

### Kompakttarife mit Übertragungswert\* – R+V-Gesundheitskonzept AGIL (bisex\* und unisex\*)

Leistungsbereiche	Tarife AGIL classic	Tarife AGIL classic pro (Nur als Unisex-Tarife*)	Tarife AGIL comfort	Tarife AGIL premium
<b>Allgemeines</b>				
<b>Leistungs-Kategorie*</b>	3	3	2	1
<b>Absoluter Selbstbehalt je Kalenderjahr</b>	EP0/EP0U (0 EUR)	CP0U (0 EUR)	MP0/MP0U (0 EUR)	TN0/TN0U (0 EUR)
	EP1/EP1U (480 EUR)	CP1U (480 EUR)	MP1/MP1U (480 EUR)	TN1/TN1U (480 EUR)
	EP2/EP2U (960 EUR)	CP2U (960 EUR)	MP2/MP2U (960 EUR)	TN2/TN2U (960 EUR)
	EP3/EP3U (1.920 EUR)	CP3U (1.920 EUR)	MP3/MP3U (1.920 EUR)	TN3/TN3U (1.920 EUR)
	Für Kinder gilt der hälftige Selbstbehalt. Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen und Zahnprophylaxe werden nicht auf den Selbstbehalt angerechnet, wenn dafür eine separate Rechnung eingereicht wird.			
<b>Beitragsrückerstattung (BRE)</b>	Derzeitige Festlegung: ▶ Bisex-Tarife*: BRE je leistungsfreiem Kalenderjahr möglich ▶ Unisex-Tarife*: BRE abhängig von der Anzahl der zusammenhängend leistungsfreien Kalenderjahre möglich			
<b>Beitragsfreistellung bei längerem Kranken- hausaufenthalt</b>	Nein	Möglich	Möglich	Möglich
<b>Wechsoptionen</b>	Wechsel in höherwertige Tarife oder Reduzierung des Selbstbehalts zu festgelegten Zeitpunkten ohne Gesundheitsprüfung möglich			
<b>Versicherungsleistungen in Deutschland</b>				
<b>Ambulante Behandlung</b>				
<b>Primärarzt*-Regelung</b>	Ja	Ja	Ja	Nein
<b>Arzthonorar</b>	Bis zum Regelhöchstsatz, d. h. 2,3-fachen Satz der GOÄ*	Bis zum Höchstsat, d. h. 3,5-fachen Satz der GOÄ*		Auch über den Höchstsat, d. h. 3,5-fachen Satz der GOÄ* hinaus
<b>Arztbehandlung</b>	▶ 100 % bei Primärarzt oder Facharzt mit Überweisung ▶ 60 % bei Facharzt ohne Überweisung	▶ 100 % bei Primärarzt oder Facharzt mit Überweisung ▶ 75 % bei Facharzt ohne Überweisung		100 %
<b>Heilpraktiker</b>	Nein	75 % ▶ max. 750 EUR Erstattung je Kalenderjahr ▶ bis zum Höchstsat des GebüH*		100 % ▶ bis zum Höchstsat des GebüH*
<b>Verordnete Arzneimittel</b>	▶ 60 % bis zu einem Erstattungsbetrag von 3.000 EUR je Kalenderjahr ▶ darüber hinaus zu 100 % ▶ nur für verschreibungspflichtige Arzneimittel	100 %	100 %	100 %

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.

Seite 1 von 3

Leistungsbereiche	Tarife AGIL classic	Tarife AGIL classic pro (Nur als Unisex-Tarife*)	Tarife AGIL comfort	Tarife AGIL premium
<b>Versicherungsleistungen in Deutschland</b>				
<b>Ambulante Behandlung</b>				
<b>Große Hilfsmittel (z. B. Rollstühle)</b>	60 %	75 %	75 %	100 %
<b>Kleine Hilfsmittel (z. B. Gehhilfen)</b>	60 %	75 %	75 %	100 %
<b>Sehhilfen</b>	100 % ▶ max. 150 EUR Erstattung innerhalb von 3 Kalenderjahren ▶ unabhängig von der Anzahl	100 % ▶ max. 300 EUR Erstattung innerhalb von 3 Kalenderjahren ▶ unabhängig von der Anzahl		100 % ▶ max. 900 EUR Erstattung innerhalb von 3 Kalenderjahren ▶ unabhängig von der Anzahl
<b>Offener Hilfsmittelkatalog*</b>	Ja	Ja	Ja	Ja
<b>Heilmittel (z. B. Physiotherapie)</b>	60 %	75 %	75 %	100 %
<b>Psychotherapie</b>	Nein	75 %	75 %	100 %
<b>Vorsorge</b>	100 % ▶ nach gesetzlich eingeführten Programmen	100 % ▶ nach gesetzlich eingeführten Programmen ▶ jedoch ohne Altersbegrenzung		100 %
<b>Schutzimpfungen</b>	100 % ▶ nach Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO)			100 %
<b>Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie</b>				
<b>Zahnarzthonorar</b>	Bis zum Regelhöchstsatz, d. h. 2,3-fachen Satz der GOZ*/GOÄ*	Bis zum Höchstsatz, d. h. 3,5-fachen Satz der GOZ*/GOÄ*		Auch über den Höchstsatz, d. h. 3,5-fachen Satz der GOZ*/GOÄ* hinaus
<b>Leistungsstaffel für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie</b>	Erstattung je Kalenderjahr: 1. Jahr: bis 500 EUR 2. Jahr: bis 1.000 EUR 3. Jahr: bis 1.500 EUR 4. Jahr: bis 2.000 EUR 5. Jahr: bis 2.500 EUR 6. Jahr: bis 3.000 EUR ab 7. Jahr: unbegrenzte Leistung Keine Begrenzung bei Unfällen  Die bisher zurückgelegte Versicherungsdauer in einer Krankheitskosten-Vollversicherung oder Zahn-Zusatzversicherung der R+V wird auf die Leistungsstaffel angerechnet.	Nein	Nein	Nein
<b>Zahnbehandlung</b>	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>Vorsorge</b>	100 % ▶ nach gesetzlich eingeführten Programmen	100 % ▶ nach gesetzlich eingeführten Programmen ▶ jedoch ohne Altersbegrenzung		100 %
<b>Zahnersatz (z. B. Krone, Implantat, Inlay)</b>	60 %	75 %	75 %	80 %
<b>Kieferorthopädie</b>	60 % ▶ für Versicherte unter 21 Jahren	75 % ▶ für Versicherte unter 21 Jahren		80 %

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	Tarife AGIL classic	Tarife AGIL classic pro (Nur als Unisex-Tarife*)	Tarife AGIL comfort	Tarife AGIL premium
<b>Versicherungsleistungen in Deutschland</b>				
<b>Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie</b>				
<b>Heil- und Kostenplan bei Zahnersatz und Kieferorthopädie</b>	Ja, ohne vorherige Zusage des Versicherers nur halbe tarifliche Leistung			
<b>Stationäre Behandlung</b>				
<b>Arzthonorar</b>	Bis zum Regelhöchstsatz, d. h. 2,3-fachen Satz der GOÄ*	Bis zum Höchstsatz, d. h. 3,5-fachen Satz der GOÄ*		Auch über den Höchstsatz, d. h. 3,5-fachen Satz der GOÄ* hinaus
<b>Wahlleistung Privatärztliche Behandlung (z. B. Chefarzt)</b>	Nein	Nein	Ja	Ja
<b>Privatklinik</b>	Nein	Nein	Ja	Ja
<b>Wahlleistung Einbettzimmer</b>	Nein	Nein	Ja ▶ mit 30 EUR Selbstbehalt täglich	Ja
<b>Wahlleistung Zweibettzimmer</b>	Nein	Nein	Ja	Ja
<b>Leistung bei Verzicht auf Wahlleistungen je Tag im Krankenhaus</b>	Nein	Nein	Bei Verzicht auf ▶ Zweibettzimmer: 20 EUR ▶ Privatarzt: 40 EUR (Kinder bis 15 Jahre: 20 EUR)	Bei Verzicht auf ▶ Einbettzimmer: 40 EUR ▶ Privatarzt: 40 EUR (Kinder bis 15 Jahre: 20 EUR)
<b>Psychotherapie</b>	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>Versicherungsleistungen im Ausland</b>				
<b>Versicherungsschutz ohne besondere Vereinbarung</b>	▶ Europa ▶ Außereuropäisch bis zu einem Monat	▶ Europa ▶ Außereuropäisch bis zu sechs Monaten		▶ Weltweit drei Jahre mit Anspruch auf Verlängerung
<b>Behandlung: Ambulant/Zahn/Stationär</b>	▶ In EU/EWR-Staaten wie in Deutschland, max. 100 % ▶ Außerhalb EU/EWR 60 % der ortsüblichen Kosten ▶ Zahnersatz generell 60 % der ortsüblichen Kosten	▶ In EU/EWR-Staaten wie in Deutschland, max. 100 % ▶ Außerhalb EU/EWR ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung 75 % der ortsüblichen Kosten ▶ Zahnersatz generell 75 % der ortsüblichen Kosten ▶ Stationäre Heilbehandlung generell 100 % der ortsüblichen Kosten		▶ 100 % der ortsüblichen Kosten

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

- ▶ Der Übertragungswert ist der Anteil der Alterungsrückstellungen, der bei einem Wechsel des Versicherungsunternehmens an den neuen Versicherer übertragen wird.
- ▶ 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.  
In AGIL classic pro und der Unisex-Variante von AGIL comfort gelten zusätzlich hausärztlich tätige Internisten als Primärärzte. Hebammen/Entbindungspfleger sind Primärärzten gleichgestellt.
- ▶ GOÄ = Gebührenordnung für Ärzte  
GOZ = Gebührenordnung für Zahnärzte  
GebüH = Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker
- ▶ 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.