitnehmer wird in unmittelbarem Anschluss an eine völlige Arbeitsunfähigkeit Krankentagegeld bei einer Wiedereingliederung in das Erwerbsleben für max. 12 Wochen gezahlt. Das vom Arbeitgeber gezahlte Entgelt wird auf das Krankentagegeld angerechnet.
Für Selbständige und Freiberufler wird bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit kein Krankentagegeld gezahlt.

Im Anschluss an eine völlige Arbeitsunfähigkeit von mindestens 12 Wochen Dauer wird bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50% ein Übergangsgeld in Höhe der Hälfte des versicherten Krankentagegeldes, wenn nach ärztlichem Befund die teilweise Aufnahme der Berufstätigkeit medizinisch angezeigt ist, gezahlt (max. 4 Wochen). Die Leistung wird nur für Arbeitnehmer erbracht, die in einem festen Arbeitsverhältnis stehen und beim Versicherer eine Vollversicherung abgeschlossen haben.

KT bei Berufsunfähigkeit

Max. Leistungsdauer nach Eintritt einer Berufsunfähigkeit 3 Monate.

Max. Leistungsdauer nach Eintritt einer Berufsunfähigkeit 6 Monate. Ab dem 4. Monat werden 50% des versicherten Krankentagegeldes gezahlt.

Max. Leistungsdauer nach Eintritt einer Berufsunfähigkeit 3 Monate.

KT bei Kurbh. / Sanatorium

Krankentagegeld wird während einer Kur und Sanatoriumsbehandlung nicht gezahlt.

Krankentagegeld wird unter Anrechnung evtl. Leistungen gesetzlicher Träger während einer Kur bzw. Sanatoriumsbehandlung gezahlt.

Krankentagegeld wird nach Zusage des Versicherers gezahlt, wenn vorher mindestens 6 Wochen ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit bestand.

KT bei REHA-Maßnahme

Bei REHA wird nach mindestens 14 Tagen Arbeitsunfähigkeit das Krankentagegeld unter Anrechnung evtl. Leistungen gesetzlicher Träger gezahlt.

Bei REHA wird Krankentagegeld unter Anrechnung evtl. Leistungen gesetzlicher Träger gezahlt.

Bei REHA wird nach mindestens 6 Wochen Arbeitsunfähigkeit das Krankentagegeld nach vorheriger Zusage gezahlt.

KT bei Krankheit Kind

Krankentagegeld bei Krankheit eines Kindes wird nicht gezahlt.

Krankentagegeld bei Krankheit eines Kindes wird ohne Karenzzeit für max. 15 Arbeitstage pro Kalenderjahr gezahlt. Einmalige Verlängerung auf 90 Tage bei unheilbarer oder austerapiertener Krankheit oder begrenzter Lebenserwartung.
Voraussetzungen:
- Kind hat das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet,
- ist beim Versicherer vollversichert und
- keine weitere Person lebt im Haushalt, die das Kind betreuen kann.

Krankentagegeld bei Krankheit eines Kindes wird nicht gezahlt.

Leistungsvergleich

Allgemeine Wartezeit

Die allgemeine Wartezeit entfällt.

Die allgemeine Wartezeit entfällt.

Die allgemeine Wartezeit beträgt 3 Monate.
Sie entfällt
- bei Unfall
- bei folgenden akuten Infektionskrankheiten: Röteln, Masern, Windpocken, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, 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.

Besondere Wartezeiten

Die besonderen Wartezeiten entfallen.

Die besondere Wartezeit beträgt für Krankentagegeld während des Mutterschutzes und am Entbindungstag 8 Monate.

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.

Alleine versicherbar

Tarif ist nicht alleine abschließbar.

Tarif ist nicht alleine abschließbar.

Tarif ist alleine abschließbar.

Weltgeltung

Für akut eingetretene Krankheiten oder bei Unfall im europäischen Ausland bei einer stationären Behandlung. Für die Zahlung bei akut eingetretenen Krankheiten oder bei Unfall im außereuropäischen Ausland sind besondere Vereinbarungen möglich.

Für akut eingetretene Krankheiten oder bei Unfall im europäischen Ausland bei einer stationären Behandlung. Für die Zahlung bei akut eingetretenen Krankheiten oder bei Unfall im außereuropäischen Ausland sind besondere Vereinbarungen möglich.

Stationäre Behandlung bei akut eingetretenen Krankheiten oder bei Unfall im europäischen Ausland. Für akut eingetretene Krankheiten oder bei Unfall im außereuropäischen Ausland bei einer stationären Behandlung.

Leistungen Kur

Stationäre Kur (+REHA/AHB)

AktiMed Plus 100U:
Stationäre Kur wird nicht erstattet.
Stationäre REHA als Anschlussheilbehandlung (AHB) wird bis zu den Höchstbeträgen erstattet,
- wenn sie in zeitlich engem Zusammenhang mit einer akuten stationären Behandlung steht
- wenn der Behandlungserfolg nicht durch eine ambulante Maßnahme erzielt werden kann.

MB0:
- Anschlussheilbehandlung (AHB): Die ersten 21 Tage einer AHB, die innerhalb von 28 Tagen nach einer stationären Akutbehandlung beginnt.
- Sonstige Reha-Maßnahmen, Kuren, Sanatoriumsbehandlungen: 50,-EUR pro Tag für max. 28 Tage nach 2 Versicherungsjahren. Erneuter Anspruch nach 3 Jahren.

Leistungen eines gesetzlichen Trägers sind vorrangig in Anspruch zu nehmen. Vorherige Zusage ist für AHB ab dem 22. Tag erforderlich, für Kur und REHA nicht erforderlich.

PS3, PSV:
Keine stationäre Kur und Sanatoriumsbehandlung und REHA-Maßnahmen der gesetzlichen REHA-Träger.
Anschlussheilbehandlung (AHB) unter folgenden Voraussetzungen:
- AHB wird innerhalb von 2 Wochen nach stationärer Akutbehandlung angetreten
- AHB ist aufgrund Krankheiten (Liste des Versicherers) medizinisch notwendig
- kein Anspruch gegenüber einem anderen Kostenträger.
Zusage ist für AHB nicht erforderlich.

