

Betriebliche Krankenversicherung

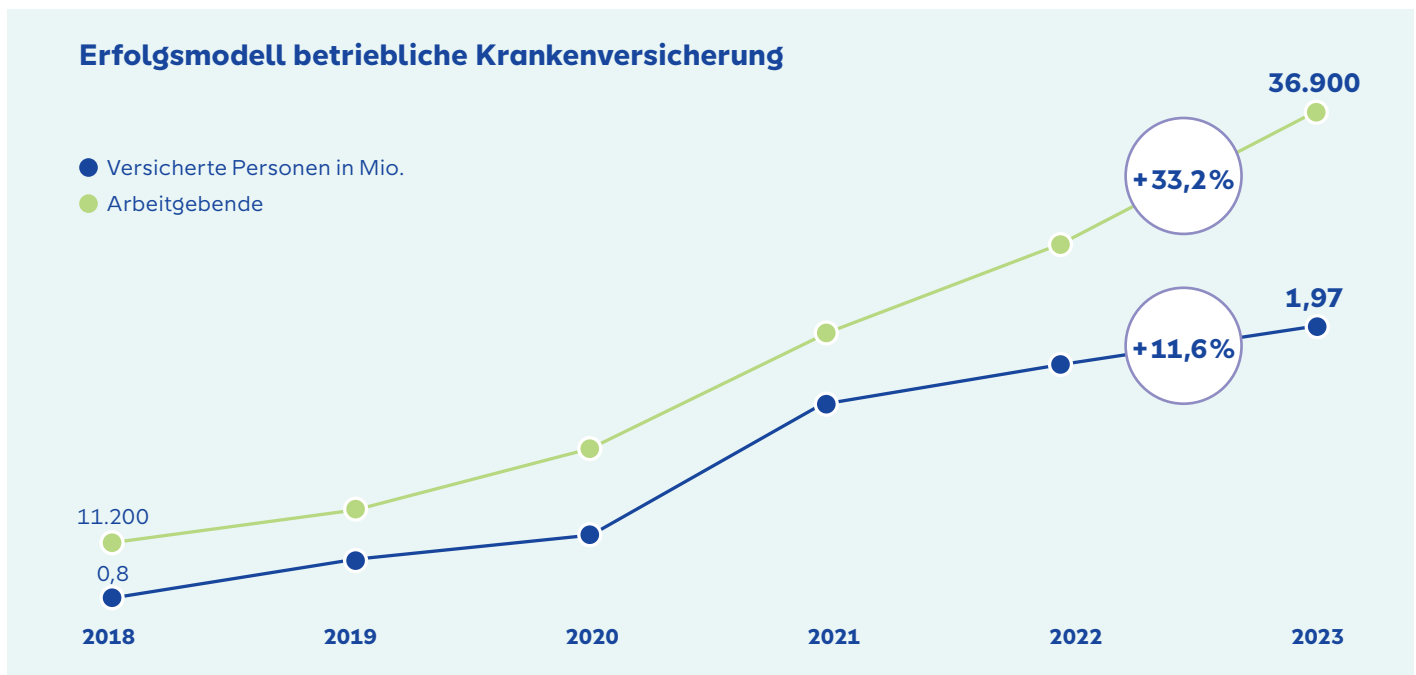
Überzeugen
Sie im Verkauf

Ihr großes PLUS für Vertragsabschlüsse.



Aus guten Gründen gut zu verkaufen.

Die Abschlüsse einer betrieblichen Krankenversicherung (bKV) sind in den letzten Jahren stark gestiegen. Unternehmerinnen und Unternehmer nutzen die bKV, um sich auf dem Arbeitsmarkt mit einem besonderen Mehrwert attraktiv zu positionieren. Für Mitarbeitende ist sie eine optimale Möglichkeit, den eigenen Gesundheitsschutz zu erweitern. Das gibt Ihnen jede Menge gute Argumente für einen erfolgreichen Vertragsabschluss.



Nichts als Vorteile.

Warum alle eine bKV haben sollten? Weil alle etwas davon haben.

Die Vorteile für Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber

– Ökonomisch

Die Gesundheitsförderung der Belegschaft führt zu einem geringeren Krankenstand und stärkt die Wirtschaftlichkeit des Unternehmens. Nutzen Sie hier auch den Verkaufsansatz „Kosten-Nutzen-Analyse bKV durch Reduktion AU-Tage“. Diesen finden die SIGNAL IDUNA Agenturen **hier** im Beratungshaus. Die freien Vermittlerinnen und Vermittler können ihn auf dem üblichen Weg unter der Formular-Nr. 1707501 beziehen/herunterladen.

– Gewinnung und Bindung von Mitarbeitenden

Mitarbeitende werden langfristig an das Unternehmen gebunden und die betriebliche Krankenversicherung ist auch ein starkes Argument in der Gewinnung neuer Fachkräfte.

– Fürsorge und soziales Engagement

Hochwertige Leistungen zeigen Fürsorge, Verantwortung und soziales Engagement. Sie führen nicht nur nach außen hin zu einem Imagegewinn, sondern vor allem nach innen, denn sie sind ein klarer Ausdruck von Wertschätzung gegenüber den Mitarbeitenden.

Die Vorteile für Mitarbeitende

– Umfassendes Leistungsangebot

Gezielte Gesundheitsleistungen und -services aus einem genau auf die Bedürfnisse abgestimmten Angebot tragen zur Erhaltung der Gesundheit bei.

– Hohe Wertschätzung

Anerkennung der Mitarbeitenden und finanziell wirkende Leistungen – quasi wie eine Gehaltserhöhung. Auch Familienangehörige profitieren von dem besonderen Angebot.

– Direkter Mehrwert

Die Versicherungsleistungen erfolgen ohne Gesundheitsprüfung und mit sofortiger Wirkung (ohne Wartezeiten).

Die bKV ist eine **WIN-WIN-WIN-Situation** für Mitarbeitende, Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sowie Vermittlerinnen und Vermittler!

Staatliche Unterstützung gibt es noch obendrauf.

Da können sich Mitarbeitende freuen: Die betriebliche Krankenversicherung (bKV) bietet unter Umständen steuerliche und sozialversicherungsrechtliche Vorteile.

Wichtige Hinweise zu Steuern und Sozialabgaben

Die Beiträge unterliegen einkommensteuer- und sozialversicherungsrechtlichen Regelungen.

- Beiträge zu einer bKV können als Sachbezug gewährt werden. Hierfür gibt es eine monatliche Freigrenze von 50 Euro.
- Fallen die bKV-Beträge inkl. aller Sachbezüge monatlich unter die 50-Euro-Freigrenze, sind sie für Arbeitgeber und Mitarbeitende steuer- und sozialabgabenfrei.
- Die Leistungen einer bKV sind für die Mitarbeitenden nach § 3 Nr. 1a EStG immer steuerfrei.

Empfehlen Sie Ihrer Kundschaft, sich steuerlich beraten zu lassen oder gegebenenfalls das Finanzamt vor dem Abschluss einer bKV einzubinden.



Wichtige Zusatzinformation

In die Prüfung der 50-Euro-Freigrenze sind auch weitere Sachbezüge, wie beispielsweise ein Tank- oder Warengutschein, Beitrag zum Fitnessstudio etc. einzubeziehen. Sämtliche Sachbezüge werden addiert und dürfen in der Summe die 50 Euro im Monat nicht übersteigen. Wird die Freigrenze von monatlich 50 Euro überschritten, besteht die Möglichkeit, die Beiträge gemäß § 40 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 oder nach § 37b Abs. 2 EStG pauschal zu versteuern.

Ersetzt keine steuerliche Beratung.

Sachbezüge bis zu 50 Euro sind von Steuer- und Sozialabgaben befreit.

	Steuerfreiheit	Pauschalversteuerung	
Steuerrechtliche Grundlage	§ 8 Abs. 2 S. 11 EStG	§ 37b Abs. 2 EStG	§ 40 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 EStG
Steuerrecht	Freigrenze von 50 €/ Monat	Pauschalsteuersatz 30% (zzgl. ggf. Soli, KiSt)	Finanzamt legt Pauschalsteuersatz individuell fest
Sozialversicherungsrecht	bis 50 €/Monat steuer- und sozialabgabenfrei	Beiträge sind sozialabgabenpflichtig*	Beiträge sind sozialabgabenfrei
Anwendung	sämtliche Sachbezüge in Summe < 50 €/Monat	auch bei weniger als 20 Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern	erst ab 20 Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern möglich
Zahlungsweise	monatliche Zahlung	monatliche, viertel-, halbjährliche und jährliche Zahlung möglich	jährliche oder halbjährliche Zahlung möglich
Kostenträger (Steuer/ Sozialversicherung)	es fallen keine Steuern oder Sozialversicherungen an	Lohnsteuer (pauschal) > Arbeitgeber Sozialversicherungsbeiträge > Arbeitgeber, Arbeitnehmerin/ Arbeitnehmer*	Lohnsteuer (pauschal) > Arbeitgeber Sozialversicherungsbeiträge fallen nicht an

* Der Arbeitgeber kann die Verbeitragung zur Sozialversicherung der Arbeitnehmerin oder des Arbeitnehmers übernehmen. Diese erhalten dann die bKV bei gleichem Nettolohn.

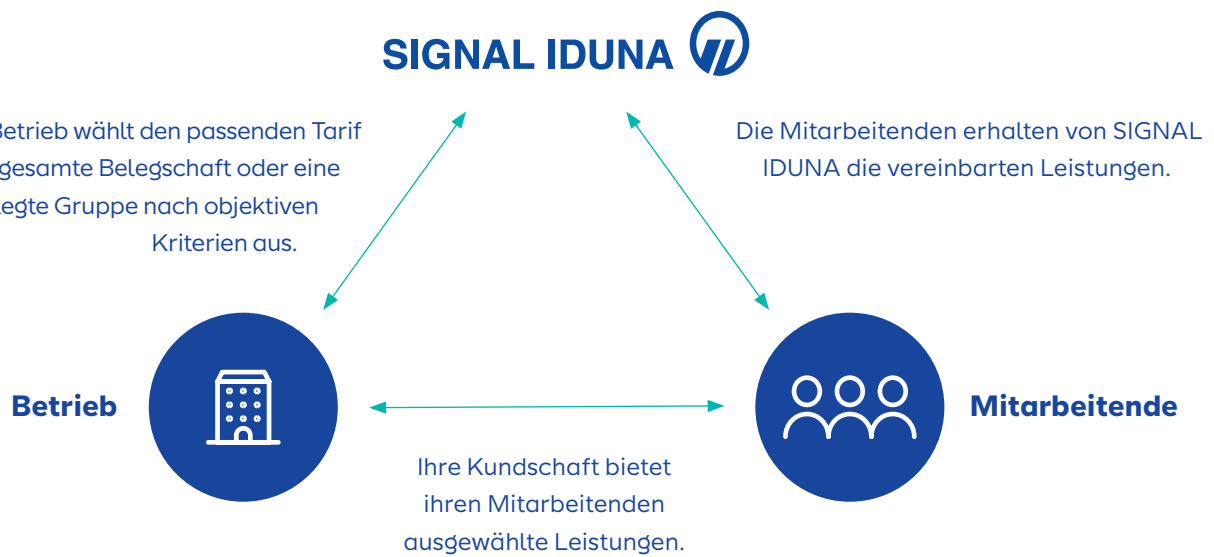
Hinweis: Weitere Informationen finden Sie auf dem Merkblatt „Steuer- und Sozialversicherungshinweise zur bKV 1777606 Okt23“.

Bei § 37b ist darauf zu achten, dass die Höchstgrenze der pauschalierten Besteuerung 10.000 € im Jahr pro Arbeitnehmerin/Arbeitnehmer nicht übersteigen darf. Die steuerliche Betrachtung erfordert eine jährliche Überprüfung des § 40. Wird die bKV bei halbjährlicher Zahlungsweise vom Betriebsstättenfinanzamt als „sonstiger Bezug“ eingestuft, erfolgt eine zweifache Prüfung. Pro Mitarbeitender/Mitarbeitendem dürfen 1.000 € im Jahr nicht übersteigen werden, erst dann sind die Beiträge sozialversicherungsfrei.

Wichtige Zusatzinformation

Vermittlerinnen und Vermittler sollen dem Unternehmen eine Versorgungsordnung empfehlen, damit die betriebliche Übung ausgeschlossen werden kann. Die Muster-Versorgungsordnung steht für Agenturen der SIGNAL IDUNA **hier** zum Download bereit, freie Vermittlerinnen und Vermittler können sie auf dem üblichen Weg unter der Formular-Nr. 1752801 beziehen/herunterladen.











So einfach, so gut: die betriebliche Krankenversicherung von SIGNAL IDUNA.



Unsere Leistungen – Ihre Verkaufsargumente.

Ihre Kundschaft kann die bKV ganz nach ihren eigenen Wünschen zusammenstellen. Dafür können Sie beratend zur Seite stehen und drei innovative Budget-Varianten sowie zehn Bausteintarife anbieten. Diese können auch kombiniert werden.

Flexible Bausteintarife

 ZahnOptimal+	 Vorsorge+
 ZahnBest+	 NaturPrivat+
 ZahnPerfekt+	 Sehhilfe+
 UnfallPrivat+	 Arznei+
 KlinikPrivat+	 KT+ (Verdienstausfall)

Budget-Varianten

 GesundAKTIV+	 GesundAGIL+	 GesundVITAL+
--	---	--

Highlights unserer betrieblichen Krankenversicherung

- Abschluss bereits ab drei Mitarbeitenden¹ möglich
- Zugang für alle Mitarbeitenden ohne Gesundheitsprüfung
- umfangreiches Angebot für GKV- und PKV-Versicherte
- Einschluss laufender Versicherungsfälle²
- Mitversicherung fehlender Zähne
- keine Leistungskürzung bei unterjährigem Beginn
- umfassende Assistance-Leistungen wie 24/7 Gesundheitsberatung, Arzttermin-Service und med. Hilfe im Ausland sind für die Mitarbeitenden immer enthalten
- Übernahme der Kosten für zertifizierte Präventionskurse

Beitragsbefreiung für Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber bei vollem Versicherungsschutz

- bei Arbeitsunfähigkeit (ab 43. Tag bis max. 36 Monate)
- Elterngeldbezug (bis max. 12 Monate je Kind)
- Pflege- oder Familienpflegezeit (bis max. 6 Monate)

1. KlinikPrivat+, ZahnPerfekt+ und GesundVITAL+ : ab 20 Mitarbeitenden abschließbar; ZahnPerfekt+ ab drei Mitarbeitenden, sofern Mitgliedschaft in einem Versorgungswerk/Verband, mit dem ein entsprechender Rahmenvertrag geschlossen wurde, besteht.
2. UnfallPrivat+: Es sind nur Unfälle, die nach Versicherungsbeginn eingetreten sind, versichert.

Unsere Budget-Varianten – innovativ und leistungsstark.

Unsere drei Budget-Varianten können nach individuellen Bedürfnissen ausgewählt werden. Sie bieten den Mitarbeitenden einen umfangreichen Gesundheitsschutz. Die Budget-Höhe legen Sie mit dem Arbeitgeber fest.

Übersicht der innovativen Budget-Varianten:

 GesundAKTIV+*	 GesundAGIL+* GesundAKTIV+ plus 70% Zahnersatz Implantate, Brücken, Kronen, Inlays, Kieferorthopädie etc. werden über das Budget hinaus erstattet!	 GesundVITAL+* GesundAKTIV+ plus 90% Zahnersatz*** Implantate, Brücken, Kronen, Inlays, Kieferorthopädie etc. werden über das Budget hinaus erstattet!
--	--	--

Wählbare Budgethöhen**:

300 €

600 €

900 €

1.200 €

1.500 €

Inklusive
Assistance-
Leistungen

In allen Varianten enthaltene Leistungen**:

Zahnersatz

Implantate, Brücken, Kronen, Inlays, Kieferorthopädie etc.

Zahnbehandlungen

u. a. für Füllungen, Wurzel-, Parodontose- und Schmerzbehandlungen

Zahnvorsorge

professionelle Zahnreinigung (PZR) 100 %, max. 300 € pro Versicherungsjahr; Bleaching max. 100 € pro Versicherungsjahr

Sehhilfen

Brillen, Kontaktlinsen bis 300 € pro Versicherungsjahr; operative Korrektur der Sehschärfe, z. B. LASIK

Arznei-, Heil- und Hilfsmittel

Zuzahlungen für Haushaltshilfe, Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel inkl. Restkosten für Hilfsmittel

Vorsorgeuntersuchungen (inkl. IGeL)

zusätzlich reisemedizinische Schutzimpfungen, Präventionskurse

Naturheilkunde

bei Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern sowie Ärztinnen und Ärzten (z. B. Chirotherapie, Chiropraktik, Osteopathie) inkl. Arznei-/Verbandmittel
Kinesio-Tape bis max. 100 € pro Versicherungsjahr



Optional kombinierbare Bausteine:



UnfallPrivat+*



KlinikPrivat+***



KT+*

* Für gesetzlich und privat Versicherte abschließbar.

** Die Maximalerstattungsbeträge gelten je Versicherungsjahr.

*** Ab 20 Personen abschließbar.

Dieses Druckstück enthält unverbindliche Auszüge aus den geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die betriebliche Krankenversicherung Teil I und II sowie aus dem Leistungsverzeichnis für Assistance-Leistungen der Produktlinie+. Für den Vertragsinhalt maßgeblich sind die dem jeweiligen Vertrag zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen.

Ihr Erfolg – unsere Prämien.

AG Budget-Varianten (siehe Seite 5)

Budget-Höhe	GesundAKTIV+	GesundAGIL+ (inkl. ZahnBest+)	GesundVITAL+ (inkl. ZahnBest+ und ZahnPerfekt+)
300 €	13,00 €	24,22 €	32,88 €
600 €	22,00 €	33,22 €	41,68 €
900 €	30,00 €	41,22 €	49,68 €
1.200 €	37,00 €	48,22 €	56,68 €
1.500 €	43,00 €	54,22 €	62,68 €

AG Bausteintarife (siehe folgende Seiten 6–8)

Vorsorge

Vorsorge+
5,08 €

Unfall

UnfallPrivat+
1,66 €

Krankenhaus

KlinikPrivat+
24,72 €



Dringende Empfehlung

Schließt der Arbeitgeber KlinikPrivat+ ab, sollten die Mitarbeitenden zu einer großen Anwartschaft auf den Tarif KlinikTOP1+EKH 45 beraten werden.

Zahnarzt

ZahnOptimal+	ZahnBest+	ZahnPerfekt+
9,94 €	21,16 €* 9,94 € + 11,22 €	29,62 €** 9,94 € + 11,22 € + 8,46 €

* Der Betrag setzt sich aus den Tarifen ZahnOptimal+ mit 9,94€ und ZahnBest+ mit 11,22€ zusammen.

** Der Betrag setzt sich aus den Tarifen ZahnOptimal+ mit 9,94€, ZahnBest+ mit 11,22€ sowie ZahnPerfekt+ mit 8,46€ zusammen.

Ambulant

Sehhilfe+	NaturPrivat+	Arznei+
5,54 €	10,55 €	2,76 €

Verdienstaufschlag

KT+	
KT+10	9,00 €
KT+15	13,50 €
KT+20	18,00 €

Unsere Bausteintarife – maximal flexibel.

Wenn keine Budget-Variante gewünscht ist, wählen Sie und Ihre Kundschaft aus insgesamt zehn einzelnen Bausteinen die optimale und bedarfsgerechte Krankenabsicherung für die Mitarbeitenden. So können diese von den entsprechenden Leistungen profitieren.

Keine Zahnhöchstsätze

In den arbeitgeberfinanzierten Zahn-
tarifen entfallen die Höchstsätze

Wählen Sie aus 10 Bausteinen:

Zahnbausteine inkl. Assistance-Leistungen	ZahnOptimal+ (inkl. Vorleistung GKV bzw. PKV)	ZahnBest+ ² (inkl. Vorleistung GKV bzw. PKV)	ZahnPerfekt+ ³ (inkl. Vorleistung GKV bzw. PKV und ZahnBest+)
Standardmäßiger, einfacher Zahnersatz (sog. Regelversorgung)	-	100 %	100 %
Hochwertiger Zahnersatz	-	70 %	90 %
Zahnbehandlung, inkl. Aufbissbehelfe und Schienen sowie durch die Zahnärztin oder den Zahnarzt verordnete Arzneimittel	100 %	-	-
Zahnprophylaxe und professionelle Zahnreinigung	100 % bis 300 € je Versicherungsjahr	-	-
Zahnaufhellung (Bleaching)	100 % bis 100 € je Versicherungsjahr	-	-
Besondere schmerzstillende Maßnahmen (z. B. Akupunktur, Lachgas-Sedierung, Hypnose)	100 %	-	-
Kieferorthopädie bis 20 Jahre ¹	-	70 % max. 1.500 €	90 % max. 3.000 €
Nicht erstattungsfähig	Aufbissbehelfe und Schienen im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung	Behandlungen während einer stationären Heilbehandlung	Behandlungen während einer stationären Heilbehandlung

1 Für Behandlungen, die vor dem 21. Lebensjahr begonnen werden (Altersbegrenzung entfällt bei Unfall).

2 Nur mit ZahnOptimal+ abschließbar.

3 Nur mit ZahnOptimal+ i. V. mit ZahnBest+ abschließbar.

Hinweis: Zahnärztliche Leistungen bis zum Höchstsatz GOÄ/GOZ.

Fortsetzung der Bausteine von Seite 7

Ambulant-Bausteine inkl. Assistance-Leistungen	Sehhilfe ¹ (inkl. Vorleistung GKV bzw. PKV)	NaturPrivat ¹ (inkl. Vorleistung GKV bzw. PKV)	Arznei ² (inkl. Vorleistung GKV)
Brillen (Gestell und Gläser) und alternativ Kontaktlinsen	100% bis 300 € innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren	-	-
Operationen zur Sehschärfenkorrektur (z. B. LASIK/LASEK, refraktiver Linsentausch) durch Ärztinnen und Ärzte bis zu den Höchstsätzen der GOÄ	Alternativ zur Sehhilfe; 2 x bis zu 1.000 € für ambulante Kosten	-	-
Heilpraktische Leistungen bis zu den Höchstsätzen des GebüH	-	80% bis 1.000€ je Versicherungsjahr	-
Naturheilkunde durch Ärztinnen und Ärzte bis zu den Höchstsätzen der GOÄ	-		-
Therapieformen gemäß Hufeland-Leistungsverzeichnis durch Heilpraktizierende, Ärztinnen oder Ärzte	-		-
Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel	-		-
Ärztlich verordnetes kinesiologisches Taping	-	100% bis 100€ je Versicherungsjahr	-
Gesetzliche Zuzahlungen für Heilmittel inkl. Verordnungsgebühr, Hilfsmittel, Arznei- und Verbandmittel, Haushaltshilfen, Fahrtkosten	-	-	100% bis 300€ je Versicherungsjahr
Hilfsmittelrestkosten (außer Sehhilfe) offenes Hilfsmittelverzeichnis	-	-	100% bis 300€ je Versicherungsjahr

1 Bausteine sind nur mit einem weiteren Tarif der Produktlinie+ versicherbar.

2 Der Tarif Arznei+ ist ausschließlich für gesetzlich Krankenversicherte abschließbar.



Wichtige Hinweise

- Anspruch auf die Leistung „Operationen zur Sehschärfenkorrektur“ besteht 2 x während der gesamten Vertragslaufzeit; ein erstmaliger Anspruch entsteht nach Ablauf von drei Versicherungsjahren seit Versicherungsbeginn dieses Tarifes (Tarifbeginn). Wird die Operation zur Sehschärfenkorrektur ganz oder teilweise beansprucht, besteht im entsprechenden Versicherungsjahr der Operation und in den drei darauffolgenden Versicherungsjahren kein Anspruch auf Erstattung von Brillen (Gestell und Gläser) oder Kontaktlinsen.
- Als Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker gelten keine Personen, deren Erlaubnis sich nach dem Heilpraktikergesetz lediglich auf ein bestimmtes Behandlungsgebiet beschränkt (z. B. Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker für Physiotherapie).
- Für wissenschaftlich anerkannte, nicht verschreibungspflichtige (OTC-Präparate) und naturheilkundliche Arznei- und Verbandmittel wird eine Verordnung der Ärztin, des Arztes, der Heilpraktikerin oder des Heilpraktikers benötigt. Sie müssen in der Apotheke bezogen werden.
- Kinesiologisches Tape (oder Physio-Tape) ist ein farbiges und elastisches textiles Klebeband, welches in der Alternativmedizin und im Leistungssport Verwendung findet. Die Behandlung muss durch Ärztin oder Arzt, Heilpraktikerin oder Heilpraktiker, Physiotherapeutin oder Physiotherapeut erfolgen.

Fortsetzung der Bausteine von Seite 8

Vorsorge-Baustein inkl. Assistance-Leistungen	Vorsorge+ ¹ (inkl. Vorleistung GKV)
Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen und ergänzende Vorsorgeuntersuchungen	<ul style="list-style-type: none"> - Geschlossener Vorsorgekatalog definierter Leistungen - Vorsorge-Gutscheine zur Direktabrechnung zwischen Ärztin oder Arzt und der oder dem Versicherten - 100% Erstattung nach Alter und Geschlecht gem. Vorsorge-Gutschein bis zu den Regelhöchstsätzen der GOÄ für bestimmte Vorsorgeuntersuchungen, wie z. B.: <ul style="list-style-type: none"> - Gesundheits-Check-up² für Männer und Frauen ab 18 bis 34 und ab 35 Jahre, alle 2 Jahre - Hautkrebsfrüherkennung für Männer und Frauen ab 18 bis 34 und ab 35 Jahre, alle 2 Jahre - Darmkrebsfrüherkennung für Männer und Frauen zwischen 18 und 50 Jahren, einmal pro Jahr - Krebsfrüherkennung speziell für Männer ab 18 bis 44 und ab 45, einmal pro Jahr - Krebsfrüherkennung speziell für Frauen ab 18 bis 29 und ab 30, einmal pro Jahr - Schwangerschaftsvorsorge ab 18 Jahren, einmal pro Schwangerschaft - Glaukomfrüherkennung ab 18 Jahren, alle 2 Jahre

- 1 Der Tarif Vorsorge+ ist ausschließlich für gesetzlich Krankenversicherte abschließbar.
- 2 Hinweis: Der Gesundheits-Check-up wird von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ab 35 Jahren alle 3 Jahre übernommen (bis 2019: alle 2 Jahre). Über Ihren Vorsorgetarif erhalten Sie alle zwei Jahre einen Gutschein zur Inanspruchnahme der erweiterten Leistungen.
 - Bei Einhaltung des Intervalls der GKV (alle drei Jahre) liegt immer ein gültiger Gutschein vor.
 - Wenn man diesen alle zwei Jahre nutzt, kann es zu Eigenbeteiligungen kommen, wenn die GKV ihren Teil nicht übernimmt.

Dringende Empfehlung

Schließt der Betrieb KlinikPrivat+ ab, sollten die Mitarbeitenden zur gr. AWV auf KlinikTOP1 + EKH 45 beraten werden.

Krankenhaus-Bausteine inkl. Assistance-Leistungen	KlinikPrivat+ ¹ (inkl. Vorleistung GKV)	UnfallPrivat+ (inkl. Vorleistung GKV bzw. PKV)
Stationäre Heilbehandlung in Deutschland	Immer bei medizinisch notwendiger Heilbehandlung	Bei Heilbehandlung aufgrund eines Unfalls
Stationäre Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer	100% Ein- oder Zweibettzimmer	
Wahlärztliche Behandlung, auch für die vor- und nachstationäre Behandlung nach Vorleistung der GKV	100% ohne Begrenzung, auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)	
Freie Krankenhauswahl: Bei Wahl eines anderen Krankenhauses werden die entstehenden Mehrkosten übernommen.	100 %, Transportkosten bis 300 € bei Wahl eines anderen Krankenhauses	
Ersatz-Krankenhaustagegeld	30 €/Tag bei Verzicht auf Wahlärztin oder Wahlarzt sowie freie Krankenhauswahl und 20 €/Tag bei Verzicht auf 1- oder 2-Bettzimmer	50 €/Tag bei Verzicht auf Wahlärztin oder Wahlarzt, freie Krankenhauswahl und auf 1- oder 2-Bettzimmer
Gesetzliche Zuzahlungen für die ersten 28 Tage (pro Kalenderjahr)	100 %	
Erstattung für ambulante Operationen, die eine stationäre Operation ersetzen. Die Versicherten sind im Vorfeld über entsprechende Maßnahmen in Kenntnis zu setzen.	100 %	
Stationäre Heilbehandlung im Ausland inklusive notwendiger Krankentransporte, ärztlich angeordneter Rückführung an den ständigen Wohnsitz sowie der Übernahme von Bestattungs- bzw. Überführungskosten (bis 11.000€)	Ja, aufgrund akuter Erkrankungen und bei Unfall	-
Pflegeleistungen nach Unfällen	-	<ul style="list-style-type: none"> - 150 € Pflegegeld pro Monat in Pflegegrad 1 - 500 € Pflegegeld pro Monat in Pflegegrad 2 - 800 € Pflegegeld pro Monat in Pflegegrad 3 - 1.200 € Pflegegeld pro Monat in Pflegegrad 4 - 1.500 € Pflegegeld pro Monat in Pflegegrad 5 - 4.500 € Einmalzahlung bei erstmaliger Einstufung nach mindestens Pflegegrad 4

- 1 Der Tarif KlinikPrivat+ ist ausschließlich für gesetzlich Krankenversicherte abschließbar.



Die Leistungen des Tarifes KT+ im Überblick

Leistungshöhe

Die Höhe des versicherten Tagegeldes beträgt maximal 20 Euro (je nach gewählter Absicherung).

Leistungsbeginn (Karenzzeit)

Der Tarif KT+ leistet nach Ablauf von 42 leistungsfreien Tagen (Karenzzeit) seit Beginn der völligen Arbeitsunfähigkeit.

Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet mit Eintritt der Berufsunfähigkeit oder mit Bezug einer Berufsunfähigkeits-/Erwerbsminderungsrente.

Leistungen bei Wiedereingliederung

Erfolgt im Anschluss an eine völlige Arbeitsunfähigkeit, für die aus dem Tarif KT+ geleistet wurde, eine Wiedereingliederungsmaßnahme, wird das Krankentagegeld weiter gezahlt. Wichtig für PKV-Versicherte: Sofern Zahlungen des Arbeitgebers erfolgen sollten, werden diese in voller Höhe auf das Krankentagegeld angerechnet.

Voraussetzung für die Leistung

Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit (AU) ist dem Versicherer spätestens bis zu dem Tag zu melden, von dem an das Krankentagegeld gezahlt wird. Eine ärztliche Bescheinigung über die AU mit Angabe aller Krankheiten (vollständige Diagnose) ist beizufügen oder innerhalb von drei Tagen nachzureichen. Die fortdauernde AU ist dem Versicherer 14-täglich nachzuweisen. Wird diese Obliegenheit verletzt, ist der Versicherer ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei.



Diese Übersicht ist ein Auszug aus dem Tarif KT+. Im Einzelnen gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die betriebliche Krankenversicherung Teil I und II sowie das Leistungsverzeichnis für Assistance-Leistungen.

Gute Gründe für die betriebliche Krankenversicherung – so hoch ist die finanzielle Entlastung ab dem 43. Tag einer Arbeitsunfähigkeit.

Single, Steuerklasse I, keine Kinder, GKV-versichert –

Beispiel aus dem täglichen Leben:

KT+ 10: versicherter Tagessatz 10 Euro.

Monatliches Brutto-Arbeitsentgelt	2.000,00 €
Monatliches Netto-Arbeitsentgelt	ca. 1.350,00 €
Monatliches Krankengeld	ca. 1.050,00 €
Monatliche Krankengeldlücke	ca. 300,00 €

Monatliche Krankengeldlücke rund	300,00 €
Tägliche Krankengeldlücke	10,00 €
Persönliche Absicherung durch den Arbeitgeber – Tarif KT+ 10¹	10,00 €
<hr/>	
Tägliche Krankengeldlücke	= 0,00 €

1 Der Tarif KT+ schließt die Krankengeldlücke. Der gewohnte Lebensstandard ist für Ihre Kundschaft gesichert.

Die Vorteile auf einen Blick:

- garantierte Aufnahme
- keine Wartezeiten
- exklusive Leistungen
- Versicherungsprämien werden durch die Arbeitgeber gezahlt
- umfangreiche Assistance-Leistungen für eine schnellere Genesung: beispielsweise Unterstützung bei Facharzt-Terminsuche, ärztliche Gesundheitsberatung, auch per Video (inkl. Versand von Rezepten), Pflege-Assistance-Leistungen u. v. m.



Experten-Hilfe

Wer zahlt im Krankheitsfall ab wann?

1.–42. Tag: Arbeitgeber
(Entgeltfortzahlung: 100% des Bruttoeinkommens)

43. Tag – 78. Woche:
gesetzliche Krankenversicherung
(Krankengeld: rund 78% des Nettoeinkommens)

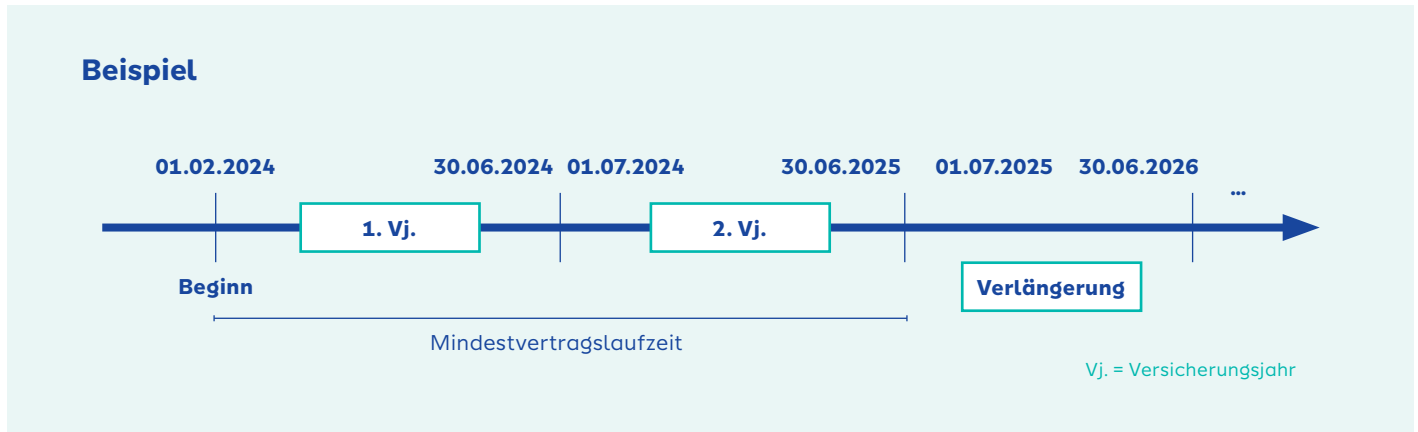
Hinweis: Für PKV-Versicherte gilt die jeweilige tarifliche Regelung.

Volle Tarifleistung bei unterjährigem Versicherungsbeginn.

Anhand eines Beispiels wollen wir veranschaulichen, wie unsere Tarifleistung in Kraft tritt.

Ein Handwerksbetrieb (beispielhaft unten Schmuck GmbH) schließt zum 01.02.24 einen Kollektivversicherungsvertrag für die Dauer von zwei Versicherungsjahren ab.

Bei unterjährigem Versicherungsbeginn steht im ersten Versicherungsjahr die volle tarifliche Leistung zur Verfügung.



Schmuck GmbH schließt den **GesundAKTIV+ 600** mit einem Budget von 600 Euro für die Mitarbeitenden ab.

Der Kollektivvertrag beginnt am 01.02.2024 und wird bis zum 30.06.2025 abgeschlossen (Mindestvertragslaufzeit zwei Versicherungsjahre).

Die Mitarbeitenden können in der Zeit vom 01.02.2024 bis zum 30.06.2024 über das volle Budget in Höhe von 600 Euro verfügen.

Vom 01.07.2024 bis zum 30.06.2025 steht das Budget erneut zur Verfügung.



So einfach ist SIGNAL IDUNA.

Kinderleicht und im Handumdrehen: Versicherung abschließen, Leistung nutzen, Geld erhalten.

So einfach kann Anna ihre betriebliche Krankenversicherung bei SIGNAL IDUNA erweitern.



Annas Unternehmen hat den Zahntarif „ZahnOptimal+“ für sie ausgewählt und übernimmt dafür die Prämienzahlung.



Anna möchte zusätzlich eine Absicherung für höherwertigen Zahnersatz sowie für ambulante Leistungen erhalten.



Als Ergänzung wählt sie die Tarife „ZahnBest+AN“ und „Ambulant+AN“. Hierfür stellt sie einen Antrag und beantwortet die erforderlichen Gesundheitsfragen.



Anna wird für diese beiden Tarife Vertragspartnerin der SIGNAL IDUNA und zahlt dafür auch die Prämien.



Sämtliche Versicherungsdokumente zu den beiden Tarifen „ZahnBest+AN“ und „Ambulant+AN“ werden Anna zugeschickt.

Zusatzbausteine erlauben Erstattungen, ohne das Budget zu verbrauchen.



Jans Unternehmen wählt „GesundVITAL+600“. Damit hat Jan ein Budget von 600 Euro und darüber hinaus Zahnersatzschutz von 90%.



Jan benötigt überraschend ein Inlay für 1.000 Euro.



Die gesetzliche Krankenkasse beteiligt sich beim Inlay mit 40 Euro.



SIGNAL IDUNA erstattet 860 Euro (90% der 1.000 Euro = 900 Euro minus den 40 Euro, die von der GKV übernommen wurden).



Die nicht erstatteten 100 Euro werden von den 600 Euro Budget abgezogen. Jan hat somit 500 Euro für weitere Gesundheitsleistungen zur Verfügung.





Darf's noch mehr sein? Unsere Assistance-Leistungen sind immer inklusive.

Sicher ist sicher: Unsere hilfreichen Assistance-Leistungen sind sowohl in den Budget-Varianten als auch in den Bausteintarifen inklusive. Zu jeder Zeit kümmert sich ein unabhängiges, kompetentes Team aus Fachärztinnen und -ärzten, medizinischen Fach- oder Pflegekräften um die bestmögliche Versorgung der Mitarbeitenden. Über unser Partnerunternehmen MD Medicus Assistance Service GmbH erhalten sie umfangreiche Gesundheitservices, die sie rund um die Uhr und an jedem Tag im Jahr kostenlos nutzen können. Hier einige beispielhafte Services.



Arzttermin-Service

Unterstützung bei der Suche nach einer Ärztin oder einem Arzt und Organisation eines zeitnahen Behandlungstermins in einer fachärztlichen, psychologischen oder physiotherapeutischen Praxis.

In über 90% der Fälle wird die Wartezeit verkürzt (abhängig von Fachgebiet/-richtung, Region und den in der Nähe der versicherten Person zur Verfügung stehenden Praxen). Schnelle Terminbestätigung innerhalb von 24–48 Stunden.



Medizinische Hilfe im Ausland

Auch im Ausland unterstützen wir mit telemedizinischer Beratung und bei der Suche nach qualifizierter Behandlung vor Ort.



Reise- und Impfberatung sowie medizinische Hilfe im Ausland

Beratung zur Tropenmedizin sowie Reiseimpfungen vor, während und nach Reisen. Unterstützung durch telemedizinische Beratung bei der Suche nach qualifizierter Behandlung.



Videoberatung

Ärztliche Videotelefonie zur Diagnose- und Therapiestellung, private Rezepte und AU-Bescheinigungen in bestimmten Fällen digital erhalten. Das Privatrezept wird über apotheke.de an festgelegte Apotheken vor Ort übermittelt und ist nicht erstattungsfähig.

Zum **Online-Formular** zwecks Terminvereinbarung gelangen die Mitarbeitenden **hier** oder über den QR-Code.





Gesundheitsberatung rund um die Uhr

Unser medizinisches Fachpersonal aus Ärztinnen und Ärzten sowie medizinischen Fachkräften berät die versicherten Personen rund um die Uhr zu individuellen Gesundheitsthemen, therapiebezogenen Informationen, Ernährungsberatung, Arzneimitteln, Reiseapotheke u. v. m.



Psychologische Beratung

Professionelle telefonische Beratung bei emotionalen, persönlichen und arbeitsbezogenen Problemen.



Pflege-Assistance

24/7-Pflegeberatung für Pflegepersonen und deren Angehörige durch examinierte Pflegeberaterinnen und Pflegeberater sowie Ärztinnen und Ärzte bei allen Fragen zur Pflege. Sie unterstützen bei der Beantragung des Pflegegrades, Feststellung der notwendigen Leistungen und Beschaffung passender Hilfs- und Pflegeleistungen sowie bedarfsgerechter Pflegehilfsmittel. Recherche nach Einrichtungen für Kurz- und Langzeitpflege (z. B. im Fall, wenn ein Elternteil der versicherten Person nicht in der Nähe lebt und nach einer OP kurzzeitig stationär versorgt werden muss). Hilfe bei der Suche nach Senioreneinrichtungen oder Hospizplätzen.

Assistance-Hotline:
0231 135-4950



Nachsorge und Reha-Management

Reha-Spezialistinnen und -Spezialisten, Fachärztinnen und -ärzte sowie Sozialversicherungsangestellte kümmern sich um alle Aspekte einer poststationären Behandlung z. B. durch:

- Beratung und Organisation rund um Anschlussheilbehandlung (Rehabilitation) und ambulante Weiterbehandlung
- Auswahl und Unterstützung geeigneter Reha-Kliniken/-Anbieter (wenn bspw. die versicherte Person dialysepflichtig ist und in der Rehabilitation aufgrund der Knie-TEP dialysiert werden muss)
- Unterstützung, um die Versorgung im häuslichen Umfeld sicherzustellen
- Vermittlung von Fahrzeug-, Wohnungs- und/oder Arbeitsplatzumbau etc.



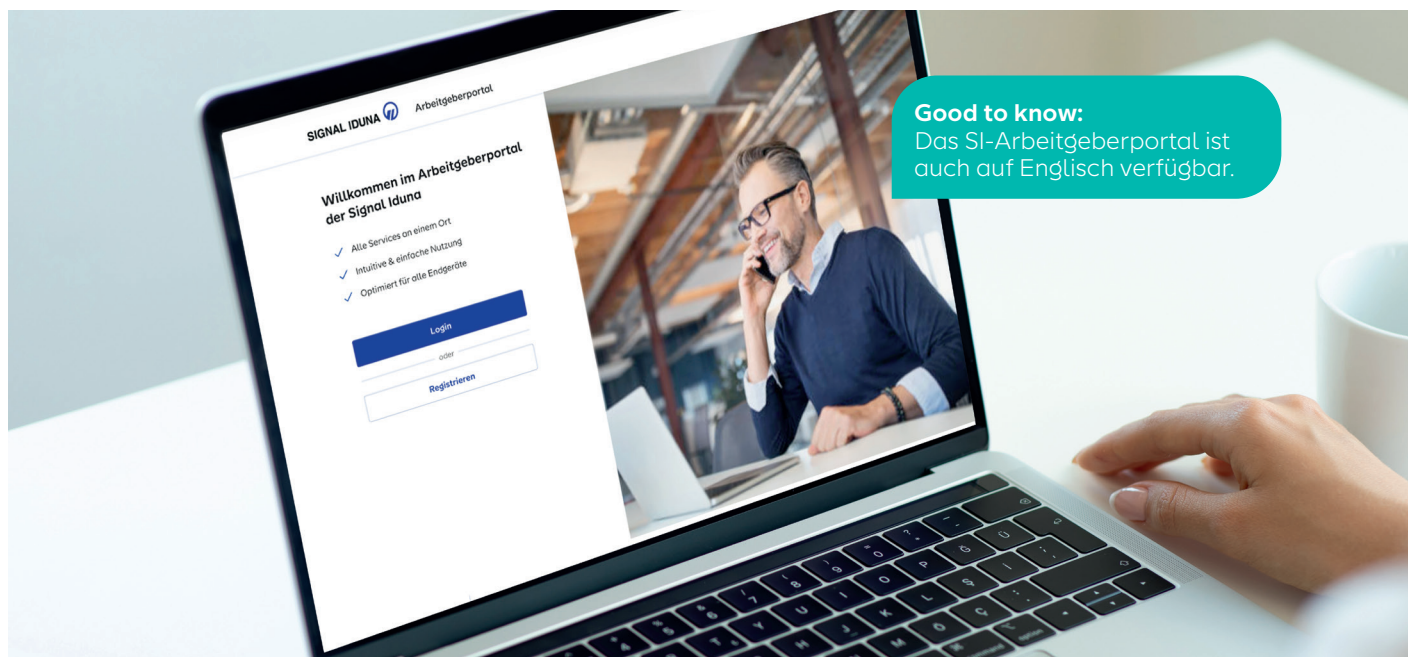
Zweitmeinungs-Service

Besprechung alternativer Behandlungsoptionen durch Fachärztinnen und -ärzte, Spezialistinnen und Spezialisten sowie Nennung medizinischer Einrichtungen und Terminvereinbarungen.



Darauf hat Ihre Kundschaft gewartet: mehr Service – weniger Aufwand.

Für einen möglichst geringen Verwaltungsaufwand nutzen Sie und der Arbeitgeber unser praktisches SI-Arbeitgeberportal.



Good to know:

Das SI-Arbeitgeberportal ist auch auf Englisch verfügbar.

Das SI-Arbeitgeberportal bietet folgende Vorteile:

- Vertragsübersicht und Personenübersichten mit Suchfunktionen
- Prämienübersichten
- An- und Abmeldung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern
- Postfachfunktionen (Eingang/Ausgang)
- unterschiedliche Berechtigungen für Außendienstpartner
- Benutzerfreundlichkeit durch Schnellaktionen
- Information über Produktangebot

Weitere individuelle Unterstützung:

Unterlagen zur Kommunikation an Mitarbeitende

Wir stellen jedem Betrieb individualisierte Gehaltsbeileger für die Einführung der betrieblichen Krankenversicherung (bKV) zur Verfügung.

Mein PLUS an Gesundheit.

Dank Ihres Arbeitgebers erhalten Sie neben einer **betrieblichen Krankenversicherung** viele zusätzliche Leistungen:

24/7 Gesundheitsberatung 24/7
Beratung rund um die Uhr zu Gesundheitsthemen.

Videoberatung
Ärztliche Diagnose- und Therapiestellung.

Arzttermin-Service
Organisation zeitnaher Termine bei Fachärzten.

Med. Hilfe im Ausland
Unterstützung bei der Arztsuche.

Diese und weitere Services erhalten Sie über die Hotline 0231 135 4950

1754603 Dez23

bKV-Card

Die bKV ist ein Ausdruck besonderer Wertschätzung seitens der Arbeitgeberin oder des Arbeitgebers. Um das Angebot der KV-Leistungen hervorzuheben, kann die bKV-Card ausgehändigt werden. Sie enthält Informationen zu den Assistance-Leistungen und die Telefonnummer der Service-Hotline. Sie kann daher in jedem Fall genutzt werden, egal, ob eine Budget-Variante oder ein Bausteintarif abgeschlossen wurde. Diese ist bestellbar unter der Formular-Nr. 17546.

Und was müssen Sie noch wissen?

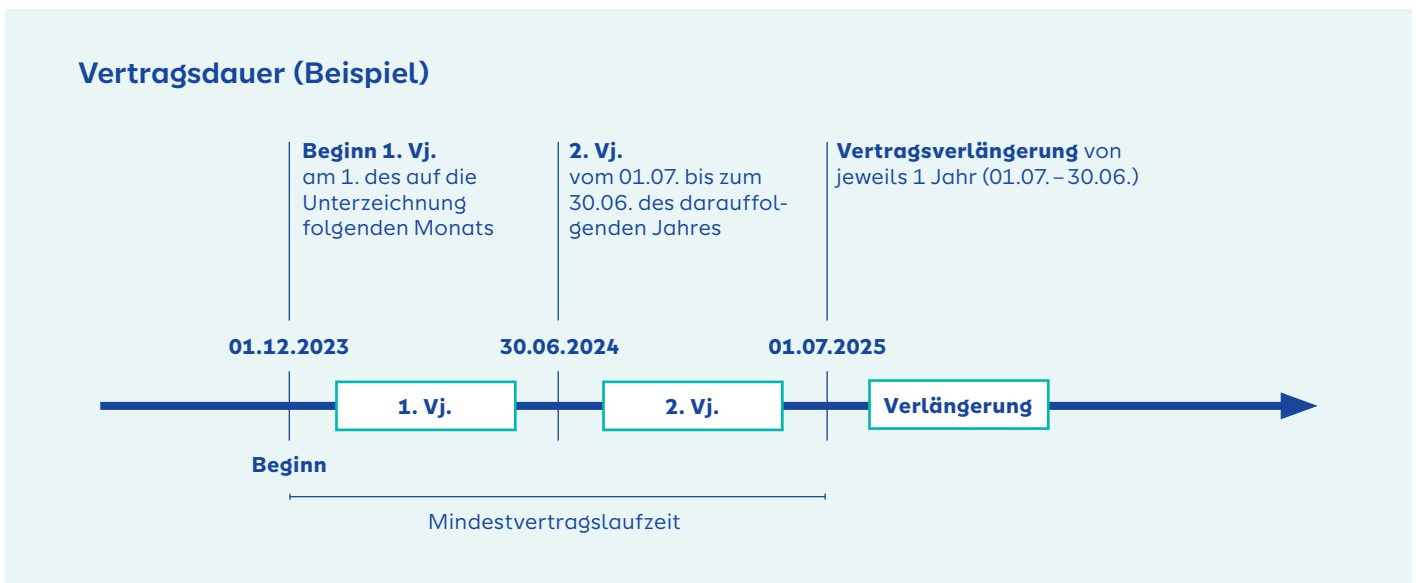
Der Vorschlag- und Antragsprozess im Produktcenter (PDC) bis 249 Personen

Unsere Rahmenbedingungen für den Abschluss einer arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Krankenversicherung:

- im PDC ist die arbeitgeberfinanzierte betriebliche Krankenversicherung rechenbar
- nur für das Neugeschäft
- nicht für Konzernstrukturen
- nur für Betriebe mit bis zu 249 versicherten Personen je Tarif

Der Abschluss eines Kollektivvertrags

Sobald ein Kollektivvertrag mit uns geschlossen wurde, hat dieser eine Mindestvertragslaufzeit von zwei Versicherungsjahren.



Verlängerungsangebot

Die Fortführung des Kollektivvertrages wird drei Monate vor dem jeweiligen Vertragsablauf angeboten. Diese kann folgende Möglichkeiten beinhalten:

1. Vertrag wird mit unveränderten Prämien und Bedingungen weiter angeboten.
2. Das Weiterführungsangebot beinhaltet Prämien- und/oder Bedingungsänderungen.

Bei Angebotsannahme Ihres Firmenkunden verlängert sich der Vertrag um ein Versicherungsjahr. Wird das Angebot zur Vertragsverlängerung nicht angenommen, endet der Vertrag. Die Mitarbeitenden erhalten im Anschluss ein Schreiben mit der Möglichkeit zur Fortführung im Rahmen der arbeitnehmerfinanzierten bKV (Weiterversicherungsangebot).

Der Beratungsprozess für Unternehmen ab 250 Personen und Konzernstrukturen.

Konzernstrukturen können auch bei **Unternehmen mit weniger als 250 Mitarbeitenden** auftreten. Sowohl für diese als auch für Unternehmen, die über 249 Mitarbeitende in einem Tarif versichern, gilt der rechts stehende Erfassungsbogen.

In diesem Fall ist der **Erfassungsbogen** direkt an die Firmenkundenabteilung **kvp2-94320** unter folgender E-Mail-Anschrift zu senden:

bKV-angebote@signal-iduna.de

Anhand der angegebenen Alters- und Geschlechterstruktur des Unternehmens werden **die Tarife individuell kalkuliert**. Die Vorschlagsberechnung sowie Erstellung des Kollektivvertrages läuft über kvp2-94320.

SIGNAL IDUNA

Erfassungsbogen zur arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Krankenversicherung (bKV-AG)

Für Unternehmen bis 249 Personen

1 Unternehmensdaten

1.1 Versicherungsnehmer (siehe auch Punkt 5.1)

Name des Betriebes (Versicherungsnahmer) und Rechtsform

Branche, Gegenstand des Geschäftsbetriebes

Städte, Postnummer, Postfach, Ort

Anzahl Mitarbeitende gesamt

1.2 Rahmenbedingungen

Besteht eine Mitgliedschaft in einem Versorgungswerk? Ja Nein

Name des Versorgungswerkes

1.3 Gesprächsbeauftragter im Unternehmen

Abdominischer Titel, Adresse

Name, Vorname, Funktion

Ort der Beratung, Datum, Uhrzeit

Eintrags-/Gesprächsbeauftragter

2 Beginn des Kollektivvertrages

geplannter Beginn des Kollektivvertrages

Was ist zu beachten, wenn keine arbeitgeberfinanzierte bKV besteht?

Die Lösung: Abschluss eines Rahmenvertrages zwischen der Arbeitgeberin oder dem Arbeitgeber und SIGNAL IDUNA.

Fakultative arbeitnehmerfinanzierte (AN-finanzierte) bKV

Schließt der Arbeitgeber einen Rahmenvertrag mit SIGNAL IDUNA für die Mitarbeitenden ab, entscheiden diese selbst, welche Leistungen sie für sich und ihre Familienangehörigen in Anspruch nehmen möchten und zahlen die entsprechenden Beiträge selbst.

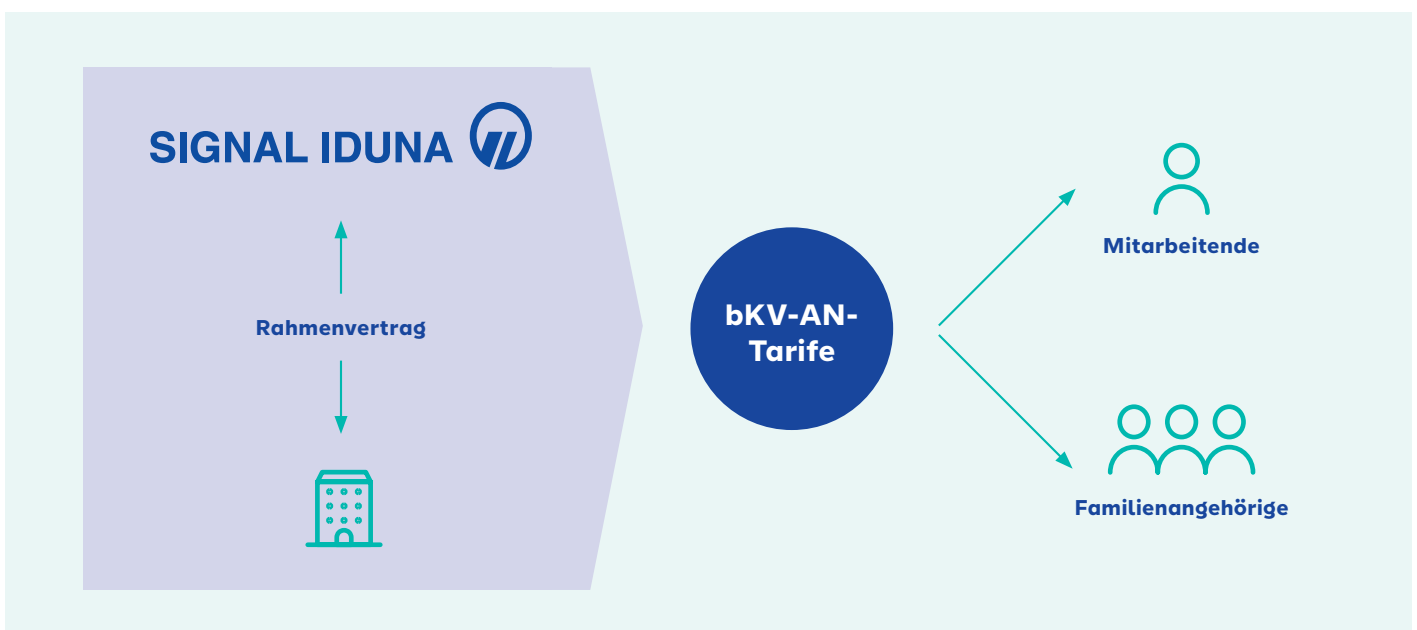
Mehr Antworten auf Fragen zu AN-finanzierten Tarifen finden Sie auf Seite 19.



Wünscht Ihre Kundschaft den Abschluss einer fakultativen bKV?

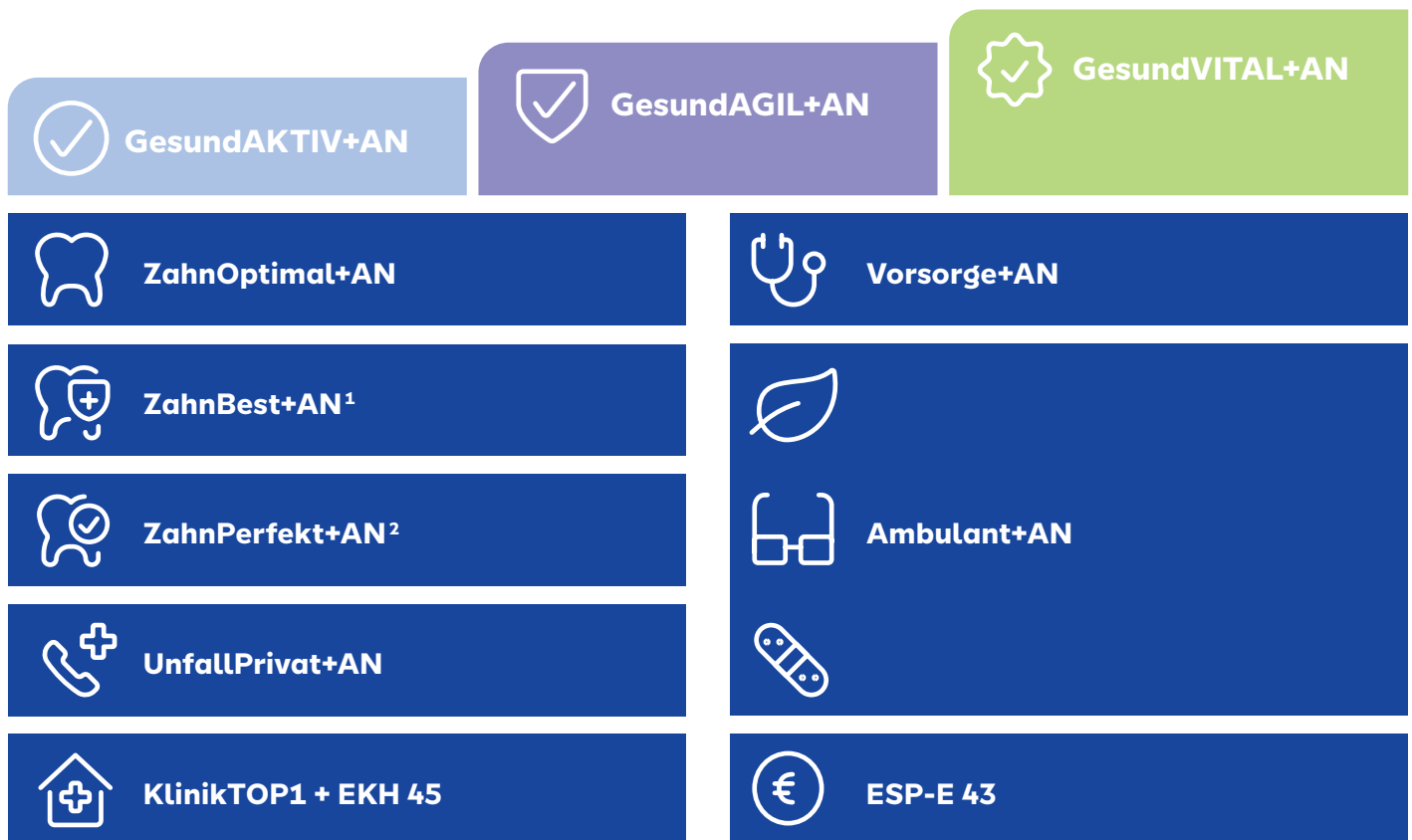
Kein Problem – wenden Sie sich dafür an die Abteilung kvp2-94320 unter nachfolgender E-Mail-Anschrift:

bKV-angebote@signal-iduna.de



Genauso einfach, genauso gut: die arbeitnehmerfinanzierte betriebliche Krankenversicherung.

Mitarbeitende können noch mehr für ihre Gesundheit tun, indem sie ihre bestehende betriebliche Krankenversicherung (bKV) erweitern oder für ihre Angehörigen abschließen.



Die Budget-Varianten und Bausteintarife sind grundsätzlich für privat und gesetzlich Krankenversicherte möglich.

Ausnahmen: Der Tarif KlinikTOP1/Vorsorge+AN ist ausschließlich für gesetzlich Krankenversicherte versicherbar.

1 Nur mit ZahnOptimal+(AN)/GesundAKTIV+(AN) abschließbar.

2 Nur mit ZahnOptimal+(AN)/GesundAKTIV+(AN) i. V. mit ZahnBest+(AN) abschließbar.

In folgenden Fällen können die arbeitnehmerfinanzierten (AN) Tarife angeboten werden:

- Mitarbeitende möchten ihre bestehenden Leistungen über ihren Arbeitgeber gegen eigenen Beitrag ergänzen.
- Es wird Versicherungsschutz für Familienangehörige gewünscht.
- Fortführung ist bei Ausscheiden aus dem Unternehmen oder Beendigung des Kollektivvertrages möglich (Weiterführungsangebot ohne Gesundheitsprüfung innerhalb von zwei Monaten).
- Der Arbeitgeber schließt einen Rahmenvertrag ab, der die Mitarbeitenden berechtigt, die AN-finanzierten Tarife für sich und Familienangehörige abzuschließen.



Wer zählt zu den „Familienangehörigen“?

- Ehepartnerinnen und Ehepartner
- Lebenspartnerinnen und Lebenspartner
- Lebensgefährtinnen und Lebensgefährten in häuslicher Gemeinschaft lebend
- Kinder (leibliche Kinder, Stiefkinder, Pflegekinder sowie Adoptionskinder der Arbeitnehmerin oder des Arbeitnehmers)*

* Kinder sind annahmefähig

- bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,

- bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind, und

- bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in einer Schul- oder Berufsausbildung befinden.

Welche Unterschiede bestehen zu den Tarifen der arbeitgeberfinanzierten bKV?

Es bestehen grundsätzlich die gleichen Leistungsaussagen in den arbeitgeber- und arbeitnehmerfinanzierten Tarifen.

So unterscheiden sich die Tarife allgemein:

Abweichend von den arbeitgeberfinanzierten Tarifen sind **laufende Versicherungsfälle** ausgeschlossen.

Ausnahme: Weiterversicherung nach einer AG-finanzierten bKV.

- Besonderheit der Budget-Variante **GesundAKTIV+AN**, sofern über den Arbeitgeber die Budget-Variante GesundAKTIV+ besteht: Mitarbeitende können den GesundAKTIV+AN nicht hinzuversichern (= Höherstufung) und Familienangehörige können den GesundAKTIV+AN bis zur gleichen Budgethöhe versichern wie der über die Arbeitgeberin oder den Arbeitgeber versicherte Mitarbeitende.
- Besteht über den Arbeitgeber keine Budget-Variante, können Mitarbeitende und deren Familienangehörige die Budgethöhe frei wählen. Die Mitarbeitenden können den GesundAKTIV+AN versichern, sofern über den Arbeitgeber nicht der Tarif ZahnOptimal+AN oder GesundAKTIV+AN besteht.
- Der Tarif **ZahnOptimal+AN** sieht **keine Zahnhöchstsätze** vor. Die Tarife **ZahnBest+AN/ZahnPerfekt+AN** sehen in den ersten Versicherungsjahren Zahnhöchstsätze vor:
 - im 1. Versicherungsjahr: 750 Euro
 - im 2.-4. Versicherungsjahr: 3.000 Euro
 - ab dem 5. Versicherungsjahr: **keine Begrenzung**

- Der Tarif **Ambulant+AN** umfasst die Leistungen der Tarife **NaturPrivat+, Sehhilfe+ und Arznei+** als ambulanter Kompakttarif.
- Die beitragsmäßigen Begrenzungen der verschiedenen Leistungen sind in den ersten Versicherungsjahren gestaffelt, in Abhängigkeit vom Versicherungsbeginn (VB).
 - Beispiel Naturheilkunde/heilpraktische Behandlung:
 - VB vom 01.07.-30.09: 1.000 Euro
 - VB vom 01.10.-31.12: 750 Euro
 - VB vom 01.01.-31.03: 500 Euro
 - VB vom 01.04.-30.06: 250 Euro
- Für die Tarife **KlinikPrivat+** und **KT+** stehen in der AN-finanzierten bKV Tarife aus der normalen **Einzelversicherung (KlinikTOP1(pur) und EKH 45 und ESP-E 43)** zur Verfügung.

Die Tarife sehen teilweise eine Gesundheitsprüfung vor.

Tarif	Erfolgt eine Gesundheitsprüfung?
Vorsorge+AN	nein
UnfallPrivat+AN	nein
GesundAKTIV+AN (Budget 300 Euro und 600 Euro)	nein
GesundAKTIV+AN (Budget 900 Euro, 1.200 Euro und 1.500 Euro)	ja
Ambulant+AN	ja
ZahnOptimal+AN	ja
ZahnBest+AN	ja
ZahnPerfekt+AN	ja
KlinikTOP1(pur) + EKH 45	ja
ESP-E 43	ja

Die Aussagen zur Gesundheitsprüfung gelten nur, wenn die bKV-AN-Tarife als „Upgrade“ oder für Familienangehörige abgeschlossen werden. Werden nach Ausscheiden aus dem Unternehmen die bisherigen bKV-Tarife (AG-finanziert) in den entsprechenden bKV-AN-Tarifen weitergeführt, erfolgt in diesen Fällen keine Gesundheitsprüfung!

Alle Tarife – viele Möglichkeiten.

AN Budget-Varianten (siehe Seite 19 + 20)

Eintrittsalter	Gesund-AKTIV+ 300AN	Gesund-AKTIV+ 600AN	Gesund-AKTIV+ 900AN	Gesund-AKTIV+ 1200AN	Gesund-AKTIV+ 1500AN
0-17	7,42 €	11,14 €	14,15 €	18,70 €	22,98 €
18-39	16,13 €	26,85 €	36,41 €	49,42 €	61,57 €
40-59	21,18 €	35,83 €	48,84 €	66,20 €	82,21 €
60-69	21,91 €	37,61 €	51,91 €	70,89 €	88,45 €
70-110	25,50 €	43,35 €	59,68 €	81,69 €	102,46 €

Eintrittsalter	Gesund-AGIL+ 300AN	Gesund-AGIL+ 600AN	Gesund-AGIL+ 900AN	Gesund-AGIL+ 1200AN	Gesund-AGIL+ 1500AN
0-17	14,22 €	17,94 €	20,95 €	25,50 €	29,78 €
18-39	22,37 €	33,09 €	42,65 €	55,66 €	67,81 €
40-59	34,64 €	49,29 €	62,30 €	79,66 €	95,67 €
60-69	41,59 €	57,29 €	71,59 €	90,57 €	108,13 €
70-110	49,92 €	67,77 €	84,10 €	106,11 €	126,88 €

Eintrittsalter	Gesund-VITAL+ 300AN	Gesund-VITAL+ 600AN	Gesund-VITAL+ 900AN	Gesund-VITAL+ 1200AN	Gesund-VITAL+ 1500AN
0-17	17,49 €	21,21 €	24,22 €	28,77 €	33,05 €
18-39	26,05 €	36,77 €	46,33 €	59,34 €	71,49 €
40-59	42,25 €	56,90 €	69,91 €	87,27 €	103,28 €
60-69	52,51 €	68,21 €	82,51 €	101,49 €	119,05 €
70-110	65,51 €	83,36 €	99,69 €	121,70 €	142,47 €

Die Budget-Variante GesundAGIL+AN besteht aus den Tarifen GesundAKTIV+AN und ZahnBest+AN – dies ist bereits in den Prämien berücksichtigt. Die Budget-Variante GesundVITAL+AN besteht aus den Tarifen GesundAKTIV+AN, ZahnBest+AN und ZahnPerfekt+AN – dies ist bereits in den Prämien berücksichtigt.

Vorsorge

Eintrittsalter	Vorsorge+AN
18-69	14,29 €
70-110	14,29 €

Zahnarzt

Eintrittsalter	ZahnOptimal+AN	ZahnBest+AN	ZahnPerfekt+AN
0-17	1,37 €	6,80 €	3,27 €
18-39	11,15 €	6,24 €	3,68 €
40-59	12,03 €	13,46 €	7,61 €
60-69	12,30 €	19,68 €	10,92 €
70-110	12,26 €	24,42 €	15,59 €

Ambulant

Eintrittsalter	Ambulant+AN
0-17	10,52 €
18-39	21,38 €
40-59	30,41 €
60-69	33,06 €
70-110	31,42 €

Unfall

Eintrittsalter	UnfallPrivat+AN
0-17	1,53 €
18-39	1,26 €
40-59	1,76 €
60-69	4,24 €
70-110	10,99 €

Eintrittsalter	KlinikTOP1(pur) + EKH 45	KlinikTOP1 + EKH 45
0-14		
15-19		
20	19,05 €	31,16 €
21	19,28 €	31,94 €
22	19,53 €	32,76 €
23	19,80 €	33,61 €
24	20,08 €	34,48 €
25	20,35 €	35,34 €
26	20,62 €	36,20 €
27	20,91 €	37,09 €
28	21,20 €	37,97 €
29	21,52 €	38,88 €
30	21,81 €	39,77 €
31	22,12 €	40,68 €
32	22,46 €	41,62 €
33	22,79 €	42,56 €
34	23,13 €	43,52 €
35	27,76 €	44,51 €
36	28,14 €	45,54 €
37	28,52 €	46,59 €
38	28,91 €	47,68 €
39		48,84 €
40		50,06 €
41		51,34 €
42		52,70 €
43		54,11 €
44		55,58 €
45		57,10 €
46		58,68 €
47		60,31 €
48		62,00 €
49		63,73 €
50		65,53 €
51		67,38 €
52		69,28 €
53		71,23 €
54		73,25 €
55		75,32 €
56		77,45 €
57		79,61 €
58		81,87 €
59		84,16 €
60		86,52 €
61		88,95 €
62		91,42 €
63		93,93 €
64		96,46 €
65		99,02 €
66		101,58 €
67		104,14 €
68		106,68 €
69		109,19 €
70		111,51 €

Welche Gesundheitsfragen müssen beantwortet werden?

Welche Gesundheitsfragen müssen bei Beantragung der Tarife ZahnOptimal+AN, ZahnBest+AN, ZahnPerfekt+AN und GesundAKTIV+AN (in den Stufen 900 bis 1.500 Euro) beantwortet werden?

Frage 1:

Fand in den letzten 3 Jahren ein Besuch bei einer Kieferorthopädin oder einem Kieferorthopäden statt oder wurde ein solcher von einer Ärztin oder einem Arzt angeraten (nicht für ZahnOptimal+AN)?

Frage 2:

Besteht oder bestand in den letzten 3 Jahren eine Parodontose/Parodontitis?

Frage 3:

Werden aktuell Zahnersatz- und/oder Zahnbehandlungsmaßnahmen durchgeführt oder wurden diese von einer Zahnärztin oder einem Zahnarzt empfohlen?

Frage 4:

Fehlen Zähne (ausgenommen Weisheitszähne oder Milchzähne)? Sind Zähne überkront oder ersetzt?

– Wie viele Zähne fehlen (ausgenommen Weisheitszähne und Milchzähne)?

– Wie viele Zähne sind überkront oder ersetzt (inklusive überbrückter Zähne und Implantate)?

Welche Gesundheitsfrage muss bei Beantragung der Tarife Ambulant+AN und GesundAKTIV+AN (in den Stufen 900 bis 1.500 Euro) und ESP-E 43 (bis 20 Euro) beantwortet werden?

Frage 1:

Erfolgten in den letzten 5 Jahren Behandlungen oder Untersuchungen wegen folgender Erkrankungen/Beschwerden: Alkohol-/Drogenmissbrauch, Asthma bronchiale, chronische Darmerkrankung (Colitis ulcerosa, Morbus Crohn), Diabetes mellitus, Epilepsie, Herzinfarkt, Krebserkrankung, Multiple Sklerose, Neurodermitis, psychische Erkrankung, rheumatische Erkrankung, Schlaganfall? Oder wurde eine HIV-Infektion festgestellt?

Welche Gesundheitsfragen müssen zusätzlich bei Beantragung des Tarifs ESP-E 43 (bis 20 Euro) beantwortet werden?

Frage 1:

Erfolgten in den letzten 5 Jahren Behandlungen oder Untersuchungen wegen folgender Erkrankungen/Beschwerden: Alzheimer, Arthritis, Arthrose, Blutgerinnungsstörung, Demenz, Knochenschwund, Lähmungen, Morbus Parkinson, Muskelschwund?

Frage 2:

Erfolgten in den letzten 5 Jahren Behandlungen oder Untersuchungen wegen folgender Erkrankungen: Aneurysma (Gefäßweiterung), Arteriosklerose (Gefäßverkalkung), Herzklappenerkrankungen, Herzmuskelschwäche, Herzrhythmusstörungen, Erkrankungen des Gehirns, Erkrankungen des Nervensystems, bakterielle Meningitis (Hirnhautentzündung), Enzephalitis (Entzündung des Gehirns), Hirnblutung, Hepatitis, Lebererkrankungen, Lungenerkrankung, Nierenerkrankungen, Nierenversagen, Verlust großer Extremitäten?

Frage 3:

Sind Sie arbeitsunfähig oder waren Sie in den letzten 3 Jahren länger als 1 Woche durchgehend arbeitsunfähig?

Welche Gesundheitsfragen müssen bei Beantragung der Tarife KlinikTOP1(pur) + EKH 45 und ESP-E 43 (ab 21 EUR) beantwortet werden?

Frage 1:

Größe und Gewicht?

Frage 2:

Wird eine Brille oder werden Kontaktlinsen getragen oder benötigt bzw. wurde(n) diese verordnet?

Frage 3:

Wurde eine HIV-Infektion festgestellt (zum Beispiel durch einen AIDS-Test)?

Frage 4:

Besteht eine Schwangerschaft?

Frage 5:

Haben Untersuchungen, Beratungen oder Behandlungen wegen unerfülltem Kinderwunsch stattgefunden bzw. ist eine Sterilität oder Unfruchtbarkeit bekannt?

Frage 6:

Bestehen bzw. bestanden in den letzten 3 Jahren Beschwerden oder Krankheiten und/oder bestehen Körperimplantate, Unfallfolgen, Fehlbildungen, Körperschäden irgendwelcher Art?

Frage 7:

Erfolgten in den letzten 3 Jahren ambulante Behandlungen, Beratungen, (Kontroll-)Untersuchungen durch Ärzte, Heilpraktiker oder andere Leistungserbringer oder wurden diese angeraten bzw. sind diese vorgesehen?

Frage 8:

Werden oder wurden in den letzten 3 Jahren Arzneimittel regelmäßig genommen/angewendet?

Frage 9:

Erfolgten in den letzten 5 Jahren Krankenhaus-, Kur-, Reha- oder Sanatoriumsaufenthalte bzw. ambulante Operationen oder wurden diese angeraten bzw. sind diese vorgesehen?

Frage 10:

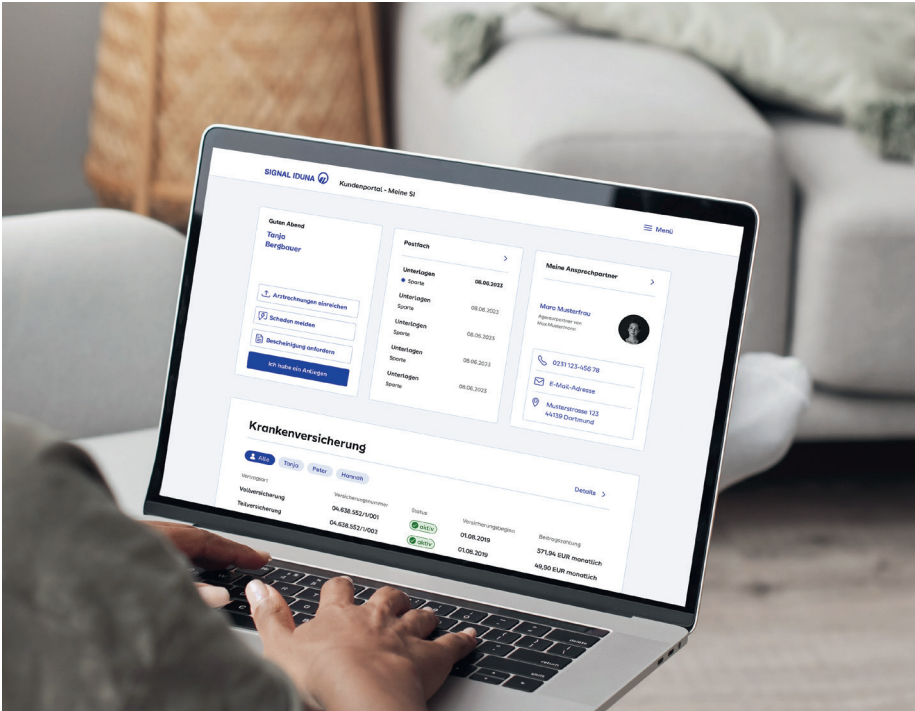
Werden oder wurden in den letzten 10 Jahren psychologische/psychiatrische Behandlungen/Beratungen (einschließlich probatorischer Sitzungen) oder Behandlungen/Beratungen wegen Suchterkrankungen durchgeführt, angeraten oder sind diese vorgesehen?

Hinweis: Wenn Fragen mit Ja beantwortet wurden, sind nähere Angaben/Einzelheiten zu den Fragen erforderlich.



Service-Auswahl für die Mitarbeitenden.

Digital ist besser – und immer erreichbar. Rund um die Uhr sind wir und unsere Services für die Mitarbeitenden da.



meine.signal-iduna.de:

Vollständige Übersicht

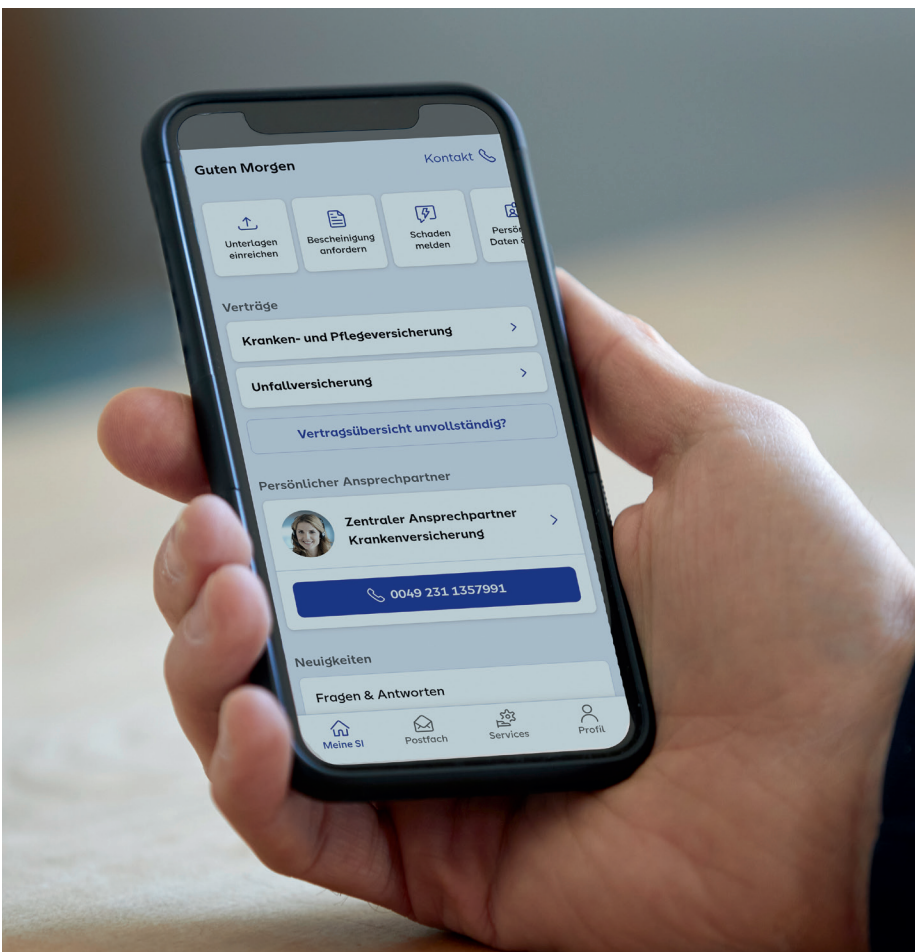
Verträge und Leistungen vollständig auf einen Blick rund um die Uhr.

Daten ändern

Persönliche Daten, wie z. B. Adresse oder Bankverbindung, ändern.

Formulare und Erklärungen

Vorgefertigte Formulare und Erklärungen zu vielen Themen rund um die Krankenversicherung verfügbar.



„Meine SI Mobile App“:

Digitale Rechnungseinreichung:

Abfotografieren, hochladen, fertig.

Aktuelle Vertragsübersicht:

Jederzeit Einsicht in alle Verträge.

Zugriff auf bKV-Services:

Überblick über Vorsorgeuntersuchungen, Besuche bei Ärztinnen oder Ärzten und mehr.



Jetzt Services der „Meine SI Mobile App“ entdecken:

Fotografieren und einsenden Ihrer Rechnungen, Vertragsverwaltung und vieles mehr!



Die wichtigsten Verkaufsargumente unserer bKV auf einen Blick.

Überzeugen Sie Ihre Kundschaft mit unseren innovativen Services und umfangreichen Leistungen:

- individuelle, zum Betrieb passende Tarife
- bereits ab drei Mitarbeitenden möglich
- einfache Verwaltung dank innovativem SI-Arbeitgeberportal
- Förderung der Gesundheit der Mitarbeitenden
- Steigerung der Unternehmensattraktivität und Gewinnung von Fachkräften
- Bindung von Mitarbeitenden
- Verbesserung von Produktivität und Leistungsfähigkeit der Belegschaft



SIGNAL IDUNA Gruppe
Hauptverwaltung Dortmund
Joseph-Scherer-Straße 3
44139 Dortmund

Telefon 0231 135-0
Fax 0231 135-4638

Hauptverwaltung Hamburg
Neue Rabenstraße 15-19
20354 Hamburg

Telefon 040 4124-0
Fax 040 4124-2958
info@signal-iduna.de

signal-iduna.de