



### Standard- und Basistarif (bisex\* und unisex\*)

Leistungsbereiche	Standardtarif (Nur als Bisex-Tarif*, nur unter bestimmten Voraussetzungen versicherbar)	Basistarif
<b>Allgemeines</b>		
Leistungs-Kategorie*	3	3
Absoluter Selbstbehalt je Kalenderjahr	0 EUR –	BTO(U) (0 EUR)  Der Basistarif steht auch mit verschiedenen Selbstbehalts-Varianten zur Verfügung. Durch die Begrenzung des Höchstbeitrags ist der Beitrag derzeit jedoch für alle Varianten üblicherweise gleich hoch. Daher sind die Varianten des Basistarifs mit Selbstbehalt nicht extra aufgeführt.
Beitragsrückerstattung (BRE)	Nein	Nein
Beitragsfreistellung bei längerem Krankenhausaufenthalt	Nein	Nein
Wechseloptionen	Nein	Nein
<b>Versicherungsleistungen in Deutschland</b>		
<b>Ambulante Behandlung</b>		
Primärarzt*-Regelung	Nein	Nein ▶ Mit- oder Weiterbehandlung durch einen anderen Heilbehandler ist nur zulässig mit einer Überweisung
Arzthonorar	Bis zum 1,8-fachen Satz der GOÄ*	Bis zum 1,2-fachen Satz der GOÄ*
Arztbehandlung	100 %	100 % ▶ nur Methoden, für die auch die GKV* leistet
Heilpraktiker	Nein	Nein

Die Erstattungssätze beziehen sich auf die tariflichen Leistungen. Die Darstellung vermittelt einen groben Überblick. Eine detaillierte Beschreibung der Tarife entnehmen Sie bitte den jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Leistungsbereiche	Standardtarif (Nur als Bisex-Tarif*, nur unter bestimmten Voraussetzungen versicherbar)	Basistarif
-------------------	--	------------

### Versicherungsleistungen in Deutschland

#### Ambulante Behandlung

<b>Verordnete Arzneimittel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 80 % bis zu einem Rechnungsbetrag* von 1.530 EUR je Kalenderjahr (zusammen mit Heilmitteln)</li> <li>▶ darüber hinaus zu 100 %</li> <li>▶ nur für verschreibungspflichtige Arzneimittel</li> <li>▶ Leistungen nur für Brillengläser (nicht Gestelle!) ausschließlich für Kinder und Personen mit schwerer Sehbehinderung bis zu den Festbeträgen der GKV*</li> </ul>	100 % <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ nur für verschreibungspflichtige Arzneimittel, ansonsten analog GKV*</li> <li>▶ Zuzahlung für Versicherte ab 18 Jahren ähnlich wie in der GKV*</li> </ul>
<b>Große Hilfsmittel (z. B. Rollstühle)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Hörgeräte max. 512 EUR innerhalb von 3 Kalenderjahren</li> <li>▶ Krankenfahrstühle max. 767 EUR</li> </ul>	100 % <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ analog GKV*</li> <li>▶ darüber hinaus mit Zusage des Versicherers</li> <li>▶ Leistungen nur für Brillengläser (nicht Gestelle!) ausschließlich für Kinder und Personen mit schwerer Sehbehinderung bis zu den Festbeträgen der GKV*</li> <li>▶ Zuzahlung für Versicherte ab 18 Jahren ähnlich wie in der GKV*</li> </ul>
<b>Kleine Hilfsmittel (z. B. Gehhilfen)</b>		
<b>Sehhilfen</b>		
<b>Offener Hilfsmittelkatalog*</b>	Nein	Nein
<b>Heilmittel (z. B. Physiotherapie)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 80 % bis zu einem Rechnungsbetrag* von 1.530 EUR je Kalenderjahr (zusammen mit Arznei- und Hilfsmitteln)</li> <li>▶ darüber hinaus zu 100 %</li> <li>▶ gemäß Heilmittelverzeichnis</li> </ul>	100 % <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ gemäß Heilmittelverzeichnis analog GKV*</li> <li>▶ Zuzahlung für Versicherte ab 18 Jahren ähnlich wie in der GKV*</li> </ul>
<b>Psychotherapie</b>	100 % <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ bis 25 Sitzungen je Kalenderjahr</li> <li>▶ mit Zusage des Versicherers</li> </ul>	100 % <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ begrenzt auf Höchstumfang und Verfahren analog GKV*</li> <li>▶ mit Zusage des Versicherers</li> </ul>
<b>Vorsorge</b>	100 % <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ nach gesetzlich eingeführten Programmen</li> </ul>	100 % <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ nach gesetzlich eingeführten Programmen</li> </ul>
<b>Schutzimpfungen</b>	100 % <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ nach gesetzlich eingeführten Programmen</li> </ul>	100 % <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ nach gesetzlich eingeführten Programmen</li> </ul>

### Versicherungsleistungen in Deutschland

#### Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie

<b>Zahnarzthonorar</b>	Bis zum 2,0-fachen Satz der GOZ* Bis zum 1,8-fachen Satz der GOÄ*	Bis zum 2,0-fachen Satz der GOZ* Bis zum 1,2-fachen Satz der GOÄ*
<b>Leistungsstaffel für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie</b>	Nein	Nein
<b>Zahnbehandlung</b>	100 %	100 % <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ nur Methoden, für die auch die GKV* leistet</li> </ul>
<b>Vorsorge</b>	100 % <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ nach gesetzlich eingeführten Programmen</li> </ul>	100 % <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ nach gesetzlich eingeführten Programmen</li> </ul>

Die Erstattungssätze beziehen sich auf die tariflichen Leistungen. Die Darstellung vermittelt einen groben Überblick. Eine detaillierte Beschreibung der Tarife entnehmen Sie bitte den jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Leistungsbereiche	Standardtarif (Nur als Bisex-Tarif*, nur unter bestimmten Voraussetzungen versicherbar)	Basistarif
<b>Versicherungsleistungen in Deutschland</b>		
<b>Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie</b>		
<b>Zahnersatz (z. B. Krone, Implantat, Inlay)</b>	65 % ▶ bei einfacher Ausführung ▶ für zahntechnische Leistungen gilt ein Preis- und Leistungsverzeichnis	50 % ▶ für die Regelversorgung der GKV* ▶ Erhöhung auf 60 % bzw. 65 % bei nachgewiesenen regelmäßigen Zahnarztbesuchen in den letzten 5 bzw. 10 Jahren (Bonusheft-Regelung)
<b>Kieferorthopädie</b>	80 % ▶ bei erheblichen Problemen beim Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen	80 % ▶ für Versicherte unter 18 Jahre bei erheblichen Problemen beim Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen ▶ für ältere Versicherte nur bei schwerer Kieferanomalie ▶ Erhöhung auf 90 % bei gleichzeitiger Behandlung von mehreren Kindern einer Familie ▶ Erstattung der verbleibenden 20 % bzw. 10 % nach Abschluss der Behandlung
<b>Heil- und Kostenplan bei Zahnersatz und Kieferorthopädie</b>	Ja, wenn die voraussichtlichen Gesamtkosten 2.557 EUR übersteigen Ansonsten Erstattung des über 2.557 EUR liegenden Teils zu 40 %	Ja
<b>Stationäre Behandlung</b> (ab Alter 18 müssen Versicherte eine Zuzahlung von 10 EUR je Tag für maximal 28 Tage im Kalenderjahr leisten)		
<b>Arzthonorar</b>	Bis zum 1,8-fachen Satz der GOÄ*	Bis zum 1,2-fachen Satz der GOÄ*
<b>Wahlleistung Privatärztliche Behandlung (z. B. Chefarzt)</b>	Nein	Nein
<b>Privatklinik</b>	Nein	Nein
<b>Wahlleistung Einbettzimmer</b>	Nein	Nein
<b>Wahlleistung Zweibettzimmer</b>	Nein	Nein
<b>Leistung bei Verzicht auf Wahlleistungen je Tag im Krankenhaus</b>	Nein	Nein
<b>Psychotherapie</b>	100 % ▶ nach vorheriger Zusage	100 % ▶ nach vorheriger Zusage
<b>Versicherungsleistungen im Ausland</b>		
<b>Versicherungsschutz ohne besondere Vereinbarung</b>	▶ Europa ▶ Außereuropäisch bis zu einem Monat	EU/EWR und Schweiz bei vorübergehendem Aufenthalt
<b>Behandlung: Ambulant/Zahn/Stationär</b>	Max. wie in Deutschland	▶ 80 % für ambulante Heilbehandlung (aber nicht mehr als im Inland angefallen wäre) ▶ 100 % für stationäre Heilbehandlung (nach vorheriger Zusage des Versicherers)

Die Erstattungssätze beziehen sich auf die tariflichen Leistungen. Die Darstellung vermittelt einen groben Überblick. Eine detaillierte Beschreibung der Tarife entnehmen Sie bitte den jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Leistungsbereiche	Standardtarif (Nur als Bisex-Tarif*, nur unter bestimmten Voraussetzungen versicherbar)	Basistarif
<b>Besonderheiten</b>		
<b>Wichtige Hinweise</b>	<p>Der Standardtarif orientiert sich an den Leistungen der GKV*. Die Leistungen sind im Gegensatz zur GKV* garantiert.</p> <p>Es werden außerdem Leistungen für häusliche Krankenpflege erbracht.</p>	<p>Der Basistarif orientiert sich an den Leistungen der GKV*. Dadurch kommt es u. a. zu folgenden Besonderheiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Nur Inanspruchnahme kassenärztlicher Vertragsheilbehandler und kassenzugelassener stationärer Einrichtungen möglich</li> <li>▶ Krankentagegeld ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit analog GKV*</li> <li>▶ Leistung für häusliche Kranken- bzw. Behandlungspflege</li> <li>▶ Leistung für Haushaltshilfen für Familien mit Kindern bei Erkrankung eines Elternteils</li> <li>▶ Bei Änderung der gesetzlichen Grundlagen für die Kassenleistungen im SGB V werden auch die Leistungen des Basistarifs angepasst</li> </ul>

Die Erstattungssätze beziehen sich auf die tariflichen Leistungen. Die Darstellung vermittelt einen groben Überblick. Eine detaillierte Beschreibung der Tarife entnehmen Sie bitte den jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

\* Erläuterungen

- ▶ bisex = geschlechtsabhängige Kalkulation
- ▶ unisex = geschlechtsunabhängige Kalkulation. Bei allen Tarifen, deren Kürzel auf „U“ endet, handelt es sich um Unisex-Tarife.
- ▶ Leistungs-Kategorie 1 = Wahlleistungen im Krankenhaus, d. h. Chefarztbehandlung und Ein- oder Zweibettzimmer
- ▶ Leistungs-Kategorie 2 = Wahlleistungen im Krankenhaus, d. h. Chefarztbehandlung und Zweibettzimmer
- ▶ Leistungs-Kategorie 3 = Regel- bzw. Basisleistungen, also keine Wahlleistungen im Krankenhaus, d. h. Behandlung durch diensthabenden Arzt und Mehrbettzimmer
- ▶ Als Primärärzte gelten ausschließlich praktische Ärzte, Fachärzte für Allgemeinmedizin, Fachärzte für Frauen-, Augen- oder Kinderheilkunde, Not- oder Bereitschaftsärzte. Hebammen/Entbindungspfleger sind Primärärzten gleichgestellt.
- ▶ GOÄ = Gebührenordnung für Ärzte
- ▶ GOZ = Gebührenordnung für Zahnärzte
- ▶ GKV = Gesetzliche Krankenversicherung
- ▶ Rechnungsbetrag: Gemeint sind die nach dem jeweiligen Tarif erstattungsfähigen Kosten
- ▶ Offener Hilfsmittelkatalog: Die Leistungen sind bedingungsgemäß nicht auf bestimmte Hilfsmittel beschränkt. Das heißt, es besteht auch ein Anspruch auf neu entwickelte Hilfsmittel.