

Leistungsvergleich

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

HanseMerkur			Continentale		Signal Iduna	
Bereich	Tarifname	Beitrag	Tarifname	Beitrag	Tarifname	Beitrag
Ambulant	KVS1	269,00	COMFORT-U	283,52	START-PLUS	304,79
Optionsrecht			AV-P1	4,50		
Aufbau	EKV	21,76				
Stationär	PSV	38,99	SP2	35,55		
Pflegepflicht	PVN	47,54	PVN	47,90	PVN	47,45
KT	T43 /100	39,10	V43-U /100	36,40	ESP-VS 43 /100	47,70
Gesetzl. Zuschlag		32,98		31,91		30,48
Monatl. Gesamtbeitrag		449,37				430,42
Beitrag abzgl. AG-Anteil		224,68				215,20
Jährl. SB	500 EUR		20 EUR je Leistung		480 EUR	
	(nur Amb + Zahn Stat ohne SB)		(Amb + Stat + Zahn)		(nur Amb + Stat Zahn ohne SB)	

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.

Bitte beachten Sie den nächsten Beitragssprung bei folgenden Tarifen (gemäß aktuell vorliegender Beitragstabelle):
Continentale AV-P1: Mit 35 J. auf 5,50 EUR

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

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

Leistungsvergleich

Kurzbeschreibung

KVS1

Kompakter Tarif (ASZ) - Tarifwerk Start Fit, Mehrbett-Zimmer, Zahnbehandlung 100%, Zahnersatz 80%, Kieferorthopädie 80%, Heilpraktiker, Naturheilverfahren (Hufeland), offener Hilfsmittelkatalog, Psychotherapie, Sehhilfen bis 100 EUR, GOÄ: bis zum Höchstsatz (3,5-fach), Pauschalleistung, Selbstbeteiligung: 500 EUR (AZ), bis 20. Lebensjahr 0 EUR, Primärarztprinzip(!), Optionsrecht, Tarifgeneration Unisex, Tarif aufgelegt am 01.01.2013, BAP Jan 2021

EKV

Ergänzungs-Baustein zu den Tarifen KVS1 und KVS3 mit Verbesserung Zahnleistungen, Schutzimpfungen bei Auslandsreisen und Betreuungsgeld bei Krankheit Kind, Tarifgeneration Unisex, Tarif aufgelegt am 01.09.2017

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, Höchstaufnahmearter 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

COMFORT-U

Kompakter Tarif (ASZ), Mehrbett-Zimmer, Zahnbehandlung 100%, Zahnersatz 80%, Kieferorthopädie 80%, Heilpraktiker, Naturheilverfahren, offener Hilfsmittelkatalog, Psychotherapie, Sehhilfen bis 300 EUR, GOÄ: bis zum Höchstsatz (3,5-fach) - Stationär bis Regelhöchstsatz (2,3-fach), Pauschalleistung, Selbstbeteiligung: 20 EUR je Leistung (ASZ), Tarifgeneration Unisex, Tarif aufgelegt am 01.01.2013, BAP Jan 2021

AV-P1

Optionstarif zum späteren Wechsel in einen höherwertigen Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung, Tarif zum Risikobeitrag (ohne Altersrückstellungen), Höchstaufnahmearter 45 Jahre, Tarifgeneration Bisex/Unisex, Tarif aufgelegt am 01.09.2010

SP2

Stationärer Tarif, 2-Bett-Zimmer (Diff. Mehrbett) mit Privatarztbehandlung, GOÄ: auch über Höchstsätze hinaus, Tarifgeneration Unisex, Tarif aufgelegt am 01.01.2013, BAP Jan 2021

V43-U

Krankentagegeldtarif für angestellte, freiberufliche und selbständige Personen mit Leistungsbeginn ab dem 43. Tag, Tagegeld > 150 Euro nur nach besonderer Antragsprüfung, Tagegeld 1 bis maximal 750 EUR versicherbar, Höchstaufnahmearter 67 Jahre, Tarifgeneration Unisex, Tarif aufgelegt am 01.01.2013, BAP Jan 2018

PVN

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

START-PLUS

Kompakter Tarif (ASZ), 2-Bett-Zimmer mit Privatarztbehandlung (stationäre Wahlleistung nur bei Unfall), Zahnbehandlung 100%, Zahnersatz 90%, Kieferorthopädie 80%, Naturheilverfahren, offener Hilfsmittelkatalog, Psychotherapie, Sehhilfen bis 150 EUR, GOÄ: bis zum Höchstsatz (3,5-fach) - Stationär bis zum 1,8-fachen Satz, Pauschalleistung, Selbstbeteiligung: 480 EUR (AS), bis 20. Lebensjahr 240 EUR, Primärarztprinzip(!), Optionsrecht, Tarifgeneration Unisex, Tarif aufgelegt am 01.01.2013, BAP Jan 2021

ESP-VS 43

Krankentagegeldtarif für freiberufliche und selbständige Personen mit Leistungsbeginn ab dem 43. Tag, Tagegeld 5 bis maximal 310 EUR versicherbar, Höchstaufnahmearter 67 Jahre, Tarifgeneration Unisex, Tarif aufgelegt am 01.01.2013

PVN

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

Leistungsvergleich

Leistungen Ambulant

HanseMerkur KVS1, EKV

Continentale COMFORT-U

Signal Iduna START-PLUS

Ambulante Behandlungen

KVS1:

Primärarztprinzip! Erstattet werden

- 100% für die Erst- und Folgebehandlung, wenn die Erstbehandlung durch einen Facharzt für Allgemeinmedizin, einen Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung (der an der hausärztlichen Versorgung teilnimmt), einen Frauen-, Kinder- oder Augenarzt erfolgt. Für ambulante Operationen und die Erstversorgung in einem akuten Notfall, wenn kein Primärarzt zu erreichen ist, gilt die Erstattung wie bei einer Behandlung durch einen Primärarzt.
- 80% für die Erst- und Folgebehandlung, wenn für die Erstbehandlung nicht einer der o.g. Ärzte in Anspruch genommen wird. Die Leistung wird auf 100% erhöht, wenn der Versicherte die weitere Behandlung durch einen Primärarzt durchführen lässt oder dieser den Versicherten nach Untersuchung an einen Facharzt überweist.

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

- 80% für Naturheilverfahren durch Ärzte nach dem GebÜH oder Hufelandverzeichnis einschließlich Arzneimitteln, Verbandmitteln und Heilmitteln.

Anerkennungsfähiger Rechnungsbetrag für Naturheilverfahren durch Ärzte und Behandlung durch Heilpraktiker max.

- 100,-EUR im 1.Versicherungsjahr
- 200,-EUR im 2.Versicherungsjahr
- 1.000,-EUR jährlich ab dem 3.Versicherungsjahr.

Behandlungen nach dem Hufelandverzeichnis werden bis zu den Regelhöchstsätzen der GOÄ erstattet.

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 "Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren" des Versicherers.

Primärarztprinzip! Erstattet werden

- 100% für die Erst- und Folgebehandlung, wenn die Erstbehandlung durch den Hausarzt (Arzt für Allgemeinmedizin oder Internist), einen Arzt für Frauen-, Augen- oder Kinderheilkunde, einen Notarzt oder Bereitschaftsarzt erfolgt. Der Hausarzt ist bei der ersten Inanspruchnahme von Leistungen namentlich zu benennen und ein Wechsel anzuzeigen.

- 75%, wenn für die Erstbehandlung nicht einer der o.g. Ärzte in Anspruch genommen wird.

Erreicht der zu 75% erstattungsfähige Rechnungsbetrag für ambulante ärztliche Behandlung (inkl. Verbandmittel, ambulante Operationen, Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen) 4.000,-EUR pro Kalenderjahr (2.000,-EUR pro Kalenderjahr bis zum vollendeten 20.Lebensjahr), wird darüber zu 100% 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.

Vorsorge

KVS1:

Erstattet werden ambulante Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen.

Weitere ambulante Vorsorgeuntersuchungen (Liste des Versicherers) bis zu den Regelhöchstsätzen.

Versicherten ab 20 Jahren werden für das betreffende Jahr Pauschalen für Vorsorgeuntersuchungen gezahlt.

Selbstbeteiligung (SB) gilt auch für Vorsorgeleistungen.

Ausnahme: Pauschalen für Vorsorgeuntersuchungen unabhängig von einer SB.

Werden Vorsorgeuntersuchungen erstattet erfolgt keine Beitragsrückerstattung (BRE).

Ausnahme: Die Pauschalen für Vorsorgeuntersuchungen beeinflussen die BRE nicht.

Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen werden ohne Altersgrenze und ohne zeitliche Begrenzung erstattet. Selbstbeteiligung gilt auch für Vorsorgeleistungen. Werden Vorsorgeleistungen oder Schutzimpfungen erstattet, erfolgt keine Beitragsrückerstattung.

Erstattet werden gezielte Vorsorgeuntersuchungen nach den gesetzlich eingeführten Programmen (dazu zählen Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, welche in den "Krebsfrüherkennungs- Richtlinien" und in den

"Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien" genannt sind) zu 100%, wenn die Erstbehandlung durch einen Primärarzt erfolgt, sonst zu 75%.

Erreicht der zu 75% erstattungsfähige Rechnungsbetrag für ambulante ärztliche Behandlung (inkl. ambulante Operationen, Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen) einen Betrag von 4.000,-EUR (ist das 20.Lebensjahr noch nicht vollendet, 2.000,-EUR), wird darüber hinaus zu 100% erstattet.

Selbstbeteiligung gilt auch für Vorsorgeleistungen und Schutzimpfungen.

Werden Vorsorgeleistungen oder Schutzimpfungen erstattet, erfolgt keine Beitragsrückerstattung.

Leistungsvergleich

Arznei- und Verbandmittel

KVS1:

- Arznei- und Verbandmittel zu 100%, wenn die Erstbehandlung durch einen Primärarzt erfolgt, sonst zu 80%. Dazu gehören auch medizinische Nährlösungen zur künstlichen Ernährung.
- Arzneimittel aufgrund Naturheilverfahren des Arztes oder Heilpraktikers, die im Hufelandverzeichnis und im GebüH aufgeführt sind, zu 80% aus max. 1.000,-EUR Rechnungsbetrag pro Versicherungsjahr (im 1. Versicherungsjahr aus max. 100,-EUR und im 2. Versicherungsjahr aus max. 200,-EUR).

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

Erstattet werden

- 100% Verbandmittel, wenn die Erstbehandlung durch einen Primärarzt erfolgt, sonst zu 75%
- 100% Arzneimittel, wenn es sich um Generika oder Originalpräparate, für die es keine Generika gibt, handelt
- 100% Originalpräparate, wenn bei der Einnahme des Generikums allergische Reaktionen auftreten oder zu befürchten sind
- 100% Originalpräparate bei Notfall oder Unfall
- 75% Originalpräparate, obwohl für diese Generika vorhanden sind.
Dazu zählen homöopathische und anthroposophische Arzneimittel, Phytopharmaka und Sondennahrung bei künstlicher Ernährung.

Heilmittel

KVS1:

Gemäß Bundesbeihilfverordnung 90% für Inhalationen, Krankengymnastik, Massagen, Hydrotherapie, medizinische Bäder, Packungen, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie, Logopädie, Ergotherapie, Podologie, Schwangerschaftsgymnastik.

Von Ärzten oder Heilpraktikern verordnete Heilmittel durch Angehörige von Gesundheitsfachberufen gemäß Bundesbeihilfverordnung oder Abschnitt E der GOÄ (erstattet wird der jeweils höhere Betrag): Inhalationen, Krankengymnastik, Massagen, Packungen, Hydrotherapie, medizinische Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie, Logopädie, Ergotherapie, Podologie jeweils inkl. Mehrkosten für Behandlung in der Wohnung.

Heilmittel werden zu 75% bis zu 500,-EUR Rechnungsbetrag pro Kalenderjahr erstattet, darüber bei schweren Krankheiten (Liste des Versicherten) zu 100%.
Heilmittel (Liste des Versicherten) sind: Inhalationen, Krankengymnastik, Massagen, Packungen, Hydrotherapie, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie, Ergotherapie, Logopädie, Podologie. Ergotherapie und Logopädie werden bis zu den Höchstbeträgen der Bundesbeihilfverordnung erstattet.

Hilfsmittel

KVS1:

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.:
- 1.000,-EUR für Sprechhilfen
- 1.000,-EUR für Hörhilfen
- 12.000,-EUR für Krankenfahrstühle
- 15.000,-EUR für Armstützapparate
- 15.000,-EUR für Beinstützapparate.

Offener Hilfsmittelkatalog.

Erstattet werden 100% für Hilfsmittel in einfacher Ausführung, wenn
- ein Hilfsmittel max. 1.000,-EUR kostet.
Ab 1.000,-EUR Rechnungsbetrag pro Hilfsmittel ist ein Kostenvoranschlag erforderlich. 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 und Blindenhunde.

Offener Hilfsmittelkatalog.

Erstattet werden 100% für Hilfsmittel. Ab 500,-EUR Rechnungsbetrag ist eine vorherige Zusage erforderlich. Sonst werden die Kosten erstattet, die entstanden wären, wenn ein Hilfsmittel über den Versicherer bezogen worden wäre.
Hilfsmittel sind technische Mittel und Körperersatzstücke, die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen ausgleichen oder mildern (z.B. Bandagen, Einlagen, Prothesen).
Erstattet werden auch Dialysegeräte.
Das jeweilige Hilfsmittel wird einmal pro Kalenderjahr oder nach vorheriger Zusage erstattet.

Sehhilfen

KVS1:

Erstattet werden
- max. 100,-EUR für Sehhilfen (Gläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen).
Erneuter Anspruch nach 36 Monaten.

Erstattet werden

- max. 300,-EUR für Sehhilfen (Gläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen) innerhalb von 2 Kalenderjahren. Keine Erstattung, wenn bereits bei Vertragsabschluss Sehhilfen benötigt werden. Diese können gegen Beitragszuschlag mitversichert werden.

Erstattet werden

- max. 150,-EUR für Sehhilfen (Gläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen), max. 300,-EUR ab 8 Dioptrien.
Erneuter Anspruch nach 2 Kalenderjahren oder bei Änderung der Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien.

Leistungsvergleich

Heilpraktiker

KVS1:
Erstattet werden 80% für Behandlung durch Heilpraktiker nach dem GebÜH oder Hufelandverzeichnis (außer Psychotherapie) einschließlich Arzneimittel, Verbandmittel und Heilmittel. Anerkennungsfähiger Rechnungsbetrag für Behandlung durch Heilpraktiker und Naturheilverfahren durch Ärzte max.
- 100,-EUR im 1.Versicherungsjahr
- 200,-EUR im 2.Versicherungsjahr
- 1.000,-EUR jährlich ab dem 3.Versicherungsjahr.
Bis zu den Höchstbeträgen des GebÜH. Behandlung nach dem Hufelandverzeichnis bis zu den Regelhöchstsätzen der GOÄ.

Erstattet werden 100% für Behandlung durch Heilpraktiker nach dem GebÜH und Liste des Versicherers einschließlich Arzneimittel, Verbandmittel und Heilmittel. Erstattung für Ayurveda, Organotherapie und orthomolekulare Therapie max. 150,-EUR pro Kalenderjahr für alle drei Verfahren zusammen.
Bis zu den Mindestbeträgen des GebÜH.

Heilpraktikerleistungen werden nicht erstattet.

Naturheilverfahren

KVS1:
80% bis max. Rechnungsbetrag 1000 EUR, auch Hufelandverzeichnis.

100%, kein Hufeland.

100% bei Primärarztprinzip, ansonsten 75%, kein Hufeland.

Psychotherapie ambulant

KVS1:
70% für max. 50 Sitzungen pro Kalenderjahr. Vorherige Zusage ist erforderlich. Behandlung durch Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten möglich.

Max. 50 Sitzungen pro Kalenderjahr. Vorherige Zusage ist ab der 31. Sitzung erforderlich. Behandlung durch Ärzte mit verfahrensbezogener Zusatzausbildung, approbierte Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in eigener Praxis möglich.

75% für max. 50 Sitzungen pro Jahr. Vorherige Zusage ist erforderlich. Behandlung durch approbierte Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in eigener Praxis nach Zusage möglich.

Gebührenordnung ambulant

KVS1:
Bis zu den Höchstsätzen der GOÄ, d.h.:
- bis zum 3,5-fachen Satz für ärztliche Leistungen
- bis zum 2,5-fachen Satz für technische Leistungen
- bis zum 1,3-fachen Satz für Laborleistungen.

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

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

Ambulante Transportkosten

KVS1:
Rettungstransport oder bei Gehunfähigkeit oder wegen der Folgen ambulant durchgeführter diagnostischer bzw. therapeutischer Maßnahmen.

- Transporte bei Unfall oder Notfall mit einem speziellen Krankenfahrzeug zum und vom nächsten geeigneten Arzt oder Krankenhaus
- Fahrten zur und von der Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapie
- Fahrten zum und vom nächsten geeigneten Arzt, wenn eine Schwerbehinderung mit dem Zusatz aG (außergewöhnlich gehbehindert), BI (blind) bzw. H (hilflos) oder Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 3 vorliegt.

Transporte bei Unfall oder Notfall, Fahrten zur und von der Dialyse, Chemo- und Strahlentherapie.

Schutzimpfungen

KVS1:
100%, wenn die Erstbehandlung durch einen Primärarzt erfolgt, sonst 80% für Impfungen gemäß Empfehlung der Ständigen Impfkommission. Keine Impfungen, die durch Auslandsreisen, den Beruf oder Freizeitgewohnheiten erforderlich sind.

EKV:
Impfungen bis max. 100,-EUR pro Versicherungsjahr bei Auslandsreisen gegen Cholera, Typhus, Malaria, Gelbfieber und Hepatitis.

Impfungen gemäß Empfehlung der Ständigen Impfkommission. Keine Impfungen, die durch Auslandsreisen oder den Beruf erforderlich sind.

Staatlich empfohlene Kinderschutzimpfungen, Impfungen gegen Grippe, Wundstarrkrampf, Tollwut, Hepatitis B, Polio, Diphtherie und Zeckenbiss zu 100%, wenn Erstbehandlung durch Primärarzt erfolgt, sonst zu 75%. Erreicht der zu 75% erstattungsfähige Rechnungsbetrag für ambulante ärztliche Behandlung (inkl. ambulante Operationen, Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen) einen Betrag von 4.000,-EUR (ist das 20.Lebensjahr noch nicht vollendet, 2.000,-EUR), wird darüber hinaus zu 100% erstattet.

Leistungsvergleich

Häusliche Krankenpflege

KVS1:
Häusliche Behandlungspflege durch anerkannte Pflegedienste, wenn sie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. Für Haushaltshilfe oder Kinderbetreuung wird nicht gezahlt.

EKV:
Für Kinderbetreuung wird unter bestimmten Voraussetzungen max. 500,-EUR pro Versicherungsjahr gezahlt.

Nach vorheriger Zusage häusliche Behandlungspflege:
medizinisch-diagnostische oder medizinisch-therapeutische Einzelleistungen (z.B. Verbandwechsel, Wundpflege, Katheterwechsel), die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Vermeidung einer Verschlechterung der Krankheit gerichtet sind.
Voraussetzung: der Behandelnde hat einen Versorgungsvertrag mit den Trägern der GKV geschlossen und die Leistungen sind gemäß diesem Vertrag berechnet.
Nicht erstattet werden Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung.
Für Haushaltshilfe oder Kinderbetreuung wird nicht gezahlt.

Medizinische Einzelleistungen durch Pflegefachkräfte, die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Vermeidung einer Verschlechterung der Krankheit gerichtet sind (z.B. Verbandwechsel, Wundpflege, Katheterwechsel, Injektionen, Blutdruckmessungen). Für Haushaltshilfe oder Kinderbetreuung wird nicht gezahlt.

Hospizleistung ambulant

KVS1:
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 mit der GKV abgerechnet werden könnten.

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung bei nicht heilbarer, fortschreitender und weit fortgeschrittener Krankheit bei zugleich begrenzter Lebenserwartung. Erstattet werden die Aufwendungen in der Höhe, wie sie mit der GKV abgerechnet werden könnten.

Leistungen Stationär

HanseMerkur KVS1, PSV

Continentale COMFORT-U, SP2

Signal Iduna START-PLUS

Stationäre Unterbringung

KVS1:
Mehrbettzimmer.

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

COMFORT-U:
Mehrbettzimmer.

SP2:
2-Bettzimmer (Differenz zum Mehrbettzimmer).

Mehrbettzimmer.
2-Bettzimmer bei Unfall.

Stationäre Behandlungen

KVS1:
Regel- und Belegarztleistungen.

PSV:
Privatarztbehandlung.

COMFORT-U:
Regel- und Belegarztleistungen.

SP2:
Privatarztbehandlung.

Regel- und Belegarztleistungen.
Privatarztbehandlung bei Unfall.

Privatkliniken

KVS1:
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.

COMFORT-U:
Leistungen in Krankenhäusern in Deutschland, die nicht dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) unterliegen (Privatkliniken), werden erstattet.

Leistungen in Krankenhäusern in Deutschland, die nicht dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) unterliegen (Privatkliniken), werden erstattet.

Ersatz-Krankenhaustagegeld

PSV:
- 35,-EUR bei Verzicht auf 1- und 2-Bettzimmer
- 25,-EUR bei Verzicht auf Privatarztbehandlung.
Kinder und Jugendliche erhalten das gleiche Ersatz-KHT.

SP2:
- 20,-EUR bei Verzicht auf 1- und 2-Bettzimmer
- 50,-EUR bei Verzicht auf Privatarztbehandlung.
Kinder und Jugendliche erhalten das gleiche Ersatz-KHT.

Kein 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.

Leistungsvergleich

Gebührenordnung stationär

KVS1:
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.

COMFORT-U:
Regelleistungen.
Belegarzt bis zu den Regelhöchstätzen der GOÄ, d.h.:
- bis zum 2,3-fachen Satz für ärztliche Leistungen
- bis zum 1,8-fachen Satz für technische Leistungen
- bis zum 1,15-fachen Satz für Laborleistungen.

SP2:
Auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus.

Regelleistungen.
Bei Unfall 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.
Belegarzt bis zu folgenden Sätzen der GOÄ:
- bis zum 1,8-fachen Satz für ärztliche Leistungen
- bis zum 1,38-fachen Satz für technische Leistungen
- bis zum 1,16-fachen Satz für Laborleistungen.

Gemischte Anstalten

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 Notfallweisung 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 Behandlung in einer gemischten Anstalt nach vorheriger Zusage.
Ohne Zusage, wenn
- es sich um eine Notfallweisung 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 Behandlungen durchgeführt werden, die eine stationäre Behandlung erfordern
- es sich um eine Notfallweisung handelt
- die Krankenanstalt das einzige Krankenhaus in der Umgebung des Versicherten ist
- während des Aufenthaltes eine akute Krankheit auftritt, die eine stationäre Behandlung erfordert.

Stationäre Transportkosten

KVS1:
Zum und vom nächsten geeigneten Krankenhaus.

COMFORT-U:
Zum/vom nächsten geeigneten Krankenhaus im Krankenfahrzeug.

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

Ambulante Operationen

KVS1:
Ambulante Operationen werden erstattet.

COMFORT-U:
Ambulante Operationen werden erstattet.

START-PLUS:
Ambulante Operationen werden zu 100% erstattet, wenn Erstbehandlung durch Primärarzt erfolgt, sonst zu 75%.
Erreicht der zu 75% erstattungsfähige Rechnungsbetrag für ambulante ärztliche Behandlung 4.000,-EUR (bis zum 20.Lebensjahr 2.000,-EUR), wird darüber hinaus 100% erstattet.

Vor-/nachstationäre Behandlung

KVS1:
Ambulante Aufnahme- und Abschlussbehandlung wird erstattet.

COMFORT-U:
Ambulante Aufnahme- und Abschlussbehandlung wird erstattet.

SP2:
Vorstationäre Behandlung bis zu 3 Tage innerhalb von 5 Tagen vor dem Krankenhausaufenthalt und nachstationäre Behandlung bis zu 7 Tage innerhalb von 14 Tagen nach dem Krankenhausaufenthalt.

START-PLUS:
Ambulante Aufnahme- und Abschlussbehandlung wird erstattet.

Leistungsvergleich

Begleitpersonen bei Kindern im KH

KVS1:
Aufwendungen werden in Höhe der Mindesterstattung gemäß Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes erstattet, wenn sie in stationären Regelleistungen abgerechnet werden.

PSV:
Bis zum 14. Lebensjahr.

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

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

Hospizleistung stationär

KVS1:
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.

COMFORT-U:
Nach vorheriger Zusage die Restkosten nach Leistung der Pflegepflichtversicherung bei stationärem Hospizaufenthalt in einem zugelassenen Hospiz, in dem palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird.

Stationäre Hospizversorgung wird erstattet.

Leistungen Zahn

HanseMerkur KVS1, EKV

Continentale COMFORT-U

Signal Iduna START-PLUS

Zahnbehandlung

KVS1:
100%.

100%.

100%, Zahnstaffel beachten.

Zahnersatz

KVS1:
80%, Material-/Laborkosten gemäß Verzeichnis, Zahnstaffel beachten.

80%, Zahnstaffel beachten.

90%, ohne regelm. Prophylaxe 70%, Material-/Laborkosten gemäß Verzeichnis, Zahnstaffel beachten.

Inlays

KVS1:
80%, Zahnstaffel beachten.

80%, Zahnstaffel beachten.

90%, ohne regelm. Prophylaxe 70%, Zahnstaffel beachten.

Implantate

KVS1:
80%, Zahnstaffel beachten.

80%, max. 6 Implantate je Kiefer, inkl. Knochenaufbau, Zahnstaffel beachten.

90%, ohne regelm. Prophylaxe 70%, inkl. Knochenaufbau, Zahnstaffel beachten.

Kieferorthopädie

KVS1:
80%, Material-/Laborkosten gemäß Verzeichnis, Zahnstaffel beachten.

80%, Zahnstaffel beachten.

80% bis zum 21. Lebensjahr, bei erfolgreichem Abschluss 100%, Material-/Laborkosten gemäß Verzeichnis, Zahnstaffel beachten.

Zahnärztliche Leistungen

KVS1:
- 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.
- Material- und Laborkosten gemäß Preis- und Leistungsverzeichnis des Versicherers werden zum Prozentsatz der Maßnahme erstattet.

EKV:
Fällt die im Haupttarif vereinbarte feste Selbstbeteiligung für professionelle Zahnreinigung an, wird diese zu 100%, max. 120,-EUR pro Versicherungsjahr erstattet.

Fällt bei Unfall die im Haupttarif vereinbarte feste Selbstbeteiligung für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie an, wird diese zu 100% erstattet.

- Zahnbehandlung (auch Kunststofffüllungen, Wurzelbehandlung, Parodontosebehandlung, Prophylaxe, professionelle Zahnreinigung) wird zu 100% erstattet
- Zahnersatz (Kronen, Brücken, Verblendungen, Inlays, Onlays, max. 6 Implantate pro Kiefer (inkl. Knochenaufbau), Funktionsanalyse und Funktionstherapie) wird zu 80% erstattet
- Kieferorthopädie wird zu 80% erstattet
- Material- und Laborkosten werden zum Prozentsatz der Maßnahme erstattet.

- Zahnbehandlung (auch Kunststofffüllungen, Wurzelbehandlung, Parodontosebehandlung, Prophylaxe) wird zu 100% erstattet
- Zahnersatz (Kronen, Brücken, Verblendungen (bis Zahn 5), Inlays, Onlays, Implantate (inkl. Knochenaufbau), Funktionsanalyse und Funktionstherapie) wird zu 90% erstattet. Ohne jährliche Kontrollen sinkt der Erstattungsprozentsatz im 3. Kalenderjahr auf 80% und im 4. Kalenderjahr auf 70%. Er steigt bei jährlichen Kontrollen und Behandlungsfreiheit von 70% auf 80% und von 80% auf 90%
- Kieferorthopädie wird bis zum vollendeten 21. Lebensjahr zu 80% erstattet. Bei erfolgreichem Abschluss der Behandlung weitere 20% Erstattung
- Professionelle Zahnreinigung wird zweimal pro Kalenderjahr erstattet
- Material- und Laborkosten gemäß Preis- und Leistungsverzeichnis des Versicherers werden zum Prozentsatz der Maßnahme erstattet.

Leistungsvergleich

Zahnstaffel

KVS1:

Erstattung für Zahnersatz und Kieferorthopädie max.

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

Keine Begrenzung bei Unfall.

Für Versicherte von 18 bis 45 Jahre ist Heraufsetzung des max.

Erstattungsbetrages in den ersten 6 Kalenderjahren auf je 4.000,-EUR durch zahnärztlichen Befundberichtes bei Antragstellung (muss bis spätestens Ende des Monats eingereicht werden, zu dem die Versicherung beginnt) möglich. Kosten werden vom Versicherer bis zu der von ihm angegebenen Höhe übernommen. Bitte beachten Sie, dass der allgemeine tarifliche Selbstbehalt angerechnet wird (d.h. ggf. niedrigere oder keine Erstattung)!

EKV:

Erstattung für Zahnersatz und Kieferorthopädie zusammen mit der Leistung des Haupttarifes max.

- 10.000,-EUR pro Jahr im 7.-14.Versicherungsjahr.

Ab dem 15. Jahr ohne Zahnstaffel-Begrenzung.

Erstattung für Zahnersatz und Kieferorthopädie max.

- 1.000,-EUR im 1.Kalenderjahr
- 2.000,-EUR im 1.-2.Kalenderjahr
- 3.000,-EUR im 1.-3.Kalenderjahr
- 4.000,-EUR im 1.-4.Kalenderjahr
- 5.000,-EUR im 1.-5.Kalenderjahr
- 10.000,-EUR ab dem 6.Kalenderjahr alle 2 Jahre.

1. Jahr = Rumpfsjahr.

Keine Begrenzung bei Unfall.

Kein Erlass der Summenbegrenzung durch Befundbericht.

Bitte beachten Sie, dass der allgemeine tarifliche Selbstbehalt angerechnet wird (d.h. ggf. niedrigere oder keine Erstattung)!

Anerkennungsfähiger Rechnungsbetrag für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie max.

- 500,-EUR im 1.Versicherungsjahr
- 1.000,-EUR im 1.-2.Versicherungsjahr
- 2.000,-EUR im 1.-3.Versicherungsjahr
- 3.000,-EUR im 1.-4.Versicherungsjahr
- 4.000,-EUR jährlich ab dem 5.Versicherungsjahr.

Keine Begrenzung bei Unfall.

Kein Erlass der Summenbegrenzung durch Befundbericht.

Gebührenordnung Zahn

KVS1:

Zahnbehandlung bis zu den Regelhöchstsätzen der GOZ, d.h.:

- bis zum 2,3-fachen Satz für ärztliche Leistungen
- bis zum 1,8-fachen Satz für technische Leistungen
- bis zum 1,15-fachen Satz für Laborleistungen.

Zahnersatz und Kieferorthopädie bis zu den Höchstsätzen der GOZ, d.h.:

- bis zum 3,5-fachen Satz für ärztliche Leistungen
- bis zum 2,5-fachen Satz für technische Leistungen
- bis zum 1,3-fachen Satz für Laborleistungen.

Bis zu den Höchstsätzen der GOZ, d.h.:

- bis zum 3,5-fachen Satz für ärztliche Leistungen
- bis zum 2,5-fachen Satz für technische Leistungen
- bis zum 1,3-fachen Satz für Laborleistungen.

Bis zu den Höchstsätzen der GOZ, d.h.:

- bis zum 3,5-fachen Satz für ärztliche Leistungen
- bis zum 2,5-fachen Satz für technische Leistungen
- bis zum 1,3-fachen Satz für Laborleistungen.

Heil- und Kostenplan

KVS1:

Nicht erforderlich.

Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie

erforderlich, sonst Erstattung zu 50% der Leistung.

Bei Zahnbehandlung, Zahnersatz und

Kieferorthopädie über 1.500,-EUR Rechnungsbetrag erforderlich.

Leistungsvergleich

Leistungen Allgemein

HanseMerkur KVS1, EKV, PSV

Continentale COMFORT-U, SP2

Signal Iduna START-PLUS

Selbstbeteiligung

KVS1:
500,-EUR pro Kalenderjahr. Kinder und Jugendliche keine Selbstbeteiligung. SB für ambulant und Zahn. Im ersten Kalenderjahr anteilig pro Monat. Selbstbeteiligung (SB) gilt auch für Vorsorgeleistungen.
Ausnahme: Pauschalen für Vorsorgeuntersuchungen unabhängig von einer SB.

COMFORT-U:
Folgende Selbstbeteiligung (SB) wird vom Erstattungsbetrag abgezogen:
- ärztliche Leistung: max. 20,-EUR je Behandlungstag
- Psychotherapie: max. 20,-EUR pro Sitzung, max. 30% des Rechnungsbetrages
- Hebammen oder Entbindungspfleger: max. 20,-EUR je Behandlungstag
- Heilpraktiker: max. 20,-EUR je Behandlungstag
- häusliche Behandlungspflege: max. 20,-EUR je Behandlungstag
- spezialisierte ambulante Palliativversorgung: max. 20,-EUR je Behandlungstag
- Arznei- und Verbandmittel: max. 20,-EUR je Mittel, SB entfällt bei Generika
- Heilmittel: max. 20,-EUR je Heilmittel an einem Behandlungstag
- Hilfsmittel: max. 50,-EUR je Hilfsmittel
- Krankentransporte: max. 20,-EUR je Transport
- zahnärztliche Leistung: max. 20,-EUR je Behandlungstag
- Krankenhausleistung: 20,-EUR je Behandlungstag für max. 14 Tage je stationärem Aufenthalt.
Kinder und Jugendliche gleiche Selbstbeteiligung.
SB für ambulant, stationär und Zahn. Selbstbeteiligung gilt auch für Vorsorgeleistungen.

480,-EUR pro Kalenderjahr. Personen die das 20.Lebensjahr noch nicht vollendet haben die Hälfte. SB für ambulant und stationär. Im ersten Kalenderjahr anteilig pro Quartal. Selbstbeteiligung gilt auch für Vorsorgeleistungen und Schutzimpfungen.

Pauschalleistung

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

COMFORT-U:
Garantierte Pauschalleistung nach einem leistungsfreien Jahr in Höhe von 2 MB. Voraussetzung für die Pauschalleistung ist die Leistungsfreiheit im gesamten Tarif.
.

Garantierte Pauschalleistung nach leistungsfreien Kalenderjahren:
- 1.Jahr : 400,-EUR
- 2.Jahr : 500,-EUR
- 3.Jahr und jedes weitere Jahr : 600,-EUR
Für Personen, die das 20.Lebensjahr noch nicht vollendet bzw. den Tarif nach den Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten abgeschlossen haben, halbiert sich die Leistung.
Voraussetzung für die Pauschalleistung ist die Leistungsfreiheit im gesamten Tarif (bei unterjährigem Beginn anteilig pro Monat). Angerechnet werden auch Vorversicherungszeiten aus Krankenversicherungen, die den Anforderungen der gesetzlichen Versicherungspflicht genügen.

Leistungsvergleich

Erfolgsabh. Beitragsrückerstattung

KVS1:
Beitragsrückerstattung (BRE) nach leistungsfreien Jahren:
1 Jahr : 200,-EUR
2 Jahre : 300,-EUR
3 Jahre : 400,-EUR
4 Jahre : 500,-EUR
Kinder und Jugendliche erhalten die Hälfte dieser Beträge.
Die BRE ist begrenzt auf die Hälfte des im abgelaufenen Kalenderjahr gezahlten Jahresbeitrages zur Vollversicherung.
Bei unterjährigem Beginn wird keine BRE gezahlt.
Voraussetzung ist die Leistungsfreiheit im ambulanten und zahnärztlichen Bereich.
Werden Vorsorgeuntersuchungen erstattet erfolgt keine Beitragsrückerstattung (BRE).
Ausnahme: Die Pauschalen für Vorsorgeuntersuchungen beeinflussen die BRE nicht.

PSV, T43:
Eine Beitragsrückerstattung (BRE) wird nicht gezahlt.

COMFORT-U:
Beitragsrückerstattung (BRE) nach leistungsfreien Kalenderjahren:
2 Jahre : 1 MB
3 Jahre : 2 MB
4 Jahre : 3 MB
5 Jahre : 4 MB.
Kinder und Jugendliche erhalten die gleiche BRE.
Bei unterjährigem Beginn wird keine BRE gezahlt.
Voraussetzung ist die Leistungsfreiheit im gesamten Tarif.
Werden Vorsorgeleistungen oder Schutzimpfungen erstattet, erfolgt keine Beitragsrückerstattung.

SP2, V43-U:
Eine Beitragsrückerstattung (BRE) wird nicht gezahlt.

START-PLUS:
Beitragsrückerstattung (BRE) nach leistungsfreien Jahren:
1 Jahr : 2 MB
Kinder und Jugendliche erhalten die halbe BRE.
Bei unterjährigem Beginn wird die BRE anteilig gezahlt.
Voraussetzung ist die Leistungsfreiheit im gesamten Tarif.
Werden Vorsorgeleistungen oder Schutzimpfungen erstattet, erfolgt keine Beitragsrückerstattung.

ESP-VS 43:
Eine Beitragsrückerstattung (BRE) wird nicht gezahlt.

Allgemeine Wartezeit

KVS1, 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.

COMFORT-U, SP2:
Die allgemeine Wartezeit entfällt.

V43-U:
Keine bei Vorversicherung.
Ansonsten 3 Monate. Entfallen bei Unfällen, einem Attest.

START-PLUS:
Die allgemeine Wartezeit entfällt.

ESP-VS 43:
Keine.

Besondere Wartezeiten

KVS1, 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.

COMFORT-U, SP2:
Die besonderen Wartezeiten entfallen.

V43-U:
Keine bei Vorversicherung.
Ansonsten 8 Monate für Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie. Entfallen bei einem Attest, u.a.

START-PLUS:
Die besonderen Wartezeiten entfallen.

ESP-VS 43:
Keine.

Leistungsvergleich

Vertragslaufzeit

KVS1, PSV:
Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre.
Keine max. Vertragslaufzeit. Kein max. Eintrittsalter.

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

COMFORT-U, SP2:
Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre.
Keine max. Vertragslaufzeit. Kein max. Eintrittsalter.

AV-P1:
Die Mindestvertragsdauer beträgt 1 Jahr.
Die max. Vertragslaufzeit beträgt 15 Jahre.
Der Tarif endet mit
- Wahrnehmung der Option
- Ablauf des Monats, in dem das 50. Lebensjahr vollendet wird.
Das max. Eintrittsalter beträgt 45 Jahre.

V43-U:
Die Mindestvertragsdauer beträgt 1 Jahr.
Das max. Eintrittsalter beträgt 67 Jahre.

START-PLUS:
Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre.
Keine max. Vertragslaufzeit. Kein max. Eintrittsalter.

ESP-VS 43:
Die Mindestvertragsdauer beträgt 1 Jahr.
Das max. Eintrittsalter beträgt 67 Jahre.

Kündigungstermin

KVS1, PSV, T43:
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 Versicherungsjahres unter Einhaltung der Mindestvertragsdauer möglich. Kündigungsfrist 3 Monate.

Kündigung durch den Versicherungsnehmer zum Ende eines Versicherungsjahres unter Einhaltung der Mindestvertragsdauer möglich. Kündigungsfrist 3 Monate.

Weltgeltung

KVS1:
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, Versicherungsschutz, bis die versicherte Person die Rückreise ohne Gefährdung des Gesundheitszustandes antreten kann. Bei ambulanter Behandlung im Ausland ist das Primärarztprinzip zu beachten.

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.

COMFORT-U, SP2:
Versicherungsschutz außerhalb Europas für max. 6 Monate vorübergehendem Auslandsaufenthalt. Wenn die Rückreise nicht ohne Gefährdung des Gesundheitszustandes angetreten werden kann, auch länger.

V43-U:
Ja.

START-PLUS:
Erstattet wird weltweite Behandlung, wenn es sich um einen vorübergehenden Aufenthalt (max. 12 Monate) im Ausland handelt.

ESP-VS 43:
Ja, bis zu 6 Monate.

Auslandsrücktransport

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.

COMFORT-U:
Mehrkosten (gegenüber Rückreise einer gesunden Person) bei Rücktransport oder Überführung.

Bei Auslandsreisen die Mehrkosten eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Krankenrücktransportes an den Wohnsitz oder in das von dort nächste geeignete Krankenhaus.
Überführung in den Heimatort oder die Beisetzung am Sterbeort im Ausland bis zu 11.000,-EUR.

Leistungen im Ausland (zusätzl.)

Keine speziellen Auslandsleistungen.

Keine speziellen Auslandsleistungen.

Keine speziellen Auslandsleistungen.

Leistungsvergleich

Optionsrecht

KVS1:

Option auf höherwertigen Schutz, wenn der Tarif seit Beginn einer Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherten ununterbrochen bestanden hat.

Für Personen, die gemäß Kindernachversicherung versichert wurden, darf der Schutz nicht höher sein als der eines Elternteils.

Option ist möglich im

- 4. Versicherungsjahr ohne Risikoprüfung,

- 6. Versicherungsjahr mit max. 50% oder

- 8. Versicherungsjahr mit max. 100% Risikozuschlag auf die Mehrleistung.

PSV:

Keine Option auf höherwertigen Schutz.

COMFORT-U, SP2:

Keine Option auf höherwertigen Schutz.

AV-P1:

Option auf

- Krankheitskostenversicherung mit höheren Leistungen

- private Pflegepflichtversicherung

- Krankentagegeldversicherung

- Pflegezusatz- oder alternativ

Pflegegeldversicherung

- Kurkosten- und

Kurtagegeldversicherung.

Option auf

- Krankentagegeld (Selbständige ab

22. Tag, Arbeitnehmer ab 43. Tag, wenn

gleichzeitig eine Vollversicherung

beantragt wird, max. tägliches

Nettoeinkommen, max. 130% des

GKV-Höchstkrankengeldes)

- Pflegegeld (max. 100,-EUR/Tag)

- Kurkostenversicherung (max.

100,-EUR/Tag)

- Kurtagegeldversicherung (max.

50,-EUR/Tag).

Optionsrecht kann wahrgenommen

werden, wenn

- dieser Tarif ununterbrochen 5, 10 oder

15 volle Kalenderjahre bestanden hat

(Wechsel zum 1. Januar des Jahres, das

auf das 5., 10. oder 15. volle Kalenderjahr

folgt)

- der Versicherte 50 Jahre alt wird und

dieser Tarif noch nicht 15 volle

Kalenderjahre bestanden hat (Wechsel

zum 1. Januar des Jahres, das auf das

Kalenderjahr folgt, in dem der Versicherte

50 Jahre alt wird).

Bei Antragstellung kann ein weiterer

Optionszeitpunkt vereinbart werden. Zu

diesem Zeitpunkt darf der Versicherte

nicht älter als 50 Jahre sein und dieser

Tarif noch nicht 15 volle Kalenderjahre

bestanden haben.

Option auf höherwertigen Schutz. Option auf Tarife mit max. 2-Bett und Privatarztbehandlung. Option möglich nach 36 und 72 Monaten.

Wechselrecht

Der Versicherte hat kein vereinfachtes Tarifwechselrecht.

Der Versicherte hat kein vereinfachtes Tarifwechselrecht.

Der Versicherte hat kein vereinfachtes Tarifwechselrecht.

Kinderalleinversicherung

KVS1, PSV:

Kinder sind ab Geburt alleine versicherbar.

Versicherungsbeginn kann der Geburtstag sein.

Leistungsansprüche bestehen ab Geburt (wenn Wartezeiterlass durch U-Berichte erfolgt).

Kinder sind nicht alleine versicherbar.

Kinder sind ab Vollendung des 4. Lebensjahres alleine versicherbar.

Leistungsvergleich

Versicherbarer Personenkreis

KVS1:
Personen, die nicht der GKV-Pflicht unterliegen.

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

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

COMFORT-U:
Personen, die im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnen.

AV-P1:
Personen, die im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnen und die beim Versicherer in einer Krankheitskostenversicherung versichert sind.

SP2:
Personen, die bei einer PKV in Deutschland Anspruch auf Leistung aus einer Vollversicherung mit allgemeinen Krankenhausleistungen haben.

V43-U:
Arbeitnehmer, Selbständige oder Freiberufler.

START-PLUS:
Personen, für die keine weitere Vollversicherung besteht.

ESP-VS 43:
Personen
- die in Deutschland wohnen
- ihren Beruf als Selbständige ausüben
- einkommensteuerpflichtig sind und
- die beim Versicherer in einer Vollversicherung versichert sind.

Entbindung/Elterngeldbezug

KVS1:
500,-EUR bei häuslicher Entbindung zusätzlich zur Kostenerstattung. Entbindungspauschale unabhängig von einer Selbstbeteiligung. Erstattung einer Entbindungspauschale beeinflusst Beitragsrückerstattung nicht.

Keine zusätzliche Pauschale bei Entbindung.

Keine zusätzliche Pauschale bei Entbindung.

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

HanseMerkur T43

Continentale V43-U

Signal Iduna ESP-VS 43

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.

Für Arbeitnehmer gilt: wenn aufgrund der gleichen Krankheit ein Arbeitgeber Zeiten von Arbeitsunfähigkeit für Lohnfortzahlung zusammenzählen darf, werden diese auch beim Krankentagegeld zusammengezählt. Für Freiberufler oder Selbständige gilt: wenn der Versicherungsfall noch nicht beendet ist und die Krankheit bzw. Unfallfolgen in kausalem Zusammenhang mit der vorherigen Arbeitsunfähigkeit stehen, werden die Ausfallzeiten addiert und auf die Karenzzeit angerechnet.

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

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

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

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.

Verzicht auf Kündigungsrecht

Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht bei Bestehen einer Vollversicherung.

Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht bei Bestehen einer Vollversicherung.

Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht.

Leistungsvergleich

Karenzzeitverkürzung

Bei Arbeitnehmern ohne Risikoprüfung bzw. Wartezeit. 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.

Mit Risikoprüfung bzw. Wartezeit.

Nettoeinkommen

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

Für Arbeitnehmer gilt: Gesetzlich krankenversicherte Arbeitnehmer:
- Bruttoeinkommen - Steuern und Sozialabgaben = Nettoeinkommen + die Hälfte der Sozialabgaben (Renten-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung) / 30 Tage = versicherbarer Tagessatz;
Privat krankenversicherte Arbeitnehmer:
- Bruttoeinkommen - Steuern und Sozialabgaben + konkreter Arbeitgeberzuschuss zur PKV und Pflegepflichtversicherung = Nettoeinkommen + Beitrag zur gesetzlichen Rentenversicherung (80% des Beitragssatzes) / 30 Tage = versicherbarer Tagessatz.

Für Arbeitnehmer gilt: Keine Aussage erforderlich.

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. 250,-EUR pro Tag für alle Tagegeldtarife zusammen.

Für Arbeitnehmer gilt: Max. 150,-EUR pro Tag für alle Tagegeldtarife zusammen.

Für Arbeitnehmer gilt: Keine Aussage erforderlich.

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 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.

KT bei Arbeitsunfähigkeit

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.

Kein Krankentagegeld bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit.

Im Anschluss an eine völlige Arbeitsunfähigkeit von mindestens 6 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).

KT bei Berufsunfähigkeit

Max. Leistungsdauer nach Eintritt einer Berufsunfähigkeit 3 Monate.

Max. Leistungsdauer nach Eintritt einer Berufsunfähigkeit 3 Monate.

Max. Leistungsdauer nach Eintritt einer Berufsunfähigkeit 3 Monate. Für max. weitere 3 Monate max. 50% Krankentagegeld, wenn noch kein Rentenbescheid eingegangen ist.

Leistungsvergleich

KT bei Kurbeh. / Sanatorium

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

Krankentagegeldzahlung bei stationärer Sanatoriumsbehandlung, wenn vorher mindestens 4 Wochen ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit bestand. Andere Leistungsansprüche werden auf das Krankentagegeld angerechnet, wenn sie zusammen mit diesem das Nettoeinkommen übersteigen.

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

KT bei REHA-Maßnahme

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

Krankentagegeldzahlung bei stationärer Rehabilitationsmaßnahme, wenn vorher mindestens 4 Wochen ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit bestand. Andere Leistungsansprüche werden auf das Krankentagegeld angerechnet, wenn sie zusammen mit diesem das Nettoeinkommen übersteigen.

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

KT bei Krankheit Kind

Krankentagegeld bei Krankheit eines Kindes wird nicht gezahlt.

Krankentagegeld bei Krankheit eines Kindes wird nicht gezahlt.

Krankentagegeld bei Krankheit eines Kindes wird nicht gezahlt.

Allgemeine Wartezeit

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.

Die allgemeine Wartezeit beträgt 3 Monate.
Sie entfällt
- bei Unfall
- wenn nach Antragstellung (Neuantrag) ein Attest auf Kosten des Antragstellers vorgelegt wird
- durch Anrechnung der Vorversicherungszeit bei der GKV oder dem öffentlichen Dienst mit Anspruch auf Heilfürsorge
- bei Übertritt von einer anderen PKV und gleichzeitigem Abschluss der Tarife ECONOMY-U oder COMFORT-U.

Die allgemeine Wartezeit entfällt.

Besondere Wartezeiten

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

Die besonderen Wartezeiten betragen für Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie 8 Monate.
Sie entfallen
- wenn nach Antragstellung (Neuantrag) ein Attest auf Kosten des Antragstellers vorgelegt wird
- durch Anrechnung der Vorversicherungszeit (bis zur Höhe des bisherigen Krankentagegeldes) bei der GKV oder dem öffentlichen Dienst mit Anspruch auf Heilfürsorge
- durch Anrechnung der Vorversicherungszeit (bis zur Höhe des GKV-Höchstsatzes) bei der GKV oder dem öffentlichen Dienst mit Anspruch auf Heilfürsorge, wenn gleichzeitig ambulanter und stationärer Versicherungsschutz besteht
- bei Übertritt von einer anderen PKV und gleichzeitigem Abschluss der Tarife ECONOMY-U oder COMFORT-U.

Die besonderen Wartezeiten entfallen.

Alleine versicherbar

Tarif ist alleine abschließbar.

Tarif ist alleine abschließbar.

Tarif ist nicht alleine abschließbar.

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.

Für akut eingetretene Krankheiten oder bei Unfall im europäischen Ausland. Für akut eingetretene Krankheit oder bei Unfall im außereuropäischen Ausland bei einer stationären Behandlung in einem öffentlichen Krankenhaus.

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 in einem öffentlichen Krankenhaus.
Für außereuropäische Auslandsaufenthalte bis zu 6 Monate Versicherungsschutz, bei längerem Aufenthalt kann eine besondere Vereinbarung getroffen werden.

Leistungen Kur

KVS1, 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.

COMFORT-U, SP2:

- Anschlussheilbehandlungen (AHB): Die Kosten einer AHB, die innerhalb von 2 Wochen nach einer leistungspflichtigen stationären Akutbehandlung beginnt.
- Sonstige REHA-Maßnahmen, Kuren, Sanatoriumsbehandlungen werden nicht erstattet.

Zusage ist nicht erforderlich.

START-PLUS:
Keine Erstattung für stationäre Kur und Sanatoriumsbehandlung und REHA-Maßnahmen.
Anschlussheilbehandlung (AHB) nach einem Akutaufenthalt im Krankenhaus wird erstattet. 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.
Zusage ist für AHB nicht erforderlich.

Ambulante Kur wird nicht erstattet.

Ambulante Kur wird nicht erstattet.

Ambulante Kur wird nicht erstattet.

Notizen: