

Leistungsvergleich

Kunde: , geb. 03.03.1980

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

Gothaer			R + V		Derzeit: => allg. Satz 15,5%	
Bereich	Tarifname	Beitrag	Tarifname	Beitrag	Tarifname	Beitrag
Kompakt	MediStart 1BO	290,27	AGIL cl.pro CP0U	379,63	GKV	627,75
Amb. Aufbau	MediMPlus	4,29	TA 6 /100	43,20	PV	93,15
Kranken-TG	TG 6 /100	46,00	PPN	21,61		
Pflegepflicht	PVN	21,74				
Gesetzl. Zuschlag		29,46		37,96		
Monatl. Gesamtbeitrag		391,76		482,40		720,90
Beitrag abzgl. AG-Anteil		195,88		241,19		383,74
Jährl. SB	0 EUR		0 EUR		120 EUR	

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

Kurzbeschreibung

MediStart 1BO

Kompakter Tarif (ASZ), Mehrbett-Zimmer, Zahnbehandlung 100%, Zahnersatz 70%, Kieferorthopädie 70%, Heilpraktikerleistungen, Naturheilverfahren, Psychotherapieleistungen, Sehhilfen bis 50 EUR, Kurleistungen, GOÄ: bis zum Höchstsatz (3,5-fach), Pauschalleistung, keine allgemeine Selbstbeteiligung, Primärarztprinzip(!), Optionsrecht, Tarifgeneration Unisex, Tarif aufgelegt am 01.01.2013, BAP 01.01.2014

MediMPlus

Ergänzungstarif für die vom PKV-Verband empfohlenen Mindestleistungen, Psychotherapieleistungen, GOÄ: bis zum Höchstsatz (3,5-fach), Tarifgeneration Unisex, Tarif aufgelegt am 01.04.2013

TG 6

Krankentagegeldtarif für angestellte, freiberufliche und selbständige Personen mit Leistungsbeginn ab dem 43. Tag, Tagegeld 5 bis 200 EUR versicherbar, Tarifgeneration Unisex, Tarif aufgelegt am 01.01.2013

PVN

Pflegepflichttarif, BAP 01.01.2013

AGIL cl.pro CP0U

Kompakter Grundschartarif (ASZ), Mehrbett-Zimmer, Zahnbehandlung 100%, Zahnersatz 75%, Kieferorthopädie 75%, Heilpraktikerleistungen, Naturheilverfahren, Psychotherapieleistungen, Sehhilfen bis 300 EUR, Kurleistungen, GOÄ: bis zum Höchstsatz (3,5-fach) - Stationär bis Regelhöchstsatz (2,3-fach), keine allgemeine Selbstbeteiligung, Primärarztprinzip(!), Optionsrecht, Tarifgeneration Unisex, Tarif aufgelegt am 01.01.2014

TA 6

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

PPN

Pflegepflichttarif, BAP 01.01.2013

GKV

Kompakter Tarif (ASZ), Mehrbett-Zimmer, Zahnbehandlung 100%, Zahnersatz 50%, Kieferorthopädie 80%, Kurleistungen, GOÄ: im Rahmen der Festzuschüsse GKV, keine allgemeine Selbstbeteiligung, BAP 01.01.2009

PV

Pflegepflichttarif, BAP 01.01.2009

Leistungsvergleich

Gothaer
MediStart 1BO

R + V
AGIL cl.pro CP0U

Gesetzliche Kasse
GKV

Leistungen Ambulant

Ambulante Behandlungen

Primärarztprinzip! Erstattungsfähig sind
- 100% für die Erst- und Folgebehandlung, wenn die Erstbehandlung durch einen Arzt für Allgemeinmedizin oder praktischen Arzt, einen Facharzt für Frauen-, Augen- oder Kinderheilkunde, einen Not-, Bereitschafts- oder Vertragsarzt des Versicherten erfolgt
- 75% für die Erst- und Folgebehandlung, wenn für die Erstbehandlung nicht einer der o.g. Ärzte in Anspruch genommen wird.
Als Erstbehandler wird auch ein hausärztlich tätiger Internist ohne Schwerpunktbezeichnung anerkannt, sofern rechtzeitig vor Behandlungsbeginn ein Nachweis vorgelegt wird.
Mitversichert sind auch die in der Praxis bewährten Methoden (Naturheilverfahren), die nicht zur Schulmedizin gehören; bis max. zu dem Betrag, der bei Schulmedizin angefallen wäre.

Primärarztprinzip! Erstattungsfähig sind
- 100% für die Erst- und Folgebehandlung, wenn die Erstbehandlung durch einen praktischen Arzt, hausärztlich tätigen Internisten, Facharzt für Allgemeinmedizin, Facharzt für Frauen-, Augen- oder Kinderheilkunde, Hebammen und Entbindungspfleger, einen Notarzt oder Bereitschaftsarzt erfolgt
- 75% für die Erst- und Folgebehandlung, wenn für die Erstbehandlung nicht einer der o.g. Ärzte in Anspruch genommen wird. Dies gilt bis zum Datum der nachträglich eingeholten Primärarztüberweisung, danach sind die Aufwendungen zu 100% erstattungsfähig (dies gilt auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle).
- 75% der ortsüblichen Kosten bei Behandlungen im europäischen und außereuropäischen Ausland; in einem Vertragsstaat des Europäischen Wirtschaftsraumes jedoch mindestens die Leistungen, die in Deutschland zu erbringen gewesen wären, aber nicht mehr als die tatsächlich entstandenen erstattungsfähigen Aufwendungen.
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.

Ja, Erstattung für ambulante Behandlungen durch Kassenärzte, Facharzt nur bei Überweisung.

Vorsorgeuntersuchungen

Erstattungsfähig sind zu 100%, wenn die Erstbehandlung durch einen Primärarzt erfolgt, sonst zu 75% gezielte Vorsorgeuntersuchungen ohne Altersbegrenzung:
- nach gesetzlich eingeführten Programmen
- übliche ambulante Untersuchungen zur Vorsorge oder Früherkennung häufig vorkommender schwerer Erkrankungen (z.B. Diabetes, Krebs, Tuberkulose).
Erstattungsfähig ist zusätzlich ein Check-Up bis 250,-EUR pro Jahr.
Werden Vorsorgeleistungen erstattet erfolgt keine Beitragsrückerstattung.

Vorsorgeuntersuchungen nach den gesetzlich eingeführten Programmen sind ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig. Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen, Zahnprophylaxe und professionelle Zahnreinigung beeinflussen die Beitragsrückerstattung nicht.

Vorsorgeuntersuchungen nach den gesetzlich eingeführten Programmen (insbesondere zur Früherkennung von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit) sind für Personen ab dem 35. Lebensjahr alle 2 Jahre erstattungsfähig.
Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen für Frauen sind ab dem 20. Lebensjahr 1 mal jährlich erstattungsfähig, für Männer ab dem 45. Lebensjahr. Die Hautkrebsvorsorge ist ab dem 35. Lebensjahr alle 2 Jahre erstattungsfähig. Für Frauen bis zum 25. Lebensjahr ist 1 mal jährlich ein Chlamydien-Screening erstattungsfähig. Kinder haben bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres Anspruch auf Vorsorgeuntersuchungen (auch zahnärztliche Vorsorge) sowie nach Vollendung des 10. Lebensjahres auf eine Vorsorgeuntersuchung.

Leistungsvergleich

Gothaer
MediStart 1BO

R + V
AGIL cl.pro CP0U

Gesetzliche Kasse
GKV

Arznei- und Verbandmittel

Arznei- und Verbandsmittel (inkl. Impfstoffe) sind bis 1.000,-EUR Rechnungsbetrag zu 75% erstattungsfähig, darüber hinaus zu 100%. Dazu zählen auch bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden zu vermeiden.

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

Erstattungsfähig sind Arznei- und Verbandmittel in der Regel zu 90%. Es besteht eine Zuzahlung (Selbstbeteiligung) in Höhe von 10% des Preises, jedoch mindestens 5,-EUR und maximal 10,-EUR pro Arzneimittel. Versicherte erhalten apothekenpflichtige Arzneimittel, soweit sie im Rahmen der vertragsärztlichen Behandlung verordnungsfähig sind. Für Arzneimittel, für die ein Festbetrag festgesetzt worden ist, trägt die Krankenkasse nur die Kosten bis zur Höhe des Festbetrages, für andere Arzneimittel die vollen Kosten (abzüglich der Zuzahlung). Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind nicht erstattungsfähig.

Hilfsmittel

Tarif 'MediStart 1BO':
Geschlossener Hilfsmittelkatalog (in einfacher Ausführung) zu 75%:
a) Orthopädische Schuhe (bis 150,-EUR Rechnungsbetrag), Hörgeräte und Krankenfahrstühle (bis zu je 1.500,-EUR Rechnungsbetrag zu 75%), Sprechgerät, Stützapparate, Körperersatzstücke, Bruchband, Strümpfe, Bandagen und Einlagen
b) gemäß Verzeichnis des Versicherers
- lebenserhaltende und -überwachende Hilfsmittel
- Schlafapnoetherapie- und intermittierende Beatmungsgeräte
- Hilfsmittel für Kinder
- Messgeräte, Infusionshilfen, Absauggeräte
- Inhalationshilfen, elektronische Sehhilfen
- Blindenhilfsmittel (Blindenhund, -stöcke, -leitgeräte, Vorlesegeräte)
- Hör-, Sitz-, Liege- und Gehhilfen
- Kranken- und Behindertenfahrzeuge einschließlich Zubehör und Zurüstungen bei Rollstuhlspflichtigkeit
- Hilfsmittel zur zeitlich begrenzten Unterstützung einer Behandlung oder Therapie (Eigetherapie)
- Inkontinenzhilfen, Stoma- und Tracheostomaartikel
- Pflegehilfsmittel, sofern kein Anspruch aus der Pflegepflichtversicherung besteht.
Ab 500,-EUR Rechnungsbetrag Zustimmung des Versicherers erforderlich, sonst nur 50% Erstattung.
Leihe ist zu 100% erstattungsfähig.

Tarif 'MediMPlus':
Die Hilfsmittel in Standardausführung, die nicht im Verzeichnis des Versicherers aufgeführt sind.
Vor Bezug des Hilfsmittel ist ärztliche Verordnung beim Versicherer vorzulegen, sonst erfolgt Erstattung nur bis zu der Höhe, die beim Bezug über den Versicherer entstanden wäre (gilt nicht bei Hilfsmittelversorgung bei einem Notfall).

75% für Beschaffung, Reparatur und Wartung medizinisch notwendiger Hilfsmittel und Körperersatzstücke sowie Behandlungs- und Kontrollgeräte (offener Hilfsmittelkatalog). Zu Hilfsmittel zählen auch Blindenhunde inkl. Trainingsmaßnahmen. Das jeweilige Hilfsmittel wird höchstens einmal im Kalenderjahr gewährt. Kleine Hilfsmittel sind Bandagen, Bruchbänder, Leibbinden, Gummistrümpfe, Fußeinlagen, orthopädische Schuhe und Gehhilfen.

Zu den Hilfsmittel gehören Hörhilfen, Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel. Für Hilfsmittel bestehen Festbeträge, nach denen abgerechnet wird. Den Festbeträgen liegen Hilfsmittel in einfachster Ausführung zugrunde. Eine leihweise Überlassung durch den Versicherer ist möglich. Für Hilfsmittel sind 10% der Kosten (mindestens 5,-EUR und maximal 10,-EUR) selbst zu tragen.

Leistungsvergleich

Gothaer
MediStart 1BO

R + V
AGIL cl.pro CP0U

Gesetzliche Kasse
GKV

Heilmittel

Heilmittel durch Ärzte, Heilpraktiker oder staatlich geprüfte Angehörige von Heilhilfsberufen zu 75% gemäß Verzeichnis des Versicherers: Inhalation, Krankengymnastik und Bewegungsübungen, Massagen, Hydrotherapie, medizinische Bäder, Packungen, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie, Logopädie, Beschäftigungstherapie (Ergotherapie) jeweils inkl. Mehrkosten für Behandlung in der Wohnung.

Heilmittel durch Ärzte, Heilpraktiker oder staatlich geprüfte Angehörige von Heilhilfsberufen zu 75%: Inhalation, Krankengymnastik und Bewegungsübungen, Massagen, Packungen, medizinische Bäder, Elektrotherapie, Logopädie, Schwangerschaftsgymnastik, Beschäftigungstherapie (Ergotherapie), Podologie.
Keine Mehraufwendungen für Behandlungen in der Wohnung des Versicherten.

Folgende Heilmittel sind erstattungsfähig:

- physikalische Therapie (Massagen, medizinische Bäder, Krankengymnastik)
- podologische Therapie (bei diabetischem Fußsyndrom).
- Logopädie einschließlich Stimmbildung.
- Ergotherapie.

Anzahl und Höchstbeträge werden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt.
Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zahlen 10% zuzüglich 10,-EUR je Verordnung selbst.

Sehhilfen

50,-EUR für Sehhilfen nach Ablauf von 3 aufeinander folgenden Jahren seit letztem Bezug.

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

Grundsätzlich übernehmen die Krankenkassen keinen Zuschuss mehr; Ausnahme: Kinder unter 18 und schwer Sehbehinderte. Ein Anspruch auf Kontaktlinsen besteht nur in med. zwingenden Ausnahmefällen (max. der Betrag, der für eine Brille aufzuwenden wäre).

Heilpraktiker

Ambulante Heilbehandlung durch Heilpraktiker einschließlich Arznei- und Heilmittel bis 1.000,-EUR Rechnungsbetrag zu 75%. Bis Höchstbeträge des GebüH 1985. Heilmittel bis Höchstbetrag aus dem Verzeichnis des Versicherers.

75%, max. 750,-EUR pro Kalenderjahr für Behandlungen durch Heilpraktiker einschließlich verordneter Arznei- und Verbandmittel. Bis zu den Höchstbeträgen des GebüH.

Heilpraktikerkosten sind nicht erstattungsfähig.

Naturheilverfahren

100% bei Primärarztprinzip, ansonsten 75%.

100% bei Primärarztprinzip, ansonsten 75%.

Eingeschränkte Leistungen (nur bei Kassenärzten).

Psychotherapie ambulant

Tarif 'MediStart 1BO':
75% Erstattung für 20 Sitzungen pro Kalenderjahr. Genehmigung nicht erforderlich. Es können in eigener Praxis tätige und ins Arztregister eingetragene psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeuten in Anspruch genommen werden.

Tarif 'MediMPlus':
70% für die 21. bis zur 50. Sitzung pro Kalenderjahr. Genehmigung ab der 21. Sitzung erforderlich. Es können in eigener Praxis tätige und ins Arztregister eingetragene psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeuten in Anspruch genommen werden.

75% Erstattung ohne Begrenzung der Sitzungszahl. Genehmigung nicht erforderlich. Behandlung durch psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten möglich, wenn Abrechnung nach deren Gebührenordnung erfolgt.

Erstattungsfähig sind die Anzahl der genehmigten Sitzungen. Die vorherige Genehmigung ist erforderlich. Psychotherapie ist auch dann erstattungsfähig, wenn sie von einem approbierten Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten im Sinne des Psychotherapeutengesetzes durchgeführt wird.

Leistungsvergleich

Gothaer
MediStart 1BO

R + V
AGIL cl.pro CP0U

Gesetzliche Kasse
GKV

Gebührenordnung ambulant

Tarif 'MediStart 1BO':
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.

Tarif 'MediMPlus':
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.

Die Erstattung erfolgt nicht nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), sondern nach den Vereinbarungen der gesetzlichen Krankenkassen mit den Ärzten (EBM für Ärzte). Die Abrechnungshöhe ist mit dem 1-fachen Satz der GOÄ vergleichbar.

Ambulante Kuren

Tarif 'MediStart 1BO':
Ambulante Kurbehandlung (ärztliche Leistungen, Arznei-, Verband-, Heil- und Kurmittel, physikalische Therapie und Krankengymnastik). Genehmigung ist nicht erforderlich. Kurortklausel wird nicht angewendet.

Tarif 'MediMPlus':
Keine Erstattung. Kurortklausel wird nicht angewendet.

Bei ambulanter oder stationärer Kur- und Sanatoriumsbehandlung ärztliche Behandlung, Kurplan sowie Arznei- und Heilmittel bis zu 600,-EUR frühestens nach 3-jähriger Versicherungsdauer und dann frühestens 3 Jahre nach der letzten Kurbehandlung. Notwendigkeit ist durch Attest nachzuweisen. Kurortklausel wird nicht angewendet.

Alle 4 Jahre kann für ca. 3 Wochen eine ambulante Kur bewilligt werden, sofern sie zur Vermeidung oder Verbesserung einer Behinderung notwendig ist.

Ambulante Transportkosten

100%, wenn die Erstbehandlung durch einen Primärarzt erfolgt, sonst zu 75% für vom Arzt bescheinigte Fahrten zur ambulanten Heilbehandlung, z.B. zur Strahlenbehandlung, bei Gehunfähigkeit, Unfällen oder Notfallbehandlung.

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

Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung sind nur nach vorheriger Genehmigung in besonderen Ausnahmefällen erstattungsfähig.

Schutzimpfungen

Impfungen zu 100%, wenn die Erstbehandlung durch einen Primärarzt erfolgt, sonst zu 75%. Impfstoffe wie Arzneimittel.
Keine Impfungen, die durch Auslandsreisen erforderlich sind.

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

Erstattungsfähig sind Schutzimpfungen einschließlich Impfstoff, soweit es sich um Empfehlungen der Ständigen Impfkommission des Robert Koch-Institutes handelt. Dazu gehören Impfungen gegen Diphtherie, FSME, Haemophilus influenza Typ b (Hib), Hepatitis A und B, Humane Papillomaviren, Influenza für Erwachsene über 60 Jahre, Kinderlähmung, Masern, Meningokokken, Mumps, Pneumokokken, Röteln.
Grundsätzlich ausgenommen sind Schutzimpfungen für private Auslandsreisen.

Leistungsvergleich

Gothaer
MediStart 1BO

R + V
AGIL cl.pro CP0U

Gesetzliche Kasse
GKV

Häusliche Krankenpflege

100%, wenn die Erstbehandlung durch einen Primärarzt erfolgt, sonst 75% für häusliche Behandlungspflege: medizinische Einzelleistungen durch Pflegehilfskräfte, die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Krankheit gerichtet sind (z.B. Injektionen, Verbände, Blutdruckmessungen).

Häusliche Behandlungspflege ist nicht erstattungsfähig.

Erstattungsfähig ist häusliche Krankenpflege, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar oder verkürzbar ist. Die häusliche Krankenpflege umfasst die erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung im Haushalt (der Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen). Der Anspruch besteht bis zu 4 Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen. Für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, sind 10% der Kosten zuzüglich 10,-EUR max. 28 Tage/Jahr selbst zu tragen.

Leistungen Stationär

Stationäre Unterbringung

Mehrbettzimmer.

Mehrbettzimmer.

Unterbringung im Mehrbettzimmer, keine freie Krankenhauswahl, Zuzahlung von 10 Euro pro Tag bei Versicherten über 18 Jahren, aber begrenzt auf maximal 28 Tage pro Kalenderjahr.

Stationäre Behandlungen

Regel- und Belegarztleistungen.

Regel- und Belegarztleistungen.

Erstattungsfähig ist die Behandlung im Krankenhaus als Regelleistung (keine Privatarztbehandlung).

Ersatz-Krankenhaustagegeld

Entfällt, da kein 1- oder 2-Bettzimmer bzw. Privatarzt versichert ist.

Entfällt, da kein 1- oder 2-Bettzimmer bzw. Privatarzt versichert ist.

Da der Tarif keine Leistungen im 1- oder 2-Bettzimmer bzw. privatärztliche Behandlung vorsieht, entfällt eine Aussage zum Ersatz-KHT.

Psychotherapie stationär

Maximal 6 Wochen pro Kalenderjahr. Aufwendungen ab der 7. Woche zu 50% nach Genehmigung.

Wird erstattet. Genehmigung nicht erforderlich.

Bei einer stationären Psychotherapie wird geleistet, wenn und soweit der Versicherer vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Zusage gegeben hat. Die vorherige Genehmigung ist erforderlich.

Gebührenordnung stationär

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

Regelleistungen.
Belegarzt bis zu den Regelhöchstsätzen 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.

Die Erstattung erfolgt nicht nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), sondern nach den Vereinbarungen der gesetzlichen Krankenkassen mit den Ärzten (EBM für Ärzte). Die Abrechnungshöhe ist mit dem 1-fachen Satz der GOÄ vergleichbar.

Leistungsvergleich

Gothaer
MediStart 1BO

R + V
AGIL cl.pro CP0U

Gesetzliche Kasse
GKV

Stationäre Kuren

Bei stationärer Kur- oder Sanatoriumsbehandlung ärztliche Leistungen, Arznei- und Kurmittel als ambulante Kur frühestens nach 3 Jahren Versicherungsdauer und danach alle 3 Jahre.
REHA als Anschlussheilbehandlung (AHB) nach bestimmten schweren Krankheiten (lt. Liste des Versicherers), wenn sich AHB innerhalb von 14 Tagen an Krankenhausaufenthalt anschließt, sofern keine Leistungspflicht durch anderen Kostenträger besteht. Genehmigung erforderlich.

Bei ambulanter oder stationärer Kur- und Sanatoriumsbehandlung ärztliche Behandlung, Kurplan, Unterkunft und Verpflegung sowie Arznei- und Heilmittel bis zu 600,-EUR frühestens nach 3-jähriger Versicherungsdauer und dann frühestens 3 Jahre nach der letzten Kurbehandlung. Notwendigkeit durch ein Attest nachzuweisen.

Reicht eine ambulante Kur nicht aus, dann kann die Krankenkasse auch eine Kur in einer stationären Vorsorge- oder REHA-Einrichtung bewilligen. In diesem Fall übernimmt die Kasse alle Kosten (auch Unterbringung und Verpflegung). Die Zuzahlung bei stationären REHA-Leistungen im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung sowie für Mütterkuren beträgt täglich 10,-EUR (bei Anschlussheilbehandlung begrenzt auf 28 Tage).
In der Regel können stationäre Kuren/REHA-Kuren erst nach Ablauf von 4 Jahren erneut durchgeführt werden. Die vorherige Genehmigung ist erforderlich.

Gemischte Anstalten

Stationäre Heilbehandlung in einer gemischten Anstalt nach vorheriger schriftlicher Zusage.
Darüber hinaus ohne schriftliche Zusage, wenn
- ausschließlich Heilbehandlungen durchgeführt wurden, die eine stationäre Behandlung erforderten
- für bestimmte Krankheitsbilder (Liste des Versicherers) eine Anschlussheilbehandlung innerhalb von 14 Tagen nach einer stationären Akutbehandlung angetreten wird
- es sich um eine Notfalleinweisung handelt
- während des Aufenthaltes eine akute Erkrankung auftritt, die eine stationäre Behandlung erforderte.

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

Keine Erstattung.

Stationäre Transportkosten

Im Krankenwagen, im Notfall-Rettungsdienst auch mit dem Hubschrauber oder Flugzeug, je Versicherungsfall bis 100km, mindestens zum nächsten geeigneten Krankenhaus.

Zum/vom nächsten geeigneten Krankenhaus.

Stationäre Transporte zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus sind erstattungsfähig. Es besteht eine Selbstbeteiligung in Höhe von 13,-EUR pro Fahrt.

Ambulante Operationen

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

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

Ambulante Operationen sind erstattungsfähig.

Vor-/nachstationäre Behandlung

Ist erstattungsfähig.

Ist erstattungsfähig.

Begleitpersonen bei Kindern im KH

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

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

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

Leistungen Zahn

Zahnbehandlung

100%.

100%.

100% (mit Einschränkungen).

Zahnersatz

70%, ohne regelm. Prophylaxe 50%.

75%.

Befundbezogener Festzuschuss.

Leistungsvergleich

	Gothaer MediStart 1BO	R + V AGIL cl.pro CP0U	Gesetzliche Kasse GKV
Inlays	70%, ohne regelm. Prophylaxe 50%.	75%.	nur in Höhe der Kosten für Amalgamfüllungen
Implantate	70%, ohne regelm. Prophylaxe 50%.	75%.	Keine Erstattung.
Kieferorthopädie	70%.	75% bis 20 Jahre, Altersgrenze entfällt bei Unfall.	100% für Kinder, für Erwachsene nur in Ausnahmefällen.
Zahnärztliche Leistungen	<p>Erstattungsfähig sind</p> <ul style="list-style-type: none"> - 100% für Zahnbehandlung und -prophylaxe: allgemeine, konservierende und chirurgische Leistungen einschließlich Röntgenleistungen sowie Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums - 70% für Zahnersatz und Kieferorthopädie einschließlich Kronen und zahntechnische Material- und Laborkosten: Prothetik, Aufbissbehelfen und Schienen, Funktionsanalyse und Funktionstherapie sowie Implantate. Wird kalenderjährlich nicht mindestens ein Zahnarztbesuch nachgewiesen, verringert sich der Erstattungssatz ab dem 01.01. des folgenden Kalenderjahres jeweils um 5% bis auf 50%. Er erhöht sich um 5% bis max. 70%, wenn kalenderjährlich ein Besuch nachgewiesen wird. - zahntechnische Material- und Laborkosten gemäß dem Preis- und Leistungsverzeichnis des Versicherers. <p>Inlays wie Zahnersatz.</p>	<p>Erstattungsfähig sind</p> <ul style="list-style-type: none"> - 100% für Zahnbehandlung inkl. professioneller Zahnreinigung und Prophylaxe - 75% für Zahnersatz: Prothetik, Kronen, Brücken, Stiftzähne, Implantate, implantatgetragener Zahnersatz, Implantate, Onlays, Verblendungen, Reparatur von Zahnersatz, Funktionsanalyse und Funktionstherapie - 75% für Kieferorthopädie bis zur Vollendung des 21.Lebensjahres oder unfallbedingt. <p>Inlays wie Zahnersatz.</p>	<p>Erstattungsfähig sind</p> <ul style="list-style-type: none"> - 100% für Zahnbehandlung und Prophylaxe im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung - für Zahnersatz ein befundbezogener Festzuschuss unabhängig von der Behandlungsart in Höhe von 50% der Beträge für die jeweilige Regelversorgung. Der Zuschuss erhöht sich um 20% bei eigenen Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne. Diese Erhöhung entfällt, wenn der Versicherte während der letzten 5 Jahr vor Behandlungsbeginn nicht mind. eine Vorsorgeuntersuchung in jedem Kalenderhalbjahr in Anspruch genommen hat und nach Vollendung des 18.Lebensjahres nicht wenigstens eine zahnärztliche Untersuchung in jedem Kalenderjahr in Anspruch genommen hat. Der Zuschuss erhöht sich um weitere 10%, wenn der Versicherte in den letzten 10 Jahren vor Behandlungsbeginn die o.g. Untersuchungen in Anspruch genommen hat. - 80% für Kieferorthopädie i.d.R. nur für Personen unter 18 Jahren. Befinden sich mind. 2 mitversicherte Kinder in kieferorthopädischer Behandlung, steigt der Erstattungssatz für das zweite und jedes weitere Kind auf 90%. Bei erfolgreichem Behandlungsabschluss erfolgt auch die Erstattung der Eigenanteile.
Zahnstaffel	<p>Der anerkennungsfähige Rechnungsbetrag für Zahnersatz und Kieferorthopädie ist wie folgt begrenzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1.500,-EUR im 1.-2.Versicherungsjahr - 3.000,-EUR im 1.-4.Versicherungsjahr - 6.000,-EUR ab dem 5.Versicherungsjahr für jeweils 2 aufeinander folgende Jahre. <p>Keine Begrenzung bei Unfall. Erlass der Summenbegrenzung durch Befundbericht nicht möglich.</p>	Keine Summenbegrenzung für Zahnbehandlung, Zahnersatz oder Kieferorthopädie.	Keine Summenbegrenzung für Zahnbehandlung, Zahnersatz oder Kieferorthopädie. Bitte beachten Sie, dass der allgemeine tarifliche Selbstbehalt angerechnet wird (d.h. ggf. niedrigere oder keine Erstattung)!
Gebührenordnung Zahn	<p>Bis zu den Höchstsätzen der GOZ, d.h.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. 	<p>Bis zu den Höchstsätzen der GOZ, d.h.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. 	Die Erstattung erfolgt nicht nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ), sondern nach den Vereinbarungen der GKV mit den Zahnärzten (EBM für Ärzte und BEMA für Zahnärzte). Die Abrechnungshöhe ist mit dem 1-fachen Satz der GOÄ/GOZ vergleichbar.
Heil- und Kostenplan	Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie erforderlich, sonst Erstattung zur Hälfte der Tarifleistung.	Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie erforderlich, sonst Erstattung zur Hälfte der Tarifleistung.	Bei Zahnersatz oder Kieferorthopädie ist ein Heil- und Kostenplan vorzulegen.

Leistungsvergleich

Gothaer
MediStart 1BO

R + V
AGIL cl.pro CP0U

Gesetzliche Kasse
GKV

Leistungen Allgemein

Selbstbeteiligung

Keine Selbstbeteiligung.

Keine Selbstbeteiligung.

Es bestehen folgende Zuzahlungen:

- 10% des Preises (mindestens 5,-EUR und maximal 10,-EUR) für Arzneimittel und Verbandmittel
- 10% der Kosten zuzüglich 10,-EUR je Verordnung bei Heilmitteln und bei häuslicher Krankenpflege (maximal 28 Tage/Jahr)
- 10% der Kosten für jedes Hilfsmittel (mindestens 5,-EUR und maximal 10,-EUR)
- 13,-EUR pro Fahrt für Fahrtkosten zu und von stationärer Behandlung
- 10,-EUR pro Kalendertag (für höchstens 28 Tage) bei einer Krankenhausbehandlung
- 10,-EUR pro Kalendertag bei stationärer Vorsorge oder REHA-Maßnahmen
- 10% der kalendertäglichen Kosten (mindestens 5,-EUR und maximal 10,-EUR) bei einer Soziotherapie und bei Inanspruchnahme einer Haushaltshilfe.

Die jährliche SB darf 2% der Bruttoeinnahmen nicht übersteigen, für chronisch Kranke gilt eine Grenze von 1% der Bruttoeinnahmen. Kinder und Jugendliche haben in bestimmten Bereichen keine oder eine geringere Selbstbeteiligung als Erwachsene.

Pauschalleistung

Tarif 'MediStart 1BO':
Garantierte Bonusleistung in Höhe von 40,-EUR monatlich direkt auf das Bankkonto. Bei Inanspruchnahme von Leistungen wird der gesamte jährliche Bonus mit den folgenden Erstattungen verrechnet.

Tarif 'MediMPlus':
Eine garantierte Pauschalleistung ist nicht vorgesehen.

Eine garantierte Pauschalleistung ist nicht vorgesehen.

Eine garantierte Pauschalleistung ist nicht vorgesehen.

Erfolgsabh. Beitragsrückerstattung

Tarif 'MediStart 1BO':
Beitragsrückerstattung nach leistungsfreien Jahren:
1 Jahr : 0,5 MB
2 Jahre : 0,75 MB
3 Jahre : 1,0 MB
4 Jahre : 1,5 MB.
Voraussetzung für die Beitragsrückerstattung ist die Leistungsfreiheit im gesamten Tarif. Werden Vorsorgeleistungen erstattet erfolgt keine Beitragsrückerstattung.

Tarif 'MediMPlus':
Eine Beitragsrückerstattung wird nicht gezahlt.

Tarif 'AGIL cl.pro CP0U':
Beitragsrückerstattung nach leistungsfreien Jahren:
1 Jahr : 1 MB
2 Jahre : 1,5 MB
3 Jahre : 2 MB
4 Jahre : 2,5 MB
5 Jahre : 3 MB.
Voraussetzung für die Beitragsrückerstattung ist die Leistungsfreiheit im gesamten Tarif. Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen, Zahnprophylaxe und professionelle Zahnreinigung beeinflussen die Beitragsrückerstattung nicht.

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

Eine Beitragsrückerstattung wird nicht gezahlt.

Leistungsvergleich

Gothaer
MediStart 1BO

R + V
AGIL cl.pro CP0U

Gesetzliche Kasse
GKV

Allgemeine Wartezeiten

Die allgemeine Wartezeit entfällt.

Die allgemeine Wartezeit beträgt 3 Monate.
Sie entfällt
- bei Unfällen
- für den Ehegatten bzw. Lebenspartner einer mind. seit 3 Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb 2 Monate nach Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird
- wenn innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung (Neuantrag) ein Attest auf Kosten des Antragstellers vorgelegt wird
- durch Anrechnung der Vorversicherungszeit bei der GKV, dem öffentlichen Dienst mit Anspruch auf Heilfürsorge oder der PKV.

Die allgemeine Wartezeit entfällt.

Besondere Wartezeiten

Die besonderen Wartezeiten entfallen.

Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie 8 Monate.
Sie entfallen
- bei Unfällen
- für den Ehegatten bzw. Lebenspartner einer mind. seit 3 Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb 2 Monate nach Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird
- wenn innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung (Neuantrag) ein Attest auf Kosten des Antragstellers vorgelegt wird (mit Ausnahme der Wartezeiten für Zahnersatz und Kieferorthopädie)
- durch Anrechnung der Vorversicherungszeit bei der GKV, dem öffentlichen Dienst mit Anspruch auf Heilfürsorge oder der PKV.

Die besonderen Wartezeiten entfallen.

Vertragslaufzeit

Tarif 'MediMPlus, MediStart 1BO':
Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre.
Keine Befristung. Es gibt kein Höchstaufnahmearter.

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

Tarif 'AGIL cl.pro CP0U':
Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre.
Keine Befristung. Es gibt kein Höchstaufnahmearter.

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

Es gibt keine Mindestvertragsdauer. Der Vertrag ist zeitlich unbefristet. Es gibt kein max. Höchstaufnahmearter.

Kündigungstermin

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

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

Der Vertrag kann vom Versicherungsnehmer zum Ende des übernächsten Kalendermonats gekündigt werden.

Leistungsvergleich

Gothaer
MediStart 1BO

R + V
AGIL cl.pro CP0U

Gesetzliche Kasse
GKV

Weltgeltung

Tarif 'MediMPlus, MediStart 1BO':
Bei vorübergehendem Aufenthalt im außereuropäischen Ausland bis zu 6 Monate Dauer besteht Versicherungsschutz auch außerhalb Europas.
Solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung des Gesundheitszustandes antreten kann, besteht Versicherungsschutz auch darüber hinaus.

Tarif 'TG 6':
Ja, mit besonderer Vereinbarung.

Tarif 'AGIL cl.pro CP0U':
Bei vorübergehendem Aufenthalt im außereuropäischen Ausland (d.h. so lange keine Wohnsitzverlegung vorliegt) besteht 6 Monate Versicherungsschutz. Solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung des Gesundheitszustandes antreten kann, besteht Versicherungsschutz auch darüber hinaus.
Erstattungsfähig sind außerhalb Deutschlands
- 75% für ambulante ärztliche Behandlung
- 100% für 2-Bettzimmer inkl. ärztlicher Leistungen
- 75% für Zahnbehandlung in einem Vertragsstaat des Europäischen Wirtschaftsraumes jedoch mindestens die Leistungen, die in Deutschland zu erbringen gewesen wären, aber nicht mehr als die tatsächlich entstandenen erstattungsfähigen Aufwendungen.

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

Geltung im Ausland nur, soweit mit dem jeweiligen Land ein Sozialversicherungsabkommen darüber besteht. Teilweise hohe Eigenbeteiligungen, da die Regelungen des Behandlungslandes angewendet werden.

Optionsrecht

Tarif 'MediStart 1BO':
Option auf höherwertigen Schutz. Für Personen, die gemäß Kindernachversicherung versichert wurden, darf der Schutz nicht höher sein als der eines Elternteiles. Die Option besteht auf Tarife mit höherwertigem Versicherungsschutz, die bei Umstellung verkaufsoffen sind. Option kann nach Ablauf von 24 oder 36 Monaten nach Vertragsbeginn ausgeübt werden, Antrag muss 2 Monate vor Ablauf vorliegen.

Tarif 'MediMPlus':
Keine Option auf höherwertigen Schutz.

Option auf höherwertigen Versicherungsschutz sowie niedrigere Selbstbeteiligung im gleichen Tarif. Die Option besteht auf
- Tarif "AGIL premium" mit derselben Selbstbehaltstufe
- Tarif "AGIL premium" mit derselben Selbstbehaltstufe für die Dauer einer Entsendung ins Ausland.
- Wechsel in niedrigere Selbstbehaltstufe im gleichen Tarif je zum 01.01. des Kalenderjahres, das auf das 5., 10., 15. und jedes weitere durch 5 teilbare Versicherungsjahr folgt, wenn Antrag bis 15.12. des Vorjahres eingeht.
- Wechsel in höherwertigen Tarif derselben Selbstbehaltstufe je zum 01.01. des Kalenderjahres, das auf das 5., 10. bzw. 15. Versicherungsjahr folgt, wenn Antrag bis 15.12. des Vorjahres eingeht.
- Wechsel in Tarif "AGIL premium" derselben Selbstbehaltstufe für Dauer einer Entsendung ins Ausland, wenn Antrag und Bescheinigung des Arbeitgebers spätestens am 15. des Vormonats eingeht.
- Wechseloptionen bestehen zwischen dem 16. und dem 50. Lebensjahr.

Der Versicherte hat keine Option auf einen höherwertigen Versicherungsschutz.

Wechselrecht

Der Versicherte hat kein vereinfachtes Tarifwechselrecht.

Der Versicherte hat kein vereinfachtes Tarifwechselrecht.

Der Versicherte hat kein vereinfachtes Tarifwechselrecht.

Kinderalleinverticherung

Kinder sind ab Geburt alleine versicherbar.

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

Kinder sind nicht alleine versicherbar.

Leistungsvergleich

Gothaer
MediStart 1BO

R + V
AGIL cl.pro CP0U

Gesetzliche Kasse
GKV

Versicherbarer Personenkreis

Tarif 'MediStart 1BO':
Personen, die nicht der GKV-Pflicht unterliegen.

Tarif 'MediMPlus':
Personen, für die gleichzeitig beim Versicherer eine Vollversicherung nach Tarif MediVita oder MediStart besteht.

Tarif 'TG 6':
Arbeitnehmer oder Selbstständige.

Tarif 'AGIL cl.pro CP0U':
Unabhängig vom Beruf oder vom Status (Auszubildender, Arbeitnehmer, Beamte, Freiberufler, Selbstständiger) abschließbar.

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

Der Tarif kann unabhängig vom Beruf oder vom Status (Auszubildender, Arbeitnehmer, Beamte, Freiberufler, Selbstständiger) abgeschlossen werden.

Versichertenkarte

Ja, die Gesellschaft händigt eine Versichertenkarte aus.

Ja, die Gesellschaft händigt eine Versichertenkarte aus.

Nein.

Leistungen Kranken-TG

Leistungsbeginn- und dauer

Krankentagegeld ab 43.Tag. Zeitlich nicht begrenzt.

Krankentagegeld ab 43.Tag. Zeitlich nicht begrenzt.

Neue Karenzzeit /Rückfallerkrankung

Nur mit Risikoprüfung bzw. Wartezeit möglich. Wenn auf Grund der gleichen Krankheit ein Arbeitgeber Zeiten von Arbeitsunfähigkeit für Lohnfortzahlung zusammenzählen darf, wird dies auch beim Krankentagegeld zusammengezählt (gilt für Selbstständige und Freiberufler sinngemäß).

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

Dynamik

Individuelle Anpassung ohne Risikoprüfung bzw. Wartezeit. Erhöhungsantrag innerhalb von 2 Monaten notwendig. Anpassung aufgrund allgemeiner Einkommensentwicklung alle 2 Jahre für Krankentagegeld von mind. 25,56EUR ohne Risikoprüfung bzw. Wartezeit. Voraussetzung: keine Anpassung in letzten 12 Monaten.

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

Nettoeinkommen

Für Arbeitnehmer gilt:
Jahresbruttoeinkommen - Steuern + jährlicher Arbeitgeberanteil zur Sozialversicherung / 360 = versicherbarer Tagessatz.

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

Leistungsvergleich

Gothaer
MediStart 1BO

R + V
AGIL cl.pro CP0U

Gesetzliche Kasse
GKV

Leistung bei Eink.-Minderung

Eine Minderung des Nettoeinkommens ist dem Versicherer zu melden. Wenn es unter die Höhe des dem Vertrag zugrunde gelegten Einkommens gesunken ist, kann der Versicherer (unabhängig davon, ob der Versicherungsfall bereits eingetreten ist oder nicht) das Krankentagegeld zum Beginn des zweiten Monats nach Kenntnis herabsetzen. Dies gilt nicht für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung.

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

max. Tagessatz

Für Arbeitnehmer gilt: 200,-EUR pro Tag insgesamt für alle Tagegeldtarife mit einer Karenzzeit von 42 bis 364 Tagen.

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

Alkoholklausel

Wird verzichtet.

Wird verzichtet.

Arbeitslosigkeit

Zahlung des Krankentagegeldes max. 6 Monate bei Personen ohne Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitslosigkeit, wenn Arbeitsunfähigkeit vor Beginn bestand. Bei Personen mit Anspruch auf Leistungen bei Arbeitslosigkeit max. 3 Monate.

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

Arbeitsunfähigkeit

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

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

Kurbehandlung u. Sanatorium

Krankentagegeldzahlung, wenn im Verlauf einer Arbeitsunfähigkeit eine REHA-Maßnahme erforderlich ist. Leistungspraxis des Versicherers : auch ohne vorherige schriftliche Zusage.

Keine Leistung bei Kur- und Sanatoriumsbehandlung.

REHA-Maßnahme

Krankentagegeld (KT) wird ohne vorherige Genehmigung durch den Versicherer gezahlt, wenn im Verlauf einer Arbeitsunfähigkeit eine stationäre REHA-Maßnahme erforderlich ist. KT-Leistungen der gesetzlichen Träger werden angerechnet.

Bei REHA keine Leistung.

Allgemeine Wartezeit

Die allgemeine Wartezeit entfällt.

Die allgemeine Wartezeit beträgt 3 Monate.
Sie entfällt
- bei Unfällen
- wenn innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung (Neuantrag) ein Attest auf Kosten des Antragstellers vorgelegt wird
- durch Anrechnung der Vorversicherungszeit (bis zur Höhe des bisherigen Krankentagegeldes) bei der GKV, dem öffentlichen Dienst mit Anspruch auf Heilfürsorge oder der PKV.

Leistungsvergleich

Gothaer
MediStart 1BO

R + V
AGIL cl.pro CP0U

Gesetzliche Kasse
GKV

Besondere Wartezeiten

Die besonderen Wartezeiten entfallen.

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

Alleine versicherbar

Tarif ist alleine abschließbar.

Tarif ist alleine abschließbar.

Weltgeltung

Für akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle im europäischen Ausland bei einer stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus. Für die Zahlung bei akut eingetretenen Krankheiten oder Unfällen im außereuropäischen Ausland sind besondere Vereinbarungen möglich.

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

Verzicht auf Kündigungsrecht

Verzicht auf das Kündigungsrecht bei GKV-Übertritt mit Abschluss einer Vollversicherung für Arbeitnehmer; für Selbstständige ab einer Karenzzeit von 42 Tagen.

Verzicht auf das Kündigungsrecht bei Bestehen einer Vollversicherung.

Notizen:
