

Leistungsvergleich

Kunde: , geb. 03.03.1980

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

Continentale			Deutscher Ring		R + V	
Bereich	Tarifname	Beitrag	Tarifname	Beitrag	Tarifname	Beitrag
Kompakt	ECONOMY-U	208,63	Esprit	407,15	AGIL premium TN1U	470,49
Stationär	SP2	32,17	PIT	18,24	TA 6 /100	43,20
Kranken-TG	V43-U /100	32,80	pro 043 v /100	35,40	PPN	21,61
Pflegepflicht	PVN	22,01	PVN	21,90		
Gesetzl. Zuschlag		24,08		42,54		47,05
Monatl. Gesamtbeitrag		319,69		525,23		582,35
Beitrag abzgl. AG-Anteil		159,84		262,61		291,17
Jährl. SB	10 EUR/Behandlung		450 EUR		480 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

ECONOMY-U

Kompakter Tarif (ASZ), Mehrbett-Zimmer, Zahnbehandlung 100%, Zahnersatz 60%, Kieferorthopädie 60%, Heilpraktikerleistungen, Naturheilverfahren, Psychotherapieleistungen, Sehhilfen bis 200 EUR, GOÄ: bis zum Höchstsatz (3,5-fach) - Stationär und Zahn bis Regelhöchstsatz (2,3-fach), Pauschalleistung, Selbstbeteiligung: 10 EUR je Behandlungstag/Behandler/Arzneimittel (ASZ) (für Berechnung der Vergleichsprämie wird gemäß Modellrechnung der Continentale ein SB von bis zu 530 EUR angenommen), Tarifgeneration Unisex, Tarif aufgelegt am 01.01.2013

SP2

Stationärer Tarif, 2-Bett-Zimmer (Diff. Mehrbett) mit Chefarztbehandlung, GOÄ: ohne Begrenzung, Tarifgeneration Unisex, Tarif aufgelegt am 01.01.2013

V43-U

Krankentagegeldtarif für angestellte, freiberufliche und selbständige Personen mit Leistungsbeginn ab dem 43. Tag, Tagegeld 1 bis 375 EUR versicherbar, Tarifgeneration Unisex, Tarif aufgelegt am 01.01.2013

PVN

Pflegepflichttarif, Tarif aufgelegt am 01.01.1995, BAP 01.01.2013

Esprit

Kompakter Tarif (ASZ), 2-Bett-Zimmer mit Chefarztbehandlung, Zahnbehandlung 100%, Zahnersatz 80%, Kieferorthopädie 80%, Heilpraktikerleistungen, Naturheilverfahren, Psychotherapieleistungen, Sehhilfen bis 225 EUR, Kurleistungen, GOÄ: ohne Begrenzung, Selbstbeteiligung: 450 EUR (A), bis 20. Lebensjahr 225 EUR, Tarifgeneration Unisex, Tarif aufgelegt am 01.01.2013, BAP 01.01.2014

PIT

Tarif mit Übertragungswert (portable Alterungsrückstellung) aufgrund Wettbewerbs-Stärkungsgesetz (WSG), Tarifgeneration Unisex, Tarif aufgelegt am 01.01.2013

pro 043 v

Krankentagegeldtarif für angestellte und freiberufliche Personen mit Leistungsbeginn ab dem 43. Tag, Tagegeld 10 bis 260 EUR versicherbar, Tarifgeneration Unisex, Tarif aufgelegt am 01.01.2013

PVN

Pflegepflichttarif, Tarif aufgelegt am 01.01.1995, BAP 01.01.2013

AGIL premium TN1U

Kompakter Tarif (ASZ), 1-Bett-Zimmer mit Chefarztbehandlung, Zahnbehandlung 100%, Zahnersatz 80%, Kieferorthopädie 80%, Heilpraktikerleistungen, Naturheilverfahren, Psychotherapieleistungen, Sehhilfen bis 900 EUR, Kurleistungen, GOÄ: ohne Begrenzung, Selbstbeteiligung: 480 EUR (ASZ), bis 16. Lebensjahr 240 EUR, Optionsrecht, Tarifgeneration Unisex, Tarif aufgelegt am 01.01.2013

TA 6

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

PPN

Pflegepflichttarif, BAP 01.01.2013

Leistungsvergleich

Continentale
ECONOMY-U

Deutscher Ring
Esprit

R + V
AGIL premium TN1U

Leistungen Ambulant

Ambulante Behandlungen

Ambulante ärztliche Behandlung ist erstattungsfähig. Mitversichert sind auch die in der Praxis bewährten Methoden (Naturheilverfahren), die nicht zur Schulmedizin gehören; bis max. zu dem Betrag, der bei Schulmedizin angefallen wäre. Weiterhin mitversichert sind sonstige bewährte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, sofern sie im "Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren" des Versicherers enthalten sind.

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

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

Vorsorgeuntersuchungen

Vorsorgeuntersuchungen nach den gesetzlich eingeführten Programmen sind ohne Alterseinschränkung und ohne zeitliche Begrenzung erstattungsfähig. Selbstbeteiligung gilt auch für Vorsorgeleistungen. Werden Vorsorgeleistungen oder Schutzimpfungen erstattet, entfällt eine Beitragsrückerstattung.

Erstattungsfähig sind gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten. Ambulante Vorsorgeleistungen und Schutzimpfungen (je lt. einer Liste des Versicherers) unabhängig von einer Selbstbeteiligung.

Inanspruchnahme von ambulanten Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen (je lt. einer Liste des Versicherers) beeinflussen die Beitragsrückerstattung nicht.

Erstattungsfähig sind sämtliche, zur Früherkennung von Krankheiten medizinisch notwendige ambulante Vorsorgeuntersuchungen. Vorsorgeleistungen und Schutzimpfung unabhängig von einer Selbstbeteiligung. Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen, Zahnprophylaxe und professionelle Zahnreinigung beeinflussen die Beitragsrückerstattung nicht.

Arznei- und Verbandmittel

Verschreibungspflichtige Arznei- und Verbandmittel sind erstattungsfähig.

Arznei- und Verbandmittel sind erstattungsfähig. Dazu zählen auch Nährstofflösungen zur enteralen und parenteralen Ernährung.

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

Hilfsmittel

Offener Hilfsmittelkatalog: technische Mittel oder Körperersatzstücke in einfacher Ausführung, ausgenommen Heilapparate und sonstige sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel (dazu zählen u.a. UVA-Licht, Massagegerät, Toilettensitze, Fieberthermometer, Pulsfrequenzmessgerät, Personenwaagen). Übersteigen die Kosten für ein Hilfsmittel 1.000,-EUR, ist ein Kostenvoranschlag einzureichen, sonst wird die Tarifleistung auf 80% gekürzt.

Hilfsmittel (offener Hilfsmittelkatalog), die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen - Hilfsmittel gleicher Art bis 1.000,-EUR Rechnungsbetrag (oder deren Wartung und Reparatur) einmal pro Kalenderjahr - Hilfsmittel über 1.000,-EUR Rechnungsbetrag sowie Wartungs- und Reparaturkosten, die diesen Betrag übersteigen, bedürfen der vorherigen Zusage des Versicherers. Wird keine vorherige Zusage eingeholt sind die Kosten erstattungsfähig, die in gleicher Qualität und Ausführung bei Miete, Leasing oder Kauf oder bei Bezug über einen Kooperationspartner des Versicherers entstanden wären.

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.

Leistungsvergleich

Continentale
ECONOMY-U

Deutscher Ring
Esprit

R + V
AGIL premium TN1U

Heilmittel

Von Ärzten oder Heilpraktikern verordnete Heilmittel durch Angehörige von Heilhilfsberufen gemäß Bundesbeihilfeverordnung bzw. Abschnitt E der GOÄ (erstattungsfähig ist der jeweils höhere Betrag): Inhalation, Krankengymnastik und Bewegungsübungen, Massagen, Packungen, Hydrotherapie, medizinische Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie, Logopädie, Beschäftigungstherapie (Ergotherapie), Podologie jeweils inkl. Mehrkosten für Behandlung in der Wohnung. Darüber hinaus sind auch neue Heilmittel automatisch mitversichert.

In angemessenen Sätzen durch Ärzte, Heilpraktiker oder Heilhilfsberufe: Inhalation, Krankengymnastik und Bewegungsübungen, Massagen, Hydrotherapie, Packungen, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie, Logopädie, Beschäftigungstherapie (Ergotherapie), Podologie, Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik.

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

Sehhilfen

200,-EUR für Sehhilfen. Erneuter Anspruch entsteht nach Ablauf von 2 aufeinander folgenden Jahren seit letztem Bezug.
Sofern bereits bei Vertragsabschluss Sehhilfen benötigt werden, besteht kein Leistungsanspruch aus diesem Tarif. In diesem Fall können Sehhilfen gegen einen mtl. Beitragszuschlag mitversichert werden.

225,-EUR für Sehhilfen. Erneuter Anspruch, wenn seit dem letzten Bezug 2 aufeinander folgende Jahre vergangen sind oder bei Änderung der Sehstärke um mind. 0,5 Dioptrien.

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

Heilpraktiker

Alle Methoden des jeweils gültigen GebüH. Darüber hinaus sonstige bewährte Methoden gemäß Verzeichnis des Versicherers.
Ayurveda, Organotherapie und orthomolekulare Therapie (einschließlich Diagnostik, Therapie, Arzneimittel und Physiotherapie) bis 150,-EUR je Kalenderjahr für alle drei Verfahren zusammen.
Bis zu den Mindestbeträgen des GebüH.

Untersuchungs- und Behandlungsmethoden des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH), die wissenschaftlich anerkannt sind. Bis zu den Höchstbeträgen des GebüH.

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

Naturheilverfahren

100%.

100%.

100%.

Psychotherapie ambulant

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie und Verhaltenstherapie bis zu max. 50 Sitzungen pro Kalenderjahr. Genehmigung ab der 21. Sitzung erforderlich. Behandlung durch Ärzte mit verfahrensbezogener Zusatzausbildung und approbierte psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in eigener Praxis möglich.

50 Sitzungen pro Kalenderjahr. Genehmigung ab der 31. Sitzung erforderlich. Nichtärztliche Psychotherapeuten im Sinne des Psychotherapeutengesetzes dürfen in Anspruch genommen werden. Diese müssen die Voraussetzungen zur selbstständigen Ausübung gemäß § 1 des Psychotherapeutengesetzes erfüllen. Dem Versicherer ist Zulassung vorzulegen.

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

Gebührenordnung ambulant

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

Auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus.

Auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus.

Leistungsvergleich

Continentale
ECONOMY-U

Deutscher Ring
Esprit

R + V
AGIL premium TN1U

Ambulante Kuren

Keine Erstattung. Kurortklausel wird nicht angewendet.

Ärztliche Leistungen, Arznei- und Heilmittel sind erstattungsfähig. Genehmigung ist nicht erforderlich. Kurortklausel wird nicht angewendet.

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

Ambulante Transportkosten

Notwendige Transporte nach einem Unfall bzw. Notfall mit einem speziellen Krankenfahrzeug zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt oder Krankenhaus sowie ärztlich verordnete Fahrten zur und von der Dialyse, der Strahlen- oder Chemotherapie.

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

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

Schutzimpfungen

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

Schutzimpfungen.

Schutzimpfungen, inkl. solcher wegen beruflicher Tätigkeit und Reiseimpfungen.

Häusliche Krankenpflege

Nach vorheriger schriftlicher Zusage häusliche Behandlungspflege: medizinisch-diagnostische oder medizinisch-therapeutische Einzelleistungen (z.B. Verbandwechsel, Wundpflege, Katheterwechsel), die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Krankheit gerichtet sind. Voraussetzung: der Leistungserbringer hat einen Versorgungsvertrag mit den Trägern der Gesetzlichen Krankenkassen geschlossen und die Leistungen sind gemäß diesem Vertrag berechnet. Nicht erstattungsfähig sind Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung.

Häusliche Behandlungspflege ist nicht erstattungsfähig.

Häusliche Behandlungspflege ist nicht erstattungsfähig.

Leistungen Stationär

Stationäre Unterbringung

Tarif 'ECONOMY-U':
Mehrbettzimmer.

2-Bettzimmer.

1-Bettzimmer.

Tarif 'SP2':
2-Bettzimmer (Differenz zum Mehrbettzimmer).

Stationäre Behandlungen

Tarif 'ECONOMY-U':
Regel- und Belegarztleistungen.

Privatarztbehandlung.

Privatarztbehandlung.

Tarif 'SP2':
Privatarztbehandlung.

Ersatz-Krankenhaustagegeld

Tarif 'SP2':
20,-EUR bei Verzicht auf gesonderte Unterkunft, 50,-EUR bei Verzicht auf Privatarzt. Kinder und Jugendliche erhalten das gleiche KHT.

21,-EUR bei Verzicht auf 2-Bettzimmer, 30,-EUR bei Verzicht auf Privatarzt, 80,-EUR bei unfallbedingtem Krankenhausaufenthalt, wenn Kosten von einem anderen Versicherungsträger übernommen werden, 60,-EUR bei Verzicht auf Privatarzt bei vor- und/oder nachstationärer Behandlung. Kinder und Jugendliche erhalten das gleiche KHT.

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

Leistungsvergleich

Continentale ECONOMY-U	Deutscher Ring Esprit	R + V AGIL premium TN1U
Psychotherapie stationär		
Wird erstattet. Genehmigung nicht erforderlich.	Wird erstattet. Genehmigung nicht erforderlich.	Wird erstattet. Genehmigung nicht erforderlich.
Gebührenordnung stationär		
Tarif 'ECONOMY-U': 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. Tarif 'SP2': Auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus.	Auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus.	Auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus.
Stationäre Kuren		
Stationäre Kurbehandlung ist nicht erstattungsfähig. REHA ist erstattungsfähig, wenn enger Zusammenhang zu leistungspflichtiger Krankenhausbehandlung besteht. Genehmigung nicht erforderlich.	Stationäre Kur- und Sanatoriumsbehandlung (ärztliche Leistungen, Arznei-, Heil- und Verbandmittel) aus ambulantem Teil des Tarifes. Anschlussheilbehandlung und REHA nach individueller Prüfung. Genehmigung für Anschlussheilbehandlung erforderlich.	Bei ambulanter oder stationärer Kur- und Sanatoriumsbehandlung ärztliche Behandlung, Kurplan, Unterkunft und Verpflegung sowie Arznei- und Heilmittel bis zu 1.800,-EUR frühestens nach 3-jähriger Versicherungsdauer und dann frühestens 3 Jahre nach der letzten Kurbehandlung. Notwendigkeit durch ein Attest nachzuweisen.
Gemischte Anstalten		
Stationäre Heilbehandlung in einer gemischten Anstalt nach vorheriger schriftlicher Zusage. Darüber hinaus ohne schriftliche Zusage, wenn - es sich um eine Notfallweisung handelt - die Krankenanstalt das einzige Krankenhaus in der Umgebung des Wohnortes oder gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherten war - während des Aufenthaltes eine akute Erkrankung auftritt, die eine stationäre Behandlung erforderte.	Stationäre Heilbehandlung in einer gemischten Anstalt nach vorheriger schriftlicher Zusage. Darüber hinaus ohne schriftliche Zusage, wenn - ausschließlich Heilbehandlungen durchgeführt wurden, die eine stationäre Behandlung erforderten - eine AHB innerhalb von 4 Wochen nach einer stationären Akutbehandlung angetreten wird - es sich um eine Notfallweisung handelt - die Krankenanstalt das einzige Krankenhaus in der Umgebung des Wohnortes oder gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherten war - während des Aufenthaltes eine akute Erkrankung auftritt, die eine stationäre Behandlung erforderte.	Stationäre Heilbehandlung in einer gemischten Anstalt nach vorheriger schriftlicher Zusage. Darüber hinaus ohne schriftliche Zusage, wenn - ausschließlich Heilbehandlungen durchgeführt wurden, die eine stationäre Behandlung erforderten - es sich um eine Notfallweisung handelt - die Krankenanstalt das einzige Krankenhaus in der Umgebung des Wohnortes oder gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherten war - während des Aufenthaltes eine akute Erkrankung auftritt, die eine stationäre Behandlung erforderte.
Stationäre Transportkosten		
Zum/vom nächsten geeigneten Krankenhaus im Krankenfahrzeug.	Sind erstattungsfähig.	Zum/vom nächsten geeigneten Krankenhaus.
Ambulante Operationen		
Ambulante Operationen sind erstattungsfähig.	Ambulante Operationen sind erstattungsfähig.	Ambulante Operationen sind erstattungsfähig.
Vor-/nachstationäre Behandlung		
Tarif 'ECONOMY-U': Ist erstattungsfähig. Tarif '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.	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.	Ist erstattungsfähig.

Leistungsvergleich

Continentale ECONOMY-U

Deutscher Ring Esprit

R + V AGIL premium TN1U

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.

Bis zum 10.Lebensjahr, max. 4 Wochen.

Leistungen Zahn

Zahnbehandlung

100%.

100%.

100%.

Zahnersatz

60%.

80%.

80%.

Inlays

60%.

80%.

80%.

Implantate

60%.

80%.

80%.

Kieferorthopädie

60%.

80%.

80%.

Zahnärztliche Leistungen

Erstattungsfähig sind
 - 100% für Zahnbehandlung (einschließlich Material- und Laborkosten): allgemeine, prophylaktische, konservierende, chirurgische und bei Erkrankung der Mundschleimhaut und des Parodontiums erforderliche zahnärztliche Leistungen (einschließlich Parodontoseschienen)
 - 60% für Zahnersatz, Kieferorthopädie, Gebissfunktionsprüfung (einschließlich Material- und Laborkosten): Heil- und Kostenpläne, Abformungsmaßnahmen und prothetische, bei der Eingliederung von Aufbissbehelfen und -schienen erforderliche zahnärztliche Leistungen, Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen), Brücken, Kronen und Stifzähne
 - 60% für Implantate (max. 6 Implantate pro Kiefer); nicht erstattungsfähig ist Knochenaufbau.

Inlays wie Zahnersatz.

Erstattungsfähig sind
 - 100% für Zahnbehandlung (Füllungen, Zahnziehen, Operationen, Parodontosebehandlung, Bestrahlung) und Prophylaxe (einschließlich professioneller Zahnreinigung)
 - 80% für Zahnersatz (Prothesen Stifzähne, Brücken, Kronen) und Kieferorthopädie, Funktionsanalyse und Funktionstherapie, Implantate. Keramikverblendungen im hinteren Seitenzahnbereich (Zähne 7 und 8) sind nicht mitversichert.
 - Material- und Laborkosten zu angemessenen Sätzen.

Inlays wie Zahnersatz.

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

Inlays wie Zahnersatz.

Zahnstaffel

Die Erstattung für Zahnersatz, Kieferorthopädie, Gebissfunktionsprüfung, Implantate einschließlich Material- und Laborleistungen ist auf 3.000,-EUR pro Kalenderjahr begrenzt.

Keine Begrenzung bei Unfall. Erlass der Summenbegrenzung durch Befundbericht nicht möglich. Bitte beachten Sie, dass der allgemeine tarifliche Selbstbehalt angerechnet wird (d.h. ggf. niedrigere oder keine Erstattung)!

Die Erstattung bei Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie ist wie folgt begrenzt:

- 1.200,-EUR im 1.Versicherungsjahr
 - 2.400,-EUR im 2.Versicherungsjahr
 - 3.600,-EUR im 3.Versicherungsjahr
 - 4.800,-EUR im 4.Versicherungsjahr
 - 6.000,-EUR im 5.Versicherungsjahr
 - 12.000,-EUR jährlich ab dem 6.Versicherungsjahr.
 Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr. Beginnt der Versicherungsvertrag nicht am 01.01. eines Jahres, so endet das erste Versicherungsjahr am 31.12. des darauf folgenden Kalenderjahres.

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

Keine Summenbegrenzung für Zahnbehandlung, Zahnersatz oder Kieferorthopädie.

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

Leistungsvergleich

Continentale ECONOMY-U

Deutscher Ring Esprit

R + V AGIL premium TN1U

Gebührenordnung Zahn

Bis zu den Regelhöchstätzen 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.

Auch über die Höchstsätze der GOZ hinaus.

Auch über die Höchstsätze der GOZ hinaus.

Heil- und Kostenplan

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

Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie über 3.500,-EUR Rechnungsbetrag oder wenn zahnärztliche Maßnahmen stationär durchgeführt werden sollen, sonst Erstattung des darüber hinausgehenden Betrages zur Hälfte der Tarifleistung.

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

Leistungen Allgemein

Selbstbeteiligung

Tarif 'ECONOMY-U':
Versicherte hat Selbstbeteiligung für:

- ärztliche Leistungen (max. 10,-EUR je Behandlungstag bei einem Arzt),
- psychotherapeutische Leistungen (max. 10,-EUR pro Sitzung, jedoch nicht mehr als 30% des Rechnungsbetrages),
- Heilpraktikerleistungen (max. 10,-EUR je Behandlungstag bei einem Arzt oder einem Heilpraktiker),
- häusliche Behandlungspflege (max. 20,-EUR je Behandlungstag),
- Arznei- und Verbandmittel (max. 10,-EUR je Mittel, SB entfällt bei Generika),
- Heilmittel (max. 10,-EUR je Heilmittel an einem Behandlungstag),
- Hilfsmittel (max. 50,-EUR je Hilfsmittel),
- Krankentransporte (max. 10,-EUR je Transport),
- zahnärztliche Leistung (10,-EUR je Behandlungstag bei einem Zahnarzt),
- Krankenhausleistung (10,-EUR je Behandlungstag für max. 14 Tage je stationärem Aufenthalt).

SB für ambulant, stationär und Zahn. Selbstbeteiligung gilt auch für Vorsorgeleistungen.

450,-EUR pro Jahr. Kinder und Jugendliche hälftig. SB für ambulant. Im ersten Kalenderjahr anteilig pro Quartal. Ambulante Vorsorgeleistungen und Schutzimpfungen (je lt. einer Liste des Versicherers) unabhängig von einer Selbstbeteiligung.

480,-EUR pro Jahr. Kinder hälftig. SB für ambulant, stationär und Zahn (professionelle Zahnreinigung und Zahnprophylaxe ohne SB). Im ersten Kalenderjahr anteilig pro Monat. Vorsorgeleistungen und Schutzimpfung unabhängig von einer Selbstbeteiligung.

Tarif 'SP2':
Tarif ohne allgemeine Selbstbeteiligung.

Pauschalleistung

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

Eine garantierte Pauschalleistung ist nicht vorgesehen.

Eine garantierte Pauschalleistung ist nicht vorgesehen.

Leistungsvergleich

Continentale ECONOMY-U

Deutscher Ring Esprit

R + V AGIL premium TN1U

Erfolgsabh. Beitragsrückerstattung

Tarif 'ECONOMY-U':
Beitragsrückerstattung nach
leistungsfreien Jahren:
2 Jahre : 1 MB
3 Jahre : 2 MB
4 Jahre : 3 MB
5 Jahre : 4 MB.
Voraussetzung für die
Beitragsrückerstattung ist die
Leistungsfreiheit im gesamten Tarif.
Werden Vorsorgeleistungen oder
Schutzimpfungen erstattet, entfällt eine
Beitragsrückerstattung.

Tarif 'SP2':
Eine Beitragsrückerstattung wird nicht
gezahlt.

Tarif 'Esprit':
Beitragsrückerstattung nach
leistungsfreien Jahren:
1 Jahr : 0,75 MB
2 Jahre : 1,50 MB
3 Jahre : 2,25 MB
4 Jahre : 3,00 MB
5 Jahre : 3,75 MB.
Voraussetzung für die
Beitragsrückerstattung ist die
Leistungsfreiheit im Ambulant- und
Zahnbereich.

Inanspruchnahme von ambulanten
Vorsorgeuntersuchungen und
Schutzimpfungen (je lt. einer Liste des
Versicherers) beeinflussen die
Beitragsrückerstattung nicht.

Tarif 'PIT':
Beitragsrückerstattung nach
leistungsfreien Jahren:
1 Jahr : 0,75 MB
2 Jahre : 1,50 MB
3 Jahre : 2,25 MB
4 Jahre : 3,00 MB
5 Jahre : 3,75 MB.
Voraussetzung für die
Beitragsrückerstattung ist die
Leistungsfreiheit im Ambulant- und
Zahnbereich.

Tarif 'pro 043 v':
Eine Beitragsrückerstattung wird nicht
gezahlt.

Tarif 'AGIL premium TN1U':
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.

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 28 Tagen nach
Antragstellung (Neuantrag) ein Attest auf
Kosten des Antragstellers vorgelegt wird
- durch Anrechnung der
Vorversicherungszeit bei der GKV, dem
öffentlichen Dienst mit Anspruch auf
Heilfürsorge oder der PKV.

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

Leistungsvergleich

Continentale ECONOMY-U

Deutscher Ring Esprit

R + V AGIL premium TN1U

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 8 Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb 2 Monate nach Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird
- wenn innerhalb von 4 Wochen nach Antragstellung (Neuantrag) ein Attest auf Kosten des Antragstellers vorgelegt wird
- durch Anrechnung der Vorversicherungszeit bei der GKV, dem öffentlichen Dienst mit Anspruch auf Heilfürsorge oder der PKV.

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

Vertragslaufzeit

Tarif 'SP2, ECONOMY-U':
Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre.
Keine Befristung. Es gibt kein Höchstaufnahmearter.

Tarif 'V43-U':
Die Mindestvertragsdauer beträgt 1 Jahr.
Das Höchstaufnahmearter beträgt 67 Jahre.

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

Tarif 'pro 043 v':
Die Mindestvertragsdauer beträgt 1 Jahr.
Es gibt kein Höchstaufnahmearter.

Tarif 'AGIL premium TN1U':
Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre.
Keine Befristung. Es gibt kein Höchstaufnahmearter.

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

Kündigungstermin

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

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

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

Weltgeltung

Tarif 'SP2, ECONOMY-U':
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 'V43-U':
Ja, mit besonderer Vereinbarung.

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

Tarif 'AGIL premium TN1U':
Bei vorübergehendem Aufenthalt im außereuropäischen Ausland (d.h. so lange keine Wohnsitzverlegung vorliegt) besteht bis zu 36 Monate Versicherungsschutz. Der Versicherer verpflichtet sich auf Antrag den Versicherungsschutz zu verlängern.

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

Optionsrecht

Keine Option auf höherwertigen Schutz.

Keine Option auf höherwertigen Schutz.

Option auf gleichen Tarif mit niedrigerer Selbstbeteiligung.
- Wechsel in niedrigere Selbstbehaltsstufe 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.
- Wechseloptionen bestehen zwischen dem 16. und dem 50. Lebensjahr.

Wechselrecht

Der Versicherte hat kein vereinfachtes Tarifwechselrecht.

Der Versicherte hat kein vereinfachtes Tarifwechselrecht.

Der Versicherte hat kein vereinfachtes Tarifwechselrecht.

Leistungsvergleich

Continentale
ECONOMY-U

Deutscher Ring
Esprit

R + V
AGIL premium TN1U

Kinderalleinverticherung

Kinder sind nicht alleine versicherbar.

Kinder sind nicht alleine versicherbar.

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

Versicherbarer Personenkreis

Tarif 'ECONOMY-U':
Personen, die im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnen.

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

Tarif 'V43-U':
Arbeitnehmer, Selbstständige oder Freiberufler.

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

Tarif 'pro 043 v':
Selbstständigen mit regelmäßigem Einkommen aus freiberuflicher Tätigkeit, wenn beim Versicherer eine Vollversicherung besteht oder Arbeitnehmern für die ebenfalls beim Versicherer eine Vollversicherung besteht.

Tarif 'AGIL premium TN1U':
Unabhängig vom Beruf oder vom Status (Auszubildender, Arbeitnehmer, Beamte, Freiberufler, Selbstständiger) abschließbar.

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

Versichertenkarte

Ja, die Gesellschaft händigt eine Versichertenkarte aus.

Ja, die Gesellschaft händigt eine Versichertenkarte aus.

Ja, die Gesellschaft händigt eine Versichertenkarte aus.

Leistungen Kranken-TG

Leistungsbeginn- und dauer

Krankentagegeld ab 43.Tag. Zeitlich nicht begrenzt.

Krankentagegeld ab 43.Tag. Zeitlich nicht begrenzt.

Krankentagegeld ab 43.Tag. Zeitlich nicht begrenzt.

Neue Karenzzeit /Rückfallerkrankung

Bei Arbeitnehmern ohne Risikoprüfung bzw. Wartezeit. Änderungsantrag innerhalb von 2 Monaten erforderlich. Bei Selbstständigen oder Freiberuflern nur mit Risikoprüfung bzw. Wartezeit. Für Arbeitnehmer gilt: wenn auf Grund der gleichen Krankheit ein Arbeitgeber Zeiten von Arbeitsunfähigkeit für Lohnfortzahlung zusammenzählen darf, wird dies auch beim Krankentagegeld zusammengezählt. Für freiberuflich oder selbständig Tätige gilt: sofern der Versicherungsfall noch nicht beendet ist und die Erkrankungen bzw. Unfallfolgen in kausalem Zusammenhang mit der vorherigen Arbeitsunfähigkeit stehen, werden die Ausfallzeiten addiert und auf die Karenzzeit angerechnet.

Senkung der Karenzzeit bei Arbeitnehmern ohne Risikoprüfung bzw. Wartezeit. Bei beruflich bedingter Verkürzung kann Umstellung ohne Risikoprüfung bzw. Wartezeit in einen Tarif mit einer Karenzzeit von mind. 21 Tagen verlangt werden. Änderungsantrag ist innerhalb von 3 Monaten erforderlich. Bei Selbstständigen oder Freiberuflern nur mit Risikoprüfung bzw. Wartezeit. Wenn auf Grund der gleichen Krankheit innerhalb von 6 Monaten nach Arbeitsunfähigkeit wieder Arbeitsunfähigkeit eintritt, dann werden die Zeiten in den letzten 12 Monaten angerechnet.

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

Dynamik

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

Individuelle Anpassung innerhalb von 3 Monaten ab der frühestmöglichen Nachweismöglichkeit ohne Risikoprüfung bzw. Wartezeit. Antrag innerhalb von 3 Monaten notwendig. Anpassung aufgrund allgemeiner Einkommensentwicklung (wenn sich seit letzter Anpassung die Bruttojahresarbeitsentgelte um mehr als 10% verändert haben) ohne Risikoprüfung bzw. Wartezeit.

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

Leistungsvergleich

Continentale ECONOMY-U

Deutscher Ring Esprit

R + V AGIL premium TN1U

Nettoeinkommen

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:
Jahresbruttoeinkommen x 80% / 360 = versicherbarer Tagessatz.

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

Leistung bei Eink.-Minderung

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

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

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: 150,-EUR (max. 750,-EUR in Ausnahmefällen im Rahmen einer besonderen Antragsprüfung) pro Tag insgesamt für alle Tagegeldtarife mit einer Karenzzeit von 42 bis 546 Tagen.

Für Arbeitnehmer gilt: 260,-EUR pro Tag insgesamt für alle Tagegeldtarife mit einer Karenzzeit von 42 bis 364 Tagen.

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

Alkoholklausel

Wird verzichtet.

Wird verzichtet.

Wird verzichtet.

Arbeitslosigkeit

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

Zahlung 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.

Im Anschluss an eine völlige Arbeitsunfähigkeit von mind. 6 Wochen Dauer bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit von mind. 50% ein Übergangsgeld in Höhe der Hälfte des versicherten Krankentagegeldes, wenn nach ärztlichem Befund die teilweise Aufnahme der Berufstätigkeit medizinisch angezeigt ist (max. 4 Wochen). Maximale Leistungsdauer nach Eintritt einer Berufsunfähigkeit 3 Monate. Für max. weitere 3 Monate max. 50% Krankentagegeld, wenn noch kein Rentenbescheid eingegangen ist.

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

Leistungsvergleich

Continentale
ECONOMY-U

Deutscher Ring
Esprit

R + V
AGIL premium TN1U

Kurbehandlung u. Sanatorium

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

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

Keine Leistung bei Kur- und Sanatoriumsbehandlung.

REHA-Maßnahme

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

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

Bei REHA keine Leistung.

Allgemeine Wartezeit

Die allgemeine Wartezeit beträgt 3 Monate.
Sie entfällt
- bei Unfällen
- 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 beträgt 3 Monate.
Sie entfällt
- bei Unfällen
- wenn innerhalb von 28 Tagen nach Antragstellung (Neuantrag) ein Attest auf Kosten des Antragstellers vorgelegt wird
- durch Anrechnung der Vorversicherungszeit bei der GKV, dem öffentlichen Dienst mit Anspruch auf Heilfürsorge oder der PKV.

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

Besondere Wartezeiten

Die besonderen Wartezeiten 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 für Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie entfallen.
Soweit eine Leistung für Entbindung vorgesehen ist, gilt für diese eine besondere Wartezeit von 8 Monaten.
Sie entfällt
- wenn innerhalb von 4 Wochen 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.

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 nicht alleine abschließbar.

Tarif ist alleine abschließbar.

