

**Der Produktratgeber der
Gothaer Krankenversicherung AG**
Empfehlenswerte Produktlösungen – Top Services

Ausgabe 2020

nur für den internen Gebrauch

Sehr geehrte Damen und Herren,

Gesundheit gewinnt zunehmend an Stellenwert in unserer Gesellschaft. Die Frage nach dem persönlichen Wohlbefinden rückt zunehmend ins Zentrum der Lebenswelt unserer Kunden. Dies nicht nur mit Blick auf die Absicherung gegen Krankheit, sondern auch hinsichtlich der Frage nach Angeboten für das Gesundbleiben. Darum haben wir uns in den vergangenen Jahren gezielt neu ausgerichtet – erweiternd vom reinen Krankenversicherer hin zu einem umfassenden Gesundheitsdienstleister.

gothaer.einfach.gesund: Das ist die Mission der Gothaer Krankenversicherung. Im Fokus all unseres Handelns steht die Gesundheit unserer Versicherten.

Im Kerngeschäft streben wir über die Zusatzversicherungen und die betriebliche Krankenversicherung verstärkt nach Wachstum. Auch in 2019 haben wir ein innovatives Krankenzusatz-Produkt entwickelt. Der MediClinic S spricht eine neue junge Zielgruppe an und liefert so einen exzellenten Baustein für den Ausbau unserer starken Produktpalette. Mit einem Wachstum von +134 % in der Nettoproduktion per Oktober 2019 zeigt die Gothaer ihre ganze Produkt- und Vertriebskraft in diesem Segment.

In der betrieblichen Krankenversicherung (bKV) haben wir erneut ein starkes Wachstum zu verzeichnen: Wir sehen erhebliches Potenzial in diesem Bereich und einen stark wertbildenden Faktor sowohl für Arbeitnehmer als auch für Arbeitgeber. Unternehmen haben erkannt, dass die bKV im Wettbewerb um Fachkräfte und Bindung von Mitarbeitern ein wirkungsvolles Instrument darstellt. Auch Fehlzeiten und Ausfallkosten lassen sich so reduzieren. In der bKV gehört die Gothaer Krankenversicherung weiterhin zu den Marktführern. Wir wachsen weiter oberhalb der 20 % p. a. – das werden wir ausbauen.

Für eine starke Rundum Versorgung dient weiterhin die Vollversicherung, und hier der MediVita als Flugschiff, einer deutlich verbesserten Gesundheitsabsicherung gegenüber den gesetzlichen Sicherungssystemen. Die sehr geringe Beitragsanpassung 2020 über das Gothaer-Vollversicherungsspektrum und die deutlich verbesserte RfB-Quote haben die Wettbewerbskraft im Tarifspektrum weiter verbessert. Zusätzlich wird die Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund der erheblich gestiegenen Zahlungsverpflichtungen in der GKV in den kommenden Jahren weiter zurückgehen. Das Potenzial der PKV steigt.

Die Digitalisierung macht auch vor dem Gesundheitswesen nicht halt: Unsere Rechnungsapp hat sich zu einem wertvollen Vehikel etabliert, die Zusammenarbeit mit der Gothaer für unsere Versicherten zu erleichtern. Die App erfreut sich bereits an einer großen und weiter wachsenden Nutzerzahl. Die Einfachheit der digitalen Kommunikation mit der Gothaer Kranken trägt entscheidend zur Kundenzufriedenheit und Bewertung der Servicequalität bei.

Darüber hinaus wurde die Gothaer Gesundheitsapp um wertvolle Angebote aus dem Gesundheitsmanagement, der Funktion „Mein Vermittler“ und einer direkten Verbindung zum Leistungsmanagement erweitert. Die Einführung von „TeleClinic“ – die digitale Arzt-sprechstunde ohne Wartezeit – ermöglicht die digitale Hilfe eines Arztes per Video, inkl. der Erstellung von Rezepten. Außerdem können die Kunden der Gothaer Krankenversicherung seit Februar 2019 die elektronische Gesundheitsakte „Vivy“ nutzen – eine App als Gesundheitsassistentin. Diese digitale Gesundheitsakte wurde im vergangenen Jahr gemeinsam von gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen auf den Weg gebracht. Die App-Lösung verbindet unsere Kunden mit Praxen, Laboren, Krankenhäusern sowie Krankenkassen und der Gothaer.

Gleichsam ist uns bewusst, dass Gesundheit immer eine Frage von Mensch zu Mensch bleibt, weshalb wir kontinuierlich an unserem persönlichen Servicelevel arbeiten. Diese Anstrengungen tragen bereits klar erkennbare Früchte und die Kundenzufriedenheit der Gothaer Kranken (gemessen über den Net Promotor Score) startete 2019 über alle Kontaktpunkte mit exzellenten Werten.

Auch in 2019 ist die Gothaer Krankenversicherung erneut gewachsen, in der Anzahl unserer Kunden, als auch in unserem Profil als Gesundheitsdienstleister. Das Neugeschäft der Gothaer Kranken wuchs um beeindruckende +54 % (Stand Okt. 19). Dies zeigt, dass sich der dahinter liegende Einsatz, die harte Arbeit und das Engagement gelohnt und ausgezahlt haben. Über 610 Tausend Kunden mit über 730 Mio. EUR Beitragseinnahmen (Stand Okt. 19) belegen das große Vertrauen in unsere Gesellschaft.

Gesundheit ist das höchste Gut, deshalb möchten wir den Menschen helfen, ihre Gesundheit schnell und mit der besten Behandlung wiederherzustellen, zu erhalten und zu schützen, denn ein gesünderes Leben ist ein glücklicheres Leben.

Wir freuen uns, diesen Weg gemeinsam mit Ihnen zu gehen.

Herzliche Grüße und viel Erfolg für die spannenden Herausforderungen in 2020!

Ihr Oliver Schoeller

A handwritten signature in black ink, reading "Oliver Schoeller". The signature is written in a cursive style with a long, sweeping underline.

Inhaltsverzeichnis

1.	Wichtige Zahlen zur Krankenversicherung	5
1.1	Sozialversicherungszahlen: Beitragssätze und Rechengrößen	5
1.2	Kennzahlen der Gothaer Krankenversicherung	6
1.3	Kündigungstermine in der Krankenversicherung	7
2.	Die Gothaer Krankenversicherung schafft Lösungen	8
2.1	PKV – heute und in Zukunft	8
2.2	Die Gothaer Krankenversicherung – Ihr starker Partner	11
2.3	Mit der Gothaer Lücken der GKV schließen	14
2.4	Private Pflegeversicherung – Elementarer Bestandteil der Altersvorsorge	18
2.5	Unsere Servicelösungen	21
3.	Unsere Produktlösungen auf einen Blick (Tabellarische Übersicht)	24
3.1	Die Krankheitskostenvollversicherungen	24
3.2	Die Zusatzversicherungen	26
3.3	Die Pflegeergänzungsversicherungen	32
3.4	Die Beihilfeversicherungen	36
4.	Die Leistungen und Beiträge unserer Produktlösungen im Detail	38
4.1	Die Krankheitskostenvollversicherungen	38
4.1.1	MediStart 1	38
4.1.2	MediVita	41
4.1.3	MediComfort	45
4.1.4	MAX	48
4.1.5	Die private Studentische Krankenversicherung – PSKV Tarif PVN Studenten	51 54
4.2	Die starke Ergänzung zur Vollversicherung	52
4.2.1	Private Pflegepflichtversicherung für Krankheitskostenvollversicherte – Tarif PVN	52
4.2.2	MediNatura P	55
4.2.3	MediMPlus	56
4.2.4	MediSafe	57
4.3	Die Zusatzversicherungen	59
4.3.1	MediAmbulant	59
4.3.2	MediPrävent Basis	59
4.3.3	MediPrävent Premium	60
4.3.4	MediPrävent Aktiv	60
4.3.5	MediClinic Plus / MediClinic Premium	62
4.3.6	MediClinic S Plus / MediClinic S Premium	63
4.3.7	MediClinic Basis	65
4.3.8	MediZ Basis	67
4.3.9	MediZ Plus / MediDent	68
4.3.10	MediZ Premium	69
4.3.11	MediZ Duo	70
4.3.12	MediProphy Basis	72
4.3.13	MediProphy	72
4.4	Die Optionsversicherung	74
4.4.1	OPT G	74
4.5	Die Tagegeldversicherungen	76
4.5.1	TG (Krankentagegeld)	76
4.5.2	TG6 AKS (Arbeitskraftsicherung)	78
4.5.3	MTG 6 (Krankentagegeld Mediziner)	80
4.5.4	K (Krankenhaustagegeld)	82

Inhaltsverzeichnis

4.6	Pflegeergänzungsversicherungen	83
4.6.1	MediPG – die flexible Pfl egetagegeldlösung	83
4.6.2	Pflegekostenversicherung P3	86
4.7	Die Auslandsreisekrankenversicherungen	88
4.7.1	MediR	88
4.7.2	AVL N1	90
4.7.3	AVL N2	91
4.8	Die Beihilfeversicherungen	93
4.8.1	Die Beihilfetarife für Beamte BA, BS, BSR, BZ	93
4.8.2	Die Ergänzungsversicherung für Beihilfeberechtigte Tarif BE	99
4.8.3	Die Beihilfetarife für Beamtenanwärter BWA, BWS, BWSR, BWZ	101
4.8.4	Die Pflegepflichtversicherung für Beihilfeberechtigte Tarif PVB	103
4.9	Die Anwartschaftsversicherungen (AwV)	105
4.9.1	Kleine AwV	105
4.9.2	Große AwV	105
4.9.3	Voraussetzungen für den Abschluss einer großen AwV	106
5.	Die betriebliche Krankenversicherung (bKV)	107
5.1	Allgemeines zur bKV	107
5.2	Alles unter einem Dach – die Tarifwelt MediGroup	108
5.3	Die Tarife und Beiträge der betrieblichen Krankenversicherung (bKV-Tarife)	112
5.3.1	Die ambulante Zusatzversicherung	112
5.3.2	Die Basis-Vorsorgezusatzversicherung	112
5.3.3	Die Premium-Vorsorgezusatzversicherung	113
5.3.4	Die stationären Zusatzversicherungen	114
5.3.5	Die stationäre Zusatzversicherung bei Unfall	115
5.3.6	Die Basis-Zusatzversicherung für Zahnersatz	116
5.3.7	Die Plus-Zusatzversicherung für Zahnersatz	116
5.3.8	Die Premium-Zusatzversicherung für Zahnersatz	117
5.3.9	Die Duo-Zusatzversicherung für Zahnersatz sowie Zahnbehandlung/Zahnprophylaxe	118
5.3.10	Die Basis-Zusatzversicherung für Zahnbehandlung	119
5.3.11	Die umfassende Zusatzversicherung für Zahnbehandlung	119
5.3.12	Die Pflegezusatzversicherung	120
5.3.13	Die monatlichen Beiträge für die bKV-Tarife	122
6.	Antrag einer Krankenversicherung	123
6.1	PKV – Für wen möglich?	123
6.2	Unsere Antragslandschaft	125
6.3	Unser Universalantrag – Die Ausfüllhilfe	126
6.4	Mit guter Beratung durch die Gesundheitsprüfung	129
7.	Unsere Annahmerichtlinien	131
7.1	Versicherbarkeit im Neugeschäft	131
7.2	Kinder / Minderjährige	131
7.3	Untersuchungsbericht	131
7.4	Berechnung von medizinischen Wagnisausgleichen	131
7.5	Vorversicherung	131
7.6	Brillen- / Kontaktlinsenträger	132
7.7	Bestehende Schwangerschaft	132
7.8	Zähne	132
7.9	Sondereinbarung bei fehlenden Zähnen	133
7.10	Nicht versicherbare Berufe	134
7.11	Nicht versicherbare Krankheiten	136

1. Wichtige Zahlen zur Krankenversicherung

1.1 Sozialversicherungszahlen 2020: Beitragssätze und Rechengrößen

Vorläufige Sozialversicherungszahlen 2020		Alte Bundesländer	Neue Bundesländer
Krankenversicherung			
Versicherungspflichtgrenze „Neubestand“	monatlich	5212,50 Euro	
	jährlich	62.550,00 Euro	
Versicherungspflichtgrenze „Altbestand“ (gilt für am 31.12.2002 PKV-Versicherte)	monatlich	4.687,50 Euro	
	jährlich	56.250,00 Euro	
Beitragsbemessungsgrenze	monatlich	4.687,50 Euro	
	jährlich	56.250,00 Euro	
allgemeiner Beitragssatz der Krankenkassen		14,60 %	
Beitragssatz für die Berechnung des Arbeitgeberzuschusses		7,3 % + 0,55 %	
durchschnittlicher Zusatzbeitrag		1,10 %	
monatlicher Höchstbeitrag zur PKV		367,97 Euro	
Einkommensgrenze in der Familienversicherung		455,00 Euro	
Höchstkrankengeld der GKV/Tag		109,38 Euro	
Höchstbeitrag Standardtarif (allg. Beitragssatz: 14,6 %)	einzel	684,38 Euro	
	Ehegatten (150 %)	1.026,57 Euro	
	Ehegatten einzeln	513,28 Euro	
Höchstbeitrag Basistarif 14,6 % + 0,9 % (Zusatzbeitrag)	einzel	735,94 Euro	
Pflegeversicherung			
Beitragsbemessungsgrenze	monatlich	4.687,50 Euro	
	jährlich	56.250,00 Euro	
Beitragssatz		3,05 % bzw. 3,3 % für Kinderlose	
monatlicher Höchstbeitrag		142,97 Euro bzw. 154,69 Euro	
bei Hilfebedürftigkeit mit Basistarif PVN		71,48 Euro	
monatlicher Höchstbeitrag		71,48 Euro	
Höchstbeitrag PVN	einzel	142,97 Euro	
	Ehegatten (150 %)	214,44 Euro	
	Ehegatten einzeln	107,22 Euro	
Höchstbeitrag PVB	einzel	57,18 Euro	
	Ehegatten (150 %)	85,77 Euro	
	Ehegatten einzeln	42,89 Euro	
bei Hilfebedürftigkeit mit Basistarif PVB		35,74 Euro	
Rentenversicherung			
Beitragsbemessungsgrenze	monatlich	6.900,00 Euro	6.450,00 Euro
	jährlich	82.800,00 Euro	77.400,00 Euro
Beitragssatz		18,60 %	
monatlicher Höchstbeitrag		1.283,40 Euro	1.199,70 Euro
monatlicher Höchstbeitrag		641,70 Euro	599,85 Euro
Arbeitslosenversicherung			
Beitragsbemessungsgrenze	monatlich	6.900,00 Euro	6.450,00 Euro
	jährlich	82.800,00 Euro	77.400,00 Euro
Beitragssatz		2,40 %	
monatlicher Höchstbeitrag		165,60 Euro	154,80 Euro
monatlicher Höchstbeitrag		82,80 Euro	77,40 Euro
Sonstige Werte			
Bezugsgröße § 18 SGB IV	monatlich	3.185,00 Euro	3.010,00 Euro
	jährlich	38.220,00 Euro	36.120,00 Euro
Geringverdienergrenze	monatlich	325,00 Euro	
Geringfügigkeitsgrenze	monatlich	450,00 Euro	

1.2 Die Kennzahlen der Gothaer Krankenversicherung AG

	Erläuterung	2018	2017
Eigenkapitalquote in % (EK-Quote)	Die EK-Quote gibt an, wie gut das Unternehmen mit Eigenkapital ausgestattet ist, d.h. wie hoch das Sicherheitspolster des KV-Unternehmens für den Fall eines unerwarteten Verlustes ist.	15,5 %	15,6 %
Überschussverwendungsquote in %	Die Quote gibt Auskunft darüber, wie viel vom wirtschaftlichen Gesamterfolg des Jahres an die Kunden weitergegeben wird.	89,8 %	88,2 %
RfB-Quote in %	Der RfB-Quote kann entnommen werden, wie viel Überschussmittel in naher Zukunft für beitragsentlastende Maßnahmen in Form von Beitragsreduzierungen, Milderung von Beitragsanpassungen bzw. Beitragsrückerstattung für die Versicherten zur Verfügung stehen.	34,8 %	28,7 %
RfB-Zuführungsquote in %	Die Quote verdeutlicht, wie viele Mittel der RfB im entsprechenden Jahr für die Finanzierung zukünftiger beitragsentlastender Maßnahmen bzw. für Beitragsrückerstattung zugeführt wurden.	13,6 %	11,4 %

Versicherungsgeschäftliche Ergebnisquote in %	Die Quote macht deutlich, wie viel von den eingenommenen Beiträgen nach Abzug der Aufwendungen für Schäden und Kosten übrig bleibt.	14,5 %	14,8 %
Verwaltungskostenquote in %	Die Verwaltungskostenquote zeigt die Höhe der Verwaltungskosten des Unternehmens im Verhältnis zu den verdienten Bruttobeiträgen.	2,6 %	2,7 %
Schadenquote in %	Der Schadenquote kann entnommen werden, in welchem Umfang die Beitragseinnahmen unmittelbar in Versicherungsleistungen und Alterungsrückstellungen fließen.	77,6 %	77,5 %
Abschlusskostenquote in %	Die Quote ist ein Maß für die Höhe der Abschlusskosten des Unternehmens – folglich bewirkt ein hohes Neugeschäft unmittelbar auch erhöhte Abschlusskosten.	5,2 %	5,1 %
Nettoverzinsung in %	Die Quote sagt aus, wie hoch die Nettoverzinsung der Kapitalanlagen ausgefallen ist.	3,9 %	3,9 %

	2018	2017
Beitragseinnahmen in Euro	841 Mio.	834 Mio.
Versicherte Personen gesamt	593.034	587.075
Versicherte Personen Vollversicherung	137.777	141.397
Versicherte Personen Ergänzungsversicherung	455.257	445.678

1.3 Kündigungstermine in der Voll- und Zusatzversicherung

Gesellschaft	Versicherungsjahr	Mindestvertragsdauer
Advigon	Kalenderjahr	1 Jahr
Allianz	Kalenderjahr	2 Jahre
Alte Oldenburger	Versicherungsjahr	2 Jahre
ARAG	Kalenderjahr	2 Jahre
AXA	Kalenderjahr	2 Jahre
Barmenia	Versicherungsjahr	2 Jahre
die Bayerische	Kalenderjahr	1 Jahr
Versicherungskammer Bayern	Kalenderjahr	2 Jahre
Central	Kalenderjahr	2 Jahre
Concordia	Kalenderjahr	2 Jahre
Continentale	Versicherungsjahr	1 Jahr
Debeka	Versicherungsjahr	1 Jahr
DEVK	Kalenderjahr	1 Jahr
DKV	Kalenderjahr	2 Jahre
Envivas	Kalenderjahr	2 Jahre
ERGO Direkt	Ohne Frist zum Ende jeden Monats	0 Jahre
Gothaer	Kalenderjahr	2 Jahre
Hallesche	Versicherungsjahr	2 Jahre
HanseMercur	Kalenderjahr	2 Jahre
HUK-Coburg	Kalenderjahr	1 Jahr
Inter	Versicherungsjahr	1 Jahr
Janitos	Versicherungsjahr	2 Jahre
LKH	Kalenderjahr	2 Jahre
LVM	Kalenderjahr	2 Jahre
Münchener Verein	Kalenderjahr	2 Jahre
Nürnberger	Kalenderjahr	2 Jahre
Ottanova	Kalenderjahr	2 Jahre
Pax-Familienfürsorge	Kalenderjahr	1 Jahr
Provinzial KV AG	Kalenderjahr	2 Jahre
SDK	1. Jahr bis 30.06., dann 01.07. bis 30.06.	2 Jahre
Signal Iduna	Versicherungsjahr	2 Jahre
UKV	Kalenderjahr	2 Jahre
Universa	Versicherungsjahr	2 Jahre
Vigo	Versicherungsjahr	2 Jahre
Württembergische	Kalenderjahr	2 Jahre

- Kündigung der Zusatzversicherungstarife zum Ende des Versicherungsjahres.
- Kündigung der Vollversicherungstarife 3 Monate zum Ende des Versicherungsjahres.

Alle Angaben ohne Gewähr

2. Die Gothaer Krankenversicherung schafft Lösungen

2.1 PKV – heute und in Zukunft

Deutschland hat ein hervorragendes Gesundheitssystem:

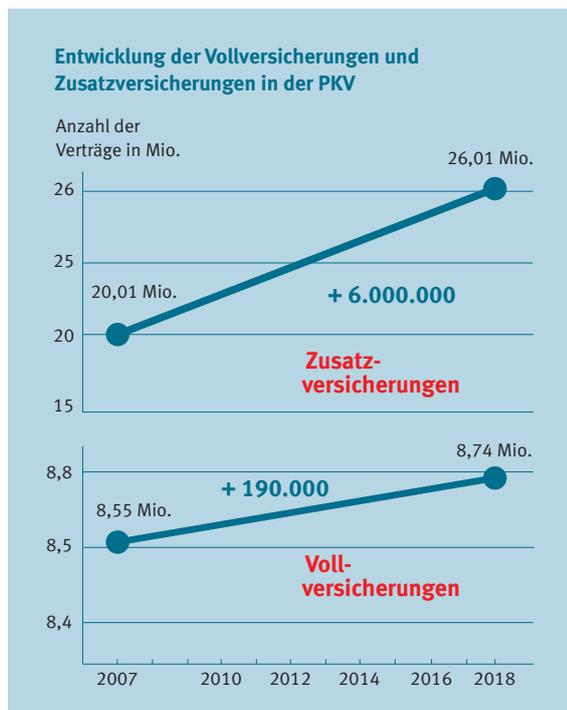
- Freie Arztwahl
- Relativ kurze Wartezeiten
- Medizinischer Fortschritt für alle

Diese Leistungsstärke beruht nicht zuletzt auf dem Zwei-Säulen-Modell aus Privater und Gesetzlicher Krankenversicherung. Die Existenz beider Versicherungssysteme garantiert Vielfalt und sichert den Wettbewerb um die beste medizinische Versorgung.

Viele Menschen vertrauen der PKV – sowohl in der Vollversicherung als auch in der Zusatzversicherung.

Insgesamt besitzen in Deutschland rund 9 Mio. Personen eine private Vollversicherung und darüber hinaus rund 26,01 Mio. eine private Zusatzversicherung. Tendenz steigend.

Für die Menschen in Deutschland bedeutet das duale Gesundheitssystem, dass die Absicherung der Gesundheit grundsätzlich entsprechend persönlicher Versorgungswünsche und Lebensumstände vorgenommen werden kann. Sei es zum Beispiel als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse mit privater Zusatzversicherung oder – wenn möglich – als PKV-Kunde mit einer Vollversicherungslösung. Jeder, der sich Gedanken über einen möglichst optimalen Krankenversicherungsschutz macht, sollte für sich das Pro & Contra der beiden Systeme abwägen.



Quelle: PKV-Verband 2019

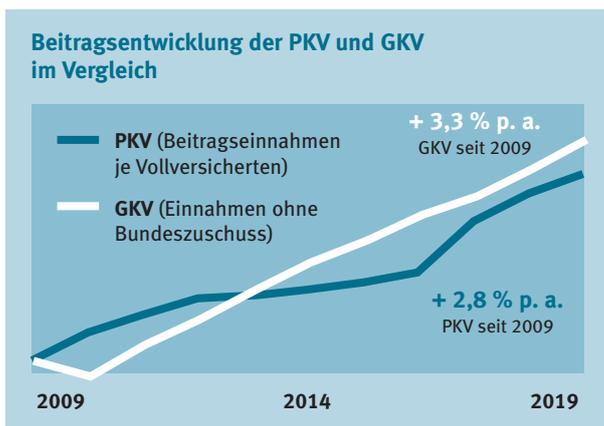


Quelle: Allensbach 2014

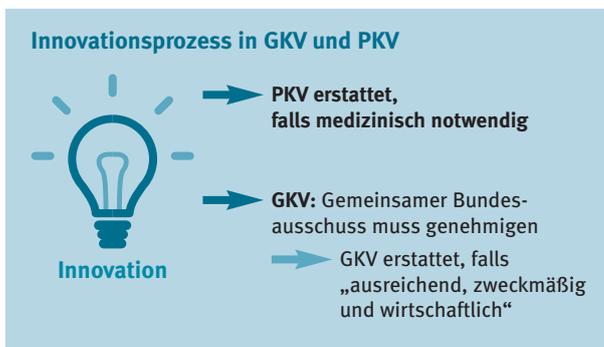
Die Stärken der PKV:

- Die PKV: Ein nachhaltiges, auf die demografische Entwicklung ausgerichtetes System.
- Generationengerechtigkeit durch Bildung von erheblichen Mitteln in die Alterungsrückstellungen.
- Garantierte Leistungen über die gesamte Vertragslaufzeit; keine einseitige Kürzung von vereinbarten Leistungen.
- Individuelle Gestaltung des Versicherungsumfangs.
- Eigene Lösungen für Beamte mit Beihilfeberechtigung.
- Keine Zuzahlungen bei verschreibungspflichtigen Medikamenten.
- Durch das Kostenerstattungsprinzip der PKV sind Patienten und Ärzte direkte Vertragspartner, so dass die Behandlungsmethoden selbst durch den Patienten vereinbart werden können.
- Ein PKV-Kunde hat eine freie Arzt- und Krankenhauswahl. Auch ein Arztwechsel ist jederzeit möglich.
- Leistungsgerechte Honorierung von medizinischen Leistungen, zum Beispiel Behandlungen durch Chefarzte oder neue Behandlungsmethoden, ermöglichen mehr Qualität und Weiterentwicklung im Gesundheitswesen.
- Vereinbarung einer hohen Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit möglich.
- PKV-Beiträge sind im Rahmen der Steuererklärung absetzbar.
- Finanzierung der PKV-Leistungen ist frei von Bundeszuschüssen (im Gegensatz zur GKV).
- Beiträge können gerade in jungen Jahren im Vergleich zur GKV deutlich günstiger sein. Und das bei meist wesentlich besseren Leistungen.

Empfehlen Sie Ihren Kunden, einen Teil der eingesparten Beiträge gewinnbringend für später anzulegen. So profitiert Ihr Kunde doppelt: Zum einen vom individuellem privaten Krankenversicherungsschutz und zum anderen von der Vorsorge für das Alter.



Quelle: Berechnungen des WIP auf folgender Datenbasis: GKV: BMG (Versicherte: KM6-Statistik, Einnahmen: KF18Bund; 2018 und 2019 jeweils extrapoliert lt. Schätzerkreis des BVA). PKV: BaFin Nw230 (Beitragseinnahmen KKV), PKV-Statistik 4 (Vollversicherte PKV; Beihilfeberechtigte zu 40 %), 2018 und 2019 extrapoliert



Das Leistungsprofil der GKV:

- GKV-Leistungen und Beiträge hängen im großen Maße von politischen Entscheidungen ab, z. B. Vorgabe eines allgemeinen Beitragssatzes durch den Gesetzgeber und Einführung von Zusatzbeiträgen.
- Jährliche Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze führt bei freiwillig Versicherten automatisch zu höheren Beiträgen.
- Behandlungen der Kassenärzte unterliegen oft standardisierten Abläufen.
- Ist für eine Leistung ein Festbetrag festgesetzt, erfüllt die Krankenkasse ihre Leistungspflicht nur mit dem Festbetrag.
- Einseitige Kürzung der medizinischen Leistungen möglich, zumeist in Bereichen, die hohe Kosten verursachen (z. B. Leistungen für Sehhilfen).
- Keine Kostenerstattung für Chefarztbehandlung bei stationärer Krankenhausbehandlung.
- GKV leistet nur für Krankenhausbehandlung im Mehrbettzimmer – stationärer Aufenthalt im Ein- oder Zweibettzimmer ist mit hohen Zusatzkosten verbunden.
- Individuelle Zuzahlungen zu medizinischen Leistungen, z. B. Zahnersatz, Sehhilfen, Eigenanteil im Krankenhaus.
- Zusatzbeiträge in der GKV möglich.
- Keine BRE-Auszahlung bei Leistungsfreiheit.
- In der GKV gilt in der Regel das Sachleistungsprinzip. Hierbei sind Arzt und Krankenkasse Vertragspartner und der Patient hat kaum Wahlmöglichkeiten bezüglich der Behandlungsmethode.

Leistungsprofile	
PKV	GKV
<ul style="list-style-type: none"> • Freie Wahl unter allen ambulant tätigen Ärzten • Status als Privatpatient (u. a. rasche Terminvergabe, kurze Wartezeiten) 	 <ul style="list-style-type: none"> • Versorgung durch Kassenärzte • Überweisungsvorbehalt bei bestimmten Behandlungsfällen
<ul style="list-style-type: none"> • alle zugelassenen Arzneimittel • Erstattung in Höhe der tatsächlichen Preise 	 <ul style="list-style-type: none"> • nicht rezeptpflichtige Arzneimittel nur in Ausnahmefällen • keine Leistung bei geringfügigen Gesundheitsstörungen • Rabattverträge legen erstattungsfähige Medikamente fest • Erstattung meist durch Festbeträge begrenzt
<ul style="list-style-type: none"> • Freie Krankenhauswahl • oft Chefarztbehandlung • oft Ein- oder Zweibettzimmer 	 <ul style="list-style-type: none"> • in der Regel ärztlicher Einweisungsvorbehalt • Arzt gibt auf der Einweisung die zwei nächstgelegenen und geeigneten Krankenhäuser an • kein Anspruch auf Behandlung durch bestimmten Arzt • Mehrbettzimmer

Quelle: pkv.de; Infografik Leistungsvergleich

Freie Arztwahl	
PKV	GKV
<ul style="list-style-type: none"> • alle Kassen- und Privatärzte • auch ambulant tätige Krankenhausärzte • Direktzugang zu Fachärzten ohne Überweisung • Arztwechsel jederzeit möglich • Ausland: Europa und (begrenzt) weltweit 	 <p style="text-align: center;">ambulant</p> <ul style="list-style-type: none"> • nur Kassenärzte • eingeschränkte ambulante Leistungen im Krankenhaus • Überweisungsvorbehalt bei bestimmten Behandlungsfällen • Budgets erschweren Terminabsprache • Ausland: nur EU/Europäischer Wirtschaftsraum und Länder mit Sozialabkommen
<ul style="list-style-type: none"> • freie Wahl unter allen öffentlichen und privaten Kliniken • Ausland: Europa und (begrenzt) weltweit 	 <p style="text-align: center;">stationär</p> <ul style="list-style-type: none"> • in der Regel ärztlicher Einweisungsvorbehalt • Arzt gibt auf Einweisung die zwei nächstgelegenen und geeigneten Krankenhäuser an • Ausland: nur EU/Europäischer Wirtschaftsraum und Länder mit Sozialabkommen

Quelle: pkv.de; Infografik Arztwahl

2.2 Die Gothaer Krankenversicherung – Ihr starker Partner

Wer sich für eine private Vollversicherung entscheidet, kann aus dem umfangreichen Leistungspaket der Gothaer die für sich passende Lösung wählen. Mit den Produkten der Gothaer Krankenversicherung (GKR) sind Ihre Kunden rundum abgesichert.

Die Vollversicherungen der GKR bieten:

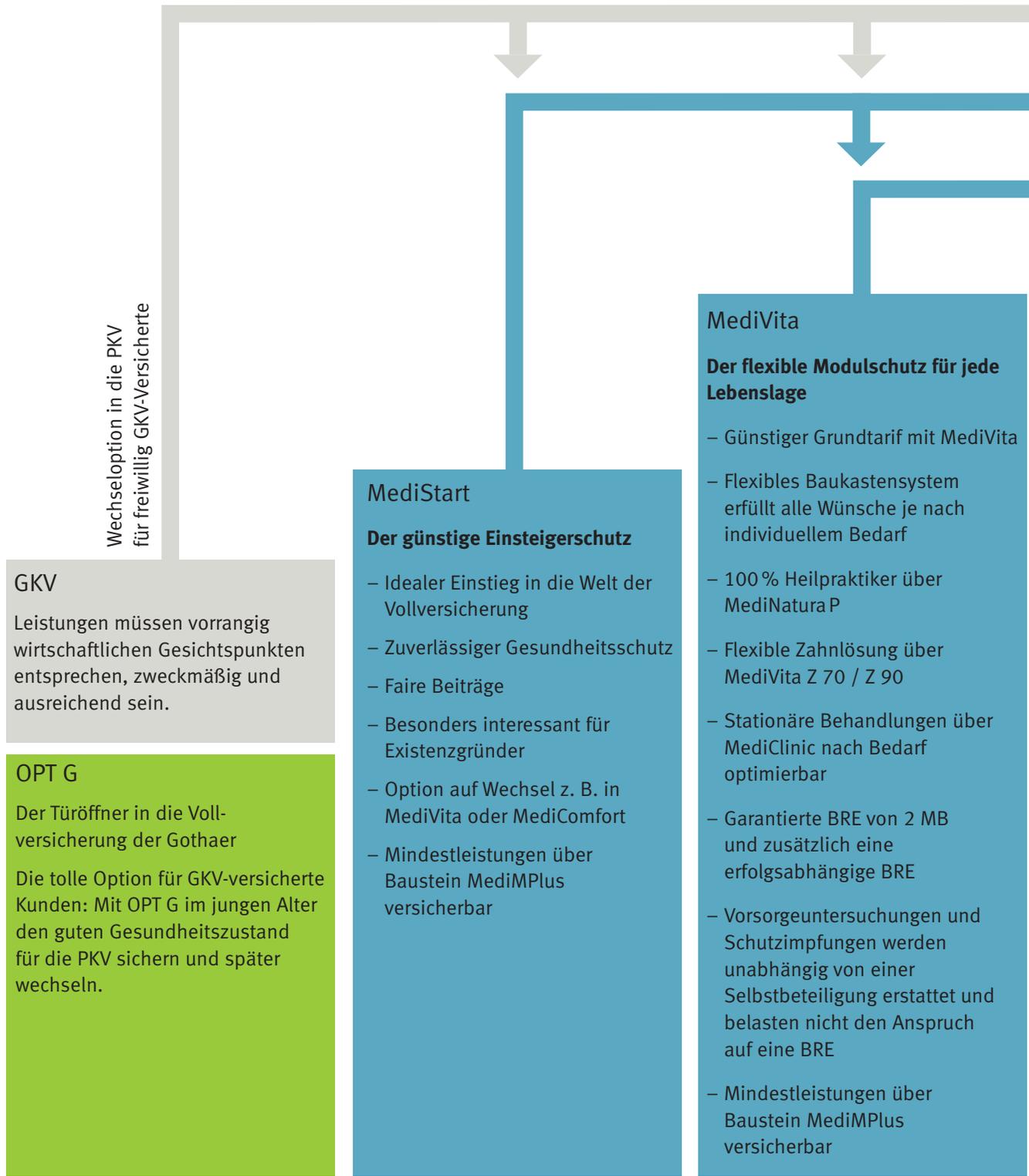
- Optimales Preis-/Leistungsverhältnis
- Umfassendes Gesundheitsmanagement, das dem Kunden im Krankheitsfall zur Seite steht
- Freie Arzt- und Krankenhauswahl
- Bedarfsgerechte und individuelle Lösungen für alle Ansprüche und Lebenslagen
- Hervorragende Servicestandards bei Policierung und Leistungsbearbeitung
- Beitragsrückerstattung (BRE) bei Leistungsfreiheit (je nach Tarif)

Das Produktangebot der GKR reicht

- vom Einstiegtarif MediStart 1,
- über den flexiblen Modulschutz MediVita,
- bis hin zum Komfortschutz MediComfort mit hoher garantierter Beitragsrückerstattung
- oder dem umfassenden Maximalschutz MAX mit hohen Tarifleistungen.

Darüber hinaus bietet die GKR diverse moderne und bedarfsgerechte Zusatzversicherungen – als sinnvolle Ergänzung zur Voll- oder zur gesetzlichen Krankenversicherung.

Mit den Leistungen einer privaten Zusatzversicherung können hohe Zuzahlungen z. B. für Behandlungen im Krankenhaus, beim Zahnarzt oder im Pflegefall vermieden werden.



GKV

Leistungen müssen vorrangig wirtschaftlichen Gesichtspunkten entsprechen, zweckmäßig und ausreichend sein.

OPT G

Der Türöffner in die Vollversicherung der Gothaer
 Die tolle Option für GKV-versicherte Kunden: Mit OPT G im jungen Alter den guten Gesundheitszustand für die PKV sichern und später wechseln.

MediStart

Der günstige Einsteigerschutz

- Idealer Einstieg in die Welt der Vollversicherung
- Zuverlässiger Gesundheitsschutz
- Faire Beiträge
- Besonders interessant für Existenzgründer
- Option auf Wechsel z. B. in MediVita oder MediComfort
- Mindestleistungen über Baustein MediMPlus versicherbar

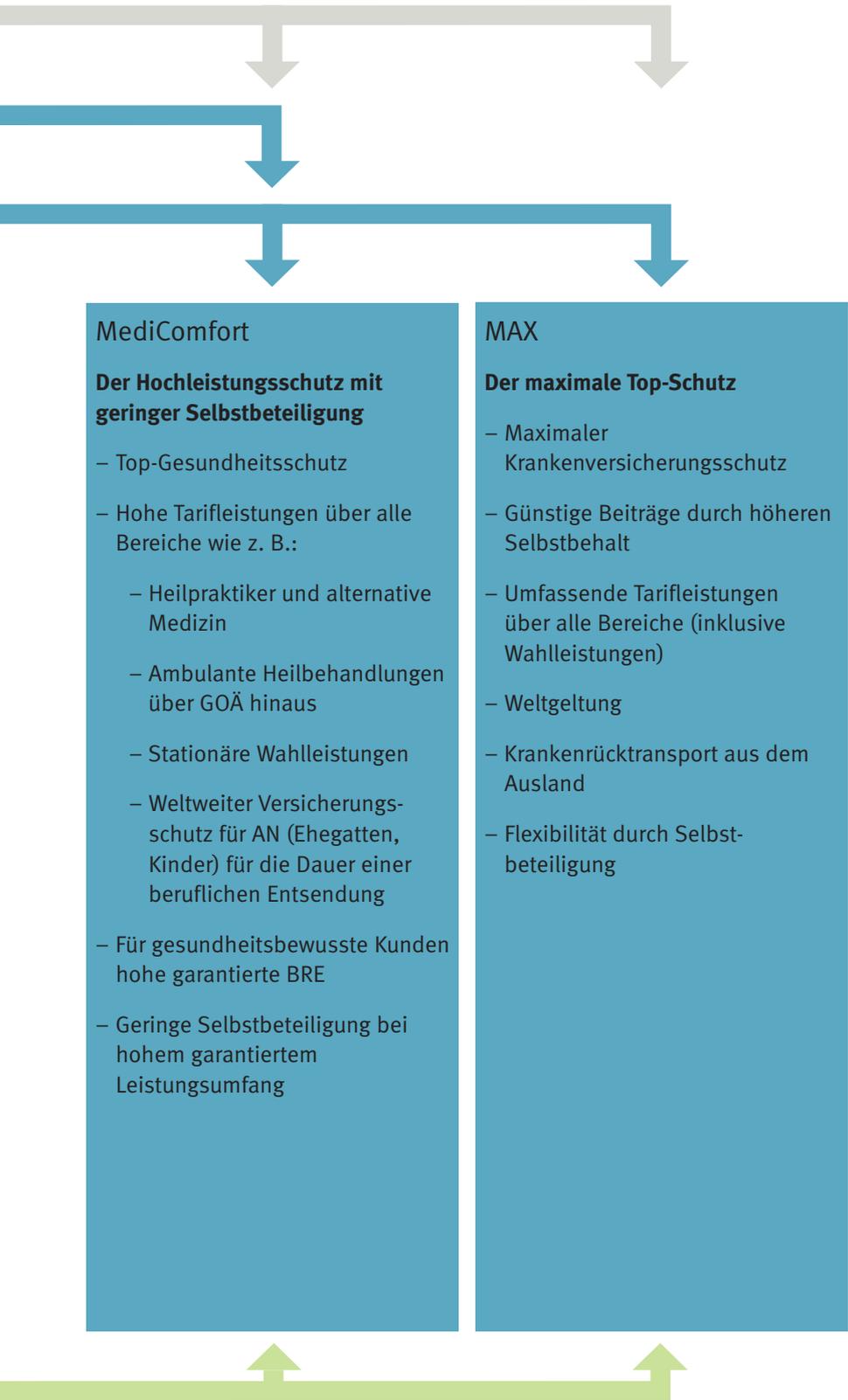
MediVita

Der flexible Modulschutz für jede Lebenslage

- Günstiger Grundtarif mit MediVita
- Flexibles Baukastensystem erfüllt alle Wünsche je nach individuellem Bedarf
- 100 % Heilpraktiker über MediNatura P
- Flexible Zahnlösung über MediVita Z 70 / Z 90
- Stationäre Behandlungen über MediClinic nach Bedarf optimierbar
- Garantierte BRE von 2 MB und zusätzlich eine erfolgsabhängige BRE
- Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen werden unabhängig von einer Selbstbeteiligung erstattet und belasten nicht den Anspruch auf eine BRE
- Mindestleistungen über Baustein MediMPlus versicherbar

OPT G: Wechseloption in die Gothaer PKV ohne erneute Gesundheitsprüfung

**Unser Tipp:
 Mit MediVita top versichert**



2.3 Mit der Gothaer Lücken der GKV schließen

Die Ergänzungsprodukte für **GKV-Versicherte** schließen die Lücken der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und gehen auf die Bedürfnisse Ihrer Kunden ein.

Lücken bzw. Eigenanteil in der GKV	Produktlösung der Gothaer Krankenversicherung
Ambulant	
Arznei- und Verbandmittel Eigenanteil: 10 % des Abgabepreises, mindestens 5 Euro, maximal 10 Euro pro Arzneimittel (liegen die Kosten unter 5 Euro, wird der tatsächliche Preis gezahlt)	Gothaer MediAmbulant – 100 % der gesetzlichen Zuzahlungen
Sehhilfen (Brillen und Kontaktlinsen) Eigenanteil: 100 %, da im Regelfall keine Leistungen durch die GKV. (Ausnahme: Kinder, Jugendliche bis 18 Jahre sowie bei schwerer Sehbeeinträchtigung)	Gothaer MediAmbulant – 100 % für Sehhilfen (Brillen und Kontaktlinsen) bis zu 120 Euro pro Kalenderjahr
Heilmittel Eigenanteil: 10 % der Kosten + 10 Euro Zuzahlung für die Verordnung	Gothaer MediAmbulant – 100 % der gesetzlichen Zuzahlungen
Hilfsmittel Eigenanteil: 10 % des Abgabepreises, mindestens 5 Euro, maximal 10 Euro (liegen die Kosten unter 5 Euro, wird der tatsächliche Preis gezahlt)	Gothaer MediAmbulant – 100 % der gesetzlichen Zuzahlungen
Fahrkosten Eigenanteil: 10 %, mindestens 5 Euro, maximal 10 Euro pro Fahrt. Fahrkosten werden bei ambulanter Behandlung nur in besonderen Ausnahmefällen nach vorheriger Genehmigung von der GKV übernommen	Gothaer MediAmbulant – 100 % der gesetzlichen Zuzahlungen für Hin- und Rückfahrten zu / von einer ambulanten Behandlung, wenn diese von der GKV genehmigt wurden
Behandlungen durch Heilpraktiker / Naturheilverfahren Im Regelfall keine Leistungen durch die GKV	Gothaer MediAmbulant – 80 % für Heilbehandlungen durch Heilpraktiker (GebüH) inkl. Arzneimittel sowie Naturheilverfahren durch Ärzte (Hufelandverzeichnis) bis zu einem Erstattungsbetrag von 1.000 Euro pro Kalenderjahr
Vorsorge Medizinische Vorsorgeleistungen, um Krankheiten rechtzeitig zu erkennen und zu verhindern, werden längst nicht alle von der GKV übernommen	Gothaer MediPrävent Basis – 100 % für ärztliche ambulante Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen insgesamt bis 200 Euro p.a.; darin enthalten maximal 50 Euro p.a. für Fitnessstudio Gothaer MediPrävent Premium – 100 % für ärztliche ambulante Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen insgesamt bis 500 Euro p.a. – 100 % für ärztlich empfohlene, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel bis 50 Euro p.a. – 100 Euro p.a. für Präventionskurse und Fitnessstudio, wobei für das Fitnessstudio maximal 50 Euro p.a. gezahlt wird. Die Gesamtleistung aus MediPrävent Premium beträgt 500 Euro p.a. Gothaer MediPrävent Aktiv (nur für GKV-Versicherte der Knappschaft) – 100 % für ärztliche ambulante Vorsorgeuntersuchungen und Zahnprophylaxemaßnahmen insgesamt bis 200 Euro p.a.; darin enthalten maximal 50 Euro p.a. für Fitnessstudio

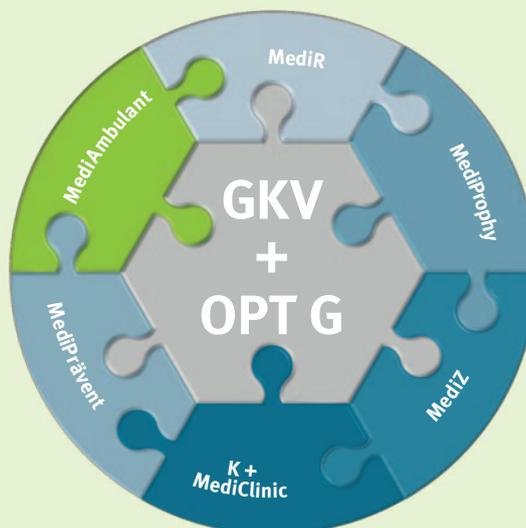
Lücken bzw. Eigenanteil in der GKV	Produktlösung der Gothaer Krankenversicherung
Stationär	
<p>Krankenhausbehandlung 10 Euro Eigenanteil täglich für maximal 28 Tage im Kalenderjahr</p>	<p>Gothaer K Krankentagegeld individuell abschließbar (mind. 5 Euro pro Tag) z. B. für die Begleichung des gesetzlichen Eigenanteils bei einem stationären Aufenthalt</p>
<p>Unterbringung und ärztliche Versorgung Leistung der GKV: Unterbringung im Mehrbettzimmer und Versorgung durch den diensthabenden Arzt</p> <p>Ein- oder Zweibettzimmer und Chefarztbehandlung werden von der GKV nicht übernommen</p>	<p>Gothaer MediClinic Premium / MediClinic Plus / MediClinic S Premium / MediClinic S Plus</p> <ul style="list-style-type: none"> – 100 % nach Vorleistung des Hauptversicherungsträgers für Unterkunft, Verpflegung und Behandlung im Krankenhaus als allgemeine Krankenhausleistung – 100 % für die Unterbringung bei Premium im Ein- oder Zweibettzimmer, bei Plus im Zweibettzimmer (Einbettzimmer bei Unfall) – 100 % für gesondert berechnete privatärztliche Leistungen, auch über den Rahmen der gültigen Gebührendordnung hinaus – 100 % der gesetzlichen Zuzahlung bei stationärer Behandlung – 100 % der Kosten für ambulante Operationen, inklusive der Vor- und Abschlussuntersuchung – 100 % nach Vorleistung des Hauptversicherungsträgers für den Transport im Krankenwagen oder im Notfallrettungsdienst (auch mit dem Hubschrauber) zur stationären Behandlung sowie für die gesetzliche Zuzahlung – 100 % der zusätzlichen Unterkunfts- und Verpflegungskosten einer Begleitperson bei Rooming-in <p>Gothaer MediClinic Basis Stationär bei Unfall:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 100 % nach Vorleistung eines privaten oder gesetzlichen Versicherungsträgers für Unterkunft, Verpflegung und Behandlung im Krankenhaus als allgemeine Krankenhausleistung – 100 % für die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer – 100 % für gesondert berechnete privatärztliche Leistungen, auch über den Rahmen der gültigen Gebührendordnung hinaus – 100 % der gesetzlichen Zuzahlung bei stationärer Behandlung – 100 % der Kosten für ambulante Operationen, inklusive der Vor- und Abschlussuntersuchung – 100 % nach Vorleistung eines privaten oder gesetzlichen Versicherungsträgers für den Transport im Krankenwagen oder im Notfallrettungsdienst (auch mit dem Hubschrauber) zur stationären Behandlung sowie für die gesetzliche Zuzahlung – 100 % der zusätzlichen Unterkunfts- und Verpflegungskosten einer Begleitperson bei Rooming-in
Tarifmerkmale	<p>MediClinic S Premium, MediClinic S Plus, MediClinic Basis: Stationäre Ergänzungstarife nach Art der Schadenversicherung ohne Alterungsrückstellung.</p>

Lücken bzw. Eigenanteil in der GKV	Produktlösung der Gothaer Krankenversicherung
<p>Zahn</p> <p>Zahnbehandlung, Zahnersatz, Prophylaxe</p> <p>In der GKV wird für Zahnersatz unabhängig von der gewählten Versorgungsform und den tatsächlich entstandenen Kosten nur ein befundbezogener Festzuschuss gezahlt. Dieser Festzuschuss beträgt 50 Prozent der festgesetzten Regelversorgung. Bei regelmäßiger Vorsorge erhöht sich der Festzuschuss auf 60 Prozent bzw. 65 Prozent der Regelversorgung. Je hochwertiger die gewählte Versorgung ist, desto größer ist der verbleibende Eigenanteil.</p> <p>Bestimmte Zahnbehandlungs- oder Prophylaxemaßnahmen werden von der GKV gar nicht übernommen oder nur zu einem Teil bezuschusst.</p>	<p>Gothaer MediZ Duo</p> <p>Zusammen mit der Vorleistung der GKV für Zahnersatz, einschließlich Zahnkronen, Implantate und Inlays</p> <ul style="list-style-type: none"> – 100 % für Zahnersatz, wenn ausschließlich eine Regelversorgung beansprucht wird – 90 % für Zahnersatz im Rahmen privat Zahnärztlicher Versorgung – 70 % für Zahnersatz, wenn die GKV keine Vorleistung erbringt und die Ablehnung der GKV nachgewiesen wird – 50 % für Zahnersatz, wenn weder eine Vorleistung noch ein Ablehnungsvermerk der GKV nachgewiesen wird <p>In den ersten zwei bzw. drei Versicherungsjahren gelten Höchstsätze für Zahnersatz.</p> <ul style="list-style-type: none"> – 100 % für Zahnbehandlung zusammen mit der Vorleistung der GKV, z. B. für Kunststofffüllungen, Leistungen bei Erkrankung der Mundschleimhaut und des Parodontiums; 70 %, wenn die GKV nicht vorleistet – 100 % für Zahnprophylaxe; professionelle Zahnreinigung bis zu 150 Euro pro Kalenderjahr – 100 % für Kieferorthopädie bei Erwachsenen infolge eines Unfalls bis 2.000 Euro je Versicherungsfall – 100 % für Maßnahmen zur Schmerz- und Angstlinderung, wie Narkose, Akupunktur, Sedierung (Dämmer-schlaf), Hypnose bis 250 Euro je Versicherungsjahr <p>Gothaer MediZ Premium</p> <p>Unter Anrechnung der Vorleistung durch die GKV für Zahnersatz, einschließlich Zahnkronen, Implantate und Inlays</p> <ul style="list-style-type: none"> – 100 % im Rahmen der Regelversorgung – 85 oder 90 % (je nach regelmäßig betriebener Vorsorge) bei privat Zahnärztlicher Versorgung <p>In den ersten vier Versicherungsjahren gelten Höchstsätze.</p> <ul style="list-style-type: none"> – 100 % für Kieferorthopädie bei Kindern und Jugendlichen bis maximal 300 Euro pro Jahr <p>Gothaer MediZ Plus / MediDent</p> <p>Unter Anrechnung der Vorleistung durch die GKV für Zahnersatz, einschließlich Zahnkronen, Implantate und Inlays</p> <ul style="list-style-type: none"> – 100 % im Rahmen der Regelversorgung – 70, 75 oder 80 % (je nach regelmäßig betriebener Vorsorge) bei privat Zahnärztlicher Versorgung <p>In den ersten drei Versicherungsjahren gelten Höchstsätze.</p> <p>Gothaer MediZ Basis</p> <p>Unter Anrechnung der Vorleistung durch die GKV für Zahnersatz, einschließlich Zahnkronen, Implantate und Inlays</p> <ul style="list-style-type: none"> – 100 % im Rahmen der Regelversorgung – 50, 55 oder 60 % (je nach regelmäßig betriebener Vorsorge) bei privat Zahnärztlicher Versorgung <p>In den ersten drei Versicherungsjahren gelten Höchstsätze.</p>

Lücken bzw. Eigenanteil in der GKV	Produktlösung der Gothaer Krankenversicherung
Zahn	<p>Gothaer MediProphy</p> <ul style="list-style-type: none"> – 100 % für Zahnbehandlung nach Vorleistung der GKV; 80 %, wenn die GKV nicht vorleistet – 100 % für Zahnprophylaxe; professionelle Zahnreinigung bis zu 100 Euro pro Kalenderjahr <p>Gothaer MediProphy Basis</p> <ul style="list-style-type: none"> – 100 % für Zahnbehandlungs- und Zahnprophylaxemaßnahmen insgesamt bis 200 Euro innerhalb von zwei Kalenderjahren
Tarifmerkmale	<p>MediDent: Zahnergänzungstarif, bei dem Alterungsrückstellungen gebildet werden, so dass es dadurch nicht zu Beitragssteigerungen aufgrund des eigenen Alterwerdens kommt.</p>
Vorübergehende Auslandsreise	<p>Die gesetzliche Krankenversicherung leistet in der Regel nur für Behandlungen in einem Staat der EU, des europäischen Wirtschaftsraumes, der Schweiz oder einem Land, mit dem ein Sozialversicherungsabkommen getroffen wurde. Aber auch dann entsprechen die GKV-Leistungen oft nicht den Leistungen für Heilbehandlungen in Deutschland. Medizinisch notwendige Rücktransporte werden gar nicht übernommen.</p>
	<p>Gothaer MediR</p> <ul style="list-style-type: none"> – 100 % der Kosten für ärztliche Behandlungen inkl. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel – 100 % des Eigenanteils für einen medizinisch sinnvollen und vertretbaren Krankenrücktransport einschließlich der Kosten für eine medizinisch notwendige Begleitperson – 100 % für Such-, Rettungs- und Bergungskosten bis zu einem Höchstsatz von 5.000 EUR

**Denken Sie auch daran:
OPT G öffnet die Tür in die Vollversicherung**

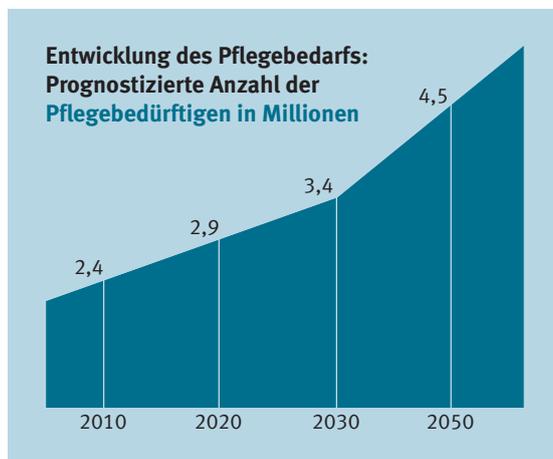
**Fazit:
Mit Gothaer Lücken der GKV
schließen!**



2.4 Private Pflegeversicherung – Elementarer Bestandteil der Altersvorsorge

Pflege – ein Thema für jeden

Unfall- oder krankheitsbedingt kann man jederzeit zum Pflegefall werden. In Deutschland erhalten zurzeit rund 2,9 Mio. Menschen Leistungen aus der Pflegeversicherung (inkl. Demenzleistungen). Und die Zahl wächst. 2030 werden es schon prognostizierte 3,4 Mio. Menschen sein. Leider reichen die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung (SPV) bzw. privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) bei weitem nicht aus, um die anfallenden Kosten zu decken.



Quelle: Statistisches Bundesamt

Beispiele:

Beispiel 1: Bundesweit durchschnittliche Kosten für Pflege zu Hause durch professionellen Pflegedienst – ohne Demenz

Bei Pflegegrad 2

Durchschnittliche Gesamtkosten*	1.000 Euro/Monat
Gesetzliche Leistungen der SPV/PPV	689 Euro/Monat
Verbleibender Eigenanteil	311 Euro/Monat

* Quelle: Pflege Mini VIP (116375 Stand 01.2017)

Die durchschnittlichen Kosten von 1.000 Euro decken z. B. gerade einmal die Anfahrt, eine Ganzkörperwäsche, Hilfe beim Frühstück, beim Anziehen und beim Toilettengang ab. Wer auch noch Hilfe beim Einkaufen, Fahrten zum Arzt oder weitere Mahlzeiten am Tag – dies auch am Wochenende – benötigt, muss je nach Anbieter und Region deutlich mehr bezahlen.

Beispiel 2: Bundesweit durchschnittliche Kosten für vollstationäre Pflege im Pflegeheim

Bei Pflegegrad 3

Durchschnittliche Gesamtkosten*	2.963 Euro/Monat
Gesetzliche Leistungen der SPV/PPV	1.262 Euro/Monat
Verbleibender Eigenanteil	1.701 Euro/Monat

* Kosten Pflege im Heim: Pflegeeinrichtungsdatenbank der PKV (Stand August 2016)
unter Berücksichtigung der Zahlen der Deutschen Stiftung Patientenschutz (neuer Pflegesatz 2017)

Beispiel 3: Bundesweit durchschnittliche Kosten für vollstationäre Pflege im Pflegeheim

Bei Pflegegrad 4

Durchschnittliche Gesamtkosten*	3.571,30 Euro/Monat
Gesetzliche Leistungen der SPV/PPV	1.775 Euro/Monat
Verbleibender Eigenanteil	1.796,30 Euro/Monat

* Kosten Pflege im Heim: Pflegeeinrichtungsdatenbank der PKV (Stand August 2016)
unter Berücksichtigung der Zahlen der Deutschen Stiftung Patientenschutz (neuer Pflegesatz 2017)
Heimkosten inklusive Investitionskosten (z. B. Unterkunft und Verpflegung von 629 Euro)

Wer zahlt die anfallenden Pflegekosten?

Leistungen der Pflegeversicherung	Vermögen des Pflegebedürftigen	Sozialamt	Vermögen der Kinder
<ul style="list-style-type: none"> • Die gesetzliche Pflegeversicherung leistet monatlich einen festen Beitrag • Diese Leistungen reichen jedoch bei weitem nicht aus, um die im Pflegefall anfallenden Kosten zu decken • Insgesamt finanziert die SPV/PPV zusammen nur mit 56,6 % der Pflegeausgaben 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Betroffenen müssen einen hohen Eigenanteil zahlen • Trotz guter Rente reicht das Vermögen des Pflegebedürftigen meist nicht aus 	<ul style="list-style-type: none"> • Das Sozialamt zahlt den Großteil des verbliebenen Eigenanteils 	<ul style="list-style-type: none"> • Kinder müssen mit ihrem Vermögen die Pflegekosten der Eltern mitfinanzieren bzw. können unterhaltspflichtig sein, wenn ihr Nettoeinkommen einen – je nach Familienstand unterschiedlichen – gesetzlich festgelegten Selbstbehalt überschreitet. Beispiel nach Düsseldorfer Tabelle 2018: Monatlicher Familienselbstbehalt = 3.240 Euro.
<p>Eine private Vorsorge ist somit unumgänglich, um sein eigenes sowie das Vermögen seiner Kinder zu schützen und im Pflegefall bestmöglich abgesichert zu sein.</p>			

Kinder haften für Ihre Eltern

Mit einer Pflegeergänzungsversicherung der Gothaer Krankenversicherung können Ihre Kunden rechtzeitig vorsorgen.

Der **Pflegetarif Gothaer MediPG** bietet:

- Bestmögliche finanzielle Absicherung im Pflegefall
- Flexible Ausrichtung und Anpassung an individuelle Bedürfnisse
- Leistung bereits bei geringer Pflegebedürftigkeit
- Pflegetagegeld bei kurzer Pflegedauer nach Unfall (Soforthilfe)
- Hohe Leistung bei stationärer Kurzzeitpflege
- Keine Wartezeiten
- Beitragsbefreiung ab Pflegegrad 2

Details zu den Pflegeergänzungsversicherungen der Gothaer finden Sie ab Seite 83.

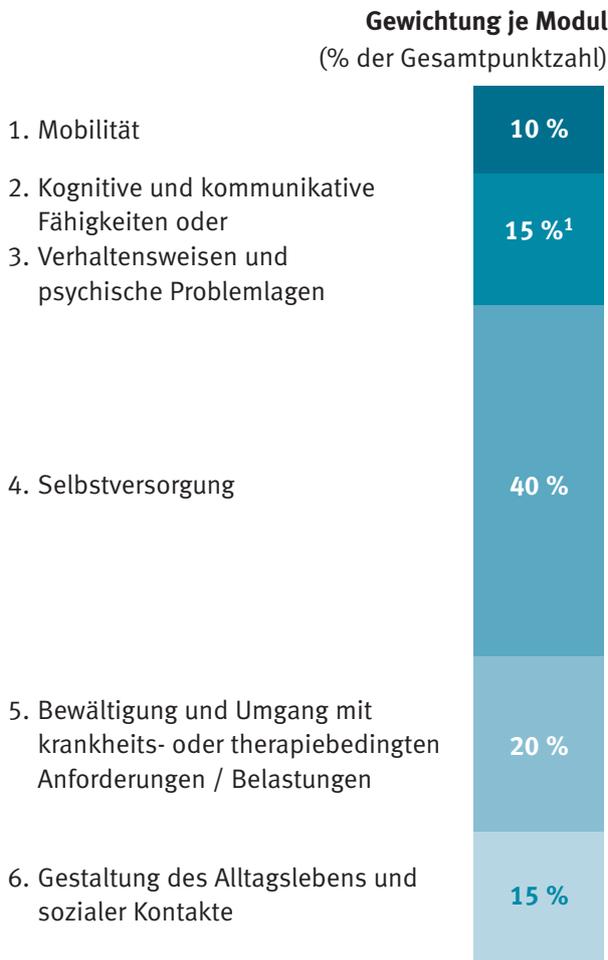
Material zur Vertriebsunterstützung einer Pflegeversicherung

- Der Gothaer **„Pflege-Check“** zeigt Ihren Kunden schnell die hohen Kosten im Pflegefall auf und bietet die passende Lösung gegen dieses finanzielle Risiko an. Die Checkliste mit der Druckstücknummer 116376 (Maklervertrieb: 116375) können Sie bestellen oder ausdrucken.
- Praktischer Beratungsprospekt **„VIB-Pflege“** (116377).
- Außerdem bietet die Kundenbroschüre **„Pflegeratgeber“** (Druckstücknummer 113195) vielfältige Informationen zu Beantragungsverfahren, finanzielle Möglichkeiten, Tipps zur Alltagsbewältigung oder auch Rechtsfragen.
- Online-Schulungen zur gesetzlichen und privaten Pflegeversicherung im GoTrain-eLearning-Portal über www.gothaer.de/gotrain; Bereich **„Fachliche Kompetenzen“** (Weiterbildungspunkte können hier generiert werden).

Der vom Medizinischen Dienst bescheinigte Pflegegrad ist Grundlage für die Höhe der Leistung aus einer Pflegeversicherung der Gothaer.

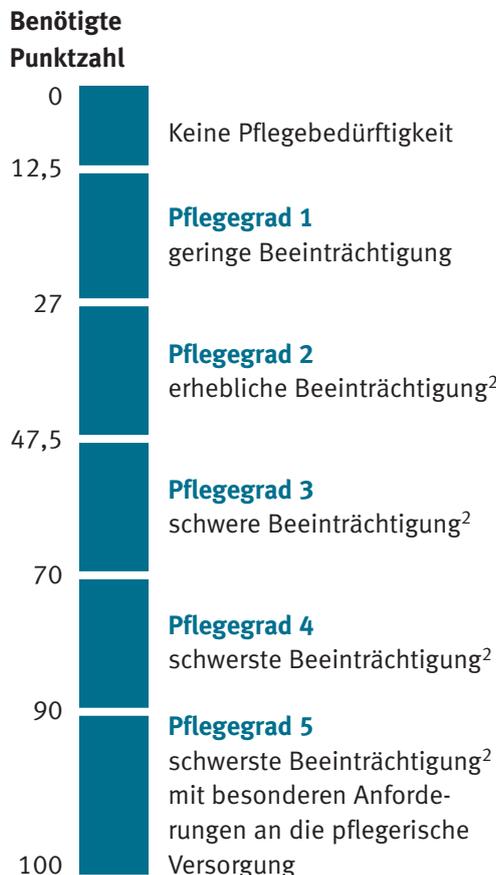
Bei der Begutachtung und Einstufung in Pflegegrade werden individuelle Pflegebedürfnisse umfassend berücksichtigt:

Die sechs relevanten Bereiche für die Begutachtung:



¹ aus den Modulen 2 und 3 geht der höhere Wert in die Berechnung ein

Pflegegrad Gutachten:



² der Selbstständigkeit und Fähigkeiten

Die durch die Begutachtung festgestellten Einzelpunkte je Bereich werden addiert. Die daraus resultierende Gesamtpunktzahl ermöglicht anhand einer Skala von 0 bis 100 die Zuordnung zu einem der fünf Pflegegrade.

1. Mobilität	Körperliche Beweglichkeit, z. B. Fortbewegen innerhalb des eigenen Wohnbereichs
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	Verstehen und reden, z. B. Sachverhalte begreifen
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	Z. B. Ängste oder Aggressionen
4. Selbstversorgung	Z. B. selbstständig waschen, ankleiden, essen und trinken
5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	Z. B. Einnahme von Medikamenten, Blutzuckermessungen
6. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte	

2.5 Unsere Servicelösungen

Die Gothaer setzt Maßstäbe bei der Service-Qualität. Lösungsorientierung und hohe Qualitäts-Standards bei der Beantwortung von Versicherungs- und Vorsorgefragen unserer Kunden sind wesentliches Ziel unserer täglichen Arbeit.

Im Folgenden stellen wir Ihnen unsere Servicelösungen für den Vertrieb und für den Kunden vor.

Service und Information – unsere Lösungen im Vertrieb:

Unsere Lösungen	
Risiko-Hotline	<p>Die Risiko-Hotline steht Ihnen montags bis freitags von 8.00 bis 18.00 Uhr unter der Rufnummer 0221 308-24096 zur Verfügung. Nutzen Sie die Risiko-Hotline, um vorab telefonisch eine verbindliche Risikoeinschätzung zu erhalten und profitieren Sie von den Vorteilen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schnelle Information an den Kunden • Vermeidung von Arztberichten und Attesten • Hohe Direktentscheidungsquote
Telefonischer Vertriebsservice	<p>Telefonische Vertriebsshotlines für allgemeine Antragsfragen stehen unter folgenden Rufnummern montags bis freitags von 8.00 bis 18.00 Uhr zur Verfügung:</p> <p>AO: 0221 308-22010 Makler: 0221 308-22525 E-Mail: kv_service@gothaer.de Fax für Antrags- und Vertragsfragen: 0221 308-21900 (E-Mail-Adresse + Fax auch für Kunden)</p>
Vertriebsservice im AOnet	<p>Im AOnet finden Sie hilfreiche Services zur Unterstützung Ihrer vertrieblichen Tätigkeit: Unter anderem finden Sie hier Bildungs- und Fortbildungsangebote, Unterstützung Ihrer Werbeaktivitäten oder Filme zur Verkaufunterstützung (Mediathek).</p>
GoTrain Mobile Lernplattform	<p>GoTrain bietet im AOnet (Bildungsprogramm) ein umfangreiches eLearning-Angebot, das rund um die Uhr verfügbar ist. Persönliche Qualifizierung kann somit einfach und effizient gestaltet werden. Durch die Nutzung von eLearning können Sie sich Ihre Zeit individuell einteilen. Sie wählen die Bereiche aus, in denen Sie Ihre Kompetenzen u.a. zu Themen aus der Krankenversicherung weiterentwickeln wollen. Sie können Weiterbildungspunkte erhalten.</p>
Beihilfehandbuch im AOnet	<p>Im Bereich Produkte / Krankenversicherung / Beihilfe / Allgemeines finden Sie das umfassende Beihilfehandbuch. Hier erhalten Sie alle wichtigen Informationen, um sicher Beihilfetarife verkaufen zu können.</p>

Beratung und Unterstützung – hilfreiche Lösungen für unsere Kunden:

Weitere Informationen zu den Serviceangeboten der GKR, z. B. Ihre Ansprechpartner für vertriebliche Fragen, finden Sie im AOnet unter Produkte / Service- und Assistanceteleistungen.

Unsere Lösungen		für	
Leistungsabrechnung	So gehts: Gothaer Gesundheitsapp downloaden, registrieren und dann die Arztrechnungen bzw. Rezepte fotografieren, über QR-Code direkt scannen und per App bei der Gothaer einreichen.		Alle Kunden
MediFon – unsere Beratungshotline zur Gesundheit	Geschultes Personal informiert von 7.00 bis 23.00 Uhr unter Tel. 0221 308-26441 zu folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> • Allgemeine medizinische und fachärztliche Beratung • Arzneimittel-, Vorsorge-, Impf- und Reiseberatung • Benennung von z. B. Fachärzten, Krankenhäusern, Notdiensten, Selbsthilfegruppen und Pflegeeinrichtungen 		Alle Kunden
Gesundheitsportal im Internet	Auf www.gothaer-gesundheitsportal.de befinden sich u. a. <ul style="list-style-type: none"> • Aktuelle Erkenntnisse aus Forschung, Medizin und Gesundheit • Umfassende Informationen zu wichtigen Themen wie Allergien, Ernährung, Rückenschmerzen, Pflege und Alter • Facharzt-, Krankenhaus- und Apothekennotdienst-Suche 		Alle Kunden
Informationen für Krankenversicherte im Internet	Unter www.gothaer.de/einfachgesund stehen z. B. folgende Informationen bereit: <ul style="list-style-type: none"> • Detaillierte Beschreibung aller Gesundheitsservices, • Downloads von Servicematerial 		Alle Kunden
Servicematerial Gesundheit	Folgende Gesundheitsbroschüren können unter www.gothaer.de/broschueren heruntergeladen werden: <ul style="list-style-type: none"> • Allergien • Arzneimittel • Asthma • Bluthochdruck und Koronare Herzkrankheit • Depression • Diabetes • Ernährung und Bewegung • Früherkennung Brustkrebs • Gesunde Zähne • Kopfschmerzen • Pflege • Rückenschmerzen • Schlafcoach • Stress • Urlaubscoach Über das Bestellwesen kann folgendes Material angefordert werden: <ul style="list-style-type: none"> • Telefonverzeichnis für Hilfe und Pflege (nur für UB III - Kunden) • Medikamentenplan (Arzneimittelservice) • Organspendeausweis 		Alle Kunden
Auslandsnotruf – 24 Stunden täglich	Schnelle und unbürokratische Hilfe mit umfangreicher Beratung und organisatorischer Unterstützung bei Krankheitsfällen im Ausland. Die Notfallnummer lautet: +49 (0)221 308-50000		Alle Kunden mit Auslandsabsicherung
Für USA-Reisende	Unterstützung im Krankheitsfall durch unseren deutschsprachigen Partner „MedCare International, USA“ unter Tel. (954) 345 - 5650 (aus den USA). Erfolgt der Kontakt vor Behandlungsbeginn, kann eine direkte Abwicklung der Rechnungszahlung mit den Ausstellern erfolgen – ohne dass der Kunde in Vorleistung treten muss.		Alle Kunden

Unsere Lösungen		für
Diabetes, Herzerkrankung, Brustkrebs	Betreuungs- und Unterstützungsangebote durch unsere Kooperationspartner zur langfristigen Verbesserung des Gesundheitszustandes u. a. durch <ul style="list-style-type: none"> • Begleitung im Krankheitsfall • Unterstützung durch digitale Lösungen • Individuelle und persönliche Beratung, um den für Sie bestmöglichen Service zu finden 	Krankheitskostenvollversicherte (außer Basistarif, Standardtarif, NLT)
Schlaganfälle	Begleitung während der Krankheit und deren Folgen durch <ul style="list-style-type: none"> • Koordination der Zusammenarbeit zwischen Behandlern, Angehörigen, Patienten und der Gothaer, • gemeinsame Planung der Rehabilitation, • Unterstützung bei der Organisation der individuellen Behandlung. 	Krankheitskostenvollversicherte (außer Basistarif, Standardtarif, NLT)
Orthopädische und psychosomatische Erkrankungen	Einige dieser Krankheitsbilder erfordern fundierte Diagnostik und abgestimmte Behandlungskonzepte. Wenn wir kompetent unterstützen können, bieten wir diese Unterstützung aktiv und kostenfrei an, z. B. digitaler Service bei Depression oder Rückenschmerzen.	Krankheitskostenvollversicherte (mit Fokus Krankentagegeld)
Schwangerschaft	„BabyCareVorsorgeprogramm“: Ziel ist es, mögliche Risiken vor bzw. in einer Schwangerschaft zu erkennen. Darüber hinaus übernehmen wir im Falle einer Schwangerschaft bis zu 80 Euro für einen Geburtsvorbereitungskurs.	Krankheitskostenvollversicherte (außer Basistarif, Standardtarif)
Tinnitus	Digitale Unterstützung für Kunden mit chronischem, subjektivem, tonalem Tinnitus	Krankheitskostenvollversicherte (außer Beihilfe, NLT, Basistarif, Standardtarif)
Prävention	Vorteilskonditionen ermöglichen den Zugang zu Fitnessstudios und Sportkursen in vielen Städten Deutschlands.	Alle Kunden
Arzneimittelversorgung	<ul style="list-style-type: none"> • Benennung alternativer, kostengünstiger Bezugsquellen, z. B. Versandapotheken. Kooperation mit Arzneimittelherstellern (Teva, ratiopharm, AbZ) mit Rabatten für die Gothaer tragen zur Dämpfung der Arzneimittelkosten bzw. -ausgaben bei. • Bundesweite Arzneimittelberatung in Zusammenarbeit mit teilnehmenden Hausärzten. 	Krankheitskostenvollversicherte
Hilfsmittelversorgung	Beratung und Unterstützung bei der Versorgung mit reha- oder medizintechnischen Hilfsmitteln mit dem Ziel, eine qualitativ hochwertige Lösung zu bestmöglichen Konditionen zu bieten.	Krankheitskostenvollversicherte + Pflegeversicherte
Kooperation	Beratung und Unterstützung in Zusammenarbeit mit kompetenten Partnern: Kliniken, Hausärzten, Assisteuren (DMP, Casemanagement Brustkrebs, MediFon, Auslandsreisenotruf), Arzneimittelhersteller (Rabattverträge, die zur Dämpfung der Arzneimittelausgaben beitragen).	Krankheitskostenvollversicherte (außer Basis- und Standardtarif)
Im Pflegefall	Die Serviceleistung umfasst u. a. die <ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung bei der Beantragung von Pflegeleistungen • Auswahl geeigneter Pflegedienste und Pflegeheime • Versorgung mit Pflegehilfsmitteln über Kooperationspartner • Vermittlung von Beratungsbesuchen durch Pflegefachkräfte • Pflegeratgeber: Broschüre mit praktischen Infos für Kunden • Online-Service: www.gothaer.de/pflege 	Pflegeversicherte
Telemedizin	Nutzung des medizinischen Dienstleister TeleClinic: Digitale Sprechstunde ohne Wartezeit. Täglich 24 Stunden erreichbar, sofortiges Arztgespräch oder Wunschtermin, digitales Privatrezept direkt aufs Handy.	Krankheitskostenvollversicherte

Wir empfehlen zu den Serviceleistungen der Gothaer einen Besuch auf unserer Website: www.gothaer.de/meine-gothaer/informationen-ratgeber/informationen-fuer-krankenversicherte/

3. Unsere Produktlösungen auf einen Blick

3.1 Die Krankheitskostenvollversicherungen

Die Krankheitskostenvollversicherungen		
Tarifleistung	MediStart 1	MediVita
Ambulant		
Heilbehandlung	100 % bei Hausarztprinzip (s. Tarif) 75 % für Facharzt ohne Überweisung.	100 % für ambulante Heilbehandlung und Gesundheitsvorsorge durch Ärzte (bis zum 3,5fachen Satz der GoÄ).
Psychotherapie	75 % bis zu 20 Sitzungen pro Kalenderjahr.	80 % bis zu 20 Sitzungen pro Kalenderjahr.
Heilpraktiker	75 % einschließlich verordneter Heilmittel bis 1.000 Euro Rechnungsbetrag pro Kalenderjahr.	Optional Leistungsbaustein MediNatura P 100 % für Heilpraktikerbehandlungen einschließlich verordneter Arzneimittel und Naturheilverfahren durch Ärzte, zusammen bis zu 2.000 EUR pro Kalenderjahr. In den ersten beiden Versicherungsjahren gelten Höchstsätze.
Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel	75 % für Arznei- und Verbandmittel bis 1.000 Euro Rechnungsbetrag, darüber 100 %. 75 % für Heil- und Hilfsmittel.	100 % für Arznei- und Verbandmittel. 100 % für Heilmittel. 100 % für Hilfsmittel
Sehhilfen (Brillen und Kontaktlinsen)	100 % bis 50 EUR alle 36 Monate.	100 % für Sehhilfen bis zu 100 EUR pro Kalenderjahr.
Stationär		
Unterbringung	100 % für die Unterbringung, Behandlung und Verpflegung als allgemeine Krankenhausleistung (Mehrbettzimmer).	100 % für die Unterbringung, Behandlung und Verpflegung als allgemeine Krankenhausleistung (Mehrbettzimmer).
Privatärztliche Leistungen	--	Optional Leistungsbaustein MediClinic Premium oder Plus MediClinic Premium: 100 % der Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung im Einbettzimmer. MediClinic Plus: 100 % der Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung im Zweibettzimmer. Bei stationärer Krankenhausbehandlung nach einem Unfall besteht Anspruch auf die Unterbringung im Einbettzimmer. MediClinic Premium + Plus: 100 % für privatärztliche Behandlung. Bei Vorlage einer gültigen Honorarvereinbarung auch über die Gebührenordnung hinaus.
Entbindungspauschale	--	--
Zahn		
Leistungen	100 % für Zahnbehandlung. 50 – 70 % (je nach regelmäßig betriebener Vorsorge) für Zahnersatz, einschließlich Zahnkronen, Inlays und Implantate, sowie Kieferorthopädie.	Optional Leistungsbaustein MediVita Z 90 und MediVita Z 70: 100 % für Zahnbehandlungen. MediVita Z 70: 40–70 % für Zahnersatz, Zahnkronen, Inlays und zahntechnische Leistungen und Kieferorthopädie. MediVita Z 90: 60–90 % für Zahnersatz, Zahnkronen, Inlays und zahntechnische Leistungen und Kieferorthopädie.
Höchstsätze	Höchstsätze (Rechnungsbeträge) für Zahnersatz und Kieferorthopädie: 1.500 EUR in den ersten beiden Vj., 3.000 EUR in den ersten vier Vj., 6.000 EUR ab dem fünften Vj. für einen Zeitraum von jeweils zwei aufeinander folgenden Jahren.	Höchstsätze (Erstattungsbeträge) für Zahnersatz und Kieferorthopädie: 2.000 EUR im ersten Kalenderjahr, 4.000 EUR im zweiten Kalenderjahr, 6.000 EUR im dritten Kalenderjahr, 8.000 EUR im vierten Kalenderjahr, 10.000 EUR im fünften Kalenderjahr.
Ausland (Behandlung)		
Rücktransport/Überführung	100 % für Rücktransport und Überführung.	--
Beisetzung	100 % für Beisetzung bis zur Höhe, die bei einer Überführung zu erbringen gewesen wäre.	--
Geltungsbereich	Europageltung, auch im außereuropäischen Ausland bis zu 6 Monate.	Europageltung, auch im außereuropäischen Ausland bis zu 6 Monate.
Produktmerkmale		
	Hausarztprinzip. Optionsrecht auf Höherversicherung ohne Risikoprüfung. Flexibilität durch Selbstbeteiligung. Bonusvariante. Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (BRE).	Günstiger Grundtarif, der flexibel um Leistungsbausteine ergänzt werden kann. Möglicher Verhaltensbonus bei Einhaltung des Hausarztprinzips. Flexibilität durch Selbstbeteiligung. Garantierte Beitragsrückerstattung von 2 Monatsbeiträgen und zusätzlich eine erfolgsabhängige BRE.
Selbstbeteiligung		
	MediStart 480 EUR pro Person und Kalenderjahr.	SB nur für ambulante Behandlungen. MediVita 250: 250 EUR, MediVita 500: 500 EUR. Halbe SB Kinder/Jugendliche.

MediComfort	MAX
<p>100 % für ambulante Heilbehandlung und Gesundheitsvorsorge durch Ärzte, auch über GOÄ.</p> <p>80 % bis zu 50 Sitzungen pro Kalenderjahr.</p> <p>100 % im Rahmen der GebüH einschließlich verordneter Heilmittel bis zu 1.000 Euro pro Kalenderjahr. 100 % gemäß Hufelandverzeichnis bis 300 EUR pro Kalenderjahr.</p> <p>100 % für Arznei- und Verbandmittel. 100 % für Heilmittel. 100 % für Hilfsmittel unter bestimmten Voraussetzungen, sonst 80 %.</p> <p>100 % bis 260 EUR alle zwei Kalenderjahre.</p>	<p>100 % für ambulante Heilbehandlung und Gesundheitsvorsorge durch Ärzte.</p> <p>100 % ohne jährliche Begrenzung.</p> <p>100 % einschließlich verordneter Heilmittel.</p> <p>100 % für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel.</p> <p>100 % bis 260 EUR alle 24 Monate oder bei Veränderung der Sehschärfe um mind. 0,5 Dioptrin.</p>
<p>100 % für eine gesondert berechnete Unterbringung und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer.</p> <p>100 % für gesondert berechnete privatärztliche Leistungen, auch über den Rahmen der gültigen Gebührenordnung hinaus.</p> <p>1.230 EUR Entbindungspauschale.</p>	<p>100 % für eine gesondert berechnete Unterbringung und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer.</p> <p>100 % für gesondert berechnete privatärztliche Leistungen, auch über den Rahmen der gültigen Gebührenordnung hinaus.</p> <p>1.230 EUR Entbindungspauschale.</p>
<p>100 % für Zahnbehandlung. 80 % für Zahnersatz, einschließlich Zahnkronen, Inlays und Implantate, sowie Kieferorthopädie.</p> <p>Höchstsätze (Rechnungsbeträge) für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie: 2.560 EUR im ersten Kalenderjahr, 3.840 EUR im zweiten Kalenderjahr, 5.120 EUR im dritten Kalenderjahr, 6.400 EUR im vierten Kalenderjahr, 7.680 EUR im fünften Kalenderjahr.</p>	<p>100 % für Zahnbehandlung. 80 % für Zahnersatz, einschließlich Zahnkronen, Inlays und Implantate, sowie Kieferorthopädie.</p> <p>Höchstsätze (Erstattungsbeträge) für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie: 2.560 EUR im ersten Kalenderjahr, 3.840 EUR im zweiten Kalenderjahr, 5.120 EUR im dritten Kalenderjahr, 6.400 EUR im vierten Kalenderjahr, 7.680 EUR im fünften Kalenderjahr.</p>
<p>100 % für Rücktransport und Überführung.</p> <p>100 % für Beisetzung bis zur Höhe, die bei einer Überführung zu erbringen gewesen wäre.</p> <p>Europageltung, auch im außereuropäischen Ausland bis zu 6 Monate.</p>	<p>100 % für Rücktransport und Überführung.</p> <p>100 % für Beisetzung bis zur Höhe, die bei einer Überführung zu erbringen gewesen wäre.</p> <p>Weltgeltung bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt.</p>
<p>Ambulante Heilbehandlung auch über GOÄ hinaus. Aktives Arzneimittelmanagement. Garantierte Beitragsrückerstattung von bis zu 6 Monatsbeiträgen. Unbegrenzte Weltgeltung für Arbeitnehmer bei beruflicher Entsendung.</p>	<p>Weltgeltung. Krankenrücktransport aus dem Ausland. Flexibilität durch Selbstbeteiligung. Hohe Tarifleistungen.</p>
<p>300 EUR für Erwachsene 150 EUR für Kinder und Jugendliche</p>	<p>MAX1/MAX2: 1.344/2.784 EUR für Erwachsene 672/1.392 EUR für Kinder und Jugendliche</p>

3.2 Die Zusatzversicherungen

Die Zusatzversicherungen für gesetzlich Versicherte	
Tarifleistung	MediAmbulant
Ambulant	
Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel	100 % der gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlung, auch für von der GKV genehmigte Krankenfahrten.
Sehhilfen	100 % für Sehhilfen (Brillen und Kontaktlinsen) bis zu einem Erstattungsbetrag von 120 EUR pro Kalenderjahr.
Heilpraktiker / Naturheilverfahren durch Ärzte	80 % für Heilbehandlung durch Heilpraktiker (GebüH) inkl. Arzneimittel sowie Naturheilverfahren durch Ärzte (Hufelandverzeichnis) insgesamt bis zu 1.000 EUR pro Kalenderjahr.
Vorsorgeuntersuchungen	--
Besondere Leistungsmerkmale	Bis zu 5 MB garantierte BRE bei Leistungsfreiheit.

MediPrävent Basis	MediPrävent Premium	MediPrävent Aktiv (nur für GKV-Versicherte der Knappschaft)
<p>--</p> <p>--</p> <p>--</p> <ul style="list-style-type: none"> - 100 % für ärztliche ambulante Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen (inkl. Reiseschutzimpfungen) insgesamt bis maximal 200 Euro pro Kalenderjahr. - 100 % für die Mitgliedschaft in einem Fitnessstudio bis maximal 50 Euro pro Kalenderjahr. Die Leistung wird auf den maximalen Erstattungsbetrag von 200 Euro angerechnet. <p>Keine Gesundheitsprüfung und keine Wartezeiten.</p>	<p>100 % für ärztlich empfohlene, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel bis 50 Euro pro Kalenderjahr (siehe Vorsorgeuntersuchungen).</p> <p>--</p> <p>--</p> <ul style="list-style-type: none"> - 100 % für ärztliche ambulante Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen (inkl. Reiseschutzimpfungen) insgesamt bis maximal 500 Euro pro Kalenderjahr, darin enthalten 50 Euro für ärztlich empfohlene, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel. - 100 % für die regelmäßige Teilnahme an Präventionskursen sowie für die Mitgliedschaft in einem Fitnessstudio insgesamt bis maximal 100 Euro pro Kalenderjahr, wobei für die Mitgliedschaft in einem Fitnessstudio maximal 50 Euro pro Kalenderjahr erstattet wird. Die Leistungen werden auf den maximalen Erstattungsbetrag von 500 Euro angerechnet. <p>Keine Gesundheitsprüfung und keine Wartezeiten.</p>	<p>--</p> <p>--</p> <p>--</p> <ul style="list-style-type: none"> - 100 % für ärztliche ambulante Vorsorgeuntersuchungen und Zahnprophylaxemaßnahmen insgesamt bis maximal 200 Euro pro Kalenderjahr. - 100 % für die Mitgliedschaft in einem Fitnessstudio bis maximal 50 Euro pro Kalenderjahr. Die Leistung wird auf den maximalen Erstattungsbetrag von 200 Euro angerechnet. <p>Keine Gesundheitsprüfung und keine Wartezeiten.</p>

Tarifleistung	MediClinic Premium
Stationär	
Unterbringung	100 % nach Vorleistung eines privaten oder gesetzlichen Versicherungsträgers für Unterkunft, Verpflegung und Behandlung im Krankenhaus als allgemeine Krankenhausleistung, 100 % für Unterbringung und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer.
Privatärztliche Leistungen	100 % für gesondert berechnete privatärztliche Leistungen, bei gültiger Honorarvereinbarung auch über die Gebührenordnung hinaus.
Ersatzkrankenhaustagegeld	20 EUR pro Tag bei Verzicht auf ein Ein- und Zweibettzimmer und 20 EUR pro Tag bei Verzicht auf gesondert berechnete privatärztliche Leistungen. Bis 16 Jahre: jeweils 10 EUR / Tag.
Gesetzliche Zuzahlung	100 % der gesetzlichen Zuzahlung bei stationärem Aufenthalt oder KHT in Höhe und Dauer der gesetzlichen Zuzahlung, wenn neben MediClinic Premium eine Krankheitskostenvollversicherung besteht.
Ambulante Operationen	100 % für ambulante Operationen (soweit die Kosten die Leistungen der gesetzlichen oder der privaten Krankenversicherung übersteigen).
Krankentransport	100 % nach Vorleistung eines privaten oder gesetzlichen Versicherungsträgers für den Transport im Krankenwagen oder im Notfallrettungsdienst (auch mit dem Hubschrauber) zur stationären Behandlung sowie für die gesetzliche Zuzahlung.
Rooming-in	100 % der zusätzlichen Unterkunfts- und Verpflegungskosten einer Begleitperson bis zu 4 Wochen bei Rooming-in bis einschließlich Alter 9.
Tarifbesonderheiten	Keine Wartezeiten.

Tarifleistung	MediClinic S Premium
Stationär	
Unterbringung	100 % nach Vorleistung eines gesetzlichen Versicherungsträgers für Unterkunft, Verpflegung und Behandlung im Krankenhaus als allgemeine Krankenhausleistung, 100 % für Unterbringung und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer.
Privatärztliche Leistungen	100 % für gesondert berechnete privatärztliche Leistungen, inkl. Belegarzt, bei gültiger Honorarvereinbarung auch über die Gebührenordnung hinaus.
Ersatzkrankenhaustagegeld	50 EUR pro Tag bei Verzicht auf ein Ein- und Zweibettzimmer und 50 EUR pro Tag bei Verzicht auf gesondert berechnete privatärztliche Leistungen. Bis 16 Jahre: jeweils 25 EUR / Tag.
Gesetzliche Zuzahlung	100 % der gesetzlichen Zuzahlung bei stationärem Aufenthalt.
Ambulante Operationen	100 % für ambulante Operationen (soweit die Kosten die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung übersteigen).
Krankentransport	100 % nach Vorleistung eines gesetzlichen Versicherungsträgers für den Transport im Krankenwagen oder im Notfallrettungsdienst (auch mit dem Hubschrauber) zur stationären Behandlung sowie für die gesetzliche Zuzahlung.
Rooming-in	100 % der zusätzlichen Unterkunfts- und Verpflegungskosten einer Begleitperson ohne zeitliche Begrenzung bei Rooming-in bis einschließlich Alter 11.
Optionsrecht/Umstellung der Versicherung	Optionsrecht bis einschließlich Alter 44 zum Wechsel in einen stationären Ergänzungstarif mit Alterungsrückstellung ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten. Wird vom Optionsrecht kein Gebrauch gemacht, wird MediClinic S Premium mit Alter 45 in einen stationären Ergänzungstarif mit Alterungsrückstellung ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten umgestellt (planmäßige Umstellung).
Ablauf des Versicherungsschutzes / Befristung	Wird der planmäßigen Umstellung in einen stationären Ergänzungstarif mit Alterungsrückstellung widersprochen, wird MediClinic S Premium fortgeführt und endet mit Alter 60.
Tarifbesonderheiten	Keine Wartezeiten. Einsteigertarif nach Art der Schadenversicherung ohne Alterungsrückstellung.

MediClinic Plus

MediClinic Basis (Leistungen bei Unfall)

100 % nach Vorleistung eines privaten oder gesetzlichen Versicherungsträgers für Unterkunft, Verpflegung und Behandlung im Krankenhaus als allgemeine Krankenhausleistung, 100 % für Unterbringung und Verpflegung im Zweibettzimmer (bei Unfall auch im Einbettzimmer).

100 % für gesondert berechnete privatärztliche Leistungen, bei gültiger Honorarvereinbarung auch über die Gebührenordnung hinaus.

20 EUR pro Tag bei Verzicht auf ein Zweibettzimmer und 20 EUR pro Tag bei Verzicht auf gesondert berechnete privatärztliche Leistungen. Bis 16 Jahre: jeweils 10 EUR / Tag.

100 % der gesetzlichen Zuzahlung bei stationärem Aufenthalt oder KHT in Höhe und Dauer der gesetzlichen Zuzahlung, wenn neben MediClinic Plus eine Krankheitskostenvollversicherung besteht.

100 % für ambulante Operationen (soweit die Kosten die Leistungen der gesetzlichen oder der privaten Krankenversicherung übersteigen).

100 % nach Vorleistung eines privaten oder gesetzlichen Versicherungsträgers für den Transport im Krankenwagen oder im Notfallrettungsdienst (auch mit dem Hubschrauber) zur stationären Behandlung sowie für die gesetzliche Zuzahlung.

100 % der zusätzlichen Unterkunfts- und Verpflegungskosten einer Begleitperson bis zu 4 Wochen bei Rooming-in bis einschließlich Alter 9.

Keine Wartezeiten.

100 % nach Vorleistung eines privaten oder gesetzlichen Versicherungsträgers für Unterkunft, Verpflegung und Behandlung im Krankenhaus als allgemeine Krankenhausleistung, 100 % für Unterbringung und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer.

100 % für gesondert berechnete privatärztliche Leistungen, bei gültiger Honorarvereinbarung auch über die Gebührenordnung hinaus.

20 EUR pro Tag bei Verzicht auf ein Ein- und Zweibettzimmer und 20 EUR pro Tag bei Verzicht auf gesondert berechnete privatärztliche Leistungen. Bis 16 Jahre: jeweils 10 EUR / Tag.

100 % der gesetzlichen Zuzahlung bei stationärem Aufenthalt.

100 % für ambulante Operationen (soweit die Kosten die Leistungen der gesetzlichen oder der privaten Krankenversicherung übersteigen).

100 % nach Vorleistung eines privaten oder gesetzlichen Versicherungsträgers für den Transport im Krankenwagen oder im Notfallrettungsdienst (auch mit dem Hubschrauber) zur stationären Behandlung sowie für die gesetzliche Zuzahlung.

100 % der zusätzlichen Unterkunfts- und Verpflegungskosten einer Begleitperson bis zu 4 Wochen bei Rooming-in bis einschließlich Alter 9.

Keine Gesundheitsprüfung und keine Wartezeiten.
Tarif nach Art der Schadenversicherung ohne Alterungsrückstellung.

MediClinic S Plus

100 % nach Vorleistung eines gesetzlichen Versicherungsträgers für Unterkunft, Verpflegung und Behandlung im Krankenhaus als allgemeine Krankenhausleistung, 100 % für Unterbringung und Verpflegung im Zweibettzimmer (bei Unfall auch im Einbettzimmer).

100 % für gesondert berechnete privatärztliche Leistungen, inkl. Belegarzt, bei gültiger Honorarvereinbarung auch über die Gebührenordnung hinaus.

50 EUR pro Tag bei Verzicht auf ein Zweibettzimmer und 50 EUR pro Tag bei Verzicht auf gesondert berechnete privatärztliche Leistungen.
Bis 16 Jahre: jeweils 25 EUR / Tag.

100 % der gesetzlichen Zuzahlung bei stationärem Aufenthalt.

100 % für ambulante Operationen (soweit die Kosten die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung übersteigen).

100 % nach Vorleistung eines gesetzlichen Versicherungsträgers für den Transport im Krankenwagen oder im Notfallrettungsdienst (auch mit dem Hubschrauber) zur stationären Behandlung sowie für die gesetzliche Zuzahlung.

100 % der zusätzlichen Unterkunfts- und Verpflegungskosten einer Begleitperson ohne zeitliche Begrenzung bei Rooming-in bis einschließlich Alter 11.

Optionsrecht bis einschließlich Alter 44 zum Wechsel in einen stationären Ergänzungstarif mit Alterungsrückstellung ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten.

Wird vom Optionsrecht kein Gebrauch gemacht, wird MediClinic S Plus mit Alter 45 in einen stationären Ergänzungstarif mit Alterungsrückstellung ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten umgestellt (planmäßige Umstellung).

Wird der planmäßigen Umstellung in einen stationären Ergänzungstarif mit Alterungsrückstellung widersprochen, wird MediClinic S Plus fortgeführt und endet mit Alter 60.

Keine Wartezeiten.

Einsteigertarif nach Art der Schadenversicherung ohne Alterungsrückstellung.

Die Zahnzusatzversicherungen für gesetzlich Versicherte		
Tarifleistung	MediZ Duo	MediZ Premium
Zahn		
Leistungen	<p>Leistungen für Zahnersatz, einschließlich Zahnkronen, Inlays, Implantate sowie Knochenaufbau.</p> <p>100 % im Rahmen der Regelversorgung.</p> <p>90 % (unabhängig von einer betriebenen Vorsorge) bei privatärztlicher Behandlung.</p> <p>Jeweils zusammen mit der GKV-Vorleistung.</p> <p>70 % für Zahnersatz, wenn die GKV keine Vorleistungen erbringt und die Ablehnung der GKV nachgewiesen wird.</p> <p>50 % für Zahnersatz, wenn weder eine Vorleistung noch ein Ablehnungsvermerk der GKV nachgewiesen wird.</p> <p>100 % zusammen mit der GKV-Vorleistung für Zahnbehandlung.</p> <p>70 % für Zahnbehandlung, wenn keine Vorleistung der GKV nachgewiesen wird.</p> <p>100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnprophylaxe. Professionelle Zahnreinigung bis 150 EUR pro Kalenderjahr.</p> <p>100 % für Kieferorthopädie bei Erwachsenen infolge eines Unfalls bis 2.000 Euro je Versicherungsfall.</p> <p>100 % für Maßnahmen zur Schmerz- und Angstlinderung, wie Narkose, Akupunktur, Sedierung (Dämmer Schlaf), Hypnose bis 250 Euro je Versicherungsjahr.</p>	<p>Leistungen für Zahnersatz, einschließlich Zahnkronen, Inlays, Implantate sowie Knochenaufbau.</p> <p>100 % im Rahmen der Regelversorgung.</p> <p>85 oder 90 % (je nach regelmäßig betriebener Vorsorge) bei privatärztlicher Behandlung.</p> <p>Jeweils unter Anrechnung der GKV-Vorleistung.</p> <p>100 % für Kieferorthopädie bei Kindern und Jugendlichen bis maximal 300 EUR pro Jahr.</p>
Höchstsätze	<p>Höchstsätze (Erstattungsbeträge) für Zahnersatz:</p> <p>1.000 EUR im ersten Versicherungsjahr, 2.000 EUR in den ersten zwei Versicherungsjahren, 3.000 EUR in den ersten drei Versicherungsjahren.</p> <p>Besteht bis zum Beginn von MediZ Duo eine Vorversicherung (andere PKV oder Gothaer Kranken) mit einem Erstattungssatz von 80 % oder mehr für privatärztliche Zahnersatzleistungen, gelten folgende Höchstsätze (Erstattungsbeträge) für Zahnersatz:</p> <p>2.000 EUR im ersten Versicherungsjahr, 3.000 EUR in den ersten zwei Versicherungsjahren.</p>	<p>Höchstsätze (Erstattungsbeträge) für Zahnersatz:</p> <p>750 EUR in den ersten beiden Versicherungsjahren, 1.500 EUR in den ersten drei Versicherungsjahren, 2.250 EUR in den ersten vier Versicherungsjahren.</p> <p>Höchstsätze (Erstattungsbeträge) für Kieferorthopädie:</p> <p>200 EUR in den ersten beiden Versicherungsjahren, 300 EUR in den ersten drei Versicherungsjahren, 300 EUR pro Jahr ab dem vierten Versicherungsjahr, sofern die GKV keine Leistungen für eine kieferorthopädische Indikation erbringt.</p> <p>100 EUR in den ersten beiden Versicherungsjahren, 150 EUR in den ersten drei Versicherungsjahren, 150 EUR pro Jahr ab dem vierten Versicherungsjahr, sofern die GKV Leistungen für eine kieferorthopädische Indikation erbringt.</p>
Produktmerkmale	Keine Wartezeiten.	

MediZ Plus/MediDent	MediZ Basis	MediProphy	MediProphy Basis
<p>Leistungen für Zahnersatz, einschließlich Zahnkronen, Inlays und Implantate.</p> <p>100 % im Rahmen der Regelversorgung.</p> <p>70, 75, 80 % (je nach regelmäßig betriebener Vorsorge) bei privatärztlicher Behandlung.</p> <p>Jeweils unter Anrechnung der GKV-Vorleistung.</p>	<p>Leistungen für Zahnersatz, einschließlich Zahnkronen, Inlays und Implantate.</p> <p>100 % im Rahmen der Regelversorgung.</p> <p>50, 55, 60 % (je nach regelmäßig betriebener Vorsorge) bei privatärztlicher Behandlung.</p> <p>Jeweils unter Anrechnung der GKV-Vorleistung.</p>	<p>100 % der nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnbehandlung.</p> <p>80 % für Zahnbehandlung, wenn keine Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung nachgewiesen wird.</p> <p>100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnprophylaxe. Professionelle Zahnreinigung bis zu 100 EUR pro Kalenderjahr.</p>	<p>100 % für Zahnbehandlungs- und Zahnprophylaxemaßnahmen insgesamt bis 200 EUR innerhalb von zwei Kalenderjahren.</p>
<p>Höchstsätze (Erstattungsbeträge) für Zahnersatz:</p> <p>750 EUR in den ersten beiden Versicherungsjahren, 1.500 EUR in den ersten drei Versicherungsjahren.</p>	<p>Höchstsätze (Erstattungsbeträge) für Zahnersatz:</p> <p>300 EUR in den ersten beiden Versicherungsjahren, 600 EUR in den ersten drei Versicherungsjahren.</p>	<p>--</p>	<p>--</p>
<p>MediDent: nach Art der Lebensversicherung mit Alterungsrückstellung.</p>		<p>Keine Wartezeiten.</p>	<p>Keine Wartezeiten.</p>

3.3 Die Pflegeergänzungsversicherungen

Die Pflegeergänzungsversicherungen		
Tarifleistung	MediPG 1 (Pflegetagegeld bei Pflegegrad 1)	MediPG 2, MediPG 3, MediPG 4 (Pflegetagegeld bei Pflegegrad 2 bis 5)
Pflegetagegeld	100 % des vereinbarten Pflegetagegeldes bei geringen Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in Pflegegrad 1.	MediPG 2: 100 % des vereinbarten Pflegetagegeldes bei häuslicher Pflege in Pflegegrad 2. MediPG 3: 100 % des vereinbarten Pflegetagegeldes bei häuslicher Pflege in Pflegegrad 3. MediPG 4: 100 % des vereinbarten Pflegetagegeldes bei häuslicher Pflege in den Pflegegraden 4/5 und 100 % für vollstationäre Pflege im Heim in den Pflegegraden 2 bis 5.
Soforthilfe	100 % Pflegetagegeld wird bei kurzer Pflegebedürftigkeit aufgrund Unfall, nach Krankenhausaufenthalt und hausärztlicher Empfehlung für max. 28 Tage p. a geleistet.	---
Kurzzeitpflege	---	MediPG 4: Pflegetagegeld für Kurzzeitpflege im Pflegeheim wird für max. 28 Tage p.a. bei ansonst ambulant häuslicher Pflege in den Pflegegraden 2 bis 5 geleistet.
Versicherungshöhe	Mind. 1 Euro, maximal 50 Euro.	Mind. 1 Euro, maximal 130 Euro.
Verwendung	Freie Verwendung ohne Kostennachweis und Einschränkung auch für Pflege durch Angehörige.	Freie Verwendung ohne Kostennachweis und Einschränkung, auch für Pflege durch Angehörige.
Dynamik	Dynamik im Beitragsfall alle 3 Jahre um 10 %.	Dynamik im Beitragsfall alle 3 Jahre um 10 %. Dynamik im Leistungsfall alle 5 Jahre um 5 %.
Erhöhungsoption	20 % bei diversen Anlässen (z. B. 5 Jahre nach Vertragsabschluss).	20 % bei diversen Anlässen (z. B. 5 Jahre nach Vertragsabschluss).
Nachversicherungsrecht	Zum 50. Geburtstag und bei Rente bis zur maximalen Höhe des MediPG 4 (max. 50 Euro).	MediPG 2 und MediPG 3: Zum 50. Geburtstag und bei Rente bis zur maximalen Höhe des MediPG 4.
Beitragsbefreiung	Ab Pflegegrad 2 (gleichzeitig Wegfall Leistungsanspruch aus MediPG 1).	Ab Pflegegrad 2 (bei 100 % Leistungsanspruch).
Wartezeiten	Keine Wartezeiten.	Keine Wartezeiten.
Besondere Leistungsmerkmale	Tarif MediPG 1 kann alleine, in Kombination mit Pflegetagegeldern der Gothaer oder mit Markttarifen vereinbart werden.	Tarif MediPG 4 leistet u. a. für vollstationäre Pflege in Pflegegraden 2 bis 5 und kann solo vereinbart werden.

**MediPG EZ
(Einmalleistung)**

100 % der vereinbarten Einmalleistung wird bei erstmaligem Eintritt in einen Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 ausgezahlt.

--

--

Mind. 500 Euro, maximal 15.000 Euro.

Freie Verwendung ohne Kostennachweis und Einschränkung
(z. B. für Wohnumfeldverbesserungen oder Pflege-Assistance).

--

--

--

Ab Pflegegrad 2
(Beendigung des Tarifs nach erfolgter Auszahlung der vereinbarten Leistung).

Keine Wartezeiten.

MediPG EZ kann auch solo, in Kombination mit Pflagestagegeldern der Gothaer oder mit Markttarifen bis zu 15.000 Euro vereinbart werden.

Die Pflegeergänzungsversicherungen	
Tarifleistung	P3 (Pflegerestkostentarif)
Pflegekosten	100 % Übernahme der Pflegekosten bei Pflege durch Fachkräfte nach Vorleistung der Pflegeversicherung, bei mind. sechsmonatiger Pflegebedürftigkeit.
Höchstsätze	Pro Kalenderjahr: – Pflegegrad 2: bis zu 12.768 Euro – Pflegegrad 3: bis zu 15.960 Euro – Pflegegrad 4 und 5: bis zu 19.344 Euro
Häusliche Pflege	Ersatzleistung bei Nichtinanspruchnahme von Pflegefachkräften (= Häusliche Pflege durch Angehörige). Pflegegeld je Kalendertag: – Pflegegrad 2: 10,70 Euro – Pflegegrad 3: 21,00 Euro – Pflegegrad 4 und 5: 26,00 Euro
Hilfsmittel	Aufwendungen für ärztlich verordnete zum Verbrauch bestimmte und technische Hilfsmittel insgesamt bis 2.557 Euro pro Kalenderjahr.
Zusätzliche Leistungen zur Verbesserung des Wohnumfeldes	Bei erstmaliger Feststellung von Pflegegrad 3 und Pflegegrade 4 oder 5 eine Übernahme der Aufwendungen zur Verbesserung des Wohnumfeldes bis jeweils 5.113 Euro.
Dynamik	--
Beitragsbefreiung	--

3.4 Die Beihilfeversicherungen

Die Beihilfeversicherungen		
Tarifleistung	BA	BS
Ambulant		
Heilbehandlung	Prozentuale Erstattung für ambulante Heilbehandlung und Gesundheitsvorsorge durch Ärzte.	--
Alternative Medizin	--	--
Psychotherapie	Prozentuale Erstattung für psychotherapeutische ambulante Behandlung bis zu 30 Sitzungen pro Kalenderjahr; darüber hinaus nach vorheriger schriftlicher Zustimmung.	--
Heilpraktiker	Prozentuale Erstattung für ambulante Heilbehandlung und Gesundheitsvorsorge durch Heilpraktiker.	--
Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel	Prozentuale Erstattung für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, orthopädische Schuhe bis zu einem Rechnungsbetrag von 165 Euro.	--
Sehhilfen	Prozentuale Erstattung für Brillengestelle bis 110 Euro.	--
Besondere Leistungsmerkmale	Prozentuale Erstattung für Krankentransporte zum und vom nächstgelegenen Arzt oder Krankenhaus.	--
Stationär		
Leistungen	--	Gesondert berechnete Unterbringung und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer. Gesondert berechnete privatärztliche Leistungen.
Höchstsätze	--	--
Entbindungspauschale	--	--
Ersatzkrankhaustagegeld	--	BS 50 25,00 Euro BS 25 12,50 Euro BS 45 22,50 Euro BS 20 10,00 Euro BS 40 20,00 Euro BS 20E 10,00 Euro BS 35 17,50 Euro BS 15 7,50 Euro BS 30 15,00 Euro
Besondere Leistungsmerkmale	--	Krankentransporte zum und vom nächstgelegenen Krankenhaus.
Zahn		
Zahnbehandlung	--	--
Zahnersatz	--	--
Materialien und Laborarbeiten	--	--
Prävention/Früherkennung	--	--
Besondere Leistungsmerkmale	--	--
Ausland (Behandlung)		
Rücktransport/Überführung	--	--
Beisetzung	--	--
Geltungsbereich	Europageltung, auch im außereuropäischen Ausland bis zu 6 Monate.	Europageltung, auch im außereuropäischen Ausland bis zu 6 Monate.

BSR	BZ	BE
--	--	--
--	--	--
--	--	--
--	--	--
--	--	--
--	--	100 % für Brillenfassungen bis zu 110 Euro Rechnungsbetrag, unter Anrechnung der Beihilfeleistungen und der Leistungen der Grundversicherung.
--	--	100 % für Krankentransporte bis zu einer Entfernung von 100 km, unter Anrechnung der Beihilfeleistungen und der Leistungen der Grundversicherung.
Unterbringung/Verpflegung als allg. Krankenhausleistungen. Die stat. Wahlleistungen ist durch Tarif MediClinic abschließbar.	--	100 % unter Anrechnung der Beihilfeleistungen und der Leistungen der Grundversicherung für gesondert berechnete Unterbringung und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer.
--	--	--
--	--	--
--	--	--
Krankentransporte zum und vom nächstgelegenen Krankenhaus.	--	--
--	Proz. Erstattung f. Zahnbehandlung, einschl. Inlays.	--
--	Proz. Erstattung f. Zahnersatz, einschl. Zahnkronen und Implantate, sowie Kieferorthopädie.	--
--	--	100 % für Material- und Laborkosten unter Anrechnung der Beihilfeleistungen und der Leistungen der Grundversicherung. Bei der Bemessung der Leistungen wird eine Beihilfefähigkeit von 60 % zugrunde gelegt.
--	--	--
--	Höchstsätze (Rechnungsbeträge) für Zahnersatz und Kieferorthopädie: 2.050 EUR in den ersten beiden Versicherungsjahren, 4.100 EUR in den ersten drei Versicherungsjahren, 10.250 EUR ab dem vierten Versicherungsjahr.	Höchstsätze (Erstattungsbeträge) für Material- und Laborkosten: 1.025 EUR in den ersten beiden Versicherungsjahren, 2.050 EUR in den ersten drei Versicherungsjahren, 4.100 EUR ab dem vierten Versicherungsjahr.
--	--	100 % für Rücktransport und Überführung.
--	--	100 % für Beisetzung im Ausland bis zur Höhe, die bei einer Überführung zu erbringen gewesen wäre.
Europageltung, auch im außereurop. Ausland bis zu 6 Mon.	Europageltung, auch im außereuropäischen Ausland bis zu 6 Monate.	Europageltung, auch im außereuropäischen Ausland bis zu 6 Monate.

4.1 Die Krankheitskostenvollversicherung

4.1.1 Der Einsteigerschutz

Tarif MediStart 1

Den genauen Leistungsumfang entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

AVB-Druckstücknummer 215826

Die Produktmerkmale auf einen Blick

- Hausarztprinzip
- Optionsrecht auf Höherversicherung ohne Risikoprüfung
- Flexibilität durch Selbstbeteiligungs- und Bonusvariante

Ambulant		
Heilbehandlung	100 %	für eine ambulante Heilbehandlung und Gesundheitsvorsorge durch einen praktischen Arzt oder Arzt für Allgemeinmedizin, Gynäkologen, Augen- oder Kinderarzt, einen Bereitschafts- oder Notarzt (Hausarztprinzip).
Facharzt	100 %	für die Behandlung durch einen Facharzt, wenn die Erstbehandlung durch einen der oben aufgeführten Ärzte vorgenommen wurde, sonst 75 %.
Psychotherapie	75 %	für eine psychotherapeutische ambulante Behandlung bis zu 20 Sitzungen pro Kalenderjahr.
Heilpraktiker	75 %	für eine ambulante Heilbehandlung und Gesundheitsvorsorge durch Heilpraktiker einschließlich verordneter Heilmittel (bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.000 Euro pro Kalenderjahr).
Arznei- und Verbandmittel	75 %	für ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.000 Euro, darüber hinaus zu 100 %.
Heil- und Hilfsmittel	75 %	für Heil- und Hilfsmittel. Krankenfahrstühle und Hörgeräte bis zu einem Rechnungsbetrag von jeweils 1.500 Euro pro Kalenderjahr.
Orthopädische Schuhe	75 %	für orthopädische Schuhe bis zu einem Rechnungsbetrag von 150 Euro im Kalenderjahr.
Sehhilfen	100 %	für Sehhilfen (Brillen und Kontaktlinsen) bis 50 Euro alle 36 Monate.
Krankentransporte	100 %	für ambulante Krankentransporte zum und vom nächstgelegenen Arzt oder Krankenhaus.
Stationär		
Unterbringung	100 %	für die Unterbringung, Behandlung und Verpflegung als allgemeine Krankenhausleistung (Mehrbettzimmer).
Stationäre psychotherapeutische Behandlung	100 %	für eine stationäre psychotherapeutische Behandlung im Rahmen allgemeiner Krankenhausleistungen (bis zu 6 Wochen p. Kalenderjahr, darüber hinaus zu 50 %).
Krankentransporte	100 %	für Krankentransporte und im Notfall-Rettungsdienst mit geeigneten Transportmitteln (z. B. Krankentransportwagen, Hubschrauber, Flugzeug) – mindestens bis zum nächsten geeigneten Krankenhaus (max. 100 km).
Zahn		
Zahnbehandlung	100 %	für Zahnbehandlung.
Zahnersatz, Kieferorthopädie	70 %	für Zahnersatz, einschließlich Zahnkronen, Inlays und Implantate, sowie Kieferorthopädie. Es gelten Höchstsätze (Rechnungsbeträge) von insgesamt: 1.500 Euro in den ersten beiden Versicherungsjahren, 3.000 Euro in den ersten vier Versicherungsjahren, 6.000 Euro ab dem fünften Versicherungsjahr für einen Zeitraum von jeweils zwei aufeinander folgenden Jahren. Bei zahnärztlicher Behandlung infolge eines Unfalls entfallen diese Höchstsätze. Wird kalenderjährlich nicht mindestens ein Zahnarztbesuch nachgewiesen, verringert sich der Erstattungssatz für Zahnersatz und Kieferorthopädie ab dem 01.01. des folgenden Kalenderjahres jeweils um 5 %-Punkte bis auf 50 %. Der Erstattungssatz erhöht sich jeweils um 5 %-Punkte bis maximal 70 %, wenn kalenderjährlich ein Zahnarztbesuch nachgewiesen wird.

Ausland		
Rücktransport	100 %	für einen medizinisch notwendigen Rücktransport aus dem Ausland.
Überführung	100 %	für eine Überführung nach dem Tod aus dem Ausland zurück an den ständigen Wohnsitz.
Beisetzung	100 %	für eine Beisetzung im Ausland bei Tod während des Auslandsaufenthaltes bis zur Höhe, die bei einer Überführung zu erbringen gewesen wäre.
Tarifstufen / Selbstbeteiligung		
Tarifstufen		<p>MediStart 1 mit Selbstbeteiligung Mit den MediStart 1 SB ist eine Selbstbeteiligung von insgesamt 480 Euro pro Person und Kalenderjahr vereinbart.</p> <p>MediStart 1 mit Bonuszahlungen Das Bonussystem in MediStart 1 BO garantiert eine jährliche Beitragsrückerstattung (Bonus) von bis zu 480 Euro. Die Kunden erhalten Monat für Monat, in dem Versicherungsschutz besteht, 40 Euro zurück. Wenn Leistungen in Anspruch genommen werden, wird der gesamte jährliche Bonus in Höhe von 480 Euro auf den Erstattungsbetrag angerechnet.</p>
Besonderheiten		
Hausärztlicher Internist		Als Erstbehandler wird auch ein hausärztlicher Internist ohne Schwerpunktbezeichnung anerkannt, sofern rechtzeitig vor Behandlungsbeginn ein Nachweis vorgelegt wird.
Optionsrecht		Nach Ablauf von 24 oder 36 Monaten seit Vertragsbeginn kann ein Wechsel in bestimmte Tarife mit höheren Leistungen erfolgen - ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten.
Hilfsmittel		Für den Erwerb von Hilfsmitteln ab 500 Euro muss die Zustimmung des Versicherers eingeholt werden, da ansonsten nur 50 % der tariflichen Erstattung möglich ist.
Preis- und Leistungsverzeichnis für Heilmittel und zahntechnische Leistungen		Heilmittel und zahntechnische Leistungen sind im Rahmen des Heilmittelverzeichnis bzw. Verzeichnis für zahntechnische Leistungen erstattungsfähig.
Stationäre Ergänzung		MediStart 1 ist nicht mit stationären Ergänzungsprodukten kombinierbar.
Beitragsrückerstattung		Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung
Sinnvolle Tarifergänzungen		
MediStart 1		MediMPlus, MediNatura P, MediR, MediSafe, MediPrävent Basis/Premium, Pflegepflicht PVN, Pflegeergänzung MediPG 1 – 4, MediPG EZ, Krankentagegeld TG, Krankenhaustagegeld K.

Die Beiträge Tarif MediStart

Die Monatsbeiträge ohne gesetzlichen Zuschlag in Euro		
Alter	MediStart 1 SB	MediStart 1 BO
0-15	90,11	130,11
16-20	106,62	146,62
21	231,65	271,65
22	236,07	276,07
23	240,65	280,65
24	245,32	285,32
25	250,12	290,12
26	255,23	295,23
27	260,60	300,60
28	266,24	306,24
29	272,13	312,13
30	278,16	318,16
31	284,43	324,43
32	290,84	330,84
33	297,50	337,50
34	304,42	344,42
35	311,47	351,47
36	318,88	358,88
37	326,54	366,54
38	334,45	374,45
39	342,60	382,60
40	351,13	391,13
41	359,90	399,90
42	369,15	409,15
43	378,66	418,66
44	388,54	428,54
45	398,79	438,79
46	409,41	449,41
47	420,29	460,29
48	431,66	471,66
49	443,29	483,29
50	455,29	495,29
51	467,53	507,53
52	480,13	520,13
53	492,98	532,98
54	506,06	546,06
55	519,43	559,43
56	533,20	573,20
57	547,29	587,29
58	561,67	601,67
59	576,60	616,60
60	591,80	631,80
61	607,52	647,52
62	623,41	663,41
63	639,69	679,69
64	656,15	696,15
65	672,79	712,79
66	689,51	729,51
67	706,54	746,54

4.1.2 Der Modulschutz mit flexiblen Lösungen

Tarif MediVita

Den genauen Leistungsumfang entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

AVB-Druckstücknummer MediVita 215047
 MediVita Z 70 215046
 MediVita Z 90 215045

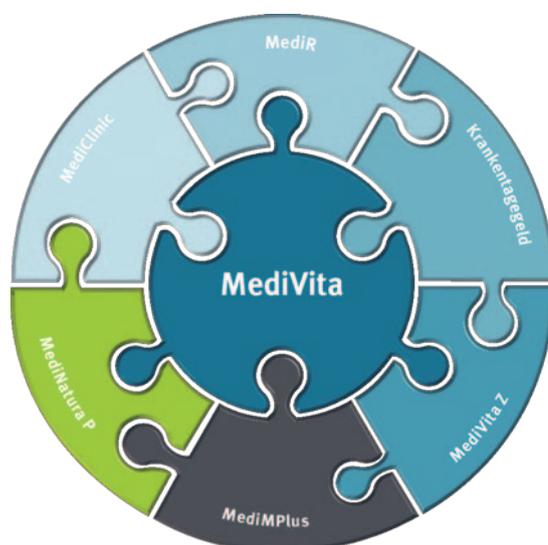
Die Produktmerkmale auf einen Blick

- Günstiger Grundtarif, der um flexible Leistungsbausteine erweitert werden kann
- Garantierte Beitragsrückerstattung (BRE) von 2 Monatsbeiträgen und zusätzlich eine erfolgsabhängige BRE
- Möglicher Verhaltensbonus

Ambulant		
Heilbehandlung	100 %	für eine ambulante Heilbehandlung und Gesundheitsvorsorge durch Ärzte (bis zum 3,5fachen Satz der GoÄ).
Psychotherapie	80 %	für psychotherapeutische Behandlung (bis zu 20 Sitzungen pro Kalenderjahr) ohne schriftliche Zusage.
Heilpraktiker		Optional: Leistungsbaustein MediNatura P 100% für Heilpraktikerbehandlungen einschließlich verordneter Arzneimittel und Naturheilverfahren durch Ärzte, zusammen bis zu 2.000 EUR pro Kalenderjahr. In den ersten beiden Versicherungsjahren gelten Höchstsätze.
Arznei- und Verbandmittel	100 %	der erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel ohne Höchstgrenze.
	80 %	der vorgenannten Aufwendungen, wenn die vom Versicherer für regelmäßig einzunehmende Arznei- und zu verwendende Verbandmittel benannte Bezugsquelle nicht in Anspruch genommen wurde.
Heil- und Hilfsmittel	100 %	für Heilmittel gemäß Heilmittelverzeichnis
	100 %	der Aufwendungen für Hilfsmittel. Der Erstattungssatz für Hilfsmittel (über 500 Euro) vermindert sich auf
	80 %	soweit diese über den Versicherer bezogen werden können und hiervon kein Gebrauch gemacht wird.
Sehhilfen	100 %	für Sehhilfen (Brillen und Kontaktlinsen) bis zu einem Erstattungsbetrag von 100 EUR pro Kalenderjahr.
Stationär		
Unterbringung	100 %	für die Unterbringung, Verpflegung und Behandlung im Krankenhaus als allgemeine Krankenhausleistung (Mehrbettzimmer).
Privatärztliche Leistungen		Privatärztliche Leistungen sowie die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer sind im MediVita nicht enthalten. Optional: Leistungsbausteine MediClinic Premium, MediClinic Plus und MediClinic Basis. MediClinic Premium: 100 % der Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung im Einbettzimmer. MediClinic Plus: 100 % der Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung im Zweibettzimmer. Bei stationärer Krankenhausbehandlung nach einem Unfall besteht Anspruch auf die Unterbringung im Einbettzimmer. MediClinic Premium + Plus: 100 % für privatärztliche Behandlung. Bei Vorlage einer gültigen Honorarvereinbarung auch über die Gebührenordnung hinaus.
Psychotherapeutische Behandlung	100 %	der Aufwendungen für stationäre psychotherapeutische Behandlungen im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistungen bis zu 6 Wochen pro Kalenderjahr, darüber hinaus zu 70 %, sofern eine medizinische Notwendigkeit fortlaufend nachgewiesen wird.
Krankentransporte	100 %	für Krankentransporte und im Notfall-Rettungsdienst mit geeigneten Transportmitteln (z. B. Krankentransportwagen, Hubschrauber, Flugzeug) – mindestens bis zum nächsten geeigneten Krankenhaus (max.100 km).

Zahn	
Zahnbehandlung / Zahnersatz / Kieferorthopädie	<p>Zahnärztliche Leistungen sind im MediVita nicht enthalten.</p> <p>Optional: MediVita Z 90 oder MediVita Z 70: 100 % für Zahnbehandlung und -prophylaxe 70 % für Zahnersatz, Zahnkronen, Inlays und zahntechnische Leistungen, Implantate, Kieferorthopädie bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres (danach nur wenn unfallbedingt) (MediVita Z 70) 90 % für Zahnersatz, Zahnkronen, Inlays und zahntechnische Leistungen, Implantate, Kieferorthopädie bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres (danach nur wenn unfallbedingt) (MediVita Z 90)</p> <p>Wird kalenderjährlich kein Zahnarztbesuch nachgewiesen, verringert sich im Bereich Zahnersatz und Kieferorthopädie der Erstattungssatz ab dem 01.01. des folgenden Jahres um 10 % bis auf 60 % (MediVita Z 90) bzw. 40 % (MediVita Z 70).</p> <p>In den ersten fünf Kalenderjahren gelten Höchstsätze (Erstattungsbeträge), die sich auf Zahnersatz und Kieferorthopädie beziehen, von insgesamt:</p> <p>2.000 Euro im ersten Kalenderjahr 4.000 Euro im zweiten Kalenderjahr 6.000 Euro im dritten Kalenderjahr 8.000 Euro im vierten Kalenderjahr 10.000 Euro im fünften Kalenderjahr Bei Unfall entfallen die Höchstsätze.</p> <p>Die Erstattung erfolgt bis zum 3,5-fachen Satz der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Die Höchstsätze ab dem vierten Kalenderjahr können auf Antrag entfallen.</p>
Selbstbeteiligung	
MediVita 250 MediVita 500	<p>250 Euro Selbstbeteiligung 500 Euro Selbstbeteiligung</p> <p>Für Kinder und Jugendliche jeweils die Hälfte.</p> <p>Die Selbstbeteiligung bezieht sich nur auf die ambulante Behandlung. Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen werden nicht auf die Selbstbeteiligung angerechnet und belasten auch nicht den Anspruch auf eine Beitragsrückerstattung.</p>
Informationsblatt	<p>„Information zum Tarif MediVita“ Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen, die nicht unter den tariflichen Selbstbehalt fallen (Druckstück Nr. 116213).</p>
Besonderheiten	
Preis-/Leistungsverhältnis	Günstiger Grundtarif mit Leistungen für ambulante und stationäre Behandlungen.
Beitragsrückerstattung	Garantierte Beitragsrückerstattung (BRE) von 2 Monatsbeiträgen, wenn keine ambulanten Leistungen erbracht worden sind und zusätzlich eine erfolgsabhängige BRE.
Verhaltensbonus	Wird das Hausarztprinzip für ein ganzes Kalenderjahr eingehalten, unterstützt MediVita das Kostenbewusstsein in Form eines Verhaltensbonus. Die Höhe des Bonus beträgt bis zu 50 Prozent der vereinbarten Selbstbeteiligung (SB). Maßgeblich ist, dass die Hälfte der SB selbst erbracht wurde. Die SB, die darüber hinaus angerechnet worden ist, kann als Bonus ausgezahlt werden.
Arznei- und Hilfsmittelmanagement	Umfassendes und garantiertes Arznei- und Hilfsmittelmanagement, welches wirtschaftliches Verhalten unterstützt.

Optionsrecht	
	Optionsrecht innerhalb der GKR-Produktfamilie (ohne Risikoprüfung und Wartezeiten) jeweils nach Ablauf von 24 oder 36 Monaten seit Vertragsbeginn.
Sinnvolle Tarifergänzungen	
MediVita	MediVita Z 70 / Z 90, MediMPlus, MediSafe, MediClinic Premium / MediClinic Plus / Basis, MediNatura P, MediPrävent Basis/Premium, MediR, Krankentagegeld TG, Krankenhaustagegeld K, Pflegepflicht PVN, Pflegeergänzung MediPG 1 – 4, MediPG EZ.
Positive Produktratings	
	Das unabhängige Analysehaus Franke & Bornberg hat verschiedene MediVita Produktkombinationen ausgezeichnet geratet. Für die Produktkombination MediVita 250, MediNatura P, MediClinic Plus, MediVita Z 70 gab es die Bestnote „FFF“.



Die Beiträge Tarif MediVita

Die Monatsbeiträge ohne gesetzlichem Zuschlag in Euro				
Eintrittsalter	MediVita 250	MediVita 500	MediVita Z 70	MediVita Z 90
0-15	142,74	128,08	34,96	48,64
16-20	152,64	143,71	41,63	53,78
21	302,12	258,27	38,46	50,01
22	308,76	264,08	39,39	51,33
23	315,45	270,34	40,43	52,69
24	322,43	276,70	41,49	54,08
25	329,46	283,40	42,55	55,46
26	336,67	290,37	43,53	56,80
27	344,05	297,49	44,51	58,08
28	351,44	304,61	45,46	59,28
29	359,01	312,01	46,34	60,52
30	366,41	319,28	47,18	61,66
31	373,98	326,55	47,99	62,77
32	381,40	333,83	48,80	63,87
33	389,00	341,13	49,57	64,89
34	396,79	348,58	50,31	65,91
35	404,75	356,17	51,02	66,88
36	413,04	364,18	51,76	67,80
37	421,83	372,46	52,44	68,77
38	430,96	381,03	53,15	69,65
39	440,59	390,16	53,82	70,58
40	450,72	399,70	54,46	71,51
41	461,35	409,66	55,14	72,44
42	472,65	420,18	55,81	73,37
43	484,29	430,98	56,45	74,30
44	496,60	442,35	57,09	75,23
45	509,26	453,99	57,73	76,17
46	522,09	465,93	58,37	77,10
47	535,27	478,30	59,02	78,03
48	548,80	490,96	59,66	78,92
49	562,67	503,91	60,30	79,81
50	576,71	517,13	60,95	80,69
51	590,75	530,49	61,59	81,54
52	604,95	544,13	62,16	82,33
53	619,14	557,90	62,77	83,08
54	633,50	571,80	63,31	83,83
55	647,90	585,88	63,85	84,49
56	662,04	600,16	64,40	85,11
57	676,43	614,66	64,91	85,68
58	690,73	629,50	65,46	86,21
59	705,28	644,69	66,01	86,66
60	720,04	660,06	66,53	87,10
61	735,02	676,03	67,05	87,50
62	750,37	692,33	67,54	87,85
63	765,95	709,09	68,02	87,94
64	781,93	726,33	68,48	87,97
65	798,31	743,92	68,90	87,97
66	814,94	761,87	69,29	87,97
67	831,83	780,05	69,36	87,97

4.1.3 Der Komfortschutz mit garantierter Beitragsrückerstattung

Tarif MediComfort

Den genauen Leistungsumfang entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

AVB-Druckstücknummer 212481

Die Produktmerkmale auf einen Blick

- Ambulante Heilbehandlung auch über die GOÄ hinaus
- Innovatives Arzneimittelmanagement
- Garantierte Beitragsrückerstattung (BRE) von bis zu 6 Monatsbeiträgen
- Unbegrenzte Weltgeltung für Arbeitnehmer bei beruflicher Entsendung

Ambulant		
Heilbehandlung	100 %	für eine ambulante Heilbehandlung und Gesundheitsvorsorge durch Ärzte, auch über GOÄ hinaus.
Psychotherapie	80 %	für psychotherapeutische ambulante Behandlung bis zu 50 Sitzungen pro Kalenderjahr.
Heilpraktiker	100 %	für eine ambulante Heilbehandlung und Gesundheitsvorsorge durch Heilpraktiker im Rahmen der GebÜH einschließlich verordneter Heilmittel (bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.000 Euro pro Kalenderjahr).
Alternative Medizin	100 %	für Behandlungen durch Ärzte und Heilpraktiker für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden einschließlich der verordneten Arznei- und Heilmittel im Rahmen des Hufelandverzeichnis für Therapierichtungen der biologischen Medizin (in der jeweils gültigen Fassung), soweit sie nicht bereits als Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlung erstattungsfähig sind, höchstens für 300 Euro pro Kalenderjahr.
Arznei- und Verbandmittel	100 %	der erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel, wenn der Versicherer keine bestimmte Bezugsquelle genannt hat oder die vom Versicherer benannte Bezugsquelle für regelmäßig einzunehmende Arznei- und zu verwendende Verbandmittel in Anspruch genommen wurde. 80 % der vorgenannten Aufwendungen, wenn die vom Versicherer für regelmäßig einzunehmende Arznei- und zu verwendende Verbandmittel benannte Bezugsquelle nicht in Anspruch genommen wurde.
Heilmittel	100 %	für Heilmittel.
Hilfsmittel	100 %	der Aufwendungen für Hilfsmittel. Der Erstattungssatz für Hilfsmittel (über 500 Euro) vermindert sich auf 80 %, soweit diese über den Versicherer bezogen werden können und hiervon kein Gebrauch gemacht wird.
Sehhilfen	100 %	für Sehhilfen (Brillen und Kontaktlinsen) bis zu einem Rechnungsbetrag von 260 Euro innerhalb von zwei aufeinander folgenden Kalenderjahren.
Entbindungspauschale		1.230 Euro Entbindungspauschale.
Stationär		
Unterbringung	100 %	für eine gesondert berechnete Unterbringung und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer.
Privatärztliche Leistungen	100 %	für gesondert berechnete privatärztliche Leistungen, auch über den Rahmen der gültigen Gebührenordnung hinaus.
Krankentransporte	100 %	für Krankentransporte und im Notfall-Rettungsdienst mit geeigneten Transportmitteln (z. B. Krankentransportwagen, Hubschrauber, Flugzeug) bis zum nächstgelegenen Krankenhaus.
Zahn		
Zahnbehandlung	100 %	für Zahnbehandlung.

Zahn		
Zahnersatz, Kieferorthopädie	80 %	für Zahnersatz, einschließlich Zahnkronen, Inlays und Implantate sowie Kieferorthopädie. In den ersten fünf Kalenderjahren gelten Höchstsätze (Rechnungsbeträge), die sich auch auf Zahnbehandlung beziehen, von insgesamt: 2.560 Euro im ersten Kalenderjahr, 3.840 Euro im zweiten Kalenderjahr, 5.120 Euro im dritten Kalenderjahr, 6.400 Euro im vierten Kalenderjahr, 7.680 Euro im fünften Kalenderjahr. Bei Unfall entfallen die Höchstsätze. Die Erstattung erfolgt im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).
Ausland		
Rücktransport	100 %	für einen medizinisch notwendigen Rücktransport aus dem Ausland.
Überführung	100 %	für eine Überführung nach dem Tod aus dem Ausland zurück an den ständigen Wohnsitz.
Beisetzung	100 %	für eine Beisetzung im Ausland bei Tod während des Auslandsaufenthaltes bis zur Höhe, die bei einer Überführung zu erbringen gewesen wäre.
Tarifstufen / Selbstbeteiligung		
Selbstbeteiligung		Die Selbstbeteiligung gilt pro Person und Kalenderjahr. 300 Euro für Erwachsene (ab Alter 21) 150 Euro für Kinder und Jugendliche
Besonderheiten		
Gebührenordnung		Arztkosten für ambulante und stationäre Behandlungen werden auch über den Rahmen der GOÄ hinaus erstattet, soweit eine gültige Honorarvereinbarung zugrunde liegt.
Arznei- und Hilfsmittelmanagement		Umfassendes und garantiertes Arznei- und Hilfsmittelmanagement, welches wirtschaftliches Verhalten unterstützt.
Beruflich bedingter Auslandsaufenthalt		Für Arbeitnehmer, sowie deren Ehegatten und Kinder, sofern für diese Tarif MediComfort abgeschlossen ist, besteht weltweiter Versicherungsschutz für die Dauer eines beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes (Entsendung). Bei Bedarf steht für entsendete Arbeitnehmer ein Krankentagegeld (Tarif S) mit einer Karenzzeit von sechs Wochen oder länger ohne Beitragszuschlag zur Verfügung.
Garantierte Beitragsrückerstattung		Die garantierte Beitragsrückerstattung beträgt bei Leistungsfreiheit: 4 Monatsbeiträge für ein Kalenderjahr 4 Monatsbeiträge für zwei aufeinander folgende Kalenderjahre 5 Monatsbeiträge für drei aufeinander folgende Kalenderjahre 6 Monatsbeiträge für vier oder mehr aufeinander folgende Kalenderjahre Für das Kalenderjahr des erstmaligen Versicherungsbeginns nach Tarif MediComfort wird die Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit für jeden Kalendermonat, in dem die Versicherung nach Tarif MediComfort bestanden hat, zu 1/12 gezahlt. Anfragen des Versicherungsnehmers, die sich auf die Richtigkeit der Rechnungsinhalte oder auf Bezugsquellen für Arznei- und Verbandmittel bzw. Hilfsmittel beziehen, haben keine Auswirkungen auf die garantierte Beitragsrückerstattung, sofern damit kein Erstattungsantrag verbunden ist.
Sinnvolle Tarifergänzungen		
MediComfort		MediNatura P, MediR, MediSafe, MediPrävent Basis/Premium, Krankentagegeld TG, Krankenhaustagegeld K, Pflegepflicht PVN, Pflegeergänzung MediPG 1 – 4, MediPG EZ.

Die Beiträge Tarif MediComfort

Die Monatsbeiträge ohne gesetzlichem Zuschlag in Euro			
Alter	MediComfort	Eintrittsalter	MediComfort
0-15	229,83	44	737,05
16-20	421,85	45	753,47
21	485,27	46	770,16
22	496,25	47	787,40
23	506,73	48	805,18
24	517,15	49	823,51
25	527,45	50	842,13
26	537,57	51	861,02
27	547,49	52	880,21
28	557,23	53	899,94
29	566,76	54	919,96
30	576,06	55	940,05
31	585,12	56	960,73
32	594,20	57	981,76
33	603,32	58	1.002,88
34	612,47	59	1.024,63
35	622,17	60	1.046,98
36	632,13	61	1.069,67
37	642,64	62	1.092,73
38	653,94	63	1.116,43
39	665,78	64	1.140,77
40	678,42	65	1.165,51
41	691,87	66	1.190,67
42	706,38	67	1.216,01
43	721,44		

4.1.4 Der Maximalschutz

Tarif MAX

Den genauen Leistungsumfang entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

AVB-Druckstücknummer 204557

Die Produktmerkmale auf einen Blick

- Hohe Tarifleistungen
- Weltgeltung
- Hohe Selbstbeteiligungsstufen bei niedrigem Beitrag
- Halbe Selbstbeteiligung für Kinder und Jugendliche
- Krankenrücktransport aus dem Ausland

Ambulant		
Heilbehandlung	100 %	für eine ambulante Heilbehandlung und Gesundheitsvorsorge durch Ärzte.
Psychotherapie	100 %	für psychotherapeutische ambulante Behandlung ohne Begrenzung.
Heilpraktiker	100 %	für eine ambulante Heilbehandlung und Gesundheitsvorsorge durch Heilpraktiker.
Arznei- und Verbandmittel	100 %	für ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel.
Heil- und Hilfsmittel	100 %	für Heil- und Hilfsmittel.
Sehhilfen	100 %	für Sehhilfen (Brillen und Kontaktlinsen) bis 260 Euro alle 24 Monate oder bei Veränderung der Sehschärfe um mindestens 0,5 Dioptrien.
Entbindungspauschale		1.230 Euro Entbindungspauschale.
Stationär		
Unterbringung	100 %	für gesondert berechnete Unterbringung und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer.
Privatärztliche Leistungen	100 %	für gesondert berechnete privatärztliche Leistungen, auch über den Rahmen der gültigen Gebührenordnung hinaus.
Krankentransporte	100 %	für Krankentransporte und im Notfall-Rettungsdienst mit geeigneten Transportmitteln (z. B. Krankentransportwagen, Hubschrauber, Flugzeug), je Versicherungsfall bis zu 100 km, mindestens aber bis zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.
Zahn		
Zahnbehandlung	100 %	für Zahnbehandlung.
Zahnersatz, Kieferorthopädie	80 %	für Zahnersatz, einschließlich Zahnkronen, Inlays und Implantate, sowie Kieferorthopädie. In den ersten fünf Versicherungsjahren gelten Höchstsätze (Erstattungsfähige Aufwendungen), die sich auch auf Zahnbehandlung beziehen, von insgesamt: 2.560 Euro im ersten Versicherungsjahr, 3.840 Euro im zweiten Versicherungsjahr, 5.120 Euro im dritten Versicherungsjahr, 6.400 Euro im vierten Versicherungsjahr, 7.680 Euro im fünften Versicherungsjahr. Bei Unfall entfallen diese Höchstsätze. Die Erstattung erfolgt im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).
Geltungsbereich		
Geltungsbereich		Weltgeltung bei einem vorübergehendem Auslandsaufenthalt.

Ausland		
Rücktransport	100 %	für einen medizinisch notwendigen Rücktransport aus dem Ausland.
Überführung	100 %	für eine Überführung nach dem Tod aus dem Ausland zurück an den ständigen Wohnsitz.
Beisetzung	100 %	für eine Beisetzung im Ausland bei Tod während des Auslandsaufenthaltes bis zur Höhe, die bei einer Überführung zu erbringen gewesen wäre.
Tarifstufen / Selbstbeteiligung		
Selbstbeteiligung		<p>Die Selbstbeteiligung gilt pro Person und Kalenderjahr</p> <p>MAX 1 1.344 Euro für Erwachsene (ab Alter 21) 672 Euro für Kinder und Jugendliche</p> <p>MAX 2 2.784 Euro für Erwachsene (ab Alter 21) 1.392 Euro für Kinder und Jugendliche</p>
Besonderheiten		
Beitragsrückerstattung		Keine Beitragsrückerstattung vorgesehen.
Sinnvolle Tarifergänzungen		
MAX		MediR, MediSafe, MediPrävent Basis/Premium, Krankentagegeld TG, Krankenhausstagegeld K, Pflegepflicht PVN, Pflegeergänzung MediPG 1 – 4, MediPG EZ.

Die Beiträge Tarif MAX

Die Monatsbeiträge ohne gesetzlichem Zuschlag in Euro		
Eintrittsalter	MAX 1	MAX 2
0-11	151,51	68,49
12-20	239,12	145,85
21	342,10	223,58
22	350,65	230,74
23	359,50	238,07
24	368,31	245,50
25	377,48	253,11
26	386,84	260,92
27	396,54	268,92
28	406,57	277,11
29	417,08	285,58
30	427,75	294,16
31	439,02	303,00
32	450,75	312,02
33	462,79	321,23
34	475,59	330,88
35	488,69	340,63
36	502,24	350,65
37	516,24	360,94
38	530,69	371,51
39	545,74	382,53
40	561,10	393,73
41	576,76	405,12
42	592,73	416,85
43	609,16	428,86
44	626,04	441,31
45	643,23	454,12
46	661,18	467,29
47	679,57	480,81
48	698,56	494,87
49	718,16	509,30
50	738,36	524,16
51	759,02	539,30
52	780,43	554,89
53	802,59	570,83
54	825,36	587,31
55	848,77	603,91
56	872,68	620,98
57	897,24	638,28
58	922,76	656,07
59	949,10	674,44
60	975,79	693,03
61	1.002,85	711,83
62	1.030,28	731,04
63	1.058,09	750,57
64	1.086,14	770,50
65	1.114,15	790,69
66	1.142,13	811,05
67	1.170,24	831,67

4.1.5 Die private Studentische Krankenversicherung

Tarif PSKV

Den genauen Leistungsumfang entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

AVB-Druckstücknummer 215223

Ambulant		
Heilbehandlung	100 %	für eine ambulante Heilbehandlung und Gesundheitsvorsorge durch Ärzte.
Psychotherapie	100 %	für psychotherapeutische ambulante Behandlung durch Ärzte bis zu 10 Sitzungen je Studiensemester (Versorgungsabschnitt).
Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel	100 %	für ärztlich verordnete Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel. Hilfsmittel bis zu Rechnungsbetrag je Hilfsmittel von 51,13 Euro, darüber 50 %.
Sehhilfen	100 %	für Brillengestelle bis Rechnungsbetrag von 25,56 Euro innerhalb von zwei Versorgungsabschnitten.
Stationär		
Unterbringung	100 %	für die Unterbringung, Behandlung und Verpflegung als allgemeine Krankenhausleistung (Mehrbettzimmer).
Zahn		
Zahnbehandlung, Kieferorthopädie	100 %	Für Zahnbehandlung sowie für Kieferorthopädie.
Zahnersatz	50 %	Für Zahnersatz sowie Materialien und zahntechnische Laborarbeiten im Rahmen des Preis-/Leistungsverzeichnisses für zahntechnische Leistungen des Tarifs PSKV.
Besonderheiten		
GOÄ-Begrenzung		Begrenzung der Leistungen auf die folgenden Sätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ): 1,7-fache Satz für ärztliche Leistungen 2,0-fache Satz für zahnärztliche Leistungen 1,3-fache Satz für medizinisch-technische Leistungen 1,3-fache Satz für Heilmittel 1,1-fache Satz für Laborleistungen
Annahmerichtlinien		
Versicherungsfähigkeit		Versicherbar sind Studenten ohne Berufsausübung, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraumes eingeschrieben sind. Ehegatten, Lebenspartner, Kinder können mitversichert werden, sofern sie kein regelmäßiges Einkommen erzielen oder Anspruch auf GKV-Leistungen haben.
Sinnvolle Tarifergänzungen		
PSKV		MediClinic Basis, Krankenhaustagegeld K, MediPrävent Basis/Premium, MediR, Pflegepflicht PVN Studenten, Pflegeergänzung MediPG 1 und MediPG 4.

Die Beiträge Tarif PSKV

Die Monatsbeiträge in Euro	
Eintrittsalter	PSKV
0-15	116,51
16-19	77,25
20-24	102,11
25-29	121,78
30-33	146,64

4.2 Die starke Ergänzung zur Vollversicherung

4.2.1 Private Pflegepflichtversicherung für Krankheitskostenvollversicherte – Tarif PVN

Tarif PVN

Den genauen Leistungsumfang entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (MB / PPV 2019).

AVB-Druckstücknummer 206755

Die Produktmerkmale auf einen Blick

- Pflichtversicherung für privat vollversicherte Arbeitnehmer, Studenten, Selbstständige sowie deren Familienangehörige

Pflegesachleistungen für Häusliche Pflege	
Häusliche Pflegehilfe	Für häusliche Pflegehilfe werden je Kalendermonat erstattet: a) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 bis zu 689 Euro, b) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 bis zu 1.298 Euro, c) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 bis zu 1.612 Euro, d) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 bis zu 1.995 Euro.
Pflegegeld	
Pflegegeld	Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat a) 316 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2, b) 545 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3, c) 728 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4, d) 901 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5. Das Pflegegeld wird in monatlichen Raten jeweils für den zurückliegenden Monat gezahlt.
Beratung	Für die Beratung werden in den Pflegegraden 1, 2, und 3 bis zu 23 Euro, in den Pflegegraden 4 und 5 bis zu 33 Euro ersetzt.
Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson	
Verhinderung einer Pflegeperson (Ersatzpflege)	Ist die Pflegeperson verhindert, wird im Einzelfall bis zu 1.612 Euro für Kosten einer notwendigen Ersatzpflege je Kalenderjahr gezahlt.
Pflegehilfsmittel und technische Hilfen	
Leistungen für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen	Erstattung a) technischer Hilfsmittel bis zu 100 %, b) zum Verbrauch bestimmter Hilfsmittel bis zu 40 Euro je Monat, c) Zuschuss zur Verbesserung des Wohnumfeldes: 4.000 Euro je Maßnahme.
Teilstationäre Pflege	
Teilstationäre Pflege	Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen je Kalendermonat erstattet: a) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 bis zu 689 Euro, b) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 bis zu 1.298 Euro, c) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 bis zu 1.612 Euro, d) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 bis zu 1.995 Euro.

Kurzzeitpflege	
Kurzzeitpflege (Vollstationär)	Der Anspruch auf vollstationäre Kurzzeitpflege im Pflegeheim in Höhe von 1.612 Euro p.a. besteht für acht Wochen pro Kalenderjahr.
Vollstationäre Pflege	
Vollstationäre Pflege	<p>Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen, für soziale Betreuung sowie für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege im Rahmen von Höchstsätzen erstattet.</p> <p>a) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 in Höhe von 770 Euro, b) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 in Höhe von 1.262 Euro, c) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 in Höhe von 1.775 Euro, d) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 in Höhe von 2.005 Euro – je Kalendermonat.</p>
Besonderheiten	
Beiträge	Für jede versicherte Person ist ein Beitrag zu zahlen. Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und am Ersten eines jeden Monats fällig. Der Beitrag ist an die vom Versicherer bezeichnete Stelle zu entrichten.
Beiträge Kinder	<ul style="list-style-type: none"> • Nicht erwerbstätige Kinder einer versicherten Person sind unter den Voraussetzungen des § 8 Abs. 2 und 3 MB / PPV 2017 beitragsfrei. • Für bisher beitragsfrei versicherte Kinder ist das bei Beendigung der Beitragsfreiheit gegebene Alter maßgebend.
Besonderheiten	
Angebotssystem Kosyma	<p>Im Angebotssystem Kranken (Kosyma) gibt es bei der Frage zur Pflegepflichtversicherung eine Auswahl zwischen</p> <ul style="list-style-type: none"> – Neuzugang – Bestand <ul style="list-style-type: none"> • PVN-Neuzugang: GKV-Wechsler, die eine private Pflegepflichtversicherung abschließen • PVN-Bestand: PVN-Bestandskunden der GKR und PPV-Wechsler aus anderen PKV-Unternehmen • Kinder werden immer der PPV-Welt der Eltern zugeordnet
Hinweis Annahmerichtlinien	
Eintrittsalter	Anders als in unseren übrigen Krankenversicherungstarifen errechnet sich das Eintrittsalter aus dem Unterschied zwischen Geburtsjahr und Jahr des Versicherungsbeginns.

Die Beiträge Tarif PVN Neugeschäft

Die Monatsbeiträge ohne gesetzlichem Zuschlag in Euro			
Eintrittsalter	PVN neu	Eintrittsalter	PVN neu
0-19	29,15	44	56,88
20	29,15	45	58,69
21	31,19	46	60,58
22	31,91	47	62,58
23	32,66	48	64,68
24	33,43	49	66,90
25	34,22	50	69,23
26	35,04	51	71,70
27	35,89	52	74,30
28	36,78	53	77,05
29	37,69	54	79,96
30	38,64	55	83,03
31	39,62	56	86,29
32	40,64	57	89,75
33	41,70	58	93,44
34	42,81	59	97,36
35	43,95	60	101,55
36	45,15	61	106,01
37	46,40	62	110,79
38	47,70	63	115,90
39	49,06	64	121,37
40	50,49	65	127,25
41	51,97	66	133,56
42	53,53	67	140,36
43	55,17	68	147,67

Die Beiträge Tarif PVN speziell für Studenten

Die Monatsbeiträge in Euro	
Eintrittsalter	PVN-Studenten
16-39	11,86

Hinweis:

Tarif PVN ist für Studenten bis zum 25. Lebensjahr beitragsfrei, wenn wenigstens ein Elternteil in der privaten Pflegepflicht versichert ist.

4.2.2 Die Ergänzung für alternative Heilmethoden

MediNatura P für privat Krankenvollversicherte

Den genauen Leistungsumfang entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

AVB-Druckstücknummer 215385

Die Produktmerkmale auf einen Blick

- Hohe Erstattung für Heilpraktikerbehandlung und Naturheilverfahren durch Ärzte
- MediNatura P für privat Krankheitskostenvollversicherte

Ambulant		
Heilpraktiker/ Naturheilverfahren durch Ärzte	100 %	für Heilbehandlungen durch Heilpraktiker einschließlich verordneter Arzneimittel im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) sowie für Naturheilverfahren durch Ärzte nach dem Hufelandverzeichnis zusammen bis zu einem Erstattungsbetrag von 2.000 Euro pro Kalenderjahr. Die Leistungen sind zu Beginn des Vertrages auf folgende Erstattungsbeträge begrenzt: 500 Euro im ersten Kalenderjahr 1.000 Euro im zweiten Kalenderjahr
Besonderheiten		
MediNatura P		Nur abschließbar in Verbindung mit einer Krankheitskostenvollversicherung.

Die Beiträge Tarif MediNatura P

Die Monatsbeiträge in Euro			
Eintrittsalter	MediNatura P	Eintrittsalter	MediNatura P
0-15	5,21	44	13,27
16-20	8,25	45	13,45
21	10,18	46	13,62
22	10,28	47	13,80
23	10,38	48	14,00
24	10,49	49	14,20
25	10,60	50	14,40
26	10,72	51	14,62
27	10,83	52	14,84
28	10,94	53	15,08
29	11,06	54	15,33
30	11,17	55	15,58
31	11,30	56	15,85
32	11,42	57	16,13
33	11,56	58	16,43
34	11,70	59	16,74
35	11,84	60	17,07
36	11,99	61	17,41
37	12,13	62	17,76
38	12,29	63	18,14
39	12,44	64	18,53
40	12,60	65	18,87
41	12,77	66	19,16
42	12,93	67	19,23
43	13,10		

4.2.3 Der starke Zusatzschutz für MediStart und MediVita

Tarif MediMPlus

Den genauen Leistungsumfang entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

AVB-Druckstücknummer 215857

Die Produktmerkmale auf einen Blick

- Aufbaustufe für die Tarife MediStart und MediVita
- Das besondere Highlight: abschließbar für Bestand und Neugeschäft ohne Gesundheitsprüfung

Tarifleistungen		
Ambulante psychotherapeutische Behandlung		Die Tarife MediVita und MediStart leisten bereits für 20 ambulante psychotherapeutische Sitzungen pro Kalenderjahr. Der MediMPlus-Baustein stockt diese Tarifleistung um 30 Sitzungen auf insgesamt 50 Sitzungen auf. Der Erstattungssatz für diese zusätzlichen Sitzungen beträgt 70 %.
Entziehungs- und Entwöhnungsmaßnahmen		Nach den MB/KK wird derzeit für eine stationäre Entziehungsmaßnahme aus den Vollkostentarifen der GKR geleistet. Dabei werden Kosten für die Regelleistungen – ohne Chefarzt und Unterbringungswahlleistung – erstattet. Durch den Baustein MediMPlus erfolgt eine Aufstockung der bisherigen Leistungen auf insgesamt (über die gesamte Vertragslaufzeit) drei ambulante und/oder stationäre Entwöhnungsbehandlungen mit einem Erstattungssatz von 80 %.
Hilfsmittel (außer Sehhilfen)	100 %	für alle medizinisch notwendigen Hilfsmittel in Standardausführungen, die nicht im Hilfsmittelverzeichnis des Versicherers aufgeführt sind. Die Einschränkung auf eine Standardausführung entfällt für lebenserhaltende Hilfsmittel. Erstattet werden auch die Kosten für Reparatur, Wartung und Unterweisung im Gebrauch.
Ambulante Palliativversorgung / Hospizversorgung		Bei stationären Hospizaufenthalten werden neben der Kostenerstattung aus der Pflegepflichtversicherung die Regelleistungen aus den Krankheitskostenvolltarifen erstattet. Hierbei gelten Tageshöchstsätze, welche auch bei Inanspruchnahme von ambulanten Hospizleistungen und Palliativversorgung zu berücksichtigen sind. MediMPlus leistet für alle nicht gedeckten Restkosten bei Hospizunterbringung, ambulanten Hospizleistungen und Palliativversorgung.
Besonderheiten		<ul style="list-style-type: none"> • Keine Risikoprüfung für Bestand und Neugeschäft. • Geringer Monatsbeitrag.
Tarifkombinationen		Nur mit Tarif MediStart und MediVita abschließbar.

Die Beiträge Tarif MediMPlus

Die Monatsbeiträge in Euro							
Eintrittsalter	MediMPlus*	Eintrittsalter	MediMPlus*	Eintrittsalter	MediMPlus*	Eintrittsalter	MediMPlus*
0-15	1,66	32	3,38	45	4,07	58	4,67
16-20	3,76	33	3,43	46	4,12	59	4,72
21	2,99	34	3,47	47	4,17	60	4,78
22	3,02	35	3,52	48	4,22	61	4,83
23	3,05	36	3,57	49	4,26	62	4,89
24	3,08	37	3,62	50	4,31	63	4,95
25	3,12	38	3,67	51	4,35	64	5,02
26	3,15	39	3,73	52	4,39	65	5,09
27	3,19	40	3,79	53	4,44	66	5,17
28	3,23	41	3,85	54	4,48	67	5,25
29	3,26	42	3,90	55	4,52		
30	3,30	43	3,96	56	4,57		
31	3,34	44	4,02	57	4,62		

* MediMPlus ist nur mit MediStart und MediVita 250/500 kombinierbar

4.2.4 Der Baustein für die Beitragsentlastung im Alter

Tarif MediSafe

Den genauen Leistungsumfang entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

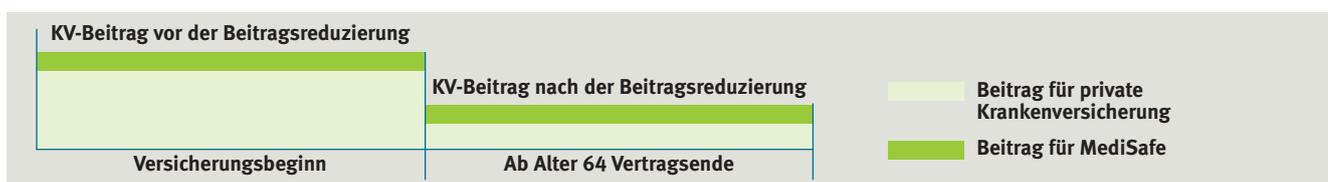
AVB-Druckstücknummer 216445

Die Produktmerkmale auf einen Blick

- MediSafe ist das Argument gegen zu hohe Beiträge im Rentenalter
- Beitragsentlastungstarif, der für alle Neugeschäfts- und Bestandstarife nach Art der Leben vereinbart werden kann
- Keine Gesundheitsprüfung
- Möglichkeit der Arbeitgeberzuschussfähigkeit sowie steuerlicher Absetzbarkeit im Rahmen des Bürgerentlastungsgesetzes

Tarifleistungen	
Leistungsumfang	Beitragsentlastungsbaustein mit <ul style="list-style-type: none"> • Variablem Entlastungsumfang (in 5 EUR Stufen) im Rahmen von Höchstgrenzen. • Variablem Entlastungszeitpunkt (zwischen 60. und 72. Lebensjahr). • Freiwilliger Dynamik während der Ansparphase ohne Gesundheitsprüfung. • Beitragsfreistellung für max. 3 Jahre (36 Monate). Bei vorzeitiger Kündigung des Bausteins <ul style="list-style-type: none"> • Unternehmenswechsel: Anrechnung des angesparten Deckungskapitals als beitragsmindernder Nachlass auf eine beitragspflichtige Pflegeergänzungsversicherung. • Verbleib im Unternehmen: Anrechnung des angesparten Deckungskapitals auf die verbleibenden Tarife als beitragsmindernder Nachlass.
Aufnahmefähigkeit	Versicherungsfähig sind Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben und bei der GKR eine Krankheitskosten-, Krankenhaustagegeld- oder Pflegeergänzungsversicherung (Grundversicherung) abgeschlossen haben, für die eine Alterungsrückstellung gebildet wird. Endet die Grundversicherung, endet auch Tarif MediSafe.
Wartezeiten	Beitragsentlastung kann frühestens in Anspruch genommen werden, wenn Tarif MediSafe mindestens 36 Monate während der Vertragslaufzeit und vor Beginn der Entlastung ununterbrochen beitragspflichtig bestanden hat.
Beitragszahlungsdauer	Über die gesamte Dauer des Versicherungsvertrages, also auch auf während der Phase der Beitragsentlastung.
Besonderheiten	<ul style="list-style-type: none"> • Hinzunahme des Tarifs MediSafe ohne Gesundheitsprüfung. • Attraktiver Partnertarif zu Vollversicherungstarifen der GKR, aber auch empfehlenswert für Zusatzversicherte mit den Tarifen MediClinic Premium / Plus, KHT oder MediPG.
Berücksichtigungsfähige Tarife	Vereinbar für alle Bisex- und Unisex- Produkte der GKR (Neugeschäfts- und Bestandstarife), sofern diese nach Art der Lebensversicherung kalkuliert wurden (= Tarife mit Alterungsrückstellungen). Hinweis: Keine Kombination mit Basis-, Standardtarif, Pflegepflicht-, Krankentagegeldtarife, gesetzlicher Zuschlag und Tarife ohne Alterungsrückstellung.

So funktioniert die Gothaer Beitragsentlastung im Alter:



Tipp: Nutzen Sie Gothaer MediSafe als starkes Argument im PKV-Verkaufsgespräch, wenn Ihr Kunde auf die Bezahlbarkeit der Beiträge im Alter zu sprechen kommt!

Die Beiträge Tarif MediSafe

Die Monatsbeiträge ohne gesetzlichem Zuschlag in Euro			
Eintrittsalter	MediSafe*	Eintrittsalter	MediSafe*
0-15	–	44	2,26
16-20	–	45	2,35
21	0,89	46	2,44
22	0,94	47	2,53
23	0,98	48	2,63
24	1,03	49	2,74
25	1,08	50	2,85
26	1,13	51	2,97
27	1,18	52	3,10
28	1,23	53	3,22
29	1,27	54	3,36
30	1,33	55	3,51
31	1,38	56	3,67
32	1,43	57	3,83
33	1,49	58	4,00
34	1,55	59	4,19
35	1,61	60	4,39
36	1,67	61	4,60
37	1,74	62	4,83
38	1,80	63	5,08
39	1,87	64	5,35
40	1,94	65	5,64
41	2,02	66	5,96
42	2,09	67	6,02
43	2,17		

* für 5 Euro Beitragsentlastung über MediSafe

4.3 Die Zusatzversicherungen

4.3.1 Die ambulante Zusatzversicherung

Tarif MediAmbulant

Den genauen Leistungsumfang entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

AVB-Druckstücknummer 212245

Die Produktmerkmale auf einen Blick

- Hohe Erstattung für Heilpraktikerbehandlungen und Naturheilverfahren durch Ärzte
- Erstattung von Sehhilfen bis zu 120 Euro pro Jahr
- Erstattung wesentlicher gesetzlicher Zuzahlungen
- Garantierte Beitragsrückerstattung von bis zu 5 Monatsbeiträgen bei Leistungsfreiheit

Ambulant		
Gesetzliche Zuzahlungen	100 %	der gesetzlichen Zuzahlung für <ul style="list-style-type: none"> • Arznei- und Verbandmittel, • Heilmittel, • Hilfsmittel, • von der GKV genehmigte ambulante Krankenfahrten.
Sehhilfen	100 %	für Sehhilfen (Brillen und Kontaktlinsen) bis zu einem Erstattungsbetrag von 120 Euro pro Kalenderjahr.
Heilpraktiker/ Naturheilverfahren durch Ärzte	80 %	für die Behandlung durch Heilpraktiker gemäß des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (Gebüh) einschließlich der verordneten Arzneimittel sowie für Naturheilverfahren durch Ärzte nach dem Hufelandverzeichnis, insgesamt bis zu einem Erstattungsbetrag von 1.000 Euro pro Kalenderjahr. Etwaige Vorleistungen der GKV werden angerechnet.
Besonderheiten		
Beitragsrückerstattung		Garantierte Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit: <ul style="list-style-type: none"> • 3 Monatsbeiträge für ein leistungsfreies Kalenderjahr, • 4 Monatsbeiträge für zwei aufeinander folgende leistungsfreie Kalenderjahre, • 5 Monatsbeiträge für drei und mehr aufeinander folgende leistungsfreie Kalenderjahre.

4.3.2 Die Basis-Vorsorgezusatzversicherung

Tarif MediPrävent Basis

Den genauen Leistungsumfang entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

AVB-Druckstücknummer 216127

Die Produktmerkmale auf einen Blick

- Frei wählbare ambulante Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte sowie Schutzimpfungen
- Zuschuss zum Fitnessstudio

Vorsorge		
Vorsorge/ Schutzimpfungen	100 %	für ärztliche ambulante Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen, inklusive Reiseschutzimpfungen, insgesamt bis 200 Euro pro Kalenderjahr.
Fitnessstudio	100 %	für die Mitgliedschaft in einem Fitnessstudio bis 50 Euro pro Kalenderjahr. Die Leistung wird auf den maximalen Erstattungsbetrag von 200 Euro (siehe Punkt Vorsorge) angerechnet.
Besonderheiten		
		Keine Gesundheitsprüfung und keine Wartezeiten.

4.3.3 Die Premium-Vorsorgezusatzversicherung

Tarif MediPrävent Premium

Den genauen Leistungsumfang entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

AVB-Druckstücknummer 216126

Die Produktmerkmale auf einen Blick

- Frei wählbare ambulante Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte sowie Schutzimpfungen
- Weitere attraktive Leistungen, wie z. B. Zuschuss für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sowie für Präventionskurse und Fitnessstudio

Vorsorge		
Vorsorge/ Schutzimpfungen	100 %	für ärztliche ambulante Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen, inklusive Reiseschutzimpfungen, insgesamt bis 500 Euro pro Kalenderjahr.
Arzneimittel	100 %	für ärztlich empfohlene, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel bis maximal 50 Euro pro Kalenderjahr. Die Leistung wird auf den maximalen Erstattungsbetrag von 500 Euro (siehe Punkt Vorsorge) angerechnet.
Präventionskurse/ Fitnessstudio	100 %	für die regelmäßige Teilnahme an Präventionskursen zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes (entsprechend § 20 Abs.1 SGB V) bei Vorlage einer Teilnahmebescheinigung über mindestens 80 % der Kurseinheiten.
	100 %	für die Mitgliedschaft in einem Fitnessstudio. Die Erstattung für Präventionskurse und Fitnessstudio ist insgesamt auf 100 Euro pro Kalenderjahr begrenzt. Davon wird für die Mitgliedschaft in einem Fitnessstudio maximal 50 Euro pro Kalenderjahr erstattet. Die Leistungen werden auf den maximalen Erstattungsbetrag von 500 Euro (siehe Punkt Vorsorge) angerechnet.
Besonderheiten		
		Keine Gesundheitsprüfung und keine Wartezeiten.

4.3.4 Die Vorsorgezusatzversicherung für GKV-Versicherte der Knappschaft

Tarif MediPrävent Aktiv

Den genauen Leistungsumfang entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

AVB-Druckstücknummer 216118

Die Produktmerkmale auf einen Blick

- Frei wählbare ambulante Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte
- Leistungen für Zahnprophylaxemaßnahmen
- Zuschuss zum Fitnessstudio

Vorsorge		
Vorsorge/ Zahnprophylaxe	100 %	für ärztliche ambulante Vorsorgeuntersuchungen und Zahnprophylaxemaßnahmen, insgesamt bis 200 Euro pro Kalenderjahr.
Fitnessstudio	100 %	für die Mitgliedschaft in einem Fitnessstudio bis 50 Euro pro Kalenderjahr. Die Leistung wird auf den maximalen Erstattungsbetrag von 200 Euro (siehe Punkt Vorsorge) angerechnet.
Besonderheiten		
		MediPrävent Aktiv ist nur von GKV-Versicherten der Knappschaft abschließbar. Versicherte anderer gesetzlicher Krankenkassen oder PKV-Vollversicherte können den Tarif nicht abschließen. Die Leistungen dieses Tarifs sind speziell auf die Satzungsleistungen der Knappschaft zugeschnitten. Wichtig: Bitte im Antrag die Kollektivnummer 10629 der Knappschaft vermerken. Keine Gesundheitsprüfung und keine Wartezeiten.

Die Beiträge für die Tarife MediAmbulant, MediPrävent Basis, MediPrävent Premium und MediPrävent Aktiv

Die Monatsbeiträge in Euro				
Alter	MediAmbulant	MediPrävent Basis	MediPrävent Premium	MediPrävent Aktiv
0-15	10,20	6,75	14,86	9,76
16-20	9,54	6,75	14,86	9,76
21	18,26	6,75	14,86	9,76
22	18,73	6,75	14,86	9,76
23	19,18	6,75	14,86	9,76
24	19,62	6,75	14,86	9,76
25	20,04	6,75	14,86	9,76
26	20,44	6,75	14,86	9,76
27	20,82	6,75	14,86	9,76
28	21,17	6,75	14,86	9,76
29	21,50	6,75	14,86	9,76
30	21,83	6,75	14,86	9,76
31	22,15	6,75	14,86	9,76
32	22,44	6,75	14,86	9,76
33	22,72	6,75	14,86	9,76
34	23,00	6,75	14,86	9,76
35	23,27	6,75	14,86	9,76
36	23,52	6,75	14,86	9,76
37	23,78	6,75	14,86	9,76
38	24,02	6,75	14,86	9,76
39	24,26	6,75	14,86	9,76
40	24,51	6,75	14,86	9,76
41	24,77	6,75	14,86	9,76
42	25,01	6,75	14,86	9,76
43	25,26	6,75	14,86	9,76
44	25,51	6,75	14,86	9,76
45	25,75	6,75	14,86	9,76
46	26,00	6,75	14,86	9,76
47	26,25	6,75	14,86	9,76
48	26,50	6,75	14,86	9,76
49	26,76	6,75	14,86	9,76
50	27,01	6,75	14,86	9,76
51	27,25	6,75	14,86	9,76
52	27,50	6,75	14,86	9,76
53	27,74	6,75	14,86	9,76
54	27,98	6,75	14,86	9,76
55	28,22	6,75	14,86	9,76
56	28,47	6,75	14,86	9,76
57	28,72	6,75	14,86	9,76
58	28,98	6,75	14,86	9,76
59	29,24	6,75	14,86	9,76
60	29,52	6,75	14,86	9,76
61	29,78	6,75	14,86	9,76
62	30,07	6,75	14,86	9,76
63	30,35	6,75	14,86	9,76
64	30,66	6,75	14,86	9,76
65	30,95	6,75	14,86	9,76
66	31,26	6,75	14,86	9,76
67	31,59	6,75	14,86	9,76

4.3.5 Die stationären Zusatzversicherungen

Tarif MediClinic Premium und MediClinic Plus

Den genauen Leistungsumfang entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

AVB-Druckstücknummer 216275 und 216276

Die Produktmerkmale auf einen Blick

- MediClinic Premium: Unterbringung im Einbettzimmer
- MediClinic Plus: Unterbringung im Zweibettzimmer; nach einem Unfall auch im Einbettzimmer
- Gesondert berechnete privatärztliche Leistungen, auch über den Rahmen der gültigen Gebührenordnungen hinaus
- Rooming-in
- Kostenbeteiligung an ambulanten Operationen

Stationär		
Unterbringung	100 % 100 %	nach Vorleistung eines privaten oder gesetzlichen Versicherungsträgers für Unterkunft, Verpflegung und Behandlung im Krankenhaus als allgemeine Krankenhausleistung, für gesondert berechnete Unterbringung bei MediClinic Premium im Ein- oder Zweibettzimmer und bei MediClinic Plus im Zweibettzimmer (bei Unfall auch im Einbettzimmer).
Privatärztliche Leistungen	100 %	für gesondert berechnete privatärztliche Leistungen, bei gültiger Honorarvereinbarung auch über den Rahmen der gültigen Gebührenordnungen hinaus, inklusive der vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus.
Gesetzliche Zuzahlung	100 %	des gesetzlichen Eigenanteils (Zuzahlung) bei stationärer Behandlung oder Krankenhaustagegeld in Höhe und Dauer der gesetzlichen Zuzahlung, wenn neben MediClinic Premium / Plus eine Krankheitskostenvollversicherung besteht.
Ambulante Operationen	100 %	der Kosten für ambulante Operationen (§ 115 b Abs. 1 SGB V), soweit sie die Leistungen der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung übersteigen, inklusive der Vor- und Abschlussuntersuchung im Krankenhaus.
Krankentransport	100 %	nach Vorleistung eines privaten oder gesetzlichen Versicherungsträgers für den Transport im Krankenwagen oder im Notfallrettungsdienst, auch mit dem Hubschrauber, zur stationären Behandlung sowie für die gesetzliche Zuzahlung.
Rooming-in	100 %	für Unterkunfts- und Verpflegungskosten für eine erwachsene Begleitperson bis zu vier Wochen pro Jahr, wenn diese neben dem nach Tarif MediClinic Premium/ Plus versicherten Kind während einer stationären Heilbehandlung stationär aufgenommen wird, sofern die stationäre Behandlung des versicherten Kindes bis einschließlich Alter 9 begonnen hat.
Ersatzkrankenhaustagegeld		20 Euro für nicht gesondert berechnete ärztliche Leistungen und 20 Euro für nicht gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer bei MediClinic Premium bzw. für nicht gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Zweibettzimmer bei MediClinic Plus. Für Kinder bis zum vollendeten 16. Lebensjahr wird jeweils die Hälfte des vorgesehenen Krankenhaustagegeldes gezahlt.
Besonderheiten		
		Keine Wartezeiten.

4.3.6 Die stationären Zusatzversicherungen für junge Erwachsene

Tarif MediClinic S Premium und MediClinic S Plus

Den genauen Leistungsumfang entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

AVB-Druckstücknummer 216614 und 216615

Die Produktmerkmale auf einen Blick

- Schadentarife ohne Alterungsrückstellung für junge Erwachsene mit Optionsrecht zu besonders günstigen Beiträgen
- MediClinic S Premium: Unterbringung im Einbettzimmer
- MediClinic S Plus: Unterbringung im Zweibettzimmer; nach einem Unfall auch im Einbettzimmer
- Gesondert berechnete privatärztliche Leistungen, inklusive Belegarzt, auch über den Rahmen der gültigen Gebührenordnungen hinaus
- Rooming-in ohne zeitliche Begrenzung
- Kostenbeteiligung an ambulanten Operationen

Stationär		
Unterbringung	100 % 100 %	nach Vorleistung eines gesetzlichen Versicherungsträgers für Unterkunft, Verpflegung und Behandlung im Krankenhaus als allgemeine Krankenhausleistung, für gesondert berechnete Unterbringung bei MediClinic S Premium im Ein- oder Zweibettzimmer und bei MediClinic S Plus im Zweibettzimmer (bei Unfall auch im Einbettzimmer).
Privatärztliche Leistungen	100 %	für gesondert berechnete privatärztliche Leistungen, inklusive Belegarzt, bei gültiger Honorarvereinbarung auch über den Rahmen der gültigen Gebührenordnungen hinaus, inklusive der vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus.
Gesetzliche Zuzahlung	100 %	des gesetzlichen Eigenanteils (Zuzahlung) bei stationärer Behandlung.
Ambulante Operationen	100 %	der Kosten für ambulante Operationen (§ 115 b Abs. 1 SGB V), soweit sie die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung übersteigen, inklusive der Vor- und Abschlussuntersuchung im Krankenhaus.
Krankentransport	100 %	nach Vorleistung eines gesetzlichen Versicherungsträgers für den Transport im Krankenwagen oder im Notfallrettungsdienst, auch mit dem Hubschrauber, zur stationären Behandlung sowie für die gesetzliche Zuzahlung.
Rooming-in	100 %	für Unterkunfts- und Verpflegungskosten für eine erwachsene Begleitperson ohne zeitliche Begrenzung, wenn diese neben dem nach Tarif MediClinic S Premium / Plus versicherten Kind während einer stationären Heilbehandlung stationär aufgenommen wird, sofern die stationäre Behandlung des versicherten Kindes bis einschließlich Alter 11 begonnen hat.
Ersatzkrankenhaustagegeld		50 Euro für nicht gesondert berechnete ärztliche Leistungen und 50 Euro für nicht gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer bei MediClinic S Premium bzw. für nicht gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Zweibettzimmer bei MediClinic S Plus. Für Kinder bis zum vollendeten 16. Lebensjahr wird jeweils die Hälfte des vorgesehenen Krankenhaustagegeldes gezahlt.
Optionsrecht / Umstellung der Versicherung		Das Optionsrecht umfasst bis einschließlich Alter 44 die Umstellung von MediClinic S Premium/ Plus (ohne Alterungsrückstellung) in einen stationären Ergänzungstarif mit Alterungsrückstellung ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten. Wird vom Optionsrecht kein Gebrauch gemacht, wird Tarif MediClinic S Premium/ Plus mit Alter 45 in einen stationären Ergänzungstarif mit Alterungsrückstellung ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten umgestellt (planmäßige Umstellung).

Stationär	
Ablauf des Versicherungsschutzes / Befristung	Widerspricht der Versicherungsnehmer der planmäßigen Umstellung in einen stationären Ergänzungstarif mit Alterungsrückstellung, wird Tarif MediClinic S Premium / Plus fortgeführt und endet mit Alter 60.
Besonderheiten	
	Keine Wartezeiten. Einsteigertarif nach Art der Schadenversicherung ohne Alterungsrückstellung. Nur von GKV-Versicherten bis einschließlich Alter 42 abschließbar.

4.3.7 Die stationäre Zusatzversicherung bei Unfall

Tarif MediClinic Basis

Den genauen Leistungsumfang entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

AVB-Druckstücknummer 216099

Die Produktmerkmale auf einen Blick

- Umfassende Leistungen bei stationärem Aufenthalt aufgrund eines Unfalls
- Gesondert berechnete privatärztliche Leistungen, auch über den Rahmen der gültigen Gebührenordnungen hinaus
- Rooming-in
- Kostenbeteiligung an ambulanten Operationen

Stationär bei Unfall		
Unterbringung	100 %	nach Vorleistung eines privaten oder gesetzlichen Versicherungsträgers für Unterkunft, Verpflegung und Behandlung im Krankenhaus als allgemeine Krankenhausleistung,
	100 %	für gesondert berechnete Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer.
Privatärztliche Leistungen	100 %	für gesondert berechnete privatärztliche Leistungen, bei gültiger Honorarvereinbarung auch über den Rahmen der gültigen Gebührenordnungen hinaus, inklusive der vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus.
Gesetzliche Zuzahlung	100 %	des gesetzlichen Eigenanteils (Zuzahlung) bei stationärer Behandlung.
Ambulante Operationen	100 %	der Kosten für ambulante Operationen (§ 115 b Abs. 1 SGB V), soweit sie die Leistungen der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung übersteigen, inklusive der Vor- und Abschlussuntersuchung im Krankenhaus.
Krankentransport	100 %	nach Vorleistung eines privaten oder gesetzlichen Versicherungsträgers für den Transport im Krankenwagen oder im Notfallrettungsdienst, auch mit dem Hubschrauber, zur stationären Behandlung sowie für die gesetzliche Zuzahlung.
Rooming-in	100 %	für Unterkunfts- und Verpflegungskosten für eine erwachsene Begleitperson bis zu vier Wochen pro Jahr, wenn diese neben dem nach Tarif MediClinic Basis versicherten Kind während einer stationären Heilbehandlung stationär aufgenommen wird, sofern die stationäre Behandlung des versicherten Kindes bis einschließlich Alter 9 begonnen hat.
Ersatzkrankenhaustagegeld		20 Euro für nicht gesondert berechnete ärztliche Leistungen und 20 Euro für nicht gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer. Für Kinder bis zum vollendeten 16. Lebensjahr wird jeweils die Hälfte des vorgesehenen Krankenhaustagegeldes gezahlt.
Besonderheiten		
		Keine Gesundheitsprüfung und keine Wartezeiten. Tarif nach Art der Schadenversicherung ohne Alterungsrückstellung.

Die Beiträge für die Tarife MediClinic Premium, MediClinic Plus, MediClinic S Premium, MediClinic S Plus und MediClinic Basis

Die Monatsbeiträge in Euro					
Alter	MediClinic Premium	MediClinic Plus	MediClinic S Premium	MediClinic S Plus	MediClinic Basis
0-15	7,80	6,51	10,67	8,91	1,70
16-20	15,15	13,30	20,57	18,06	3,44
21	32,61	24,18	14,79	12,90	2,28
22	33,65	24,92	14,79	12,90	2,28
23	34,69	25,65	14,79	12,90	2,28
24	35,73	26,40	14,79	12,90	2,28
25	36,78	27,14	14,79	12,90	2,28
26	37,83	27,86	16,55	12,90	2,28
27	38,88	28,57	16,55	12,90	2,28
28	39,90	29,27	16,55	12,90	2,28
29	40,91	29,95	16,55	12,90	2,28
30	41,90	30,62	16,55	12,90	2,28
31	42,88	31,28	21,59	18,80	3,12
32	43,88	31,94	21,59	18,80	3,12
33	44,86	32,61	21,59	18,80	3,12
34	45,88	33,29	21,59	18,80	3,12
35	46,95	34,00	21,59	18,80	3,12
36	48,07	34,75	21,59	18,80	3,12
37	49,26	35,54	21,59	18,80	3,12
38	50,53	36,38	21,59	18,80	3,12
39	51,88	37,28	21,59	18,80	3,12
40	53,31	38,24	21,59	18,80	3,12
41	54,81	39,26	21,59	18,80	3,35
42	56,39	40,32	21,59	18,80	3,35
43	58,04	41,44	21,59	18,80	3,35
44	59,78	42,62	21,59	18,80	3,35
45	61,58	43,84	36,89	27,85	3,35
46	63,43	45,10	36,89	27,85	3,35
47	65,36	46,40	36,89	27,85	3,35
48	67,34	47,75	36,89	27,85	3,35
49	69,40	49,13	36,89	27,85	3,35
50	71,52	50,57	36,89	27,85	3,35
51	73,70	52,05	36,89	27,85	5,41
52	75,96	53,59	36,89	27,85	5,41
53	78,30	55,19	36,89	27,85	5,41
54	80,72	56,85	36,89	27,85	5,41
55	83,18	58,54	36,89	27,85	5,41
56	85,72	60,25	36,89	27,85	5,41
57	88,31	62,01	36,89	27,85	5,41
58	90,98	63,82	36,89	27,85	5,41
59	93,75	65,68	36,89	27,85	5,41
60	96,58	67,56	36,89	27,85	5,41
61	99,50	69,47			9,05
62	102,51	71,43			9,05
63	105,62	73,42			9,05
64	108,86	75,46			9,05
65	112,16	77,52			9,05
66	115,55	79,62			12,32
67	119,05	81,74			12,32

4.3.8 Die Basis-Zusatzversicherung für Zahnersatz

Tarif MediZ Basis

Den genauen Leistungsumfang entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

AVB-Druckstücknummer 215858

Die Produktmerkmale auf einen Blick

- Kein Eigenanteil im Rahmen der Regelversorgung
- Einsteigertarif für Zahnersatz mit soliden Leistungen zum besonders günstigen Preis

Zahn	
Zahnersatz	<p>Leistungen für Zahnersatz, einschließlich Zahnkronen, Inlays, Implantate sowie funktionsanalytische und -therapeutische Maßnahmen.</p> <p>Jeweils unter Anrechnung der GKV-Vorleistung:</p> <p>100 % im Rahmen der Regelversorgung.</p> <p>60 % bei privat Zahnärztlicher Behandlung, sofern eine ununterbrochene zehnjährige Vorsorge nachgewiesen wird,</p> <p>55 % sofern eine ununterbrochene fünfjährige Vorsorge nachgewiesen wird,</p> <p>50 % sofern keine ununterbrochene fünfjährige Vorsorge nachgewiesen wird.</p> <p>In den ersten drei Versicherungsjahren gelten Höchstsätze (Erstattungsbeträge) von insgesamt: 300 Euro in den ersten beiden Versicherungsjahren, 600 Euro in den ersten drei Versicherungsjahren. Diese Höchstsätze entfallen bei Unfall.</p>
Besonderheiten	
	<p>Es werden die Kosten für vier Implantate je Kiefer erstattet. Nicht erstattungsfähig sind die Aufwendungen für augmentative Behandlungen (Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial).</p>

4.3.9 Die Plus-Zusatzversicherung für Zahnersatz

Tarif MediZ Plus / MediDent

Den genauen Leistungsumfang entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

AVB-Druckstücknummer 212662 / 215786

Die Produktmerkmale auf einen Blick

- Kein Eigenanteil im Rahmen der Regelversorgung
- Starke Leistungen mit gutem Preis-Leistungsverhältnis

Zahn	
Zahnersatz	<p>Leistungen für Zahnersatz, einschließlich Zahnkronen, Inlays, Implantate sowie funktionsanalytische und -therapeutische Maßnahmen.</p> <p>Jeweils unter Anrechnung der GKV-Vorleistung:</p> <p>100 % im Rahmen der Regelversorgung.</p> <p>80 % bei privat Zahnärztlicher Behandlung, sofern eine ununterbrochene zehnjährige Vorsorge nachgewiesen wird,</p> <p>75 % sofern eine ununterbrochene fünfjährige Vorsorge nachgewiesen wird,</p> <p>70 % sofern keine ununterbrochene fünfjährige Vorsorge nachgewiesen wird.</p> <p>In den ersten drei Versicherungsjahren gelten Höchstsätze (Erstattungsbeträge) von insgesamt:</p> <p>750 Euro in den ersten beiden Versicherungsjahren, 1.500 Euro in den ersten drei Versicherungsjahren.</p> <p>Diese Höchstsätze entfallen bei Unfall.</p>
Besonderheiten	
	<p>Es werden die Kosten für vier Implantate je Kiefer erstattet.</p> <p>Nicht erstattungsfähig sind die Aufwendungen für augmentative Behandlungen (Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial).</p>
Tarifmerkmal	
	<p>MediDent: Zahnersatztarif, bei dem Alterungsrückstellungen gebildet werden, so dass es dadurch nicht zu Beitragssteigerungen aufgrund des eigenen Alterswerdens kommt.</p>
Positive Produktratings	
	<ul style="list-style-type: none"> • „Gut“ (2,2) von Stiftung Warentest / Finanztest für MediZ Plus, MediZ Plus + MediProphy, MediZ Plus + MediProphy Basis sowie MediDent, MediDent + MediProphy, MediDent + MediProphy Basis (Ausgabe 5/2019).

4.3.10 Die Premium-Zusatzversicherung für Zahnersatz

Tarif MediZ Premium

Den genauen Leistungsumfang entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

AVB-Druckstücknummer 215856

Die Produktmerkmale auf einen Blick

- Kein Eigenanteil im Rahmen der Regelversorgung
- Top-Leistungen bei Zahnersatz für höchste Ansprüche

Zahn		
Zahnersatz	<p>100 %</p> <p>90 %</p> <p>85 %</p>	<p>Leistungen für Zahnersatz, einschließlich Zahnkronen, Inlays, Implantate, funktionsanalytische und -therapeutische Maßnahmen sowie Knochenaufbau.</p> <p>Jeweils unter Anrechnung der GKV-Vorleistung:</p> <p>im Rahmen der Regelversorgung.</p> <p>bei privat Zahnärztlicher Behandlung, sofern eine ununterbrochene fünfjährige Vorsorge nachgewiesen wird,</p> <p>sofern keine ununterbrochene fünfjährige Vorsorge nachgewiesen wird.</p> <p>In den ersten vier Versicherungsjahren gelten Höchstsätze (Erstattungsbeträge) von insgesamt:</p> <p>750 Euro in den ersten beiden Versicherungsjahren, 1.500 Euro in den ersten drei Versicherungsjahren, 2.250 Euro in den ersten vier Versicherungsjahren.</p> <p>Diese Höchstsätze entfallen bei Unfall.</p>
Kieferorthopädie	100 %	<p>für eine erstmalige medizinisch notwendige Kieferorthopädie, die vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wird.</p> <p>Es gelten Höchstsätze (Erstattungsbeträge) von insgesamt:</p> <p>200 Euro in den ersten beiden Versicherungsjahren, 300 Euro in den ersten drei Versicherungsjahren, 300 Euro pro Jahr ab dem vierten Versicherungsjahr, sofern die GKV keine Leistungen für eine kieferorthopädische Indikation erbringt.</p> <p>100 Euro in den ersten beiden Versicherungsjahren, 150 Euro in den ersten drei Versicherungsjahren, 150 Euro pro Jahr ab dem vierten Versicherungsjahr, sofern die GKV Leistungen für eine kieferorthopädische Indikation erbringt.</p>
Besonderheiten		
		<p>Der Höchsterstattungssatz von 90 % bei privat Zahnärztlicher Behandlung wird bereits nach einer ununterbrochenen fünfjährigen Vorsorge erbracht.</p> <p>Keine Anzahlbegrenzung bei Implantaten.</p> <p>Augmentative Behandlungen (Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial) sind erstattungsfähig.</p> <p>Keramischer Zahnersatz und keramische Verblendungen sind bis Zahn 8 erstattungsfähig.</p>
Positive Produktratings		
		<ul style="list-style-type: none"> • „Sehr gut“ (1,2) von Stiftung Warentest / Finanztest für MediZ Premium, MediZ Premium + MediProphy, MediZ Premium + MediProphy Basis (Ausgabe 5/2019).

4.3.11 Die Duo-Zusatzversicherung für Zahnersatz sowie Zahnbehandlung/Zahnprophylaxe in einem einzigen Tarif

Tarif MediZ Duo

Den genauen Leistungsumfang entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

AVB-Druckstücknummer 216449

Die Produktmerkmale auf einen Blick

- Kein Eigenanteil im Rahmen der Regelversorgung
- Top-Leistungen bei Zahnersatz, Zahnbehandlung und Zahnprophylaxe für höchste Ansprüche, alles in einem Tarif
- Keine Wartezeiten

Zahn		
Zahnersatz		Leistungen für Zahnersatz, einschließlich Zahnkronen, Inlays, Implantate, funktionsanalytische und -therapeutische Maßnahmen sowie Knochenaufbau. Jeweils zusammen mit der GKV-Vorleistung:
	100 %	im Rahmen der Regelversorgung.
	90 %	bei privat Zahnärztlicher Behandlung (unabhängig von einer betriebenen Vorsorge).
	70 %	sofern die GKV keine Vorleistung erbringt und die Ablehnung der GKV nachgewiesen wird.
	50 %	sofern weder eine Vorleistung noch ein Ablehnungsvermerk der GKV nachgewiesen wird.
		In den ersten drei Versicherungsjahren gelten Höchstsätze (Erstattungsbeträge) für Zahnersatz von insgesamt: 1.000 Euro im ersten Versicherungsjahr, 2.000 Euro in den ersten zwei Versicherungsjahren, 3.000 Euro in den ersten drei Versicherungsjahren.
		Besteht bis zum Beginn von Tarif MediZ Duo eine Vorversicherung bei einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen oder bei der Gothaer mit einem Erstattungssatz von 80 % oder mehr für privat Zahnärztliche Zahnersatzleistungen, gelten in den ersten zwei Versicherungsjahren Höchstsätze (Erstattungsbeträge) für Zahnersatz von insgesamt: 2.000 Euro im ersten Versicherungsjahr, 3.000 Euro in den ersten zwei Versicherungsjahren.
		Die Höchstsätze entfallen bei Unfall.
Zahnbehandlung	100 %	für Zahnbehandlung (Ausnahme Inlays und Kronen) zusammen mit der GKV-Vorleistung.
	70 %	sofern keine Vorleistung der GKV nachgewiesen wird.
Zahnprophylaxe	100 %	der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnprophylaxe. Professionelle Zahnreinigung bis zu 150 Euro pro Kalenderjahr.
Kieferorthopädie	100 %	für Kieferorthopädie für Erwachsene infolge eines Unfalls bis zu 2.000 Euro je Versicherungsfall.
Maßnahmen zur Schmerz- und Angstlinderung	100 %	der erstattungsfähigen Aufwendungen für Narkosen (auch Vollnarkose), Akupunktur, Lachgas, Sedierung, Hypnose bis zu 250 Euro je Versicherungsjahr.

Besonderheiten

Der Erstattungssatz von 90 % bei privat Zahnärztlicher Behandlung für Zahnersatz wird unabhängig von einer betriebenen Vorsorge erbracht.

Keine Anzahlbegrenzung bei Implantaten.

Augmentative Behandlungen (Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial) sind erstattungsfähig.

Keramischer Zahnersatz und keramische Verblendungen sind bis Zahn 8 erstattungsfähig.

Leistungen auch für Narkose, Lachgas, Akupunktur, Sedierung, Hypnose.

Keine Wartezeiten.

Positive Produktratings

- 5 Sterne Bestbewertung im Morgen & Morgen Rating Zahnzusatz für MediZ Duo.
- „Sehr gut“ (1,1) von Stiftung Warentest / Finanztest für MediZ Duo (Ausgabe 5/2019)

4.3.12 Die Basis-Zusatzversicherung für Zahnbehandlung

Tarif MediProphy Basis

Den genauen Leistungsumfang entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

AVB-Druckstücknummer 216086

Die Produktmerkmale auf einen Blick

- Solide Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe und professionelle Zahnreinigung

Zahn		
Zahnbehandlung/ Zahnprophylaxe	100 %	der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnbehandlungs- (Ausnahme Inlays und Kronen) und Zahnprophylaxemaßnahmen bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 200 Euro innerhalb von zwei Kalenderjahren.
Besonderheiten		
		Keine Wartezeiten.

4.3.13 Die umfassende Zusatzversicherung für Zahnbehandlung

Tarif MediProphy

Den genauen Leistungsumfang entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

AVB-Druckstücknummer 215787

Die Produktmerkmale auf einen Blick

- Umfassende Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe und professionelle Zahnreinigung

Zahn		
Zahnbehandlung	100 %	der nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnbehandlung (Ausnahme Inlays und Kronen).
	80 %	für Zahnbehandlung, wenn keine Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung nachgewiesen wird.
Zahnprophylaxe	100 %	der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnprophylaxe. Professionelle Zahnreinigung bis zu 100 Euro pro Kalenderjahr.
Besonderheiten		
		Keine Wartezeiten.

Die Beiträge für die Tarife MediZ, MediDent und MediProphy

Die Monatsbeiträge in Euro							
Alter	MediZ Basis	MediZ Plus	MediZ Premium	MediZ Duo	MediDent	MediProphy Basis	MediProphy
0-15	0,37	0,52	8,54	6,50	0,52	2,00	3,00
16-20	1,39	1,67	11,87	7,50	1,67	3,30	5,00
21	3,00	4,39	13,00	18,40	10,70	6,00	9,50
22	3,00	4,39	13,00	18,40	11,15	6,00	9,50
23	3,00	4,39	13,00	18,40	11,58	6,00	9,50
24	3,00	4,39	13,00	18,40	12,01	6,00	9,50
25	3,00	4,39	13,00	18,40	12,46	6,00	9,50
26	3,00	4,39	13,00	18,40	12,89	6,00	9,50
27	3,00	4,39	13,00	18,40	13,32	6,00	9,50
28	3,00	4,39	13,00	18,40	13,76	6,00	9,50
29	3,00	4,39	13,00	18,40	14,19	6,00	9,50
30	3,00	4,39	13,00	18,40	14,62	6,00	9,50
31	5,47	8,07	18,00	25,90	15,04	6,50	10,50
32	5,47	8,07	18,00	25,90	15,45	6,50	10,50
33	5,47	8,07	18,00	25,90	15,87	6,50	10,50
34	5,47	8,07	18,00	25,90	16,28	6,50	10,50
35	5,47	8,07	18,00	25,90	16,67	6,50	10,50
36	5,47	8,07	18,00	25,90	17,06	6,50	10,50
37	5,47	8,07	18,00	25,90	17,45	6,50	10,50
38	5,47	8,07	18,00	25,90	17,82	6,50	10,50
39	5,47	8,07	18,00	25,90	18,18	6,50	10,50
40	5,47	8,07	18,00	25,90	18,55	6,50	10,50
41	9,34	13,87	25,00	31,30	18,93	6,50	10,50
42	9,34	13,87	25,00	31,30	19,31	6,50	10,50
43	9,34	13,87	25,00	31,30	19,70	6,50	10,50
44	9,34	13,87	25,00	31,30	20,10	6,50	10,50
45	9,34	13,87	25,00	31,30	20,49	6,50	10,50
46	9,34	13,87	25,00	31,30	20,89	6,50	10,50
47	9,34	13,87	25,00	31,30	21,27	6,50	10,50
48	9,34	13,87	25,00	31,30	21,65	6,50	10,50
49	9,34	13,87	25,00	31,30	22,03	6,50	10,50
50	9,34	13,87	25,00	31,30	22,39	6,50	10,50
51	13,54	20,31	33,00	42,00	22,74	7,00	11,00
52	13,54	20,31	33,00	42,00	23,07	7,00	11,00
53	13,54	20,31	33,00	42,00	23,39	7,00	11,00
54	13,54	20,31	33,00	42,00	23,68	7,00	11,00
55	13,54	20,31	33,00	42,00	23,97	7,00	11,00
56	13,54	20,31	33,00	42,00	24,24	7,00	11,00
57	13,54	20,31	33,00	42,00	24,50	7,00	11,00
58	13,54	20,31	33,00	42,00	24,75	7,00	11,00
59	13,54	20,31	33,00	42,00	24,97	7,00	11,00
60	13,54	20,31	33,00	42,00	25,19	7,00	11,00
61	16,83	24,96	39,00	50,00	25,39	7,00	11,00
62	16,83	24,96	39,00	50,00	25,58	7,00	11,00
63	16,83	24,96	39,00	50,00	25,76	7,00	11,00
64	16,83	24,96	39,00	50,00	25,86	7,00	11,00
65	16,83	24,96	39,00	50,00	25,91	7,00	11,00
66	19,69	27,28	39,00	52,50	25,96	7,25	11,00
67	19,69	27,28	39,00	52,50	26,05	7,25	11,00

4.4 Die Optionsversicherung

4.4.1 Die Option für gesetzlich Versicherte auf private Krankheitskostenvoll- oder Zusatzversicherungen

Tarif OPT G

Den genauen Leistungsumfang entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

AVB-Druckstücknummer 215000

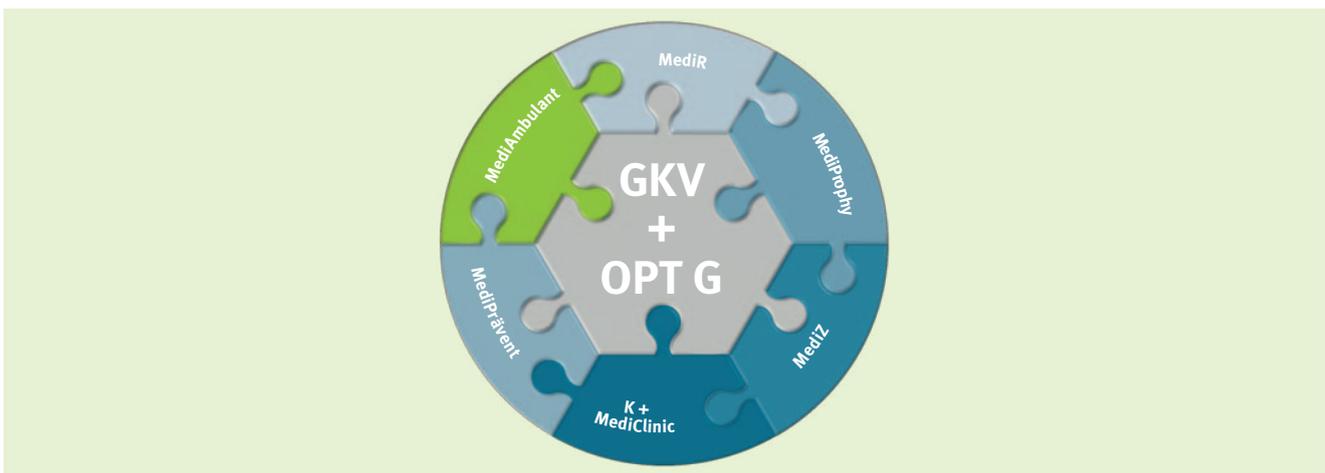
Die Produktmerkmale auf einen Blick

- Türöffner in die private Voll- oder Zusatzversicherung der Gothaer durch Optionsrecht bis zu 10 Jahre
- Keine erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeit bei Umstellung

Optionsrecht	
Gesetzlich Pflichtversicherte	<p>Option auf eine Krankheitskostenvollversicherung Bei Wegfall der gesetzlichen Versicherungspflicht oder des Anspruchs auf Familienversicherung kann der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten rückwirkend die Umstellung beantragen.</p> <p>Option auf Ergänzungsversicherungen Besteht nach fünf oder zehn Jahren ab Versicherungsbeginn noch eine gesetzliche Krankenversicherungspflicht, kann die Umstellung in Ergänzungsversicherungen beantragt werden.</p>
Freiwillig gesetzlich Versicherte	<p>Option auf eine Krankheitskostenvollversicherung Der Wechsel kann zum 01.07. eines jeden Versicherungsjahres oder innerhalb von zwei Monaten nach fünf oder zehn Jahren ab Versicherungsbeginn erfolgen. Die Umstellung zum 01.07. eines Versicherungsjahres muss spätestens 6 Monate vorher beantragt werden.</p> <p>Option auf Ergänzungsversicherungen Nach fünf oder zehn Jahren ab Versicherungsbeginn kann ein Wechsel in Ergänzungsversicherungen beantragt werden.</p>
Umfang der Option	<p>Die Ausübung der Option umfasst in der Krankheitskostenvoll- oder Ergänzungsversicherung Versicherungsschutz für</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ambulante Heilbehandlung • Stationäre Heilbehandlung mit Ein-, Zwei- oder Mehrbettzimmer • Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie • Krankentagegeldversicherung (Selbstständige ab 22. Tag, Arbeitnehmer ab 43. Tag) • Pflegepflichtversicherung <p>Die Krankentagegeld- und die private Pflegepflichtversicherung können nur zusammen mit der Krankheitskostenvollversicherung abgeschlossen werden.</p>
Ausnahme	<p>Krankenhaustagegeld und Pflegeergänzungsprodukte beispielsweise sind nicht Inhalt des Optionsumfangs.</p>
Annahmerichtlinien	
Versicherungsfähig	<p>Versicherungsfähig sind Personen, die Mitglied der GKV sind oder für die Anspruch auf Familienversicherung besteht.</p>

Besonderheiten	
Risikoprüfung	<p>Bei Abschluss des Tarifs OPT G erfolgt eine normale Risikoprüfung analog zur Krankheitskostenvollversicherung. Dabei können Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse vereinbart werden. Risikozuschläge sind für die Dauer des Optionstarifs jedoch nicht beitragsrelevant. Erst bei einem Wechsel in eine Krankheitskostenvollversicherung und Krankentagegeldversicherung werden die im Rahmen der Risikoprüfung als Prozentsatz vereinbarten Beitragszuschläge übernommen.</p> <p>Erfolgt der Wechsel in Ergänzungsversicherungen, werden die als Prozentsatz vereinbarten Beitragszuschläge an den Umfang der tariflichen Leistungen der Ergänzungstarife angepasst.</p>
Ende der Versicherung	<p>Die maximale Laufzeit beträgt 10 Jahre und endet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zum Umstellungszeitpunkt, sofern von dem Optionsrecht Gebrauch gemacht wird, • mit Beendigung der Versicherungspflicht in der GKV bzw. des Anspruchs auf Familienversicherung, • mit Ablauf der Versicherungsdauer von 10 Jahren.

OPT G öffnet die Tür in die Vollversicherung



Die Beiträge für Tarif OPT G

Die Monatsbeiträge in Euro	
Alter	OPT G
0-20	1,68
21-30	7,54
31-40	9,69
41-50	12,18
51-60	14,82
61-65	16,30
66-67	17,06

4.5 Die Tagegeldversicherungen

4.5.1 Die Krankentagegeldversicherung

Tarif TG

Den genauen Leistungsumfang entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

AVB-Druckstücknummer 212522

Die Produktmerkmale auf einen Blick

- Krankentagegeld für Arbeitnehmer, Gewerbetreibende und Freiberufler
- Absicherung maximal des Nettoeinkommens möglich
- Zahlung auch für Sonn- und Feiertage

Leistung																									
Krankentagegeld	Krankentagegeld in Höhe von 1 Euro oder einem Vielfachen hiervon bei Verdienstausfall aufgrund Arbeitsunfähigkeit infolge von Krankheit oder Unfall.																								
Höchstsummen	<p>Die nachfolgend aufgeführten Höchstsätze gelten immer einschließlich anderweitig bestehender privater Krankentagegeldversicherungen bzw. Krankengeldansprüchen bei der GKV.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Personen / Berufsgruppe</th> <th>KT mit Krankheitskostenvollversicherung</th> <th>KT ohne Krankheitskostenvollversicherung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Arbeitnehmer</td> <td>240 Euro</td> <td>100 Euro</td> </tr> <tr> <td>Gewerbetreibende</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>• als Existenzgründer*</td> <td>120 Euro¹⁾</td> <td>50 Euro</td> </tr> <tr> <td>• ab 3. Jahr nach Existenzgründung</td> <td>240 Euro¹⁾</td> <td>100 Euro</td> </tr> <tr> <td>Sonstige Freiberufler</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>• als Existenzgründer*</td> <td>200 Euro¹⁾</td> <td>85 Euro³⁾</td> </tr> <tr> <td>• ab 3. Jahr nach Existenzgründung</td> <td>400 Euro²⁾³⁾</td> <td>200 Euro</td> </tr> </tbody> </table> <p>*Existenzgründer sind Personen, bei denen noch keine 24 Monate seit Beginn der derzeitigen selbstständigen Tätigkeit vergangen sind.</p> <p>1) Staffelung über mehrere Karenzzeiten erforderlich (max. 100 Euro je Tarifstufe)</p> <p>2) Staffelung über mehrere Karenzzeiten erforderlich (max. 200 Euro je Tarifstufe)</p> <p>3) Für Apotheker, Architekten, Notare, Rechts- und Patentanwälte und Wirtschaftsprüfer gilt folgende Sonderregelung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • als Existenzgründer ohne Krankheitskostenvollversicherung bis 160 Euro • ab dem 3. Jahr nach Existenzgründung mit Krankheitskostenvollversicherung bis 600 Euro 	Personen / Berufsgruppe	KT mit Krankheitskostenvollversicherung	KT ohne Krankheitskostenvollversicherung	Arbeitnehmer	240 Euro	100 Euro	Gewerbetreibende			• als Existenzgründer*	120 Euro ¹⁾	50 Euro	• ab 3. Jahr nach Existenzgründung	240 Euro ¹⁾	100 Euro	Sonstige Freiberufler			• als Existenzgründer*	200 Euro ¹⁾	85 Euro ³⁾	• ab 3. Jahr nach Existenzgründung	400 Euro ²⁾³⁾	200 Euro
Personen / Berufsgruppe	KT mit Krankheitskostenvollversicherung	KT ohne Krankheitskostenvollversicherung																							
Arbeitnehmer	240 Euro	100 Euro																							
Gewerbetreibende																									
• als Existenzgründer*	120 Euro ¹⁾	50 Euro																							
• ab 3. Jahr nach Existenzgründung	240 Euro ¹⁾	100 Euro																							
Sonstige Freiberufler																									
• als Existenzgründer*	200 Euro ¹⁾	85 Euro ³⁾																							
• ab 3. Jahr nach Existenzgründung	400 Euro ²⁾³⁾	200 Euro																							
Wiederauftreten derselben Krankheit	Anrechnung der neuen Karenzzeit bei Wiederauftreten derselben Krankheit.																								
Kur-/und Sanatoriumsbehandlung	Leistungen auch während Kur-/Sanatoriumsbehandlung im Verlauf einer Arbeitsunfähigkeit.																								

Karenzzeiten			
Karenzzeiten		Für Gewerbetreibende und Freiberufler Krankentagegeld je Kalendertag ab dem: TG1 8. Tag der Arbeitsunfähigkeit TG2 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit TG3 22. Tag der Arbeitsunfähigkeit TG4 29. Tag der Arbeitsunfähigkeit Für Arbeitnehmer, Gewerbetreibende und Freiberufler Krankentagegeld je Kalendertag ab dem: TG6 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit TG13 92. Tag der Arbeitsunfähigkeit TG26 183. Tag der Arbeitsunfähigkeit TG52 366. Tag der Arbeitsunfähigkeit	
Mindestkarenzzeiten	Personen / Berufsgruppe	KT mit Krankheitskosten- vollversicherung	KT ohne Krankheitskosten- vollversicherung
	Arbeitnehmer	ab TG6	ab TG6
	Gewerbetreibende		
	• als Existenzgründer*	ab TG3	ab TG6
	• ab 25 Monate nach Existenzgründung	ab TG2**	ab TG4
Sonstige Freiberufler			
• als Existenzgründer*	ab TG3	ab TG4	
• ab 25 Monate nach Existenzgründung	ab TG2**	ab TG3	
	* Existenzgründer sind Personen, bei denen noch keine 24 Monate seit Beginn der derzeitigen selbstständigen Tätigkeit vergangen sind. ** Der Tarif TG1 kann nur in Einzelfällen beantragt werden. Es wird stets eine restriktive Antragsprüfung durchgeführt.		
Besonderheiten			
Dynamik		Anpassung des Krankentagegeldes bei Änderung des Einkommens ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten innerhalb von zwei Monaten nach Änderung.	
Annahmerichtlinien			
Versicherbare Berufe		Die nicht versicherbaren Berufe finden Sie im Kapitel 7.10 Annahmerichtlinien.	

4.5.2 Die Krankentagegeldversicherung in Kombination mit einer Berufsunfähigkeitsversicherung oder dem Fähigkeitenschutz der Gothaer Lebensversicherung

Tarif TG6 AKS

Den genauen Leistungsumfang entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

AVB-Druckstücknummer 216448

Die Produktmerkmale auf einen Blick

- Spezielles Krankentagegeld für Kunden mit einer selbständigen Berufsunfähigkeitsversicherung (SBU) oder eines Fähigkeitenschutzes (FS) der Gothaer Lebensversicherung
- In Kombination ohne zusätzliche Gesundheitsfragen abschließbar
- Nahtloser Leistungsübergang zwischen Krankentagegeldzahlung und Zahlung der BU-Rente

Leistung	
Krankentagegeld	Krankentagegeld in Höhe von 1 Euro oder einem Vielfachen hiervon bei Verdienstausschlag aufgrund Arbeitsunfähigkeit infolge von Krankheit oder Unfall.
Höchstsummen	Es können maximal 30 Euro versichert werden.
Wiederauftreten derselben Krankheit	Anrechnung der neuen Karenzzeit bei Wiederauftreten derselben Krankheit.
Kur-/und Sanatoriumsbehandlung	Leistungen auch während Kur-/Sanatoriumsbehandlung im Verlauf einer Arbeitsunfähigkeit.
Nahtloser Leistungsübergang/Verlängerung der Nachleistung	Besteht der TG6 AKS in Kombination mit einer SBU der Gothaer Lebensversicherung, ist ein lückenloser Übergang von der Zahlung des Krankentagegeldes zur Berufsunfähigkeitsrente garantiert. Besteht der TG6 AKS in Kombination mit einer SBU eines anderen Lebensversicherers, verlängert sich die Nachleistung bei Beendigung des Krankentagegeldes aufgrund Berufsunfähigkeit von 3 auf 6 Monate.
Karenzzeiten	
Karenzzeiten	Krankentagegeld je Kalendertag ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit
Besonderheiten	
Dynamik	Anpassung des Krankentagegeldes bei Änderung des Einkommens ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten innerhalb von zwei Monaten nach Änderung.
Annahmerichtlinien	
Kombination mit LV-Produkt	Der Tarif TG6 AKS ist ausschließlich abschließbar in Kombination mit dem Fähigkeitenschutz (FS) der Gothaer Lebensversicherung oder einer SBU der folgenden Gesellschaften: <ul style="list-style-type: none"> • Gothaer Lebensversicherung, • Allianz, • Alte Leipziger, • Generali, • Nürnberger, • Volkswohlbund. Der Abschluss kann bis zu 6 Monate nach dem Versicherungsbeginn des LV-Produktes erfolgen.
Versicherbare Berufe	Es sind alle Berufe versicherbar, die in der SBU bzw. FS versicherbar sind.

Die Beiträge Tarif TG (Krankentagegeld)

Die Monatsbeiträge in Euro									
Eintrittsalter	TG 1*	TG 2*	TG 3*	TG 4*	TG 6*	TG 6 AKS*	TG 13*	TG 26*	TG 52*
0 - 15									
16	1,98	1,17	0,79	0,59	0,28	0,29	0,17	0,13	0,04
17	1,98	1,17	0,79	0,59	0,28	0,29	0,17	0,13	0,04
18	1,98	1,17	0,79	0,59	0,28	0,29	0,17	0,13	0,04
19	1,98	1,17	0,79	0,59	0,28	0,29	0,17	0,13	0,04
20	1,98	1,17	0,79	0,59	0,28	0,29	0,17	0,13	0,04
21	2,00	1,19	0,82	0,60	0,29	0,41	0,18	0,13	0,04
22	2,03	1,22	0,84	0,61	0,30	0,41	0,18	0,13	0,04
23	2,05	1,24	0,86	0,62	0,31	0,41	0,18	0,13	0,04
24	2,07	1,27	0,89	0,64	0,32	0,41	0,19	0,13	0,04
25	2,10	1,29	0,91	0,65	0,33	0,41	0,19	0,14	0,04
26	2,12	1,32	0,94	0,67	0,34	0,41	0,19	0,14	0,04
27	2,15	1,35	0,96	0,68	0,35	0,41	0,20	0,14	0,04
28	2,17	1,37	0,99	0,70	0,36	0,41	0,20	0,14	0,05
29	2,19	1,40	1,02	0,72	0,37	0,41	0,20	0,15	0,05
30	2,20	1,42	1,05	0,74	0,38	0,41	0,21	0,15	0,05
31	2,22	1,45	1,07	0,76	0,39	0,55	0,21	0,15	0,05
32	2,23	1,48	1,10	0,77	0,41	0,55	0,21	0,15	0,05
33	2,24	1,50	1,13	0,79	0,42	0,55	0,22	0,16	0,05
34	2,25	1,53	1,16	0,81	0,43	0,55	0,22	0,16	0,05
35	2,26	1,56	1,19	0,83	0,45	0,55	0,23	0,16	0,05
36	2,27	1,59	1,22	0,86	0,46	0,55	0,23	0,16	0,05
37	2,28	1,63	1,26	0,88	0,47	0,55	0,24	0,17	0,05
38	2,30	1,66	1,29	0,90	0,49	0,55	0,24	0,17	0,05
39	2,32	1,70	1,33	0,93	0,50	0,55	0,25	0,18	0,05
40	2,35	1,74	1,37	0,95	0,52	0,55	0,25	0,18	0,06
41	2,38	1,79	1,41	0,98	0,54	0,82	0,26	0,19	0,06
42	2,41	1,83	1,45	1,01	0,56	0,82	0,27	0,19	0,06
43	2,45	1,88	1,50	1,04	0,58	0,82	0,28	0,20	0,06
44	2,49	1,93	1,54	1,07	0,60	0,82	0,28	0,20	0,06
45	2,53	1,98	1,59	1,10	0,62	0,82	0,29	0,21	0,06
46	2,57	2,04	1,64	1,13	0,64	0,82	0,30	0,22	0,06
47	2,61	2,10	1,70	1,16	0,67	0,82	0,31	0,22	0,07
48	2,65	2,15	1,75	1,19	0,69	0,82	0,32	0,23	0,07
49	2,70	2,21	1,81	1,22	0,72	0,82	0,33	0,24	0,07
50	2,74	2,27	1,87	1,26	0,75	0,82	0,34	0,24	0,07
51	2,79	2,34	1,93	1,29	0,78	1,42	0,35	0,25	0,07
52	2,84	2,40	1,99	1,33	0,81	1,42	0,37	0,26	0,08
53	2,89	2,47	2,06	1,37	0,84	1,42	0,38	0,27	0,08
54	2,95	2,54	2,13	1,40	0,87	1,42	0,39	0,28	0,08
55	3,01	2,62	2,21	1,45	0,91	1,42	0,41	0,29	0,08
56	3,07	2,70	2,29	1,50	0,95	1,42	0,43	0,30	0,09
57	3,15	2,79	2,38	1,55	0,99	1,42	0,45	0,32	0,09
58	3,20	2,89	2,48	1,61	1,03	1,42	0,47	0,33	0,09
59	3,25	3,00	2,59	1,67	1,07	1,42	0,49	0,35	0,10
60	3,28	3,03	2,72	1,74	1,10	1,42	0,52	0,37	0,10
61	3,31	3,03	2,72	1,74	1,10	1,98	0,53	0,38	0,11
62	3,31	3,03	2,72	1,74	1,10	1,98	0,53	0,38	0,11
63	3,31	3,03	2,72	1,74	1,10	1,98	0,53	0,38	0,11
64	3,31	3,03	2,72	1,74	1,10	1,98	0,53	0,38	0,11
65	3,33	3,04	2,73	1,75	1,10	1,98	0,53	0,38	0,11
66	3,33	3,04	2,73	1,75	1,10	1,98	0,53	0,38	0,11
67	3,33	3,04	2,73	1,75	1,10	1,98	0,53	0,38	0,11

* für 1,- Euro Krankentagegeld

4.5.3 Das Krankentagegeld für Mediziner

Tarif MTG 6

Den genauen Leistungsumfang entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

AVB-Druckstücknummer 216044

Die Produktmerkmale auf einen Blick

- Individuell auf die Bedürfnisse von Mediziner abgestimmt
- Absicherung bis zur Höhe des Nettoeinkommens möglich
- Zahlung auch für Sonn- und Feiertage

Leistung			
Krankentagegeld		Krankentagegeld in Höhe von 1 Euro oder einem Vielfachen hiervon bei Verdienstaussfall aufgrund Arbeitsunfähigkeit infolge von Krankheit oder Unfall.	
Höchstsummen		Die nachfolgend aufgeführten Höchstsätze gelten immer einschließlich anderweitig bestehender privater Krankentagegeldversicherungen bzw. Krankengeldansprüchen bei der GKV.	
	Personen / Berufsgruppe	KT mit Krankheitskosten- vollversicherung	KT ohne Krankheitskosten- vollversicherung
	Angestellte Ärzte und Zahnärzte	480 Euro	200 Euro
	Niedergelassene Ärzte und Zahnärzte • als Existenzgründer* • ab 3. Jahr nach Existenzgründung	240 Euro ¹⁾ 600 Euro ²⁾	85 Euro 300 Euro ²⁾
		*Existenzgründer sind Personen, bei denen noch keine 24 Monate seit Beginn der derzeitigen selbstständigen Tätigkeit vergangen sind. 1) Staffelung über mehrere Karenzzeiten erforderlich (max. 100 Euro je Tarifstufe) 2) Staffelung über mehrere Karenzzeiten erforderlich (max. 200 Euro je Tarifstufe)	
Wiederauftreten derselben Krankheit		Anrechnung der neuen Karenzzeit bei Wiederauftreten derselben Krankheit.	
Kur-/und Sanatoriumsbehandlung		Leistungen auch während Kur-/Sanatoriumsbehandlung im Verlauf einer Arbeitsunfähigkeit.	
Karenzzeiten			
Karenzzeiten		Für angestellte und niedergelassene Ärzte/Zahnärzte Krankentagegeld je Kalendertag ab dem: MTG 6 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit	
Besonderheiten			
Dynamik		Anpassung des Krankentagegeldes bei Änderung des Einkommens ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten innerhalb von zwei Monaten nach Änderung.	
Annahmerichtlinien			
Versicherungsfähigkeit		Versicherungsfähig sind berufstätige Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten mit erteilter Approbation.	

Die Beiträge Tarif MTG 6 (Krankentagegeld Mediziner)

Die Monatsbeiträge in Euro			
Eintrittsalter	MTG 6*	Eintrittsalter	MTG 6*
0 - 15		42	0,39
16	0,21	43	0,41
17	0,21	44	0,42
18	0,21	45	0,43
19	0,21	46	0,44
20	0,21	47	0,46
21	0,22	48	0,47
22	0,23	49	0,48
23	0,23	50	0,50
24	0,24	51	0,51
25	0,25	52	0,53
26	0,26	53	0,55
27	0,27	54	0,57
28	0,28	55	0,58
29	0,29	56	0,60
30	0,29	57	0,63
31	0,30	58	0,65
32	0,31	59	0,66
33	0,32	60	0,66
34	0,32	61	0,66
35	0,33	62	0,66
36	0,34	63	0,66
37	0,35	64	0,66
38	0,36	65	0,66
39	0,37	66	0,66
40	0,38	67	0,66
41	0,38		

* für 1,- Euro Krankentagegeld

4.5.4 Die Krankenhaustagegeldversicherung

Tarif K

Den genauen Leistungsumfang entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

AVB-Druckstücknummer 207942

Die Produktmerkmale auf einen Blick

- Krankenhaustagegeld je Tag eines stationären Aufenthaltes, auch für Sonn- und Feiertage
- Steuerfrei
- U. a. geeignet für die Zahlung der gesetzlichen Zuzahlung für einen stationären Aufenthalt

Stationär			
Krankenhaustagegeld		Krankenhaustagegeld in Höhe von 5 Euro oder einem Vielfachen hiervon je Tag eines stationären Aufenthaltes.	
Höchstsummen		Kinder	50 Euro
		Erwachsene	100 Euro
		Freiberufler/Gewerbetreibende	150 Euro
Teilstationäre Behandlung	50 %	des vereinbarten Krankenhaustagegeldes bei einem stationären Aufenthalt von weniger als 24 Stunden pro Tag.	
Kuraufenthalt	50 %	des vereinbarten Krankenhaustagegeldes bei einem Kuraufenthalt innerhalb von zwei Monaten nach einer mindestens 10 Tage dauernden Krankenhausbehandlung, maximal für 28 Tage.	
Entbindungspauschale		Bei einer Entbindung kann anstelle des Krankenhaustagegeldes eine Pauschalleistung in Höhe von vier Tagessätzen gewählt werden.	

Die Beiträge Tarif K (Krankenhaustagegeld)

Die Monatsbeiträge in Euro			
Eintrittsalter	K*	Eintrittsalter	K*
0-15	0,21	44	1,39
16-20	0,34	45	1,44
21	0,65	46	1,49
22	0,68	47	1,54
23	0,70	48	1,59
24	0,73	49	1,65
25	0,76	50	1,70
26	0,78	51	1,76
27	0,81	52	1,82
28	0,84	53	1,89
29	0,86	54	1,95
30	0,89	55	2,02
31	0,92	56	2,09
32	0,95	57	2,16
33	0,98	58	2,24
34	1,01	59	2,32
35	1,04	60	2,40
36	1,07	61	2,48
37	1,10	62	2,57
38	1,14	63	2,65
39	1,18	64	2,74
40	1,21	65	2,83
41	1,25	66	2,92
42	1,30	67	3,01
43	1,34		

* für 5 Euro Krankenhaustagegeld

Bitte beachten:

Ab einer Stufenzahl von 6 (= 30 Euro) ist auf den Gesamtbeitrag ein Zuschlag von 30 Prozent zuzurechnen.

Beispiel:
 30 Euro Krankenhaustagegeld =
 (6 x Beitrag abhängig vom Alter)
 x 1,30 = Zahlbeitrag

4.6 Die Pflegeergänzungsversicherungen

4.6.1 MediPG – Die flexible Pflegetagegeldlösung

Tarife MediPG 1, MediPG 2, MediPG 3, MediPG 4 und MediPG EZ

Den genauen Leistungsumfang entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

AVB-Druckstücknummer 115917

Die Produktmerkmale auf einen Blick

- Bestmögliche finanzielle Absicherung ab frühen Pflegefall
- Soforthilfe nach Unfall und kurzzeitiger Pflegebedürftigkeit
- Weltgeltung
- Beitragsbefreiung im Pflegefall ab Pflegegrad 2

Pflegetagegeld		Tarifleistung	Maximal
MediPG 1	100 %	des versicherten Pflegetagegeldes für die Dauer der Zuordnung in Pflegegrad 1.	50 Euro pro Tag
	100 %	des versicherten Pflegetagegeldes als Soforthilfe nach stationärem Aufenthalt wegen Unfall, wenn häusliche Pflege medizinisch notwendig und ärztlich angeraten ist, bis maximal 28 Kalendertage pro Jahr.	
MediPG 2	100 %	des versicherten Pflegetagegeldes bei ambulanter Pflege zu Hause für die Dauer der Zuordnung in Pflegegrad 2.	130 Euro pro Tag
MediPG 3	100 %	des versicherten Pflegetagegeldes bei ambulanter Pflege zu Hause für die Dauer der Zuordnung in Pflegegrad 3.	130 Euro pro Tag
MediPG 4	100 %	des versicherten Pflegetagegeldes bei ambulanter Pflege zu Hause für die Dauer der Zuordnung in Pflegegrad 4 und 5.	130 Euro pro Tag
	100 %	des versicherten Pflegetagegeldes bei Pflege im Heim, wenn Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 besteht.	
	100 %	des versicherten Pflegetagegeldes bei Kurzzeitpflege im Pflegeheim, wenn die normalerweise häusliche Pflege für einen begrenzten Zeitraum nicht möglich ist, z. B. wegen Urlaub oder Krankheit der Pflegeperson.	
MediPG EZ	100 %	der versicherten Einmalzahlung bei erstmaliger Feststellung einer Pflegebedürftigkeit nach den Pflegegraden 2, 3, 4 oder 5.	15.000 Euro
Geltungsbereich			
Weltgeltung		Leistung weltweit auch ohne Vorleistung der SPV bzw. PPV.	

Besonderheiten	
Versicherungshöhe	Tarif MediPG 1 = 1 Euro oder ein Vielfaches hiervon bis maximal 50 Euro. Tarife MediPG 2, 3 und 4 = 1 Euro oder ein Vielfaches hiervon bis maximal 130 Euro. Tarif MediPG EZ = 500 Euro oder ein Vielfaches hiervon bis maximal 15.000 Euro.
Versicherungsfähigkeit	PKV-Vollversicherte und GKV-Versicherte, die in der deutschen Pflegepflichtversicherung versichert sind (SPV oder PPV). Ohne Altersbegrenzung abschließbar (Ab Alter 67 Beiträge auf Anfrage).
Dynamische Anpassung des Pflegetagegeldes	Das Pflegetagegeld aus MediPG 1 bis 4 wird automatisch ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten planmäßig in Zeitabständen von jeweils drei Kalenderjahren um 10 % erhöht, sofern <ul style="list-style-type: none"> • die versicherte Person am Stichtag der Leistungsanpassung das 21. Lebensjahr vollendet hat, • keine Leistungen bei der SPV bzw. PPV beantragt hat, • keine Einstufung in einen Pflegegrad erfolgt ist.
Leistungsdynamik bei Pflegebedürftigkeit	Das Pflegetagegeld aus den Tarifen MediPG 2 bis 4 wird automatisch ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten planmäßig in Zeitabständen von jeweils fünf Kalenderjahren um 5 % erhöht, sofern <ul style="list-style-type: none"> • am Stichtag der Leistungsanpassung die versicherte Person das 21. Lebensjahr vollendet hat, • eine ununterbrochene Pflegebedürftigkeit gemäß Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 vorliegt • und Leistungen aus den Tarifen MediPG 2, MediPG 3 oder MediPG 4 bezogen werden.
Optionsrecht auf Pflegetagegeld-erhöhung	Unter anderem zum 50. Geburtstag, bei Heirat oder 10 Jahre nach Vertragsabschluss besteht die Möglichkeit, ohne erneute Gesundheitsprüfung, alle bisher vereinbarten Leistungen um 20 % zu erhöhen.
Nachversicherungsrecht	Jeder Kunde erhält zum 50. Geburtstag und zum Eintritt in die Altersrente ein Nachversicherungsrecht. Es kann hiermit nachträglich, ohne erneute Gesundheitsprüfung, eine erstmalige Absicherung bisher noch nicht versicherter Tarife MediPG 1, 2 oder 3 bzw. eine Erhöhung der bestehenden Versicherungsleistung bis zur Höhe des MediPG 4 vorgenommen werden.
Beitragsbefreiung	Beitragsbefreiung ab Pflegegrad 2 (Tarife MediPG 2, MediPG 3 und MediPG 4 im Leistungsfall bei vollem Leistungsanspruch).
Tarifkombinationen	<ul style="list-style-type: none"> • Die Tarife MediPG 1, MediPG 4 und MediPG EZ können selbständig und unabhängig voneinander abgeschlossen werden. • Die Tarife MediPG 2 und MediPG 3 sind unselbständige Tarife und können nur in Verbindung mit dem nächst höheren Tarif maximal in gleicher Höhe abgeschlossen werden. MediPG 4 ≥ MediPG 3 ≥ MediPG 2 • Tarif MediPG 3 ist nur in Verbindung mit MediPG 4 versicherbar. • Tarif MediPG 2 ist nur in Verbindung mit MediPG 3 + MediPG 4 versicherbar. • Es besteht Kombinierbarkeit mit allen Tarifen der Gothaer Krankenversicherung des Neu- und Bestandsgeschäfts. • Eine Beitragsentlastung durch MediSafe kann vereinbart werden. • Kombinierbarkeit an Verträge von Mitbewerbern.

Die Beiträge Pflegetagegeldtarif MediPG

Die Monatsbeiträge in Euro					
Eintrittsalter	MediPG 1*	MediPG 2*	MediPG 3*	MediPG 4*	MediPG EZ**
0-15	0,03	0,05	0,09	0,07	0,03
16-20	0,04	0,07	0,05	0,08	0,03
21	0,10	0,22	0,18	0,30	0,19
22	0,10	0,23	0,19	0,31	0,19
23	0,10	0,24	0,20	0,32	0,21
24	0,11	0,25	0,21	0,34	0,22
25	0,11	0,26	0,21	0,35	0,23
26	0,11	0,27	0,22	0,36	0,24
27	0,12	0,28	0,23	0,38	0,25
28	0,12	0,29	0,24	0,40	0,26
29	0,12	0,30	0,25	0,41	0,27
30	0,13	0,32	0,26	0,43	0,29
31	0,13	0,33	0,27	0,45	0,30
32	0,14	0,35	0,29	0,47	0,32
33	0,14	0,36	0,30	0,49	0,33
34	0,15	0,38	0,31	0,51	0,35
35	0,15	0,40	0,33	0,53	0,36
36	0,16	0,41	0,34	0,56	0,38
37	0,17	0,43	0,36	0,58	0,40
38	0,17	0,45	0,37	0,61	0,42
39	0,18	0,47	0,39	0,64	0,44
40	0,19	0,49	0,41	0,66	0,46
41	0,19	0,51	0,42	0,69	0,48
42	0,20	0,54	0,44	0,72	0,50
43	0,21	0,56	0,46	0,75	0,53
44	0,22	0,58	0,48	0,79	0,56
45	0,23	0,61	0,50	0,82	0,58
46	0,24	0,64	0,53	0,86	0,61
47	0,25	0,67	0,55	0,90	0,64
48	0,26	0,69	0,57	0,94	0,68
49	0,27	0,73	0,60	0,98	0,71
50	0,28	0,76	0,63	1,02	0,75
51	0,29	0,79	0,65	1,07	0,79
52	0,30	0,83	0,68	1,12	0,83
53	0,32	0,87	0,72	1,17	0,87
54	0,33	0,91	0,75	1,23	0,92
55	0,35	0,95	0,78	1,28	0,97
56	0,36	0,99	0,82	1,34	1,03
57	0,38	1,04	0,86	1,41	1,09
58	0,40	1,09	0,90	1,48	1,15
59	0,42	1,14	0,94	1,55	1,22
60	0,44	1,20	0,99	1,63	1,29
61	0,46	1,26	1,04	1,71	1,38
62	0,48	1,33	1,10	1,80	1,46
63	0,51	1,40	1,15	1,90	1,56
64	0,54	1,47	1,22	2,00	1,67
65	0,57	1,55	1,28	2,12	1,78
66	0,60	1,64	1,36	2,24	1,91
67	0,64	1,74	1,43	2,37	2,05

* für 1 Euro Pflegetagegeld

** je 500 EUR Einmalzahlung

4.6.2 Die Pflegekostenversicherung

Tarif P3

Den genauen Leistungsumfang entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

AVB-Druckstücknummer 215790

Die Produktmerkmale auf einen Blick

- Restkostenerstattung für professionelle häusliche, teilstationäre oder stationäre Pflege
- Leistungen auch für Pflege durch Angehörige
- Leistungen auch für die Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes

Pflege		
Pflegekosten	100 %	der nach Vorleistung der Pflegepflichtversicherung verbleibenden Kosten für häusliche und teilstationäre Pflege durch Fachkräfte, einschließlich Hilfsmittel, sowie stationärer Pflege bei mindestens sechsmonatiger Pflegebedürftigkeit im Rahmen von Höchstsätzen pro Kalenderjahr: – Pflegegrad 2 bis zu 12.768 Euro – Pflegegrad 3 bis zu 15.960 Euro – Pflegegrad 4 und 5 bis zu 19.344 Euro
	50 %	sofern keine Vorleistung der Pflegepflichtversicherung oder eines anderen Kostenträgers.
Häusliche Pflege		Ersatzleistung bei Nichtinanspruchnahme von Pflegefachkräften (= Pflege durch Angehörige). Pflegegeld je Kalendertag: – Pflegegrad 2 10,70 Euro – Pflegegrad 3 21,00 Euro – Pflegegrad 4 und 5 26,00 Euro Das Pflegegeld wird auf die o. g. Jahreshöchstbeträge angerechnet.
Teilstationäre Pflege		Aufwendungen für Pflegeleistungen in entsprechenden Tagespflegestätten sowie notwendige Beförderung zwischen der Wohnung des Pflegebedürftigen und der Pflegestätte.
Hilfsmittel		Aufwendungen für ärztlich verordnete zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel und technische Hilfsmittel in einfacher serienmäßiger Ausführung insgesamt bis 2.557 Euro pro Kalenderjahr.
Stationäre Pflege		Aufwendungen für Pflegeleistungen in entsprechenden Pflegeheimen, wobei Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung nicht erstattungsfähig sind.
Kurzzeitpflege		Aufwendungen der stationären Kurzzeitpflege für einen begrenzten Zeitraum von 56 Tagen nach Vorleistung der PPV / SPV.
Zusätzliche Leistungen zur Verbesserung des Wohnumfeldes		Aufwendungen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes bis jeweils 5.113 Euro (zuzüglich der o. g. Leistungen im Rahmen der Jahreshöchstbeträge) bei erstmaliger Feststellung des Pflegegrades 3 und bei erstmaliger Feststellung eines höheren Pflegegrades (Pflegegrad 4 oder 5), nach Genehmigung.
Besonderheiten		
Auslandsgeltung		Leistung auch im europäischen Ausland nach Vorleistung der PPV.

Die Beiträge Pflegekostentarif P3

Die Monatsbeiträge in Euro			
Eintrittsalter	P3	Eintrittsalter	P3
0-15	4,56	44	41,86
16-20	4,56	45	43,46
21	19,34	46	45,13
22	19,90	47	46,88
23	20,46	48	48,72
24	21,08	49	50,65
25	21,72	50	52,68
26	22,37	51	54,80
27	23,09	52	57,05
28	23,85	53	59,41
29	24,63	54	61,91
30	25,47	55	64,56
31	26,35	56	67,36
32	27,26	57	70,33
33	28,22	58	73,49
34	29,21	59	76,87
35	30,25	60	80,48
36	31,34	61	84,36
37	32,46	62	88,50
38	33,65	63	92,98
39	34,86	64	97,78
40	36,15	65	102,98
41	37,49	66	108,62
42	38,88	67	114,72
43	40,33		

4.7 Die Auslandsreisekrankenversicherungen

4.7.1 Die Lösung für Auslandsaufenthalte bis zu 12 Wochen

Tarif MediR

Den genauen Leistungsumfang entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

AVB-Druckstücknummer 216046

Die Produktmerkmale auf einen Blick

- Die Lösung für Auslandsaufenthalte von 8 bis maximal 12 Wochen
- Günstige Familienversicherung

Ausland		
Behandlung	100 %	der Aufwendungen bei Reisen bis zu acht Wochen (gegen Beitragszuschlag ausdehnbar bis zu 12 Wochen) für: <ul style="list-style-type: none"> • ärztliche Behandlungen • Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel • Krankenhausbehandlung inklusive Rooming-in • Transport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus oder Arzt der notfallmäßigen Erstversorgung • schmerzstillende Zahnbehandlung, Zahnfüllungen und provisorischen Zahnersatz sowie einfache Reparaturen von Zahnersatz zur Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit
Krankenhaustagegeld		Anstelle der Kostenerstattung kann bei einer vollstationären Krankenhausbehandlung ein Krankenhaustagegeld von 30 Euro pro Tag gewählt werden.
Psychologische und psychotherapeutische Behandlung	100 %	für psychologische und psychotherapeutische Behandlung infolge von Unfällen, Naturkatastrophen und Gewaltverbrechen als Erstbehandlung.
Kinderbetreuung	100 %	der Aufwendungen für die Betreuung mitversicherter minderjähriger Kinder, wenn die versicherte Person während der Auslandsreise verstirbt oder durch einen Krankenhausaufenthalt daran gehindert ist, mitreisende Kinder zu betreuen.
Rücktransport	100 %	der erstattungsfähigen Aufwendungen für einen medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport, einschließlich der Kosten für eine medizinisch notwendige Begleitperson.
Such-, Rettungs-, Bergungskosten	100 %	für Such-/ Rettungs- oder Bergungskosten bis zu 5.000 Euro im Falle eines Unfalles.
Überführung oder Beisetzung im Ausland	100 %	der erstattungsfähigen Aufwendungen für Überführung aus dem oder Beisetzung im Ausland. Anstelle der Kostenerstattung kann ein Sterbegeld von 1.000 Euro gewählt werden.
Telefonkosten	100 %	der Kosten für Telefonate aus dem Ausland mit dem Versicherer oder Assistance-Unternehmen bis zu 50 Euro.
Besonderheiten		
Familienbeitrag		Für Familien wird ein besonders günstiger Familienbeitrag angeboten.
Beiträge		Sobald eine versicherte Person (in der Familienversicherung das älteste versicherte Familienmitglied) das 70. Lebensjahr vollendet hat, ist ab Beginn des folgenden Monats der Beitrag dieser Altersgruppe zu zahlen.
Notruftelefon		Unter der Telefonnummer +49 (0)221 308-50000 stehen rund um die Uhr kompetente Ansprechpartner z. B. zur Organisation eines Rücktransportes zur Verfügung.
Positive Produktratings		„Sehr gut“ (1,1) von Stiftung Warentest/Finanztest für MediR (Ausgabe 05/2019).

Die Beiträge Auslandsreiseversicherung Tarif MediR

Die Jahresbeiträge in Euro				
Wochen	MediR	Einzel ab Alter 70 J.	MediR Familie	Familie ab Alter 70 J.
8	15,00	37,80	39,00	97,56
9	54,72	137,04	112,44	281,16
10	94,44	236,28	185,88	464,76
11	134,16	335,52	259,32	648,36
12	173,88	434,76	332,76	831,96

4.7.2 Die Krankheitskostenvollversicherung für Auslandsaufenthalte bis zu 3 Jahre

Tarif AVL N1

Den genauen Leistungsumfang entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

AVB-Druckstücknummer 205475

Die Produktmerkmale auf einen Blick

- Krankheitskostenvollversicherung für einen langfristigen Auslandsaufenthalt

Ambulant		
Heilbehandlung	100 %	für eine ambulante Heilbehandlung durch Ärzte.
Arznei- und Verbandmittel	100 %	für Arznei- und Verbandmittel.
Heil- und Hilfsmittel	100 %	für bestimmte Heil- und Hilfsmittel.
Sehhilfen	100 %	für Sehhilfen (Brillen und Kontaktlinsen) Brillengestelle in einfacher Ausführung bis 103,00 Euro Rechnungsbetrag.
Stationär		
Unterbringung und Behandlung	100 %	für die Unterbringung, Behandlung und Verpflegung im Krankenhaus.
Krankentransport	100 %	für einen Krankentransport zum nächstgelegenen Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt.
Zahn		
Zahnbehandlung	100 %	für Zahnbehandlung.
Zahnersatz, Kieferorthopädie	80 %	für Zahnersatz, einschließlich Zahnkronen sowie Kieferorthopädie bis zu 2.050,00 Euro in jeweils zwei aufeinander folgenden Kalenderjahren. Bei Unfall verdoppelt sich der Höchstsatz.
Sonstige Leistungen		
Rücktransport	100 %	für einen medizinisch notwendigen Krankenrücktransport.
Überführung / Beisetzung	100 %	für eine Überführung nach dem Tod aus dem Ausland zurück an den ständigen Wohnsitz oder für die Bestattungskosten am Sterbeort bis zu einem Höchstbetrag von 5.120,00 Euro im europäischen und bis 10.240,00 Euro im außereuropäischen Ausland.
Besonderheiten		
Selbstbeteiligung		Die Selbstbeteiligung gilt für ambulante und stationäre Behandlung und beträgt pro Person und Kalenderjahr 144,00 Euro.
Beiträge		Unterschiedliche Beiträge für einen inner- und außereuropäischen Aufenthalt.
Vorübergehende Rückkehr		Bei vorübergehender Rückkehr nach Deutschland gilt der Versicherungsschutz bis zu sechs Monate auch im Inland.
Anpassung des Versicherungsschutzes ohne Gesundheitsprüfung		Nach Beendigung eines Auslandsaufenthaltes kann die versicherte Person die Fortführung in einem anderen Tarif in direktem Anschluss an den Auslandsaufenthalt ohne erneute Gesundheitsprüfung beantragen, sofern sich keine Mehrleistungen ergeben und Tarif AVL N1 mindestens drei Monate ununterbrochen bestanden hat.
Annahmerichtlinien		
Ständiger Wohnsitz		Der ständige Wohnsitz muss in Deutschland liegen.
Versicherungsdauer		Die Höchstversicherungsdauer beträgt drei Jahre.
Abschluss		Der Abschluss ist nur vor Beginn des Auslandsaufenthaltes möglich. Ein Bevollmächtigter muss benannt werden.

4.7.3 Die Ergänzungsversicherung für Auslandsaufenthalte bis zu 3 Jahre

Tarif AVL N2

Den genauen Leistungsumfang entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

AVB-Druckstücknummer 205476

Die Produktmerkmale auf einen Blick

- Krankenergänzungsversicherung für GKV-Versicherte während eines langfristigen Auslandsaufenthaltes

Ambulant		Erstattung des Eigenanteils nach Vorleistung der GKV
Heilbehandlung	100 %	für eine ambulante Heilbehandlung durch Ärzte.
Arznei- und Verbandmittel	100 %	für Arznei- und Verbandmittel.
Heil- und Hilfsmittel	100 %	für bestimmte Heil- und Hilfsmittel.
Sehhilfen	100 %	für Sehhilfen (Brillen und Kontaktlinsen) Brillengestelle in einfacher Ausführung bis 103,00 Euro Rechnungsbetrag.
Hinweis	50 %	wenn die GKV nicht leistet.
Stationär		Erstattung des Eigenanteils nach Vorleistung der GKV
Unterbringung und Behandlung	100 %	für die Unterbringung, Behandlung und Verpflegung im Krankenhaus.
Krankentransport	100 %	für einen Krankentransport zum nächstgelegenen Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt.
Hinweis	50 %	wenn die GKV nicht leistet.
Zahn		Erstattung des Eigenanteils nach Vorleistung der GKV
Zahnbehandlung	100 %	für Zahnbehandlung.
Zahnersatz, Kieferorthopädie	80 %	für Zahnersatz, einschließlich Zahnkronen sowie Kieferorthopädie bis zu 1.030,00 Euro in jeweils zwei aufeinander folgenden Kalenderjahren. Bei Unfall verdoppelt sich der Höchstsatz.
Hinweis		Halbierung der Erstattungsprozentsätze, wenn die GKV nicht leistet.
Sonstige Leistungen		Erstattung des Eigenanteils nach Vorleistung der GKV
Rücktransport	100 %	für einen medizinisch notwendigen Krankenrücktransport.
Überführung / Beisetzung	100 %	für eine Überführung nach dem Tod aus dem Ausland zurück an den ständigen Wohnsitz oder für die Bestattungskosten am Sterbeort bis zu einem Höchstbetrag von 5.120,00 Euro im europäischen und bis 10.240 Euro im außer-europäischen Ausland.
Selbstbeteiligung		
Selbstbeteiligung		Die Selbstbeteiligung gilt für ambulante und stationäre Behandlung und beträgt pro Person und Kalenderjahr 144,00 Euro.

Besonderheiten		
Beiträge		Unterschiedliche Beiträge für einen inner- und außereuropäischen Aufenthalt.
Vorübergehende Rückkehr		Bei vorübergehender Rückkehr nach Deutschland gilt der Versicherungsschutz bis zu sechs Monate auch im Inland.
Anpassung des Versicherungsschutzes ohne Gesundheitsprüfung		Nach Beendigung eines Auslandsaufenthaltes kann die versicherte Person die Fortführung in einem anderen Tarif in direktem Anschluss an den Auslandsaufenthalt ohne erneute Gesundheitsprüfung beantragen, sofern sich keine Mehrleistungen ergeben und Tarif AVL N2 mindestens drei Monate ununterbrochen bestanden hat.
Annahmerichtlinien		
Ständiger Wohnsitz		Der ständige Wohnsitz muss in Deutschland liegen.
Versicherungsdauer		Die Höchstversicherungsdauer beträgt drei Jahre.
Abschluss		Der Abschluss ist nur vor Beginn des Auslandsaufenthaltes möglich. Ein Bevollmächtigter muss benannt werden.

Die Beiträge der Versicherungen bei Auslandsaufenthalten Tarif AVL N1 und Tarif AVL N2

Die Monatsbeiträge der Auslandsreisekrankenversicherungen in Euro				
Alter	AVL N1 Europa	AVL N1 Weltweit	AVL N2 Europa	AVL N2 Weltweit
0-15	70,12	108,68	35,06	54,34
16-20	87,93	136,28	43,97	68,14
21-25	101,40	157,15	50,70	78,58
26-30	116,22	180,13	58,11	90,06
31-35	125,63	194,71	62,82	97,35
36-40	129,85	201,25	64,93	100,62
41-45	132,64	205,56	66,32	102,78
46-50	151,19	234,33	75,60	117,16
51-55	182,39	282,68	91,20	141,34
56-60	222,93	345,51	111,47	172,76
61-65	284,04	440,21	142,02	220,11
66-67	348,51	540,14	174,26	270,07

4.8 Die Beihilfeversicherungen

4.8.1 Die Lösung für Beamte

Tarife BA, BS, BSR und BZ

Den genauen Leistungsumfang entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Informationen rund um das Thema Beihilfe finden Sie im GOnet und AOnet unter dem Stichwort „Beihilfehandbuch“

AVB-Druckstücknummer 206922, 206925, 205551, 206926

Die Produktmerkmale auf einen Blick

- Individuell auf die Bedürfnisse Beihilfeberechtigter abgestimmt
- Erstattungssätze zwischen 15 % und 50 %

Ambulant		Tarif BA																				
Heilbehandlung		Ambulante Heilbehandlung und Gesundheitsvorsorge durch Ärzte.																				
Psychotherapie		Psychotherapeutische ambulante Behandlung bis zu 30 Sitzungen pro Kalenderjahr; darüber hinaus nach vorheriger schriftlicher Zustimmung.																				
Heilpraktiker		Ambulante Heilbehandlung und Gesundheitsvorsorge durch Heilpraktiker.																				
Arznei- und Verbandmittel		Arzneien und Verbandmittel.																				
Heil- und Hilfsmittel		Heil- und Hilfsmittel.																				
Sehhilfen		Brillengestelle bis zu einem Rechnungsbetrag von 110 Euro.																				
Orthopädische Schuhe		Orthopädische Schuhe bis zu einem Rechnungsbetrag von 165 Euro.																				
Krankentransporte		Krankentransporte zum und vom nächstgelegenen Arzt oder Krankenhaus.																				
Stationär		Tarif BS																				
Unterbringung		Gesondert berechnete Unterbringung und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer.																				
Privatärztliche Leistungen		Gesondert berechnete privatärztliche Leistungen.																				
Ersatzkrankenhaustagegeld		Werden nur Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen geltend gemacht, wird ein zusätzliches Krankenhaustagegeld gezahlt. Es beträgt:																				
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Tarifstufe</th> <th>Krankenhaustagegeld</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BS 50</td> <td>25,00 Euro</td> </tr> <tr> <td>BS 45</td> <td>22,50 Euro</td> </tr> <tr> <td>BS 40</td> <td>20,00 Euro</td> </tr> <tr> <td>BS 35</td> <td>17,50 Euro</td> </tr> <tr> <td>BS 30</td> <td>15,00 Euro</td> </tr> <tr> <td>BS 25</td> <td>12,50 Euro</td> </tr> <tr> <td>BS 20</td> <td>10,00 Euro</td> </tr> <tr> <td>BS 20E</td> <td>10,00 Euro</td> </tr> <tr> <td>BS 15</td> <td>7,50 Euro</td> </tr> </tbody> </table>	Tarifstufe	Krankenhaustagegeld	BS 50	25,00 Euro	BS 45	22,50 Euro	BS 40	20,00 Euro	BS 35	17,50 Euro	BS 30	15,00 Euro	BS 25	12,50 Euro	BS 20	10,00 Euro	BS 20E	10,00 Euro	BS 15	7,50 Euro
	Tarifstufe	Krankenhaustagegeld																				
	BS 50	25,00 Euro																				
	BS 45	22,50 Euro																				
	BS 40	20,00 Euro																				
	BS 35	17,50 Euro																				
	BS 30	15,00 Euro																				
	BS 25	12,50 Euro																				
	BS 20	10,00 Euro																				
BS 20E	10,00 Euro																					
BS 15	7,50 Euro																					
		Werden neben den Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen auch solche für Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer oder für gesondert berechnete privatärztliche Leistungen geltend gemacht, vermindert sich das Krankenhaustagegeld um die Hälfte.																				
		Für Kinder bis zum vollendeten 16. Lebensjahr wird in beiden Fällen die Hälfte des jeweiligen Krankenhaustagegeldes gezahlt.																				
Krankentransport		Krankentransporte und im Notfall-Rettungsdienst mit geeigneten Transportmitteln bis zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.																				

Die Beiträge der Beihilfetarife für Beamte BA (ambulante Leistungen)

Die Monatsbeiträge in Euro								
Eintritts- alter	BA 20	BA 20 E	BA 25	BA 30	BA 35	BA 40	BA 45	BA 50
0-15	21,69	21,69	27,11	32,53	37,96	43,38	48,80	54,22
16-20	24,93	24,93	31,16	37,39	43,62	49,85	56,09	62,32
21	58,72	51,14	73,40	88,08	102,76	117,44	132,12	146,81
22	59,72	51,88	74,65	89,57	104,50	119,43	134,36	149,29
23	60,68	52,64	75,84	91,01	106,18	121,35	136,52	151,69
24	61,64	53,40	77,06	92,47	107,88	123,29	138,70	154,11
25	62,61	54,14	78,27	93,92	109,57	125,23	140,88	156,53
26	63,55	54,79	79,43	95,32	111,20	127,09	142,98	158,86
27	64,44	55,45	80,55	96,66	112,77	128,88	144,99	161,10
28	65,30	56,08	81,63	97,95	114,28	130,61	146,93	163,26
29	66,17	56,63	82,71	99,26	115,80	132,34	148,89	165,43
30	66,97	57,20	83,71	100,45	117,20	133,94	150,68	167,42
31	67,73	57,68	84,67	101,60	118,53	135,47	152,40	169,33
32	68,50	58,14	85,63	102,75	119,88	137,00	154,13	171,25
33	69,24	58,59	86,55	103,86	121,17	138,47	155,78	173,09
34	69,98	59,02	87,47	104,97	122,46	139,96	157,45	174,95
35	70,76	59,44	88,45	106,14	123,83	141,51	159,20	176,89
36	71,57	59,91	89,47	107,36	125,25	143,15	161,04	178,93
37	72,43	60,46	90,54	108,64	126,75	144,86	162,96	181,07
38	73,32	61,01	91,65	109,98	128,31	146,64	164,97	183,30
39	74,29	61,69	92,86	111,43	130,00	148,57	167,15	185,72
40	75,29	62,41	94,12	112,94	131,76	150,58	169,41	188,23
41	76,37	63,22	95,46	114,56	133,65	152,74	171,84	190,93
42	77,53	64,11	96,91	116,29	135,67	155,05	174,44	193,82
43	78,68	65,04	98,36	118,03	137,70	157,37	177,04	196,71
44	79,92	66,03	99,90	119,88	139,86	159,84	179,81	199,79
45	81,19	67,10	101,49	121,78	142,08	162,38	182,68	202,97
46	82,50	68,18	103,12	123,75	144,37	165,00	185,62	206,25
47	83,81	69,31	104,76	125,71	146,67	167,62	188,57	209,53
48	85,12	70,46	106,40	127,69	148,97	170,25	191,53	212,81
49	86,48	71,61	108,10	129,72	151,33	172,95	194,57	216,19
50	87,83	72,79	109,79	131,75	153,71	175,66	197,62	219,58
51	89,19	73,99	111,49	133,78	156,08	178,38	200,68	222,97
52	90,55	75,17	113,19	135,82	158,46	181,10	203,74	226,37
53	91,91	76,35	114,89	137,87	160,85	183,82	206,80	229,78
54	93,31	77,60	116,64	139,97	163,30	186,63	209,96	233,29
55	94,68	78,82	118,35	142,03	165,70	189,37	213,04	236,71
56	96,09	80,10	120,12	144,14	168,16	192,18	216,21	240,23
57	97,51	81,47	121,88	146,26	170,63	195,01	219,39	243,76
58	98,96	82,84	123,70	148,44	173,18	197,92	222,66	247,40
59	100,45	82,90	125,57	150,68	175,80	200,91	226,02	251,14
60	101,95	84,02	127,44	152,93	178,42	203,91	229,40	254,89
61	103,50	84,15	129,37	155,25	181,12	207,00	232,87	258,74
62	105,12	85,58	131,40	157,68	183,96	210,24	236,52	262,80
63	106,75	85,75	133,44	160,12	186,81	213,50	240,19	266,87
64	108,42	87,52	135,53	162,63	189,74	216,85	243,95	271,06
65	110,14	87,60	137,68	165,21	192,75	220,28	247,82	275,35
66	111,98		139,97	167,97	195,97	223,96	251,96	279,95
67	113,79		142,24	170,69	199,14	227,59	256,03	284,48

Die Beiträge der Beihilfetarife für Beamte BS (stationäre Leistungen)

Die Monatsbeiträge in Euro									
Eintritts- alter	BS 15	BS 20	BS 20 E	BS 25	BS 30	BS 35	BS 40	BS 45	BS 50
0-15	6,79	9,05	9,05	11,31	13,57	15,84	18,10	20,36	22,62
16-20	7,55	10,07	10,07	12,59	15,11	17,63	20,14	22,66	25,18
21	20,28	27,04	16,76	33,80	40,56	47,32	54,08	60,84	67,60
22	20,69	27,59	16,99	34,49	41,39	48,29	55,19	62,09	68,98
23	21,11	28,15	17,24	35,19	42,23	49,26	56,30	63,34	70,38
24	21,54	28,72	17,49	35,90	43,09	50,27	57,45	64,63	71,81
25	21,98	29,31	17,75	36,64	43,96	51,29	58,62	65,94	73,27
26	22,42	29,89	18,01	37,37	44,84	52,32	59,79	67,26	74,74
27	22,88	30,50	18,29	38,13	45,75	53,38	61,01	68,63	76,26
28	23,35	31,13	18,58	38,92	46,70	54,48	62,27	70,05	77,83
29	23,82	31,76	18,87	39,71	47,65	55,59	63,53	71,47	79,41
30	24,31	32,41	19,18	40,51	48,61	56,71	64,82	72,92	81,02
31	24,80	33,06	19,49	41,33	49,60	57,86	66,13	74,40	82,66
32	25,30	33,73	19,82	42,17	50,60	59,03	67,47	75,90	84,33
33	25,81	34,41	20,14	43,02	51,62	60,23	68,83	77,43	86,04
34	26,33	35,11	20,49	43,89	52,67	61,44	70,22	79,00	87,78
35	26,87	35,83	20,84	44,79	53,74	62,70	71,66	80,61	89,57
36	27,42	36,56	21,21	45,70	54,84	63,98	73,12	82,26	91,40
37	27,99	37,32	21,60	46,65	55,98	65,32	74,65	83,98	93,31
38	28,58	38,11	22,00	47,64	57,17	66,70	76,22	85,75	95,28
39	29,20	38,93	22,45	48,67	58,40	68,14	77,87	87,60	97,34
40	29,84	39,79	22,92	49,74	59,69	69,64	79,59	89,53	99,48
41	30,52	40,70	23,43	50,87	61,05	71,22	81,39	91,57	101,74
42	31,22	41,62	23,97	52,03	62,44	72,84	83,25	93,65	104,06
43	31,94	42,59	24,53	53,23	63,88	74,53	85,18	95,82	106,47
44	32,69	43,59	25,13	54,48	65,38	76,28	87,17	98,07	108,96
45	33,46	44,62	25,77	55,77	66,93	78,08	89,24	100,39	111,55
46	34,27	45,69	26,42	57,11	68,53	79,95	91,37	102,79	114,22
47	35,09	46,79	27,11	58,49	70,18	81,88	93,58	105,28	116,97
48	35,95	47,93	27,82	59,91	71,89	83,87	95,85	107,84	119,82
49	36,82	49,09	28,56	61,36	73,63	85,90	98,18	110,45	122,72
50	37,72	50,30	29,33	62,87	75,45	88,02	100,59	113,17	125,74
51	38,65	51,53	30,14	64,41	77,29	90,18	103,06	115,94	128,82
52	39,60	52,80	30,96	66,00	79,20	92,39	105,59	118,79	131,99
53	40,58	54,10	31,83	67,63	81,15	94,68	108,20	121,73	135,25
54	41,58	55,44	32,75	69,30	83,16	97,02	110,88	124,74	138,60
55	42,61	56,82	33,71	71,02	85,22	99,43	113,63	127,83	142,04
56	43,68	58,24	34,73	72,80	87,36	101,92	116,48	131,04	145,60
57	44,77	59,70	35,81	74,62	89,55	104,47	119,40	134,32	149,25
58	45,90	61,20	36,97	76,49	91,79	107,09	122,39	137,69	152,99
59	47,05	62,73	38,25	78,41	94,09	109,78	125,46	141,14	156,82
60	48,23	64,30	39,64	80,38	96,45	112,53	128,60	144,68	160,75
61	49,44	65,92	41,26	82,40	98,88	115,36	131,85	148,33	164,81
62	50,68	67,57	43,01	84,46	101,36	118,25	135,14	152,04	168,93
63	51,96	69,28	43,13	86,60	103,92	121,24	138,56	155,88	173,20
64	53,27	71,03	44,83	88,79	106,55	124,30	142,06	159,82	177,58
65	54,62	72,82	45,11	91,03	109,23	127,44	145,64	163,85	182,05
66	55,99	74,65		93,31	111,98	130,64	149,30	167,96	186,63
67	57,39	76,52		95,65	114,79	133,92	153,05	172,18	191,31

Die Beiträge der Beihilfetarife für Beamte BSR

Die Monatsbeiträge der Beihilfeversicherungen in Euro									
Eintritts- alter	BSR 15	BSR 20	BSR 20 E	BSR 25	BSR 30	BSR 35	BSR 40	BSR 45	BSR 50
0-15	5,92	7,89	7,89	9,86	11,83	13,80	15,77	17,75	19,72
16-20	6,27	8,36	8,36	10,45	12,54	14,63	16,72	18,81	20,90
21	15,80	21,06	13,62	26,33	31,59	36,86	42,12	47,39	52,65
22	16,08	21,44	13,79	26,80	32,16	37,52	42,88	48,24	53,61
23	16,38	21,85	13,99	27,31	32,77	38,23	43,69	49,15	54,61
24	16,70	22,26	14,20	27,83	33,39	38,96	44,52	50,09	55,65
25	17,02	22,69	14,43	28,36	34,03	39,71	45,38	51,05	56,72
26	17,35	23,13	14,67	28,92	34,70	40,49	46,27	52,05	57,84
27	17,69	23,59	14,92	29,49	35,38	41,28	47,18	53,08	58,97
28	18,04	24,06	15,19	30,07	36,08	42,10	48,11	54,12	60,14
29	18,39	24,52	15,45	30,65	36,78	42,91	49,04	55,18	61,31
30	18,75	25,00	15,72	31,25	37,50	43,75	50,00	56,25	62,50
31	19,11	25,48	15,99	31,85	38,22	44,59	50,96	57,33	63,70
32	19,47	25,96	16,26	32,45	38,94	45,43	51,92	58,41	64,90
33	19,84	26,45	16,52	33,06	39,68	46,29	52,90	59,51	66,13
34	20,21	26,94	16,79	33,68	40,41	47,15	53,88	60,62	67,35
35	20,59	27,45	17,05	34,31	41,18	48,04	54,90	61,77	68,63
36	20,98	27,97	17,33	34,96	41,96	48,95	55,94	62,94	69,93
37	21,38	28,51	17,63	35,64	42,77	49,89	57,02	64,15	71,28
38	21,81	29,08	17,95	36,35	43,62	50,89	58,16	65,43	72,70
39	22,26	29,67	18,29	37,09	44,51	51,93	59,35	66,77	74,18
40	22,72	30,29	18,66	37,86	45,43	53,01	60,58	68,15	75,72
41	23,20	30,93	19,05	38,67	46,40	54,13	61,86	69,60	77,33
42	23,70	31,60	19,47	39,50	47,41	55,31	63,21	71,11	79,01
43	24,23	32,30	19,92	40,38	48,46	56,53	64,61	72,69	80,76
44	24,78	33,03	20,40	41,29	49,55	57,81	66,07	74,33	82,58
45	25,34	33,79	20,91	42,24	50,69	59,14	67,58	76,03	84,48
46	25,93	34,58	21,44	43,22	51,87	60,51	69,16	77,80	86,44
47	26,54	35,38	22,01	44,23	53,08	61,92	70,77	79,61	88,46
48	27,16	36,22	22,60	45,27	54,33	63,38	72,44	81,49	90,55
49	27,80	37,07	23,20	46,34	55,61	64,88	74,14	83,41	92,68
50	28,45	37,94	23,82	47,42	56,90	66,39	75,87	85,36	94,84
51	29,11	38,82	24,45	48,53	58,23	67,94	77,64	87,35	97,05
52	29,79	39,71	25,09	49,64	59,57	69,50	79,43	89,36	99,29
53	30,47	40,63	25,74	50,79	60,94	71,10	81,26	91,42	101,57
54	31,16	41,55	26,40	51,93	62,32	72,70	83,09	93,48	103,86
55	31,86	42,48	27,06	53,10	63,72	74,34	84,96	95,58	106,20
56	32,57	43,43	27,73	54,29	65,14	76,00	86,86	97,71	108,57
57	33,30	44,40	28,42	55,50	66,59	77,69	88,79	99,89	110,99
58	34,03	45,38	29,12	56,72	68,06	79,41	90,75	102,10	113,44
59	34,78	46,38	29,86	57,97	69,56	81,16	92,75	104,35	115,94
60	35,55	47,40	30,65	59,25	71,10	82,95	94,80	106,65	118,49
61	36,34	48,46	31,13	60,57	72,69	84,80	96,92	109,03	121,15
62	37,17	49,56	32,01	61,95	74,34	86,73	99,12	111,51	123,90
63	38,04	50,71	32,18	63,39	76,07	88,75	101,43	114,11	126,78
64	38,94	51,93	33,29	64,91	77,89	90,87	103,85	116,83	129,82
65	39,89	53,19	33,47	66,49	79,78	93,08	106,38	119,68	132,97
66	40,88	54,50		68,13	81,76	95,38	109,01	122,64	136,26
67	41,89	55,85		69,82	83,78	97,74	111,71	125,67	139,63

Die Beiträge der Beihilfetarife für Beamte BZ

Die Monatsbeiträge der Beihilfeversicherungen in Euro								
Eintritts- alter	BZ 20	BZ 20 E	BZ 25	BZ 30	BZ 35	BZ 40	BZ 45	BZ 50
0-15	10,97	10,97	13,71	16,45	19,19	21,94	24,68	27,42
16-20	9,59	9,59	11,99	14,38	16,78	19,18	21,58	23,97
21	11,65	11,36	14,56	17,47	20,39	23,30	26,21	29,12
22	11,86	11,56	14,83	17,79	20,76	23,72	26,69	29,65
23	12,06	11,76	15,08	18,10	21,11	24,13	27,15	30,16
24	12,27	11,96	15,34	18,40	21,47	24,54	27,60	30,67
25	12,47	12,16	15,59	18,71	21,83	24,94	28,06	31,18
26	12,68	12,36	15,85	19,01	22,18	25,35	28,52	31,69
27	12,87	12,56	16,09	19,31	22,52	25,74	28,96	32,18
28	13,07	12,75	16,33	19,60	22,86	26,13	29,40	32,66
29	13,25	12,94	16,56	19,88	23,19	26,50	29,81	33,13
30	13,44	13,13	16,80	20,16	23,51	26,87	30,23	33,59
31	13,61	13,31	17,02	20,42	23,82	27,23	30,63	34,04
32	13,79	13,49	17,24	20,69	24,14	27,58	31,03	34,48
33	13,97	13,68	17,46	20,96	24,45	27,94	31,43	34,93
34	14,14	13,86	17,67	21,21	24,74	28,28	31,81	35,35
35	14,30	14,03	17,87	21,45	25,02	28,60	32,17	35,75
36	14,47	14,21	18,09	21,70	25,32	28,94	32,56	36,17
37	14,63	14,39	18,29	21,94	25,60	29,26	32,92	36,57
38	14,78	14,55	18,48	22,17	25,87	29,56	33,26	36,95
39	14,94	14,73	18,68	22,41	26,15	29,88	33,62	37,36
40	15,09	14,90	18,87	22,64	26,41	30,19	33,96	37,74
41	15,25	15,08	19,06	22,87	26,68	30,49	34,30	38,12
42	15,40	15,25	19,25	23,10	26,95	30,80	34,65	38,50
43	15,56	15,43	19,45	23,34	27,23	31,12	35,01	38,90
44	15,71	15,62	19,64	23,57	27,50	31,43	35,36	39,28
45	15,87	15,82	19,83	23,80	27,77	31,73	35,70	39,67
46	16,02	16,01	20,03	24,03	28,04	32,04	36,05	40,05
47	16,17	16,20	20,22	24,26	28,30	32,35	36,39	40,43
48	16,33	16,41	20,41	24,49	28,57	32,65	36,74	40,82
49	16,47	16,61	20,59	24,71	28,82	32,94	37,06	41,18
50	16,62	16,82	20,78	24,94	29,09	33,25	37,41	41,56
51	16,76	17,03	20,95	25,14	29,33	33,52	37,71	41,90
52	16,90	17,24	21,12	25,34	29,57	33,79	38,01	42,24
53	17,03	17,46	21,29	25,55	29,80	34,06	38,32	42,58
54	17,16	17,67	21,45	25,74	30,03	34,31	38,60	42,89
55	17,28	17,78	21,61	25,93	30,25	34,57	38,89	43,21
56	17,32	17,85	21,64	25,97	30,30	34,63	38,96	43,29
57	17,36	17,98	21,70	26,04	30,38	34,72	39,06	43,40
58	17,42	18,07	21,77	26,13	30,48	34,84	39,19	43,54
59	17,47	18,15	21,83	26,20	30,57	34,93	39,30	43,67
60	17,54	18,31	21,93	26,31	30,70	35,08	39,47	43,85
61	17,61	18,46	22,01	26,41	30,81	35,21	39,61	44,02
62	17,65	18,60	22,07	26,48	30,89	35,31	39,72	44,13
63	17,70	18,73	22,12	26,55	30,97	35,40	39,82	44,25
64	17,73	18,84	22,16	26,59	31,02	35,46	39,89	44,32
65	17,74	18,93	22,17	26,61	31,04	35,47	39,91	44,34
66	17,75		22,18	26,62	31,06	35,49	39,93	44,37
67	17,76		22,19	26,63	31,07	35,51	39,95	44,39

4.8.2 Die Ergänzungsversicherung für Beihilfeberechtigte

Tarif BE

Den genauen Leistungsumfang entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

AVB-Druckstücknummer 205458

Die Produktmerkmale auf einen Blick

- Ergänzungsversicherung für Beihilfeberechtigte mit den Tarifen BA, BS, BSR, BZ
- Ergänzung von Tarif BSR nur in Kombination mit MediClinic Premium möglich.

Ambulant		
Sehhilfen	100 %	unter Anrechnung der Beihilfeleistungen und der Leistungen der Grundversicherung für Brillenfassungen bis zu 110 Euro Rechnungsbetrag.
Krankentransporte	100 %	unter Anrechnung der Beihilfeleistungen und der Leistungen der Grundversicherung für Krankentransporte bis zu einer Entfernung von 100 km.
Stationär		
Unterbringung	100 %	unter Anrechnung der Beihilfeleistungen und der Leistungen der Grundversicherung für gesondert berechnete Unterbringung und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer.
Zahn		
Materialien und Laborarbeiten	100 %	für Material- und Laborkosten unter Anrechnung der Beihilfeleistungen und der Leistungen der Grundversicherung. Bei der Bemessung der Leistungen wird eine Beihilfefähigkeit von 60 % zugrunde gelegt. Es gelten Höchstsätze (Erstattungsbeträge) von insgesamt: 1.025 Euro in den ersten beiden Versicherungsjahren, 2.050 Euro in den ersten drei Versicherungsjahren, 4.100 Euro ab dem vierten Versicherungsjahr. Bei Unfall gilt auch in den ersten drei Versicherungsjahren der Höchstsatz ab dem vierten Versicherungsjahr.
Ausland		
Rücktransport	100 %	für einen medizinisch notwendigen Krankenrücktransport.
Überführung	100 %	für eine Überführung nach dem Tod aus dem Ausland zurück an den ständigen Wohnsitz.
Beisetzung	100 %	für eine Beisetzung im Ausland bei Tod während des Auslandsaufenthaltes bis zur Höhe, die bei einer Überführung zu erbringen gewesen wäre.
Geltungsbereich		
Geltungsbereich		Europageltung, im außereuropäischen Ausland bis zu 6 Monate.
Sinnvolle Tarifergänzungen		
BE		Beihilfeversicherungstarife BA, BS, BSR, BZ, BWA, BWS/BWSR, BWZ. Achtung: Tarif BE kann nur mit Tarif MediClinic Premium zu Tarif BSR bzw. BWSR hinzugenommen werden.
Besonderheiten		
		Die Selbstbeteiligungen nach den Beihilfevorschriften werden nicht erstattet.

Die Beiträge der Ergänzungsversicherung für Beihilfeberechtigte Tarif BE

Die Monatsbeiträge der Beihilfeversicherungen in Euro			
Eintrittsalter	BE	Eintrittsalter	BE
0-15	3,39	44	8,05
16-20	4,05	45	8,18
21	5,12	46	8,31
22	5,28	47	8,45
23	5,43	48	8,59
24	5,57	49	8,72
25	5,71	50	8,86
26	5,85	51	8,99
27	5,98	52	9,12
28	6,11	53	9,26
29	6,23	54	9,39
30	6,35	55	9,52
31	6,47	56	9,64
32	6,59	57	9,77
33	6,70	58	9,89
34	6,82	59	10,01
35	6,93	60	10,13
36	7,05	61	10,23
37	7,17	62	10,35
38	7,29	63	10,45
39	7,41	64	10,54
40	7,53	65	10,64
41	7,66	66	10,74
42	7,79	67	10,83
43	7,92		

4.8.3 Die Lösung für Beamtenanwärter

Tarife BWA, BWS, BWSR und BWZ

Den genauen Leistungsumfang entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

AVB-Druckstücknummer 206907

Die Produktmerkmale auf einen Blick

- Individuell auf die Bedürfnisse von Beamtenanwärtern abgestimmt
- Erstattungssätze zwischen 15 % und 50 %
- Ohne Alterungsrückstellung kalkulierte Beiträge

Ambulant

Die Leistungen entnehmen Sie bitte der Produktbeschreibung des Tarifs BA.

Stationär

Die Leistungen entnehmen Sie bitte der Produktbeschreibung des Tarifs BS und BSR.

Zahn

Die Leistungen entnehmen Sie bitte der Produktbeschreibung des Tarifs BZ.

Ausland

Die Leistungen entnehmen Sie bitte der Produktbeschreibung der Lösung für Beamte.

Tarifstufen / Selbstbeteiligung

Tarifstufen	Erstattungssätze:	
	BWA 50, BWS 50, BWSR 50, BWZ 50	50 %
	BWA 45, BWS 45, BWSR 45, BWZ 45	45 %
	BWA 40, BWS 40, BWSR 40, BWZ 40	40 %
	BWA 35, BWS 35, BWSR 35, BWZ 35	35 %
	BWA 30, BWS 30, BWSR 30, BWZ 30	30 %
	BWA 25, BWS 25, BWSR 25, BWZ 25	25 %
	BWA 20, BWS 20, BWSR 20, BWZ 20	20 %
	BWSR 15	15 %

Annahmerichtlinien

Versicherungsfähig	Personen, die in der Ausbildung zu einem Beamten-Beruf (Anwärter oder Referendare) stehen und weder Dienstbezüge nach einer Besoldungsordnung noch eine Vergütung nach einem Tarifvertrag erhalten. Unterhaltsberechtigte Familienangehörige können mitversichert werden, sofern sie kein Einkommen haben und weder selbst beihilfeberechtigt sind noch Anspruch auf Leistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung haben. Kinder bis 15 Jahre werden nach den Tarifen BA, BS, BZ versichert.
--------------------	--

Sinnvolle Tarifergänzungen

BWA, BWS, BWSR, BWZ	Krankenhaustagegeld K, Pflegeergänzung MediPG 1-4 und MediPG EZ, MediSafe, MediPrävent Basis/Premium, MediR, BE.
BWSR	Stationäre Ergänzungsversicherung MediClinic Premium / Plus und Basis

Die Beiträge der Beihilfetarife für Beamtenanwärter BWA, BWS, BWSR, BWZ

Die Monatsbeiträge der Beamtenanwärterversicherungen in Euro							
Eintrittsalter	BWA 20	BWA 25	BWA 30	BWA 35	BWA 40	BWA 45	BWA 50
16-20	13,65	17,07	20,48	23,89	27,31	30,72	34,13
21-25	16,00	20,00	24,00	28,01	32,01	36,01	40,01
26-30	18,81	23,51	28,22	32,92	37,62	42,32	47,03
31-33	22,54	28,17	33,80	39,44	45,07	50,71	56,34

Die Monatsbeiträge der Beamtenanwärterversicherungen in Euro							
Eintrittsalter	BWS 20	BWS 25	BWS 30	BWS 35	BWS 40	BWS 45	BWS 50
16-20	5,18	6,47	7,76	9,06	10,35	11,65	12,94
21-25	6,17	7,71	9,25	10,79	12,33	13,88	15,42
26-30	6,27	7,84	9,41	10,97	12,54	14,11	15,68
31-33	7,51	9,38	11,26	13,14	15,01	16,89	18,76

Die Monatsbeiträge der Beamtenanwärterversicherungen in Euro								
Eintrittsalter	BWSR 15	BWSR 20	BWSR 25	BWSR 30	BWSR 35	BWSR 40	BWSR 45	BWSR 50
16-20	3,29	4,39	5,49	6,58	7,68	8,78	9,88	10,97
21-25	3,44	4,58	5,73	6,87	8,02	9,16	10,31	11,45
26-30	3,52	4,69	5,87	7,04	8,22	9,39	10,56	11,74
31-33	4,48	5,98	7,47	8,96	10,46	11,95	13,45	14,94

Die Monatsbeiträge der Beamtenanwärterversicherungen in Euro							
Eintrittsalter	BWZ 20	BWZ 25	BWZ 30	BWZ 35	BWZ 40	BWZ 45	BWZ 50
16-20	5,52	6,90	8,28	9,66	11,05	12,43	13,81
21-25	3,52	4,40	5,28	6,16	7,04	7,92	8,80
26-30	4,04	5,04	6,05	7,06	8,07	9,08	10,09
31-33	4,79	5,99	7,19	8,39	9,59	10,79	11,99

4.8.4 Die private Pflegepflichtversicherung für Beihilfeberechtigte

Tarif PVB

Den genauen Leistungsumfang entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen MB / PPV 2019.

AVB-Druckstücknummer 206755

Die Produktmerkmale auf einen Blick

- Pflichtversicherung für privat vollversicherte Beamte und Heilfürsorgeberechtigte sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige. Leistungen analog Tarif PVN – siehe Seite 48.

Häusliche Pflege		
Häusliche Pflegehilfe		Leistungen analog Tarif PVN, allerdings wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.
Pflegegeld		
Pflegegeld		Leistungen analog Tarif PVN, allerdings wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.
Beratung		Leistungen analog Tarif PVN, allerdings wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.
Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson		
Verhinderung einer Pflegeperson		Leistungen analog Tarif PVN, allerdings wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.
Pflegehilfsmittel und technische Hilfen		
Pflegehilfsmittel und technische Hilfen		Leistungen analog Tarif PVN, allerdings wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.
Teilstationäre Pflege		
Teilstationäre Pflege		Leistungen analog Tarif PVN, allerdings wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.
Kurzzeitpflege		
Kurzzeitpflege		Leistungen analog Tarif PVN, allerdings wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.
Vollstationäre Pflege		
Vollstationäre Pflege		Leistungen analog Tarif PVN, allerdings wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.
Besonderheiten		
Beiträge Einzelpersonen		Unter denselben Voraussetzungen wie für Tarif PVN beträgt die Beitragsbegrenzung für Personen, die Anspruch auf Beihilfe haben, maximal 50 % des Höchstbeitrages der sozialen Pflegepflichtversicherung.
Beiträge Ehegatten		Unter denselben Voraussetzungen wie für Tarif PVN beträgt die Beitragsbegrenzung für Personen, die Anspruch auf Beihilfe haben, maximal 75 % des Höchstbeitrages der sozialen Pflegepflichtversicherung.
Beiträge Kinder		<ul style="list-style-type: none"> • Nicht erwerbstätige Kinder einer versicherten Person sind unter den Voraussetzungen des § 8 Abs. 2 und 3 MB/PPV 2019 beitragsfrei. • Für bisher beitragsfrei versicherte Kinder ist das bei Beendigung der Beitragsfreiheit gegebene Alter maßgebend.
Annahmerichtlinien		
Eintrittsalter		Anders als in unseren übrigen Krankenversicherungstarifen errechnet sich das Eintrittsalter aus dem Unterschied zwischen Geburtsjahr und Jahr des Versicherungsbeginns.
Versicherungsfähig		Versicherungsfähig sind Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben.

Die Beiträge der private Pflegepflichtversicherung für Beihilfeberechtigte Tarif PVB

Die Monatsbeiträge der Beihilfeversicherungen in Euro			
Eintrittsalter	PVB	Eintrittsalter	PVB
0-19	16,03	44	24,95
20	16,03	45	25,54
21	16,70	46	26,17
22	16,93	47	26,83
23	17,17	48	27,52
24	17,41	49	28,25
25	17,67	50	29,02
26	17,93	51	29,83
27	18,20	52	30,69
28	18,48	53	31,59
29	18,77	54	32,55
30	19,07	55	33,56
31	19,38	56	34,63
32	19,70	57	35,77
33	20,04	58	36,98
34	20,39	59	38,27
35	20,76	60	39,65
36	21,14	61	41,11
37	21,55	62	42,68
38	21,97	63	44,36
39	22,41	64	46,16
40	22,87	65	48,09
41	23,35	66	50,18
42	23,86	67	52,43
43	24,39	68	54,87

4.9 Die Anwartschaftsversicherungen (AwV)

Durch die Anwartschaftsversicherung (AwV) entsteht ein Anspruch auf Wiederaufleben des unterbrochenen oder Inkrafttreten des gewählten Versicherungsschutzes der Grundversicherung (Umwandlung), sobald bei einer unbefristeten AwV die Voraussetzungen weggefallen sind oder bei einer befristeten AwV die vereinbarte Dauer abgelaufen ist.

Die Anwartschaftsversicherung ist eine spezielle Vertragsform, die bewirkt, dass der Gesundheitszustand und ggf. das Eintrittsalter gesichert werden. Dies kann gleich zu Beginn der Versicherung, aber auch aus bestimmten Gründen während der Vertragslaufzeit sinnvoll sein. Für die Dauer der AwV besteht kein Versicherungsschutz.

Es wird unterschieden zwischen einer kleinen und einer großen AwV. Die Dauer einer AwV kann befristet oder unbefristet sein.

Eine AwV für Tarife, die dem substitutiven Grundschutz zugerechnet werden, ist nur dann zulässig, wenn die Pflicht zur Versicherung erfüllt ist. Das heißt: der Kunde muss entweder nachweisen, dass er für die Dauer der AwV anderweitig versichert ist oder nicht mehr der Pflicht zur Versicherung in Deutschland unterliegt.

Formen der AwV

4.9.1 Kleine AwV – Die Lösung bei Vertragsabschluss

Die kleine AwV kann nur bei Beginn eines Versicherungsvertrages abgeschlossen werden und unterbricht somit keinen bei der GKR bestehenden Vollversicherungsschutz.

Durch den Abschluss einer kleinen AwV wird zudem kein anderweitig bestehender Versicherungsschutz ersetzt. Es besteht ein Anspruch auf Inkraftsetzung des gewählten Versicherungsschutzes bei Fortfall des AwV-Grundes.

Die kleine AwV kann nur bei folgenden bedingungsgemäßen Gründen abgeschlossen werden:

- Gesetzliche Krankenversicherungspflicht
- Anspruch auf Familienversicherung
- Anspruch auf Heilfürsorge

Bei fristgerechter Umstellung in die Grundversicherung erfolgt keine Gesundheitsprüfung.

Für die Beitragsberechnung wird bei der Umstellung in die Grundversicherung das im Zeitpunkt der Umstellung erreichte Alter zugrunde gelegt.

Eine kleine AwV ist nur bei folgenden Tarifen der Neugeschäftsausrichtung möglich:

BA%, BE, BS%, BZ%, BSR%, K, TG, MTG 6

Nach Beendigung der kleinen AwV ist der dann gültige Tarifbeitrag nach dem dann erreichten Alter zu entrichten.

AVB-Druckstücknummer 205553

4.9.2 Große AwV – Die Lösung während der Vertragslaufzeit

Die große AwV kann zu Beginn eines Tarifes, aber auch während der Vertragslaufzeit vereinbart werden; in Abhängigkeit von dem heranzuziehenden AwV-Grund ist sie befristet oder unbefristet möglich. Sie sichert den aktuellen Gesundheitszustand und das Eintrittsalter zum Zeitpunkt der Umstellung. Bei einer fristgerechten Umstellung in die Grundversicherung erfolgt keine Gesundheitsprüfung und kein Alterssprung.

Die aktuellen Beitragssätze sind individuell und abhängig von der zurückgelegten Versicherungsdauer.

Die AwV-Sätze entnehmen Sie bitte der nachfolgenden Tabelle.

Der Beitrag für Kinder und Jugendliche beträgt einheitlich 6 %.

AVB-Druckstücknummer 205442

4.9.3 Voraussetzungen für den Abschluss einer großen AwV

Für die Vereinbarung einer AwV müssen bestimmte bedingungsgemäße Gründe vorliegen.

Die unbefristete Anwartschaftsversicherung ist möglich für die Dauer

- einer gesetzlichen Krankenversicherungspflicht
- eines Anspruchs auf Familienversicherung
- eines Anspruchs auf Heilfürsorge
- eines im Tarif- oder Arbeitsvertrag geregelten Anspruchs auf Beihilfeleistungen im Krankheitsfall
- einer Arbeitslosigkeit
- eines Wegfalls einer bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit
- einer Berufsunfähigkeit im Sinne der AVB

Der Abschluss einer befristeten AwV ist möglich für die Dauer

- einer vorübergehenden Entsendung eines Arbeitnehmers in das Ausland
- eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes
- eines vorübergehend noch anderweitig bestehenden vergleichbaren Versicherungsschutzes
- einer wirtschaftlichen Notlage

Beitragssätze für die AwV

Tarif	Erwachsene Versicherungsdauer *				
	< 4 Jahre	5–9 Jahre 25 % 15 %	10–14 Jahre	15–19 Jahre	> 20 Jahre
BA %	35 %	25 %	15 %	6 %	6 %
BA 20E	20 %	10 %	6 %	6 %	6 %
BE	30 %	20 %	10 %	6 %	6 %
BS %	55 %	40 %	25 %	10 %	6 %
BS 20E	30 %	15 %	6 %	6 %	6 %
BSR %	55 %	40 %	20 %	10 %	6 %
BSR 20E	25 %	10 %	6 %	6 %	6 %
BZ %	15 %	10 %	6 %	6 %	6 %
BZ 20E	15 %	6 %	6 %	6 %	6 %
K	55 %	40 %	20 %	10 %	6 %
MAX 1	55 %	40 %	20 %	10 %	6 %
MAX 2	55 %	40 %	20 %	6 %	6 %
MediAmbulant	20 %	20 %	15 %	6 %	6 %
MediClinic Premium	60 %	45 %	25 %	15 %	6 %
MediClinic Plus	55 %	40 %	25 %	10 %	6 %
MediComfort	35 %	25 %	15 %	6 %	6 %
MediDent	30 %	20 %	6 %	6 %	6 %
MediMPlus	30 %	25 %	15 %	10 %	6 %
MediNatura P	30 %	20 %	10 %	6 %	6 %
MediStart 1	50 %	35 %	20 %	10 %	6 %
MediVita 250	40 %	30 %	15 %	6 %	6 %
MediVita 500	45 %	30 %	15 %	6 %	6 %
MediVita Z	15 %	10 %	6 %	6 %	6 %
MTG 6	35 %	15 %	6 %	6 %	6 %
PSKV	5 Euro	5 Euro	5 Euro	5 Euro	5 Euro
TG1	15 %	10 %	6 %	6 %	6 %
TG2-3	25 %	15 %	6 %	6 %	6 %
TG4 – 52	25 %	10 %	6 %	6 %	6 %

* Als Versicherungsdauer gilt die beim Versicherer ab Vollendung des 21. Lebensjahres zurückgelegte Versicherungszeit. Sie errechnet sich als Differenz zwischen dem laufenden Kalenderjahr und dem Kalenderjahr des Versicherungsbeginns bzw. dem Kalenderjahr der Vollendung des 21. Lebensjahres.

5. Die betriebliche Krankenversicherung (bKV)

5.1 Allgemeines zur bKV

Gesunde Vorteile, die sich auszahlen

Mit dem demografischen Wandel entstehen neue Herausforderungen für Unternehmen:

- Das Durchschnittsalter in den Betrieben steigt.
- Die Verfügbarkeit von qualifizierten Fachkräften nimmt ab.
- Unternehmer müssen reagieren, um im Kampf um die besten Kräfte nicht ins Abseits zu geraten.

Für Unternehmen gibt es zahlreiche Möglichkeiten, sich attraktiver zu positionieren und gleichzeitig ihren Mitarbeitern einige Sorgen zu nehmen. Neben flexiblen Arbeitszeitlösungen, Sonderzahlungen und sonstigen Gratifikationen ist nicht zuletzt die betriebliche Krankenversicherung (bKV) eine optimale Lösung, um gute Mitarbeiter zu binden und neue Fachkräfte zu locken. Denn eine bKV bietet zahlreiche Vorteile für den Arbeitgeber und die Arbeitnehmer.

Die Vorteile der betrieblichen Krankenversicherung	
Für den Arbeitnehmer	Für den Arbeitgeber
<ul style="list-style-type: none"> • Keine oder vereinfachte Gesundheitsprüfung • Leistungen gelten sofort ab Versicherungsbeginn (Verzicht auf die sonst üblichen Wartezeiten) • Erlebbarer Mehrwert rund um das Thema Gesundheit • Ausgleich der Lücken in der Grundversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung • Keine Beitragszahlung (bei Arbeitgeberfinanzierung) oder günstige Gruppenkonditionen 	<ul style="list-style-type: none"> • Gesunde Mitarbeiter sowie Senkung der Krankheitskosten und der Krankheitsfälle • Imagesteigerung als Arbeitgeber, der Wert auf die Mitarbeitergesundheit legt • Verbesserung der Leistung und Produktivität • Steigerung der Attraktivität des Unternehmens als Arbeitgeber • Bindung von Fach- und Top-Kräften • Flexible Absicherung der Gesundheitsbausteine

Die bKV steigert die Attraktivität Ihres Unternehmens

64%

der Berufseinsteiger haben Interesse an einer Krankenzusatzversicherung

44%

der Befragten sind der Meinung, dass das Angebot von Gesundheitsmaßnahmen die Fehlzeiten von Mitarbeitern stark bzw. sehr stark reduzieren würde.



bKV unter Top 3 Leistungen

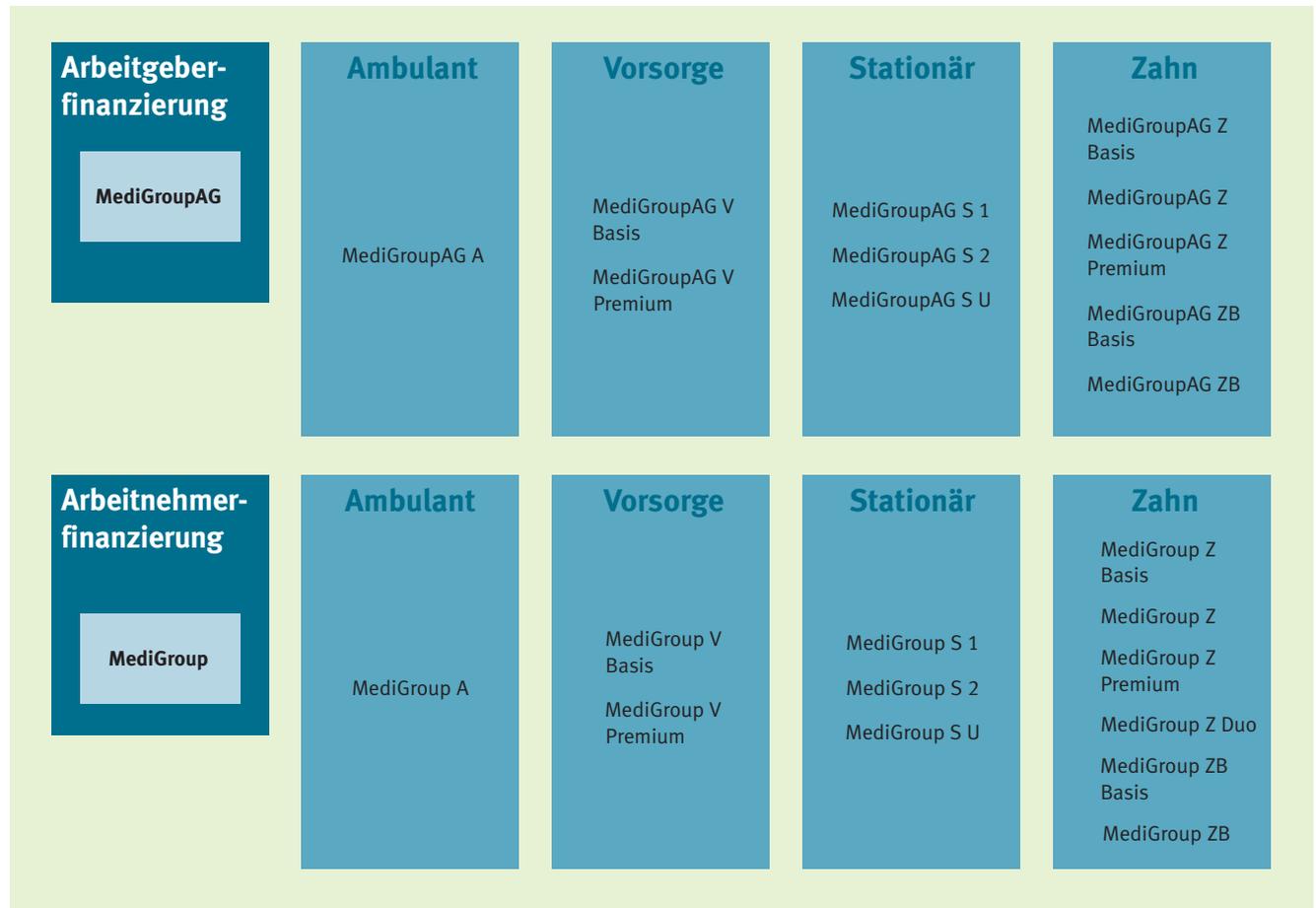
Die bKV gehört mit 64 % zu den Top-3-Leistungen, die bei Mitarbeitern die Loyalität zu ihrem Arbeitgeber erhöhen.

Herkömmliche Anreize wie Dienstwagen oder Mobiltelefone liegen weiter zurück.

5.2 Alles unter einem Dach – die Tarifwelt MediGroup

Die Gothaer bietet die bKV sowohl als Arbeitgeber- wie auch als Arbeitnehmerfinanzierung an. So kann der Arbeitgeber entscheiden, ob er einen oder mehrere Tarife finanzieren möchte oder ob er seinen Mitarbeitern rein die arbeitnehmerfinanzierte Absicherungsmöglichkeit zur Verfügung stellt.

Die MediGroup-Produktpalette im Überblick



Zusätzlich können sowohl im Rahmen der Arbeitgeber- als auch Arbeitnehmerfinanzierung weitere Tarife, z. B. MediGroup PG oder TG jeweils mit altersabhängigen Beiträgen sowie MediR, abgeschlossen werden.

Ansprechpartner

Alle **Informationen zur bKV** finden Sie online unter www.medigroup.gothaer.de/download oder wenden Sie sich an GvU:

Telefon	0221- 308 22591
Telefax	0221- 308 22500
E-Mail	gvu@gothaer.de

Wenn Sie eine **Beratung zum Kollektivgeschäft vor Ort** wünschen, sprechen Sie bitte Ihren regional zuständigen Risikomanager Vorsorge an. Oder wenden Sie sich an:

Region Nord / Ost	Oliver Dörner	(01 60) 972 852 71
Region West / Süd	Rainer Ebenkamp	(01 51) 142 573 24

Wenn Sie Informationen rund um das Thema **Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)** wünschen, wenden Sie sich bitte an den Bereich MediExpert:

Telefon	0221- 308 22773
Telefax	0221- 308 22000
E-Mail	kontakt@mediexpert.de
AOnet/ Maklerportal	Produkte/Kranken- versicherung/Betriebliches Gesundheitsmanagement

Die Rahmenbedingungen

	MediGroupAG	MediGroup
Art der Versicherung	nach Art der Schadenversicherung	nach Art der Schadenversicherung (Ausnahme MediGroup PG mit Alterungsrückstellung)
Höchstaufnahmearter	16 – 69 Jahre	keine Begrenzung
Versicherungsfähigkeit GKV/PKV	<ul style="list-style-type: none"> • GKV- und PKV-Versicherte: <ul style="list-style-type: none"> • MediGroupAG V Basis • MediGroupAG V Premium • MediGroupAG S 1 • MediGroupAG S 2 • MediGroupAG S U • GKV-Versicherte: <ul style="list-style-type: none"> • MediGroupAG A • MediGroupAG Z Basis • MediGroupAG Z • MediGroupAG Z Premium • MediGroupAG ZB Basis • MediGroupAG ZB 	<ul style="list-style-type: none"> • GKV- und PKV-Versicherte: <ul style="list-style-type: none"> • MediGroup V Basis • MediGroup V Premium • MediGroup S 1 • MediGroup S 2 • MediGroup S U • MediGroup PG • GKV-Versicherte: <ul style="list-style-type: none"> • MediGroup A • MediGroup Z Basis • MediGroup Z • MediGroup Z Premium • MediGroup Z Duo • MediGroup ZB Basis • MediGroup ZB
Verzicht Wartezeiten	✓	✓
Uniage-Beitrag	✓	nein, Altersklassen
Mindestanzahl versicherter Mitarbeiter	20 versicherte Mitarbeiter* je Tarif und eine Beteiligungsquote von mindestens 90 % *KMU: 5 Mitarbeiter je Tarif bei MediGroupAG V (Basis/Premium), MediGroupAG S U, MediGroupAG Z (Basis/Premium), MediGroupAG ZB (Basis)	20 versicherte Mitarbeiter je Kollektiv KMU: 5 versicherte Mitarbeiter je Tarif
Kontrahierungszwang für Mitarbeiter	✓	✓ (Ausnahme KMU und Pflege)
Verzicht Gesundheitsprüfung Mitarbeiter	✓	✓ bei 50 versicherten Mitarbeitern je Tarif; die VP muss bestätigen, dass sie nicht mehr als 20 Arbeitsunfähigkeitstage in den letzten 12 Monaten aufweist
Listenanmeldung (Mitarbeiter)	✓	Bei Verzicht auf Gesundheitsprüfung: Anmeldung über spezielle Meldeformulare; sonst MediGroup-Antrag mit vereinfachter Gesundheitsprüfung

	MediGroupAG	MediGroup
Mitversicherung/ Kontrahierungszwang von Familienangehörigen	<p style="text-align: center;">✓</p> <p>(KMU kein Kontrahierungszwang)</p> <p>Familienangehörige/Lebenspartner sind gegen eigenen Beitrag im Medi-Group-Pendant versicherbar</p> <p>Versicherbarkeit aller Berufe (im Einzelgeschäft nicht versicherbare Berufe gegen Beitragszuschlag i. H. v. 25 %)</p>	<p style="text-align: center;">✓</p> <p>(KMU und Pflege kein Kontrahierungszwang)</p> <p>Versicherbarkeit aller Berufe (im Einzelgeschäft nicht versicherbare Berufe gegen Beitragszuschlag i. H. v. 25 %)</p>
Verzicht Gesundheitsprüfung bei Familienangehörigen	<p style="text-align: center;">✓</p> <p><u>Keine Gesundheitsprüfung bei Versicherung im folgenden MediGroup-Pendant</u></p> <p>MediGroup V Basis MediGroup V Premium MediGroup S U MediGroup Z Basis* MediGroup Z* MediGroup Z Premium* MediGroup Z Duo* MediGroup ZB Basis MediGroup ZB</p> <p>* Leistungsausschluss für zwei oder mehr fehlende, noch nicht ersetzte Zähne und laufende Behandlungen.</p> <p><u>Verzicht auf Gesundheitsprüfung (Ausschlussdiagnosen und Berufeliste beachten) bei Versicherung im folgenden MediGroup-Pendant möglich</u></p> <p>MediGroup A MediGroup S 1 MediGroup S 2</p>	<p style="text-align: center;">✓</p> <p><u>Keine Gesundheitsprüfung bei</u></p> <p>MediGroup V Basis MediGroup V Premium MediGroup S U MediGroup Z Basis* MediGroup Z* MediGroup Z Premium* MediGroup Z Duo* MediGroup ZB Basis MediGroup ZB</p> <p>* Leistungsausschluss für zwei oder mehr fehlende, noch nicht ersetzte Zähne und laufende Behandlungen.</p> <p><u>Vereinfachte Gesundheitsprüfung bei</u></p> <p>MediGroup A MediGroup S 1 MediGroup S 2 MediGroup PG</p>
Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht durch den Versicherer	✓	✓
Weiterversicherungsmöglichkeit bei Ausscheiden des Mitarbeiters aus dem Unternehmen/Kollektiv	✓	✓
Weiterversicherungsmöglichkeit bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages	✓	✓
Abschluss- und Bestandsvergütung	Volle Produktionswertung	Volle Produktionswertung

5.3 Die Tarife und Beiträge der betrieblichen Krankenversicherung (bKV-Tarife)

5.3.1 Die ambulante Zusatzversicherung

Tarif MediGroup A / MediGroupAG A

Den genauen Leistungsumfang entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

AVB-Druckstücknummer 212330/216120

Ambulant		
Gesetzliche Zuzahlungen	100 %	der gesetzlichen Zuzahlung für <ul style="list-style-type: none"> • Arznei- und Verbandmittel, • Heilmittel, • Hilfsmittel, • von der GKV genehmigte ambulante Krankenfahrten.
Sehhilfen	100 %	für Sehhilfen (Brillen und Kontaktlinsen) bis zu einem Erstattungsbetrag von 120 Euro pro Kalenderjahr.
Heilpraktiker/ Naturheilverfahren durch Ärzte	80 %	für die Behandlung durch Heilpraktiker gemäß des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) einschließlich der verordneten Arzneimittel sowie für Naturheilverfahren durch Ärzte nach dem Hufelandverzeichnis, insgesamt bis zu einem Erstattungsbetrag von 1.000 Euro pro Kalenderjahr. Etwaige Vorleistungen der GKV werden angerechnet.
Besonderheiten		
Beitragsrückerstattung		Garantierte Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit: <ul style="list-style-type: none"> • 3 Monatsbeiträge für ein leistungsfreies Kalenderjahr, • 4 Monatsbeiträge für zwei aufeinander folgende leistungsfreie Kalenderjahre, • 5 Monatsbeiträge für drei und mehr aufeinander folgende leistungsfreie Kalenderjahre.

5.3.2 Die Basis-Vorsorgezusatzversicherung

Tarif MediGroup V Basis / MediGroupAG V Basis

Den genauen Leistungsumfang entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

AVB-Druckstücknummer 216125/216122

Vorsorge		
Vorsorge/ Schutzimpfungen	100 %	für ärztliche ambulante Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen, inklusive Reiseschutzimpfungen, insgesamt bis 200 Euro pro Kalenderjahr.
Fitnessstudio	100 %	für die Mitgliedschaft in einem Fitnessstudio bis 50 Euro pro Kalenderjahr. Die Leistung wird auf den maximalen Erstattungsbetrag von 200 Euro (siehe Punkt Vorsorge) angerechnet.

5.3.3 Die Premium-Vorsorgezusatzversicherung

Tarif MediGroup V Premium / MediGroupAG V Premium

Den genauen Leistungsumfang entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

AVB-Druckstücknummer 216124/216121

Vorsorge		
Vorsorge/ Schutzimpfungen	100 %	für ärztliche ambulante Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen, inklusive Reiseschutzimpfungen, insgesamt bis 500 Euro pro Kalenderjahr.
Arzneimittel	100 %	für ärztlich empfohlene, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel bis maximal 50 Euro pro Kalenderjahr. Die Leistung wird auf den maximalen Erstattungsbetrag von 500 Euro (siehe Punkt Vorsorge) angerechnet.
Präventionskurse/ Fitnessstudio	100 %	für die regelmäßige Teilnahme an Präventionskursen zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes (entsprechend § 20 Abs. 1 SGB V) bei Vorlage einer Teilnahmebescheinigung über mindestens 80 % der Kurseinheiten.
	100 %	für die Mitgliedschaft in einem Fitnessstudio. Die Erstattung für Präventionskurse und Fitnessstudio ist insgesamt auf 100 Euro pro Kalenderjahr begrenzt. Davon wird für die Mitgliedschaft in einem Fitnessstudio maximal 50 Euro pro Kalenderjahr erstattet. Die Leistungen werden auf den maximalen Erstattungsbetrag von 500 Euro (siehe Punkt Vorsorge) angerechnet.

5.3.4 Die stationären Zusatzversicherungen

Tarif MediGroup S 1 / MediGroupAG S 1 und MediGroup S 2 / MediGroupAG S 2

Den genauen Leistungsumfang entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

AVB-Druckstücknummer 216098/216094 und 216097/216093

Stationär		
Unterbringung	100 %	nach Vorleistung eines privaten oder gesetzlichen Versicherungsträgers für Unterkunft, Verpflegung und Behandlung im Krankenhaus als allgemeine Krankenhausleistung,
	100 %	für gesondert berechnete Unterbringung im Einbettzimmer (MediGroup S 1/ MediGroupAG S 1) bzw. Zweibettzimmer (MediGroup S 2/ MediGroupAG S 2). Bei stationärer Krankenhausbehandlung nach einem Unfall besteht auch bei MediGroup S 2/ MediGroupAG S 2 Anspruch auf Unterbringung im Einbettzimmer.
Privatärztliche Leistungen	100 %	für gesondert berechnete privatärztliche Leistungen, bei gültiger Honorarvereinbarung auch über den Rahmen der gültigen Gebührenordnungen hinaus, inklusive der vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus.
Gesetzliche Zuzahlung	100 %	des gesetzlichen Eigenanteils (Zuzahlung) bei stationärer Behandlung.
Ambulante Operationen	100 %	der Kosten für ambulante Operationen (§ 115 b Abs. 1 SGB V), soweit sie die Leistungen der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung übersteigen, inklusive der Vor- und Abschlussuntersuchung im Krankenhaus.
Krankentransport	100 %	nach Vorleistung eines privaten oder gesetzlichen Versicherungsträgers für den Transport im Krankenwagen oder im Notfallrettungsdienst, auch mit dem Hubschrauber, zur stationären Behandlung sowie für die gesetzliche Zuzahlung.
Rooming-in (nur bei MediGroup S 1 bzw. MediGroup S 2)	100 %	für Unterkunfts- und Verpflegungskosten für eine erwachsene Begleitperson bis zu vier Wochen pro Jahr, wenn diese neben dem nach Tarif MediGroup S 1/ MediGroup S 2 versicherten Kind während einer stationären Heilbehandlung stationär aufgenommen wird, sofern die stationäre Behandlung des versicherten Kindes vor Vollendung des 10. Lebensjahres begonnen hat.
Ersatzkrankenhaustagegeld		MediGroup S 1/ MediGroupAG S 1: 20 Euro für nicht gesondert berechnete ärztliche Leistungen und 20 Euro für nicht gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung. MediGroup S 2/ MediGroupAG S 2: 20 Euro für nicht gesondert berechnete ärztliche Leistungen und 20 Euro für nicht gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Zweibettzimmer. Für Kinder bis zum vollendeten 16. Lebensjahr wird jeweils die Hälfte des vorgesehenen Krankenhaustagegeldes gezahlt.

5.3.5 Die stationäre Zusatzversicherung bei Unfall

Tarif MediGroup S U / MediGroupAG S U

Den genauen Leistungsumfang entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

AVB-Druckstücknummer 216096/216092

Stationär bei Unfall		
Unterbringung	100 %	nach Vorleistung eines privaten oder gesetzlichen Versicherungsträgers für Unterkunft, Verpflegung und Behandlung im Krankenhaus als allgemeine Krankenhausleistung,
	100 %	für gesondert berechnete Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer.
Privatärztliche Leistungen	100 %	für gesondert berechnete privatärztliche Leistungen, bei gültiger Honorarvereinbarung auch über den Rahmen der gültigen Gebührenordnungen hinaus, inklusive der vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus.
Gesetzliche Zuzahlung	100 %	des gesetzlichen Eigenanteils (Zuzahlung) bei stationärer Behandlung.
Ambulante Operationen	100 %	der Kosten für ambulante Operationen (§ 115 b Abs. 1 SGB V), soweit sie die Leistungen der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung übersteigen, inklusive der Vor- und Abschlussuntersuchung im Krankenhaus.
Krankentransport	100 %	nach Vorleistung eines privaten oder gesetzlichen Versicherungsträgers für den Transport im Krankenwagen oder im Notfallrettungsdienst, auch mit dem Hubschrauber, zur stationären Behandlung sowie für die gesetzliche Zuzahlung.
Rooming-in (nur bei MediGroup S U)	100 %	für Unterkunfts- und Verpflegungskosten für eine erwachsene Begleitperson bis zu vier Wochen pro Jahr, wenn diese neben dem nach Tarif MediGroup S U versicherten Kind während einer stationären Heilbehandlung stationär aufgenommen wird, sofern die stationäre Behandlung des versicherten Kindes vor Vollendung des 10. Lebensjahres begonnen hat.
Ersatzkrankenhaustagegeld		20 Euro für nicht gesondert berechnete ärztliche Leistungen und 20 Euro für nicht gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung. Für Kinder bis zum vollendeten 16. Lebensjahr wird jeweils die Hälfte des vorgesehenen Krankenhaustagegeldes gezahlt.

5.3.6 Die Basis-Zusatzversicherung für Zahnersatz

Tarif MediGroup Z Basis / MediGroupAG Z Basis

Den genauen Leistungsumfang entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

AVB-Druckstücknummer 215872/216091

Zahn		
Zahnersatz		Leistungen für Zahnersatz, einschließlich Zahnkronen, Inlays, Implantate sowie funktionsanalytische und -therapeutische Maßnahmen. Jeweils unter Anrechnung der GKV-Vorleistung:
	100 %	im Rahmen der Regelversorgung.
	60 %	bei privatärztlicher Behandlung, sofern eine ununterbrochene zehnjährige Vorsorge nachgewiesen wird,
	55 %	sofern eine ununterbrochene fünfjährige Vorsorge nachgewiesen wird,
	50 %	sofern keine ununterbrochene fünfjährige Vorsorge nachgewiesen wird.
Höchstsätze für Zahnersatz nur bei MediGroup Z Basis; MediGroupAG Z Basis hat keine Höchstsätze in den ersten Jahren		In den ersten drei Versicherungsjahren gelten Höchstsätze (Erstattungsbeträge) für Zahnersatz von insgesamt: 300 Euro in den ersten beiden Versicherungsjahren, 600 Euro in den ersten drei Versicherungsjahren. Diese Höchstsätze entfallen bei Unfall.
Besonderheiten		
		Es werden die Kosten für vier Implantate je Kiefer erstattet. Nicht erstattungsfähig sind die Aufwendungen für augmentative Behandlungen (Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial).

5.3.7 Die Plus-Zusatzversicherung für Zahnersatz

Tarif MediGroup Z / MediGroupAG Z

Den genauen Leistungsumfang entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

AVB-Druckstücknummer 211772/216089

Zahn		
Zahnersatz		Leistungen für Zahnersatz, einschließlich Zahnkronen, Inlays, Implantate sowie funktionsanalytische und -therapeutische Maßnahmen. Jeweils unter Anrechnung der GKV-Vorleistung:
	100 %	im Rahmen der Regelversorgung.
	80 %	bei privatärztlicher Behandlung, sofern eine ununterbrochene zehnjährige Vorsorge nachgewiesen wird,
	75 %	sofern eine ununterbrochene fünfjährige Vorsorge nachgewiesen wird,
	70 %	sofern keine ununterbrochene fünfjährige Vorsorge nachgewiesen wird.
Höchstsätze für Zahnersatz nur bei MediGroup Z; MediGroupAG Z hat keine Höchstsätze in den ersten Jahren		In den ersten drei Versicherungsjahren gelten Höchstsätze (Erstattungsbeträge) für Zahnersatz von insgesamt: 750 Euro in den ersten beiden Versicherungsjahren, 1.500 Euro in den ersten drei Versicherungsjahren. Diese Höchstsätze entfallen bei Unfall.
Besonderheiten		
		Es werden die Kosten für vier Implantate je Kiefer erstattet. Nicht erstattungsfähig sind die Aufwendungen für augmentative Behandlungen (Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial).

5.3.8 Die Premium-Zusatzversicherung für Zahnersatz

Tarif MediGroup Z Premium / MediGroupAG Z Premium

Den genauen Leistungsumfang entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

AVB-Druckstücknummer 215873/216090

Zahn	
Zahnersatz	<p>Leistungen für Zahnersatz, einschließlich Zahnkronen, Inlays, Implantate, funktionsanalytische und -therapeutische Maßnahmen sowie Knochenaufbau. Jeweils unter Anrechnung der GKV-Vorleistung:</p> <p>100 % im Rahmen der Regelversorgung.</p> <p>90 % bei privat Zahnärztlicher Behandlung, sofern eine ununterbrochene fünfjährige Vorsorge nachgewiesen wird,</p> <p>85 % sofern keine ununterbrochene fünfjährige Vorsorge nachgewiesen wird.</p>
Höchstsätze für Zahnersatz nur bei MediGroup Z Premium; MediGroupAG Z Premium hat keine Höchstsätze in den ersten Jahren	<p>In den ersten vier Versicherungsjahren gelten Höchstsätze (Erstattungsbeträge) für Zahnersatz von insgesamt:</p> <p>750 Euro in den ersten beiden Versicherungsjahren, 1.500 Euro in den ersten drei Versicherungsjahren, 2.250 Euro in den ersten vier Versicherungsjahren.</p> <p>Diese Höchstsätze entfallen bei Unfall.</p>
Kieferorthopädie	<p>100 % für eine erstmalige medizinisch notwendige Kieferorthopädie, die vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wird.</p>
Höchstsätze für KFO gelten bei MediGroup Z Premium und MediGroupAG Z Premium	<p>Es gelten Höchstsätze (Erstattungsbeträge) für KFO von insgesamt:</p> <p>200 Euro in den ersten beiden Versicherungsjahren, 300 Euro in den ersten drei Versicherungsjahren, 300 Euro pro Jahr ab dem vierten Versicherungsjahr, sofern die GKV keine Leistungen für eine kieferorthopädische Indikation erbringt.</p> <p>100 Euro in den ersten beiden Versicherungsjahren, 150 Euro in den ersten drei Versicherungsjahren, 150 Euro pro Jahr ab dem vierten Versicherungsjahr, sofern die GKV Leistungen für eine kieferorthopädische Indikation erbringt.</p>
Besonderheiten	
	<p>Der Höchsterstattungssatz von 90 % bei privat Zahnärztlicher Behandlung wird bereits nach einer ununterbrochenen fünfjährigen Vorsorge erbracht.</p> <p>Keine Anzahlbegrenzung bei Implantaten.</p> <p>Augmentative Behandlungen (Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial) sind erstattungsfähig.</p> <p>Keramischer Zahnersatz und keramische Verblendungen sind bis Zahn 8 erstattungsfähig.</p>

5.3.9 Die Duo-Zusatzversicherung für Zahnersatz sowie Zahnbehandlung/Zahnprophylaxe in einem einzigen Tarif

Tarif MediGroup Z Duo

Den genauen Leistungsumfang entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

AVB-Druckstücknummer 216452

Zahn		
Zahnersatz		Leistungen für Zahnersatz, einschließlich Zahnkronen, Inlays, Implantate, funktionsanalytische und -therapeutische Maßnahmen sowie Knochenaufbau. Jeweils zusammen mit der GKV-Vorleistung: 100 % im Rahmen der Regelversorgung. 90 % bei privatärztlicher Behandlung (unabhängig von einer betriebenen Vorsorge). 70 % sofern die GKV keine Vorleistung erbringt und die Ablehnung der GKV nachgewiesen wird. 50 % sofern weder eine Vorleistung noch ein Ablehnungsvermerk der GKV nachgewiesen wird. In den ersten drei Versicherungsjahren gelten Höchstsätze (Erstattungsbeträge) für Zahnersatz von insgesamt: 1.000 Euro im ersten Versicherungsjahr, 2.000 Euro in den ersten zwei Versicherungsjahren, 3.000 Euro in den ersten drei Versicherungsjahren. Besteht bis zum Beginn von Tarif MediGroup Z Duo eine Vorversicherung bei einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen oder bei der Gothaer mit einem Erstattungssatz von 80 % oder mehr für privatärztliche Zahnersatzleistungen, gelten in den ersten zwei Versicherungsjahren Höchstsätze (Erstattungsbeträge) für Zahnersatz von insgesamt: 2.000 Euro im ersten Versicherungsjahr, 3.000 Euro in den ersten zwei Versicherungsjahren. Die Höchstsätze entfallen bei Unfall.
Zahnbehandlung	100 %	für Zahnbehandlung (Ausnahme Inlays und Kronen) zusammen mit der GKV-Vorleistung.
	70 %	sofern keine Vorleistung der GKV nachgewiesen wird.
Zahnprophylaxe	100 %	der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnprophylaxe. Professionelle Zahnreinigung bis zu 150 Euro pro Kalenderjahr.
Kieferorthopädie	100 %	für Kieferorthopädie für Erwachsene infolge eines Unfalls bis zu 2.000 Euro je Versicherungsfall.
Schmerz- und Angstlinderung	100 %	der erstattungsfähigen Aufwendungen für Narkosen (auch Vollnarkose), Akupunktur, Lachgas, Sedierung, Hypnose bis zu 250 Euro je Versicherungsjahr.

Besonderheiten	
	<p>Der Erstattungssatz von 90 % bei privatärztlicher Behandlung für Zahnersatz wird unabhängig von einer betriebenen Vorsorge erbracht.</p> <p>Keine Anzahlbegrenzung bei Implantaten.</p> <p>Augmentative Behandlungen (Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial) sind erstattungsfähig.</p> <p>Keramischer Zahnersatz und keramische Verblendungen sind bis Zahn 8 erstattungsfähig.</p> <p>Leistungen auch für Narkose, Lachgas, Akupunktur, Sedierung, Hypnose.</p>

5.3.10 Die Basis-Zusatzversicherung für Zahnbehandlung

Tarif MediGroup ZB Basis / MediGroupAG ZB Basis

Den genauen Leistungsumfang entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

AVB-Druckstücknummer 216088/216095

Zahn		
Zahnbehandlung/ Zahnprophylaxe	100 %	der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnbehandlungs- (Ausnahme Inlays und Kronen) und Zahnprophylaxemaßnahmen bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 200 Euro innerhalb von zwei Kalenderjahren.

5.3.11 Die umfassende Zusatzversicherung für Zahnbehandlung

Tarif MediGroup ZB / MediGroupAG ZB

Den genauen Leistungsumfang entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

AVB-Druckstücknummer 115726/216087

Zahn		
Zahnbehandlung	100 %	der nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnbehandlung (Ausnahme Inlays und Kronen).
	80 %	für Zahnbehandlung, wenn keine Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung nachgewiesen wird.
Zahnprophylaxe	100 %	der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnprophylaxe. Professionelle Zahnreinigung bis zu 100 Euro pro Kalenderjahr.

5.3.12 Die Pflegezusatzversicherung

Tarif MediGroup PG

Den genauen Leistungsumfang entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

AVB-Druckstücknummer 116027

Tarifstufe		Tarifleistung	Maximal
MediGroup PG 1	100 %	des versicherten Pfl egetagegeldes für die Dauer der Zuordnung in Pflegegrad 1.	50 Euro pro Tag
	100 %	des versicherten Pfl egetagegeldes als Soforthilfe nach stationärem Aufenthalt wegen Unfall, wenn häusliche Pflege medizinisch notwendig und ärztlich angeraten ist, bis maximal 28 Kalendertage pro Jahr.	
MediGroup PG 2	100 %	des versicherten Pfl egetagegeldes bei ambulanter Pflege zu Hause für die Dauer der Zuordnung in Pflegegrad 2.	130 Euro pro Tag
MediGroup PG 3	100 %	des versicherten Pfl egetagegeldes bei ambulanter Pflege zu Hause für die Dauer der Zuordnung in Pflegegrad 3.	130 Euro pro Tag
MediGroup PG 4	100 %	des versicherten Pfl egetagegeldes bei ambulanter Pflege zu Hause für die Dauer der Zuordnung in Pflegegrad 4 und 5.	130 Euro pro Tag
	100 %	des versicherten Pfl egetagegeldes bei Pflege im Heim, wenn Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 besteht.	
	100 %	des versicherten Pfl egetagegeldes bei Kurzzeitpflege im Pflegeheim, wenn die normalerweise häusliche Pflege für einen begrenzten Zeitraum nicht möglich ist, z. B. wegen Urlaub oder Krankheit der Pflegeperson.	
MediGroup PG EZ	100 %	der versicherten Einmalzahlung bei erstmaliger Feststellung einer Pflegebedürftigkeit nach den Pflegegraden 2, 3, 4 oder 5.	15.000 Euro

Um die Beiträge für MediGroup PG zu ermitteln, nutzen Sie bitte die Beitragstabelle von MediPG des Einzelgeschäfts, die Sie auf der folgenden Seite finden.

Berechnung: Multiplizieren Sie den MediPG-Beitrag mit der gewünschten Tagegeldhöhe und rabattieren diesen Wert um 3,5 % (ggf. kaufmännisch gerundet).

Beispiel - MediGroup PG 4 (Pfl egetagegeld 50 Euro) bei Eintrittsalter 30 Jahre:

Einzelversicherungsbeitrag für 1 Euro:	0,43 Euro
Beitrag für Tagegeldhöhe 50 Euro:	50 x 0,43 Euro = 21,50 Euro
3,5 % des Einzelbeitrags:	21,50 Euro x 3,5 % = 0,75 Euro
Reduzierter Gruppenbeitrag (je Monat):	21,50 Euro – 0,75 Euro = 20,75 Euro

Die Monatsbeiträge in Euro für MediPG im Einzelgeschäft

Eintrittsalter	MediPG 1*	MediPG 2*	MediPG 3*	MediPG 4*	MediPG EZ**
0-15	0,03	0,05	0,09	0,07	0,03
16-20	0,04	0,07	0,05	0,08	0,03
21	0,10	0,22	0,18	0,30	0,19
22	0,10	0,23	0,19	0,31	0,19
23	0,10	0,24	0,20	0,32	0,21
24	0,11	0,25	0,21	0,34	0,22
25	0,11	0,26	0,21	0,35	0,23
26	0,11	0,27	0,22	0,36	0,24
27	0,12	0,28	0,23	0,38	0,25
28	0,12	0,29	0,24	0,40	0,26
29	0,12	0,30	0,25	0,41	0,27
30	0,13	0,32	0,26	0,43	0,29
31	0,13	0,33	0,27	0,45	0,30
32	0,14	0,35	0,29	0,47	0,32
33	0,14	0,36	0,30	0,49	0,33
34	0,15	0,38	0,31	0,51	0,35
35	0,15	0,40	0,33	0,53	0,36
36	0,16	0,41	0,34	0,56	0,38
37	0,17	0,43	0,36	0,58	0,40
38	0,17	0,45	0,37	0,61	0,42
39	0,18	0,47	0,39	0,64	0,44
40	0,19	0,49	0,41	0,66	0,46
41	0,19	0,51	0,42	0,69	0,48
42	0,20	0,54	0,44	0,72	0,50
43	0,21	0,56	0,46	0,75	0,53
44	0,22	0,58	0,48	0,79	0,56
45	0,23	0,61	0,50	0,82	0,58
46	0,24	0,64	0,53	0,86	0,61
47	0,25	0,67	0,55	0,90	0,64
48	0,26	0,69	0,57	0,94	0,68
49	0,27	0,73	0,60	0,98	0,71
50	0,28	0,76	0,63	1,02	0,75
51	0,29	0,79	0,65	1,07	0,79
52	0,30	0,83	0,68	1,12	0,83
53	0,32	0,87	0,72	1,17	0,87
54	0,33	0,91	0,75	1,23	0,92
55	0,35	0,95	0,78	1,28	0,97
56	0,36	0,99	0,82	1,34	1,03
57	0,38	1,04	0,86	1,41	1,09
58	0,40	1,09	0,90	1,48	1,15
59	0,42	1,14	0,94	1,55	1,22
60	0,44	1,20	0,99	1,63	1,29
61	0,46	1,26	1,04	1,71	1,38
62	0,48	1,33	1,10	1,80	1,46
63	0,51	1,40	1,15	1,90	1,56
64	0,54	1,47	1,22	2,00	1,67
65	0,57	1,55	1,28	2,12	1,78
66	0,60	1,64	1,36	2,24	1,91
67	0,64	1,74	1,43	2,37	2,05

* für 1 Euro Pflegeitagegeld

** je 500 EUR Einmalzahlung

5.3.13 Die monatlichen Beiträge für die bKV-Tarife in Euro

Arbeitgeberfinanzierung								
Alter	16-69							
MediGroupAG A	15,20							
MediGroupAG V Basis	4,86							
MediGroupAG V Premium	11,67							
MediGroupAG S 1	24,24							
MediGroupAG S 2	19,85							
MediGroupAG S U	4,03							
MediGroupAG Z Basis	8,62							
MediGroupAG Z	12,77							
MediGroupAG Z Premium	19,27							
MediGroupAG ZB Basis	5,49							
MediGroupAG ZB	9,50							
Arbeitnehmerfinanzierung und Familienangehörige								
Alter	0-15	16-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-65	66-67
MediGroup A	9,79	9,16	9,50	12,39	14,61	17,00	19,71	21,84
MediGroup V Basis	6,48	6,48	6,48	6,48	6,48	6,48	6,48	6,48
MediGroup V Premium	14,27	14,27	14,27	14,27	14,27	14,27	14,27	14,27
MediGroup S 1	7,82	15,04	13,58	17,96	19,02	32,45	54,51	74,37
MediGroup S 2	6,52	13,20	10,96	14,96	16,07	25,99	43,44	59,16
MediGroup S U	1,63	3,30	2,19	3,00	3,22	5,19	8,69	11,83
MediGroup Z Basis	0,36	1,33	2,89	5,28	9,01	13,07	16,24	19,00
MediGroup Z	0,50	1,60	4,24	7,79	13,38	19,60	24,09	26,33
MediGroup Z Premium	8,24	11,45	12,54	17,37	24,12	31,84	37,63	37,63
MediGroup Z Duo	6,27	7,24	17,76	24,99	30,20	40,53	48,25	50,66
MediGroup ZB Basis	1,91	3,15	5,73	6,21	6,21	6,68	6,68	6,92
MediGroup ZB	2,86	4,77	9,07	10,03	10,03	10,50	10,50	10,50

6. Antrag einer Krankenversicherung

6.1 PKV – für wen möglich?

Wer kann sich in der PKV versichern?

- Private **Ergänzungsversicherungen** sind für jedermann sinnvoll: sowohl für freiwillig Versicherte, die nicht voll in die PKV wechseln möchten, als auch für gesetzlich Pflichtversicherte.
- Eine **Krankheitskostenvollversicherung** als substitutive Krankenversicherung können folgende Personen abschließen:
 - Arbeitnehmer in der GKV, wenn ihr Einkommen die aktuelle Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG) sowie die des Folgejahres überschreitet. 2020: 62.550 Euro JAEG (Neugeschäft).
 - Selbständige und Freiberufler unabhängig von der Höhe ihres Einkommens
 - Beihilfeberechtigte Personen (z. B. Beamte)

Ausscheiden aus der Versicherungspflicht in der GKV (Versicherungsfreiheit)

Arbeitnehmer, deren Jahresarbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt, können entscheiden, ob sie sich freiwillig bei ihrer Kasse weiterversichern oder ob sie sich privat versichern wollen.

Bei der Frage, wann das Einkommen die Pflichtgrenze überschreitet, zählen nicht nur die 12 Monatsgehälter, sondern auch die weiteren regelmäßig gewährten Bezüge, z. B. das 13. Monatsgehalt, Weihnachts- sowie Urlaubsgeld, Entgelte für vertraglich geschuldete Bereitschaftsdienste, die vermögenswirksamen Leistungen nach dem Vermögensbildungsgesetz, nicht aber die Arbeitnehmersparzulage.

Wird die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten, endet die Versicherungspflicht in der GKV mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie überschritten wird. Voraussetzung ist jedoch, dass das Entgelt die vom Beginn des nächsten Kalenderjahres an geltende Jahresarbeitsentgeltgrenze ebenfalls übersteigt. Die Versicherungsfreiheit beginnt zum 01.01. des Folgejahres.

Freiwillige Versicherung in der GKV

Voraussetzung für die Fortsetzung der Mitgliedschaft in der GKV nach dem Ende der Pflichtmitgliedschaft als Arbeitnehmer ist, dass der Versicherte in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht in der GKV wenigstens 24 Monate oder unmittelbar vorher ununterbrochen wenigstens 12 Monate in der GKV versichert war. Bei Beendigung der Versicherungspflicht in der GKV wegen Überschreitung der Versicherungspflichtgrenze wird die Mitgliedschaft in der GKV freiwillig fortgesetzt, wenn der Versicherte nicht innerhalb von zwei Wochen, nachdem ihn seine Krankenkasse auf seine Austrittsmöglichkeit hingewiesen hat, seinen Austritt erklärt. Endet die Versicherungspflicht in

	<p>der GKV aus anderen Gründen, z. B. weil jemand vom Arbeitnehmerstatus in den Selbständigenstatus wechselt, dann ist der Krankenkasse innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Mitgliedschaft mitzuteilen, wenn die Kassenmitgliedschaft freiwillig fortgesetzt werden soll.</p>
Allgemeine Pflicht zur Krankenversicherung	
	<p>Ab dem 01.01.2009 sind alle Personen mit Wohnsitz in Deutschland verpflichtet, eine Krankenversicherung abzuschließen, sofern sie nicht anderweitig zuzuordnen sind. Wer vorher privat versichert war, muss sich wieder privat versichern. Für das PKV-Unternehmen besteht Kontrahierungszwang im Basistarif.</p>
Basistarif	
	<p>Der Basistarif muss seit dem 01.01.2009 von allen PKV-Unternehmen in Deutschland, die Krankheitskostenvollversicherungen betreiben, angeboten werden.</p> <p>Die Tarifstufen BTN (Normalversicherte) und BTB (Beihilfeversicherte) bieten folgende Selbstbehalte (SB):</p> <p>ohne SB, 300 Euro SB, 600 Euro SB, 900 Euro SB und 1200 Euro SB (bei BTB in % entsprechend der Beihilfe).</p>
Kündigung durch Versicherungsnehmer	
	<p>Aufgrund der Pflicht zur Krankenversicherung kann seit dem 01.01.2009 eine bestehende Kranken(voll)versicherung nur mit Nachweis der Folgeversicherung gekündigt werden.</p> <p>Bei einem Neukunden muss die Bescheinigung der Gothaer Kranken über den abgeschlossenen substitutiven Krankenversicherungsschutz bis zum Wirksamwerden der Kündigung bei der GKV bzw. bei dem privaten Vorversicherer eingereicht werden.</p>
Mitgabe der Alterungsrückstellung (ARSt)	
	<p>Alle Tarife des Neugeschäfts ab 01.01.2009 – auch die Unisextarife – beinhalten einen Übertragungswert, durch den der Versicherte einen Teil seiner Alterungsrückstellung bei späterem Wechsel auf den neuen Versicherer übertragen lassen kann (sog. „Neue Welt“).</p> <p>Der mitnahmefähige Übertragungswert entspricht in etwa der Alterungsrückstellung, die bei gleichem Vertragsverlauf im Basistarif entstanden wäre.</p>

6.2 Unsere Antragslandschaft

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die aktuell verfügbaren Anträge der Gothaer Krankenversicherung. Auch sehen Sie dort auf einen Blick, welchen Antrag Sie für die Beantragung der einzelnen Tarife verwenden können.

Anträge	Anträge									
	204734 Universalantrag	212306 Ergänzungsantrag	215945 MediPG + P3	117116 MediZ Duo	215871 Kurzantrag MediMPlus	215899 Kurzantrag MediSafe	216456 TG6 AKS (gleichzeitiger Abschluss)	216465 TG6 AKS (nachgelagerter Abschluss)	205368 Weiterversicherung, Beginnverlegung und Änderung der Kranken- versicherung von Beamtenanwärtern	Online Antrag www.gothaer.de
Tarife										
KV - Vollversicherung										
AVL N1	X								X	
BA / BS / BZ / BE / BSR / BWA / BWS / BWSR / BWZ	X								X	
MAX	X								X	
MediComfort	X								X	
MediStart 1	X								X	
MediVita	X								X	
PSKV	X								X	
PVN / PVB	X								X	
KV – Ergänzung										
AVL N2	X								X	
MediAmbulant	X	X							X	X
MediClinic Premium/ MediClinic Plus	X	X							X	
MediClinic Basis	X	X							X	
MediClinic S Plus/ MediClinic S Premium	X	X							X	
MediDent	X	X							X	
MediZ Basis / Plus / Premium	X	X							X	
MediZ Duo	X	X		X					X	X
MediNatura P	X								X	
MediMPlus	X				X				X	
MediPrävent Basis / Premium	X	X							X	
MediProphy Basis / MediProphy	X	X							X	
MediR	X	X							X	X
MediSafe	X	X				X			X	
OPT G	X								X	
KV / PV – Tagegeld										
K (Krankenhaustagegeld)	X	X							X	
MediPG 1, 2, 3, 4, EZ*	X		X						X	
P 3*	X		X						X	
TG / MTG 6 (Krankentagegeld)	X	X							X	
TG6 AKS (gleichzeitiger Abschluss)							X			
TG6 AKS (nachgelagerter Abschluss)								X		

* verkürzte Pflegefragen befinden sich im beschreibbaren Pflegeantrag 215945 (MediPG/P3)

** Blockpolice, als Papierantrag erhältlich

6.3 Unser Universalantrag – Erläuterungen zu wichtigen Inhalten

Sie finden hier einige Erläuterungen zu den im Antrag abgefragten Angaben. Selbstverständlich müssen alle Angaben im Antrag vollständig beantwortet werden.

Personenangaben und Zahlweise

1 Bestehende Versicherungsnummer

Wenn Ihr Interessent bereits Kunde der Gothaer Krankenversicherung ist, tragen Sie hier bitte die bereits bestehende Versicherungsnummer ein.

2 VD-AGT-Nr., GKR-AGT-Nr.

Bitte geben Sie hier **immer** Ihre 6-stellige Agenturnummer an. Bei fehlender oder unvollständiger Angabe kann der Antrag nicht richtig zugeordnet werden.

3 Derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit

Bitte machen Sie hier genaue Berufsangaben und beachten Sie auch die nicht versicherbaren Berufe in unseren Annahmerichtlinien.

4 E-Mailadresse

Hier kann die E-Mailadresse des VN eingetragen werden. Diese ergänzt die Kommunikationswege – die Angabe ist jedoch freiwillig.

5 Identifikationsnummer (SteuerID) nur bei Vollversicherungen

Die SteuerID benötigen wir von allen versicherten Personen, die bei uns eine Krankheitskostenvollversicherung abschließen. Fehlt uns diese SteuerID, können wir die steuerlich abzugsfähigen Kranken- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge nicht der zuständigen Finanzbehörde mitteilen. Dies hat zur Folge, dass die Beiträge nicht in vollem Umfang berücksichtigt werden.

6 Abweichende Anschrift der VP

Wohnt die zu versichernde Person nicht im Haushalt des Versicherungsnehmers benötigen wir zusätzlich immer die Anschrift der zu versichernden Person.

7 Zahlweise

Die gewünschte Zahlweise wie auch die Teilnahme am SEPA-Verfahren ist mit ja oder nein anzukreuzen (s. auch Punkt 25)

8 Übertragungswertbescheinigung

Seit dem 01.01.2009 sind alle privaten Krankenversicherer verpflichtet, ihren Kunden auf Anfrage die Höhe ihres Übertragungswertes mitzuteilen. Dazu hat der PKV-Verband eine branchenweit einheitliche Übertragungswertbescheinigung entwickelt.

Mit dieser Bescheinigung als Anlage zum Antrag wird beim PKV-Wechsel der beschriebene Nachlass für die Krankenversicherung (und ggf. Pflegepflichtversicherung) errechnet und bei der Policierung berücksichtigt.

Berufsstatus

9 Beihilfe

Zusätzliche Angaben bei Beihilfeberechtigten sind zur korrekten Tarifauswahl erforderlich.

10 Zusätzliche Angaben bei Selbstständigkeit

Bitte geben Sie immer die Anzahl der sozialversicherungspflichtigen Angestellten an, da dies bei bestimmten Berufen entscheidend für die Versicherungsfähigkeit ist.

11 Angabe des Nettoeinkommens

Bei Beantragung einer KT-Versicherung muss hier die Höhe des durchschnittlichen monatlichen Nettoeinkommens der letzten 12 Monate vor Antragstellung angegeben werden.

Private Pflegepflichtversicherung (PPV)

12 Vorversicherung in der PPV

Sofern der Kunde eine PPV abschließen möchte, muss die Vorversicherung angegeben werden.

13 Beitragsoptimierung in der PPV

Es gibt drei Möglichkeiten, den Beitrag für die PPV zu optimieren. Hierzu bestehen verschiedene Voraussetzungen, die in diesem Abschnitt aufgeführt werden. Sofern Ihr Kunde eine dieser Voraussetzungen erfüllt, kreuzen Sie Entsprechendes bitte an und füllen das Beiblatt 111978 aus.

Vorversicherung und bestehende Ergänzungsversicherungen

14 Derzeitiger Versicherungsschutz

Für die Antragsprüfung ist dieser Abschnitt wichtig. Daher müssen diese Angaben immer und vor allem vollständig gemacht werden. Es muss immer angegeben werden, welche Krankenversicherung (privat oder gesetzlich) besteht bzw. wann und wo der Kunde zuletzt versichert war. So vermeiden Sie Verzögerungen bei der Policierung aufgrund von Rückfragen.

15 Angaben zu bestehenden Ergänzungsversicherungen

Bitte geben Sie hier bereits bestehende Ergänzungsversicherungen – auch bei einem anderen Unternehmen – an.

16 Kein bestehender Versicherungsschutz

Sollte der Kunde aktuell weder in der GKV noch PKV versichert sein, muss hier die letzte bestandene Vorversicherung angegeben werden.

17 Ablehnung / Beendigung / Umstellung in Notlagentarif

Sowohl die Ablehnung / Beendigung einer PKV durch ein VU als auch die Umstellung einer PKV in den Notlagentarif aufgrund von Beitragsrückstand ist hier zu berücksichtigen.

Tarifangaben

18 Tarifname

Bitte tragen Sie die genaue Tarifbezeichnung und den jeweiligen Beitrag ein. Bitte nutzen Sie pro Tarif nur eine Zeile. Bei einem Krankentagegeld benötigen wir die Angabe der Höhe des Krankentagegeldes.

19 Für Tarif MediVita

Eintragungen sind hier nur erforderlich, sofern die VP bereits Sehhilfenträger ist. Dann gilt: Die Kostenerstattung für Sehhilfen kann ausgeschlossen oder die Leistungen aus MediVita können gegen einen Beitragszuschlag von 5 Euro mitversichert werden. Das entsprechende Feld muss angekreuzt werden. Entscheidet sich der Kunde für die Leistungen, nehmen Sie bitte den Mehrbeitrag von 5 Euro in die Beitragsberechnung auf.

20 Tarifabgang

Sofern der Kunde bereits bestehende Tarife kündigen bzw. durch neue Tarife ablösen möchte, müssen die abgehenden Tarife hier immer eingetragen werden.

Angaben zum Gesundheitszustand

21 Gesundheitsfragen

Alle Gesundheitsfragen müssen vollständig und richtig beantwortet werden. Bitte geben Sie auch solche Krankheiten und Beschwerden an, die Sie für unwesentlich halten bzw. die Sie eventuell auch nicht als Krankheit betrachten. Auch wenn Krankheiten oder Beschwerden bereits ausgeheilt sind, keine Behandlung stattgefunden hat, nur Untersuchungen oder Tests durchgeführt oder auch nur Arzneimittel (auch nicht ärztlich verordnete) eingenommen wurden, sollte dies angegeben werden.

Bitte geben Sie auch alle weiteren Behandlungsmöglichkeiten und Kontrolluntersuchungen an. Nur so vermeiden Sie für sich und Ihren Kunden Unannehmlichkeiten im Leistungsfall.

22 Ergänzende Angaben zu den mit „ja“ beantworteten Fragen

Beantwortet der Kunde Gesundheitsfragen mit „ja“, müssen hier immer detaillierte Angaben gemacht werden. Bitte geben Sie die exakten Diagnosen (genaue Krankheitsbezeichnungen), Therapien, genaue Untersuchungs- und Behandlungsdaten, Namen und Anschrift der Ärzte, Heilpraktiker und sonstigen Therapeuten an. Bitte vermeiden Sie Sammelbegriffe wie „Herzerkrankung“ oder „Unterleibsschmerzen“. Spezifizierter wäre zum Beispiel „Herzrhythmusstörungen“ oder „Myom an der Gebärmutter“.

23 Tarif MediZ Duo: Verkürzte Leistungsbegrenzung bei Vorversicherung

Bei Beantragung des Tarifs MediZ Duo müssen hier Angaben zu einer eventuell bereits bestehenden privaten Zusatzversicherung für Zahnersatz gemacht werden.

24 Unterschriften am Ende eines jeden Antrags

Wichtig ist, dass hier das Antragsdatum eingetragen wird und alle Personen unterschreiben. Minderjährige können ab 16 Jahren selbst unterschreiben, wenn zusätzlich ein gesetzlicher Vertreter unterschreibt. Auch der Vermittler muss deutlich zu erkennen sein. Dies spielt bei Rückfragen und für die Provisionszahlung eine große Rolle. Geben Sie hier bitte immer Ihren Namen und die Telefonnummer in Klarschrift an. Ggf. können Sie auch Ihren Firmenstempel auf das Original aufdrucken.

25 Das SEPA Lastschrift-Mandat

SEPA bedeutet Single Euro Payments Area. Es geht hierbei um die Einrichtung eines einheitlichen Euro Zahlungsverkehrsraums, dem neben allen EU-Mitgliedsstaaten Island, Liechtenstein, Norwegen und die Schweiz angehören. In diesem Zuge wurden die Zahlverfahren standardisiert und die altbekannten Kontonummern und Bankleitzahlen durch IBAN und BIC ersetzt.

Das frühere Lastschriftverfahren wurde durch das SEPA Lastschrift-Mandat ersetzt und das neue Mandatsformular in die Antragsformulare integriert. Dieses muss vom Beitragszahler unterzeichnet bei der Gothaer eingereicht werden. Nur so ist die Gothaer autorisiert, den Betrag bei der Bank des Beitragszahlers einzuziehen. Wichtig bei SEPA Lastschriften ist, dass zur genauen Kennzeichnung im Verwendungszweck eine Mandats-Referenznummer und eine Gläubiger-Identifikationsnummer mitgegeben werden muss.

6.4 Mit guter Beratung durch die Gesundheitsprüfung

Wer sich für eine private Krankenversicherung entscheidet, macht dies in der Regel sehr bewusst und gut überlegt. Bei der Wahl der passenden Versicherungslösung ist eine genaue Betrachtung der Bedürfnisse und individuellen Voraussetzungen im Vorfeld unerlässlich. Schon in dieser frühen Phase ist der Kunde auf Ihre aktive Unterstützung und Beratung angewiesen.

Hat sich Ihr Kunde für eine Produktlösung entschieden, folgt das Ausfüllen des Antrages und damit auch die Beantwortung von Gesundheitsfragen. Die Krankenversicherung stellt vor Abschluss eines Krankenversicherungsvertrages oftmals Gesundheitsfragen, um das individuelle Risiko jeder einzelnen versicherten Person und damit die Annahme zu prüfen und den angemessenen Beitrag zu berechnen. Bei einer Antragstellung für eine **Vollversicherung** müssen die Gesundheitsfragen vollständig beantwortet werden.

Was können Sie tun, um zusammen mit Ihrem Kunden den Weg durch die Gesundheitsprüfung möglichst zeitsparend zu gehen?

- Nicht alle Gesundheitsfragen müssen bei jedem Produkt beantwortet werden. Beachten Sie bitte die im Antragsformular abgedruckte Ausfüllhilfe (siehe auch Tabelle).
- Nehmen Sie sich mit Ihrem Kunden etwas Zeit, um die Fragen wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten.
- Bitten Sie Ihren Kunden frühzeitig vor dem Termin der Antragstellung, die Krankheiten und Behandlungen wie auch ggf. die behandelnden Ärzte der vergangenen drei bis fünf Jahre zu notieren.
- Nehmen Sie alle Beeinträchtigungen des Gesundheitszustandes im Antrag auf. Keine Sorge, diese wirken sich auf die Beurteilung nicht zwingend negativ aus.
- Rufen Sie unsere Risiko-Hotline unter Tel. 0221 308-24096 an, falls Sie Ihrem Kunden vor Antragstellung eine Einschätzung geben möchten.
- Prüfen Sie Alternativen bei der Produktauswahl.
- Berücksichtigen Sie auch die Tarife, für die keine Gesundheitsprüfung notwendig ist. Dies sind MediClinic Basis, MediPrävent Basis, MediPrävent Premium, MediPrävent Aktiv, MediM Plus, MediR und MediSafe.

Sehen Sie Ihr persönliches Engagement bezogen auf die Gesundheitsfragen als Chance, Ihre Kunden optimal zu beraten. Daraus kann ein langjähriges Vertrauensverhältnis entstehen.

Unser Tipp:

Nutzen Sie das Vertriebssystem Gothaer CRM bei der Beantragung einer Zusatzversicherung – jetzt auch mit elektronischer Unterschrift.

In der folgenden Übersicht finden Sie die entsprechenden Gesundheitsfragen der Zusatzversicherungen.

Übersicht der GKR-Tarife und der entsprechenden Gesundheitsfragen – bezogen auf den Universalantrag (204734)

Tarif Zusatzversicherung / Tagegeld	Größe und Gewicht	3 Jahre ambu- lant	5 Jahre statio- när	5 Jahre Psycho	HIV	3 Jahre Krankhei- ten, Beschwer- den, Anoma- lien	Frucht- barkeits- störung	Sehhilfe	Behinde- rungen	3 Jahre Arznei- mittel	fehlende Zähne	angera- tene/ begon- nene ZB/ ZE/ KFO
AVL N 2	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X
K	X	X	X	X	X	X	X		X			
MediAmbulant	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
MediClinic Plus/MediClinic Premium	X	X	X	X	X	X	X		X			
MediClinic Basis	Es müssen keine Gesundheitsfragen beantwortet werden											
MediClinic S Plus/ MediClinic S Premium	X	X	X	X	X	X	X		X			
MediDent											X	
MediMPlus	Es müssen keine Gesundheitsfragen beantwortet werden											
MediNatura P*	X	X	X	X	X	X	X		X			
MediPG 1, 2, 3, 4, EZ**	X	X	X	X	X	X			X			
MediPrävent Basis / Premium	Es müssen keine Gesundheitsfragen beantwortet werden											
MediProphy Basis / MediProphy											X	
MediR	Es müssen keine Gesundheitsfragen beantwortet werden											
MediSafe	Es müssen keine Gesundheitsfragen beantwortet werden											
MediZ Basis / Plus / Premium											X	
MediZ Duo											X	
OPT G	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
P 3**	X	X	X	X	X	X			X			
TG/MTG 6	X	X	X	X	X	X	X		X			

* nur in Verbindung mit einer privaten Krankheitskostenvollversicherung

** Beantragung Pflegeergänzung

Für die Beantragung der Pflegeergänzungsversicherung kann der Pflegeantrag (Druckstücknummer 215945) mit einer verkürzten, an das Pflegerisiko angepassten Gesundheitsprüfung verwendet werden – auch direkt über CRM.

Der Pflegeantrag bietet folgende Vorteile:

- Neben der Angabe von Größe und Gewicht sind bis zum 60. Lebensjahr nur zwei Gesundheitsfragen zu beantworten. Ab dem 61. Lebensjahr ist eine weitere Frage zu beantworten.
- Es gibt weder Risikozuschläge noch Leistungsausschlüsse und der Antrag wird entweder angenommen oder abgelehnt.
- Es werden nur pflegerisikorelevante Krankheiten berücksichtigt.

Der Universalantrag der Gothaer Krankenversicherung kann ebenfalls für die Beantragung der Pflorgetarife genutzt werden. Das Ergebnis der Gesundheitsprüfung wird auch über diesen Weg nur die Pflegerisiken analog des Pflegeantrags berücksichtigt.

7. Unsere Annahmerichtlinien

7.1 Versicherbarkeit im Neugeschäft

Die Versicherbarkeit besteht in der Krankheitskosten-, Krankenhaustagegeld-, Krankentagegeld- und Pflegeergänzungsversicherung grundsätzlich bis Eintrittsalter **67 Jahre**.

Für ältere Kunden können die Beiträge bei Bedarf bei der Direktion erfragt werden.

Für Ausbildungstarife gelten abweichende Altersgrenzen.

7.2 Kinder/Minderjährige

In der Krankheitskosten-, Krankenhaustagegeld- und Pflegeergänzungsversicherung sind Minderjährige alleine versicherbar, sofern ein gesetzlicher Vertreter die Eigenschaft des Versicherungsnehmers übernimmt.

7.3 Untersuchungsbericht

Ein Untersuchungsbericht ist dem Antrag auf eine Krankheitskostenvoll- und/oder Krankentagegeldversicherung ab Eintrittsalter 60 Jahre bzw. auf eine Pflegeergänzungsversicherung ab Eintrittsalter 65 Jahre beizufügen bzw. nachzureichen.

7.4 Berechnung von medizinischen Wagnisausgleichen

Grundlagen der Risikoprüfung sind die Angaben des Antragstellers sowie ggf. weitere Informationen zum Gesundheitszustand (z. B. aus Arztanfragen). Für risikoehebliche Vorerkrankungen kann zum Ausgleich zusätzlicher Leistungen ein medizinischer Wagnisausgleich verlangt werden. Die Bewertung des Risikos erfolgt kostenorientiert sowie unter Berücksichtigung der jeweiligen tariflichen Leistungen, der Selbstbehaltstufe und des Alters der versicherten Person.

7.5 Vorversicherung

Eine Antragsablehnung erfolgt in allen Tarifen mit Gesundheitsprüfung, wenn

- der Antragsteller länger als 24 Monate nicht krankenversichert war oder
- die Vorversicherung wegen Nichtzahlung im Rahmen des §§ 37/38 VVG beendet wurde oder
- eine Beendigung der Vorversicherung im Rahmen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung nach § 19 ff VVG erfolgte.

Liegt der nicht versicherte Zeitraum unter 24 Monaten, erfolgt eine individuelle Prüfung. Nicht versicherte Zeiträume bis zu 6 Monaten, gerechnet vor Versicherungsbeginn, bleiben unberücksichtigt.

Selbständige (Gewerbetreibende und Freiberufler) sind in der Vollversicherung nur versicherbar, wenn

- sie seit mindestens 24 Monaten ihren Lebensmittelpunkt in Deutschland haben und
- über eine ununterbrochene deutsche Vorversicherung (PKV oder GKV) von mindestens 24 Monaten verfügen.

Für die Zeit einer Nichtversicherung wird seit dem 01.01.2009 ein Prämienzuschlag erhoben.

7.6 Brillen- / Kontaktlinsenträger

Personen, die eine Sehhilfe tragen bzw. denen das Tragen einer Sehhilfe angeraten ist, kann Versicherungsschutz

- nach Tarifen mit begrenzten Leistungen für Brillengläser und Kontaktlinsen ohne Besondere Vereinbarung wegen Sehhilfebedarf angeboten werden
- nach Krankheitskostentarifen mit unbegrenzten Leistungen für Brillengläser und Kontaktlinsen nur angeboten werden, sofern eine Einschränkung der Leistungen für Aufwendungen bei Brillengläsern und Kontaktlinsen auf einen erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 155,00 EUR pro Kalenderjahr in den ersten 3 Versicherungsjahren akzeptiert wird.
(Tarife AVL N1, AVL N2, BA)
- nach Tarif MediVita nur mit einem Beitragszuschlag in Höhe von 5,00 EUR pro Monat angeboten werden.

7.7 Bestehende Schwangerschaft

Wir verzichten auf die Antragsfrage nach einer bestehenden Schwangerschaft. Die Gesundheitsfragen in den Anträgen sind weiterhin vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten.

7.8 Zähne

Grundsatz

Bei allen Tarifen mit Zahnleistungen findet eine Prüfung des Zahnkostenrisikos statt.

Bei **mehr als drei** fehlenden Zähnen kann in den Tarifen MediDent, MediZ Basis, MediZ Plus, MediZ Premium, MediZ Duo, MediProphy Basis und MediProphy kein Versicherungsschutz abgeschlossen werden. Bei **mehr als fünf** fehlenden Zähnen kann generell kein Versicherungsschutz abgeschlossen werden.

Prüfung mit Heil- und Kostenplan

Fehlen 4 oder 5 noch nicht ersetzte Zähne (ohne Weisheitszähne und durch Lückenschluss geschlossene Zahnlücken), so ist immer zur weiteren Prüfung ein Heil- und Kostenplan vorzulegen. Dies gilt analog bei Bejahung der Frage „Findet eine zahnärztliche Behandlung (auch Zahnersatz-, Kronen-, Inlay-, Kieferorthopädie- oder Parodontosebehandlung) statt bzw. ist eine solche beabsichtigt oder angeraten?“ Liegen die nachgewiesenen Kosten über dem 1-fachen (bei Kindern 1,5-fachen) Jahresbeitrag des Versicherten, erfolgt generell eine Ablehnung der zu versichernden Person. Liegt der Kostensatz unterhalb dieser Grenze, erfolgt ein Angebot mit Risikozuschlag oder Leistungsausschluss.

7.9 Sondervereinbarung bei fehlenden Zähnen

Der Risikozuschlag ist stets auf einen Zeitraum von **60 Monaten** befristet. Fehlende Weisheitszähne, Lückenschlüsse sowie Milchzähne, die aufgrund des natürlichen Zahnwechsels aktuell fehlen, werden nicht als fehlende Zähne berücksichtigt.

Auf Wunsch kann anstelle eines Risikozuschlages ein Leistungsausschluss für die fehlenden Zähne vereinbart werden.

Tarif	RZ für einen fehlenden Zahn in Euro/Monat	RZ für zwei fehlende Zähne in Euro/Monat	RZ für drei fehlende Zähne in Euro/Monat
AVL N1 EU	0,00	72,50*	100,60*
AVL N1 WW	0,00	72,50*	100,60*
AVL N2 EU	0,00	72,50*	100,60*
AVL N2 WW	0,00	72,50*	100,60*
BE	0,00	8,10	11,30
BZ 20	0,00	10,80	15,00
BZ 20 E	0,00	10,80	15,00
BZ 25	0,00	13,60	18,80
BZ 30	0,00	16,30	22,60
BZ 35	0,00	19,00	26,40
BZ 40	0,00	21,70	30,10
BZ 45	0,00	24,40	33,90
BZ 50	0,00	27,20	37,70
MAX 1, 2	0,00	43,50	60,30
MediComfort	0,00	43,50	60,30
MediDent	0,00	Leistungsausschluss	Leistungsausschluss
MediStart** 1	0,00	38,00	52,80
MediVita Z 70	0,00	38,00	52,80
MediVita Z 90	0,00	48,90	67,90
MediZ Duo	0,00	Leistungsausschluss	Leistungsausschluss
MediZ Basis/Plus/Premium	0,00	Leistungsausschluss	Leistungsausschluss
OPT G	0,00	38,00	52,80
PSKV	0,00	27,20	37,70

* Für 36 Monate

** Grundlage für die Berechnung des RZ in MediStart ist der Beitrag der SB-Stufe

7.10 Nicht versicherbare Berufe

Berufsbedingte Risikozuschläge werden nicht erhoben. Ausnahme: fliegendes Personal

1. Ohne Berufsprüfung versicherbare Produkte:

MediProphy, MediProphy Basis, MediDent, MediZ Duo, MediZ Basis, MediZ Plus, MediZ Premium, MediPrävent Basis, MediPrävent Premium, MediPrävent Aktiv, MediR

2. Folgende Berufe sind im Einzelgeschäft generell nicht versicherbar

(Bitte beachten Sie die Tarife ohne Berufsprüfung unter Punkt 1):

Abbrucharbeiter/in, Actiondarsteller/in, Akkordarbeiter/in, Akrobat/in, Ambulante/r Händler/in, animateur/in, Arbeitssuchende/r, Artist/in, Au-pair (weibl./männl.), Ausbeiner/in, Ausbilder/in Bergbau, Aushilfe, Autotester/in, Bardame, Barkellner/in, Bauarbeiter/in, Bauhelfer/in, Baumchirurg/in, Begleitservice, Beleuchter/in, Bergbauarbeiter/in, Bergbautechniker/in unter Tage, Bergführer/in, Bergmann/-frau, Bergungstaucher/in, Berufsfußballspieler/in, Berufsrennfahrer/in, Berufssportler/in, Berufstänzer/in, Berufstaucher/in, Betonbauer/in, -facharbeiter/in, Betonhersteller/in, Betonstahlbieger/in, Betonstahlflechter/in, Bodyguard (weibl./männl.), Bohrselarbeiter/in Bullenpfleger/in, Callboy/Callgirl, Choreograph/in, Dachdecker/in, Diskjockey/DJane, Dompteur/in, Drachenfluglehrer/in, Dressman, Einfahrer/in, Einzelhändler/in – Markt/Haustürgeschäft, Eiscafe/Eisdielenbesitzer/in – Saisonalbetrieb, Eisenbetonbauer/in, Eisenbieger/in, Eisenflechter/in, Elektriker/in unter Tage, Entwicklungshelfer/in, Escortservice (weibl./männl.), Estrichleger/in, Fachkraft für Arbeitssicherheit im Bergbau, Fahrradkurier, Fallschirmsportler/in, Fensterputzer/in, Fensterreiniger/in, Feuerwerker/in, Fischer/in (nur Hochsee), Fleischer/in, Fliesenleger/in, Forstarbeiter/in, Forstfacharbeiter/in, Forsthilfsarbeiter/in, Fotomodell (weibl./männl.) Gastwirt/in (nur Schankbetrieb), Gelegenheitsarbeiter/in, Gerüstbauer/in, Gießer/in, Gleitschirmsportlehrer/in, Handlungsreisende/r, Hängegleitfluglehrer/in, Heimarbeiter/in, Hilfsarbeiter/in, Hochofenarbeiter/in, Hochseefischer/in, Holzarbeiter/in, Holzfäller/in, -rücker/in, Isolierer/in, Jockey (weibl./männl.), Küchenhilfe (weibl./männl.) Kunststoffverarbeiter/in Lackierer/in, Lohnschlächter/in, Markthändler/in, Maschinenmann/-frau unter Tage, Maurer/in, Metallerzeuger/in, Metallschmelzer/in (Hochofen), Möbelpacker/in, Model (weibl./männl.), Nachbarbesitzer/in, Nachtlokalbesitzer/in, Personenschützer/in, Pflasterer/in, Piercer/in, Promoter/in, Propagandist, Propagator/in, Prostituierte, Pyrotechniker/in, Reiseschausteller/in (Mitreisende), Schankwirt/in, Schaugewerbesteller/in, Schausteller/in, Schlachthelfer/in, Schmied/in, Schornsteinbauer/in, Seeleute – kein Führungspersonal, Seeleute – Offiziersstatus, Sicherheitsbeauftragte/r im Bergbau, Ski-/ Snowboardlehrer/in, Skiführer/in, Sportler/in, Sprengbeauftragte/r Bergbau, Sprengmeister/in, Sprengsteiger, Stahlarbeiter/in, Staubmesser/in, Staubsteiger/in, Steiger/in, Steinarbeiter/in, Steinbrecher/in, Steinmetz/in, Straßenbauer/in, Stukateur/in, Stuntman/-woman, Tänzer/in, Tanzlehrer/in, Tätowierer/in, Taucher/in, Tauchlehrer/in, Testfahrer/in, Tierlehrer/in (Tiertrainer), Varietekünstler/in Akrobatik, Verputzer/in, Waldarbeiter/in, Waldfacharbeiter/in, Werber/in (Promoter/in), Zimmerer (weibl./männl.), Zimmermann/-frau, Zirkusakrobat/in

Hinweis:

Aufgrund der Vielzahl von Berufsbezeichnungen und Veränderungen in der Arbeitswelt erhebt die Auflistung der generell nicht versicherbaren Berufe keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Im Rahmen der individuellen Antragsprüfung kann es daher in begründeten Fällen aufgrund des ausgeübten Berufes auch bei nicht explizit aufgeführten Berufen zur Antragsablehnung kommen.

Bei folgenden Berufen erfolgt eine Einzelfallprüfung:

Künstler, Musiker, Sänger, Schauspieler

Nutzen Sie die Risikohotline

Die Risiko-Hotline steht Ihnen montags bis freitags von 8.00 bis 18.00 Uhr unter der Rufnummer 0221 308-24096 zur Verfügung. Nutzen Sie die Risiko-Hotline, um vorab telefonisch eine verbindliche Einschätzung zu erhalten.

3. Selbständige und Freiberufler in der Vollversicherung

Selbständige (Gewerbetreibende und Freiberufler) sind in der Vollversicherung nur dann versicherbar, wenn

- sie seit mindestens 24 Monaten ihren Lebensmittelpunkt in Deutschland haben und
- über eine ununterbrochene, deutsche Vorversicherung (PKV oder GKV) von mindestens 24 Monaten verfügen.

Für Personen, die in den nachfolgend aufgezählten Berufen selbständig tätig sind **und** keine sozialversicherungspflichtige Angestellte haben („**Einzelunternehmer**“), kann eine Vollversicherung nur dann angeboten werden, wenn sie seit mindestens 48 Monaten die Selbständigkeit als Einzelunternehmer in Deutschland in dem gleichen Gewerbe ausüben. Krankentagegeld kann mit einer Karenzzeit von mindestens 4 Wochen abgeschlossen werden. Unabhängig von der Anzahl der Beschäftigten ist bei diesen Berufen stets die Vorlage der Gewerbeanmeldung bei Antragstellung erforderlich.

Anstreicher/in,

Baumaschinenführer/in, **B**austoffhersteller/in, **B**austoffprüfer/in, **B**erufskraftfahrer/in, **B**innenschiffer/in, **B**riefträger/in, **B**runnenbauer/in, **B**uchhändler/in,

Call-Agent/-in (Telefonist), **C**hauffeur,

Eiscafe/Eisdielenbesitzer/in, **E**lektriker/in, **E**lektroinstallateur/in, **E**lektromechaniker/in, **E**lektroniker/in,

Facility Manager/-in, **F**itnesstrainer/-in, **F**remdenführer/in, **F**uhrunternehmer/in, **F**ußbodenleger/in,

Gärtner/in, **G**asinstallateur/in, **G**ästebetreuer/Hostess, **G**astronom/in, **G**ebäudemanager/-in, **G**ebäudereiniger/in, **G**emüsehändler/in, **G**laser/in,

Hausmeister/in, **H**auswart/in, **H**eizungsinstallateur/in, **H**otelfachmann/-frau, **H**otelier, **H**otelkaufmann/-frau,

Imbissbetreiber/in, **I**nstallateur/in,

Kaminbauer/in, **K**ellner/in, **K**ioskbesitzer/in, **K**leintransportunternehmer, **K**lempner/in, **K**och/Köchin, **K**ünstler/in, **K**urier/in,

Lagerarbeiter/in, **L**andschaftspfleger,

Maler/in (Anstreicher/in),

Nageldesigner/in,

Polierer/in, **P**ostbote/in, **P**rivatdetektiv/in,

Raumpfleger/in, **R**eiseleiter/in, **R**estaurantfachmann/-frau, **R**olladenbauer/in,

Schiffer/in, **S**chleifer/in, **S**chreiner/in, **S**chrotthändler/in, **S**chweißer/in, **S**ervicekraft,

Sicherheitsdienst, **S**pediteur/in, **S**peditionsarbeiter/in, **S**peditionskaufmann/-frau, **S**traßenreiniger/in,

Taxifahrer/in, **T**elefonist/in, **T**extilreiniger/in, **T**ischler/in, **T**ransportarbeiter/in, **T**ransportunternehmer/in, **T**rockenbauer,

Verfahrenstechniker/in, **V**erfuger/in,

Wachdienst (männl./weibl.), **W**asserinstallateur/in,

Zusteller/in (Pakete, Briefe)

7.11 Nicht versicherbare Krankheiten

Nachfolgend erhalten Sie eine Auswahl der **generell in allen Tarifen** nicht versicherbaren Krankheiten in der Krankheitskostenvoll- als auch Ergänzungsversicherung.

Adipositas, BMI>40

AIDS

Akromegalie

Alveolitis

Alzheimer Erkrankung

Aneurysma, alle Formen

Angststörungen, alle Formen

Aortendissektion

Apoplex, Ischämie, Insult

Arachnoidalzyste

Arterielle Verschlusskrankheit

Arteriovenöses Aneurysma/Fistel

Asbestose

Bandscheibenvorfall mit neurologischen Ausfällen

Basedow-Krankheit

Bechterew-Krankheit

Blastomykose

Bluterkrankheit

Boeck-Krankheit (Sarkoidose)

Bösartige Neubildungen / Krebs

Bronchiektasie

Budd-Chiari-Krankheit

Carotisstenose

Chorea Huntington

Colitis ulcerosa

Cor pulmonale

Diabetes insipidus

Diabetes mellitus, alle Formen

Duchenne Muskeldystrophie

Encephalitis disseminata (Multiple Sklerose)

Endangiitis obliterans

Enteritis regionalis / Morbus Crohn

Enteritis, ulzerös

Enzephalopathie

Essstörungen, alle Formen

Fehlbildung des Rückenmarks

Fettleberhepatitis

Fibromyalgie

Gaugen-Kiefer-Lippenspalte nicht operiert

Gehirnblutung

Guillain-Barré-Syndrom

Hämophilie

Hemiplegie

Hepatitis B, C, D, E

Hepatorenales Syndrom

Herzfehlbildungen

Herzinfarkt

Herzinsuffizienz

Herzklappenfehler, rheumatisch

Herzklappeninsuffizienz

Herzschrittmacherimplantation

HIV-Infektion

Hodgkin Krankheit / Lymphogranulomatose

Hypertonie mit Herz- und/oder Nierenbeteiligung

Hypophysentumor

Kardiomyopathie

Karzinoid-Syndrom

Knochenmarkaplasie

Koagulopathie

Kollagenose

Lebererkrankung, alkoholbedingt

Leberkoma, Zustand nach

Leberzirrhose

Leukämie, alle Formen

Lipodystrophia intestinalis = Whipple-Krankheit

Lungenemphysem

Lungenfibrose

Lungensiderose

Lupus erythematodes

Makroglobulinämie /Morbus Waldenström /malignes

Lymphom

Marfan-Syndrom

Melanom

Miliartuberkulose

Mukoviszidose

Multiple Sklerose

Muskeldystrophien

Myasthenia gravis
Myocarditis, rheumatische
Myxödem

Nebennierenerkrankungen
Nephrotisches Syndrom
Neurodermitis, generalisiert
Neurofibromatose
Nieren Fehlen, angeboren, beidseitig
Nierenarterienstenose
Nierenerkrankung, chronisch

Ösophagusvarizen
Organtransplantation, Zustand nach
Osteosarkom
Ostitis deformans /Paget-Krankheit

Pankreatitis, nekrotisierend
Pericarditis, chronisch
Persönlichkeitsstörungen, alle Formen
Plasmaproteinstoffwechselstörung
Pneumozystis carinii
Poliomyelitis
Polyarthritis /rheumatoide Arthritis
Polyarthrose
Polyneuropathie
Polyradikulitis
Porphyrie
Psoriasis arthropatica, generalisiert
psychische und psychiatrische Erkrankungen
(Angststörung, Essstörung, Persönlichkeitstörung)

Pulmonalstenose
Purpura

Querschnittslähmung /Querschnittsläsion

Raynaudkrankheit
Rheumatisches Fieber mit Herzbeteiligung
Rheumatoide Arthritis / cP

Sarkoidose /Boeck-Krankheit
Schlafapnoesyndrom
Schlaganfall
Schrumpfniere
Sjögren-Syndrom (Siccasyndrom)
Sklerodermie
Slowvirusinfektion
Stoffwechselstörung, angeboren
Sturge-Weber-Syndrom
Subarachnoidalblutung
Subarachnoidalzyste
Syphilis = Lues

Thrombangiitis obliterans
Tuberkulose, alle Formen
Tuberöse Sklerose

Wegener Granulomatose

Zystenleber
Zystenlungen
Zystennieren

**Hauptverwaltung
Gothaer Krankenversicherung AG
Abteilung Gesundheit Produktmanagement (GPM)
Arnoldiplatz 1
50969 Köln
Postanschrift:
50598 Köln
Telefon 0221 308-24591
Telefax 0221 308-24500
www.gothaer.de**