

Analyse Krankenversicherung



Vorschlag für

Dr. Angestellt Mustermann

Dieser Vorschlag wurde Ihnen überreicht durch:

Dr. Schlemann unabhängige Finanzberatung e.K., Dr. Berndt Schlemann
Ernastr. 31, 51069 Köln
Telefon: 0221-688040, Mobil: 0173-2554477, Telefax: 0221-688081
Email: kv@schlemann.com, Internet: www.schlemann.com

Levelnine 

Analyse Krankenversicherung

Angaben zur Person

Vorname: Dr. Angestellt
Nachname: Mustermann
Geburtsdatum: 01.11.1982
Geschlecht: Mann
Berufsgruppe: Mediziner/in angestellt
Status: Versicherungsnehmer

Berechnungsvorgaben

Versicherungsbeginn: 01.03.2014
Tarifgebiet: West
Tarifarten: Krankenvollversicherung
Pflegetagegeld: Nein
Krankentagegeld 130 € ab 43. Tag

Vorgeschlagene Tarife

Anhand Ihrer Vorgaben habe ich folgende Tarife aus über 35 privaten Krankenversicherungsanbietern für Sie ermittelt.
Auf den folgenden Seiten werden die Tarife näher erläutert.

Versicherer	Tarif/e	Monatsbeitrag
Barmenia	VHV1A+ PVN TM42+	553,75 €
Hallesche	MAS.Bonus URZ JOKER.flex PVN MKT.43	628,22 €
Universa	uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PV N uni-KT 43	612,76 €
AXA - DBV	VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	511,43 €
Inter	JA U JE U PVN TMA 6 U	526,49 €
Allianz	Ärzte Best100 PVN KTM07W	583,42 €

Wenn Sie Fragen zu den vorgeschlagenen Produkten haben, stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

Analyse Krankenversicherung

Tarifkurzbeschreibungen und Beiträge

Anhand Ihrer Angaben und Wünsche habe ich folgende Tarife für Sie ermittelt. Bitte beachten Sie auch die jeweiligen Versicherungsbedingungen.

Barmenia		Hallesche		Universa		AXA - DBV		Inter		Allianz	
VHV1A+	450,68 €	JOKER.flex	3,50 €	uni-AM 155	277,08 €	Prem Zahn-U	78,89 €	JA U	418,88 €	Ärzte Best100	481,69 €
Kompakttarif für Ärzte, deren Ehegatten/ Lebenspartner und Kinder sowie für Medizinstudenten		Optionsversicherung für Vollversicherte bis Alter 45 der HALLESCHER.		100% Erstattung für ambulante Behandlung. 155,- € Selbstbeteiligung.		Zahntarif: 100% Zahnbehandlung 90% Zahnersatz 90-100% Kieferorthopädie		Kompakttarif mit 100% Erstattung für ambulante Behandlung, Regel- u. Wahlleistungen (2-Bettzimmer, Wahlarzt), 100% Zahnbehandlung, 80% Zahnersatz u. Kieferorthopädie. Tarif für Ärzte, deren Ehegatten u. Kinder.		Kompakttarif Ambulant: 100% Ambulante Heilbehandlung	
Ambulant: 100% Ambulante Heilbehandlung 100% Heilpraktiker 85% Psychotherapie		Versicherungsfähig sind Personen, sofern sie bei der HALLESCHER gleichzeitig eine Krankheitskostenvollversicherung oder eine Beihilfe-Restkostenversicherung abschließen.		Versicherungsfähig sind Ärzte mit Ausnahme von Tierärzten, die ihren ständigen Wohnsitz im Tätigkeitsgebiet des Versicherers haben sowie - deren unterhaltsberechtigten Ehegatten oder - Lebenspartner oder - Partner in der nichtehelichen Lebensgemeinschaft und - ihre nicht verheirateten Kinder, längstens bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres		Tarifstand: 01.01.2013		Tarifstand: 01.01.2014		Stationär: 100% Regel- u. Wahlleistungen 100% 1- o. 2-Bettzimmer 100% Wahlärztliche Behandlung	
Stationär: 100% Regelleistungen 100% Wahlleistungen (1- o. 2-Bettzimmer, Privatarzt)		Tarifstand: 01.01.2013								Zahn: 100% Zahnbehandlung 85% Zahnersatz 85% Kieferorthopädie	
Zahn: 100% Zahnbehandlung 85% Zahnersatz 85% Kieferorthopädie										Tarif für Ärzte und deren Familienangehörige	
Tarif ohne Selbstbehalt										Tarifstand: 01.01.2013	
Tarifstand: 01.01.2013											

Tarifkurzbeschreibungen und Beiträge

Barmenia	Hallesche	Universa	AXA - DBV	Inter	Allianz
	<p>MAS.Bonus 512,49 €</p> <p>Kompakttarif mit 100% Erstattung für ambulante Behandlung, Regel- u. Wahlleistungen (2-Bett-Zimmer, Wahlarzt), 100% Zahnbehandlung, 75% Zahnersatz u. Kieferorthopädie. In Tarifstufe MAS Bonus erhält die versicherte Person einen monatlichen Bonus in Höhe von 60 €, der im Leistungsfall verrechnet wird.</p> <p>Tarif für Ärzte, deren Ehegatten und Kinder.</p> <p>Tarifstand: 01.01.2013</p>	<p>uni-STM 100 152,08 €</p> <p>Stationärer Tarif</p> <p>Versicherungsfähig sind Ärzte mit Ausnahme von Tierärzten, die ihren ständigen Wohnsitz im Tätigkeitsgebiet des Versicherten haben sowie</p> <ul style="list-style-type: none"> - deren unterhaltsberechtigter Ehegatte oder - Lebenspartner oder - Partner in der nichtehelichen Lebensgemeinschaft und - ihre nicht verheirateten Kinder, längstens bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres <p>Tarifstand: 01.01.2014</p>	<p>VA6-U 340,74 €</p> <p>Ambulant: 100% Ambulante Heilbehandlung 100% Heilpraktiker 80-100% Psychotherapie</p> <p>Stationär: 100% 1- o. 2-Bettzimmer 100% Wahlärztliche Behandlung 100% Regelleistungen</p> <p>Tarif für Ärzte und deren Familienangehörige.</p> <p>Tarifstand: 01.01.2013</p>	<p>JE U 4,54 €</p> <p>1-Bettzimmer. Ergänzungsbaustein zu Tarif JAL.</p> <p>Tarifstand: 01.01.2013</p>	

Analyse Krankenversicherung

Tarifkurzbeschreibungen und Beiträge

Barmenia		Hallesche		Universa		AXA - DBV		Inter		Allianz	
		URZ	1,00 €	uni-ZAM 100	67,60 €						
		Auslandsreise-Zusatzversicherung: Auslandskrankenschutz bis zu 8 Wochen. Tarifstand: 01.01.2013		Zahntarif: 100% Zahnbehandlung 80% Zahnersatz 100% Kieferorthopädie Versicherungsfähig sind Ärzte mit Ausnahme von Tierärzten, die ihren ständigen Wohnsitz im Tätigkeitsgebiet des Versicherten haben sowie - deren unterhaltsberechtigten Ehegatten oder - Lebenspartner oder - Partner in der nichtehelichen Lebensgemeinschaft und - ihre nicht verheirateten Kinder, längstens bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres Tarifstand: 01.01.2013							
Gesetzlicher Zuschlag:	45,07 €	Gesetzlicher Zuschlag:	51,60 €	Gesetzlicher Zuschlag:	49,68 €	Gesetzlicher Zuschlag:	41,96 €	Gesetzlicher Zuschlag:	42,34 €	Gesetzlicher Zuschlag:	48,17 €
PVN	20,30 €	PVN	20,11 €	PVN	20,30 €	PVN	20,72 €	PVN	19,78 €	PVN	19,76 €
Pflegepflichtversicherung. Tarifstand: 01.01.2013		Pflegepflichtversicherung. Tarifstand: 01.01.2013		Pflegepflichtversicherung. Tarifstand: 01.01.2013		Pflegepflichtversicherung. Tarifstand: 01.01.2012		Pflegepflichtversicherung. Tarifstand: 01.01.2013		Pflegepflichtversicherung. Tarifstand: 01.01.2013	

Analyse Krankenversicherung

Tarifkurzbeschreibungen und Beiträge

Barmenia		Hallesche		Universa		AXA - DBV		Inter		Allianz	
TM42+	37,70 €	MKT.43	39,52 €	uni-KT 43	46,02 €	KTGA 42-U	29,12 €	TMA 6 U	40,95 €	KTM07W	33,80 €
Krankentagegeld für Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte ab dem 43. Tag. Tarifstand: 01.01.2013		Krankentagegeld für Ärzte u. Zahnärzte ab dem 43. Tag. Der Tarif ist nur für Hallesche- und GKV-Versicherte versicherbar. Darf nicht mit einer anderen PKV abgeschlossen werden! Tarifstand: 01.01.2014		Krankentagegeld ab dem 43. Tag. Tarifstand: 01.01.2014		Krankentagegeldtarife ab dem 43. Tag für Ärzte und Zahnärzte Tarifstand: 01.01.2013		Krankentagegeld ab dem 43. Tag für angestellte Ärzte, Zahnärzte u. Tierärzte. Tarifstand: 01.01.2014		Krankentagegeld ab dem 43. Tag für Ärzte, Zahnärzte. Tarifstand: 01.01.2013	
Gesamtbeitrag mtl.:	553,75 €		628,22 €		612,76 €		511,43 €		526,49 €		583,42 €
Arbeitnehmeranteil mtl.:	276,87 €		321,70 €		306,38 €		255,72 €		263,25 €		291,71 €
Effektivbeitrag inkl.SB mtl.:	276,87 €		321,70 €		319,29 €		255,72 €		263,25 €		291,71 €

Effektivbeitrag: Fiktiver monatlicher Beitrag inkl. 1/12 des jährlichen Selbstbehaltes.

Analyse Krankenversicherung

Übersicht der Leistungsstärke

Die folgende Übersicht soll Ihnen einen Überblick über die Leistungsstärke der angezeigten Tarife geben. Die Darstellung der Leistungsstärke basiert auf einer subjektiven Bewertung durch den Hersteller der Analysesoftware Levelnine und kann eine individuelle Beratung hinsichtlich der Eignung eines Produktes nicht ersetzen.

	Barmenia VHV1A+ PVN TM42 +	Hallesche MAS.Bonus URZ JOKER.flex PVN MKT.43	Universon uni-AM 155 uni- STM 100 uni-ZAM 100 PV N uni-KT 43	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Inter JA U JE U PVN TMA 6 U	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W
Monatsbeitrag:	553,75 €	628,22 €	612,76 €	511,43 €	526,49 €	583,42 €
Selbstbehalt p.a.:			155,00 €			
SB Art *:			A			
Arbeitnehmeranteil:	276,87 €	321,70 €	306,38 €	255,72 €	263,25 €	291,71 €
Effektivbeitrag **: 276,87 €	276,87 €	321,70 €	319,29 €	255,72 €	263,25 €	291,71 €
Erfüllungsgrad	ggf. abzüglich 60 € Bonus					
Kundenwünsche:	95 %	91 %	89 %	87 %	84 %	79 %
GOÄ/GOZ						
Ambulant						
Vorsorge						
Heilpraktiker						
Psychotherapie						
Heil- und Hilfsmittel						
Stationär						
	1-Bettzimmer Wahlarzt	2-Bettzimmer Wahlarzt	1-Bettzimmer Wahlarzt	1-Bettzimmer Wahlarzt	1-Bettzimmer Wahlarzt	1-Bettzimmer Wahlarzt
Zahn						
Zahnbehandlung	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Zahnersatz	85 %	75 %	80 %	90 %	80 %	85 %
Kieferorthopädie	85 %	75 %	100 %	90 %	80 %	85 %
Krankentagegeld						

Erläuterung zur Darstellung:



7 - 9 grüne Level = hoher Leistungsumfang



4 - 6 blaue Level = mittlerer Leistungsumfang



1 - 3 rote Level = geringer Leistungsumfang

* SB Art: A: Ambulanter Selbstbehalt, S: Stationärer Selbstbehalt, Z: Selbstbehalt bei Zahnleistungen, %: Prozentualer Selbstbehalt

** Effektivbeitrag: Fiktiver monatlicher Beitrag inkl. 1/12 des jährlichen Selbstbehaltes.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

Erläuterung zur Darstellung:

- ✔ Kriterium erfüllt
- ✘ Dieser Leistungspunkt wurde gewünscht, jedoch bedingungsgemäß nicht erfüllt
- ⚠ Hier existiert ein wichtiger Hinweis. Bitte beachten Sie die ausführliche Leistungsbeschreibung.

	Kundenwunsch	Barmenia	Hallesche	Universona	AXA - DBV	Inter	Allianz
		VHV1A+ PVN TM42 +	MAS.Bonus URZ JOKER.flex PVN MKT.43	uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PV N uni-KT 43	VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	JA U JE U PVN TMA 6 U	Ärzte Best100 PVN KTM07W
Monatsbeitrag:		553,75 €	628,22 €	612,76 €	511,43 €	526,49 €	583,42 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		95 %	91 %	89 %	87 %	84 %	79 %
Selbstbeteiligung							
- SB max. ... € p.a. (Erwachsene)	✔	0,00 €	0,00 €	155,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
- SB nur ambulant	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔
- SB prozentual	✔	✔	✔	✘	✔	✔	✔
- SB für Kinder reduziert	✔	✔	✔	✘	✔	✔	✔
- Vorsorge wird nicht auf Selbstbehalt angerechnet	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔
Haus-/Primärarztprinzip (HAP)							
Verzicht auf Hausarzt-/Primärarztprinzip	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔
- gilt nicht bei Akutversorgung im Ausland	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔
- gilt nicht für Not- und Bereitschaftsärzte	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔
- keine zeitliche Befristung der Haus-/Primärarztüberweisung	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔
- Maximierung Eigenanteil bei Nichteinhaltung unter 5.000 €	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔
Gebührenordnung ambulant							
- GOÄ mind. bis Höchstsatz (3,5)	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔
- GOÄ keine Begrenzung auf die Höchstsätze (>3,5)	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔ ⚠ Hinweis: Wenn die Aufwendungen unangemessen hoch sind, kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

		Barmenia	Hallesche	Universa	AXA - DBV	Inter	Allianz
	Kundenwunsch	VHV1A+ PVN TM42 +	MAS.Bonus URZ JOKER.flex PVN MKT.43	uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PV N uni-KT 43	VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	JA U JE U PVN TMA 6 U	Ärzte Best100 PVN KTM07W
Monatsbeitrag:		553,75 €	628,22 €	612,76 €	511,43 €	526,49 €	583,42 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		95 %	91 %	89 %	87 %	84 %	79 %
- GOÄ Übernahme der ortsüblichen Kosten im Ausland							
			Hinweis: Der Versicherer erstattet grundsätzlich die Mehrkosten für mediz. notw. Heilbehandlung im Ausland. Ist der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung gezielt ins Ausland gereist, werden die Mehrkosten dann erstattet, wenn diese in Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder wenn der Versicherer vorher schriftlich zugesagt hat oder wenn im Rahmen eines Notfalls ein ausländisches Krankenhaus die nächste Behandlungsstätte darstellt.				
Heilpraktiker							
Heilpraktiker							
- xx % Erstattung		100 %	100 %	100 %	100 %		
- xx € Erstattung p.a.		unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	2.000,00 €		
- Hufeland u.o. alternative Heilmethoden							
					Hinweis: Arzneimittel der klassischen Homöopathie, der Phytotherapie und der anthroposophischen Medizin sind im Rahmen der alternativen Medizin erstattungsfähig.		
- mind. bis Höchstsatz Gebüh							
Vorsorge							
- über gesetzliche Programme							
- Schutzimpfungen							
Heilmittel							
- Erstattung in %		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- max. Selbstbehalt p.a. €		0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

		Barmenia	Hallesche	Universa	AXA - DBV	Inter	Allianz
	Kundenwunsch	VHV1A+ PVN TM42 +	MAS.Bonus URZ JOKER.flex PVN MKT.43	uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PV N uni-KT 43	VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	JA U JE U PVN TMA 6 U	Ärzte Best100 PVN KTM07W
Monatsbeitrag:		553,75 €	628,22 €	612,76 €	511,43 €	526,49 €	583,42 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		95 %	91 %	89 %	87 %	84 %	79 %
- keine pauschalen Beschränkungen	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔
- kein Preis-/Leistungsverzeichnis	✔	✔	✘	✔	✘	✔	✘
- Logopädie durch Logopäden	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔
- Ergotherapie durch Ergotherapeuten	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔
Hilfsmittel							
- Erstattung in %	✔	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- max. Selbstbehalt p.a. €		0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 € ⚠	0,00 €	0,00 € ⚠
					Hinweis: Für Hilfsmittel, die nicht über den Versicherer oder im Rahmen einer unfallbedingten Behandlung bezogen werden und nicht summenmäßig begrenzt sind (außer orthopädische Schuhzurichtungen, Schuheinlagen, Bandagen) fällt eine separate Selbstbeteiligung von 25% an.		Hinweis: Für alle nicht in den Tarifbedingungen genannten Hilfsmittel (auch lebenserhaltende) fällt eine Selbstbeteiligung von 20% an, wenn sie nicht über den Versicherer bzw. im Rahmen einer unfall- oder notfallbedingten Behandlung bezogen werden.
- offener Hilfsmittelkatalog	✔ 📁	✔	✔	✔	✔	✔ ⚠	✔
						Hinweis: Alle nicht aufgeführten Hilfsmittel, medizinische Apparate und sanitäre Bedarfsartikel sind laut Bedingungen nicht erstattungsfähig.	
- offen im Bereich lebenserhaltender Hilfsmittel	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔
- keine Beschränkungen der Bezugsart/ Zusageerfordernis	✔	✔	✔	✔	✘	✔	✘
- Atemmonitor (Heimgerät)	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔
- Herzmonitor (Heimgerät)	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔
- Beatmungsgerät (Heimgerät)	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔
- Heimdialysegerät	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔
- Krankenfahrstühle ohne Summenbegrenzung	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	Barmenia VHV1A+ PVN TM42 +	Hallesche MAS.Bonus URZ JOKER.flex PVN MKT.43	Universa uni-AM 155 uni- STM 100 uni-ZAM 100 PV N uni-KT 43	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Inter JA U JE U PVN TMA 6 U	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W
Monatsbeitrag:		553,75 €	628,22 €	612,76 €	511,43 €	526,49 €	583,42 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		95 %	91 %	89 %	87 %	84 %	79 %
- Hör-/Sprechgeräte	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔
- Orthopädische Schuhe	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔
- Blindenhund o. Blindenleitgerät	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔
- Blindenlese-/ Vorlesegerät	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔
- Körperersatzstücke	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔
- Prothesen	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔
- Kunstaugen	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔
- Orthesen	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔
Sehhilfen							
Sehhilfen	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔
- Erstattung xx €	✔	400,00 € ⚠	310,00 € ⚠	435,00 €	300,00 € ⚠	260,00 €	400,00 €
		Hinweis: Bei einer Sehschwäche von mindestens 8,0 Dioptrien erhöht sich der erstattungsfähige Rechnungsbetrag um 50%. Erstattungsfähig sind nach Ablauf von zwei Jahren - gerechnet vom Versicherungsbeginn an - operative Maßnahmen zur Behebung von Fehlsichtigkeit (z. B. LASIK) einschließlich der erforderlichen Vor- und Nachuntersuchungen bis zu 2.000 EUR je Auge.	Hinweis: Aufwendungen im Zusammenhang einer Korrektur von Fehlsichtigkeit mittels refraktiver Chirurgie (z.B. LASIK) werden bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500 € pro Auge erstattet. Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht für das jeweilige Auge frühestens nach 5 Jahren.		Hinweis: Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen) werden wir folgt erstattet: - Einstärkengläser bis 6 Dioptrien bis 300 EUR, bei stärkerer Fehlsichtigkeit bis 600 EUR - Mehrstärkengläser bis 6 Dioptrien bis 700 EUR, bei stärkerer Fehlsichtigkeit bis 1.000 EUR Operative Sehschärfenkorrektur (z.B. Lasik, Lasek, Linsenimplantate) bei medizinischer Notwendigkeit ist zu 100% erstattungsfähig.		
- Anspruch mind. alle 24 Monate		✔	✔	✔	✔	✔	✔
Psychotherapie							
Psychotherapie	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔
- Anzahl psychotherap. Sitzungen p.a.	✔	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt
- im Delegationsverfahren (nicht nur durch Ärzte)	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔

























Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant


		Barmenia	Hallesche	Universa	AXA - DBV	Inter	Allianz
	Kundenwunsch	VHV1A+ PVN TM42 +	MAS.Bonus URZ JOKER.flex PVN MKT.43	uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PV N uni-KT 43	VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	JA U JE U PVN TMA 6 U	Ärzte Best100 PVN KTM07W
Monatsbeitrag:		553,75 €	628,22 €	612,76 €	511,43 €	526,49 €	583,42 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		95 %	91 %	89 %	87 %	84 %	79 %
- ohne besondere Einschränkungen/Selbstbehalte							
					Hinweis: Ambulante Psychotherapie wird je Versicherungsfall bis zur 30. Sitzung zu 100% erstattet. Ab der 31. Sitzung fällt eine Selbstbeteiligung von 20% an.		Hinweis: Pro Versicherungsfall sind 100% der Aufwendungen für die 1. bis zur 30. Sitzung, 70% der Aufwendungen ab der 31. Sitzung erstattungsfähig.
- ohne vorherige Zusage versichert							
							Hinweis: Psychotherapie durch approbierte Ärzte ist ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig. Im Delegationsverfahren ist jedoch eine vorherige schriftliche Zusage des Versicherers erforderlich.
Ambulante Transporte							
Ambulante Transporte							
- zur Chemotherapie, Dialyse und Strahlenbehandlung							
- bei Gehunfähigkeit							
		Hinweis: Ambulante Fahrt-/Transportkosten sind nur bei Schwerbehinderung (außergewöhnlich gehbehindert, blind, hilflos) bzw. bei Pflegestufe II oder III bzw. bei ambulanten Operationen (am OP-Tag) erstattungsfähig.					

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

		Barmenia	Hallesche	Univera	AXA - DBV	Inter	Allianz
	Kundenwunsch	VHV1A+ PVN TM42 +	MAS.Bonus URZ JOKER.flex PVN MKT.43	uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PV N uni-KT 43	VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	JA U JE U PVN TMA 6 U	Ärzte Best100 PVN KTM07W
Monatsbeitrag:		553,75 €	628,22 €	612,76 €	511,43 €	526,49 €	583,42 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		95 %	91 %	89 %	87 %	84 %	79 %
- bis nächstgeeignetem Behandler (auch wenn gehfähig)					 <p>Hinweis: Transportkosten zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung/ Therapieeinrichtung sind bei Gehfähigkeit nur erstattungsfähig, wenn eine ärztlich bestätigte Sehunfähigkeit vorliegt – die Kosten werden dann zu 100% übernommen.</p>		
- ambulante Notfalltransporte							
Arznei-/Verbandmittel							
- ohne zusätzliche SB		 					
		Hinweis: Zu den erstattungsfähigen Arzneimitteln zählen auch ärztlich verordnete Infusionslösungen und Teststreifen für Blutmessungen. Als Verbandmittel gelten auch Stoma- sowie Tracheostoma-Verbandmittel und Inkontinenzartikel (aufsaugende und auffangende Mittel).					
- medikamentenähnliche Nahrungsmittel					 		
					Hinweis: Vitaminmono präparate zur gezielten Behandlung von Vitaminmangelkrankungen werden jedoch erstattet. Nach ärztlicher Verordnung sind auch Aufwendungen für Sondennahrung erstattungsfähig, sofern aufgrund einer medizinischen Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.		

Leistungsvergleich Ambulant

		Barmenia	Hallesche	Universa	AXA - DBV	Inter	Allianz
	Kundenwunsch	VHV1A+ PVN TM42 +	MAS.Bonus URZ JOKER.flex PVN MKT.43	uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PV N uni-KT 43	VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	JA U JE U PVN TMA 6 U	Ärzte Best100 PVN KTM07W
Monatsbeitrag:		553,75 €	628,22 €	612,76 €	511,43 €	526,49 €	583,42 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		95 %	91 %	89 %	87 %	84 %	79 %
Sonstiges							
- ambulante Behandlung in mediz. Versorgungszentren (MVZ)	<input checked="" type="checkbox"/>	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Behandlung in Krankenhausambulanzen	<input checked="" type="checkbox"/>	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Häusliche Behandlungspflege/ Krankenpflege	<input checked="" type="checkbox"/>	✓	✓		✓	✓	✓
Ambulant							
Kurleistung ambulant		✓	✓			✓	✓
Sonstiges							
Verzicht auf Kurortklausel		✓	✓	✓	✓	✓	✓

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	Kundenwunsch	Barmenia VHV1A+ PVN TM42 +	Hallesche MAS.Bonus URZ JOKER.flex PVN MKT.43	Universa uni-AM 155 uni- STM 100 uni-ZAM 100 PV N uni-KT 43	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Inter JA U JE U PVN TMA 6 U	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W
Monatsbeitrag:		553,75 €	628,22 €	612,76 €	511,43 €	526,49 €	583,42 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		95 %	91 %	89 %	87 %	84 %	79 %
Stationär							
1-Bettzimmer	✔	✔	✘	✔	✔	✔	✔
2-Bettzimmer	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔
Wahlärztliche Behandlung (Chefarzt/Spezialist)	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔
Gebührenordnung Stationär							
- GOÄ mind. bis Höchstsatz (3,5)	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔
- GOÄ keine Begrenzung auf den Höchstsatz (>3,5)	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔ ⚠ Hinweis: Wenn die Aufwendungen unangemessen hoch sind, kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
- GOÄ Übernahme der ortsüblichen Kosten im Ausland	✔	✔	✔ ⚠ Hinweis: Der Versicherer erstattet grundsätzlich die Mehrkosten für mediz. notw. Heilbehandlung im Ausland. Ist der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung gezielt ins Ausland gereist, werden die Mehrkosten dann erstattet, wenn diese in Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder wenn der Versicherer vorher schriftlich zugesagt hat oder wenn im Rahmen eines Notfalls ein ausländisches Krankenhaus die nächste Behandlungsstätte darstellt.	✔	✔	✘	✔
Anschlussreha (AHB)							
- AHB nach Zusage versichert	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔
- AHB bei bestimmten Diagnosen ohne Zusage versichert	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔
- AHB ohne vorherige Zusage versichert	✔	✔	✔	✔	✘	✔	✘

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

		Barmenia	Hallesche	Univera	AXA - DBV	Inter	Allianz
	Kundenwunsch	VHV1A+ PVN TM42 +	MAS.Bonus URZ JOKER.flex PVN MKT.43	uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PV N uni-KT 43	VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	JA U JE U PVN TMA 6 U	Ärzte Best100 PVN KTM07W
Monatsbeitrag:		553,75 €	628,22 €	612,76 €	511,43 €	526,49 €	583,42 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		95 %	91 %	89 %	87 %	84 %	79 %
Stationär							
Krankentransporte bis zum nächstgeeigneten Krankenhaus	☑	✓	✓	✓	✓	✓	✓ ⚠ Hinweis: Aufwendungen für die Verlegung in ein anderes Krankenhaus innerhalb Deutschlands sind ebenfalls erstattungsfähig, wenn die vollstationäre Heilbehandlung nach der Verlegung voraussichtlich noch mindestens 7 Tage andauern wird und die Verlegung über den Versicherer organisiert wird.
Ersatzkrankhaustagegeld		✓		✓	✓	✓	✓
Verzicht auf rechtzeitige Meldung Krankenhausaufenthalt	☑	✓	✓	✓	✓	✓	✓ ⚠ Hinweis: Jede Krankenhausbehandlung im Ausland ist dem Versicherer unverzüglich nach ihrem Beginn anzuzeigen.
Gemischte Anstalten - bessere Regelung als MB/ KK (mind. Notfall)	☑	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Stationäre Psychotherapie uneingeschränkt	☑	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Hospizkosten		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Entziehungsmaßnahmen		✓	✓	✓	✓		✓
Kurleistung stationär		✓	✓				✓

Leistungsvergleich Zahn

	Kundenwunsch	Barmenia VHV1A+ PVN TM42 +	Hallesche MAS.Bonus URZ JOKER.flex PVN MKT.43	Universa uni-AM 155 uni- STM 100 uni-ZAM 100 PV N uni-KT 43	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Inter JA U JE U PVN TMA 6 U	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W
Monatsbeitrag:		553,75 €	628,22 €	612,76 €	511,43 €	526,49 €	583,42 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		95 %	91 %	89 %	87 %	84 %	79 %
Zahn							
Zahnbehandlung %	✔	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Zahnersatz %	✔	85 %	75 %	80 %	90 %	80 %	85 %
Kieferorthopädie %	✔	85 %	75 %	100 %	90 % ⚠	80 %	85 %
					Hinweis: Kieferorthopädie ist zu 90% erstattungsfähig. Wenn die Maßnahme vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurde, werden 100% erstattet.		
- Kieferorthopädie ohne Altersbeschränkung	✔	✔	✔	✔	✔	✔	⚠ ⚠ Hinweis: Die Altersbegrenzung entfällt bei Unfall oder schwerer Erkrankung (angeborene Missbildung des Gesichts oder der Kiefer, skeletale Dysgnathie, verletzungsbedingte Kieferfehlstellung).
Gebührenordnung Zahn							
- GOZ bis Höchstsatz (3,5)	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔
- GOZ keine Begrenzung auf den Höchstsatz (>3,5)	✔	✔	✔	⚠	⚠ ⚠ Hinweis: Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt, es sei denn, der Versicherer hat solche Mehrkosten vor Beginn der Behandlung schriftlich als erstattungsfähig anerkannt.	✔ ⚠ Hinweis: Der Erstattungsbetrag für zahnärztliche Leistungen wird für jede versicherte Person in-nerhalb der ersten 48 Monate ihrer Versicherung nach Tarif JE (1. bis 4. Leistungsjahr) begrenzt auf höchstens 500 EUR pro Leistungsjahr.	✔ ⚠ Hinweis: Wenn die Aufwendungen unangemessen hoch sind, kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

	Kundenwunsch	Barmenia VHV1A+ PVN TM42 +	Hallesche MAS.Bonus URZ JOKER.flex PVN MKT.43	Universa uni-AM 155 uni- STM 100 uni-ZAM 100 PV N uni-KT 43	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Inter JA U JE U PVN TMA 6 U	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W
Monatsbeitrag:		553,75 €	628,22 €	612,76 €	511,43 €	526,49 €	583,42 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		95 %	91 %	89 %	87 %	84 %	79 %
- GOZ Übernahme der ortsüblichen Kosten im Ausland	✔	✔	✔ ⚠ Hinweis: Der Versicherer erstattet grundsätzlich die Mehrkosten für mediz. notw. Heilbehandlung im Ausland. Ist der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung gezielt ins Ausland gereist, werden die Mehrkosten dann erstattet, wenn diese in Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder wenn der Versicherer vorher schriftlich zugesagt hat oder wenn im Rahmen eines Notfalls ein ausländisches Krankenhaus die nächste Behandlungsstätte darstellt.	✔	✔	✘	✔
Zahn							
Verzicht auf Preis-/ Leistungsverzeichnis	✔	✔	✔	✔	✘	✔	✘
Summenbegrenzung max. ... Jahre	✔	0 ⚠ Hinweis: Zahnstaffel: - bei 2 fehlenden Zähnen: 250 EUR im 1. Kalenderjahr (KJ), 500 EUR im 2. KJ, 750 EUR im 3. KJ - bei 3 fehlenden Zähnen: 125 EUR im 1. KJ, 250 EUR im 2. KJ, 375 EUR im 3. KJ	10 ✘	7 ✘	4 ⚠ Hinweis: Zahnstaffel bei bis zu 5 fehlenden Zähnen: - Wartezeit in den ersten zwei Jahren - im 3. Jahr bis 525 EUR Rechnungsbetrag - im 4. Jahr bis 1.050 EUR Rechnungsbetrag - ab dem 5. Jahr werden die tariflichen Leistungen erbracht	4	4
Summenbegrenzung entfällt bei Unfall	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔
Heil- u. Kostenplan - keine Kürzung bei Nichtvorlage							✔
Inlays & Implantate ohne pauschale Begrenzungen	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔
Inlays = Zahnbehandlung		✔	✔	✔			✔

Leistungsvergleich Sonstiges

	Kundenwunsch	Barmenia VHV1A+ PVN TM42 +	Hallesche MAS.Bonus URZ JOKER.flex PVN MKT.43	Universa uni-AM 155 uni- STM 100 uni-ZAM 100 PV N uni-KT 43	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Inter JA U JE U PVN TMA 6 U	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W
Monatsbeitrag:		553,75 €	628,22 €	612,76 €	511,43 €	526,49 €	583,42 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		95 %	91 %	89 %	87 %	84 %	79 %
Ausland							
- Weltweiter Versicherungsschutz mind. ... Monate	✔	unbegrenzt	unbegrenzt	3	6 ⚠	1	12
					Hinweis: Der Versicherungsschutz erstreckt sich nach einer Versicherungsdauer von 12 Monaten auch auf das außereuropäische Ausland (während der ersten 6 Monate ohne besondere Vereinbarungen). Für Aufenthalte bis zu 6 Wochen im außereuropäischen Ausland besteht bereits in den ersten 12 Monaten Versicherungsschutz.		
- Rücktransport aus dem Ausland	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔
Wohnsitzverlegung EU/ EWR/Europa - wenn vorübergehend nicht auf deut. Kostenniveau begrenzt	✔	✔	✔	✘	✔	✔	✔
Wohnsitzverlegung EU/ EWR/Europa - wenn dauerhaft nicht auf deut. Kostenniveau begrenzt	✔	✔	✔	✘	✔	✔	✔
Wohnsitzverlegung ins außereuropäische Ausland	✔	✔ ⚠	✘	✔	✔	✔	✔
		Hinweis: Lt. schriftlicher Info der Barmenia bezieht sich diese Regelung nicht nur auf vorübergehende Aufenthalte im außereuropäischen Ausland, sondern auch auf dauerhafte Aufenthalte (= Wohnsitzverlegung).					
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag							
Beitragsrückerstattung garantiert			✔				
Beitragsrückerstattung mind. ... Monatsbeiträge im 1. Jahr	✔	1	1	1	✘	1	2
Wartezeiten - genereller Verzicht		✔			✔	✔	✔

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

		Barmenia	Hallesche	Universa	AXA - DBV	Inter	Allianz
	Kundenwunsch	VHV1A+ PVN TM42 +	MAS.Bonus URZ JOKER.flex PVN MKT.43	uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PV N uni-KT 43	VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	JA U JE U PVN TMA 6 U	Ärzte Best100 PVN KTM07W
Monatsbeitrag:		553,75 €	628,22 €	612,76 €	511,43 €	526,49 €	583,42 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		95 %	91 %	89 %	87 %	84 %	79 %
Beitragsfreiheit/ Zusatzleistung nach Entbindung		✓			✓		
Verbesserte Kriegsklausel		✓	✓	✓	✓		✓
Umwandlungsrecht Voll- in Zusatzversicherung	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Kindernachversicherung - Klarstellung angeborener Geburtsschäden/ Anomalien	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓
Optionsrecht auf Höherversicherung	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗
Optionsrecht auf Höherversicherung							
- Anzahl feste Optionszeitpunkte		3	2	unbegrenzt	1		
- anlassbezogenes Optionsrecht		✓		✓	✓		
- Verzicht auf Risikozuschläge/ Ausschlüsse für neue Erkrankungen	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✗
- keine Beschränkung der Zieltarife	✓	✓	✓	✓	✓ ⚠	✗	✗
					Hinweis: VA6-U: Es ist jedoch keine Umstellung in Tarife, die auch Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie enthalten, möglich, wenn diese vor Ausübung der Option vom Versicherungsschutz nicht umfasst wurden.		
- gleiches Optionsrecht für alle versicherten Personen		✓	✓	✓	✓ ⚠		
					Hinweis: Für im Rahmen der Kindernachversicherung mitversicherte Personen gilt das Optionsrecht zu Beginn des 6. Versicherungsjahres nicht.		

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

		Barmenia	Hallesche	Universa	AXA - DBV	Inter	Allianz
	Kundenwunsch	VHV1A+ PVN TM42 +	MAS.Bonus URZ JOKER.flex PVN MKT.43	uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PV N uni-KT 43	VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	JA U JE U PVN TMA 6 U	Ärzte Best100 PVN KTM07W
Monatsbeitrag:		553,75 €	628,22 €	612,76 €	511,43 €	526,49 €	583,42 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		95 %	91 %	89 %	87 %	84 %	79 %
- keine Einschränkung des Optionsrechtes durch Vorversicherung							
					Hinweis: Das Optionsrecht zu Beginn des 6. Versicherungsjahres darf nur ausgeübt werden, wenn mit diesem Tarif erstmalig eine Krankheitskosten vollversicherung beim Versicherer abgeschlossen wurde.		
- maximales Optionsalter		unbegrenzt	50	unbegrenzt	unbegrenzt		
Antragsfragen/Annahmerichtlinien							
Fragezeitraum Psychotherapie: max. 3 Jahre							
Fragezeitraum ambulante Behandlungen: max. 3 Jahre							
Fragezeitraum stationäre Behandlungen: max. 5 Jahre							
Kinder alleine versicherbar ab Alter			8	16	16	0	
Fehlende Zähne - Annahme soll möglich sein bis xx Zähne		3	0	4	6	5	

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

	Kundenwunsch	Barmenia	Hallesche	Univera	AXA - DBV	Inter	Allianz
		VHV1A+ PVN TM42 +	MAS.Bonus URZ JOKER.flex PVN MKT.43	uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PV N uni-KT 43	VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	JA U JE U PVN TMA 6 U	Ärzte Best100 PVN KTM07W
Monatsbeitrag:		553,75 €	628,22 €	612,76 €	511,43 €	526,49 €	583,42 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		95 %	91 %	89 %	87 %	84 %	79 %
Krankentagegeld							
Tagegeld auch über Nettoeinkommen versicherbar		⚠ Hinweis: Besteht bei dem Versicherer auch eine Krankheitskosten vollversicherung, sind bei Arbeitnehmern zusätzlich zum Nettoeinkommen die Beiträge zur privaten Krankheitskostenvollversicherung/Pflegepflichtversicherung und gesetzlichen Rentenversicherung absicherbar.		✓	✓		
bei Wechsel in Selbständigkeit keine Risikoprüfung/ Wartezeiten	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✗
Arbeitslosigkeit: Versicherungsschutz über MB/KT hinaus		✓	✓	✓	✓		✓
Tagegeld auch über Nettoeinkommen versicherbar		⚠ Hinweis: Besteht bei dem Versicherer auch eine Krankheitskosten vollversicherung, ist bei selbstständig Gewerbetreibenden der Gewinn abzüglich Steuern absicherbar. Wenn zu der Höhe der Steuern keine Angabe möglich ist, sind 75% des Gewinns (Betriebseinnahmen der letzten zwölf Monate vor Antragstellung bzw. vor der Arbeitsunfähigkeit abzüglich Betriebsausgaben) absicherbar. Bei Freiberuflern sind die Betriebs- bzw. Praxiseinnahmen der letzten zwölf Monate vor Antragstellung bzw. vor der Arbeitsunfähigkeit zu 75% absicherbar.		✓	✓		
Existenzgründer geschätzter vor. Gewinn versicherbar?		✓			✓		

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

	Kundenwunsch	Barmenia VHV1A+ PVN TM42 +	Hallesche MAS.Bonus URZ JOKER.flex PVN MKT.43	Univera uni-AM 155 uni- STM 100 uni-ZAM 100 PV N uni-KT 43	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Inter JA U JE U PVN TMA 6 U	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W
Monatsbeitrag:		553,75 €	628,22 €	612,76 €	511,43 €	526,49 €	583,42 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		95 %	91 %	89 %	87 %	84 %	79 %
Leistung über MB/KT hinaus		✓	✓				✓
Berufsunfähigkeit: KT- Anspruch endet nicht automatisch bei Bezug einer BU-Rente	✓	✓	✗	✓	✗	✓	✗
Übergang KT zur BU nahtlos (KT & BU beim gleichen VR versichert)		✓		✓	✓		✓
Leistung auch bei Kur-/ Rehamaßnahme eines gesetzlichen Trägers	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓
Alkoholgenuss: kein Ausschluss		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Entziehungsmaßnahmen mitversichert		✓	✓		✓		✓
Gemischte Anstalten - schriftl. Zusage nicht generell notwendig	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓
Leistung bei Erkrankung eines Kindes	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Schwangerschaft: Leistung bei Arbeitsunfähigkeit	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗
Entbindungspauschale	✓	✗	✗	✓	✗	✗	✗
KT Anspruch innerhalb EU nicht auf stationär Behandlung beschränkt	✓	✓	✗	✗	✓	✓	✗
Anspruch auch außerhalb des Wohnortes (wenn kein Krankenhausaufenthalt/ keine Rückreise mgl.)	✓	✓	✗ ⚠ Hinweis: Kein genereller Verzicht auf Kurortklausel, nur Aufweichung für med. notw. stat. Krankenha usbehandlung und vorheriger schriftl. Zusage.	✗ ⚠ Hinweis: Kein genereller Verzicht auf Kurortklausel, nur Aufweichung für med. notw. stat. Krankenha usbehandlung.	✗	✗	✗
Rückfallerkrankung - Karenzzeiten werden zusammengezählt	✓	✓	✓	✓ ⚠ Hinweis: Selbständige: Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit werden nicht zusammengerechnet.	✓	✓	✓
Teil-Arbeitsunfähigkeit: Leistungen bei Teil- Arbeitsunfähigkeit					✓		✓
Erhöhung Tagegeld bei Einkommenserhöhung ohne Gesundheitsprüfung	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

		Barmenia	Hallesche	Universa	AXA - DBV	Inter	Allianz
	Kundenwunsch	VHV1A+ PVN TM42 +	MAS.Bonus URZ JOKER.flex PVN MKT.43	uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PV N uni-KT 43	VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	JA U JE U PVN TMA 6 U	Ärzte Best100 PVN KTM07W
Monatsbeitrag:		553,75 €	628,22 €	612,76 €	511,43 €	526,49 €	583,42 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		95 %	91 %	89 %	87 %	84 %	79 %
Stationärer KH-Aufenthalt: früherer Leistungsbeginn							
Begrenzung ordentl. Kündigungsrecht (KT ohne PKV-Voll)		✓	✓				
Begrenzung ordentl. Kündigungsrecht (KT mit PKV-Voll)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Barmenia VHV1A+ PVN TM42+	Hallesche MAS.Bonus URZ JOKER.flex PVN MKT.43	Universa uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PV N uni-KT 43	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Inter JA U JE U PVN TMA 6 U	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W
Monatsbeitrag:	553,75 €	628,22 €	612,76 €	511,43 €	526,49 €	583,42 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	95 %	91 %	89 %	87 %	84 %	79 %
Selbstbeteiligung						
- Selbstbehalt pro Jahr für Erwachsene?	✔ Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Die Selbstbeteiligung ist auf 155,- € pro Kalenderjahr begrenzt.	✔ Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung (außer bei Verbandmaterialien und Arzneimitteln).
- Selbstbehalt nur ambulant?	✔ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Die Selbstbeteiligung gilt nur für den ambulanten Bereich.	✔ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.
- prozentualer Selbstbehalt?	✔ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✘ Nein, die Selbstbeteiligung wird nicht prozentual angerechnet. Es erfolgt nur eine Erstattung für Rechnungsbeträge oberhalb der Selbstbeteiligung.	✔ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.
- Selbstbehalt für Kinder reduziert?	✔ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	✘ Für Kinder gilt die gleiche Selbstbeteiligung wie für Erwachsene.	✔ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	✔ Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.
- Vorsorgeuntersuchungen ohne Anrechnung auf den Selbstbehalt?	✔ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	✔ Vorsorgeuntersuchungen werden bis zu 500,- € innerhalb von 2 Kalenderjahren nicht auf die Selbstbeteiligung angerechnet.	✔ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	✔ Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.
Haus-/Primärarztprinzip (HAP)						
- volle Erstattung auch bei direkter Facharztkonsultation?	✔ Kein Haus- oder Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Primärarztprinzip vorhanden.
- Verzicht bei akuter Erkrankung im Ausland auf die Einhaltung des Haus-/Primärarztprinzips?	✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.
- Verzicht bei Not- und Bereitschaftsärzten auf die Einhaltung des Haus-/Primärarztprinzips?	✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.
- Verzicht auf eine Frist (z.B. 6 Monate), nach der erneut die Überweisung durch einen Haus-/Primärarzt erfolgen muss?	✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.
- Begrenzung des Eigenanteiles, der bei Verletzung des Haus-/Primärarztprinzips zusätzlich entsteht?	✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.
Gebührenordnung ambulant						
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOÄ?	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	✔ Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.
- Erstattung über die Höchstsätze der GOÄ hinaus?	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	✔ JA U: Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt. JE U: Bei ambulanten und stationären ärztlichen oder zahnärztlichen Behandlungen, die nach Tarif JAL bzw. JA erstattungsfähig sind, erstattet der Versicherer - in Höhe der in den Tarifen JAL bzw. JA festgelegten Erstattungsprozentsätze für die jeweiligen Leistungen - die Honoraranteile, die über die in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) aufgeführten Höchstsätze hinausgehen, soweit eine gültige Honorarvereinbarung zugrunde liegt.	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden. ⚠ Hinweis: Wenn die Aufwendungen unangemessen hoch sind, kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Barmenia VHV1A+ PVN TM42+	Hallesche MAS.Bonus URZ JOKER.flex PVN MKT.43	Universa uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PV N uni-KT 43	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Inter JA U JE U PVN TMA 6 U	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W
Monatsbeitrag:	553,75 €	628,22 €	612,76 €	511,43 €	526,49 €	583,42 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	95 %	91 %	89 %	87 %	84 %	79 %
- Erstattung im Ausland nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt (ermöglicht gezielte Behandlungen im Ausland)?	✔ Ja. Gebühren sind im tariflichen Umfang auch über die Höchstsätze der in dem jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen, sonstigen Preisverzeichnisse, preislichen Regelwerke oder Preislisten hinaus erstattungsfähig.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Der Versicherer erstattet grundsätzlich die Mehrkosten für mediz. notw. Heilbehandlung im Ausland. Ist der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung gezielt ins Ausland gereist, werden die Mehrkosten dann erstattet, wenn diese in Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder wenn der Versicherer vorher schriftlich zugesagt hat oder wenn im Rahmen eines Notfalls ein ausländisches Krankenhaus die nächste Behandlungsstätte darstellt.	✔ Ja, der Versicherer verzichtet bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte).	✔ Ja, der Versicherer verzichtet auch bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung außerhalb der EU bzw. des EWR auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte), wenn die Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat.	⚠ Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte).	✔ Ja, der Versicherer verzichtet bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte). Erstattungsfähig sind die ortsüblichen Aufwendungen.
Heilpraktiker						
- Heilpraktiker	✔ Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	✔ Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	✔ Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	✔ Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	⚠ Heilpraktikerleistungen sind nicht erstattungsfähig.	⚠ Heilpraktikerleistungen sind nicht erstattungsfähig.
- Erstattung für Behandlungen durch Heilpraktiker in %?	✔ Heilpraktikerleistungen sind zu 100% erstattungsfähig.	✔ Heilpraktikerleistungen sind zu 100% erstattungsfähig.	✔ Heilpraktikerleistungen sind zu 100% erstattungsfähig.	✔ Heilpraktikerleistungen - außer Psychotherapie - werden zu 100% erstattet.	⚠ Heilpraktikerleistungen sind nicht erstattungsfähig.	⚠ Heilpraktikerleistungen sind nicht erstattungsfähig.
- Höchsterstattung pro Jahr in €?	✔ Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Heilpraktikerleistungen einschließlich verordneter Arzneimittel werden bis max. 2.000 EUR p.a. erstattet.	⚠ Heilpraktikerleistungen sind nicht erstattungsfähig.	⚠ Heilpraktikerleistungen sind nicht erstattungsfähig.
- Hufelandverzeichnis und/oder alternativer Heilmethodenkatalog?	Keine Leistung vorhanden. Es wird ein separater Zusatz-Ergänzungstarif für Naturheilverfahren angeboten.	✔ Leistung erfolgt prinzipiell bei folgenden Verfahren bzw. Präparaten: Homöopathie (in Reinform), homöopathische Medikamente, Präparate der Anthroposophie, Präparate der Phytotherapie (Pflanzenheilkunde), Akupunktur (zur Schmerzbehandlung). Ferner wird für alle echten Naturheilverfahren wie Bewegungstherapie, Hydrotherapie, Atemwegtherapie, Klimatherapie, Ernährungstherapie, balneologische Behandlungsformen, Anwendung von Luft, Wasser und Kälte geleistet. Gibt es – wie insbesondere bei Krebs, Multipler Sklerose oder Aids – noch keine wissenschaftlich begründete Behandlungsform mit ausreichender Wirksamkeit, führen auch andere Verfahren der alternativen Medizin zu einem Leistungsanspruch.	Leistungen für alternative Heilmethoden sowie für Methoden nach Hufelandverzeichnis sind nicht vorgesehen. Für alternative Heilmethoden erstattet der Versicherer ggf. Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind und in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben.	Leistungen für alternative Heilmethoden sowie für Methoden nach Hufelandverzeichnis sind nicht vorgesehen. Für alternative Heilmethoden erstattet der Versicherer ggf. Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind und in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben. ⚠ Hinweis: Arzneimittel der klassischen Homöopathie, der Phytotherapie und der anthroposophischen Medizin sind im Rahmen der alternativen Medizin erstattungsfähig.	Leistungen für alternative Heilmethoden sowie für Methoden nach Hufelandverzeichnis sind nicht vorgesehen. Für alternative Heilmethoden erstattet der Versicherer ggf. Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind und in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben.	✔ Behandlung durch Ärzte !!: Der Versicherer leistet im tariflichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind sowie für Schröpfen, Akupunktur zur Schmerztherapie, Chirotherapie, Eigenblut-Behandlung und therapeutische Lokalanästhesie. Darüber hinaus leistet er für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Die Leistungen können jedoch auf einen Betrag herabgesetzt werden, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
- mind. bis zum Höchstsatz GebÜH, erstattungsfähig?	✔ Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind über die Höchstsätze des GebÜH erstattungsfähig.	✔ Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind bis zum Höchstsatz des GebÜH, erstattungsfähig.	Heilpraktikerleistungen, vergleichbare Honorare sind bis zum Regelhöchstsatz der GOÄ erstattungsfähig.	✔ Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind bis zum Höchstsatz des GebÜH erstattungsfähig.	Keine Leistung vorhanden.	Heilpraktikerleistungen sind nicht erstattungsfähig.
Vorsorge						
- über gesetzl. Programme hinaus?	✔ Vorsorgeuntersuchungen sind auch über gesetzlich eingeführte Programme hinaus erstattungsfähig.	✔ Vorsorgeuntersuchungen sind auch über gesetzlich eingeführte Programme hinaus erstattungsfähig.	✔ Vorsorgeuntersuchungen sind auch über gesetzlich eingeführte Programme hinaus erstattungsfähig. Vorsorgemaßnahmen sind bis zu 500 EUR jeweils innerhalb von zwei Kalenderjahren erstattungsfähig, soweit sie den Leistungsumfang im Sinne von § 1 (2) b) MB/KK 94 übersteigen.	✔ Vorsorgeuntersuchungen sind im Rahmen gesetzlich eingeführter Programme, jedoch ohne Beschränkung auf Altersgrenzen erstattungsfähig.	⚠ Vorsorgeuntersuchungen sind innerhalb gesetzlich eingeführter Programme erstattungsfähig.	✔ Erstattungsfähig sind medizinisch notwendige ärztliche Vorsorge-Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (z. B. Vorsorge-Untersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen ohne die dort geltenden Altersbeschränkungen).

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Barmenia VHV1A+ PVN TM42+	Hallesche MAS.Bonus URZ JOKER.flex PVN MKT.43	Universa uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PV N uni-KT 43	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Inter JA U JE U PVN TMA 6 U	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W
Monatsbeitrag:	553,75 €	628,22 €	612,76 €	511,43 €	526,49 €	583,42 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	95 %	91 %	89 %	87 %	84 %	79 %
- Schutzimpfungen?	<p>✓ Erstattungsfähig sind ärztlich angeratene und durchgeführte Schutzimpfungen (z. B. solche gemäß den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert-Koch-Institut). Schutzimpfungen aus Anlass privater Reisen sind erstattungsfähig, wenn sie gemäß den Reisehinweisen des Auswärtigen Amtes angeraten sind. Berufsbedingte Schutzimpfungen sind erstattungsfähig, wenn sie gemäß den Empfehlungen der STIKO angeraten sind, der Arbeitgeber aber nach der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge nicht verpflichtet ist, die Kosten hierfür zu übernehmen.</p>	<p>✓ Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Gripeschutzimpfungen, Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Tollwut, Poliomyelitis (Kinderlähmung) und für Zeckenschutzimpfungen. Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für Einzel- und Mehrfachimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut (STIKO) empfohlen werden; ausgenommen sind Impfungen, die aus Anlass einer Auslandsreise angeraten sind und Impfungen wegen beruflicher Tätigkeit, zu deren Angebot der Arbeitgeber aufgrund gesetzlicher Vorschriften verpflichtet ist.</p>	<p>✓ Erstattet werden Aufwendungen für Schutzimpfungen (einschließlich Impfstoff) nach dem jeweils aktuellen Impfkalender (Standardimpfungen) der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut (STIKO) für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene.</p>	<p>✓ Der Versicherer leistet für Schutzimpfungen, die von der "Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Institutes" empfohlen werden und nicht ausschließlich aus Anlass einer privaten Auslandsreise angeraten sind/ durchgeführt werden.</p>	<p>✓ Erstattet werden: Staatlich empfohlene Kinderschutzimpfungen sowie Impfungen, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut bzw. von den zuständigen Behörden der Bundesländer nicht nur aus beruflichen Gründen oder Reisen empfohlen werden. Sofern die Impfungen nur für bestimmte Personengruppen empfohlen werden (z.B. aufgrund von Altersgrenzen), muss die versicherte Person diesem Personenkreis angehören. Reiseimpfungen gegen folgende Krankheiten: Hepatitis A und B, Typhus, Malaria, Gelbfieber und Cholera.</p>	<p>✓ Erstattet werden 100% der Aufwendungen für Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut empfohlen werden sowie Schutzimpfungen gegen Hepatitis B und Reiseimpfungen, einschließlich der hierfür verwendeten Impfstoffe. Nicht erstattungsfähig sind Impfungen wegen beruflicher Tätigkeit (mit Ausnahme von Hepatitis B) sowie Malariaphylaxe.</p>
Heilmittel						
- Erstattung von Heilmitteln in %?	✓ Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 100% erstattet.	✓ Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 100% erstattet.	✓ Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 100% erstattet.	✓ Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 100% erstattet.	✓ Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 100% erstattet.	✓ Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 100% erstattet.
- Selbstbeteiligung bei Heilmitteln p.a. €?	✓ Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	✓ Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	✓ Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	✓ Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	✓ Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	✓ Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.
- Verzicht auf unübliche Beschränkungen (z.B. max. 10 Behandlungen pro Jahr etc.)?	✓ Keine unüblichen Beschränkungen.	✓ Keine unüblichen Beschränkungen.	✓ Keine unüblichen Beschränkungen.	✓ Keine unüblichen Beschränkungen.	✓ Keine unüblichen Beschränkungen.	✓ Keine unüblichen Beschränkungen.
- Verzicht auf Preis-/Leistungsverzeichnis	✓ Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	✗ Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	✓ Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	✗ Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	✓ Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	✗ Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden (da angelehnt an Bundesbeihilfe - max. 30% Überschreitung der dort genannten Beträge).
- Logopädie	✓ Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig.	✓ Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig.	✓ Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig.	✓ Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig.	✓ Die Kosten für Logopädie sind nach Mitteilung des Versicherers zu 100% erstattungsfähig.	✓ Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig.
- Ergotherapie	✓ Die Kosten für Ergotherapie sind erstattungsfähig.	✓ Die Kosten für Ergotherapie sind erstattungsfähig.	✓ Die Kosten für Ergotherapie sind erstattungsfähig.	✓ Die Kosten für Ergotherapie sind erstattungsfähig.	✓ Die Kosten für Ergotherapie sind nach Mitteilung des Versicherers erstattungsfähig.	✓ Die Kosten für Ergotherapie sind erstattungsfähig.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Barmenia VHV1A+ PVN TM42+	Hallesche MAS.Bonus URZ JOKER.flex PVN MKT.43	Universa uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PV N uni-KT 43	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Inter JA U JE U PVN TMA 6 U	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W
Monatsbeitrag:	553,75 €	628,22 €	612,76 €	511,43 €	526,49 €	583,42 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	95 %	91 %	89 %	87 %	84 %	79 %
Hilfsmittel						
- Erstattung von Hilfsmitteln in %?	✔ Erstattungsfähige Hilfsmittel werden zu 100% erstattet.	✔ Erstattungsfähige Hilfsmittel werden zu 100% erstattet.	✔ Erstattungsfähige Hilfsmittel werden zu 100% erstattet.	✔ Erstattet werden: - zu 100%: orthopädische Schuhzurichtungen, orthopädische Schuheinlagen (max. 4 Paar p. a.), Bandagen - zu 100% bei möglichem Bezug über den Versicherer oder im Rahmen einer unfallbedingten Behandlung innerh. v. 2 Tagen (ansonsten zu 75%): orthopädische Maßschuhe (abzg. Eigenanteil von 25 EUR pro Schuh), Sprechhilfen, Körperersatzstücke, Orthesen, Herzschrittmacher, Gehstützen, Kompressionsstrümpfe, Stoma-, Tracheostoma- und Inkontinenzartikel, Milchpumpen, enterale Ernährung und Zubehör, Sauerstoffversorgung mit Sauerstoff-Konzentratoren, Flüssigsauerstoff, Flaschenversorgung, Beatmungsgeräte, Überwachungsmonitore, Insulin-, Infusions- und Schmerzpumpen, Inhalationsgeräte, Absauggeräte sowie Schlafapnoetherapiegeräte (CPAP), Iontophoresegeräte, Gerinnungsmonitore, Blutzuckermessgeräte, Blutdruckmessgeräte, Krankenfahrräder, Rollatoren, Heimdialysegeräte, Blindenstock, Blindenhund - elektronische Lesegeräte bis max. 2.450 EUR - Hörgeräte bis max. 1.450 EUR pro Hörgerät - Perücken bis zu max. 520 EUR - Bettmässertherapiegerät bis max. 120 EUR - Allergikerbettwäsche (= Encasings) bis max. 200 EUR p. a. - Bewegungsschienen bis max. 600 EUR pro Versicherungsfall - Tens-/EMS-Geräte bis max. 150 EUR pro Gerät - weitere Hilfsmittel, die im Einzelfall medizinisch notwendig sind, um schwere gesundheitliche Schäden zu begrenzen oder zu vermeiden, in funktioneller Standardausführung Leistungen anderer Kostenträger werden angerechnet.	✔ Hilfsmittel bis 300 EUR bzw. für Hilfsmittel über 300 EUR bei Bezug über das INTER Service Center bzw. nach Zusage des Versicherers werden zu 100% erstattet (außer Sehhilfen, Hörgeräte und orthopädische Schuhe), sonst 80% Erstattung.	✔ Erstattet werden: - Bandagen, Blutdruck-Messgeräte, Blutzucker-Messgeräte, orthopädische Einlagen, Bruchbänder Kompressionsstrümpfe, Gehhilfen, Tens-Geräte, Inhalationsgeräte, Peak-Flow-Meter, Milchpumpen, konfektionierte Therapie-Schuhe, orthopädische Schuhzurichtungen zu 100% - Perücken bis max. 600 EUR - Hörhilfen (apparative Hörgeräte einschl. Otoplastik) bis max. 2.000 EUR je Hörhilfe - alle sonstigen nicht genannten Hilfsmittel (auch lebenserhaltende) bei möglichem Bezug über den Versicherer oder im Rahmen einer unfall- oder notfallbedingten Behandlung (innerh. v. 2 Tagen) zu 100% - alle sonstigen nicht genannten Hilfsmittel (auch lebenserhaltende) abzüglich einer Selbstbeteiligung von 20% (ohne mögl. Bezug über Versicherer/nicht im Rahmen einer unfall- oder notfallbedingten Behandlung)
- Selbstbeteiligung bei Hilfsmitteln p.a. in €?	✔ Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	✔ Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	✔ Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Für Hilfsmittel, die nicht über den Versicherer oder im Rahmen einer unfallbedingten Behandlung bezogen werden und nicht summenmäßig begrenzt sind (außer orthopädische Schuhzurichtungen, Schuheinlagen, Bandagen) fällt eine separate Selbstbeteiligung von 25% an.	✔ Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an, sofern zuvor genannte Bedingungen erfüllt sind.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Für alle nicht in den Tarifbedingungen genannten Hilfsmittel (auch lebenserhaltende) fällt eine Selbstbeteiligung von 20% an, wenn sie nicht über den Versicherer bzw. im Rahmen einer unfall- oder notfallbedingten Behandlung bezogen werden.
- offener Hilfsmittelkatalog?	✔ Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.	✔ Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.	✔ Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.	✔ Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.	✔ Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog. ⚠ Hinweis: Alle nicht aufgeführten Hilfsmittel, medizinische Apparate und sanitäre Bedarfsartikel sind laut Bedingungen nicht erstattungsfähig.	✔ Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.
- lebenserhaltende Hilfsmittel uneingeschränkt?	✔ Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.	✔ Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.	✔ Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.	✔ Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.	✔ Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.	✔ Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.
- Verzicht auf Beschränkungen der Bezugsart (Miete, Leihe, wer liefert)?	✔ Es ist keine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden.	✔ Es ist keine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden. nach Möglichkeit werden jedoch vom Versicherer Hilfsmittel leihweise überlassen.	✔ Es ist keine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden.	⚠ Für einen vollen tariflichen Leistungsanspruch müssen alle nicht summenmäßig begrenzten Hilfsmittel (außer orthopädische Schuhzurichtungen, Schuheinlagen, Bandagen) über den Versicherer bezogen oder beschafft werden (sofern dies möglich ist) oder im Rahmen einer unfallbedingten Behandlung innerhalb von zwei Tagen nach dem Unfall bezogen werden - ansonsten wird die Erstattung um 25% gekürzt.	✔ Je nach Hilfsmittel und Anschaffungsbetrag (über 300 EUR) bzw. sofern keine Zusage eingeholt wurde, verringert sich die Erstattung, wenn das Hilfsmittel nicht über die INTER bezogen wird.	⚠ Für einen vollen tariflichen Leistungsanspruch müssen alle nicht in den Tarifbedingungen genannten Hilfsmittel (auch lebenserhaltende) über den Versicherer bezogen oder beschafft werden (sofern dies möglich ist) oder im Rahmen einer unfall- oder notfallbedingten Behandlung innerhalb von zwei Tagen nach dem Unfall oder Notfall bezogen werden - ansonsten wird die Erstattung um 20% gekürzt.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Barmenia VHV1A+ PVN TM42+	Hallesche MAS.Bonus URZ JOKER.flex PVN MKT.43	Univera uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PV N uni-KT 43	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Inter JA U JE U PVN TMA 6 U	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W
Monatsbeitrag:	553,75 €	628,22 €	612,76 €	511,43 €	526,49 €	583,42 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	95 %	91 %	89 %	87 %	84 %	79 %
- Atemmonitore (Heimgerät)?	✓ Die Kosten für Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✓ Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✓ Atemmonitore sind als lebenserhaltende Hilfsmittel erstattungsfähig, wenn die lebenserhaltende Funktion durch keines der in den Bedingungen genannten Hilfsmittel gewährleistet werden kann. Miete von Überwachungsmonitoren für Säuglinge ist jedoch erstattungsfähig.	✓ Die Kosten für Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✓ Die Kosten für Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✓ Atemmonitore sind erstattungsfähig.
- Herzmonitore (Heimgerät)?	✓ Die Kosten für Herzmonitore sind erstattungsfähig.	✓ Herzfrequenzmonitore sind erstattungsfähig.	✓ Die Bedingungen sehen keine Kostenübernahme für Herzmonitore vor. Herzmonitore sind als lebenserhaltende Hilfsmittel erstattungsfähig, wenn die lebenserhaltende Funktion durch keines der in den Bedingungen genannten Hilfsmittel gewährleistet werden kann. Miete von Überwachungsmonitoren für Säuglinge ist jedoch erstattungsfähig.	✓ Die Kosten für Herzmonitore sind erstattungsfähig.	✓ Herzmonitore sind erstattungsfähig.	✓ Herzmonitore sind erstattungsfähig.
- Beatmungsgeräte (Heimgerät)?	✓ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✓ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✓ Die Bedingungen sehen keine Kostenübernahme für Beatmungsgeräte vor. Beatmungsgeräte sind als lebenserhaltende Hilfsmittel erstattungsfähig, wenn die lebenserhaltende Funktion durch keines der in den Bedingungen genannten Hilfsmittel gewährleistet werden kann.	✓ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✓ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✓ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.
- Heimdialyse?	✓ Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	✓ Die Bedingungen sehen keine Kostenübernahme für Heimdialysegeräte vor. Anmerkung des Versicherers: Im Rahmen der Einzelfallprüfung können Miete und Sachkosten für Heimdialyse übernommen werden.	✓ Kosten für Heimdialysegeräte nach Nierenversagen sind erstattungsfähig.	✓ Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	✓ Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	✓ Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.
- Krankenfahrräder ohne Summenbegrenzung?	✓ Krankenfahrräder sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✓ Krankenfahrräder sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✓ Krankenfahrräder sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✓ Krankenfahrräder sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✓ Krankenfahrräder sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✓ Krankenfahrräder sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.
- Hör- u. Sprechgeräte?	✓ Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig.	✓ Hörgeräte und künstliche Kehlköpfe sind erstattungsfähig.	✓ Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig.	✓ Hörgeräte (inklusive Otoplastik und Erstausrüstung mit Batterien) sind bis max. 1.450 EUR pro Hörgerät, Sprechhilfen (inklusive Erstausrüstung mit Batterien) ohne Begrenzung erstattungsfähig.	✓ Hörgeräte und Sprechhilfen sind erstattungsfähig.	✓ Hörgeräte sind bis 2.000 EUR, Sprechgeräte ohne Begrenzung erstattungsfähig.
- Orthopädische Schuhe?	✓ Orthopädische Schuhe (und Schuhzurichtungen) sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500 EUR p. a. erstattungsfähig.	✓ Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.	✓ Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.	✓ Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig. Pro Schuh fällt ein Eigenanteil von 25 EUR an.	✓ Orthopädische Schuhe sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 410,- € erstattungsfähig.	✓ Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.
- Blindenhund/Blindenleitgerät?	✓ Die Kosten für einen Blindenhund (Anschaffung einschließlich der erforderlichen Trainingsmaßnahmen) sind erstattungsfähig.	✓ Die Kosten für einen Blindenhund (Anschaffung und Ausbildung) sind erstattungsfähig.	✓ Blindenhunde sind erstattungsfähig.	✓ Anschaffung und Ausbildung - nicht aber der Unterhalt eines Blindenhundes - sind erstattungsfähig.	✓ Die Kosten für einen Blindenhund (Anschaffung und Ausbildung) sind erstattungsfähig.	✓ Die Kosten für einen Blindenhund sind erstattungsfähig.
- Blindenlese-/Vorlesegerät?	✓ Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	✓ Elektrische Lesehilfen sind erstattungsfähig.	✓ Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	✓ Elektronische Lesegeräte sind bis maximal 2.450 EUR erstattungsfähig.	✓ Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	✓ Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.
- Körperersatzstücke?	✓ Ja, die Kosten für Körperersatzstücke sind erstattungsfähig (z.B. Prothesen, Epithesen, Haarersatz).	✓ Körperersatzstücke in den Bedingungen aufgeführt. Erstattungsfähig sind somit z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen und Kunstaugen.	✓ Körperersatzstücke in den Bedingungen aufgeführt. Erstattungsfähig sind somit z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen und Kunstaugen.	✓ Körperersatzstücke sind in den Bedingungen aufgeführt. Erstattungsfähig sind somit z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen und Kunstaugen.	✓ Körperersatzstücke sind in den Bedingungen aufgeführt. Erstattungsfähig sind somit z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen und Kunstaugen.	✓ Ja, die Kosten für Körperersatzstücke sind erstattungsfähig (z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen, Epithesen, Perücken, Kunstaugen...).
- Prothesen uneingeschränkt (z.B. Arm-, Bein-, Brustprothesen)?	✓ Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.	✓ Ja, Prothesen sind in den Bedingungen aufgeführt.	✓ Ja, Prothesen sind in den Bedingungen aufgeführt.	✓ Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.	✓ Ja, Prothesen sind in den Bedingungen aufgeführt.	✓ Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.
- Kunstaugen?	✓ Ja, die Kosten für Kunstaugen sind erstattungsfähig.	✓ Ja, die Kosten für Kunstaugen sind erstattungsfähig.	✓ Kunstaugen sind erstattungsfähig.	✓ Kunstaugen sind erstattungsfähig.	✓ Ja, die Kosten für Kunstaugen sind erstattungsfähig.	✓ Ja, die Kosten für Kunstaugen sind erstattungsfähig.
- Orthesen (z.B. Stützkorsett nach Bandscheiben-OP)?	✓ Ja, erstattungsfähig sind Geh- und Stützapparate.	✓ Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	✓ Ja, erstattungsfähig sind orthopädische Stützapparate.	✓ Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	✓ Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	✓ Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Barmenia VHV1A+ PVN TM42+	Hallesche MAS.Bonus URZ JOKER.flex PVN MKT.43	Universa uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PV N uni-KT 43	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Inter JA U JE U PVN TMA 6 U	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W
Monatsbeitrag:	553,75 €	628,22 €	612,76 €	511,43 €	526,49 €	583,42 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	95 %	91 %	89 %	87 %	84 %	79 %
Sehlfen						
- Sind Sehlfen erstattungsfähig?	✔ Die Leistung ist vorhanden.	✔ Die Leistung ist vorhanden.	✔ Die Leistung ist vorhanden.	✔ Die Leistung ist vorhanden.	✔ Die Leistung ist vorhanden.	✔ Die Leistung ist vorhanden.
- Höhe der Erstattung für Sehlfen in €?	✔ Brillen und Kontaktlinsen (auch bei Refraktionsbestimmung durch den Optiker) werden bis 400 EUR erstattet. ⚠ Hinweis: Bei einer Sehschwäche von mindestens 8,0 Dioptrien erhöht sich der erstattungsfähige Rechnungsbetrag um 50%. Erstattungsfähig sind nach Ablauf von zwei Jahren - gerechnet vom Versicherungsbeginn an - operative Maßnahmen zur Behebung von Fehlsichtigkeit (z. B. LASIK) einschließlich der erforderlichen Vor- und Nachuntersuchungen bis zu 2.000 EUR je Auge.	✔ Brillen werden zu 100% (nicht jedoch in Luxusausführung) ohne Summenbegrenzung übernommen, Gestelle max. bis 180,- €, Kontaktlinsen bis max. 310,- €. Hinweis: Aufwendungen im Zusammenhang einer Korrektur von Fehlsichtigkeit mittels refraktiver Chirurgie (z.B. LASIK) werden bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500 € pro Auge erstattet. Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht für das jeweilige Auge frühestens nach 5 Jahren.	✔ Brillengestelle sind bis zu 125,- €, Brillengläser bis zu 155,- € (Einstärkengläser) bzw. bis zu 310,- € (Mehrstärkengläser) erstattungsfähig. Bei medizinischer Notwendigkeit ist eine höhere Erstattung möglich. Kontaktlinsen sind in einjährigen Abständen ab 4 Dioptrien, 2 Dioptrien Korrekturdifferenz oder Erkrankung der Augen erstattungsfähig.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Sehlfen (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen) werden wir folgt erstattet: - Einstärkengläser bis 6 Dioptrien bis 300 EUR, bei stärkerer Fehlsichtigkeit bis 600 EUR - Mehrstärkengläser bis 6 Dioptrien bis 700 EUR, bei stärkerer Fehlsichtigkeit bis 1.000 EUR Operative Sehschärfenkorrektur (z.B. Lasik, Lasek, Linsenimplantate) bei medizinischer Notwendigkeit ist zu 100% erstattungsfähig.	✔ Brillen und Kontaktlinsen: erstattungsfähig sind zu 100% die Aufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 260,00 EUR für eine Sehlfen.	✔ Sehlfen (Brillengläser, Brillenfassungen und Kontaktlinsen) werden bis 400 EUR erstattet.
- Sehlfen mind. alle 24 Monate erstattungsfähig?	✔ Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht nach zwei Jahren seit dem letzten Bezug oder bei Änderung der Sehlfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien.	✔ Ein Leistungsanspruch für den erneuten Bezug einer Sehlfen entsteht nach 2 Jahren seit dem letzten Bezug. Vor Ablauf von 2 Jahren entsteht ein erneuter Anspruch nur bei einer Veränderung der Sehschärfe.	✔ Ein Leistungsanspruch für den erneuten Bezug einer Sehlfen entsteht nach 2 Jahren seit dem letzten Bezug. Vor Ablauf von 2 Jahren entsteht ein erneuter Anspruch nur bei einer Veränderung der Sehschärfe, Verlust o. Zerstörung.	✔ Sehlfen sind innerhalb von 2 Kalenderjahren oder bei Änderung der Sehschärfe erstattungsfähig.	✔ Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Sehlfen bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 260 EUR innerhalb von zwei Jahren.	✔ Sehlfen sind innerhalb von 24 Monaten erstattungsfähig.
Psychotherapie						
- ambulante Psychotherapie?	✔ Die Leistung ist vorhanden.	✔ Die Leistung ist vorhanden.	✔ Die Leistung ist vorhanden.	✔ Die Leistung ist vorhanden.	✔ Die Leistung ist vorhanden.	✔ Die Leistung ist vorhanden.
- Anzahl Sitzungen sind pro Jahr?	✔ Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig.
- Psychotherapie im Delegationsverfahren (nicht nur durch Ärzte, auch z.B. durch Dipl. Psychologen)?	✔ Psychotherapie ist nicht nur durch Ärzte, sondern auch im Delegationsverfahren erstattungsfähig.	✔ Psychotherapie ist nicht nur durch Ärzte, sondern auch im Delegationsverfahren erstattungsfähig.	✔ Psychotherapie ist nicht nur durch Ärzte, sondern auch im Delegationsverfahren erstattungsfähig.	✔ Psychotherapie ist nicht nur durch Ärzte, sondern auch im Delegationsverfahren erstattungsfähig.	✔ Psychotherapie ist nicht nur durch Ärzte, sondern auch im Delegationsverfahren erstattungsfähig.	✔ Psychotherapie ist nicht nur durch Ärzte, sondern (nach Zusage) auch im Delegationsverfahren erstattungsfähig.
- Verzicht auf aufschalen Einschränkungen?	⚠ 15% Selbstbeteiligung bei ambulanter Psychotherapie.	✔ Keine unüblichen Einschränkungen.	✔ Keine unüblichen Einschränkungen.	⚠ Keine Leistung vorhanden. ⚠ Hinweis: Ambulante Psychotherapie wird je Versicherungsfall bis zur 30. Sitzung zu 100% erstattet. Ab der 31. Sitzung fällt eine Selbstbeteiligung von 20% an.	✔ Keine unüblichen Einschränkungen.	⚠ Keine Leistung vorhanden. ⚠ Hinweis: Pro Versicherungsfall sind 100% der Aufwendungen für die 1. bis zur 30. Sitzung, 70% der Aufwendungen ab der 31. Sitzung erstattungsfähig.
- ohne vorherige Zusage des Versicherers?	✔ Psychotherapie ist ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	✔ Psychotherapie ist ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	✔ Psychotherapie ist ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	✔ Psychotherapie ist ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	✔ Psychotherapie ist ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	⚠ Keine Leistung vorhanden. ⚠ Hinweis: Psychotherapie durch approbierte Ärzte ist ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig. Im Delegationsverfahren ist jedoch eine vorherige schriftliche Zusage des Versicherers erforderlich.
Ambulante Transporte						
- ambulante Krankentransporte?	✔ Die Leistung ist vorhanden.	✔ Die Leistung ist vorhanden.	✔ Die Leistung ist vorhanden.	✔ Die Leistung ist vorhanden.	✔ Die Leistung ist vorhanden.	✔ Die Leistung ist vorhanden.
- Fahrten/Transporte (zur Chemotherapie, Dialysebehandlung) ohne weitere Voraussetzungen auf z.B. Gehunfähigkeit?	✔ Fahrten bei Dialyse, Strahlen- und Chemotherapie sind erstattungsfähig.	✔ Fahrten (z.B. zur Dialyse-, Strahlenbehandlung, Chemotherapie) sind erstattungsfähig.	✔ Erstattungsfähig sind der medizinisch notwendige Hin- und Rücktransport zu einer Dialysebehandlung, wenn der Versicherer vor Beginn des Transports eine schriftliche Zusage erteilt hat.	✔ Transporte (Serienfahrten bei Strahlentherapie/ Chemotherapie oder Nierendialyse) werden zu 100% erstattet, wenn diese durch den Versicherer organisiert werden (ansonsten zu 75%).	✔ Bei ambulanter Chemotherapie sowie bei ambulanter Dialysebehandlung sind die Aufwendungen für die Fahrt mit einem Taxi oder einem privaten Kraftfahrzeug pro Kalenderjahr bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500 EUR erstattungsfähig. Bei Dialysebehandlung sind die Aufwendungen für die Fahrt mit einem Taxi oder einem privaten Kraftfahrzeug pro Kalenderjahr bis zu einem Rechnungsbetrag von 3.000 EUR erstattungsfähig.	✔ Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Transporte und Fahrten bei ambulanter Dialyse, bei Strahlentherapie bei Krebserkrankungen und Chemotherapie zum und vom nächstgelegenen Arzt, Physiotherapeuten oder geeigneten Krankenhäusern.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Barmenia VHV1A+ PVN TM42+	Hallesche MAS.Bonus URZ JOKER.flex PVN MKT.43	Universa uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PV N uni-KT 43	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Inter JA U JE U PVN TMA 6 U	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W
Monatsbeitrag:	553,75 €	628,22 €	612,76 €	511,43 €	526,49 €	583,42 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	95 %	91 %	89 %	87 %	84 %	79 %
- Fahrten/Transporte bei Gehunfähigkeit?	Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Ambulante Fahrt-/Transportkosten sind nur bei Schwerbehinderung (außergewöhnlich gehbehindert, blind, hilflos) bzw. bei Pflegestufe II oder III bzw. bei ambulanten Operationen (am OP-Tag) erstattungsfähig.	Ja, ambulante Fahrt-/Transportkosten bei Gehunfähigkeit sind erstattungsfähig.	Ja, ambulante Fahrt- und Transportkosten bei Gehunfähigkeit sind erstattungsfähig.	Transportkosten zu oder von der nächstreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung/Therapieeinrichtung werden bei ärztlich bestätigter Gehunfähigkeit zu 100% erstattet.	Nein, ambulante Fahrt-/Transportkosten bei Gehunfähigkeit sind nicht erstattungsfähig.	Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Transporte und Fahrten bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit zum und vom nächstgelegenen Arzt, Physiotherapeuten oder geeigneten Krankenhaus. Krankenfahrten (Hin- und Rückfahrt) werden bis 50 EUR pro Fahrt erstattet (im privaten PKW liegt der Erstattungshöchstbetrag bei 0,30 EUR pro gefahrenem Kilometer).
- Fahrten/Transporte bis zum nächstgeeignetem Behandler (unabhängig, oder der Versicherte gefähig ist)?	Nein, ambulante Transportkosten zum nächstgeeignetem Behandler sind nicht erstattungsfähig.	Nein, ambulante Transportkosten zum nächstgeeignetem Behandler sind nicht erstattungsfähig.	Nein, ambulante Transportkosten zum nächstgeeignetem Behandler sind nicht erstattungsfähig.	Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Transportkosten zu oder von der nächstreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung/Therapieeinrichtung sind bei Gehfähigkeit nur erstattungsfähig, wenn eine ärztlich bestätigte Sehfähigkeit vorliegt – die Kosten werden dann zu 100% übernommen.	Nein, ambulante Transportkosten zum nächstgeeignetem Behandler sind nicht generell erstattungsfähig.	Nein, ambulante Transportkosten zum nächstgeeignetem Behandler sind nicht erstattungsfähig.
- Ambulante Notfalltransporte?	Ja, erstattungsfähig sind der notwendige Transport zum und vom Arzt oder Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Notfall oder Unfall.	Ja, ambulante Rettungstransporte (ohne anschließende stationäre Behandlung) sind erstattungsfähig.	Ja, ambulante Rettungstransporte (ohne anschließende stationäre Behandlung) sind erstattungsfähig.	Transportkosten zu oder von der nächstreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung/Therapieeinrichtung werden bei Unfall/Notfall zu 100% erstattet, wenn für die Erstversorgung eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist.	Ja, ambulante Rettungstransporte am Unfalltag (ohne anschließende stationäre Behandlung) sind erstattungsfähig.	Ja, unfall- oder notfallbedingte Krankentransporte, Krankenfahrten und Fahrten des Notarztes sind erstattungsfähig.
Arznei-/Verbandmittel						
- ohne zusätzliche Selbstbeteiligung?	Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig. Hinweis: Zu den erstattungsfähigen Arzneimitteln zählen auch ärztlich verordnete Infusionslösungen und Teststreifen für Blutmessungen. Als Verbandmittel gelten auch Stoma- sowie Tracheostoma-Verbandmittel und Inkontinenzartikel (aufsaugende und auffangende Mittel).	Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.	Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.	Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.	Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.	Für Verbandmaterialien und Arzneimittel fällt eine Selbstbeteiligung von 800 EUR p. a. an.
- medikamentenähnliche Nährmittel bei schweren Erkrankungen?	Als Arzneimittel gelten auch medikamentenähnliche Nährmittel, wenn sie im Zusammenhang mit der Behandlung von schweren Erkrankungen verordnet werden oder wenn nur diese Mittel im Rahmen einer Erkrankung als Nahrung eingesetzt werden können.	Als Arzneimittel gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nährmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z.B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden und die insbesondere enteral oder parenteral verabreicht werden.	Erstattungsfähig sind Nähr- und Stärkungsmittel zur enteralen und parenteralen Ernährung (künstliche Ernährung) sowie Mittel die im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen verabreicht werden).	Nährmittel gelten nicht als Arzneimittel. Hinweis: Vitaminmonopräparate zur gezielten Behandlung von Vitaminmangelkrankungen werden jedoch erstattet. Nach ärztlicher Verordnung sind auch Aufwendungen für Sondenernährung erstattungsfähig, sofern aufgrund einer medizinischen Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.	Als Arzneimittel gelten auch bestimmte zwingend erforderliche medikamentenähnliche Präparate zur enteralen und parenteralen Ernährung sowie medikamentenähnliche Präparate, die im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen verabreicht werden. Versichert sind auch Vitaminpräparate und Nahrungsergänzungsmittel, die zur Behandlung von Mangelkrankungen medizinisch notwendig sind.	Diätische Nährstoffe, sofern sie zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden sowie medikamentenähnliche Nährmittel zur enteralen Ernährung sind erstattungsfähig.
Sonstiges						
- medizinische Versorgungszentren?	Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung hat die versicherte Person die freie Wahl auch unter medizinischen Versorgungszentren und Diagnosezentren.	Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.	Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.	Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.	Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.	Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.
- Krankenhausambulanzen?	Ja, die Behandlung in Krankenhausambulanzen ist erstattungsfähig.	Ja, die Behandlung in Krankenhausambulanzen ist erstattungsfähig.	Ja, die Behandlung in Krankenhausambulanzen ist erstattungsfähig.	Ja, die Behandlung in Krankenhausambulanzen ist erstattungsfähig.	Ja, Behandlungskosten in Krankenhausambulanzen sind erstattungsfähig.	Ja, die Behandlung in Krankenhaus-Notfallambulanzen ist erstattungsfähig.
- häusliche Behandlungs-/Krankenpflege?	Ja, erstattungsfähig sind die Kosten für häusliche Krankenpflege (Behandlungs- und Grundpflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung von bis zu vier Wochen Dauer).	Ja, die Kosten für häusliche Krankenpflege sind erstattungsfähig.	Nein, die Kosten für häusliche Krankenpflege sind nicht erstattungsfähig.	Ja, die Kosten für häusliche Krankenpflege sind erstattungsfähig (betragsmäßige/zeitliche Begrenzungen beachten). Der Versicherte bittet um Kontaktaufnahme vor Inanspruchnahme der Leistung.	Zu 100 % erstattungsfähig sind nach vorheriger schriftlicher Zusage die Aufwendungen für häusliche Krankenpflege, wenn diese ärztlich verordnet ist. Erstattungsfähig sind auch: psychiatrische Pflege, spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV), Intensiv-Behandlungspflege (z.B. Beatmung, Überwachung der Vitalparameter, tracheales Absaugen).	Ja, die Kosten für häusliche Krankenpflege (einschließlich Behandlungspflege) sind erstattungsfähig.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Barmenia VHV1A+ PVN TM42+	Hallesche MAS.Bonus URZ JOKER.flex PVN MKT.43	Universa uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PV N uni-KT 43	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Inter JA U JE U PVN TMA 6 U	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W
Monatsbeitrag:	553,75 €	628,22 €	612,76 €	511,43 €	526,49 €	583,42 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	95 %	91 %	89 %	87 %	84 %	79 %
Ambulant						
- Kuren ambulant?	<p>✓ Erstattet werden bei einer Genesungskur (mind. zehntägige stationäre Krankenhausbehandlung muss vorausgegangen sein) oder sonstigen Kur - jeweils Nachweis der medizinischen Notwendigkeit durch ärztliches Attest erforderlich (bei sonstigen Kuren vor Kurantritt) - in einem Heilbad oder Kurort sowie in einer Heilstätte ("gemischte Krankenanstalt", Sanatorium) 100% der Aufwendungen für: ärztliche Beratungen, Besuche und Verrichtungen, Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, und zwar Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen, Kurplan, Kurtaxe.</p> <p>Die Aufwendungen für eine sonstige Kur sind höchstens einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren erstattungsfähig. Dieser Zeitraum rechnet ab dem 01.01. des Kalenderjahres, in dem zuletzt Leistungen für eine sonstige Kur gezahlt wurden.</p> <p>Bei einer Genesungskur wird zusätzlich ein Genesungsgeld von 200 EUR pro Tag für längstens vier Wochen gezahlt.</p>	<p>✓ Ambulante Kuren sind nicht erstattungsfähig. Laut Versichererinfo sind bei ambulanten Kuren die ärztlichen Behandlungen, Medikamente, physikalische Maßnahmen und sonstige typische Kurmittel erstattungsfähig.</p>	<p>Ambulante Kuren sind nicht erstattungsfähig. Im Rahmen der Vorsorgemaßnahmen sind z.Zt. Kurbehandlungen (z.B. Kneipp-, Kohlensäure-, Schwefel- und Solebäder) alle 2 Jahre bis zu 500,- € erstattungsfähig. Hierbei werden Arzt-, Arznei- und Heilmittelkosten übernommen.</p>	<p>Ambulante Kuren sind nicht erstattungsfähig. Es wird ein separater Kurtarif angeboten.</p>	<p>✓ Ärztliche Leistungen und Kurmittel, bei einer ärztlich verordneten ambulanten Kurbehandlung bis zur Dauer von 28 Tagen. Nach Inanspruchnahme werden diese Leistungen frühestens nach Ablauf von zwei Jahren erneut gewährt.</p>	<p>✓ 100% der Aufwendungen für ärztlich verordnete ambulante Heilkuren, maximal 1.000 EUR. Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von 24 Monaten nach Abschluss der vorangegangenen Heilkur. Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztliche Leistungen, Kurtaxe, Kurplan, Arzneimittel, Kurmittel und physikalische Therapie.</p>
Sonstiges						
- Verzicht auf die Anwendung der Kurortklausel?	<p>✓ Ja. Die Leistungseinschränkung für eine ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort entfällt; in einem Heilbad oder Kurort besteht hierfür der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort.</p>	<p>✓ Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.</p>	<p>✓ Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht bei ambulanter Heilbehandlung der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.</p>	<p>✓ Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.</p>	<p>✓ Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.</p>	<p>✓ Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.</p>

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär


	Barmenia VHV1A+ PVN TM42+	Hallesche MAS.Bonus URZ JOKER.flex PVN MKT.43	Universona uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PV N uni-KT 43	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Inter JA U JE U PVN TMA 6 U	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W
Monatsbeitrag:	553,75 €	628,22 €	612,76 €	511,43 €	526,49 €	583,42 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	95 %	91 %	89 %	87 %	84 %	79 %
Stationär						
- 1-Bettzimmer?	✓ Ja, die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✗ Keine Leistung vorhanden.	✓ Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 1-Bett-Zimmer sind erstattungsfähig.	✓ Ja, die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✓ JE U: Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind erstattungsfähig. JA U: Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 1-Bett-Zimmer sind nicht erstattungsfähig.	✓ Ja, die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind erstattungsfähig.
- 2-Bettzimmer?	✓ Ja, die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✓ Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 2-Bett-Zimmer sind erstattungsfähig.	✓ Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 2-Bett-Zimmer sind erstattungsfähig.	✓ Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✓ Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 2-Bett-Zimmer sind erstattungsfähig.	✓ Ja, die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.
- Wahlärztliche Behandlung (Freie Arztwahl, Spezialisten)?	✓ Ja, privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.	✓ Gesondert berechnete privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist erstattungsfähig.	✓ Gesondert berechnete privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist erstattungsfähig.	✓ Ja, privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.	✓ Gesondert berechnete privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist erstattungsfähig.	✓ Ja, privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.
Gebührenordnung Stationär						
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOÄ?	✓ Privatärztliche Leistungen sind über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig.	✓ Im stationären Bereich ist bei Belegarztleistungen keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	✓ Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	✓ Privatärztliche Leistungen sind über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig.	✓ Im stationären Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	✓ Privatärztliche Leistungen sind über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig.
- Erstattung über die Höchstsätze der GOÄ hinaus?	✓ Es ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	✓ Im stationären Bereich ist neben den wahlärztlichen Leistungen auch bei Belegarztleistungen keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	✓ Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	✓ Es ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	✓ JE U: Bei ambulanten und stationären ärztlichen oder zahnärztlichen Behandlungen, die nach Tarif JAL bzw. JA erstattungsfähig sind, erstattet der Versicherer - in Höhe der in den Tarifen JAL bzw. JA festgelegten Erstattungsprozentsätze für die jeweiligen Leistungen - die Honoraranteile, die über die in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) aufgeführten Höchstsätze hinausgehen, soweit eine gültige Honorarvereinbarung zugrunde liegt. JA U: Im stationären Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	✓ Es ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden. ⚠ Hinweis: Wenn die Aufwendungen unangemessen hoch sind, kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
- Erstattung im Ausland nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt (ermöglicht gezielte Behandlungen im Ausland)?	✓ Ja. Gebühren sind im tariflichen Umfang auch über die Höchstsätze der in dem jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen, sonstigen Preisverzeichnisse, preislichen Regelwerke oder Preislisten hinaus erstattungsfähig.	✓ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Der Versicherer erstattet grundsätzlich die Mehrkosten für mediz. notw. Heilbehandlung im Ausland. Ist der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung gezielt ins Ausland gereist, werden die Mehrkosten dann erstattet, wenn diese in Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder wenn der Versicherer vorher schriftlich zugesagt hat oder wenn im Rahmen eines Notfalls ein ausländisches Krankenhaus die nächste Behandlungsstätte darstellt.	✓ Ja, der Versicherer verzichtet bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte).	✓ Ja, der Versicherer verzichtet auch bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung außerhalb der EU bzw. des EWR auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte), wenn die Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat.	✗ Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte).	✓ Ja, der Versicherer verzichtet bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte). Erstattungsfähig sind die ortsüblichen Aufwendungen.
Anschlussreha (AHB)						
- Anschlussheilbehandlungen bedingungsgemäß nach vorheriger Zusage?	✓ Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen bzw. Anschlussheilbehandlungen sind auch ohne vorherige Zusage des Versicherers erstattungsfähig, wenn und soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist und eine stationäre Durchführung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Der Versicherer wird in geeigneten Fällen auf evt. Kooperationen mit Rehabilitationskliniken hinweisen. Bei Nutzung der entsprechenden Kooperationen werden für längstens drei Wochen 25 EUR pro Tag des Krankenhausaufenthaltes gezahlt.	✓ Ja, die Hallesche verzichtet auf eine vorherige Zusage für die ersten 3 Wochen einer medizinisch notwendigen Anschlussheilbehandlung (AHB), welche innerhalb von 28 Tagen nach einer stationären Akutbehandlung beginnt und in einer Einrichtung erfolgt, welche von einem gesetzlichen Rehabilitationsträger für die jeweilige AHB zugelassen ist. Weitere Voraussetzung ist, dass ein Antrag auf Leistungen bei einem gesetzlichen Rehabilitationsträger, sofern dieser dem Grunde nach leistungspflichtig ist, vor Beginn der AHB schriftlich gestellt und beschieden wurde. Soweit dabei Leistungen bewilligt werden, sind diese vorrangig in Anspruch zu nehmen.	✓ Abweichend von § 5 (1) d) sind in der Krankheitskostenvollversicherung die Aufwendungen für Anschlussheilbehandlungen im Sinne von § 4 (5.1) d) im tariflichen Rahmen erstattungsfähig, wenn hinsichtlich der Anschlussheilbehandlung kein gesetzlicher Rehabilitationsträger in Anspruch genommen werden kann.	✓ Ja, Anschlussreha/Anschlussheilbehandlungen sind bedingungsgemäß nach vorheriger Zusage erstattungsfähig.	✓ Ja, Aufwendungen für die medizinisch notwendige stationäre Weiterbehandlung nach einem Aufenthalt im Akutkrankenhaus (Anschlussheilbehandlung) sind erstattungsfähig, soweit anderweitig kein Anspruch geltend gemacht werden kann. Voraussetzung ist, dass die Anschlussheilbehandlung spätestens 14 Tage nach der Entlassung aus dem Akutkrankenhaus beginnt.	✓ Ja, Anschlussreha/Anschlussheilbehandlungen sind bedingungsgemäß nach vorheriger Zusage des Versicherers erstattungsfähig.

Leistungsvergleich Stationär

	Barmenia VHV1A+ PVN TM42+	Hallesche MAS.Bonus URZ JOKER.flex PVN MKT.43	Univera uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PV N uni-KT 43	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Inter JA U JE U PVN TMA 6 U	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W
Monatsbeitrag:	553,75 €	628,22 €	612,76 €	511,43 €	526,49 €	583,42 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	95 %	91 %	89 %	87 %	84 %	79 %
- Anschlussheilbehandlungen bei bestimmten Diagnosen (z.B. Herztransplantation, Schlaganfall...) ohne vorherige Zusage?	✓ Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen bzw. Anschlussheilbehandlungen sind unabhängig von bestimmten Diagnosen ohne vorherige Zusage des Versicherers erstattungsfähig, wenn und soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist und eine stationäre Durchführung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.	✓ Ja, die Hallesche verzichtet auf eine vorherige Zusage für die ersten 3 Wochen einer medizinisch notwendigen Anschlussheilbehandlung (AHB), welche innerhalb von 28 Tagen nach einer stationären Akutbehandlung beginnt und in einer Einrichtung erfolgt, welche von einem gesetzlichen Rehabilitationsträger für die jeweilige AHB zugelassen ist. Weitere Voraussetzung ist, dass ein Antrag auf Leistungen bei einem gesetzlichen Rehabilitationsträger, sofern dieser dem Grunde nach leistungspflichtig ist, vor Beginn der AHB schriftlich gestellt und beschieden wurde. Soweit dabei Leistungen bewilligt werden, sind diese vorrangig in Anspruch zu nehmen.	✓ Abweichend von § 5 (1) d) sind in der Krankheitskostenvollversicherung die Aufwendungen für Anschlussheilbehandlungen im Sinne von § 4 (5.1) d) im tariflichen Rahmen erstattungsfähig, wenn hinsichtlich der Anschlussheilbehandlung kein gesetzlicher Rehabilitationsträger in Anspruch genommen werden kann.	✓ Ja, Anschlussheilbehandlungen in gemischten Anstalten sind auch ohne vorheriger schriftliche Zusage bei bestimmten Erkrankungen (Herztransplantationen, Bypassoperationen, akutem Herzinfarkt und/oder Reinfarkt, Bandscheibenoperationen, Gelenkersatzoperationen, Hirninfarkt und -blutung (Schlaganfall), schweren Schädel-Hirnverletzungen, Krebsoperationen bzw. -bestrahlungen, Nierentransplantation) erstattungsfähig, wenn diese innerhalb von 4 Wochen nach Entlassung aus dem Akutkrankenhaus beginnt.	✓ Ja, Aufwendungen für die medizinisch notwendige stationäre Weiterbehandlung nach einem Aufenthalt im Akutkrankenhaus (Anschlussheilbehandlung) sind erstattungsfähig, soweit anderweitig kein Anspruch geltend gemacht werden kann. Voraussetzung ist, dass die Anschlussheilbehandlung spätestens 14 Tage nach der Entlassung aus dem Akutkrankenhaus beginnt.	✓ Nein, Anschlussheilbehandlungen sind bedingungsgemäß nur nach vorheriger schriftlicher Zusage durch den Versicherer erstattungsfähig.
- Anschlussheilbehandlungen ohne vorherige Zusage?	✓ Ja, stationäre Rehabilitationsmaßnahmen bzw. Anschlussheilbehandlungen sind ohne vorherige Zusage des Versicherers erstattungsfähig, wenn und soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist und eine stationäre Durchführung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.	✓ Ja, die Hallesche verzichtet auf eine vorherige Zusage für die ersten 3 Wochen einer medizinisch notwendigen Anschlussheilbehandlung (AHB), welche innerhalb von 28 Tagen nach einer stationären Akutbehandlung beginnt und in einer Einrichtung erfolgt, welche von einem gesetzlichen Rehabilitationsträger für die jeweilige AHB zugelassen ist. Weitere Voraussetzung ist, dass ein Antrag auf Leistungen bei einem gesetzlichen Rehabilitationsträger, sofern dieser dem Grunde nach leistungspflichtig ist, vor Beginn der AHB schriftlich gestellt und beschieden wurde. Soweit dabei Leistungen bewilligt werden, sind diese vorrangig in Anspruch zu nehmen.	✓ Abweichend von § 5 (1) d) sind in der Krankheitskostenvollversicherung die Aufwendungen für Anschlussheilbehandlungen im Sinne von § 4 (5.1) d) im tariflichen Rahmen erstattungsfähig, wenn hinsichtlich der Anschlussheilbehandlung kein gesetzlicher Rehabilitationsträger in Anspruch genommen werden kann.	✗ Nein, Anschlussheilbehandlungen sind ohne vorherige schriftliche Zusage nur bei bestimmten Erkrankungen erstattungsfähig.	✓ Ja, Aufwendungen für die medizinisch notwendige stationäre Weiterbehandlung nach einem Aufenthalt im Akutkrankenhaus (Anschlussheilbehandlung) sind erstattungsfähig, soweit anderweitig kein Anspruch geltend gemacht werden kann. Voraussetzung ist, dass die Anschlussheilbehandlung spätestens 14 Tage nach der Entlassung aus dem Akutkrankenhaus beginnt.	✗ Nein, Anschlussheilbehandlungen sind bedingungsgemäß nur nach vorheriger schriftlicher Zusage durch den Versicherer erstattungsfähig.
Stationär						
- Krankentransporte stationär uneingeschränkt?	✓ Der notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus ist erstattungsfähig.	✓ Der notwendigen Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus ist erstattungsfähig.	✓ uni-AM 155: Notfalltransporte bis zu zweimal je Versicherungsfall zum nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Arzt oder zur ambulanten Behandlung in das nächsterreichbare und für die Heilbehandlung geeignete Krankenhaus. uni-STM 100: Erstattungsfähig sind Krankentransportkosten zum und vom nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus in einem hierfür vorgesehenen Spezialfahrzeug (einschließlich Rettungshubschrauber).	✓ Der notwendigen Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus ist erstattungsfähig.	✓ Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die Fahrt oder den Transport zum und vom Krankenhaus bis zu jeweils 100 km, mindestens jedoch bis zum nächst erreichbaren, geeigneten Krankenhaus oder für einen Verlegungstransport in ein anderes Krankenhaus.	✓ Erstattungsfähig sind Transportkosten zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus. ⚠ Transporte sind solche im Rettungswagen, Rettungshubschrauber oder durch ein Transportunternehmen mit medizinisch notwendiger Begleitung von medizinischem Personal. Hinweis: Aufwendungen für die Verlegung in ein anderes Krankenhaus innerhalb Deutschlands sind ebenfalls erstattungsfähig, wenn die vollstationäre Heilbehandlung nach der Verlegung voraussichtlich noch mindestens 7 Tage andauern wird und die Verlegung über den Versicherer organisiert wird.
- Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf die Wahlleistungen?	✓ Bei Verzicht auf die Unterbringung im 1-Bettzimmer bzw. gesondert berechenbare ärztliche Leistungen werden jeweils 25 EUR pro Tag gezahlt. Wird auf die gesondert berechnete Unterkunft im 1- oder 2-Bettzimmer verzichtet, werden 50 EUR pro Tag gezahlt.	Keine Leistung vorhanden.	✓ Bei Unterkunft im Mehr-Bett-Zimmer werden 60,- € pro Tag gezahlt. Bei Verzicht auf wahlärztliche Behandlung werden pro Tag 60,- € gezahlt.	✓ Bei Verzicht auf gesondert berechenbare Unterkunft im 1- oder 2-Bettzimmer werden 30 EUR pro Tag gezahlt.	✓ JA U: Bei Unterkunft im Mehr-Bett-Zimmer werden 15,50,- € pro Tag gezahlt. Bei Verzicht auf wahlärztliche Behandlung werden pro Tag 15,50,- € gezahlt. Bei Verzicht auf wahlärztliche Behandlung und bei Unterkunft im Mehr-Bett-Zimmer werden pro Tag 31,- € gezahlt. JE U: Wird bei vollstationärer Behandlung keine Unterkunft im Einbettzimmer in Anspruch genommen, wird ein Krankenhaustagegeld von 16 EUR (Kinder 0 - 15 Jahre hälftig) gezahlt.	✓ Bei Verzicht auf die gesonderte Unterkunft werden 70 EUR und bei Verzicht auf wahlärztliche Behandlung 40 EUR pro Tag gezahlt (Kinder unter 16 Jahre erhalten jeweils die Hälfte).

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	Barmenia VHV1A+ PVN TM42+	Hallesche MAS.Bonus URZ JOKER.flex PVN MKT.43	Univera uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PV N uni-KT 43	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42- U	Inter JA U JE U PVN TMA 6 U	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W
Monatsbeitrag:	553,75 €	628,22 €	612,76 €	511,43 €	526,49 €	583,42 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	95 %	91 %	89 %	87 %	84 %	79 %
- Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhaus-Aufenthaltes (§9 MB/KK)?	✔ Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.	✔ Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.	✔ Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.	✔ Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.	✔ Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.	✔ Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.  Hinweis: Jede Krankenhausbehandlung im Ausland ist dem Versicherer unverzüglich nach ihrem Beginn anzuzeigen.
- gemischte Krankenanstalten - kundenfreundlichere Regelung als MB/KK (§4 MB/KK)?	✔ Keine vorherige Zusage ist erforderlich - wenn ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen bzw. Anschlussheilbehandlungen durchgeführt werden, die eine stationäre Behandlung erfordern - bei Notfallbehandlung - bei Behandlung wegen einer während des Aufenthalts akut eingetretenen Erkrankung, die nicht mit dem eigentlichen Behandlungszweck zusammenhängt und stationäre Krankenhausbehandlung erfordert. Dies gilt für die notwendige Behandlungsdauer der akuten Erkrankung. - sofern die Krankenanstalt das einzige Krankenhaus für die stationäre Akutversorgung ist	✔ Ja, eine schriftliche Leistungszusage nach § 4 (5) MB/KK 2009 ist nicht erforderlich, wenn es sich um eine Notfallanweisung handelt bzw. wenn die Krankenanstalt das einzige Versorgungs Krankenhaus in der Umgebung des Versicherten ist und ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt werden sollen, die eine stationäre Aufnahme und Therapie erfordern.	✔ Abweichend von § 4 (5) MBKK kann sich der Versicherer auf eine fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn es sich um eine Notfallanweisung handelte, oder die Krankenanstalt das einzige Versorgungs Krankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten war, oder während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Aufnahme und Therapie erforderte.	✔ Es wird sich nicht auf die fehlende vorherige schriftliche Leistungszusage berufen, wenn es sich um eine Notfallanweisung handelte oder die Krankenanstalt das einzige Versorgungs Krankenhaus in der Umgebung des Aufenthaltsortes des Versicherten war. Tritt während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt abweichend vom bisherigen Behandlungszweck eine akute Erkrankung auf, die eine medizinisch notwendige stationäre Aufnahme und Therapie erfordert, leistet der Versicherer auch ohne vorherige Leistungszusage für die medizinisch notwendige Behandlungsdauer dieser Erkrankung.	✔ Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung nach § 4 Teil I Abs. 5 AVB beruft sich der Versicherer auf die fehlende vorherige schriftliche Leistungszusage nicht, wenn - eine Notfallanweisung vorliegt, - die Krankenanstalt das einzige geeignete Krankenhaus in der Umgebung des Aufenthaltsortes des Versicherten war	✔ Eine vorherige schriftliche Zusage ist nicht erforderlich: - bei Notfallbehandlung - bei Tbc-Erkrankungen - wenn die Krankenanstalt das einzige geeignete Krankenhaus mit Versorgungsauftrag für die akute stationäre Heilbehandlung im Umkreis von 20 km vom Wohnsitz der versicherten Person ist - wenn während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Aufnahme und Therapie erfordert und die nicht mit dem ursprünglichen Behandlungszweck zusammenhängt
- stationäre Psychotherapie ohne pauschale Beschränkungen?	✔ Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.	✔ Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig	✔ Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig	✔ Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig	✔ Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.	✔ Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.
- Hospiz (zur Sterbegleitung)?	✔ Ja, die Kosten für die Unterbringung in einem Hospiz sind bedingungsgemäß erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung und die stationäre Versorgung in einem Hospiz erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für die Unterbringung in einem Hospiz sind bedingungsgemäß erstattungsfähig.	✔ Ja, die Aufwendungen für eine stationäre oder teilstationäre Hospizversorgung sind erstattungsfähig.	✔ Die INTER leistet für Aufwendungen (bis zu der Höhe der GKV) einer notwendigen stationären Versorgung in einem Hospiz, wenn - die versicherte Person an einer schweren, unheilbaren und weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet, - eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten zu erwarten ist, - eine ärztliche Verordnung vorliegt und - das Hospiz von der gesetzlichen Krankenversicherung durch Versorgungsvertrag zugelassen ist.	✔ Ja, die Kosten für die Unterbringung in einem Hospiz sind bedingungsgemäß erstattungsfähig. Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung werden angerechnet.
- Entziehungsmaßnahmen?	✔ Erstattungsfähig sind bei stationärer Entziehungsmaßnahme bei Suchterkrankungen die Allgemeinen Krankenhausleistungen. Es werden bis zu drei Maßnahmen (incl. ggf. ambulanter Maßnahmen) erstattet, sofern die versicherte Person keinen anderweitigen Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung hat und wenn Erfolgsaussichten bestehen. Werden Entziehungsmaßnahmen von einem anderen Kostenträger vollständig übernommen, werden diese auf die insgesamt drei erstattungsfähigen Entziehungsmaßnahmen angerechnet.	✔ Sofern die versicherte Person keinen anderweitigen Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung hat, wird abweichend von § 5 (1b) MB/KK 2009 in der substitutiven Krankenversicherung bei den ersten drei Entziehungsmaßnahmen (ambulante oder stationäre Entwöhnungsbehandlungen bzw. Entziehungskuren) für stoffgebundene Suchterkrankungen geleistet, wenn - die stationäre Entziehungsmaßnahme in einer durch einen gesetzlichen Rehabilitationsträger für die jeweilige Entziehungsmaßnahme zugelassenen Einrichtung, oder - die ambulante Entziehungsmaßnahme durch fachlich geeignete Dienste und Einrichtungen erfolgt und der Versicherer vor Beginn der Maßnahme die Leistung schriftlich zugesagt hat. Keine Leistungspflicht besteht bei Entziehungsmaßnahmen aufgrund von Nikotinsucht.	✔ Nach vorheriger Zusage und sofern kein anderer Kostenträger leistet sind die Aufwendungen bei stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen (Suchterkrankungen) für max. drei Entwöhnungsbehandlungen (mit Ausnahme von Nikotinsucht) zu 70% erstattungsfähig, jedoch - max. 6 Monate ambulant - max. 3 Monate stationär (keine Wahlleistungen)	✔ Bei stationären Entziehungsmaßnahmen (außer Nikotinsucht) werden die allgemeinen Krankenhausleistungen zu 80% erstattet, sofern - der Versicherer vorab eine Leistungszusage erteilt hat - es sich um um keine Rehabilitationsmaßnahme der gesetzlichen Rehabilitationsträger handelt - kein anderweitiger Anspruch auf Kostenerstattung bzw. Sachleistung besteht - hinreichende Erfolgsaussicht gegeben ist Erstattet werden max. drei Maßnahmen (incl. ggf. ambulanter Maßnahmen) während der gesamten Vertragslaufzeit.	Hat die versicherte Person keinen anderweitigen Anspruch auf Kostenerstattung/Sachleistung, werden bei bis zu drei stationären Entziehungsmaßnahmen die Kosten (Regelleistungen) übernommen, wenn der Versicherer dies vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat. Bei einer ambulanten Entziehungsmaßnahme werden 70 % der erstattungsfähigen Aufwendungen erstattet. Nicht erstattungsfähig sind Arzneimittel zur Entziehung.	✔ Bei stationären Entziehungsmaßnahmen (außer Nikotinsucht) werden die allgemeinen Krankenhausleistungen erstattet, sofern der Versicherer vorab eine Leistungszusage erteilt hat - max. drei Stück (incl. ggf. ambulanter Maßnahmen) während der gesamten Vertragslaufzeit. Ansprüche gegenüber anderen Leistungsträgern haben Vorrang.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	Barmenia VHV1A+ PVN TM42+	Hallesche MAS.Bonus URZ JOKER.flex PVN MKT.43	Universa uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PV N uni-KT 43	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42- U	Inter JA U JE U PVN TMA 6 U	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W
Monatsbeitrag:	553,75 €	628,22 €	612,76 €	511,43 €	526,49 €	583,42 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	95 %	91 %	89 %	87 %	84 %	79 %
- Kuren stationär?	<p>✓ Erstattet werden bei einer Genesungskur (mind. zehntägige stationäre Krankenhausbehandlung muss vorausgegangen sein) oder sonstigen Kur - jeweils Nachweis der medizinischen Notwendigkeit durch ärztliches Attest erforderlich (bei sonstigen Kuren vor Kurantritt) - in einem Heilbad oder Kurort sowie in einer Heilstätte ("gemischte Krankenanstalt", Sanatorium) 100% der Aufwendungen für: ärztliche Beratungen, Besuche und Verrichtungen, Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, und zwar Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen, Kurplan, Kurtaxe.</p> <p>Die Aufwendungen für eine sonstige Kur sind höchstens einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren erstattungsfähig. Dieser Zeitraum rechnet ab dem 01.01. des Kalenderjahres, in dem zuletzt Leistungen für eine sonstige Kur gezahlt wurden.</p> <p>Bei einer Genesungskur wird zusätzlich ein Genesungsgeld von 200 EUR pro Tag für längstens vier Wochen gezahlt.</p>	<p>✓ Stationäre Kuren sind bedingungsgemäß nicht erstattungsfähig. Laut Versichererinfo sind bei ambulanten Kuren die ärztlichen Behandlungen, Medikamente, physikalische Maßnahmen und sonstige typische Kurmittel erstattungsfähig.</p>	<p>Stationäre Kuren sind nicht erstattungsfähig.</p>	<p>Stationäre Kuren sind nicht erstattungsfähig. Es wird ein separater Kurtarif angeboten.</p>	<p>Stationäre Kuren sind nicht erstattungsfähig. Es wird kein separater Kurtarif angeboten.</p>	<p>✓ 100% der Aufwendungen für ärztlich verordnete stationäre Heilkuren oder Rehabilitationsbehandlungen (nicht AHB's !!), maximal 1.000 EUR. Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von 24 Monaten nach Abschluss der vorangegangenen Heilkur. Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung, ärztliche Leistungen, Kurtaxe, Kur- oder Rehabilitationsplan, Arzneimittel, Kurmittel und physikalische Therapie.</p>

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

	Barmenia VHV1A+ PVN TM42+	Hallesche MAS.Bonus URZ JOKER.flex PVN MKT.43	Universa uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PV N uni-KT 43	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Inter JA U JE U PVN TMA 6 U	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W
Monatsbeitrag:	553,75 €	628,22 €	612,76 €	511,43 €	526,49 €	583,42 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	95 %	91 %	89 %	87 %	84 %	79 %
Zahn						
Zahnbehandlung (%)?	✓ Zahnbehandlung ist zu 100% erstattungsfähig.	✓ Zahnbehandlung ist zu 100% erstattungsfähig.	✓ Zahnbehandlung ist zu 100% erstattungsfähig.	✓ Zahnbehandlung ist zu 100% erstattungsfähig.	✓ Zahnbehandlung ist zu 100% erstattungsfähig.	✓ Zahnbehandlung (incl. professionelle Zahnreinigung) ist zu 100% erstattungsfähig.
Zahnersatz (%)?	✓ Zahnersatz ist zu 85% erstattungsfähig.	✓ Zahnersatz ist zu 75% erstattungsfähig.	✓ Zahnersatz ist zu 80% erstattungsfähig.	✓ Zahnersatz ist zu 90% erstattungsfähig.	✓ Zahnersatz ist zu 80% erstattungsfähig.	✓ Zahnersatz sowie funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen (Gnathologie) einschließlich Aufbissbehelfen und Schienen sind zu 85% erstattungsfähig.
- Kieferorthopädie (%)?	✓ Kieferorthopädie ist zu 85% erstattungsfähig.	✓ Kieferorthopädie ist zu 75% erstattungsfähig.	✓ Kieferorthopädie ist zu 100% erstattungsfähig.	✓ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Kieferorthopädie ist zu 90% erstattungsfähig. Wenn die Maßnahme vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurde, werden 100% erstattet.	✓ Kieferorthopädie ist zu 80% erstattungsfähig.	✓ Kieferorthopädie ist zu 85% erstattungsfähig.
- Kieferorthopädie ohne Altersbeschränkung?	✓ Aufwendungen für Kieferorthopädie sind ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	✓ Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	✓ Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	✓ Aufwendungen für Kieferorthopädie sind ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	✓ Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	⚠ Kieferorthopädie ist bis zum Alter 20 erstattungsfähig. ⚠ Hinweis: Die Altersbegrenzung entfällt bei Unfall oder schwerer Erkrankung (angeborene Missbildung des Gesichts oder der Kiefer, skelettale Dysgnathie, verletzungsbedingte Kieferfehlstellung).
Gebührenordnung Zahn						
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOZ?	✓ Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	✓ Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	✓ Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	✓ Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	✓ Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	✓ Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.
- Erstattung über die Höchstsätze der GOZ hinaus?	✓ Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	✓ Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.	⚠ Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	⚠ Keine Leistung vorhanden. ⚠ Hinweis: Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt, es sei denn, der Versicherer hat solche Mehrkosten vor Beginn der Behandlung schriftlich als erstattungsfähig anerkannt.	⚠ JA U: Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt. ⚠ JE U: Bei ambulanten und stationären ärztlichen oder zahnärztlichen Behandlungen, die nach Tarif JAL bzw. JA erstattungsfähig sind, erstattet der Versicherer - in Höhe der in den Tarifen JAL bzw. JA festgelegten Erstattungsprozentsätze für die jeweiligen Leistungen - die Honoraranteile, die über die in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) aufgeführten Höchstsätze hinausgehen, soweit eine gültige Honorarvereinbarung zugrunde liegt. ⚠ Hinweis: Der Erstattungsbetrag für zahnärztliche Leistungen wird für jede versicherte Person innerhalb der ersten 48 Monate ihrer Versicherung nach Tarif JE (1. bis 4. Leistungsjahr) begrenzt auf höchstens 500 EUR pro Leistungsjahr.	⚠ Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden. ⚠ Hinweis: Wenn die Aufwendungen unangemessen hoch sind, kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
- Erstattung im Ausland nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt (ermöglicht gezielte Behandlungen im Ausland)?	✓ Ja. Gebühren sind im tariflichen Umfang auch über die Höchstsätze der in dem jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen, sonstigen Preisverzeichnisse, preislichen Regelwerke oder Preislisten hinaus erstattungsfähig.	⚠ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Der Versicherer erstattet grundsätzlich die Mehrkosten für mediz. notw. Heilbehandlung im Ausland. Ist der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung gezielt ins Ausland gereist, werden die Mehrkosten dann erstattet, wenn diese in Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder wenn der Versicherer vorher schriftlich zugesagt hat oder wenn im Rahmen eines Notfalls ein ausländisches Krankenhaus die nächste Behandlungsstätte darstellt.	✓ Ja, der Versicherer verzichtet bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte).	✓ Ja, der Versicherer verzichtet auch bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung außerhalb der EU bzw. des EWR auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte), wenn die Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat.	⚠ Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte).	✓ Ja, der Versicherer verzichtet bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte). Erstattungsfähig sind die ortsüblichen Aufwendungen.
Zahn						
- Verzicht auf ein Preis-/Leistungsverzeichnis?	✓ Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	✓ Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	✓ Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	⚠ Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	✓ Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	⚠ Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

	Barmenia VHV1A+ PVN TM42+	Hallesche MAS.Bonus URZ JOKER.flex PVN MKT.43	Universa uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PV N uni-KT 43	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Inter JA U JE U PVN TMA 6 U	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W
Monatsbeitrag:	553,75 €	628,22 €	612,76 €	511,43 €	526,49 €	583,42 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	95 %	91 %	89 %	87 %	84 %	79 %
- Summenbegrenzung in den ersten Jahren?	Keine Summenbegrenzung in den ersten Jahren, sofern keine Zähne fehlen. Hinweis: Zahnstaffel: - bei 2 fehlenden Zähnen: 250 EUR im 1. Kalenderjahr (KJ), 500 EUR im 2. KJ, 750 EUR im 3. KJ - bei 3 fehlenden Zähnen: 125 EUR im 1. KJ, 250 EUR im 2. KJ, 375 EUR im 3. KJ	Summenbegrenzung für Zahnbehandlung und Zahnersatz: 1.800 € im 1. und 2. Kalenderjahr, 2.600 € im 3. und 4. Kalenderjahr, 3.900 € im 5. und 6. Kalenderjahr, 5.200 € im 7. und 8. Kalenderjahr, 7.800 € im 9. und 10. Kalenderjahr, unbegrenzt ab dem 11. Kalenderjahr.	Der Leistungsanspruch berechnet sich zu Beginn der Versicherung höchstens aus einem erstattungsfähigen Betrag von - 1.550 EUR für alle Behandlungen im ersten Versicherungsjahr, - 3.100 EUR für alle Behandlungen in den ersten beiden Versicherungsjahren, - 4.650 EUR für alle Behandlungen in den ersten drei Versicherungsjahren.	Die Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie sind, sind sofern keine Zähne fehlen, wie folgt begrenzt: - 2.000 EUR im ersten Versicherungsjahr - 4.000 EUR in den ersten 2 Versicherungsjahren - 6.000 EUR in den ersten 3 Versicherungsjahren - 8.000 EUR in den ersten 4 Versicherungsjahren Hinweis: Zahnstaffel bei bis zu 5 fehlenden Zähnen: - Wartezeit in den ersten zwei Jahren - im 3. Jahr bis 525 EUR Rechnungsbetrag - im 4. Jahr bis 1.050 EUR Rechnungsbetrag - ab dem 5. Jahr werden die tariflichen Leistungen erbracht	Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden für jede versicherte Person begrenzt auf einen Rechnungsbetrag von höchstens 1.000 EUR innerhalb der ersten 12 Monate, 2.000 EUR innerhalb der ersten 24 Monate, 3.000 EUR innerhalb der ersten 36 Monate, 4.000 EUR innerhalb der ersten 48 Monate.	Während der ersten 48 Monate ab Versicherungsbeginn gelten folgende Erstattungshöchstbeträge: - 1.000 EUR während der ersten 12 Monate - 2.000 EUR während der ersten 24 Monate - 3.000 EUR während der ersten 36 Monate - 4.000 EUR während der ersten 48 Monate
- entfällt die Summenbegrenzung bei Unfall?	Keine Summenbegrenzung ist den ersten Jahren.	Die Summenbegrenzung entfällt bei Unfall.	Die Summenbegrenzung entfällt bei Unfall.	Bei unfallbedingter zahnärztlicher bzw. kieferorthopädischer Behandlung entfällt die Zahnstaffel.	Die Summenbegrenzung entfällt bei Unfall.	Die Summenbegrenzung entfällt bei Unfall. Als Unfall gilt nicht, wenn durch Nahrungsaufnahme (zum Beispiel Biss auf einen Kirschkern) ein Schaden an den Zähnen verursacht wird oder beim Reinigen herausnehmbaren Zahnersatzes ein Schaden entsteht.
- Heil- u. Kostenplan vorgeschrieben?	Bei Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung ist dem Versicherer vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorzulegen, wenn die voraussichtlichen Aufwendungen 1.500 EUR überschreiten werden, ansonsten werden die über 1.500 EUR hinausgehenden erstattungsfähigen Aufwendungen um 50% gekürzt.	Ein Heil- und Kostenplan ist bei Zahnersatz ab einem Rechnungsbetrag in Höhe von 2.500,- € erforderlich. Bei Nichtvorlage reduziert der Versicherer die Leistung der über 2.500,- € hinausgehenden Kosten um 50%. Bei Implantaten ist generell ist ein Heil- u. Kostenplan erforderlich, sonst Kürzung der Erstattung um 50%.	Für Zahnersatz (dazu gehören auch Kronen) wird nur geleistet, wenn und soweit der Versicherer vor Beginn der Behandlung aufgrund eines Heil- und Kostenplans des Zahnarztes dies schriftlich zugesagt hat. Eine Zusage wird erteilt, wenn die vorgesehenen Behandlungen der Art und dem Umfang nach medizinisch notwendig sind. Diese Leistungsvoraussetzung gilt nicht bei Anfertigung einer Einzelkrone.	Ein Heil- und Kostenplan ist bei Zahnersatz ab einem Rechnungsbetrag von 1.000 EUR erforderlich. Bei Nichtvorlage reduziert der Versicherer die Leistung um 50%.	Bei Zahnersatz mit einem voraussichtlichen Kostenaufwand (Rechnungsbetrag) von 2.600 EUR oder mehr ist vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme einzureichen.	Ein Heil- und Kostenplan ist nicht zwingend vorgeschrieben, wird jedoch seitens des Versicherers empfohlen.
- Inlays & Implantate ohne pauschale Begrenzungen?	Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.
- werden Inlays in gleicher Höhe wie Zahnbehandlung erstattet?	Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet.	Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet.	Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet.	Inlays werden wie Zahnersatz erstattet.	Inlays werden wie Zahnersatz erstattet.	Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet.



















Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Barmenia VHV1A+ PVN TM42+	Hallesche MAS.Bonus URZ JOKER.flex PVN MKT.43	Universa uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PV N uni-KT 43	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42- U	Inter JA U JE U PVN TMA 6 U	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W
Monatsbeitrag:	553,75 €	628,22 €	612,76 €	511,43 €	526,49 €	583,42 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	95 %	91 %	89 %	87 %	84 %	79 %
Ausland						
- Dauer des weltweiten Versicherungsschutzes?	✓ Bei vorübergehenden Aufenthalten besteht zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz.	✓ MAS.Bonus: Der Versicherungsschutz erstreckt sich, ohne dass es einer besonderen Vereinbarung bedarf, auf weltweite Heilbehandlung. URZ: Der Versicherungsschutz gilt für alle Auslandsreisen, bei denen jeder einzelne Auslandsaufenthalt eine ununterbrochene Verweildauer von 8 Wochen nicht übersteigt. Tritt der Versicherungsfall während der ersten 8 Wochen ein und erfordert eine leistungspflichtige Krankheit oder Unfallfolge aus medizinischen Gründen einen Auslandsaufenthalt über 8 Wochen hinaus, so verlängert sich die Leistungspflicht für diese Krankheit oder Unfallfolge bis zur Wiederherstellung der Reisebefähigung.	✓ uni-STM 100, uni-AM 155, uni-ZAM 100: Es besteht während eines Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz entweder bis zu 36 Monaten, sofern eine Krankheitskostenvollversicherung (mit Anspruch mindestens auf ambulante Leistungen sowie allgemeine Krankenhausleistungen) besteht, deren Versicherungsbeginn mindestens 36 Monate zurückliegt, oder bis zu drei Monaten in allen anderen Fällen.	✓ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Der Versicherungsschutz erstreckt sich nach einer Versicherungsdauer von 12 Monaten auch auf das außereuropäische Ausland (während der ersten 6 Monate ohne besondere Vereinbarungen). Für Aufenthalte bis zu 6 Wochen im außereuropäischen Ausland besteht bereits in den ersten 12 Monaten Versicherungsschutz.	✓ Weltweiter Versicherungsschutz besteht für 1 Monat. Der Versicherungsschutz wird für vorübergehende Aufenthalte im außereuropäischen Ausland für einen weiteren Monat hinaus ausgedehnt, wenn der Versicherte vor Beginn des Auslandsaufenthaltes informiert wird.	✓ Weltweiter Versicherungsschutz besteht für 12 Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes (kann durch gesonderte Vereinbarungen ausgedehnt werden). Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über 12 Monate hinaus verlängert werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.
- med. notwendige Rücktransport aus dem Ausland?	✓ Mehrkosten für den Rücktransport aus dem Ausland sind erstattungsfähig - Rettungsflüge ohne Begrenzung, sonstige Krankentransporte max. bis zu den fünffachen Kosten eines Fluges 1. Klasse im Linienverkehr für eine Person. Überführungskosten und Bestattungskosten am Sterbeort im Ausland werden analog sonstiger Krankentransporte erstattet.	✓ URZ: Rücktransport aus dem Ausland ist erstattungsfähig. Der Anspruch vermindert sich um die Rückreisekosten, die bei normalem Verlauf der Reise entstanden wären. 100% der notwendigen Kosten einer Überführung im Todesfall in die Bundesrepublik Deutschland bis zu einer Höhe von 5.000 € bei einer Überführung aus dem europäischen Ausland, sonst bis 10.000 €. 100% der Kosten für eine Bestattung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland bei einem Todesfall während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes bis zu dem Betrag, der bei einer Überführung erstattet worden wäre. MAS.Bonus: Rücktransport aus dem Ausland ist nicht erstattungsfähig.	✓ uni-STM 100: Rücktransport aus dem Ausland ist erstattungsfähig. Die Kosten, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, sind von den erstattungsfähigen Kosten abzusetzen. uni-AM 155: Rücktransport aus dem Ausland ist nicht erstattungsfähig. Der Abschluss einer Reisekrankenversicherung nach Tarif RD2003 wird empfohlen.	✓ Die Mehrkosten für einen aus medizinischen Gründen erforderlichen Rücktransport aus dem Ausland sind erstattungsfähig. Unter Beachtung der medizinischen Gegebenheiten ist die jeweils kostengünstigste Transportart zu wählen. Überführungskosten in das Heimatland werden bis zu 5.200 EUR erstattet.	✓ Rücktransport aus dem Ausland ist erstattungsfähig.	✓ Rücktransport aus dem Ausland ist zu 100% erstattungsfähig (auch im Ambulanzflugzeug). Überführungskosten werden zu 100% ersetzt, Bestattungskosten im Ausland ebenfalls zu 100%, max. jedoch bis zu der Höhe der Aufwendungen, die für eine Überführung angefallen wären.
- besteht bei vorübergehender Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa volle tarifl. Leistung? (Keine Begrenzung auf Kosten wie in Deutschland)	✓ Verlegt die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt innerhalb der EU, des EWR oder der Schweiz sind die Leistungen nicht auf die Inlandsleistungen begrenzt.	✓ Der Versicherer leistet bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes (über 6 Monate hinaus) innerhalb der EU/EWR im tariflichen Umfang max. wie in Deutschland. Der Versicherer kann für Staaten, bei denen es regelmäßig zu einer Begrenzung der Leistungen gemäß § 1 (5) MB/KK 2009 kommen würde, einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Lehnt der VN diesen Zuschlag ab, werden nur Leistungen wie im Inland erstattet. Umwandlung in Anwartschaft möglich.	⚠ Nein, bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ist die Fortsetzung möglich, Leistung max. wie in Deutschland.	✓ Ja, bei vorübergehender Verlegung (bis zu 6 Monate) besteht Versicherungsschutz, ohne dass die Kosten im Inland leistungsbegrenzend zugrunde gelegt werden.	✓ Ja, bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ist die Fortsetzung möglich, Leistung max. wie in Deutschland. Gegen Zahlung eines angemessenen Zuschlages kann der volle tarifliche Versicherungsumfang vereinbart werden.	✓ Bei vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in ein anderes europäisches Land ist die Fortsetzung möglich. Es wird bis zu den dort ortsüblichen Kosten geleistet.
- besteht bei dauerhafter Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa volle tarifl. Leistung? (Keine Begrenzung auf Kosten wie in Deutschland)	✓ Verlegt die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt innerhalb der EU, des EWR oder der Schweiz sind die Leistungen nicht auf die Inlandsleistungen begrenzt.	✓ Der Versicherer leistet bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes (über 6 Monate hinaus) innerhalb der EU/EWR im tariflichen Umfang max. wie in Deutschland. Der Versicherer kann für Staaten, bei denen es regelmäßig zu einer Begrenzung der Leistungen gemäß § 1 (5) MB/KK 2009 kommen würde, einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Lehnt der VN diesen Zuschlag ab, werden nur Leistungen wie im Inland erstattet. Umwandlung in Anwartschaft möglich.	⚠ Nein, bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ist die Fortsetzung möglich, Leistung max. wie in Deutschland.	✓ Bei dauerhafter Verlegung (länger als 6 Monate) besteht dann erweiterter Versicherungsschutz, wenn rechtzeitig eine besondere Vereinbarung (ggf. zeitlich begrenzt und/oder Beitragszuschlag) getroffen wurde. Weitere Verlängerung möglich.	✓ Ja, bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ist die Fortsetzung möglich, Leistung max. wie in Deutschland. Gegen Zahlung eines angemessenen Zuschlages kann der volle tarifliche Versicherungsumfang vereinbart werden.	✓ Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in ein anderes europäisches Land ist die Fortsetzung möglich. Es wird bis zu den dort ortsüblichen Kosten geleistet.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Barmenia VHV1A+ PVN TM42+	Hallesche MAS.Bonus URZ JOKER.flex PVN MKT.43	Universa uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PV N uni-KT 43	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42- U	Inter JA U JE U PVN TMA 6 U	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W
Monatsbeitrag:	553,75 €	628,22 €	612,76 €	511,43 €	526,49 €	583,42 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	95 %	91 %	89 %	87 %	84 %	79 %
- Wohnsitzverlegung in das außereuropäische Ausland möglich?	 Bei einem Auslandsaufenthalt im außereuropäischen Ausland besteht zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:  a) Für die versicherte Person besteht bei der Barmenia im Rahmen einer Krankheitskosten-Vollversicherung sowohl Versicherungsschutz für die allgemeinen Krankenhausleistungen als auch für die Unterbringung im Einbettzimmer sowie privatärztliche Behandlung im Krankenhaus. b) Die private Pflegepflichtversicherung wird während des Auslandsaufenthaltes fortgeführt. Diese Voraussetzung ist auch erfüllt, wenn die private Pflegepflichtversicherung in Form der großen Anwartschaftsversicherung fortgesetzt wird. Hinweis: Lt. schriftlicher Info der Barmenia bezieht sich diese Regelung nicht nur auf vorübergehende Aufenthalte im außereuropäischen Ausland, sondern auch auf dauerhafte Aufenthalte (= Wohnsitzverlegung).	 Nur unter Vorbehalt: Bei Verlegung kann der Vertrag aufgrund besonderer Vereinbarung - ggf. mit angemessenem Beitragszuschlag - fortgesetzt werden. Bei nur vorübergehender Verlegung kann die Umwandlung in Anwartschaft verlangt werden.	 Dauert der Aufenthalt im außereuropäischen Ausland länger als die jeweils geltende Leistungsdauer gem. § 1 (4.1) und (4.2) an, kann der Versicherungsnehmer den Abschluss einer Vereinbarung über die Fortführung der Krankheitskostenvollversicherung beantragen. Der Versicherer ist zur Annahme des Antrages verpflichtet, wenn dieser vor Ablauf der jeweils gem. § 1 (4.1) und (4.2) geltenden Leistungsdauer beim Versicherer eingeht. Der Versicherer ist jedoch berechtigt, einen angemessenen Beitragszuschlag zu verlangen und/oder die Verlängerung des Versicherungsschutzes zu befristen. Wird vor einem Aufenthalt im außereuropäischen Ausland, der die jeweils geltende Leistungsdauer gem. § 1 (4.1) und (4.2) überschreitet, keine Vereinbarung getroffen, so bleiben 50 % der tariflichen Leistungen erhalten.	 Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins außereuropäische Ausland, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es auf Grund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Der Versicherer beruft sich für die ersten sechs Monate eines Auslandsaufenthalts bzw. solange eine besondere Vereinbarung getroffen wurde, nicht auf eine Beendigung. Der Versicherte kann stets verlangen, das Versicherungsverhältnis für die Dauer des Auslandsaufenthaltes in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.	 Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt aus dem Gebiet der Vertragsstaaten des Abkommens über EWR, ist sowohl der Versicherer als auch der Versicherungsnehmer zur außerordentlichen Kündigung hinsichtlich des Vertragsteils der betroffenen Person berechtigt. Solange die VP einen Wohnsitz im EWR hat, ist der VR zum Angebot einer besonderen Vereinbarung verpflichtet.	 Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, es wird aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt. Bei vorübergehender Verlegung besteht das Recht auf Weiterführung (befristet auf max. 5 Jahre) - ggf. mit angemessenem Beitragszuschlag.
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag						
Garantierte Beitragsrückerstattung?	Die Beitragsrückerstattung ist nicht vertraglich garantiert. Lt. Barmenia wird die Höhe derzeit bis einschl. 2014 garantiert (Auszahlung in 2015).	 In Tarifstufe MAS Bonus erhält die versicherte Person einen monatlichen Bonus in Höhe von 60 €, der im Leistungsfall verrechnet wird.	Keine Leistung vorhanden.	Die Beitragsrückerstattung ist nicht vertraglich garantiert.	Keine Leistung vorhanden.	Die Beitragsrückerstattung ist nicht vertraglich garantiert.
- Höhe der Beitragsrückerstattung nach 1 leistungsfreien Jahr?	 Die Beitragsrückerstattung (BRE) beträgt zzt.: 1 Monatsbeitrag für 1 leistungsfreies Jahr 1,5 Monatsbeiträge für 2 leistungsfreie Jahre 2,0 Monatsbeiträge für 3 leistungsfreie Jahre 2,5 Monatsbeiträge für 4 leistungsfreie Jahre 3,0 Monatsbeiträge für 5 und mehr leistungsfreie Jahre Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen und zahnprophylaktische Leistungen bzw. die Entbindungspauschale sind BRE-unschädlich, sofern sie in den jeweiligen Rechnungen entsprechend bezeichnet sind bzw. erkennbar ist, dass es sich um eine Hausentbindung gehandelt hat.	 Die Beitragsrückerstattung beträgt z.Zt. 1 MB (Monatsbeitrag) für 1 leistungsfreies KJ (Kalenderjahr), 1,5 MB für 2 leistungsfreie KJ, 2 MB für 3 leistungsfreie KJ, 2,5 MB für 4 leistungsfreie KJ, 3 MB für 5 leistungsfreie KJ... Erstattungsgrundlage ist der Beitrag aus dem Kompakttarif. In Tarifstufe MAS Bonus erhält die versicherte Person zusätzlich einen monatlichen Bonus in Höhe von 60 €, der im Leistungsfall verrechnet wird.	 Die Beitragsrückerstattung beträgt z.Zt.: 1 Monatsbeitrag für 1 leistungsfreies Kalenderjahr 1 Monatsbeiträge für 2 leistungsfreie Kalenderjahre 1,25 Monatsbeiträge für 3 leistungsfreie Kalenderjahre 1,5 Monatsbeiträge für 4 leistungsfreie Kalenderjahre 1,75 Monatsbeiträge für 5 leistungsfreie Kalenderjahre 3,0 Monatsbeiträge für 6 leistungsfreie Kalenderjahre 3,5 Monatsbeiträge für 7 leistungsfreie Kalenderjahre 4,0 Monatsbeiträge für 8 und mehr leistungsfreie Kalenderjahre	 Es liegen keine Informationen zur Beitragsrückerstattung vor.	 Erstattung bis zu 6 maßgeblichen Monatsbeiträgen*) (MMB): - 3 MMB für das 1. volle Kalenderjahr Leistungsfreiheit - 3 MMB für 2 volle Kalenderjahre Leistungsfreiheit - 3 MMB für 3 volle Kalenderjahre Leistungsfreiheit - 4 MMB für 4 volle Kalenderjahre Leistungsfreiheit - 4 MMB für 5 volle Kalenderjahre Leistungsfreiheit - 5 MMB für 6 volle Kalenderjahre Leistungsfreiheit - 6 MMB für 7 volle Kalenderjahre Leistungsfreiheit Bei unterjährigem Versicherungsbeginn wird für das erste Kalenderjahr für jeden vollen versicherten Monat ein Viertel des maßgeblichen Monatsbeitrags gezahlt.	 Die Beitragsrückerstattung beträgt z.Zt. - 1,8 MB (Monatsbeitrag) für 1 leistungsfreies KJ (Kalenderjahr), - 2,4 MB für 2 leistungsfreie KJ, - 3,0 MB für 3 leistungsfreie KJ und 3,6 MB für 4 leistungsfreie KJ.
Allgemeines - Verzicht auf die Einhaltung Wartezeiten?	 Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten.	Kein genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten. Bei Eintritt aus GKV oder PKV oder Vorlage eines ärztl. Untersuchungsberichtes können die Wartezeiten entfallen.	Personen, die aus einer gesetzlichen Krankenversicherung oder aus dem öffentlichen Dienst mit Anspruch auf freie Heilfürsorge ausscheiden, oder Personen, die mit ihrer Krankheitskostenvollversicherung von einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung im unmittelbaren Anschluss daran zur uniVersa wechseln, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Ein Wartezeitenentlass kann mit einer ärztlichen/zahnärzt. Untersuchung innerhalb eines Monats ab Antragstellung beantragt werden. Die Kosten der Untersuchung trägt der Antragsteller	 Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten bei erstmaliger Versicherung.	 Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten.	 Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Barmenia VHV1A+ PVN TM42+	Hallesche MAS.Bonus URZ JOKER.flex PVN MKT.43	Universa uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PV N uni-KT 43	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	Inter JA U JE U PVN TMA 6 U	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W
Monatsbeitrag:	553,75 €	628,22 €	612,76 €	511,43 €	526,49 €	583,42 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	95 %	91 %	89 %	87 %	84 %	79 %
- Zusatzleistungen bei Entbindung?	<p>✔ Beitragsbefreiung für max. 6 Monate bei Bezug von Elterngeld, wenn zum Zeitpunkt des erstmaligen Bezugs von Elterngeld die versicherte Person unmittelbar zuvor mindestens 8 Monate im Tarif VHV+ versichert ist</p> <p>Bei Hausentbindungen wird eine Pauschale (Einmalzahlung) von 500 EUR gezahlt.</p> <p>Aufwendungen für eine Haushaltshilfe werden erstattet, sofern nach ärztlichen Attest wegen Schwangerschaft und Entbindung der Haushalt nicht weitergeführt werden (bis zu 10 EUR pro Stunde, max. 75 EUR pro Tag für bis zu 90 Tage).</p>		Keine Leistung vorhanden.	<p>✔ Prem Zahn-U: Während der ersten 6 Monate des Bezuges von Elterngeld besteht beitragsfreier Versicherungsschutz für die versicherte Person, die das Elterngeld bezieht. Der Bezug von Elterngeld ist innerhalb von 3 Monaten nach Bezugsbeginn nachzuweisen. Die Beitragsfreiheit ist ausgeschlossen, wenn bei Beantragung des Tarifes Prem Zahn U die Schwangerschaft nachweislich bereits festgestellt wurde oder die Entbindung bereits stattgefunden hat.</p> <p>VA6-U: Während der ersten 6 Monate des Bezuges von Elterngeld besteht beitragsfreier Versicherungsschutz für die versicherte Person, die das Elterngeld bezieht. Der Bezug von Elterngeld ist innerhalb von 3 Monaten nach Bezugsbeginn nachzuweisen. Die Beitragsfreiheit ist ausgeschlossen, wenn bei Beantragung des Tarifes VA6-U die Schwangerschaft nachweislich bereits festgestellt wurde oder die Entbindung bereits stattgefunden hat.</p> <p>500 EUR Pauschale bei häuslicher Entbindung (bei Mehrlingsgeburten entsprechend das Vielfache).</p>		Keine Beitragsfreiheit nach Entbindung.
- Ausschluss Krieg/Terror (§5 1.a MB/KK)?	<p>✔ Ja. Keine Leistungspflicht besteht bei Kriegsereignissen nur für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch aktive Teilnahme an Kriegsereignissen verursacht worden sind. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen. Für Wehrdienstbeschädigungen, die nach Versicherungsbeginn eintreten, wird geleistet. Leistungen anderer Kostenträger werden angerechnet.</p>	<p>✔ Die Leistungseinschränkung gemäß § 5 (1)a MB/KK 2009 gilt nicht bei Kriegsereignissen im Ausland, wenn a) für das Aufenthaltsland keine Reisewarnung durch das Auswärtige Amt besteht oder b) eine Reisewarnung erst während des Auslandsaufenthaltes ausgesprochen wird, und die versicherte Person aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Landes gehindert wird. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 (1)a) MB/KK 2009.</p>	<p>✔ Während der ersten beiden Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland wird auch für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen geleistet, die durch Kriegsereignisse verursacht worden sind. Keine Kriegsereignisse im Sinne von § 5 (1) a) sind Terroranschläge.</p>	<p>✔ Unter bestimmten Voraussetzungen besteht Leistungspflicht auch für solche Krankheiten einschließlich Folgen & für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht sind. Der Versicherungsschutz erstreckt sich weltweit auf Krankheiten, Unfallfolgen oder Überführungen im Todesfall, die durch Terrorereignisse verursacht werden. Für anerkannte Wehrdienstbeschädigungen, welche nach Versicherungsbeginn eintreten und nicht auf Kriegsereignisse zurückzuführen sind, wird geleistet (abzgl. evtl. Vorleistung anderer Kostenträger).</p>	Keine Leistungspflicht besteht für solche Krankheiten einschließlich Folgen & für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind.	<p>✔ Für Krankheiten, Krankheitsfolgen oder Unfallfolgen und Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht worden sind, besteht Leistungspflicht, wenn die versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt des Kriegsereignisses überrascht wird und objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebiets verhindert ist. Bei terroristischen Anschlägen wird ebenfalls geleistet.</p>
- garantiertes Recht auf Umwandlung bei Beendigung der Vollversicherung in eine Zusatzversicherung umgestellt werden kann?	<p>✔ Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).</p>	<p>✔ Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).</p>	<p>✔ Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).</p>	<p>✔ Versicherte Personen haben das Recht, ohne erneute Risikoprüfung den nicht durch die Pflichtversicherung ersetzten Teil des bisherigen Versicherungsschutzes als Krankheitskostenteilversicherung fortzuführen, wenn der Fortsetzungswunsch zugleich mit der Kündigung erklärt wird.</p>	<p>✔ Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).</p>	<p>✔ Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).</p>
- bedingungsgemäße Klarstellung hinsichtlich angebotener Anomalien/Geburtsschäden?	<p>✔ Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien.</p>	<p>✔ Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien.</p>	<p>✔ Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien.</p>	<p>✔ Der Versicherer versichert im Rahmen der Kindernachversicherung das Neugeborene wie geboren.</p>	<p>⚠ Nein, in den Bedingungen ist nicht geregelt, dass für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien besteht.</p>	<p>✔ Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien.</p>

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Barmenia VHV1A+ PVN TM42+	Hallesche MAS.Bonus URZ JOKER.flex PVN MKT.43	Universa uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PV N uni-KT 43	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42- U	Inter JA U JE U PVN TMA 6 U	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W
Monatsbeitrag:	553,75 €	628,22 €	612,76 €	511,43 €	526,49 €	583,42 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	95 %	91 %	89 %	87 %	84 %	79 %
- Optionsrecht auf Höherversicherung in bessere Tarife?	✔ Optionsrecht auf Höherversicherung enthalten.	✔ MAS.Bonus: Kein Optionsrecht auf Höherversicherung. JOKER.flex: Versicherungsfähig sind Personen, sofern sie bei der Halleschen gleichzeitig eine Krankheitskostenvollversicherung oder der Beihilfe-Restkostenversicherung abschließen.	✔ uni-STM 100, uni-AM 155, uni-ZAM 100: Es ist ein umfangreiches Tarifwechselrecht enthalten.	✔ Optionsrecht auf Höherversicherung enthalten.	✔ Innerhalb der ersten zehn Jahre seit Beginn der Versicherung im Tarif JA hat der Versicherungsnehmer im Zeitpunkt der Niederlassung (Datum der Praxiseröffnung) das Recht, das Versicherungsverhältnis für alle versicherten Personen ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten auf eine Krankheitskostenvollversicherung nach den Tarifen MA, MK, MZ umzustellen. Der Antrag auf Umstellung muß innerhalb einer Frist von zwei Monaten nach der Niederlassung gestellt werden.	⚠ Kein Optionsrecht auf Höherversicherung.
Optionsrecht auf Höherversicherung						
Option - Anzahl der Zeitpunkte, an denen das Optionsrecht ausgeübt werden kann (ohne bestimmte Anlässe)?	✔ Optionsrecht in höheren Tarif oder geringere SB-Stufe nach 3 oder 5 oder 7 Versicherungsjahren.	✔ Das Optionsrecht kann im Basistarif 18 Monate nach Versicherungsbeginn, ansonsten nach Ablauf des 3 oder 5 vollen Kalenderjahres zum 1. des Folgejahres ausgeübt werden.	✔ In den Produktlinien Classic, Economy und Funktional bestehen 240 Wechselmöglichkeiten, von denen 222 ohne erneute Gesundheitsprüfung ausgeübt werden können. Der Zeitpunkt ist nicht festgelegt.	✔ Neben der Möglichkeit, zu bestimmten Anlässen (z.B. Erlangung des Facharztstitels, Niederlassung, Heirat) das Optionsrecht wahrzunehmen, können Versicherte auch die Umstellung zu Beginn des 6. Versicherungsjahres verlangen.		Keine Leistung vorhanden.
Option - beinhaltet der Tarif ein anlassbezogenes Optionsrecht (z.B. bei Heirat, Ausbildungsende)?	✔ Zusätzliches, anlassbezogenes Optionsrecht auf Höherversicherung - innerhalb der ersten 15 Versicherungsjahre: - einmal bei Abschluss der Berufsausbildung bzw. Berufsqualifikation eines Kindes der versicherten Person - einmal bei beruflichem Statuswechsel zwischen Angestelltentätigkeit und Selbstständigkeit - bei Entsendung der versicherten Person ins Ausland Des Weiteren ist nach Reduzierung des Versicherungsschutzes (max. zweimal) eine Rückumstellung nach 2 Jahren in zuvor bestehenden Tarif möglich.	Es ist kein anlassbezogenes Optionsrecht auf Höherversicherung enthalten.	✔ In den Produktlinien Classic, Economy und Funktional bestehen 240 Wechselmöglichkeiten, von denen 222 ohne erneute Gesundheitsprüfung ausgeübt werden können. Ein besonderer Anlass ist nicht erforderlich.	✔ Folgende Ereignisse können einen Wechsel ermöglichen: - Einmalig bei Abschluss der Berufsausbildung bzw. -qualifikation der versicherten Person - Erlangung des Facharztstitels - Ernennung zum Oberarzt oder Chefarzt - Niederlassung - Einmalig bei Eheschließung der versicherten Person (in diesem Fall behalten eingetretene Versicherungsfälle den Versicherungsschutz in dem Umfang, in dem er vor Ausübung der Option bestand) - Bei Geburt eines eigenen Kindes oder Adoption eines Kindes durch die versicherte Person, allerdings erst ab dem auf die Geburt/Adoption folgenden Tag - Beginn der Berufsausbildung eines Kindes der versicherten Person (1x pro Kind) - Entsendung der versicherten Person ins Ausland, sofern der Auslandsaufenthalt an die berufliche Tätigkeit gebunden ist oder im Rahmen eines universitären Studienaufenthalts stattfindet		
Option - verzichtet der Tarif auf zusätzliche Risikozuschläge/Ausschlüsse für nach Versicherungsbeginn aufgetretene Erkrankungen?	✔ Für Erkrankungen, die nach Versicherungsbeginn dieses Tarifes auftreten, werden bei Ausübung des Optionsrechtes keine zusätzlichen Risikozuschläge oder Ausschlüsse vereinbart.	✔ Für Erkrankungen, die nach Versicherungsbeginn dieses Tarifes auftreten, werden bei Ausübung des Optionsrechtes keine zusätzlichen Risikozuschläge oder Ausschlüsse vereinbart.	✔ In den Produktlinien Classic, Economy und Funktional bestehen 240 Wechselmöglichkeiten, von denen 222 ohne erneute Gesundheitsprüfung ausgeübt werden können. Bei 18 Wechselmöglichkeiten ist eine Gesundheitsprüfung erforderlich.	✔ Für Erkrankungen, die nach Versicherungsbeginn dieses Tarifes auftreten, werden bei Ausübung des Optionsrechtes keine zusätzlichen Risikozuschläge oder Ausschlüsse vereinbart.	⚠	⚠
Option - gilt das Optionsrecht für die versicherte Person uneingeschränkt in alle möglichen Zieltarife des Versicherers?	✔ Ja, es gibt keine Beschränkung hinsichtlich der Zieltarife bei Ausübung der Option.	✔ Ja, es gibt keine Beschränkung hinsichtlich der Zieltarife bei Ausübung der Option.	✔ Ja, es gibt keine Beschränkung hinsichtlich der Zieltarife bei Ausübung der Option.	✔ Es kann sowohl die Umstellung in einen bestehenden Tarif des Versicherers mit höheren als auch mit umfassenderen Leistungen verlangt werden. Hinweis: VA6-U: Es ist jedoch keine Umstellung in Tarife, die auch Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie enthalten, möglich, wenn diese vor Ausübung der Option vom Versicherungsschutz nicht umfasst wurden.	⚠	⚠
Option - gilt das Optionsrecht für eine ggf. mitversicherte Person uneingeschränkt in alle möglichen Zieltarife des Versicherers?	✔ Ja, für mitversicherte Personen (z.B. mitversicherte Kinder) gelten die gleichen Optionsrechte wie für die erste versicherte Person.	✔ Ja, für mitversicherte Personen (z.B. mitversicherte Kinder) gelten die gleichen Optionsrechte wie für die erste versicherte Person.	✔ Ja, für mitversicherte Personen (z.B. mitversicherte Kinder) gelten die gleichen Optionsrechte wie für die erste versicherte Person.	✔ Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Für im Rahmen der Kindernachversicherung mitversicherte Personen gilt das Optionsrecht zu Beginn des 6. Versicherungsjahres nicht.		















Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Barmenia VHV1A+ PVN TM42+	Hallesche MAS.Bonus URZ JOKER.flex PVN MKT.43	Universa uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PV N uni-KT 43	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42- U	Inter JA U JE U PVN TMA 6 U	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W
Monatsbeitrag:	553,75 €	628,22 €	612,76 €	511,43 €	526,49 €	583,42 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	95 %	91 %	89 %	87 %	84 %	79 %
Option - gilt die Option uneingeschränkt auch dann, sofern die VP bereits vorher in einem anderen Tarif des VR versichert war?	Das Optionsrecht besteht nur dann, wenn in dem letzten Monat vor Beginn des Tarifs für die versicherte Person keine andere Krankheitskosten-Vollversicherung bei der Barmenia Krankenversicherung a. G. bestand.	Das Optionsrecht besteht auch, wenn vor Abschluss dieses Tarifs für die versicherte Person eine andere Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer bestanden hat.	Das Optionsrecht besteht auch, wenn vor Abschluss dieses Tarifs für die versicherte Person eine andere Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer bestanden hat.	Das anlassbezogene Optionsrecht besteht auch, wenn vor Abschluss dieses Tarifs für die versicherte Person eine andere Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer bestanden hat. Hinweis: Das Optionsrecht zu Beginn des 6. Versicherungsjahres darf nur ausgeübt werden, wenn mit diesem Tarif erstmalig eine Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer abgeschlossen wurde.		
Option - bis zu welchem Alter besteht das Optionsrecht?	Das Optionsrecht kann ohne festgelegte Altersgrenze ausgeübt werden.	Das Optionsrecht kann bis zum 50. Lebensjahr ausgeübt werden. Diese Option kann ausgeübt werden bei bestehendem Versicherungsschutz im Basistarif der HALLESCHER 18 Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes im Basistarif.	Das Optionsrecht kann ohne festgelegte Altersgrenze ausgeübt werden.	Das Optionsrecht kann ohne festgelegte Altersgrenze ausgeübt werden.		
Antragsfragen/Annahmerichtlinien						
- Rückfragezeitraum im Antrag bei psychotherapeutischen Behandlungen max. 3 Jahre rückwirkend?	Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 10 Jahre.	Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 10 Jahre.	Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 10 Jahre.	Ja, der Abfragezeitraum für ambulante psychotherapeutische Behandlungen beträgt 3 Jahre (stationär 5 Jahre).	Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 10 Jahre.	Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 5 Jahre.
- Rückfragezeitraum im Antrag bei ambulanten Behandlungen max. 3 Jahre rückwirkend?	Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre.	Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre.	Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre.	Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre.	Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre.	Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre (5 Jahre bei ambulanten Operationen).
- Rückfragezeitraum im Antrag bei stationären Behandlungen max. 5 Jahre rückwirkend?	Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.	Nein, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 10 Jahre (bis Alter 32: 5 Jahre).	Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 10 Jahre (bis Alter 32: 5 Jahre).	Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.	Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.	Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.
- sind Kinder alleine (ohne Elternteil) versicherbar?	Kinder sind in den Ärztetarifen der Barmenia nicht alleine versicherbar.	Kinder sind erst ab dem 8. Lebensjahr alleine versicherbar.	Kinder sind ab Vollendung des 16. Lebensjahres auch alleine versicherbar.	Kinder sind erst ab dem 16. Lebensjahr alleine versicherbar.	Kinder sind auch alleine versicherbar.	Nein, Kinder sind nicht alleine versicherbar.
- bis wie viele fehlende Zähne ist ggf. eine Annahme möglich?	1 fehlender Zahn: ohne Auswirkung 2 fehlende Zähne: Zahnstaffel (s. Punkt "Summenbegrenzung max.Jahre") 3 fehlende Zähne: Zahnstaffel (s. Punkt "Summenbegrenzung max.Jahre") ab 4 fehlende Zähne: Ablehnung (im Regelfall)	Es liegen leider keine Informationen vor.	Erfahrungsgemäß ist bei ca. 5 fehlenden Zähnen mit einer Ablehnung zu rechnen. Ein Leistungsausschluss wird benötigt, wenn mehr als 2 Zähne fehlen. Zur Prüfung wird in jedem Fall, zusätzlich zum Antrag, der beigefügte zahnärztliche Untersuchungsbericht benötigt.	bei bis zu 5 fehlenden Zähnen: begrenzte Zahnstaffel (s. Punkt "Summenbegrenzung max.Jahre") bei 6 fehlenden Zähnen: Leistungsausschluss	Eine Annahme ist bei bis zu 5 fehlenden Zähnen möglich. 1-3 fehlende Zähne: Risikozuschlag notwendig i.H. von 5,- € je fehl. Zahn4-5 fehlende Zähne: es ist ein Zahnstatus erforderlich. Für die angegebenen fehlenden Zähne wird ein Leistungsausschluss vereinbart. Dieser kann nach Ablauf von 5 Jahren überprüft werden.Ab 6 fehlenden Zähnen: Antrag kann nicht angenommen werden.Sind 6 oder mehr Zähne ersetzt, überkront und/oder mit einem selbst herausnehmbaren Zahnersatz versorgt, die älter als 5 Jahre sind, ist ein aktueller Zahnstatus erforderlich.	Es liegen derzeit keine Informationen des Anbieters vor.



















Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

	Barmenia VHV1A+ PVN TM42+	Hallesche MAS.Bonus URZ JOKER.flex PVN MKT.43	Universon uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PV N uni-KT 43	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42- U	Inter JA U JE U PVN TMA 6 U	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W
Monatsbeitrag:	553,75 €	628,22 €	612,76 €	511,43 €	526,49 €	583,42 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	95 %	91 %	89 %	87 %	84 %	79 %
Krankentagegeld						
Ist das Tagegeld bei Arbeitnehmern auch über Nettoeinkommen versicherbar?	 Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist das Nettoeinkommen bei Antragstellung bzw. bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit. Hinweis: Besteht bei dem Versicherer auch eine Krankheitskostenvollversicherung, sind bei Arbeitnehmern zusätzlich zum Nettoeinkommen die Beiträge zur privaten Krankheitskostenvollversicherung/ Pflegepflichtversicherung und gesetzlichen Rentenversicherung absicherbar.	Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, sofern der Tarif keinen anderen Zeitraum vorsieht.	 Bei der Ermittlung des versicherbaren Krankentagegeldes können folgende Beträge dem versicherbaren Nettoeinkommen hinzugerechnet werden: a) Beitragszahlungen zur Abdeckung von Ausfallzeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung, b) Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung und an die Bundesanstalt für Arbeit, soweit diese vom Krankengeld einer gesetzlichen Krankenversicherung abgezogen werden, c) Beiträge zu einer privaten Krankenversicherung.	 Bei Arbeitnehmern sind 80% des regelmäßigen Bruttoentgelts als Nettoeinkommen versicherbar.	Keine Leistung vorhanden.	Tarif für Selbständige - Leistungsmerkmal nicht relevant.
Arbeitnehmer: bei Wechsel in Selbständigkeit keine Risikoprüfung/Wartezeiten?	 Wird bei Wechsel in die Selbständigkeit nach Beendigung einer Tätigkeit als Arbeitnehmer eine Umstellung auf eine Tarifstufe mit kürzerer Karenzzeit erforderlich, kann der Versicherungsnehmer eine entsprechende Umstellung beantragen. Die Annahme erfolgt ohne Gesundheitsprüfung, wenn die Umstellung bis zur Höhe des versicherten Tagegeldes innerhalb von zwei Monaten nach Wechsel in die Selbständigkeit beantragt wird und die Vertragsänderung zum Ersten des auf die Antragstellung folgenden Monats erfolgen soll.	 Bei Wechsel in die Selbständigkeit sind für Verkürzungen der Karenzzeit keine Wartezeiten einzuhalten (in Verbindung mit einer Vollversicherung bei der HALLESCHER). Eine Gesundheitsprüfung ist nicht erforderlich.	 Bei Wechsel in die Selbständigkeit sind für Leistungserhöhungen (Verkürzung der Karenzzeit, Erhöhung des versicherten Tagegeldsatzes) bedingungsgemäße Wartezeiten einzuhalten und eine Gesundheitsprüfung ist erforderlich.	 Bei Wechsel in die Selbständigkeit sind für Leistungserhöhungen (Verkürzung der Karenzzeit, Erhöhung des versicherten Tagegeldsatzes) bedingungsgemäße Wartezeiten einzuhalten und eine Gesundheitsprüfung ist erforderlich.	 Bei Wechsel in die Selbständigkeit sind für Leistungserhöhungen (Verkürzung der Karenzzeit, Erhöhung des versicherten Tagegeldsatzes) bedingungsgemäße Wartezeiten einzuhalten und eine Gesundheitsprüfung ist erforderlich.	 Dieser Tarif gilt nur für Selbständige.
Wird bei Arbeitslosigkeit über MB/KT hinaus geleistet?	 Wird die versicherte Person nach Eintritt des Versicherungsfalles arbeitslos, ohne Anspruch auf gesetzliche Leistungen wegen Arbeitslosigkeit zu haben, endet das Versicherungsverhältnis spätestens mit Ablauf des sechsten Monats nach Eintritt der Arbeitslosigkeit. Wird die versicherte Person arbeitslos und hat grundsätzlich Anspruch auf gesetzliche Leistungen, endet das Versicherungsverhältnis nicht, es erfolgt jedoch eine Herabstufung des Tagessatzes (für gekürzten Satz kann eine Anwartschaft vereinbart werden). Das Versicherungsverhältnis endet erst, wenn feststeht, dass die betroffene versicherte Person eine neue Tätigkeit nicht mehr aufnehmen will oder auf Grund objektiver Umstände feststeht, dass die Arbeitssuche trotz ernsthafter Bemühungen ohne Erfolg bleiben wird.	 Wird die versicherte Person nach Eintritt des Versicherungsfalles arbeitslos, ohne Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitslosigkeit zu haben, so verlängert sich die Drei-Monats-Frist des § 15 Buchstabe a) MB/KT 94 auf neun Monate. Dauert die Arbeitslosigkeit länger, so wird nach Ablauf der neun Monate bis zum Ende der Arbeitsunfähigkeit, längstens aber für drei weitere Monate, 50% des versicherten Tagegeldes gezahlt, jedoch höchstens 25 € täglich. Spätestens mit Ablauf dieser Frist endet das Versicherungsverhältnis.	 Wird die versicherte Person nach Eintritt des Versicherungsfalles arbeitslos, ohne Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitslosigkeit zu haben, so verlängert sich die Drei-Monats-Frist des § 15a) auf zwölf Monate. Spätestens mit Ablauf dieser Frist endet das Versicherungsverhältnis. Unberührt bleibt § 15b).	 Wird ein Arbeitnehmer nach Eintritt des Versicherungsfalles arbeitslos, so erhält er bei fortdauernder Arbeitsunfähigkeit über die drei Monate des § 15 a) MB/KT 94 hinaus Krankentagegeld. Dies insgesamt bis zu 12 Monaten seit Beginn der Arbeitslosigkeit. Voraussetzung u.a.: Bestätigung des Arbeitsamtes, dass die VP arbeitsuchend gemeldet ist und keine Leistungen erhält.	Es wird nicht über die Regelungen der MB/KT hinaus geleistet. Die Krankentagegeldversicherung endet nach Eintritt der Arbeitslosigkeit zum Monatsende - bei Arbeitsunfähigkeit in einem zu diesem Zeitpunkt bereits eingetretenen Versicherungsfall spätestens 3 Monate nach Eintritt der Arbeitslosigkeit.	 Es wird nicht über die Regelungen der MB/KT hinaus geleistet. Die Krankentagegeldversicherung endet nach Eintritt der Arbeitslosigkeit zum Monatsende - bei Arbeitsunfähigkeit in einem zu diesem Zeitpunkt bereits eingetretenen Versicherungsfall spätestens 9 Monate nach Eintritt der Arbeitslosigkeit.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

	Barmenia VHV1A+ PVN TM42+	Hallesche MAS.Bonus URZ JOKER.flex PVN MKT.43	Universon uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PV N uni-KT 43	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42- U	Inter JA U JE U PVN TMA 6 U	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W
Monatsbeitrag:	553,75 €	628,22 €	612,76 €	511,43 €	526,49 €	583,42 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	95 %	91 %	89 %	87 %	84 %	79 %
Ist das Tagegeld bei Selbständigen auch über Nettoeinkommen versicherbar?	 Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit. Hinweis: Besteht bei dem Versicherer auch eine Krankheitskostenvollversicherung, ist bei selbstständig Gewerbetreibenden der Gewinn abzüglich Steuern absicherbar. Wenn zu der Höhe der Steuern keine Angabe möglich ist, sind 75% des Gewinns (Betriebsentnahmen der letzten zwölf Monate vor Antragstellung bzw. vor der Arbeitsunfähigkeit abzüglich Betriebsausgaben) absicherbar. Bei Freiberuflern sind die Betriebs- bzw. Praxiseinnahmen der letzten zwölf Monate vor Antragstellung bzw. vor der Arbeitsunfähigkeit zu 75% absicherbar.	Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, sofern der Tarif keinen anderen Zeitraum vorsieht.	 Als Nettoeinkommen gilt bei Selbständigen der vereinbarte Vomhundertsatz - höchstens jedoch 75 Prozent - des nach den Vorschriften des Einkommensteuergesetzes ermittelten Gewinns vor Steuern in den letzten zwölf Monaten vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit. Bei der Ermittlung des versicherbaren Krankentagegeldes können folgende Beträge dem versicherbaren Nettoeinkommen hinzugerechnet werden: a) Beitragszahlungen zur Abdeckung von Ausfallzeiten in der gesetzl. Rentenversicherung, b) Pflichtbeiträge zur gesetzl. Rentenversicherung und an die Bundesanstalt für Arbeit, soweit diese vom Krankengeld einer gesetzlichen Krankenversicherung abgezogen werden, c) Beiträge zu einer privaten Krankenvers.	 Bei Selbständigen und Freiberuflern sind 80% des Gewinns vor Steuern gemäß § 2 Abs. 2 Nr. 1 Einkommensteuergesetz aus der angegebenen Tätigkeit als Nettoeinkommen versicherbar.	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant.	Nein, das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit.
Können Existenzgründer auch den voraussichtlich geschätzten Gewinn versichern, wenn keine anderen Daten vorliegen?	 Ja, laut Barmenia-Existenzgründer-Zertifikat vom 26.04.2010 können Existenzgründer bis zu 60 EUR pro Tag (Freiberufler mit eigener Kanzlei/Büro und Handwerksmeister mit eigenem Betrieb bis zu 120 EUR pro Tag) absichern, ohne dass im Leistungsfall eine Kürzung aufgrund eines zu geringen Einkommens vorgenommen wird.	Nein, bedingungsgemäß gibt es keine Sonderregelung für Existenzgründer hinsichtlich der Höhe des zu versichernden Einkommens.	Nein, bedingungsgemäß gibt es keine Sonderregelung für Existenzgründer hinsichtlich der Höhe des zu versichernden Einkommens.	 Wenn das Nettoeinkommen bei Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit noch nicht ermittelt werden kann, so tritt an dessen Stelle bis zum Wirksamwerden des ersten Einkommensteuerbescheides ein jeweils bei Vertragsbeginn aufgrund von durchschnittlichen Erfahrungswerten vereinbarter Betrag.	Nein, bedingungsgemäß gibt es keine Sonderregelung für Existenzgründer hinsichtlich der Höhe des zu versichernden Einkommens.	Nein, bedingungsgemäß gibt es keine Sonderregelung für Existenzgründer hinsichtlich der Höhe des zu versichernden Einkommens.
Wird bei Berufsunfähigkeit über MB/KT hinaus geleistet?	 Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50% erwerbsunfähig ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis spätestens aber sechs Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit.	 Ist wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit ein Rentenanspruch gestellt und hat der Rentenversicherungsträger über diesen Antrag bis zum Ablauf der Drei-Monats-Frist noch nicht entschieden, so wird im Fall eines bereits eingetretenen Versicherungsfalles das Versicherungsverhältnis nicht beendet; nach Ablauf dieser Frist wird 50% des versicherten Krankentagegeldes, max. 25 € je Tag der Arbeitsunfähigkeit, bis zum Ablauf des Monats gezahlt, in dem die versicherte Person den Rentenbescheid o. den Bescheid über die Ablehnung des Rentenanspruchs erhält, längstens jedoch für weitere drei Monate. Das Versicherungsverhältnis endet mit Ablauf des Monats, bis zu dem das Krankentagegeld gezahlt worden ist.	Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50% erwerbsunfähig ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis spätestens aber drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit.	Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50% erwerbsunfähig ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis spätestens aber drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit.	Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50% erwerbsunfähig ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis spätestens aber drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit.	 Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50% erwerbsunfähig ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis spätestens aber sechs Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit.
Endet der KT-Anspruch endet nicht automatisch bei Bezug einer BU-Rente?	 Ja, der Tarif sieht keine Einschränkung vor.	 Bei Bezug einer Berufsunfähigkeitsrente endet Leistungsanspruch	 Ja, der Tarif sieht keine Einschränkung vor.	 Bei Bezug einer Berufsunfähigkeitsrente endet Leistungsanspruch	 Ja, der Tarif sieht keine Einschränkung vor.	 Ja, der Tarif sieht keine Einschränkung vor.
Leistet die BU bei Einstellung des KT-Zahlung sofort? (wenn KT & BU beim gleichen VR abgeschlossen)	 Verdienst-Sicherungs-Programm (VerSiPro) bei gleichzeitigem Abschluss einer BU-Versicherung bei der Barmenia Lebensversicherung a.G. Die Barmenia leistet bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit oder bei dauerhafter Berufsunfähigkeit. Die Barmenia prüft die Ansprüche "aus einer Hand". Keine zeitliche Verzögerung beim Übergang des Krankentagegeldes auf die Berufsunfähigkeitsrente.	Der nahtlose Übergang Krankentagegeld-Berufsunfähigkeitsversicherung ist nicht mehr vertraglich geregelt (Stand 03.2012).	 Nahtloser Übergang Krankentagegeld - Berufsunfähigkeitsversicherung vertraglich geregelt (sofern BU-Versicherung auch beim gleichen Versicherer besteht). Weitere Voraussetzungen: Abschluss einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung mit (Risiko-)Lebens- oder Rentenversicherung bei der uniVersa Lebensversicherung a.G.. Einstufung in die Berufsgruppen 1 bis 3 der BUZ-Annahmerichtlinien und Beantragung von unisafe HQ mittels eines speziellen Antragsformulars.	 Ja, ein nahtloser Übergang Krankentagegeld - Berufsunfähigkeitsversicherung vertraglich geregelt (sofern BU-Versicherung auch beim gleichen Versicherer besteht).	Es ist kein nahtloser Übergang Krankentagegeld - Berufsunfähigkeitsversicherung vertraglich geregelt.	 Ja, ein nahtloser Übergang Krankentagegeld - Berufsunfähigkeitsversicherung vertraglich geregelt (sofern BU-Versicherung auch beim gleichen Versicherer besteht).

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

	Barmenia VHV1A+ PVN TM42+	Hallesche MAS.Bonus URZ JOKER.flex PVN MKT.43	Universa uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PV N uni-KT 43	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42- U	Inter JA U JE U PVN TMA 6 U	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W
Monatsbeitrag:	553,75 €	628,22 €	612,76 €	511,43 €	526,49 €	583,42 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	95 %	91 %	89 %	87 %	84 %	79 %
Kur/Reha: Leistung auch bei Kur-/Rehamaßnahme gesetzlichen Trägers?	✔ Bei einer Kur- und Sanatoriumsbehandlung oder einer Rehabilitationsmaßnahme eines gesetzlichen Rehabilitationsträgers wird geleistet, sofern vollständige Arbeitsunfähigkeit mindestens 14 Tage vor der Kur- und Sanatoriumsbehandlung bzw. der Rehabilitationsmaßnahme bestand. Zum Ausgleich eines Einkommensausfalls erbrachte Zahlungen eines Rehabilitationsträgers werden auf das Krankentagegeld angerechnet.	✔ Die Leistungseinschränkung gilt nicht bei stationärer Behandlung in einem Sanatorium, sofern und solange der medizinische Befund eine Arbeitsunfähigkeit begründet und dem Sanatoriumsaufenthalt eine mindestens vierwöchige Arbeitsunfähigkeit unmittelbar vorausgegangen ist. Gleiches gilt bei Rehabilitationsmaßnahmen eines gesetzlichen Rehabilitationsträgers.	✔ Abweichend von § 5 (1) g) wird Krankentagegeld gezahlt, wenn im Verlauf einer Arbeitsunfähigkeit eine Kur- oder Sanatoriumsbehandlung bzw. eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme erforderlich wird. Voraussetzung ist, dass der Versicherte vorher eine schriftliche Zusage gegeben hat. Dies gilt auch für Schonzeiten im Anschluss an eine Kur- oder Sanatoriumsbehandlung.	✔ Ist im unmittelbaren Anschluss an eine stationäre Krankenhausbehandlung und einer mindestens zweiwöchigen ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit ein Sanatoriumsaufenthalt, eine stationäre Kurbehandlung, eine stationäre kur- oder sanatoriumsmäßige Rehabilitationsmaßnahme zur Behebung der Arbeitsunfähigkeit medizinisch dringend notwendig, wird das versicherte Krankentagegeld gezahlt, wenn und soweit der Versicherte aufgrund eines ausführlich begründeten ärztlichen Attestes zuvor eine schriftliche Zusage gegeben hat. Der Anspruch besteht für längstens 28 Tage je Versicherungsfall.	✘ Bei Kur-, Sanatoriums- oder Reha-Maßnahmen wird nicht geleistet.	✔ Bei Kur-, Sanatoriums- oder Reha-Maßnahmen wird geleistet, wenn der Versicherte vorab unterrichtet wurde.
Wird auf den Ausschluss wegen Alkoholgenuss verzichtet?	✔ Es besteht keine Einschränkung der Leistungspflicht wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuss bedingte Bewußtseinsstörung zurückzuführen sind. Das Krankentagegeld wird auch bei Arbeitsunfähigkeit auf Grund der insgesamt ersten drei ambulanten oder stationären Entziehungsmaßnahmen (auch wg. nicht stoffgebundener Suchterkrankungen) gezahlt - zu 80%, wenn Erfolgsaussichten bestehen und wenn und soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist.	✔ Es besteht keine Einschränkung der Leistungspflicht wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuß bedingte Bewußtseinsstörung zurückzuführen sind.	✔ Es besteht keine Einschränkung der Leistungspflicht wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuß bedingte Bewußtseinsstörung zurückzuführen sind.	✔ Es besteht keine Einschränkung der Leistungspflicht wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuß bedingte Bewußtseinsstörung zurückzuführen sind.	✔ Es besteht keine Einschränkung der Leistungspflicht wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuß bedingte Bewußtseinsstörung zurückzuführen sind.	✔ Es besteht keine Einschränkung der Leistungspflicht wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuß bedingte Bewußtseinsstörung zurückzuführen sind.
Sind Entziehungsmaßnahmen mitversichert?	✔ Leistungen werden bei den ersten drei Entziehungsmaßnahmen erbracht.	✔ Leistungen für Entziehungsmaßnahmen werden nach schriftl. Zusage erbracht.	Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit wegen Entziehungsmaßnahmen.	✔ Leistungen für Entziehungsmaßnahmen werden nach schriftl. Zusage erbracht.	Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit wegen Entziehungsmaßnahmen.	✔ Leistungen für Entziehungsmaßnahmen werden nach schriftl. Zusage erbracht.
Gemischte Anstalten - schriftl. Zusage nicht generell notwendig	✔ "Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherte diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat Zusage ist nicht erforderlich bei: - med. notw. Heilbehandlung - Notfallbehandlung - Akute Behandlung während Aufenthalt"	✔ "Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherte diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat Zusage ist nicht erforderlich bei: - Notfallbehandlung - Einziges geeignetes Krankenhaus am Wohnsitz - Zugesagter AHB"	✘ Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherte diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat	✔ "Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherte diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat Zusage ist nicht erforderlich bei: - med. notw. Heilbehandlung"	✔ Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherte diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat Zusage ist nicht erforderlich bei: - med. notw. Heilbehandlung (falls kein anderes Krankenhaus möglich) - AHB	✔ Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherte diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat Zusage ist nicht erforderlich bei: - Notfallbehandlung - Akute Behandlung während Aufenthalt - Einziges geeignetes Krankenhaus am Wohnsitz - Arbeitsunfähigkeit besteht vor und nach Krankenhausaufenthalt
Erfolgt bei Erkrankung eines Kindes eine Leistung?	✘ Nein, es besteht kein Leistungsanspruch bei Erkrankung eines eigenen Kindes.	✘	✘	✘ Nein, es besteht kein Leistungsanspruch bei Erkrankung eines eigenen Kindes.	✘	✘
Wird auch bei Arbeitsunfähigkeit wg. Schwangerschaft geleistet?	✔ Die Einschränkung der Leistungspflicht bei Arbeitsunfähigkeit ausschließlich wegen Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch und Fehlgeburt findet außerhalb der Mutterschutzfristen keine Anwendung. Dies gilt sinngemäß auch für selbstständig Tätige.	✔ Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit ausschließlich wegen Schwangerschaft, ferner wegen Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung. Diese Leistungseinschränkung gilt nur für den Zeitraum während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis (Mutterschutz). Diese Fristen gelten sinngemäß auch für selbstständig Tätige.	✔ Die Leistungseinschränkung nach § 5 (1) d) entfällt bei Fehlgeburt, bei Schwangerschaftsabbruch aufgrund medizinischer, eugenischer und ethischer Indikation sowie bei durch Schwangerschaft bedingten Krankheiten außerhalb der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen (Mutterschutz). Die Bestimmungen über die Mutterschutzfristen gelten sinngemäß auch für selbstständig Tätige.	✔ Leistungspflicht besteht außerhalb der gesetzlichen Mutterschutzfristen, wenn vollständige Arbeitsunfähigkeit wegen der durch Schwangerschaft bedingten Krankheiten oder Beschwerden eintritt. Dies gilt auch für Frauen, die keine Leistungen nach dem Mutterschutzgesetz erhalten.	✔ Außerhalb der gesetzlichen Beschäftigungsverbote wird Krankentagegeld auch gezahlt bei Arbeitsunfähigkeit wegen der durch Schwangerschaft bedingten Krankheiten, Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung.	✘ Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit ausschließlich wegen Schwangerschaft, ferner wegen Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung.
Wird eine Entbindungspauschale gezahlt?	✘	✘	✔ Entbindungspauschale in Höhe des zehnfachen Krankentagegeldes.	✘	✘	✘

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

	Barmenia VHV1A+ PVN TM42+	Hallesche MAS.Bonus URZ JOKER.flex PVN MKT.43	Universona uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PV N uni-KT 43	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42- U	Inter JA U JE U PVN TMA 6 U	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W
Monatsbeitrag:	553,75 €	628,22 €	612,76 €	511,43 €	526,49 €	583,42 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	95 %	91 %	89 %	87 %	84 %	79 %
Gelten Bedingungsverbesserungen hinsichtlich des Geltungsbereiches?	✔ Bei einem Aufenthalt im Ausland wird für dort eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld frühestens ab dem 43. Tag einer Arbeitsunfähigkeit, bei einer versicherten Tarifstufe mit längerer Karenzzeit entsprechend später, bei einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung gezahlt, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind: a) Für die versicherte Person besteht bei der Barmenia Krankenversicherung a. G. bei stationärer Heilbehandlung im Rahmen einer Krankheitskosten-Vollversicherung sowohl Versicherungsschutz für die allgemeinen Krankenhausleistungen als auch für die Unterbringung im Einbettzimmer sowie die privatärztliche Behandlung im Krankenhaus. Diese Voraussetzung ist auch erfüllt, wenn im Rahmen der Krankheitskosten-Vollversicherung für die Dauer des jeweiligen Auslandsaufenthaltes eine zusätzliche Vereinbarung (z. B. Tarif WSU) getroffen wird. Im Rahmen dieser zusätzlichen Vereinbarung ist ein zusätzlicher Beitrag zu zahlen. b) Die private Pflegepflichtversicherung wird während des Auslandsaufenthaltes fortgeführt. Diese Voraussetzung ist auch erfüllt, wenn die private Pflegepflichtversicherung in Form der großen Anwartschaftsversicherung fortgesetzt wird.	✘ Nein, ausserhalb Deutschlands wird bei ambulanter Arbeitsunfähigkeit keine Leistung erbracht.	✘ Nein, ausserhalb Deutschlands wird bei ambulanter Arbeitsunfähigkeit keine Leistung erbracht.	✔ (1) Für Arbeitnehmer wird der in § 1 Abs. 6 MB/KT 2009 auf Deutschland beschränkte Versicherungsschutz auf die europäische Union (EU) bzw. den europäischen Wirtschaftsraum (EWR) ausgedehnt. (2) Für Selbständige wird der in § 1 Abs. 6 MB/KT 2009 auf Deutschland beschränkte Versicherungsschutz auf die EU bzw. den EWR ausgedehnt, solange nach medizinischem Befund eine Rückkehr an den Wohnsitz in Deutschland ausgeschlossen ist. Dabei wird das Krankentagegeld nach Ablauf der vereinbarten Karenzzeit, frühestens jedoch ab dem 22. Tag einer im europäischen Ausland eingetretenen Arbeitsunfähigkeit und längstens für 30 Tage gezahlt.	✔ Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland besteht ein Leistungsanspruch, sofern die im jeweiligen Land für die Heilbehandlung zugelassenen Ärzte, Zahnärzte und Krankenhäuser in Anspruch genommen werden.	✘ Nein, ausserhalb Deutschlands wird bei ambulanter Arbeitsunfähigkeit keine Leistung erbracht.
Anspruch auch außerhalb des Wohnortes (wenn kein Krankenhausaufenthalt/Rückreise mgl.)	✔ Ja, der Tarif sieht keine Einschränkung vor.	✘ Keine Leistung für Arbeitsunfähigkeit, wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Wohnort aufhält. Ausnahme: vorherige schriftl. Zusage oder vorherige Mitteilung an Versicherer. Hinweis: Kein genereller Verzicht auf Kurortklausel, nur Aufweichung für med. notw. stat. Krankenhausbehandlung und vorheriger schriftl. Zusage.	✘ Keine Leistung für Arbeitsunfähigkeit, wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Wohnort aufhält. Ausnahme: vorherige schriftl. Zusage oder vorherige Mitteilung an Versicherer. Hinweis: Kein genereller Verzicht auf Kurortklausel, nur Aufweichung für med. notw. stat. Krankenhausbehandlung.	✘ Keine Leistung für Arbeitsunfähigkeit, wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Wohnort aufhält.	✘ Keine Leistung für Arbeitsunfähigkeit, wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Wohnort aufhält.	✘ Keine Leistung für Arbeitsunfähigkeit, wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Wohnort aufhält. Ausnahme: vorherige schriftliche Zusage.
Werden Karenzzeiten bei wiederholter Arbeitsunfähigkeit zusammengezählt?	✔ Wird innerhalb von sechs Monaten nach dem Ende einer Arbeitsunfähigkeit eine erneute Arbeitsunfähigkeit infolge derselben Krankheit oder Unfallfolge ärztlich festgestellt, so werden die in den letzten zwölf Monaten vor Beginn der erneuten Arbeitsunfähigkeit nachgewiesenen Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen dieser Krankheit oder Unfallfolge auf die Karenzzeit angerechnet.	✔ Wenn die versicherte Person innerhalb von 6 Monaten nach dem Ende einer Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit oder Unfallfolge erneut arbeitsunfähig wird, rechnen wir die Zeiten der vorherigen Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit oder Unfallfolge, die in den letzten 12 Monaten vor Beginn der erneuten Arbeitsunfähigkeit nachgewiesen worden sind, auf die Karenzzeit an.	✔ Hat der Arbeitgeber Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit bei der Gehalts- oder Lohnfortzahlung berechneterweise zusammenrechnet, so werden sie bei Beginn der Krankentagegeldleistungen ebenfalls zusammengefasst. Hinweis: Selbständige: Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit werden nicht zusammenrechnet.	✔ Bei selbständigen Ärzten und Zahnärzten werden Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Erkrankung bzw. derselben Unfallfolgen hinsichtlich der Karenzzeit zusammengerechnet, wenn zwischen den jeweiligen Arbeitsunfähigkeitszeiten nicht mehr als 28 Tage liegen. Eine Anrechnung erfolgt nur bei Tarifen mit mindestens 21 Tagen Karenzzeit.	✔ Sofern der Arbeitgeber Zeiten einer erneuten Arbeitsunfähigkeit für die Fortsetzung des Arbeitsentgelts berechneterweise zusammenrechnet, werden diese Zeiten auch für die Regelung des Leistungsbeginns des Versicherers zusammengefasst.	✔ Tritt innerhalb von sechs Monaten nach dem Ende einer Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit oder Unfallfolge erneut Arbeitsunfähigkeit ein, so werden die in den letzten zwölf Monaten vor Beginn der erneuten Arbeitsunfähigkeit nachgewiesenen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit oder Unfallfolge auf die Aufschubzeit (Karenzzeit) angerechnet.
Leistet der Versicherer auch bei Teil-Arbeitsunfähigkeit?	Bei Teil-Arbeitsunfähigkeit besteht keine Leistungspflicht aus diesem Tarif.	Bei Teil-Arbeitsunfähigkeit besteht keine generelle Leistungspflicht aus diesem Tarif. Der Versicherer leistet auch bei Teilarbeitsunfähigkeit im Rahmen einer Wiedereingliederung in das Erwerbsleben für bis zu acht Wochen. Diese Leistung wird nur für Arbeitnehmer mit einem festen Anstellungsverhältnis erbracht, für die beim Versicherer eine Krankheitskostenvollversicherung für ambulante und stationäre Behandlung besteht.	Bei Teil-Arbeitsunfähigkeit besteht keine Leistungspflicht aus diesem Tarif.	✔ Der Versicherer leistet bei selbstständigen Ärzten und Zahnärzten über Nr. 2 TB 2012 hinaus auch bei Teil-Arbeitsunfähigkeit. Teil-Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn im unmittelbaren Anschluss an eine mindestens 14-tägige vollständige Arbeitsunfähigkeit gem. § 1 MB/KT 2009 die berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund wieder teilweise aufgenommen wird bzw. werden kann und solange die ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit noch mindestens 50% beträgt. Bei einer Teil-Arbeitsunfähigkeit wird höchstens für 6 Wochen je Versicherungsfall geleistet. Der Krankentagegeldanspruch richtet sich nach dem ärztlich bescheinigten Grad der teilweisen Arbeitsunfähigkeit und wird anteilig ausgezahlt.	Bei Teil-Arbeitsunfähigkeit besteht keine Leistungspflicht aus diesem Tarif.	✔ Der Versicherer leistet entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit max. 3 Monate bei einer über 50%igen Teil-Arbeitsunfähigkeit unmittelbar nach einer mind. 6-wöchigen vollständigen AU, falls die berufliche Tätigkeit nach med. Befund teilweise wieder aufgenommen werden kann.

Leistungsvergleich Krankentagegeld



	Barmenia VHV1A+ PVN TM42+	Hallesche MAS.Bonus URZ JOKER.flex PVN MKT.43	Universa uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PV N uni-KT 43	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42- U	Inter JA U JE U PVN TMA 6 U	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W
Monatsbeitrag:	553,75 €	628,22 €	612,76 €	511,43 €	526,49 €	583,42 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	95 %	91 %	89 %	87 %	84 %	79 %
Ist eine Erhöhung d. Tagegeldes ohne Gesundheitsprüfung bei Einkommenserhöhung möglich?	<p>✔ Der Versicherungsnehmer kann bei einer Erhöhung des Nettoeinkommens aus beruflicher Tätigkeit eine entsprechende Erhöhung des Krankentagegeldes beantragen. Der Versicherungsschutz kann insoweit angepasst werden, dass maximal die Erhöhungen des Nettoeinkommens der dem Anpassungszeitpunkt vorausgegangen zwei Jahre ausgeglichen werden.</p> <p>Der Versicherer wird ferner dem Versicherungsnehmer von Zeit zu Zeit eine Erhöhung des versicherten Krankentagegeldes ohne Gesundheitsprüfung entsprechend der allgemeinen Einkommensentwicklung zum Ausgleich eines veränderten Nettoeinkommens anbieten.</p>	<p>✔ Erhöht sich das Nettoeinkommen aus der beruflichen Tätigkeit, so kann das Krankentagegeld im Verhältnis der Steigerung des Nettoeinkommens auf Antrag höher versichert werden. Verkürzt sich bei Arbeitnehmern die Dauer des Anspruchs auf Fortzahlung des Entgelts im Falle der Arbeitsunfähigkeit, so kann Versicherungsschutz in einer Tarifstufe mit entsprechend kürzerer Karenzzeit beantragt werden.</p>	<p>✔ Dem Versicherungsnehmer wird alle zwei Jahre Gelegenheit gegeben, das vereinbarte Krankentagegeld entsprechend der allgemeinen Einkommensentwicklung zu erhöhen. Die Anpassung wird allen Versicherungsnehmern angeboten, deren Vertrag zur Zeit der Anpassung mindestens ein Jahr bestanden hat und für die ein Krankentagegeld von mindestens 15 EUR versichert ist. Erhöht sich das Nettoeinkommen oder ändert sich bei Arbeitnehmern die Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgeltes, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung des Versicherungsschutzes (Erhöhung des versicherten Krankentagegeldes oder Wechsel der Tarifstufe, wenn diese spät. 2 Mnote nach Änderung beantragt wird)</p>	<p>✔ Der Versicherer bietet für Versicherte mit einer Krankheitskostenvollversicherung jährlich eine Erhöhung des Krankentagegeldes ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten an (max. 200 EUR/Tag, max. Nettoeinkommen). Ausnahme: die jeweilige versicherte Person hat in den vergangenen drei oder im laufenden Kalenderjahr Krankentagegeld bezogen. Darüber hinaus kann die versicherte Person die Anpassung des Krankentagegeldes beantragen, wenn sich das Nettoeinkommen aus der beruflichen Tätigkeit erhöht hat. Das Krankentagegeld kann im Verhältnis der aktuellen Steigerung des Nettoeinkommens höher versichert werden.</p>	<p>✔ Für Versicherte mit einem Tagegeldanspruch von mindestens 25,00 EUR wird dem Versicherungsnehmer erstmals in dem auf den Ablauf von zwei Versicherungsjahren folgenden Kalenderjahr und danach in jedem zweiten Kalenderjahr eine Leistungsanpassung angeboten. Maßstab für das Angebot ist die allgemeine Einkommensentwicklung, jedoch darf das Nettoeinkommen der versicherten Personen nicht überschritten werden.</p>	<p>✔ Eine dynamische Erhöhung des versicherten Tagegeldes ohne Gesundheitsprüfung bei Erhöhung des Nettoeinkommens ist innerhalb von 2 Monaten möglich.</p>
Wird bei einem stationärem KH-Aufenthalt früher geleistet?	Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt wird nicht vor Ablauf der vereinbarten Karenzzeit geleistet.	Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt wird nicht vor Ablauf der vereinbarten Karenzzeit geleistet.	Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt wird nicht vor Ablauf der vereinbarten Karenzzeit geleistet.	Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt wird nicht vor Ablauf der vereinbarten Karenzzeit geleistet.	Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt wird nicht vor Ablauf der vereinbarten Karenzzeit geleistet.	Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt wird nicht vor Ablauf der vereinbarten Karenzzeit geleistet.
Verzichtet der Versicherer auf sein ordentliches Kündigungsrecht, wenn keine Krankenvollversicherung bei ihm besteht?	✔ Ja, der Versicherer verzichtet auf sein ordentliches Kündigungsrecht.	✔ Ja, der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.	Der Versicherer verzichtet in den ersten 3 Versicherungsjahren auf das ordentliche Kündigungsrecht bei Übertritt aus der GKV/öffentl. Dienst nur in Verbindung und mit einer Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer.	Der Versicherer verzichtet auf das ihm zustehende Kündigungsrecht nach §14 Abs. 1 MB/KT, solange für die versicherte Person Krankheitskostenversicherungsschutz für ambulante und stationäre Behandlung beim Versicherer besteht.	Nein, der Versicherer verzichtet nur auf das ordentliche Kündigungsrecht, wenn und solange bei ihm gleichzeitig eine ungekündigte Krankheitskostenvollversicherung (ambulante und stationäre Heilbehandlung sowie zahnärztliche Behandlung) besteht.	Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht bei Übertritt aus der GKV/öffentl. Dienst nur in Verbindung und mit einer Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer.
Verzichtet der Versicherer auf sein ordentliches Kündigungsrecht, wenn die Krankenvollversicherung bei ihm besteht?	✔ Ja, der Versicherer verzichtet auf sein ordentliches Kündigungsrecht.	✔ Ja, der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.	✔ Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht bei Übertritt aus der GKV/öffentl. Dienst nur in Verbindung und mit einer Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer.	✔ Der Versicherer verzichtet auf das ihm zustehende Kündigungsrecht nach §14 Abs. 1 MB/KT 94, solange für die versicherte Person Krankheitskostenversicherungsschutz für ambulante und stationäre Behandlung beim Versicherer besteht.	✔ Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht bei Übertritt aus der GKV/öffentl. Dienst nur in Verbindung und mit einer Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer.	✔ Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht bei Übertritt aus der GKV/öffentl. Dienst nur in Verbindung und mit einer Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer.

Analyse Krankenversicherung

Gewünschter Leistungsumfang

Die folgende Übersicht stellt dar, welche Kriterien vom Kunden gewünscht und bei der Analyse sowie der Ermittlung des Erfüllungsgrades berücksichtigt worden sind.

Erläuterung zur Darstellung:

-  Kriterium gewünscht
-  Kriterium nicht gewünscht

Ambulante Leistungen

Sehhilfen			
Sehhilfen			
Psychotherapie			
Psychotherapie			
Ambulante Transporte			
Ambulante Transporte			
Gebührenordnung ambulant			
- GOÄ mind. bis Höchstsatz (3,5)			
- GOÄ keine Begrenzung auf die Höchstsätze (>3,5)			
- GOÄ Übernahme der ortsüblichen Kosten im Ausland			
Selbstbeteiligung			
- SB max. ... € p.a. (Erwachsene)	600,00 €		
- SB nur ambulant			
- SB prozentual			
- SB für Kinder reduziert			
- Vorsorge wird nicht auf Selbstbehalt angerechnet			
Haus-/Primärarztprinzip (HAP)			
Verzicht auf Hausarzt-/Primärarztprinzip	 		
- gilt nicht bei Akutversorgung im Ausland			
- gilt nicht für Not- und Bereitschaftsärzte			
- keine zeitliche Befristung der Haus-/Primärarztüberweisung			
- Maximierung Eigenanteil bei Nichteinhaltung unter 5.000 €			
Ambulante Transporte			
- zur Chemotherapie, Dialyse und Strahlenbehandlung		- bis nächstgeeignetem Behandler (auch wenn gehfähig)	
- bei Gehunfähigkeit			
- ambulante Notfalltransporte			
Heilpraktiker			
Heilpraktiker		- Hufeland u.o. alternative Heilmethoden	
- xx % Erstattung	0 %	- mind. bis Höchstsatz GebüH	
- xx € Erstattung p.a.	0,00 €		
Hilfsmittel			
- Körperersatzstücke			
- Prothesen			
- Orthesen			
- Kunstaugen			

Gewünschter Leistungsumfang

- Atemmonitor (Heimgerät)			
- Herzmonitor (Heimgerät)			
- Beatmungsgerät (Heimgerät)			
- Heimdialysegerät			
- Krankenfahrräder ohne Summenbegrenzung			
- Hör-/Sprechgeräte			
- Orthopädische Schuhe			
- Blindenhund o. Blindenleitgerät			
- Blindenlese-/Vorlesegerät			
Sehhilfen			
- Erstattung xx €	0,00 €	- Anspruch mind. alle 24 Monate	
Hilfsmittel			
- Erstattung in %	100 %	- max. Selbstbehalt p.a. €	
- offener Hilfsmittelkatalog			
- offen im Bereich lebenserhaltender Hilfsmittel			
- keine Beschränkungen der Bezugsart/Zusageerfordernis			
Heilmittel			
- Erstattung in %	100 %	- max. Selbstbehalt p.a. €	
- keine pauschalen Beschränkungen			
- kein Preis-/Leistungsverzeichnis			
- Logopädie durch Logopäden			
- Ergotherapie durch Ergotherapeuten			
Arznei-/Verbandmittel			
- ohne zusätzliche SB			
- medikamentenähnliche Nährmittel			
Vorsorge			
- über gesetzliche Programme			
- Schutzimpfungen			
Psychotherapie			
- Anzahl psychotherap. Sitzungen p.a.	30		
- im Delegationsverfahren (nicht nur durch Ärzte)			
- ohne besondere Einschränkungen/Selbstbehalte			
- ohne vorherige Zusage versichert			
Sonstiges			
- Behandlung in Krankenhausambulanzen			
- ambulante Behandlung in mediz. Versorgungszentren (MVZ)			
- Häusliche Behandlungspflege/Krankenpflege			
Ambulant			
In diesem Bereich besteht keine Anforderung des Kunden			
Sonstiges			
In diesem Bereich besteht keine Anforderung des Kunden			

Analyse Krankenversicherung

Gewünschter Leistungsumfang

Stationäre Leistungen

Stationär			
1-Bettzimmer		Ersatzkrankhaustagegeld	
2-Bettzimmer		Hospizkosten	
Wahlärztliche Behandlung (Chefarzt/Spezialist)		Entziehungsmaßnahmen	
Krankentransporte bis zum nächstgeeigneten Krankenhaus		Kurleistung stationär	
Verzicht auf rechtzeitige Meldung Krankenhausaufenthalt			
Gemischte Anstalten - bessere Regelung als MB/KK (mind. Notfall)			
Stationäre Psychotherapie uneingeschränkt			
Gebührenordnung Stationär			
- GOÄ mind. bis Höchstsatz (3,5)			
- GOÄ keine Begrenzung auf den Höchstsatz (>3,5)			
- GOÄ Übernahme der ortsüblichen Kosten im Ausland			
Anschlussreha (AHB)			
- AHB nach Zusage versichert			
- AHB bei bestimmten Diagnosen ohne Zusage versichert			
- AHB ohne vorherige Zusage versichert			

Zahn Leistungen

Zahn			
Zahnbehandlung %	100 %	Heil- u. Kostenplan - keine Kürzung bei Nichtvorlage	
Zahnersatz %	75 %	Inlays = Zahnbehandlung	
Kieferorthopädie %	75 %		
Verzicht auf Preis-/Leistungsverzeichnis			
Summenbegrenzung max. ... Jahre	5		
Summenbegrenzung entfällt bei Unfall			
Inlays & Implantate ohne pauschale Begrenzungen			
Gebührenordnung Zahn			
- GOZ bis Höchstsatz (3,5)			
- GOZ keine Begrenzung auf den Höchstsatz (>3,5)			
- GOZ Übernahme der ortsüblichen Kosten im Ausland			

Sonstige Leistungen

Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag			
Beitragsrückerstattung mind. ... Monatsbeiträge im 1. Jahr	0	Beitragsrückerstattung garantiert	
Umwandlungsrecht Voll- in Zusatzversicherung		Wartezeiten - genereller Verzicht	
Kindernachversicherung - Klarstellung angeborener Geburtsschäden/Anomalien		Beitragsfreiheit/Zusatzleistung nach Entbindung	
		Verbesserte Kriegsklausel	
Optionsrecht auf Höherversicherung			
- Verzicht auf Risikozuschläge/Ausschlüsse für neue Erkrankungen		- Anzahl feste Optionszeitpunkte	

Analyse Krankenversicherung

Gewünschter Leistungsumfang

- keine Beschränkung der Zieltarife		- anlassbezogenes Optionsrecht	
- keine Einschränkung des Optionsrechtes durch Vorversicherung		- gleiches Optionsrecht für alle versicherten Personen	
		- maximales Optionsalter	
Ausland			
- Weltweiter Versicherungsschutz mind. ... Monate	1		
- Rücktransport aus dem Ausland			
Wohnsitzverlegung EU/EWR/Europa - wenn vorübergehend nicht auf deut. Kostenniveau begrenzt			
Wohnsitzverlegung EU/EWR/Europa - wenn dauerhaft nicht auf deut. Kostenniveau begrenzt			
Wohnsitzverlegung ins außereuropäische Ausland			
Antragsfragen/Annahmerichtlinien			
In diesem Bereich besteht keine Anforderung des Kunden			

Krankentagegeld Leistungen

Krankentagegeld			
Rückfallerkrankung - Karenzzeiten werden zusammengezählt		Teil-Arbeitsunfähigkeit: Leistungen bei Teil-Arbeitsunfähigkeit	
Erhöhung Tagegeld bei Einkommenserhöhung ohne Gesundheitsprüfung		Stationärer KH-Aufenthalt: früherer Leistungsbeginn	
Begrenzung ordentl. Kündigungsrecht (KT mit PKV-Voll)		Begrenzung ordentl. Kündigungsrecht (KT ohne PKV-Voll)	
Leistung auch bei Kur-/Rehamaßnahme eines gesetzlichen Trägers		Alkoholgenuss: kein Ausschluss	
Gemischte Anstalten - schriftl. Zusage nicht generell notwendig		Entziehungsmaßnahmen mitversichert	
KT Anspruch innerhalb EU nicht auf stationär Behandlung beschränkt		Leistung über MB/KT hinaus	
Anspruch auch außerhalb des Wohnortes (wenn kein Krankenhausaufenthalt/keine Rückreise mgl.)		Übergang KT zur BU nahtlos (KT & BU beim gleichen VR versichert)	
Berufsunfähigkeit: KT-Anspruch endet nicht automatisch bei Bezug einer BU-Rente		Tagegeld auch über Nettogehalt versicherbar	
bei Wechsel in Selbständigkeit keine Risikoprüfung/Wartezeiten		Arbeitslosigkeit: Versicherungsschutz über MB/KT hinaus	
Leistung bei Erkrankung eines Kindes		Tagegeld auch über Nettoeinkommen versicherbar	
Schwangerschaft: Leistung bei Arbeitsunfähigkeit		Existenzgründer geschätzter vor. Gewinn versicherbar?	
Entbindungspauschale			

Analyse Krankenversicherung

Nicht erfüllte Leistungspunkte

Sofern mindestens einer der verglichenen Tarife, ein von Ihnen gewünschtes Leistungskriterium nicht versichert hat, wird dieses in der nachfolgenden Übersicht dargestellt

	Barmenia VHV1A+ PVN TM42+	Hallesche MAS.Bonus URZ JOKER.flex PVN MKT.43	Univisa uni-AM 155 uni- STM 100 uni-ZAM 100 PV N uni-KT 43	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn- U PVN KTGA 42-U	Inter JA U JE U PVN TMA 6 U	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W
Monatsbeitrag:	553,75 €	628,22 €	612,76 €	511,43 €	526,49 €	583,42 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	95 %	91 %	89 %	87 %	84 %	79 %
Selbstbeteiligung						
- SB prozentual	✓	✓	✗	✓	✓	✓
- SB für Kinder reduziert	✓	✓	✗	✓	✓	✓
Gebührenordnung ambulant						
- GOÄ Übernahme der ortsüblichen Kosten im Ausland	✓	✓ ⚠	✓	✓	✗	✓
Heilpraktiker						
Heilpraktiker	✓	✓	✓	✓	✗	✗
- xx % Erstattung	✓	✓	✓	✓	✗	✗
- xx € Erstattung p.a.	✓	✓	✓	✓	✗	✗
Vorsorge						
- über gesetzliche Programme	✓	✓	✓	✓	✗	✓
Heilmittel						
- kein Preis-/Leistungsverzeichnis	✓	✗	✓	✗	✓	✗
Hilfsmittel - keine Begrenzung auf einfache/funkt. Standardausführung	✓	✓	✓	✗ ⚠	✓	✓
Hilfsmittel						
- keine Beschränkungen der Bezugsart/Zusageerfordernis	✓	✓	✓	✗	✓	✗
Psychotherapie						
- ohne besondere Einschränkungen/Selbstbehalte	✗	✓	✓	✗ ⚠	✓	✗ ⚠
- ohne vorherige Zusage versichert	✓	✓	✓	✓	✓	✗ ⚠
Ambulante Transporte						
- bei Gehunfähigkeit	✗ ⚠	✓	✓	✓	✗	✓
Arznei-/Verbandmittel						
- ohne zusätzliche SB	✓ ⚠	✓	✓	✓	✓	✗
- medikamentenähnliche Nahrungsmittel	✓	✓	✓	✗ ⚠	✓	✓
Sonstiges						

Nicht erfüllte Leistungspunkte

	Barmenia VHV1A+ PVN TM42+	Hallesche MAS.Bonus URZ JOKER.flex PVN MKT.43	Univerna uni-AM 155 uni- STM 100 uni-ZAM 100 PV N uni-KT 43	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn- U PVN KTGA 42-U	Inter JA U JE U PVN TMA 6 U	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W
Monatsbeitrag:	553,75 €	628,22 €	612,76 €	511,43 €	526,49 €	583,42 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	95 %	91 %	89 %	87 %	84 %	79 %
- Häusliche Behandlungspflege/ Krankenpflege	✓	✓	✗	✓	✓	✓
Stationär						
1-Bettzimmer	✓	✗	✓	✓	✓	✓
Gebührenordnung Stationär						
- GOÄ Übernahme der ortsüblichen Kosten im Ausland	✓	✓ ⚠	✓	✓	✗	✓
Anschlussreha (AHB)						
- AHB ohne vorherige Zusage versichert	✓	✓	✓	✗	✓	✗
- Kieferorthopädie ohne Altersbeschränkung	✓	✓	✓	✓	✓	✗ ⚠
Gebührenordnung Zahn						
- GOZ keine Begrenzung auf den Höchstsatz (>3,5)	✓	✓	✗	✗ ⚠	✓ ⚠	✓ ⚠
- GOZ Übernahme der ortsüblichen Kosten im Ausland	✓	✓ ⚠	✓	✓	✗	✓
Zahn						
Verzicht auf Preis-/ Leistungsverzeichnis	✓	✓	✓	✗	✓	✗
Summenbegrenzung max. ... Jahre	✓ ⚠	✗ 10	✗ 7	✓ ⚠	✓	✓
Ausland						
Wohnsitzverlegung EU/EWR/ Europa - wenn vorübergehend nicht auf deut. Kostenniveau begrenzt	✓	✓	✗	✓	✓	✓
Wohnsitzverlegung EU/EWR/ Europa - wenn dauerhaft nicht auf deut. Kostenniveau begrenzt	✓	✓	✗	✓	✓	✓
Wohnsitzverlegung ins außereuropäische Ausland	✓ ⚠	✗	✓	✓	✓	✓
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag						
Beitragsrückerstattung mind. ... Monatsbeiträge im 1. Jahr	✓	✓	✓	✗	✓	✓
Kindernachversicherung - Klarstellung angeborener Geburtsschäden/Anomalien	✓	✓	✓	✓	✗	✓
Optionsrecht auf Höherversicherung	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Optionsrecht auf Höherversicherung						

Nicht erfüllte Leistungspunkte

	Barmenia VHV1A+ PVN TM42+	Hallesche MAS.Bonus URZ JOKER.flex PVN MKT.43	Universon uni-AM 155 uni- STM 100 uni-ZAM 100 PV N uni-KT 43	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn- U PVN KTGA 42-U	Inter JA U JE U PVN TMA 6 U	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W
Monatsbeitrag:	553,75 €	628,22 €	612,76 €	511,43 €	526,49 €	583,42 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	95 %	91 %	89 %	87 %	84 %	79 %
- Verzicht auf Risikozuschläge/Ausschlüsse für neue Erkrankungen						
- keine Beschränkung der Zieltarife						
- keine Einschränkung des Optionsrechtes durch Vorversicherung						
Krankentagegeld						
bei Wechsel in Selbständigkeit keine Risikoprüfung/Wartezeiten						
Berufsunfähigkeit: KT- Anspruch endet nicht automatisch bei Bezug einer BU-Rente						
Leistung auch bei Kur-/ Rehamaßnahme eines gesetzlichen Trägers						
Gemischte Anstalten - schriftl. Zusage nicht generell notwendig						
Leistung bei Erkrankung eines Kindes						
Schwangerschaft: Leistung bei Arbeitsunfähigkeit						
Entbindungspauschale						
KT Anspruch innerhalb EU nicht auf stationär Behandlung beschränkt						
Anspruch auch außerhalb des Wohnortes (wenn kein Krankenhausaufenthalt/ keine Rückreise mgl.)						

Analyse Krankenversicherung

Produktsteckbrief zum gewählten Versicherungsschutz

Die folgende Übersicht gibt Ihnen einen Überblick über Leistungseinschränkungen der dargestellten Tarife.

Diese Auflistung stellt nur einige ausgewählte Leistungsbereiche dar und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Maßgeblich für Ihren Versicherungsschutz sind ausschließlich die jeweils gültigen Versicherungsbedingungen.

Versicherer:	Tarif(e):	
Barmenia	VHV1A+ PVN TM42+	
	Erfüllt?	Mögliche Leistungseinschränkung
Gebührenordnung ambulant		
- GOÄ mind. bis Höchstsatz (3,5)	✓	Wenn der Tarif max. bis zum Regelhöchstsatz der Gebührenordnung (2,3 facher Satz) erstattet, können erhebliche Eigenbeteiligungen entstehen, da Ärzte auch ohne Einverständnis des Patienten ihre Leistungen bis zum Höchstsatz (Faktor 3,5) in Rechnung stellen können.
- GOÄ keine Begrenzung auf die Höchstsätze (>3,5)	✓	Sofern die tarifliche Leistung auf die Höchstsätze (Faktor 3,5) der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) begrenzt ist, sind Mehrkosten durch individuelle Honorarvereinbarungen (z.B. Inanspruchnahme von Spezialisten) nicht versichert.
- GOÄ Übernahme der ortsüblichen Kosten im Ausland	✓	Wenn bedingungsgemäß Mehrkosten bei gezielten Behandlungen im Ausland (z.B. Herzspezialist in der Schweiz) nicht übernommen werden, sind diese vom Versicherten selbst zu tragen.
Haus-/Primärarztprinzip (HAP)		
Verzicht auf Hausarzt-/Primärarztprinzip	✓	Ist tariflich das Haus-/Primärarztprinzip vorgesehen, muss die Erstbehandlung von dem Haus-/Primärarzt durchgeführt werden. Hält der Versicherte sich nicht daran, werden die Kosten der Behandlung (und ggf. auch Folgebehandlungen) meist nur zu 70-80% erstattet.
Ambulante Transporte		
- zur Chemotherapie, Dialyse und Strahlenbehandlung	✓	Sind Kosten für Fahrten/Transporte (zur Chemotherapie, Strahlen- u. Dialysebehandlung) nicht oder nur eingeschränkt versichert, können auf den Versicherten Kosten von mehreren tausend Euro pro Jahr zukommen.
- ambulante Notfalltransporte	✓	Sollen ambulante Notfalltransporte erstattungsfähig sein? (z.B. Transport ins Krankenhaus nach Kreislaufschwäche, Entlassung am gleichen Tag - gilt nicht als stationärer Transport, daher häufig nicht versichert)
Heilpraktiker		
Heilpraktiker	✓	Sofern der Tarif Behandlungen durch Heilpraktiker ausschließt, sind diese Kosten einschl. Arzneimittel vom Versicherten selbst zu tragen.
- Hufeland u.o. alternative Heilmethoden	✗	Ist das sog. Hufeland-Leistungsverzeichnis (umfasst viele spez. Naturheilverfahren) oder ein erweiterter Naturheilkatalog nicht im Versicherungsschutz enthalten, werden Behandlungskosten häufig nicht übernommen.
Sehhilfen		
- Erstattung xx €	400,00 €	Kosten für Sehhilfen, welche die tarifliche Höchstgrenze überschreiten, werden nicht erstattet.
Hilfsmittel		
- offener Hilfsmittelkatalog	✓	Es werden nur die im Hilfsmittelkatalog genannten Hilfsmittel erstattet, wenn kein offener Hilfsmittelkatalog vorhanden ist.
- offen im Bereich lebenserhaltender Hilfsmittel	✓	Sieht der Tarif keine generelle Erstattung alle lebenserhaltenden Hilfsmittel vor, besteht ein Anspruch nur auf die in den Bedingungen genannten.
Heilmittel		
- Logopädie durch Logopäden	✓	Sind Kosten logopädischer Behandlungen (z.B. bei Kindern mit Sprachschwierigkeiten oder Schlaganfallpatienten mit Schluckbeschwerden, Kosten pro Behandlung ca. 45 €) nicht erstattungsfähig, müssen die Kosten vom Versicherten selbst getragen werden.
- Ergotherapie durch Ergotherapeuten	✓	Sind Kosten ergotherapeutischer Behandlungen (z.B. bei Menschen mit motorisch-funktionellen, sensomotorisch-perzeptiven, neuropsychologischen, neurophysiologischen oder psychosozialen Störungen) nicht erstattungsfähig, müssen die Kosten vom Versicherten selbst getragen werden.
Vorsorge		
- über gesetzliche Programme	✓	Sofern der Tarif Vorsorgeuntersuchungen nur im Rahmen gesetzlicher Programme ("GKV-Kassenniveau") vorsieht, müssen Kosten für darüber hinaus gehende Untersuchungen selbst gezahlt werden.

Produktsteckbrief zum gewählten Versicherungsschutz

Versicherer:		Tarif(e):	
Barmenia		VHV1A+ PVN TM42+	
		Erfüllt?	Mögliche Leistungseinschränkung
Psychotherapie			
- Anzahl psychotherap. Sitzungen p.a.	unbegrenzt		Anzahl der maximal erstattungsfähigen psychotherapeutischen Sitzungen (bei einigen Tarifen Behandlungstage) pro Jahr.
Sonstiges			
- ambulante Behandlung in mediz. Versorgungszentren (MVZ)	✓		Die Erstattung von Behandlungskosten in sog. medizinischen Versorgungszentren sind nur dann erstattungsfähig, wenn dies in den Bedingungen aufgeführt ist.
- Häusliche Behandlungspflege/Krankenpflege	✓		In den Bereich der Behandlungspflege fällt die Unterstützung bei der Medikamenten- oder Wundversorgung, bei Blutzuckerkontrollen oder der Pflege von Kathetern. Das muss in der Regel von der Krankenversicherung und nicht aus der Pflegeversicherung finanziert werden.
Stationär			
1-Bettzimmer	✓		Wenn nicht versichert, sind Mehrkosten für die Unterkunft im 1-Bettzimmer nicht erstattungsfähig.
2-Bettzimmer	✓		Wenn nicht versichert, sind Mehrkosten für die Unterkunft im 2-Bettzimmer nicht erstattungsfähig.
Wahlärztliche Behandlung (Chefarzt/Spezialist)	✓		Ist die wahlärztliche Behandlung (Spezialist, Chefarzt etc.) nicht versichert, werden nur die Kosten einer Behandlung durch den diensthabenden Arzt erstattet.
Gemischte Anstalten - bessere Regelung als MB/KK (mind. Notfall)	✓		Wenn nicht anders geregelt, wird bei einem Krankenhausaufenthalt in einer sog. "gemischten Anstalt" (Krankenhaus, welches auch Reha durchführt) nur geleistet, wenn der Versicherer vorher schriftlich zugesagt hat.
Stationäre Psychotherapie uneingeschränkt	✓		Wenn die Kosten einer stationären Psychotherapie nicht oder nur eingeschränkt erstattungsfähig (z.B. max. 30 Behandlungstage) sind, kann sich der Eigenanteil des Versicherten pro Behandlungstag auf 500-1.000 € belaufen.
Hospizkosten	✓		Sollen die Kosten für die Unterbringung in einem Hospiz (zur Sterbebegleitung) erstattungsfähig sein?
Gebührenordnung Stationär			
- GOÄ mind. bis Höchstsatz (3,5)	✓		Wenn der Tarif max. bis zum Regelhöchstsatz der Gebührenordnung (2,3 facher Satz) erstattet, können erhebliche Eigenbeteiligungen entstehen, da Ärzte auch ohne Einverständnis des Patienten ihre Leistungen bis zum Höchstsatz (Faktor 3,5) in Rechnung stellen können.
- GOÄ keine Begrenzung auf den Höchstsatz (>3,5)	✓		Sofern die tarifliche Leistung auf die Höchstsätze (Faktor 3,5) der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) begrenzt ist, sind Mehrkosten durch individuelle Honorarvereinbarungen (z.B. Inanspruchnahme von Spezialisten) nicht versichert.
- GOÄ Übernahme der ortsüblichen Kosten im Ausland	✓		Wenn bedingungsgemäß Mehrkosten bei gezielten Behandlungen im Ausland (z.B. Herzspezialist in der Schweiz) nicht übernommen werden, sind diese vom Versicherten selbst zu tragen.
Anschlussreha (AHB)			
- AHB nach Zusage versichert	✓		Wenn nicht in den AVB genannt, sind Kosten für Anschlussheilbehandlungen/Anschlussreha nur - sofern vorhanden - durch andere Sozialversicherungsträger versichert.
Zahn			
Zahnbehandlung %	100 %		Höhe der Erstattung für Zahnbehandlung (%)
Zahnersatz %	85 %		Höhe der Erstattung für Zahnersatz (%)
Kieferorthopädie %	85 %		Höhe der Erstattung für Kieferorthopädie (%)
- Kieferorthopädie ohne Altersbeschränkung	✓		Sieht der Tarif eine Beschränkung vor, werden die Kosten kieferorthopädischer Behandlungen nur bis zu einem bestimmten Alter (siehe Tarif) erstattet. Danach sind die Kosten vom Versicherten selbst zu tragen (in einigen Tarifen sind Unfälle von dieser Regelung ausgenommen).
Gebührenordnung Zahn			
- GOZ bis Höchstsatz (3,5)	✓		Wenn der Tarif max. bis zum Regelhöchstsatz der Gebührenordnung (2,3 facher Satz) erstattet, können erhebliche Eigenbeteiligungen entstehen, da Zahnärzte auch ohne Einverständnis des Patienten ihre Leistungen bis zum Höchstsatz (Faktor 3,5) in Rechnung stellen können.

Produktsteckbrief zum gewählten Versicherungsschutz

Versicherer:	Tarif(e):	
Barmenia	VHV1A+ PVN TM42+	
	Erfüllt?	Mögliche Leistungseinschränkung
- GOZ keine Begrenzung auf den Höchstsatz (>3,5)	✓	Sofern die tarifliche Leistung auf die Höchstsätze (Faktor 3,5) der GOZ (Gebührenordnung für Ärzte) begrenzt ist, sind Mehrkosten durch individuelle Honorarvereinbarungen (z.B. Inanspruchnahme von Spezialisten) nicht versichert.
- GOZ Übernahme der ortsüblichen Kosten im Ausland	✓	Wenn bedingungsgemäß Mehrkosten bei gezielten Behandlungen im Ausland (z.B. Herzspezialist in der Schweiz) nicht übernommen werden, sind diese vom Versicherten selbst zu tragen.
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag		
Umwandlungsrecht Voll- in Zusatzversicherung	✓	Besteht kein vertraglicher Anspruch, dass bei Beendigung der Kranken-Vollversicherung in eine Zusatzversicherung umgestellt werden kann (z.B. bei der Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung), kann der Abschluss nur mit erneuter Risikoprüfung erfolgen.
Kindernachversicherung - Klarstellung angeborener Geburtsschäden/Anomalien	✓	In vielen Tarifen ist keine zusätzliche Klarstellung aufgeführt, dass bei einer Kindernachversicherung ab Geburt die Kosten angeborener Anomalien/Geburtsschäden mitversichert sind.
Optionsrecht auf Höherversicherung		
- Anzahl feste Optionszeitpunkte	3	Anzahl der Zeitpunkte, an denen das Optionsrecht ausgeübt werden kann (ohne bestimmte Anlässe).
- anlassbezogenes Optionsrecht	✓	Die Umstellung in höherwertige Tarife ist nicht bei bestimmten Anlässen (z.B. bei Heirat, Ausbildungsende) ohne Risikoprüfung möglich, wenn kein anlassbezogenes Optionsrecht enthalten ist.
Ausland		
- Weltweiter Versicherungsschutz mind. ... Monate	unbegrenzt	Wie viele Monate soll der Versicherungsschutz weltweit mind. betragen? (laut MB/KK besteht 1 Monat weltweiter Versicherungsschutz + max. 2 Monate, wenn keine Rückreise möglich ist)
- Rücktransport aus dem Ausland	✓	Sind Kosten eines medizinisch notwendigen Rücktransport aus dem Ausland nicht versichert, können Kosten von 100.000 € und mehr entstehen.
Krankentagegeld		
Rückfallerkkrankung - Karenzzeiten werden zusammengezählt	✓	Sollen Karenzzeiten bei wiederholter Arbeitsunfähigkeit zusammengezählt werden?
Begrenzung ordentl. Kündigungsrecht (KT ohne PKV-Voll)	✓	Sofern das Krankentagegeld nicht zusammen mit einer Vollversicherung beim gleichen Versicherer abgeschlossen wird: Verzichtet der Versicherer nicht auf sein ordentliches Kündigungsrecht, kann er den Vertrag innerhalb der ersten drei Jahre kündigen.
Begrenzung ordentl. Kündigungsrecht (KT mit PKV-Voll)	✓	Soll das ordentl. Kündigungsrecht (KT mit PKV-Voll) begrenzt sein?
Alkoholgenuss: kein Ausschluss	✓	Soll kein Ausschluss wegen Alkoholgenuss vorh. sein?

Produktsteckbrief zum gewählten Versicherungsschutz

Versicherer:		Tarif(e):	
Hallesche		MAS.Bonus URZ JOKER.flex PVN MKT.43	
		Erfüllt?	Mögliche Leistungseinschränkung
Gebührenordnung ambulant			
- GOÄ mind. bis Höchststz (3,5)		✓	Wenn der Tarif max. bis zum Regelhöchststz der Gebührenordnung (2,3 facher Satz) erstattet, können erhebliche Eigenbeteiligungen entstehen, da Ärzte auch ohne Einverständnis des Patienten ihre Leistungen bis zum Höchststz (Faktor 3,5) in Rechnung stellen können.
- GOÄ keine Begrenzung auf die Höchstsätze (>3,5)		✓	Sofern die tarifliche Leistung auf die Höchstsätze (Faktor 3,5) der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) begrenzt ist, sind Mehrkosten durch individuelle Honorarvereinbarungen (z.B. Inanspruchnahme von Spezialisten) nicht versichert.
- GOÄ Übernahme der ortsüblichen Kosten im Ausland		✓	Wenn bedingungsgemäß Mehrkosten bei gezielten Behandlungen im Ausland (z.B. Herzspezialist in der Schweiz) nicht übernommen werden, sind diese vom Versicherten selbst zu tragen.
Haus-/Primärarztprinzip (HAP)			
Verzicht auf Hausarzt-/Primärarztprinzip		✓	Ist tariflich das Haus-/Primärarztprinzip vorgesehen, muss die Erstbehandlung von dem Haus-/Primärarzt durchgeführt werden. Hält der Versicherte sich nicht daran, werden die Kosten der Behandlung (und ggf. auch Folgebehandlungen) meist nur zu 70-80% erstattet.
Ambulante Transporte			
- zur Chemotherapie, Dialyse und Strahlenbehandlung		✓	Sind Kosten für Fahrten/Transporte (zur Chemotherapie, Strahlen- u. Dialysebehandlung) nicht oder nur eingeschränkt versichert, können auf den Versicherten Kosten von mehreren tausend Euro pro Jahr zukommen.
- ambulante Notfalltransporte		✓	Sollen ambulante Notfalltransporte erstattungsfähig sein? (z.B. Transport ins Krankenhaus nach Kreislaufschwäche, Entlassung am gleichen Tag - gilt nicht als stationärer Transport, daher häufig nicht versichert)
Heilpraktiker			
Heilpraktiker		✓	Sofern der Tarif Behandlungen durch Heilpraktiker ausschließt, sind diese Kosten einschl. Arzneimittel vom Versicherten selbst zu tragen.
- Hufeland u.o. alternative Heilmethoden		✓	Ist das sog. Hufeland-Leistungsverzeichnis (umfasst viele spez. Naturheilverfahren) oder ein erweiterter Naturheilkatalog nicht im Versicherungsschutz enthalten, werden Behandlungskosten häufig nicht übernommen.
Sehhilfen			
- Erstattung xx €	310,00 €		Kosten für Sehhilfen, welche die tarifliche Höchstgrenze überschreiten, werden nicht erstattet.
Hilfsmittel			
- offener Hilfsmittelkatalog		✓	Es werden nur die im Hilfsmittelkatalog genannten Hilfsmittel erstattet, wenn kein offener Hilfsmittelkatalog vorhanden ist.
- offen im Bereich lebenserhaltender Hilfsmittel		✓	Sieht der Tarif keine generelle Erstattung aller lebenserhaltenden Hilfsmittel vor, besteht ein Anspruch nur auf die in den Bedingungen genannten.
Heilmittel			
- Logopädie durch Logopäden		✓	Sind Kosten logopädischer Behandlungen (z.B. bei Kindern mit Sprachschwierigkeiten oder Schlaganfallpatienten mit Schluckbeschwerden, Kosten pro Behandlung ca. 45 €) nicht erstattungsfähig, müssen die Kosten vom Versicherten selbst getragen werden.
- Ergotherapie durch Ergotherapeuten		✓	Sind Kosten ergotherapeutischer Behandlungen (z.B. bei Menschen mit motorisch-funktionellen, sensomotorisch-perzeptiven, neuropsychologischen, neurophysiologischen oder psychosozialen Störungen) nicht erstattungsfähig, müssen die Kosten vom Versicherten selbst getragen werden.
Vorsorge			
- über gesetzliche Programme		✓	Sofern der Tarif Vorsorgeuntersuchungen nur im Rahmen gesetzlicher Programme ("GKV-Kassenniveau") vorsieht, müssen Kosten für darüber hinaus gehende Untersuchungen selbst gezahlt werden.
Psychotherapie			
- Anzahl psychotherap. Sitzungen p.a.	unbegrenzt		Anzahl der maximal erstattungsfähigen psychotherapeutischen Sitzungen (bei einigen Tarifen Behandlungstage) pro Jahr.

Analyse Krankenversicherung

Produktsteckbrief zum gewählten Versicherungsschutz

Versicherer:		Tarif(e):	
Hallesche		MAS.Bonus URZ JOKER.flex PVN MKT.43	
		Erfüllt?	Mögliche Leistungseinschränkung
Sonstiges			
- ambulante Behandlung in mediz. Versorgungszentren (MVZ)	✓	Die Erstattung von Behandlungskosten in sog. medizinischen Versorgungszentren sind nur dann erstattungsfähig, wenn dies in den Bedingungen aufgeführt ist.	
- Häusliche Behandlungspflege/Krankenpflege	✓	In den Bereich der Behandlungspflege fällt die Unterstützung bei der Medikamenten- oder Wundversorgung, bei Blutzuckerkontrollen oder der Pflege von Kathetern. Das muss in der Regel von der Krankenversicherung und nicht aus der Pflegeversicherung finanziert werden.	
Stationär			
1-Bettzimmer	✗	Wenn nicht versichert, sind Mehrkosten für die Unterkunft im 1-Bettzimmer nicht erstattungsfähig.	
2-Bettzimmer	✓	Wenn nicht versichert, sind Mehrkosten für die Unterkunft im 2-Bettzimmer nicht erstattungsfähig.	
Wahlärztliche Behandlung (Chefarzt/Spezialist)	✓	Ist die wahlärztliche Behandlung (Spezialist, Chefarzt etc.) nicht versichert, werden nur die Kosten einer Behandlung durch den diensthabenden Arzt erstattet.	
Gemischte Anstalten - bessere Regelung als MB/KK (mind. Notfall)	✓	Wenn nicht anders geregelt, wird bei einem Krankenhausaufenthalt in einer sog. "gemischten Anstalt" (Krankenhaus, welches auch Reha durchführt) nur geleistet, wenn der Versicherer vorher schriftlich zugesagt hat.	
Stationäre Psychotherapie uneingeschränkt	✓	Wenn die Kosten einer stationären Psychotherapie nicht oder nur eingeschränkt erstattungsfähig (z.B. max. 30 Behandlungstage) sind, kann sich der Eigenanteil des Versicherten pro Behandlungstag auf 500-1.000 € belaufen.	
Hospizkosten	✓	Sollen die Kosten für die Unterbringung in einem Hospiz (zur Sterbebegleitung) erstattungsfähig sein?	
Gebührenordnung Stationär			
- GOÄ mind. bis Höchststz (3,5)	✓	Wenn der Tarif max. bis zum Regelhöchststz der Gebührenordnung (2,3 facher Satz) erstattet, können erhebliche Eigenbeteiligungen entstehen, da Ärzte auch ohne Einverständnis des Patienten ihre Leistungen bis zum Höchststz (Faktor 3,5) in Rechnung stellen können.	
- GOÄ keine Begrenzung auf den Höchststz (>3,5)	✓	Sofern die tarifliche Leistung auf die Höchstsätze (Faktor 3,5) der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) begrenzt ist, sind Mehrkosten durch individuelle Honorarvereinbarungen (z.B. Inanspruchnahme von Spezialisten) nicht versichert.	
- GOÄ Übernahme der ortsüblichen Kosten im Ausland	✓	Wenn bedingungsgemäß Mehrkosten bei gezielten Behandlungen im Ausland (z.B. Herzspezialist in der Schweiz) nicht übernommen werden, sind diese vom Versicherten selbst zu tragen.	
Anschlussreha (AHB)			
- AHB nach Zusage versichert	✓	Wenn nicht in den AVB genannt, sind Kosten für Anschlussheilbehandlungen/Anschlussreha nur - sofern vorhanden - durch andere Sozialversicherungsträger versichert.	
Zahn			
Zahnbehandlung %	100 %	Höhe der Erstattung für Zahnbehandlung (%)	
Zahnersatz %	75 %	Höhe der Erstattung für Zahnersatz (%)	
Kieferorthopädie %	75 %	Höhe der Erstattung für Kieferorthopädie (%)	
- Kieferorthopädie ohne Altersbeschränkung	✓	Sieht der Tarif eine Beschränkung vor, werden die Kosten kieferorthopädischer Behandlungen nur bis zu einem bestimmten Alter (siehe Tarif) erstattet. Danach sind die Kosten vom Versicherten selbst zu tragen (in einigen Tarifen sind Unfälle von dieser Regelung ausgenommen).	
Gebührenordnung Zahn			
- GOZ bis Höchststz (3,5)	✓	Wenn der Tarif max. bis zum Regelhöchststz der Gebührenordnung (2,3 facher Satz) erstattet, können erhebliche Eigenbeteiligungen entstehen, da Zahnärzte auch ohne Einverständnis des Patienten ihre Leistungen bis zum Höchststz (Faktor 3,5) in Rechnung stellen können.	
- GOZ keine Begrenzung auf den Höchststz (>3,5)	✓	Sofern die tarifliche Leistung auf die Höchstsätze (Faktor 3,5) der GOZ (Gebührenordnung für Ärzte) begrenzt ist, sind Mehrkosten durch individuelle Honorarvereinbarungen (z.B. Inanspruchnahme von Spezialisten) nicht versichert.	

Produktsteckbrief zum gewählten Versicherungsschutz

Versicherer:	Tarif(e):	
Hallesche	MAS.Bonus URZ JOKER.flex PVN MKT.43	
	Erfüllt?	Mögliche Leistungseinschränkung
- GOZ Übernahme der ortsüblichen Kosten im Ausland	✓	Wenn bedingungsgemäß Mehrkosten bei gezielten Behandlungen im Ausland (z.B. Herzspezialist in der Schweiz) nicht übernommen werden, sind diese vom Versicherten selbst zu tragen.
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag		
Umwandlungsrecht Voll- in Zusatzversicherung	✓	Besteht kein vertraglicher Anspruch, dass bei Beendigung der Kranken-Vollversicherung in eine Zusatzversicherung umgestellt werden kann (z.B. bei der Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung), kann der Abschluss nur mit erneuter Risikoprüfung erfolgen.
Kindernachversicherung - Klarstellung angeborener Geburtsschäden/Anomalien	✓	In vielen Tarifen ist keine zusätzliche Klarstellung aufgeführt, dass bei einer Kindernachversicherung ab Geburt die Kosten angeborener Anomalien/Geburtsschäden mitversichert sind.
Optionsrecht auf Höherversicherung		
- Anzahl feste Optionszeitpunkte	2	Anzahl der Zeitpunkte, an denen das Optionsrecht ausgeübt werden kann (ohne bestimmte Anlässe).
- anlassbezogenes Optionsrecht	✗	Die Umstellung in höherwertige Tarife ist nicht bei bestimmten Anlässen (z.B. bei Heirat, Ausbildungsende) ohne Risikoprüfung möglich, wenn kein anlassbezogenes Optionsrecht enthalten ist.
Ausland		
- Weltweiter Versicherungsschutz mind. ... Monate	unbegrenzt	Wie viele Monate soll der Versicherungsschutz weltweit mind. betragen? (laut MB/KK besteht 1 Monat weltweiter Versicherungsschutz + max. 2 Monate, wenn keine Rückreise möglich ist)
- Rücktransport aus dem Ausland	✓	Sind Kosten eines medizinisch notwendigen Rücktransport aus dem Ausland nicht versichert, können Kosten von 100.000 € und mehr entstehen.
Krankentagegeld		
Rückfallerkrankung - Karenzzeiten werden zusammengezählt	✓	Sollen Karenzzeiten bei wiederholter Arbeitsunfähigkeit zusammengezählt werden?
Begrenzung ordentl. Kündigungsrecht (KT ohne PKV-Voll)	✓	Sofern das Krankentagegeld nicht zusammen mit einer Vollversicherung beim gleichen Versicherer abgeschlossen wird: Verzichtet der Versicherer nicht auf sein ordentliches Kündigungsrecht, kann er den Vertrag innerhalb der ersten drei Jahre kündigen.
Begrenzung ordentl. Kündigungsrecht (KT mit PKV-Voll)	✓	Soll das ordentl. Kündigungsrecht (KT mit PKV-Voll) begrenzt sein?
Alkoholgenuss: kein Ausschluss	✓	Soll kein Ausschluss wegen Alkoholgenuss vorh. sein?

Produktsteckbrief zum gewählten Versicherungsschutz

Versicherer:	Tarif(e):	
Universa	uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PV N uni-KT 43	
	Erfüllt?	Mögliche Leistungseinschränkung
Gebührenordnung ambulant		
- GOÄ mind. bis Höchststz (3,5)	✓	Wenn der Tarif max. bis zum Regelhöchststz der Gebührenordnung (2,3 facher Satz) erstattet, können erhebliche Eigenbeteiligungen entstehen, da Ärzte auch ohne Einverständnis des Patienten ihre Leistungen bis zum Höchststz (Faktor 3,5) in Rechnung stellen können.
- GOÄ keine Begrenzung auf die Höchstsätze (>3,5)	✓	Sofern die tarifliche Leistung auf die Höchstsätze (Faktor 3,5) der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) begrenzt ist, sind Mehrkosten durch individuelle Honorarvereinbarungen (z.B. Inanspruchnahme von Spezialisten) nicht versichert.
- GOÄ Übernahme der ortsüblichen Kosten im Ausland	✓	Wenn bedingungsgemäß Mehrkosten bei gezielten Behandlungen im Ausland (z.B. Herzspezialist in der Schweiz) nicht übernommen werden, sind diese vom Versicherten selbst zu tragen.
Haus-/Primärarztprinzip (HAP)		
Verzicht auf Hausarzt-/Primärarztprinzip	✓	Ist tariflich das Haus-/Primärarztprinzip vorgesehen, muss die Erstbehandlung von dem Haus-/Primärarzt durchgeführt werden. Hält der Versicherte sich nicht daran, werden die Kosten der Behandlung (und ggf. auch Folgebehandlungen) meist nur zu 70-80% erstattet.
Ambulante Transporte		
- zur Chemotherapie, Dialyse und Strahlenbehandlung	✓	Sind Kosten für Fahrten/Transporte (zur Chemotherapie, Strahlen- u. Dialysebehandlung) nicht oder nur eingeschränkt versichert, können auf den Versicherten Kosten von mehreren tausend Euro pro Jahr zukommen.
- ambulante Notfalltransporte	✓	Sollen ambulante Notfalltransporte erstattungsfähig sein? (z.B. Transport ins Krankenhaus nach Kreislaufschwäche, Entlassung am gleichen Tag - gilt nicht als stationärer Transport, daher häufig nicht versichert)
Heilpraktiker		
Heilpraktiker	✓	Sofern der Tarif Behandlungen durch Heilpraktiker ausschließt, sind diese Kosten einschl. Arzneimittel vom Versicherten selbst zu tragen.
- Hufeland u.o. alternative Heilmethoden	✗	Ist das sog. Hufeland-Leistungsverzeichnis (umfasst viele spez. Naturheilverfahren) oder ein erweiterter Naturheilkatalog nicht im Versicherungsschutz enthalten, werden Behandlungskosten häufig nicht übernommen.
Sehhilfen		
- Erstattung xx €	435,00 €	Kosten für Sehhilfen, welche die tarifliche Höchstgrenze überschreiten, werden nicht erstattet.
Hilfsmittel		
- offener Hilfsmittelkatalog	✓	Es werden nur die im Hilfsmittelkatalog genannten Hilfsmittel erstattet, wenn kein offener Hilfsmittelkatalog vorhanden ist.
- offen im Bereich lebenserhaltender Hilfsmittel	✓	Sieht der Tarif keine generelle Erstattung aller lebenserhaltenden Hilfsmittel vor, besteht ein Anspruch nur auf die in den Bedingungen genannten.
Heilmittel		
- Logopädie durch Logopäden	✓	Sind Kosten logopädischer Behandlungen (z.B. bei Kindern mit Sprachschwierigkeiten oder Schlaganfallpatienten mit Schluckbeschwerden, Kosten pro Behandlung ca. 45 €) nicht erstattungsfähig, müssen die Kosten vom Versicherten selbst getragen werden.
- Ergotherapie durch Ergotherapeuten	✓	Sind Kosten ergotherapeutischer Behandlungen (z.B. bei Menschen mit motorisch-funktionellen, sensomotorisch-perzeptiven, neuropsychologischen, neurophysiologischen oder psychosozialen Störungen) nicht erstattungsfähig, müssen die Kosten vom Versicherten selbst getragen werden.
Vorsorge		
- über gesetzliche Programme	✓	Sofern der Tarif Vorsorgeuntersuchungen nur im Rahmen gesetzlicher Programme ("GKV-Kassenniveau") vorsieht, müssen Kosten für darüber hinaus gehende Untersuchungen selbst gezahlt werden.
Psychotherapie		
- Anzahl psychotherap. Sitzungen p.a.	unbegrenzt	Anzahl der maximal erstattungsfähigen psychotherapeutischen Sitzungen (bei einigen Tarifen Behandlungstage) pro Jahr.

Analyse Krankenversicherung

Produktsteckbrief zum gewählten Versicherungsschutz

Versicherer:		Tarif(e):	
Universa		uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PV N uni-KT 43	
		Erfüllt?	Mögliche Leistungseinschränkung
Sonstiges			
- ambulante Behandlung in mediz. Versorgungszentren (MVZ)	✓	Die Erstattung von Behandlungskosten in sog. medizinischen Versorgungszentren sind nur dann erstattungsfähig, wenn dies in den Bedingungen aufgeführt ist.	
- Häusliche Behandlungspflege/Krankenpflege	✗	In den Bereich der Behandlungspflege fällt die Unterstützung bei der Medikamenten- oder Wundversorgung, bei Blutzuckerkontrollen oder der Pflege von Kathetern. Das muss in der Regel von der Krankenversicherung und nicht aus der Pflegeversicherung finanziert werden.	
Stationär			
1-Bettzimmer	✓	Wenn nicht versichert, sind Mehrkosten für die Unterkunft im 1-Bettzimmer nicht erstattungsfähig.	
2-Bettzimmer	✓	Wenn nicht versichert, sind Mehrkosten für die Unterkunft im 2-Bettzimmer nicht erstattungsfähig.	
Wahlärztliche Behandlung (Chefarzt/Spezialist)	✓	Ist die wahlärztliche Behandlung (Spezialist, Chefarzt etc.) nicht versichert, werden nur die Kosten einer Behandlung durch den diensthabenden Arzt erstattet.	
Gemischte Anstalten - bessere Regelung als MB/KK (mind. Notfall)	✓	Wenn nicht anders geregelt, wird bei einem Krankenhausaufenthalt in einer sog. "gemischten Anstalt" (Krankenhaus, welches auch Reha durchführt) nur geleistet, wenn der Versicherer vorher schriftlich zugesagt hat.	
Stationäre Psychotherapie uneingeschränkt	✓	Wenn die Kosten einer stationären Psychotherapie nicht oder nur eingeschränkt erstattungsfähig (z.B. max. 30 Behandlungstage) sind, kann sich der Eigenanteil des Versicherten pro Behandlungstag auf 500-1.000 € belaufen.	
Hospizkosten	✓	Sollen die Kosten für die Unterbringung in einem Hospiz (zur Sterbebegleitung) erstattungsfähig sein?	
Gebührenordnung Stationär			
- GOÄ mind. bis Höchststz (3,5)	✓	Wenn der Tarif max. bis zum Regelhöchststz der Gebührenordnung (2,3 facher Satz) erstattet, können erhebliche Eigenbeteiligungen entstehen, da Ärzte auch ohne Einverständnis des Patienten ihre Leistungen bis zum Höchststz (Faktor 3,5) in Rechnung stellen können.	
- GOÄ keine Begrenzung auf den Höchststz (>3,5)	✓	Sofern die tarifliche Leistung auf die Höchstsätze (Faktor 3,5) der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) begrenzt ist, sind Mehrkosten durch individuelle Honorarvereinbarungen (z.B. Inanspruchnahme von Spezialisten) nicht versichert.	
- GOÄ Übernahme der ortsüblichen Kosten im Ausland	✓	Wenn bedingungsgemäß Mehrkosten bei gezielten Behandlungen im Ausland (z.B. Herzspezialist in der Schweiz) nicht übernommen werden, sind diese vom Versicherten selbst zu tragen.	
Anschlussreha (AHB)			
- AHB nach Zusage versichert	✓	Wenn nicht in den AVB genannt, sind Kosten für Anschlussheilbehandlungen/Anschlussreha nur - sofern vorhanden - durch andere Sozialversicherungsträger versichert.	
Zahn			
Zahnbehandlung %	100 %	Höhe der Erstattung für Zahnbehandlung (%)	
Zahnersatz %	80 %	Höhe der Erstattung für Zahnersatz (%)	
Kieferorthopädie %	100 %	Höhe der Erstattung für Kieferorthopädie (%)	
- Kieferorthopädie ohne Altersbeschränkung	✓	Sieht der Tarif eine Beschränkung vor, werden die Kosten kieferorthopädischer Behandlungen nur bis zu einem bestimmten Alter (siehe Tarif) erstattet. Danach sind die Kosten vom Versicherten selbst zu tragen (in einigen Tarifen sind Unfälle von dieser Regelung ausgenommen).	
Gebührenordnung Zahn			
- GOZ bis Höchststz (3,5)	✓	Wenn der Tarif max. bis zum Regelhöchststz der Gebührenordnung (2,3 facher Satz) erstattet, können erhebliche Eigenbeteiligungen entstehen, da Zahnärzte auch ohne Einverständnis des Patienten ihre Leistungen bis zum Höchststz (Faktor 3,5) in Rechnung stellen können.	
- GOZ keine Begrenzung auf den Höchststz (>3,5)	✗	Sofern die tarifliche Leistung auf die Höchstsätze (Faktor 3,5) der GOZ (Gebührenordnung für Ärzte) begrenzt ist, sind Mehrkosten durch individuelle Honorarvereinbarungen (z.B. Inanspruchnahme von Spezialisten) nicht versichert.	

Produktsteckbrief zum gewählten Versicherungsschutz

Versicherer:	Tarif(e):	
Universa	uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PV N uni-KT 43	
	Erfüllt?	Mögliche Leistungseinschränkung
- GOZ Übernahme der ortsüblichen Kosten im Ausland	✓	Wenn bedingungsgemäß Mehrkosten bei gezielten Behandlungen im Ausland (z.B. Herzspezialist in der Schweiz) nicht übernommen werden, sind diese vom Versicherten selbst zu tragen.
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag		
Umwandlungsrecht Voll- in Zusatzversicherung	✓	Besteht kein vertraglicher Anspruch, dass bei Beendigung der Kranken-Vollversicherung in eine Zusatzversicherung umgestellt werden kann (z.B. bei der Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung), kann der Abschluss nur mit erneuter Risikoprüfung erfolgen.
Kindernachversicherung - Klarstellung angeborener Geburtsschäden/Anomalien	✓	In vielen Tarifen ist keine zusätzliche Klarstellung aufgeführt, dass bei einer Kindernachversicherung ab Geburt die Kosten angeborener Anomalien/Geburtsschäden mitversichert sind.
Optionsrecht auf Höherversicherung		
- Anzahl feste Optionszeitpunkte	unbegrenzt	Anzahl der Zeitpunkte, an denen das Optionsrecht ausgeübt werden kann (ohne bestimmte Anlässe).
- anlassbezogenes Optionsrecht	✓	Die Umstellung in höherwertige Tarife ist nicht bei bestimmten Anlässen (z.B. bei Heirat, Ausbildungsende) ohne Risikoprüfung möglich, wenn kein anlassbezogenes Optionsrecht enthalten ist.
Ausland		
- Weltweiter Versicherungsschutz mind. ... Monate	3	Wie viele Monate soll der Versicherungsschutz weltweit mind. betragen? (laut MB/KK besteht 1 Monat weltweiter Versicherungsschutz + max. 2 Monate, wenn keine Rückreise möglich ist)
- Rücktransport aus dem Ausland	✓	Sind Kosten eines medizinisch notwendigen Rücktransport aus dem Ausland nicht versichert, können Kosten von 100.000 € und mehr entstehen.
Krankentagegeld		
Rückfallerkrankung - Karenzzeiten werden zusammengezählt	✓	Sollen Karenzzeiten bei wiederholter Arbeitsunfähigkeit zusammengezählt werden?
Begrenzung ordentl. Kündigungsrecht (KT ohne PKV-Voll)	✗	Sofern das Krankentagegeld nicht zusammen mit einer Vollversicherung beim gleichen Versicherer abgeschlossen wird: Verzichtet der Versicherer nicht auf sein ordentliches Kündigungsrecht, kann er den Vertrag innerhalb der ersten drei Jahre kündigen.
Begrenzung ordentl. Kündigungsrecht (KT mit PKV-Voll)	✓	Soll das ordentl. Kündigungsrecht (KT mit PKV-Voll) begrenzt sein?
Alkoholgenuss: kein Ausschluss	✓	Soll kein Ausschluss wegen Alkoholgenuss vorh. sein?

Produktsteckbrief zum gewählten Versicherungsschutz

Versicherer:	Tarif(e):	
AXA - DBV	VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	
	Erfüllt?	Mögliche Leistungseinschränkung
Gebührenordnung ambulant		
- GOÄ mind. bis Höchststz (3,5)	✓	Wenn der Tarif max. bis zum Regelhöchststz der Gebührenordnung (2,3 facher Satz) erstattet, können erhebliche Eigenbeteiligungen entstehen, da Ärzte auch ohne Einverständnis des Patienten ihre Leistungen bis zum Höchststz (Faktor 3,5) in Rechnung stellen können.
- GOÄ keine Begrenzung auf die Höchstsätze (>3,5)	✓	Sofern die tarifliche Leistung auf die Höchstsätze (Faktor 3,5) der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) begrenzt ist, sind Mehrkosten durch individuelle Honorarvereinbarungen (z.B. Inanspruchnahme von Spezialisten) nicht versichert.
- GOÄ Übernahme der ortsüblichen Kosten im Ausland	✓	Wenn bedingungsgemäß Mehrkosten bei gezielten Behandlungen im Ausland (z.B. Herzspezialist in der Schweiz) nicht übernommen werden, sind diese vom Versicherten selbst zu tragen.
Haus-/Primärarztprinzip (HAP)		
Verzicht auf Hausarzt-/Primärarztprinzip	✓	Ist tariflich das Haus-/Primärarztprinzip vorgesehen, muss die Erstbehandlung von dem Haus-/Primärarzt durchgeführt werden. Hält der Versicherte sich nicht daran, werden die Kosten der Behandlung (und ggf. auch Folgebehandlungen) meist nur zu 70-80% erstattet.
Ambulante Transporte		
- zur Chemotherapie, Dialyse und Strahlenbehandlung	✓	Sind Kosten für Fahrten/Transporte (zur Chemotherapie, Strahlen- u. Dialysebehandlung) nicht oder nur eingeschränkt versichert, können auf den Versicherten Kosten von mehreren tausend Euro pro Jahr zukommen.
- ambulante Notfalltransporte	✓	Sollen ambulante Notfalltransporte erstattungsfähig sein? (z.B. Transport ins Krankenhaus nach Kreislaufschwäche, Entlassung am gleichen Tag - gilt nicht als stationärer Transport, daher häufig nicht versichert)
Heilpraktiker		
Heilpraktiker	✓	Sofern der Tarif Behandlungen durch Heilpraktiker ausschließt, sind diese Kosten einschl. Arzneimittel vom Versicherten selbst zu tragen.
- Hufeland u.o. alternative Heilmethoden	✗	Ist das sog. Hufeland-Leistungsverzeichnis (umfasst viele spez. Naturheilverfahren) oder ein erweiterter Naturheilkatalog nicht im Versicherungsschutz enthalten, werden Behandlungskosten häufig nicht übernommen.
Sehhilfen		
- Erstattung xx €	300,00 €	Kosten für Sehhilfen, welche die tarifliche Höchstgrenze überschreiten, werden nicht erstattet.
Hilfsmittel		
- offener Hilfsmittelkatalog	✓	Es werden nur die im Hilfsmittelkatalog genannten Hilfsmittel erstattet, wenn kein offener Hilfsmittelkatalog vorhanden ist.
- offen im Bereich lebenserhaltender Hilfsmittel	✓	Sieht der Tarif keine generelle Erstattung aller lebenserhaltenden Hilfsmittel vor, besteht ein Anspruch nur auf die in den Bedingungen genannten.
Heilmittel		
- Logopädie durch Logopäden	✓	Sind Kosten logopädischer Behandlungen (z.B. bei Kindern mit Sprachschwierigkeiten oder Schlaganfallpatienten mit Schluckbeschwerden, Kosten pro Behandlung ca. 45 €) nicht erstattungsfähig, müssen die Kosten vom Versicherten selbst getragen werden.
- Ergotherapie durch Ergotherapeuten	✓	Sind Kosten ergotherapeutischer Behandlungen (z.B. bei Menschen mit motorisch-funktionellen, sensomotorisch-perzeptiven, neuropsychologischen, neurophysiologischen oder psychosozialen Störungen) nicht erstattungsfähig, müssen die Kosten vom Versicherten selbst getragen werden.
Vorsorge		
- über gesetzliche Programme	✓	Sofern der Tarif Vorsorgeuntersuchungen nur im Rahmen gesetzlicher Programme ("GKV-Kassenniveau") vorsieht, müssen Kosten für darüber hinaus gehende Untersuchungen selbst gezahlt werden.
Psychotherapie		
- Anzahl psychotherap. Sitzungen p.a.	unbegrenzt	Anzahl der maximal erstattungsfähigen psychotherapeutischen Sitzungen (bei einigen Tarifen Behandlungstage) pro Jahr.

Analyse Krankenversicherung

Produktsteckbrief zum gewählten Versicherungsschutz

Versicherer:		Tarif(e):	
AXA - DBV		VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	
		Erfüllt?	Mögliche Leistungseinschränkung
Sonstiges			
- ambulante Behandlung in mediz. Versorgungszentren (MVZ)	✓	Die Erstattung von Behandlungskosten in sog. medizinischen Versorgungszentren sind nur dann erstattungsfähig, wenn dies in den Bedingungen aufgeführt ist.	
- Häusliche Behandlungspflege/Krankenpflege	✓	In den Bereich der Behandlungspflege fällt die Unterstützung bei der Medikamenten- oder Wundversorgung, bei Blutzuckerkontrollen oder der Pflege von Kathetern. Das muss in der Regel von der Krankenversicherung und nicht aus der Pflegeversicherung finanziert werden.	
Stationär			
1-Bettzimmer	✓	Wenn nicht versichert, sind Mehrkosten für die Unterkunft im 1-Bettzimmer nicht erstattungsfähig.	
2-Bettzimmer	✓	Wenn nicht versichert, sind Mehrkosten für die Unterkunft im 2-Bettzimmer nicht erstattungsfähig.	
Wahlärztliche Behandlung (Chefarzt/Spezialist)	✓	Ist die wahlärztliche Behandlung (Spezialist, Chefarzt etc.) nicht versichert, werden nur die Kosten einer Behandlung durch den diensthabenden Arzt erstattet.	
Gemischte Anstalten - bessere Regelung als MB/KK (mind. Notfall)	✓	Wenn nicht anders geregelt, wird bei einem Krankenhausaufenthalt in einer sog. "gemischten Anstalt" (Krankenhaus, welches auch Reha durchführt) nur geleistet, wenn der Versicherer vorher schriftlich zugesagt hat.	
Stationäre Psychotherapie uneingeschränkt	✓	Wenn die Kosten einer stationären Psychotherapie nicht oder nur eingeschränkt erstattungsfähig (z.B. max. 30 Behandlungstage) sind, kann sich der Eigenanteil des Versicherten pro Behandlungstag auf 500-1.000 € belaufen.	
Hospizkosten	✓	Sollen die Kosten für die Unterbringung in einem Hospiz (zur Sterbebegleitung) erstattungsfähig sein?	
Gebührenordnung Stationär			
- GOÄ mind. bis Höchststz (3,5)	✓	Wenn der Tarif max. bis zum Regelhöchststz der Gebührenordnung (2,3 facher Satz) erstattet, können erhebliche Eigenbeteiligungen entstehen, da Ärzte auch ohne Einverständnis des Patienten ihre Leistungen bis zum Höchststz (Faktor 3,5) in Rechnung stellen können.	
- GOÄ keine Begrenzung auf den Höchststz (>3,5)	✓	Sofern die tarifliche Leistung auf die Höchstsätze (Faktor 3,5) der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) begrenzt ist, sind Mehrkosten durch individuelle Honorarvereinbarungen (z.B. Inanspruchnahme von Spezialisten) nicht versichert.	
- GOÄ Übernahme der ortsüblichen Kosten im Ausland	✓	Wenn bedingungsgemäß Mehrkosten bei gezielten Behandlungen im Ausland (z.B. Herzspezialist in der Schweiz) nicht übernommen werden, sind diese vom Versicherten selbst zu tragen.	
Anschlussreha (AHB)			
- AHB nach Zusage versichert	✓	Wenn nicht in den AVB genannt, sind Kosten für Anschlussheilbehandlungen/Anschlussreha nur - sofern vorhanden - durch andere Sozialversicherungsträger versichert.	
Zahn			
Zahnbehandlung %	100 %	Höhe der Erstattung für Zahnbehandlung (%)	
Zahnersatz %	90 %	Höhe der Erstattung für Zahnersatz (%)	
Kieferorthopädie %	90 %	Höhe der Erstattung für Kieferorthopädie (%)	
- Kieferorthopädie ohne Altersbeschränkung	✓	Sieht der Tarif eine Beschränkung vor, werden die Kosten kieferorthopädischer Behandlungen nur bis zu einem bestimmten Alter (siehe Tarif) erstattet. Danach sind die Kosten vom Versicherten selbst zu tragen (in einigen Tarifen sind Unfälle von dieser Regelung ausgenommen).	
Gebührenordnung Zahn			
- GOZ bis Höchststz (3,5)	✓	Wenn der Tarif max. bis zum Regelhöchststz der Gebührenordnung (2,3 facher Satz) erstattet, können erhebliche Eigenbeteiligungen entstehen, da Zahnärzte auch ohne Einverständnis des Patienten ihre Leistungen bis zum Höchststz (Faktor 3,5) in Rechnung stellen können.	
- GOZ keine Begrenzung auf den Höchststz (>3,5)	✗	Sofern die tarifliche Leistung auf die Höchstsätze (Faktor 3,5) der GOZ (Gebührenordnung für Ärzte) begrenzt ist, sind Mehrkosten durch individuelle Honorarvereinbarungen (z.B. Inanspruchnahme von Spezialisten) nicht versichert.	

Produktsteckbrief zum gewählten Versicherungsschutz

Versicherer:		Tarif(e):	
AXA - DBV		VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	
		Erfüllt?	Mögliche Leistungseinschränkung
- GOZ Übernahme der ortsüblichen Kosten im Ausland		✓	Wenn bedingungsgemäß Mehrkosten bei gezielten Behandlungen im Ausland (z.B. Herzspezialist in der Schweiz) nicht übernommen werden, sind diese vom Versicherten selbst zu tragen.
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag			
Umwandlungsrecht Voll- in Zusatzversicherung		✓	Besteht kein vertraglicher Anspruch, dass bei Beendigung der Kranken-Vollversicherung in eine Zusatzversicherung umgestellt werden kann (z.B. bei der Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung), kann der Abschluss nur mit erneuter Risikoprüfung erfolgen.
Kindernachversicherung - Klarstellung angeborener Geburtsschäden/Anomalien		✓	In vielen Tarifen ist keine zusätzliche Klarstellung aufgeführt, dass bei einer Kindernachversicherung ab Geburt die Kosten angeborener Anomalien/Geburtsschäden mitversichert sind.
Optionsrecht auf Höherversicherung			
- Anzahl feste Optionszeitpunkte		1	Anzahl der Zeitpunkte, an denen das Optionsrecht ausgeübt werden kann (ohne bestimmte Anlässe).
- anlassbezogenes Optionsrecht		✓	Die Umstellung in höherwertige Tarife ist nicht bei bestimmten Anlässen (z.B. bei Heirat, Ausbildungsende) ohne Risikoprüfung möglich, wenn kein anlassbezogenes Optionsrecht enthalten ist.
Ausland			
- Weltweiter Versicherungsschutz mind. ... Monate		6	Wie viele Monate soll der Versicherungsschutz weltweit mind. betragen? (laut MB/KK besteht 1 Monat weltweiter Versicherungsschutz + max. 2 Monate, wenn keine Rückreise möglich ist)
- Rücktransport aus dem Ausland		✓	Sind Kosten eines medizinisch notwendigen Rücktransport aus dem Ausland nicht versichert, können Kosten von 100.000 € und mehr entstehen.
Krankentagegeld			
Rückfallerkrankung - Karenzzeiten werden zusammengezählt		✓	Sollen Karenzzeiten bei wiederholter Arbeitsunfähigkeit zusammengezählt werden?
Begrenzung ordentl. Kündigungsrecht (KT ohne PKV-Voll)		✗	Sofern das Krankentagegeld nicht zusammen mit einer Vollversicherung beim gleichen Versicherer abgeschlossen wird: Verzichtet der Versicherer nicht auf sein ordentliches Kündigungsrecht, kann er den Vertrag innerhalb der ersten drei Jahre kündigen.
Begrenzung ordentl. Kündigungsrecht (KT mit PKV-Voll)		✓	Soll das ordentl. Kündigungsrecht (KT mit PKV-Voll) begrenzt sein?
Alkoholgenuss: kein Ausschluss		✓	Soll kein Ausschluss wegen Alkoholgenuss vorh. sein?

Produktsteckbrief zum gewählten Versicherungsschutz

Versicherer:	Tarif(e):	
Inter	JA U JE U PVN TMA 6 U	
	Erfüllt?	Mögliche Leistungseinschränkung
Gebührenordnung ambulant		
- GOÄ mind. bis Höchststz (3,5)	✓	Wenn der Tarif max. bis zum Regelhöchststz der Gebührenordnung (2,3 facher Satz) erstattet, können erhebliche Eigenbeteiligungen entstehen, da Ärzte auch ohne Einverständnis des Patienten ihre Leistungen bis zum Höchststz (Faktor 3,5) in Rechnung stellen können.
- GOÄ keine Begrenzung auf die Höchstsätze (>3,5)	✓	Sofern die tarifliche Leistung auf die Höchstsätze (Faktor 3,5) der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) begrenzt ist, sind Mehrkosten durch individuelle Honorarvereinbarungen (z.B. Inanspruchnahme von Spezialisten) nicht versichert.
- GOÄ Übernahme der ortsüblichen Kosten im Ausland	✗	Wenn bedingungsgemäß Mehrkosten bei gezielten Behandlungen im Ausland (z.B. Herzspezialist in der Schweiz) nicht übernommen werden, sind diese vom Versicherten selbst zu tragen.
Haus-/Primärarztprinzip (HAP)		
Verzicht auf Hausarzt-/Primärarztprinzip	✓	Ist tariflich das Haus-/Primärarztprinzip vorgesehen, muss die Erstbehandlung von dem Haus-/Primärarzt durchgeführt werden. Hält der Versicherte sich nicht daran, werden die Kosten der Behandlung (und ggf. auch Folgebehandlungen) meist nur zu 70-80% erstattet.
Ambulante Transporte		
- zur Chemotherapie, Dialyse und Strahlenbehandlung	✓	Sind Kosten für Fahrten/Transporte (zur Chemotherapie, Strahlen- u. Dialysebehandlung) nicht oder nur eingeschränkt versichert, können auf den Versicherten Kosten von mehreren tausend Euro pro Jahr zukommen.
- ambulante Notfalltransporte	✓	Sollen ambulante Notfalltransporte erstattungsfähig sein? (z.B. Transport ins Krankenhaus nach Kreislaufschwäche, Entlassung am gleichen Tag - gilt nicht als stationärer Transport, daher häufig nicht versichert)
Heilpraktiker		
Heilpraktiker	✗	Sofern der Tarif Behandlungen durch Heilpraktiker ausschließt, sind diese Kosten einschl. Arzneimittel vom Versicherten selbst zu tragen.
- Hufeland u.o. alternative Heilmethoden	✗	Ist das sog. Hufeland-Leistungsverzeichnis (umfasst viele spez. Naturheilverfahren) oder ein erweiterter Naturheilkatalog nicht im Versicherungsschutz enthalten, werden Behandlungskosten häufig nicht übernommen.
Sehhilfen		
- Erstattung xx €	260,00 €	Kosten für Sehhilfen, welche die tarifliche Höchstgrenze überschreiten, werden nicht erstattet.
Hilfsmittel		
- offener Hilfsmittelkatalog	✓	Es werden nur die im Hilfsmittelkatalog genannten Hilfsmittel erstattet, wenn kein offener Hilfsmittelkatalog vorhanden ist.
- offen im Bereich lebenserhaltender Hilfsmittel	✓	Sieht der Tarif keine generelle Erstattung aller lebenserhaltenden Hilfsmittel vor, besteht ein Anspruch nur auf die in den Bedingungen genannten.
Heilmittel		
- Logopädie durch Logopäden	✓	Sind Kosten logopädischer Behandlungen (z.B. bei Kindern mit Sprachschwierigkeiten oder Schlaganfallpatienten mit Schluckbeschwerden, Kosten pro Behandlung ca. 45 €) nicht erstattungsfähig, müssen die Kosten vom Versicherten selbst getragen werden.
- Ergotherapie durch Ergotherapeuten	✓	Sind Kosten ergotherapeutischer Behandlungen (z.B. bei Menschen mit motorisch-funktionellen, sensomotorisch-perzeptiven, neuropsychologischen, neurophysiologischen oder psychosozialen Störungen) nicht erstattungsfähig, müssen die Kosten vom Versicherten selbst getragen werden.
Vorsorge		
- über gesetzliche Programme	✗	Sofern der Tarif Vorsorgeuntersuchungen nur im Rahmen gesetzlicher Programme ("GKV-Kassenniveau") vorsieht, müssen Kosten für darüber hinaus gehende Untersuchungen selbst gezahlt werden.
Psychotherapie		
- Anzahl psychotherap. Sitzungen p.a.	unbegrenzt	Anzahl der maximal erstattungsfähigen psychotherapeutischen Sitzungen (bei einigen Tarifen Behandlungstage) pro Jahr.

Analyse Krankenversicherung

Produktsteckbrief zum gewählten Versicherungsschutz

Versicherer:		Tarif(e):	
Inter		JA U JE U PVN TMA 6 U	
		Erfüllt?	Mögliche Leistungseinschränkung
Sonstiges			
- ambulante Behandlung in mediz. Versorgungszentren (MVZ)	✓	Die Erstattung von Behandlungskosten in sog. medizinischen Versorgungszentren sind nur dann erstattungsfähig, wenn dies in den Bedingungen aufgeführt ist.	
- Häusliche Behandlungspflege/Krankenpflege	✓	In den Bereich der Behandlungspflege fällt die Unterstützung bei der Medikamenten- oder Wundversorgung, bei Blutzuckerkontrollen oder der Pflege von Kathetern. Das muss in der Regel von der Krankenversicherung und nicht aus der Pflegeversicherung finanziert werden.	
Stationär			
1-Bettzimmer	✓	Wenn nicht versichert, sind Mehrkosten für die Unterkunft im 1-Bettzimmer nicht erstattungsfähig.	
2-Bettzimmer	✓	Wenn nicht versichert, sind Mehrkosten für die Unterkunft im 2-Bettzimmer nicht erstattungsfähig.	
Wahlärztliche Behandlung (Chefarzt/Spezialist)	✓	Ist die wahlärztliche Behandlung (Spezialist, Chefarzt etc.) nicht versichert, werden nur die Kosten einer Behandlung durch den diensthabenden Arzt erstattet.	
Gemischte Anstalten - bessere Regelung als MB/KK (mind. Notfall)	✓	Wenn nicht anders geregelt, wird bei einem Krankenhausaufenthalt in einer sog. "gemischten Anstalt" (Krankenhaus, welches auch Reha durchführt) nur geleistet, wenn der Versicherer vorher schriftlich zugesagt hat.	
Stationäre Psychotherapie uneingeschränkt	✓	Wenn die Kosten einer stationären Psychotherapie nicht oder nur eingeschränkt erstattungsfähig (z.B. max. 30 Behandlungstage) sind, kann sich der Eigenanteil des Versicherten pro Behandlungstag auf 500-1.000 € belaufen.	
Hospizkosten	✓	Sollen die Kosten für die Unterbringung in einem Hospiz (zur Sterbebegleitung) erstattungsfähig sein?	
Gebührenordnung Stationär			
- GOÄ mind. bis Höchststz (3,5)	✓	Wenn der Tarif max. bis zum Regelhöchststz der Gebührenordnung (2,3 facher Satz) erstattet, können erhebliche Eigenbeteiligungen entstehen, da Ärzte auch ohne Einverständnis des Patienten ihre Leistungen bis zum Höchststz (Faktor 3,5) in Rechnung stellen können.	
- GOÄ keine Begrenzung auf den Höchststz (>3,5)	✓	Sofern die tarifliche Leistung auf die Höchstsätze (Faktor 3,5) der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) begrenzt ist, sind Mehrkosten durch individuelle Honorarvereinbarungen (z.B. Inanspruchnahme von Spezialisten) nicht versichert.	
- GOÄ Übernahme der ortsüblichen Kosten im Ausland	✗	Wenn bedingungsgemäß Mehrkosten bei gezielten Behandlungen im Ausland (z.B. Herzspezialist in der Schweiz) nicht übernommen werden, sind diese vom Versicherten selbst zu tragen.	
Anschlussreha (AHB)			
- AHB nach Zusage versichert	✓	Wenn nicht in den AVB genannt, sind Kosten für Anschlussheilbehandlungen/Anschlussreha nur - sofern vorhanden - durch andere Sozialversicherungsträger versichert.	
Zahn			
Zahnbehandlung %	100 %	Höhe der Erstattung für Zahnbehandlung (%)	
Zahnersatz %	80 %	Höhe der Erstattung für Zahnersatz (%)	
Kieferorthopädie %	80 %	Höhe der Erstattung für Kieferorthopädie (%)	
- Kieferorthopädie ohne Altersbeschränkung	✓	Sieht der Tarif eine Beschränkung vor, werden die Kosten kieferorthopädischer Behandlungen nur bis zu einem bestimmten Alter (siehe Tarif) erstattet. Danach sind die Kosten vom Versicherten selbst zu tragen (in einigen Tarifen sind Unfälle von dieser Regelung ausgenommen).	
Gebührenordnung Zahn			
- GOZ bis Höchststz (3,5)	✓	Wenn der Tarif max. bis zum Regelhöchststz der Gebührenordnung (2,3 facher Satz) erstattet, können erhebliche Eigenbeteiligungen entstehen, da Zahnärzte auch ohne Einverständnis des Patienten ihre Leistungen bis zum Höchststz (Faktor 3,5) in Rechnung stellen können.	
- GOZ keine Begrenzung auf den Höchststz (>3,5)	✓	Sofern die tarifliche Leistung auf die Höchstsätze (Faktor 3,5) der GOZ (Gebührenordnung für Ärzte) begrenzt ist, sind Mehrkosten durch individuelle Honorarvereinbarungen (z.B. Inanspruchnahme von Spezialisten) nicht versichert.	

Produktsteckbrief zum gewählten Versicherungsschutz

Versicherer:		Tarif(e):	
Inter		JA U JE U PVN TMA 6 U	
		Erfüllt?	Mögliche Leistungseinschränkung
- GOZ Übernahme der ortsüblichen Kosten im Ausland		✗	Wenn bedingungsgemäß Mehrkosten bei gezielten Behandlungen im Ausland (z.B. Herzspezialist in der Schweiz) nicht übernommen werden, sind diese vom Versicherten selbst zu tragen.
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag			
Umwandlungsrecht Voll- in Zusatzversicherung		✓	Besteht kein vertraglicher Anspruch, dass bei Beendigung der Kranken-Vollversicherung in eine Zusatzversicherung umgestellt werden kann (z.B. bei der Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung), kann der Abschluss nur mit erneuter Risikoprüfung erfolgen.
Kindernachversicherung - Klarstellung angeborener Geburtsschäden/Anomalien		✗	In vielen Tarifen ist keine zusätzliche Klarstellung aufgeführt, dass bei einer Kindernachversicherung ab Geburt die Kosten angeborener Anomalien/Geburtsschäden mitversichert sind.
Optionsrecht auf Höherversicherung			
- Anzahl feste Optionszeitpunkte		0	Anzahl der Zeitpunkte, an denen das Optionsrecht ausgeübt werden kann (ohne bestimmte Anlässe).
- anlassbezogenes Optionsrecht		✗	Die Umstellung in höherwertige Tarife ist nicht bei bestimmten Anlässen (z.B. bei Heirat, Ausbildungsende) ohne Risikoprüfung möglich, wenn kein anlassbezogenes Optionsrecht enthalten ist.
Ausland			
- Weltweiter Versicherungsschutz mind. ... Monate		1	Wie viele Monate soll der Versicherungsschutz weltweit mind. betragen? (laut MB/KK besteht 1 Monat weltweiter Versicherungsschutz + max. 2 Monate, wenn keine Rückreise möglich ist)
- Rücktransport aus dem Ausland		✓	Sind Kosten eines medizinisch notwendigen Rücktransport aus dem Ausland nicht versichert, können Kosten von 100.000 € und mehr entstehen.
Krankentagegeld			
Rückfallerkrankung - Karenzzeiten werden zusammengezählt		✓	Sollen Karenzzeiten bei wiederholter Arbeitsunfähigkeit zusammengezählt werden?
Begrenzung ordentl. Kündigungsrecht (KT ohne PKV-Voll)		✗	Sofern das Krankentagegeld nicht zusammen mit einer Vollversicherung beim gleichen Versicherer abgeschlossen wird: Verzichtet der Versicherer nicht auf sein ordentliches Kündigungsrecht, kann er den Vertrag innerhalb der ersten drei Jahre kündigen.
Begrenzung ordentl. Kündigungsrecht (KT mit PKV-Voll)		✓	Soll das ordentl. Kündigungsrecht (KT mit PKV-Voll) begrenzt sein?
Alkoholgenuss: kein Ausschluss		✓	Soll kein Ausschluss wegen Alkoholgenuss vorh. sein?

Produktsteckbrief zum gewählten Versicherungsschutz

Versicherer:	Tarif(e):	
Allianz	Ärzte Best100 PVN KTM07W	
	Erfüllt?	Mögliche Leistungseinschränkung
Gebührenordnung ambulant		
- GOÄ mind. bis Höchststz (3,5)	✓	Wenn der Tarif max. bis zum Regelhöchststz der Gebührenordnung (2,3 facher Satz) erstattet, können erhebliche Eigenbeteiligungen entstehen, da Ärzte auch ohne Einverständnis des Patienten ihre Leistungen bis zum Höchststz (Faktor 3,5) in Rechnung stellen können.
- GOÄ keine Begrenzung auf die Höchstsätze (>3,5)	✓	Sofern die tarifliche Leistung auf die Höchstsätze (Faktor 3,5) der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) begrenzt ist, sind Mehrkosten durch individuelle Honorarvereinbarungen (z.B. Inanspruchnahme von Spezialisten) nicht versichert.
- GOÄ Übernahme der ortsüblichen Kosten im Ausland	✓	Wenn bedingungsgemäß Mehrkosten bei gezielten Behandlungen im Ausland (z.B. Herzspezialist in der Schweiz) nicht übernommen werden, sind diese vom Versicherten selbst zu tragen.
Haus-/Primärarztprinzip (HAP)		
Verzicht auf Hausarzt-/Primärarztprinzip	✓	Ist tariflich das Haus-/Primärarztprinzip vorgesehen, muss die Erstbehandlung von dem Haus-/Primärarzt durchgeführt werden. Hält der Versicherte sich nicht daran, werden die Kosten der Behandlung (und ggf. auch Folgebehandlungen) meist nur zu 70-80% erstattet.
Ambulante Transporte		
- zur Chemotherapie, Dialyse und Strahlenbehandlung	✓	Sind Kosten für Fahrten/Transporte (zur Chemotherapie, Strahlen- u. Dialysebehandlung) nicht oder nur eingeschränkt versichert, können auf den Versicherten Kosten von mehreren tausend Euro pro Jahr zukommen.
- ambulante Notfalltransporte	✓	Sollen ambulante Notfalltransporte erstattungsfähig sein? (z.B. Transport ins Krankenhaus nach Kreislaufschwäche, Entlassung am gleichen Tag - gilt nicht als stationärer Transport, daher häufig nicht versichert)
Heilpraktiker		
Heilpraktiker	✗	Sofern der Tarif Behandlungen durch Heilpraktiker ausschließt, sind diese Kosten einschl. Arzneimittel vom Versicherten selbst zu tragen.
- Hufeland u.o. alternative Heilmethoden	✓	Ist das sog. Hufeland-Leistungsverzeichnis (umfasst viele spez. Naturheilverfahren) oder ein erweiterter Naturheilkatalog nicht im Versicherungsschutz enthalten, werden Behandlungskosten häufig nicht übernommen.
Sehhilfen		
- Erstattung xx €	400,00 €	Kosten für Sehhilfen, welche die tarifliche Höchstgrenze überschreiten, werden nicht erstattet.
Hilfsmittel		
- offener Hilfsmittelkatalog	✓	Es werden nur die im Hilfsmittelkatalog genannten Hilfsmittel erstattet, wenn kein offener Hilfsmittelkatalog vorhanden ist.
- offen im Bereich lebenserhaltender Hilfsmittel	✓	Sieht der Tarif keine generelle Erstattung aller lebenserhaltenden Hilfsmittel vor, besteht ein Anspruch nur auf die in den Bedingungen genannten.
Heilmittel		
- Logopädie durch Logopäden	✓	Sind Kosten logopädischer Behandlungen (z.B. bei Kindern mit Sprachschwierigkeiten oder Schlaganfallpatienten mit Schluckbeschwerden, Kosten pro Behandlung ca. 45 €) nicht erstattungsfähig, müssen die Kosten vom Versicherten selbst getragen werden.
- Ergotherapie durch Ergotherapeuten	✓	Sind Kosten ergotherapeutischer Behandlungen (z.B. bei Menschen mit motorisch-funktionellen, sensomotorisch-perzeptiven, neuropsychologischen, neurophysiologischen oder psychosozialen Störungen) nicht erstattungsfähig, müssen die Kosten vom Versicherten selbst getragen werden.
Vorsorge		
- über gesetzliche Programme	✓	Sofern der Tarif Vorsorgeuntersuchungen nur im Rahmen gesetzlicher Programme ("GKV-Kassenniveau") vorsieht, müssen Kosten für darüber hinaus gehende Untersuchungen selbst gezahlt werden.
Psychotherapie		
- Anzahl psychotherap. Sitzungen p.a.	unbegrenzt	Anzahl der maximal erstattungsfähigen psychotherapeutischen Sitzungen (bei einigen Tarifen Behandlungstage) pro Jahr.

Analyse Krankenversicherung

Produktsteckbrief zum gewählten Versicherungsschutz

Versicherer:		Tarif(e):	
Allianz		Ärzte Best100 PVN KTM07W	
		Erfüllt?	Mögliche Leistungseinschränkung
Sonstiges			
- ambulante Behandlung in mediz. Versorgungszentren (MVZ)	✓	Die Erstattung von Behandlungskosten in sog. medizinischen Versorgungszentren sind nur dann erstattungsfähig, wenn dies in den Bedingungen aufgeführt ist.	
- Häusliche Behandlungspflege/Krankenpflege	✓	In den Bereich der Behandlungspflege fällt die Unterstützung bei der Medikamenten- oder Wundversorgung, bei Blutzuckerkontrollen oder der Pflege von Kathetern. Das muss in der Regel von der Krankenversicherung und nicht aus der Pflegeversicherung finanziert werden.	
Stationär			
1-Bettzimmer	✓	Wenn nicht versichert, sind Mehrkosten für die Unterkunft im 1-Bettzimmer nicht erstattungsfähig.	
2-Bettzimmer	✓	Wenn nicht versichert, sind Mehrkosten für die Unterkunft im 2-Bettzimmer nicht erstattungsfähig.	
Wahlärztliche Behandlung (Chefarzt/Spezialist)	✓	Ist die wahlärztliche Behandlung (Spezialist, Chefarzt etc.) nicht versichert, werden nur die Kosten einer Behandlung durch den diensthabenden Arzt erstattet.	
Gemischte Anstalten - bessere Regelung als MB/KK (mind. Notfall)	✓	Wenn nicht anders geregelt, wird bei einem Krankenhausaufenthalt in einer sog. "gemischten Anstalt" (Krankenhaus, welches auch Reha durchführt) nur geleistet, wenn der Versicherer vorher schriftlich zugesagt hat.	
Stationäre Psychotherapie uneingeschränkt	✓	Wenn die Kosten einer stationären Psychotherapie nicht oder nur eingeschränkt erstattungsfähig (z.B. max. 30 Behandlungstage) sind, kann sich der Eigenanteil des Versicherten pro Behandlungstag auf 500-1.000 € belaufen.	
Hospizkosten	✓	Sollen die Kosten für die Unterbringung in einem Hospiz (zur Sterbebegleitung) erstattungsfähig sein?	
Gebührenordnung Stationär			
- GOÄ mind. bis Höchststz (3,5)	✓	Wenn der Tarif max. bis zum Regelhöchststz der Gebührenordnung (2,3 facher Satz) erstattet, können erhebliche Eigenbeteiligungen entstehen, da Ärzte auch ohne Einverständnis des Patienten ihre Leistungen bis zum Höchststz (Faktor 3,5) in Rechnung stellen können.	
- GOÄ keine Begrenzung auf den Höchststz (>3,5)	✓	Sofern die tarifliche Leistung auf die Höchstsätze (Faktor 3,5) der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) begrenzt ist, sind Mehrkosten durch individuelle Honorarvereinbarungen (z.B. Inanspruchnahme von Spezialisten) nicht versichert.	
- GOÄ Übernahme der ortsüblichen Kosten im Ausland	✓	Wenn bedingungsgemäß Mehrkosten bei gezielten Behandlungen im Ausland (z.B. Herzspezialist in der Schweiz) nicht übernommen werden, sind diese vom Versicherten selbst zu tragen.	
Anschlussreha (AHB)			
- AHB nach Zusage versichert	✓	Wenn nicht in den AVB genannt, sind Kosten für Anschlussheilbehandlungen/Anschlussreha nur - sofern vorhanden - durch andere Sozialversicherungsträger versichert.	
Zahn			
Zahnbehandlung %	100 %	Höhe der Erstattung für Zahnbehandlung (%)	
Zahnersatz %	85 %	Höhe der Erstattung für Zahnersatz (%)	
Kieferorthopädie %	85 %	Höhe der Erstattung für Kieferorthopädie (%)	
- Kieferorthopädie ohne Altersbeschränkung	✗	Sieht der Tarif eine Beschränkung vor, werden die Kosten kieferorthopädischer Behandlungen nur bis zu einem bestimmten Alter (siehe Tarif) erstattet. Danach sind die Kosten vom Versicherten selbst zu tragen (in einigen Tarifen sind Unfälle von dieser Regelung ausgenommen).	
Gebührenordnung Zahn			
- GOZ bis Höchststz (3,5)	✓	Wenn der Tarif max. bis zum Regelhöchststz der Gebührenordnung (2,3 facher Satz) erstattet, können erhebliche Eigenbeteiligungen entstehen, da Zahnärzte auch ohne Einverständnis des Patienten ihre Leistungen bis zum Höchststz (Faktor 3,5) in Rechnung stellen können.	
- GOZ keine Begrenzung auf den Höchststz (>3,5)	✓	Sofern die tarifliche Leistung auf die Höchstsätze (Faktor 3,5) der GOZ (Gebührenordnung für Ärzte) begrenzt ist, sind Mehrkosten durch individuelle Honorarvereinbarungen (z.B. Inanspruchnahme von Spezialisten) nicht versichert.	

Produktsteckbrief zum gewählten Versicherungsschutz

Versicherer:	Tarif(e):	
Allianz	Ärzte Best100 PVN KTM07W	
	Erfüllt?	Mögliche Leistungseinschränkung
- GOZ Übernahme der ortsüblichen Kosten im Ausland	✓	Wenn bedingungsgemäß Mehrkosten bei gezielten Behandlungen im Ausland (z.B. Herzspezialist in der Schweiz) nicht übernommen werden, sind diese vom Versicherten selbst zu tragen.
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag		
Umwandlungsrecht Voll- in Zusatzversicherung	✓	Besteht kein vertraglicher Anspruch, dass bei Beendigung der Kranken-Vollversicherung in eine Zusatzversicherung umgestellt werden kann (z.B. bei der Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung), kann der Abschluss nur mit erneuter Risikoprüfung erfolgen.
Kindernachversicherung - Klarstellung angeborener Geburtsschäden/Anomalien	✓	In vielen Tarifen ist keine zusätzliche Klarstellung aufgeführt, dass bei einer Kindernachversicherung ab Geburt die Kosten angeborener Anomalien/Geburtsschäden mitversichert sind.
Optionsrecht auf Höherversicherung		
- Anzahl feste Optionszeitpunkte	0	Anzahl der Zeitpunkte, an denen das Optionsrecht ausgeübt werden kann (ohne bestimmte Anlässe).
- anlassbezogenes Optionsrecht	✗	Die Umstellung in höherwertige Tarife ist nicht bei bestimmten Anlässen (z.B. bei Heirat, Ausbildungsende) ohne Risikoprüfung möglich, wenn kein anlassbezogenes Optionsrecht enthalten ist.
Ausland		
- Weltweiter Versicherungsschutz mind. ... Monate	12	Wie viele Monate soll der Versicherungsschutz weltweit mind. betragen? (laut MB/KK besteht 1 Monat weltweiter Versicherungsschutz + max. 2 Monate, wenn keine Rückreise möglich ist)
- Rücktransport aus dem Ausland	✓	Sind Kosten eines medizinisch notwendigen Rücktransport aus dem Ausland nicht versichert, können Kosten von 100.000 € und mehr entstehen.
Krankentagegeld		
Rückfallerkrankung - Karenzzeiten werden zusammengezählt	✓	Sollen Karenzzeiten bei wiederholter Arbeitsunfähigkeit zusammengezählt werden?
Begrenzung ordentl. Kündigungsrecht (KT ohne PKV-Voll)	✗	Sofern das Krankentagegeld nicht zusammen mit einer Vollversicherung beim gleichen Versicherer abgeschlossen wird: Verzichtet der Versicherer nicht auf sein ordentliches Kündigungsrecht, kann er den Vertrag innerhalb der ersten drei Jahre kündigen.
Begrenzung ordentl. Kündigungsrecht (KT mit PKV-Voll)	✓	Soll das ordentl. Kündigungsrecht (KT mit PKV-Voll) begrenzt sein?
Alkoholgenuss: kein Ausschluss	✓	Soll kein Ausschluss wegen Alkoholgenuss vorh. sein?

Analyse Krankenversicherung

Beitragshistorie

Die folgende Tabelle zeigt die Beitragshistorie der vorgeschlagenen Tarife am Beispiel eines 35 jährigen Mannes.

Hinweis: In der Krankheitskostenvollversicherung beinhalten die angezeigten Beträge lediglich die Beiträge der ambulanten, stationären und Zahntarife. Zusatzbausteine (wie z.B. Pflege und Tagegelder) werden nicht berücksichtigt.

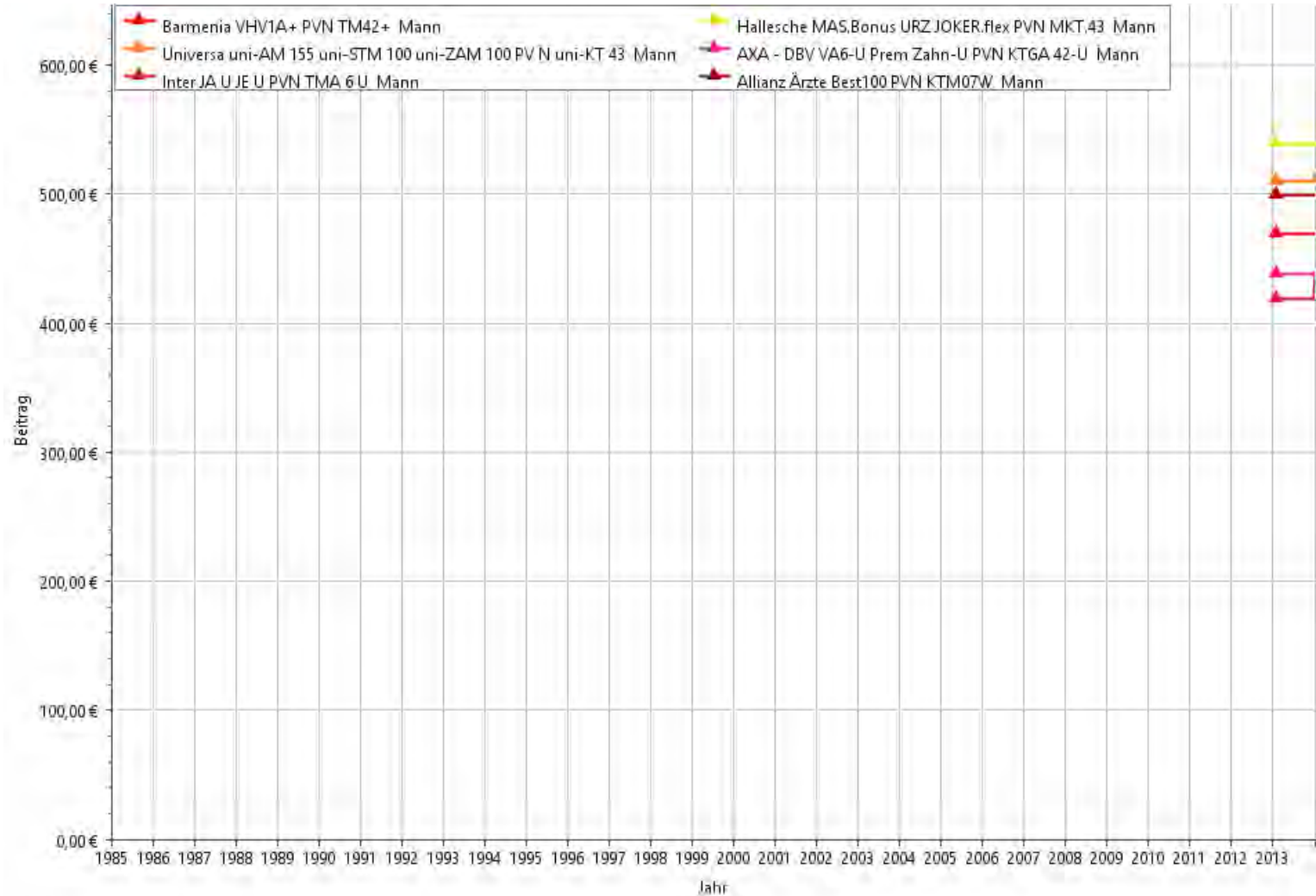
Jahr	Barmenia VHV1A+ PVN TM42+	Hallesche MAS.Bonus URZ JOKER.flex PVN MKT.43	Universa uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PV N uni-KT 43	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42- U	Inter JA U JE U PVN TMA 6 U	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W
2013	469,07 €	538,98 €	510,35 €	438,27 €	418,55 €	499,42 €

Analyse Krankenversicherung

Beitragshistorie (grafisch)

Nachfolgend sehen Sie die Beitragshistorie der vorgeschlagenen Tarife am Beispiel eines 35 jährigen Mannes.

Hinweis: In der Krankheitskostenvollversicherung beinhalten die angezeigten Beträge lediglich die Beiträge der ambulanten, stationären und Zahntarife. Zusatzbausteine (wie z.B. Pflege und Tagegelder) werden nicht berücksichtigt.



Analyse Krankenversicherung

Vergleichsberechnung

Unsere Beratung basiert auf 859 möglichen Tarifkombinationen von mehr als 35 Anbietern.

Die nachfolgende Auflistung stellt lediglich eine begrenzte Auswahl der in Frage kommenden Angebote dar, um Ihnen einen Marktüberblick zu verschaffen.

Erläuterung:

* **SB Art:** A:Ambulante Selbstbehalt, S:Stationäre Selbstbehalt, Z:Selbstbehalt bei Zahnleistungen, %:Prozent der Selbstbehalt

** **Effektivbeitrag:** Der Effektivbeitrag ist der Krankenversicherungsbeitrag (bei Arbeitnehmern abzüglich des Arbeitsgeberzuschusses) plus 1/12 der jährlichen Selbstbehalt.

*** **Erfüllte Kundenwünsche:** Prozentualer Wert der positiv erfüllten individuellen Kundenvorgaben.

Versicherer	Tarif(e)	Gesamtbeitrag mtl.	Arbeitnehmeranteil mtl.	Selbstbehalt p.a.	SB Art*	Effektivbeitrag mtl.**	Wahlleistung Unterkunft	Wahlleistung Chefarzt	Zahnbehandlung/-ersatz/ Kieferorthopädie	Erfüllte Kundenwünsche ***
LKH	A101 S201 Z80 PVN TA6U	449,12 €	224,56 €			224,56 €	1-& 2-Bett	Ja	100 %/80 %/80 %	70 %
Debeka	Nmed PVN KT43	429,20 €	214,60 €	1.200,00 €	AZ	314,60 €	1-& 2-Bett	Ja	100 %/100 %/100 %	78 %
Allianz	Ärzte Best100 PVN KTM07W	583,42 €	291,71 €			291,71 €	1-& 2-Bett	Ja	100 %/85 %/85 %	79 %
Inter	JA U JE U PVN TMA 6 U	526,49 €	263,25 €			263,25 €	1-& 2-Bett	Ja	100 %/80 %/80 %	84 %
AXA - DBV	VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	511,43 €	255,72 €			255,72 €	1-& 2-Bett	Ja	100 %/90 %/90 %	87 %
Universa	uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PV N uni-KT 43	612,76 €	306,38 €	155,00 €	A	319,29 €	1-& 2-Bett	Ja	100 %/80 %/100 %	89 %
Hallesche	MAS.Bonus URZ JOKER.flex PVN MKT.43	628,22 €	321,70 €			321,70 €	2-Bett	Ja	100 %/75 %/75 %	91 %
Barmenia	VHV1A+ PVN TM42+	553,75 €	276,87 €			276,87 €	1-& 2-Bett	Ja	100 %/85 %/85 %	95 %

Krankenversicherung

Beratungsdokumentation für

Dr. Angestellt Mustermann

Diese Beratungsdokumentation wurde Ihnen überreicht durch:

Dr. Schlemann unabhängige Finanzberatung e.K., Dr. Berndt Schlemann
Ernastr. 31, 51069 Köln
Telefon: 0221-688040, Mobil: 0173-2554477, Telefax: 0221-688081
Email: kv@schlemann.com, Internet: www.schlemann.com

Levelnine 

Angaben zu Personen und zum Beratungsgespräch

Vermittler

Firma: Dr. Schlemann unabhängige Finanzberatung e.K.
Vorname: Dr. Berndt
Nachname: Schlemann
Anschrift: Ernastr. 31
51069 Köln

Zu versichernde Person

Vorname: Dr. Angestellt
Nachname: Mustermann
Geburtsdatum: 01.11.1982

Anschrift:
.....

Gesprächspartner/Kunde

Gesprächspartner/Kunde = zu versichernde Person

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

.....

Angaben zur Beratung

Tag der Beratung:

Ort der Beratung:

Dauer der Beratung:

Teilnehmer der Beratung:

Kunde:	<input checked="" type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Vermittler:	<input checked="" type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Zu versichernde Person:	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Weitere Teilnehmer:	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein

.....

.....

.....

Kundenwünsche

Der Kunde wünscht eine anlassbezogene Beratung zum Thema Krankenversicherung.
Dabei wurden folgende Absicherungsmöglichkeiten besprochen:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Private Krankheitskosten-Vollversicherung (PKV) | Vollversicherungsschutz in einer privaten Krankenversicherung als Alternative zu einer gesetzlichen Krankenversicherung |
| <input type="checkbox"/> Krankentagegeldversicherung (KT) | Absicherung gegen Verdienstausfall aufgrund Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Krankenhaustagegeldversicherung (KHT) | Absicherung gegen zusätzliche Kosten durch einen krankheitsbedingten stationären Krankenhausaufenthalt |
| <input type="checkbox"/> Pflegezusatzversicherung (PT) | Ergänzung der Leistungen der meist erheblich zu geringen sozialen Pflegepflichtversicherung |
| <input type="checkbox"/> Beitragsentlastung im Alter | Vorsorge/Sparprodukte, um für die steigenden Krankenversicherungs-kosten im Alter vorzusorgen |

Folgende Risikomentalität des Kunden wurde berücksichtigt:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sicherheits-/Leistungsorientiert | Der Kunde wünscht bezogen auf seine Anforderungen eine möglichst hochwertige Absicherung in den Grenzen der gewählten Produktart und der derzeit im Markt verfügbaren Deckungsangebote. |
| <input type="checkbox"/> Ausgewogenes Preis-/Leistungsverhältnis | Der Kunde wünscht bezogen auf seine Anforderungen ein ausgewogenes Preis-/Leistungsverhältnis. Zu Gunsten einer preiswerteren Absicherung ist der Kunde bereit, teilweise Risiken selbst zu tragen, auch wenn diese (gegen Mehrbeitrag) versicherbar sind. |
| <input type="checkbox"/> Preis-/Beitragsorientiert | Zu Gunsten eines möglichst niedrigen Beitrages ist der Kunde bereit, bezogen auf seine Anforderung erhebliche Risiken selbst zu tragen, auch wenn diese (gegen Mehrbeitrag) versicherbar sind. |

Wurden bei der Beratung weitere Wünsche berücksichtigt?

- Nein Ja, folgende:

.....

.....

.....

.....

.....

Bedarf des Kunden

- Wechsel gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in die private Krankenversicherung (PKV)
- Wechsel private Krankenversicherung (PKV) in eine andere private Krankenversicherung (PKV)
- Anpassung, Optimierung eines bestehenden Versicherungsschutzes

Für die versicherte Person besteht derzeit noch kein derartiger Versicherungsschutz

oder

Für die versicherte Person besteht derzeit im Rahmen privater/betrieblicher Vorsorge Versicherungsschutz gegen folgende Risiken:

1. Private Krankheitskosten-Vollversicherung

Versicherer, Vertrags-Nr.:

2. Krankentagegeldversicherung (Verdienstaussfall)

Versicherer, Vertrags-Nr.:

3. Krankenhaustagegeldversicherung

Versicherer, Vertrags-Nr.:

4. Pflegezusatzversicherung

Versicherer, Vertrags-Nr.:

5. Beitragsentlastung im Alter

Versicherer, Vertrags-Nr.:

Der zuvor genannte bestehende Versicherungsschutz nach Ziffer soll ergänzt/angepasst werden.

Der zuvor genannte bestehende Versicherungsschutz nach Ziffer soll ersetzt werden.

(In diesem Fall erfolgt die Kündigung des bisherigen Vertrages nach Zustandekommen des neuen Versicherungsschutzes)

Der Bedarf der zusätzlich für die versicherte Person abzuschließenden Versorgung wurde vom Kunden wie folgt ermittelt /festgelegt und soll über folgende Vertragsart(en) abgesichert werden:

- 1. Private Krankheitskosten-Vollversicherung
- 2. Krankentagegeldversicherung (Verdienstaussfall)
- 3. Krankenhaustagegeldversicherung
- 4. Pflegezusatzversicherung
- 5. Beitragsentlastung im Alter

Sind weitere Besonderheiten in Bezug auf den Bedarf des Kunden zu berücksichtigen?

Nein Ja, folgende:

.....
.....

Gegenstand des Beratungsgesprächs

Gegenstand des Beratungsgesprächs waren u.a. auch folgende Themen:

Besprochen?

Systeme GKV - PKV:

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| • Systemunterschiede gesetzliche und private Krankenversicherung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Beitragskalkulation und -entwicklung in der PKV | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Sicherheit der Leistungserbringung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Erläuterung des Merkblattes des Bundesaufsichtsamtes für Finanzdienstleistungen (BaFin) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

PKV allgemein:

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| • Tarifarten (Einzel-/Kompakttarife) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Einschränkungen der Wechselmöglichkeiten in andere Tarife | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Einschränkungen der Wechselmöglichkeiten zu einem anderem Anbieter | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Standardtarif der PKV (inkl. Wechselmöglichkeiten/Beschränkungen) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Basistarif der PKV (inkl. Wechselmöglichkeiten/Beschränkungen) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Rückkehrmöglichkeiten in die GKV | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Zusatzabsicherung im Pflegefall | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Zusatzabsicherung Verdienstausfall (Krankentagegeld/Krankenhaustagegeld) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

PKV Leistungsumfang:

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| • Selbstbeteiligungen (absolute/prozentuale) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Haus-/Primärarztprinzip | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Vorsorge, Schutzimpfungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Psychotherapie | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Heilmittel | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Hilfsmittel | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Heilpraktiker/Naturheilverfahren | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Transporte, Fahrten | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Arzneimittel, Generika | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Regel- und Wahlleistungen im Krankenhaus | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Leistungserbringer (Ärzte, Krankenhäuser, med. Versorgungszentren, Hospize...) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Gemischte Anstalten, (Anschluss-)Reha, Kuren | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Ausschlüsse (z.B. gemischte Anstalten, Kriegsklausel, Entziehungsmaßnahmen...) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Gebührenordnungen (GOÄ, GOZ, GebüH...) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Versicherungsschutz im Ausland | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Erstattungshöchstbeträge (generelle, in den ersten Jahren nach Beginn) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Preis-/Leistungsverzeichnisse (Heil-/Hilfsmittel, Zahnbehandlung/-ersatz, Kieferorthopädie...) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Heil- und Hilfsmittelkataloge | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Leistungserbringer (Ärzte, Heilpraktiker, nichtärztliche Behandler (z.B. Physiotherapeuten) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Krankenhäuser, Krankenhausambulanzen, medizinische Versorgungszentren, Hospize | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Optionsrechte/Tarifwechselmöglichkeiten | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Beitragsrückerstattung (BRE): Voraussetzungen, garantierte BRE, erfolgsabhängige BRE | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Wurden weitere allgemeine Erläuterungen zum Versicherungsschutz besprochen

Nein Ja, folgende:



.....

.....

Gewünschter Leistungsumfang

Die folgende Übersicht stellt dar, welche Kriterien vom Kunden gewünscht und bei der Analyse sowie der Ermittlung des Erfüllungsgrades berücksichtigt worden sind.

Erläuterung zur Darstellung:

-  Kriterium gewünscht
-  Kriterium nicht gewünscht

Ambulante Leistungen

Sehhilfen			
Sehhilfen			
Psychotherapie			
Psychotherapie			
Ambulante Transporte			
Ambulante Transporte			
Gebührenordnung ambulant			
- GOÄ mind. bis Höchstsatz (3,5)			
- GOÄ keine Begrenzung auf die Höchstsätze (>3,5)			
- GOÄ Übernahme der ortsüblichen Kosten im Ausland			
Selbstbeteiligung			
- SB max. ... € p.a. (Erwachsene)	600,00 €		
- SB nur ambulant			
- SB prozentual			
- SB für Kinder reduziert			
- Vorsorge wird nicht auf Selbstbehalt angerechnet			
Haus-/Primärarztprinzip (HAP)			
Verzicht auf Hausarzt-/Primärarztprinzip	 		
- gilt nicht bei Akutversorgung im Ausland			
- gilt nicht für Not- und Bereitschaftsärzte			
- keine zeitliche Befristung der Haus-/Primärarztüberweisung			
- Maximierung Eigenanteil bei Nichteinhaltung unter 5.000 €			
Ambulante Transporte			
- zur Chemotherapie, Dialyse und Strahlenbehandlung		- bis nächstgeeignetem Behandler (auch wenn gehfähig)	
- bei Gehunfähigkeit			
- ambulante Notfalltransporte			
Heilpraktiker			
Heilpraktiker		- Hufeland u.o. alternative Heilmethoden	
- xx % Erstattung	0 %	- mind. bis Höchstsatz Gebüh	
- xx € Erstattung p.a.	0,00 €		
Hilfsmittel			
- Körperersatzstücke			
- Prothesen			
- Orthesen			
- Kunstaugen			

- Atemmonitor (Heimgerät)			
- Herzmonitor (Heimgerät)			
- Beatmungsgerät (Heimgerät)			
- Heimdialysegerät			
- Krankenfahrräder ohne Summenbegrenzung			
- Hör-/Sprechgeräte			
- Orthopädische Schuhe			
- Blindenhund o. Blindenleitgerät			
- Blindenlese-/Vorlesegerät			
Sehhilfen			
- Erstattung xx €	0,00 €	- Anspruch mind. alle 24 Monate	
Hilfsmittel			
- Erstattung in %	100 %	- max. Selbstbehalt p.a. €	
- offener Hilfsmittelkatalog			
- offen im Bereich lebenserhaltender Hilfsmittel			
- keine Beschränkungen der Bezugsart/Zusageerfordernis			
Heilmittel			
- Erstattung in %	100 %	- max. Selbstbehalt p.a. €	
- keine pauschalen Beschränkungen			
- kein Preis-/Leistungsverzeichnis			
- Logopädie durch Logopäden			
- Ergotherapie durch Ergotherapeuten			
Arznei-/Verbandmittel			
- ohne zusätzliche SB			
- medikamentenähnliche Nährmittel			
Vorsorge			
- über gesetzliche Programme			
- Schutzimpfungen			
Psychotherapie			
- Anzahl psychotherap. Sitzungen p.a.	30		
- im Delegationsverfahren (nicht nur durch Ärzte)			
- ohne besondere Einschränkungen/Selbstbehalte			
- ohne vorherige Zusage versichert			
Sonstiges			
- Behandlung in Krankenhausambulanzen			
- ambulante Behandlung in mediz. Versorgungszentren (MVZ)			
- Häusliche Behandlungspflege/Krankenpflege			
Ambulant			
In diesem Bereich besteht keine Anforderung des Kunden			
Sonstiges			
In diesem Bereich besteht keine Anforderung des Kunden			

Stationäre Leistungen

Stationär			
1-Bettzimmer		Ersatzkrankenhaustagegeld	
2-Bettzimmer		Hospizkosten	
Wahlärztliche Behandlung (Chefarzt/Spezialist)		Entziehungsmaßnahmen	
Krankentransporte bis zum nächstgeeigneten Krankenhaus		Kurleistung stationär	
Verzicht auf rechtzeitige Meldung Krankenhausaufenthalt			
Gemischte Anstalten - bessere Regelung als MB/KK (mind. Notfall)			
Stationäre Psychotherapie uneingeschränkt			
Gebührenordnung Stationär			
- GOÄ mind. bis Höchstsatz (3,5)			
- GOÄ keine Begrenzung auf den Höchstsatz (>3,5)			
- GOÄ Übernahme der ortsüblichen Kosten im Ausland			
Anschlussreha (AHB)			
- AHB nach Zusage versichert			
- AHB bei bestimmten Diagnosen ohne Zusage versichert			
- AHB ohne vorherige Zusage versichert			

Zahn Leistungen

Zahn			
Zahnbehandlung %	100 %	Heil- u. Kostenplan - keine Kürzung bei Nichtvorlage	
Zahnersatz %	75 %	Inlays = Zahnbehandlung	
Kieferorthopädie %	75 %		
Verzicht auf Preis-/Leistungsverzeichnis			
Summenbegrenzung max. ... Jahre	5		
Summenbegrenzung entfällt bei Unfall			
Inlays & Implantate ohne pauschale Begrenzungen			
Gebührenordnung Zahn			
- GOZ bis Höchstsatz (3,5)			
- GOZ keine Begrenzung auf den Höchstsatz (>3,5)			
- GOZ Übernahme der ortsüblichen Kosten im Ausland			

Sonstige Leistungen

Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag			
Beitragsrückerstattung mind. ... Monatsbeiträge im 1. Jahr	0	Beitragsrückerstattung garantiert	
Umwandlungsrecht Voll- in Zusatzversicherung		Wartezeiten - genereller Verzicht	
Kindernachversicherung - Klarstellung angeborener Geburtsschäden/Anomalien		Beitragsfreiheit/Zusatzleistung nach Entbindung	
		Verbesserte Kriegsklausel	
Optionsrecht auf Höherversicherung			
- Verzicht auf Risikozuschläge/Ausschlüsse für neue Erkrankungen		- Anzahl feste Optionszeitpunkte	
- keine Beschränkung der Zieltarife		- anlassbezogenes Optionsrecht	

Beratungsdokumentation für Dr. Angestellt Mustermann

- keine Einschränkung des Optionsrechtes durch Vorversicherung		- gleiches Optionsrecht für alle versicherten Personen	
		- maximales Optionsalter	
Ausland			
- Weltweiter Versicherungsschutz mind. ... Monate	1		
- Rücktransport aus dem Ausland			
Wohnsitzverlegung EU/EWR/Europa - wenn vorübergehend nicht auf deut. Kostenniveau begrenzt			
Wohnsitzverlegung EU/EWR/Europa - wenn dauerhaft nicht auf deut. Kostenniveau begrenzt			
Wohnsitzverlegung ins außereuropäische Ausland			
Antragsfragen/Annahmerichtlinien			
In diesem Bereich besteht keine Anforderung des Kunden			

Krankentagegeld Leistungen

Krankentagegeld			
Rückfallerkrankung - Karenzzeiten werden zusammengezählt		Teil-Arbeitsunfähigkeit: Leistungen bei Teil-Arbeitsunfähigkeit	
Erhöhung Tagegeld bei Einkommenserhöhung ohne Gesundheitsprüfung		Stationärer KH-Aufenthalt: früherer Leistungsbeginn	
Begrenzung ordentl. Kündigungsrecht (KT mit PKV-Voll)		Begrenzung ordentl. Kündigungsrecht (KT ohne PKV-Voll)	
Leistung auch bei Kur-/Rehamaßnahme eines gesetzlichen Trägers		Alkoholgenuss: kein Ausschluss	
Gemischte Anstalten - schriftl. Zusage nicht generell notwendig		Entziehungsmaßnahmen mitversichert	
KT Anspruch innerhalb EU nicht auf stationär Behandlung beschränkt		Leistung über MB/KT hinaus	
Anspruch auch außerhalb des Wohnortes (wenn kein Krankenhausaufenthalt/keine Rückreise mgl.)		Übergang KT zur BU nahtlos (KT & BU beim gleichen VR versichert)	
Berufsunfähigkeit: KT-Anspruch endet nicht automatisch bei Bezug einer BU-Rente		Tagegeld auch über Nettogehalt versicherbar	
bei Wechsel in Selbständigkeit keine Risikoprüfung/Wartezeiten		Arbeitslosigkeit: Versicherungsschutz über MB/KT hinaus	
Leistung bei Erkrankung eines Kindes		Tagegeld auch über Nettoeinkommen versicherbar	
Schwangerschaft: Leistung bei Arbeitsunfähigkeit		Existenzgründer geschätzter vor. Gewinn versicherbar?	
Entbindungspauschale			

Nicht erfüllte Leistungspunkte

Sofern mindestens einer der verglichenen Tarife, ein von Ihnen gewünschtes Leistungskriterium nicht versichert hat, wird dieses in der nachfolgenden Übersicht dargestellt

	Barmenia VHV1A+ PVN TM42+	Hallesche MAS.Bonus URZ JOKER.flex PVN MKT.43	Universon uni-AM 155 uni- STM 100 uni-ZAM 100 PV N uni-KT 43	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn- U PVN KTGA 42-U	Inter JA U JE U PVN TMA 6 U	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W
Monatsbeitrag:	553,75 €	628,22 €	612,76 €	511,43 €	526,49 €	583,42 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	95 %	91 %	89 %	87 %	84 %	79 %
Selbstbeteiligung						
- SB prozentual						

Beratungsdokumentation für Dr. Angestellt Mustermann

	Barmenia VHV1A+ PVN TM42+	Hallesche MAS.Bonus URZ JOKER.flex PVN MKT.43	Universon uni-AM 155 uni- STM 100 uni-ZAM 100 PV N uni-KT 43	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn- U PVN KTGA 42-U	Inter JA U JE U PVN TMA 6 U	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W
Monatsbeitrag:	553,75 €	628,22 €	612,76 €	511,43 €	526,49 €	583,42 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	95 %	91 %	89 %	87 %	84 %	79 %
- SB für Kinder reduziert	✓	✓	✗	✓	✓	✓
Gebührenordnung ambulant						
- GOÄ Übernahme der ortsüblichen Kosten im Ausland	✓	✓ ⚠	✓	✓	✗	✓
Heilpraktiker						
Heilpraktiker	✓	✓	✓	✓	✗	✗
- xx % Erstattung	✓	✓	✓	✓	✗	✗
- xx € Erstattung p.a.	✓	✓	✓	✓	✗	✗
Vorsorge						
- über gesetzliche Programme	✓	✓	✓	✓	✗	✓
Heilmittel						
- kein Preis/ Leistungsverzeichnis	✓	✗	✓	✗	✓	✗
Hilfsmittel - keine Begrenzung auf einfache/ funkt. Standardausführung	✓	✓	✓	✗ ⚠	✓	✓
Hilfsmittel						
- keine Beschränkungen der Bezugsart/Zusageerfordernis	✓	✓	✓	✗	✓	✗
Psychotherapie						
- ohne besondere Einschränkungen/ Selbstbehalte	✗	✓	✓	✗ ⚠	✓	✗ ⚠
- ohne vorherige Zusage versichert	✓	✓	✓	✓	✓	✗ ⚠
Ambulante Transporte						
- bei Gehunfähigkeit	✗ ⚠	✓	✓	✓	✗	✓
Arznei-/Verbandmittel						
- ohne zusätzliche SB	✓ ⚠	✓	✓	✓	✓	✗
- medikamentenähnliche Nährmittel	✓	✓	✓	✗ ⚠	✓	✓
Sonstiges						
- Häusliche Behandlungspflege/ Krankenpflege	✓	✓	✗	✓	✓	✓
Stationär						
1-Bettzimmer	✓	✗	✓	✓	✓	✓
Gebührenordnung Stationär						

Beratungsdokumentation für Dr. Angestellt Mustermann

	Barmenia VHV1A+ PVN TM42+	Hallesche MAS.Bonus URZ JOKER.flex PVN MKT.43	Univisa uni-AM 155 uni- STM 100 uni-ZAM 100 PV N uni-KT 43	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn- U PVN KTGA 42-U	Inter JA U JE U PVN TMA 6 U	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W
Monatsbeitrag:	553,75 €	628,22 €	612,76 €	511,43 €	526,49 €	583,42 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	95 %	91 %	89 %	87 %	84 %	79 %
- GOÄ Übernahme der ortsüblichen Kosten im Ausland	✔	✔ ⚠	✔	✔	✘	✔
Anschlussreha (AHB)						
- AHB ohne vorherige Zusage versichert	✔	✔	✔	✘	✔	✘
- Kieferorthopädie ohne Altersbeschränkung	✔	✔	✔	✔	✔	✘ ⚠
Gebührenordnung Zahn						
- GOZ keine Begrenzung auf den Höchstsatz (>3,5)	✔	✔	✘	✘ ⚠	✔ ⚠	✔ ⚠
- GOZ Übernahme der ortsüblichen Kosten im Ausland	✔	✔ ⚠	✔	✔	✘	✔
Zahn						
Verzicht auf Preis-/ Leistungsverzeichnis	✔	✔	✔	✘	✔	✘
Summenbegrenzung max. ... Jahre	✔ ⚠	✘ 10	✘ 7	✔ ⚠	✔	✔
Ausland						
Wohnsitzverlegung EU/EWR/ Europa - wenn vorübergehend nicht auf deut. Kostenniveau begrenzt	✔	✔	✘	✔	✔	✔
Wohnsitzverlegung EU/EWR/ Europa - wenn dauerhaft nicht auf deut. Kostenniveau begrenzt	✔	✔	✘	✔	✔	✔
Wohnsitzverlegung ins außereuropäische Ausland	✔ ⚠	✘	✔	✔	✔	✔
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag						
Beitragsrückerstattung mind. ... Monatsbeiträge im 1. Jahr	✔	✔	✔	✘	✔	✔
Kindernachversicherung - Klarstellung angeborener Geburtsschäden/Anomalien	✔	✔	✔	✔	✘	✔
Optionsrecht auf Höherversicherung	✔	✔	✔	✔	✔	✔
Optionsrecht auf Höherversicherung						
- Verzicht auf Risikozuschläge/Ausschlüsse für neue Erkrankungen	✔	✔	✔	✔	✘	✘
- keine Beschränkung der Zieltarife	✔	✔	✔	✔ ⚠	✘	✘
- keine Einschränkung des Optionsrechtes durch Vorversicherung	✘	✔	✔	✔ ⚠	✘	✘
Krankentagegeld						

	Barmenia VHV1A+ PVN TM42+	Hallesche MAS.Bonus URZ JOKER.flex PVN MKT.43	Univera uni-AM 155 uni- STM 100 uni-ZAM 100 PV N uni-KT 43	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn- U PVN KTGA 42-U	Inter JA U JE U PVN TMA 6 U	Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W
Monatsbeitrag:	553,75 €	628,22 €	612,76 €	511,43 €	526,49 €	583,42 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	95 %	91 %	89 %	87 %	84 %	79 %
bei Wechsel in Selbständigkeit keine Risikoprüfung/Wartezeiten	✔	✔	✘	✘	✘	✘
Berufsunfähigkeit: KT- Anspruch endet nicht automatisch bei Bezug einer BU-Rente	✔	✘	✔	✘	✔	✘
Leistung auch bei Kur-/ Rehamaßnahme eines gesetzlichen Trägers	✔	✔	✔	✔	✘	✔
Gemischte Anstalten - schriftl. Zusage nicht generell notwendig	✔	✔	✘	✔	✔	✔
Leistung bei Erkrankung eines Kindes	✘	✘	✘	✘	✘	✘
Schwangerschaft: Leistung bei Arbeitsunfähigkeit	✔	✔	✔	✔	✔	✘
Entbindungspauschale	✘	✘	✔	✘	✘	✘
KT Anspruch innerhalb EU nicht auf stationär Behandlung beschränkt	✔	✘	✘	✔	✔	✘
Anspruch auch außerhalb des Wohnortes (wenn kein Krankenhausaufenthalt/ keine Rückreise mgl.)	✔	✘ ⚠	✘ ⚠	✘	✘	✘

Nicht gewünschte Versicherungsarten

In folgenden Bereichen wurde ausdrücklich kein (zusätzlicher) Versicherungsschutz gewünscht:

- Krankenhaustagegeld
- Pflegekosten
- Pflegetagegeld
- Kur

Produktsteckbrief zum gewählten Versicherungsschutz

Die folgende Übersicht gibt Ihnen einen Überblick über Leistungseinschränkungen der dargestellten Tarife.

Diese Auflistung stellt nur einige ausgewählte Leistungsbereiche dar und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Maßgeblich für Ihren Versicherungsschutz sind ausschließlich die jeweils gültigen Versicherungsbedingungen.

Versicherer:	Tarif(e):	
Barmenia	VHV1A+ PVN TM42+	
	Erfüllt?	Mögliche Leistungseinschränkung
Gebührenordnung ambulant		
- GOÄ mind. bis Höchstsatz (3,5)	✓	Wenn der Tarif max. bis zum Regelhöchstsatz der Gebührenordnung (2,3 facher Satz) erstattet, können erhebliche Eigenbeteiligungen entstehen, da Ärzte auch ohne Einverständnis des Patienten ihre Leistungen bis zum Höchstsatz (Faktor 3,5) in Rechnung stellen können.
- GOÄ keine Begrenzung auf die Höchstsätze (>3,5)	✓	Sofern die tarifliche Leistung auf die Höchstsätze (Faktor 3,5) der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) begrenzt ist, sind Mehrkosten durch individuelle Honorarvereinbarungen (z.B. Inanspruchnahme von Spezialisten) nicht versichert.
- GOÄ Übernahme der ortsüblichen Kosten im Ausland	✓	Wenn bedingungsgemäß Mehrkosten bei gezielten Behandlungen im Ausland (z.B. Herzspezialist in der Schweiz) nicht übernommen werden, sind diese vom Versicherten selbst zu tragen.
Haus-/Primärarztprinzip (HAP)		
Verzicht auf Hausarzt-/Primärarztprinzip	✓	Ist tariflich das Haus-/Primärarztprinzip vorgesehen, muss die Erstbehandlung von dem Haus-/Primärarzt durchgeführt werden. Hält der Versicherte sich nicht daran, werden die Kosten der Behandlung (und ggf. auch Folgebehandlungen) meist nur zu 70-80% erstattet.
Ambulante Transporte		
- zur Chemotherapie, Dialyse und Strahlenbehandlung	✓	Sind Kosten für Fahrten/Transporte (zur Chemotherapie, Strahlen- u. Dialysebehandlung) nicht oder nur eingeschränkt versichert, können auf den Versicherten Kosten von mehreren tausend Euro pro Jahr zukommen.
- ambulante Notfalltransporte	✓	Sollen ambulante Notfalltransporte erstattungsfähig sein? (z.B. Transport ins Krankenhaus nach Kreislaufschwäche, Entlassung am gleichen Tag - gilt nicht als stationärer Transport, daher häufig nicht versichert)
Heilpraktiker		
Heilpraktiker	✓	Sofern der Tarif Behandlungen durch Heilpraktiker ausschließt, sind diese Kosten einschl. Arzneimittel vom Versicherten selbst zu tragen.
- Hufeland u.o. alternative Heilmethoden	✗	Ist das sog. Hufeland-Leistungsverzeichnis (umfasst viele spez. Naturheilverfahren) oder ein erweiterter Naturheilkatalog nicht im Versicherungsschutz enthalten, werden Behandlungskosten häufig nicht übernommen.
Sehhilfen		
- Erstattung xx €	400,00 €	Kosten für Sehhilfen, welche die tarifliche Höchstgrenze überschreiten, werden nicht erstattet.
Hilfsmittel		
- offener Hilfsmittelkatalog	✓	Es werden nur die im Hilfsmittelkatalog genannten Hilfsmittel erstattet, wenn kein offener Hilfsmittelkatalog vorhanden ist.
- offen im Bereich lebenserhaltender Hilfsmittel	✓	Sieht der Tarif keine generelle Erstattung aller lebenserhaltenden Hilfsmittel vor, besteht ein Anspruch nur auf die in den Bedingungen genannten.
Heilmittel		
- Logopädie durch Logopäden	✓	Sind Kosten logopädischer Behandlungen (z.B. bei Kindern mit Sprachschwierigkeiten oder Schlaganfallpatienten mit Schluckbeschwerden, Kosten pro Behandlung ca. 45 €) nicht erstattungsfähig, müssen die Kosten vom Versicherten selbst getragen werden.
- Ergotherapie durch Ergotherapeuten	✓	Sind Kosten ergotherapeutischer Behandlungen (z.B. bei Menschen mit motorisch-funktionellen, sensomotorisch-perzeptiven, neuropsychologischen, neurophysiologischen oder psychosozialen Störungen) nicht erstattungsfähig, müssen die Kosten vom Versicherten selbst getragen werden.
Vorsorge		
- über gesetzliche Programme	✓	Sofern der Tarif Vorsorgeuntersuchungen nur im Rahmen gesetzlicher Programme ("GKV-Kassenniveau") vorsieht, müssen Kosten für darüber hinaus gehende Untersuchungen selbst gezahlt werden.

Beratungsdokumentation für Dr. Angestellt Mustermann

Versicherer:		Tarif(e):	
Barmenia		VHV1A+ PVN TM42+	
		Erfüllt?	Mögliche Leistungseinschränkung
Psychotherapie			
- Anzahl psychotherap. Sitzungen p.a.	unbegrenzt		Anzahl der maximal erstattungsfähigen psychotherapeutischen Sitzungen (bei einigen Tarifen Behandlungstage) pro Jahr.
Sonstiges			
- ambulante Behandlung in mediz. Versorgungszentren (MVZ)	✓		Die Erstattung von Behandlungskosten in sog. medizinischen Versorgungszentren sind nur dann erstattungsfähig, wenn dies in den Bedingungen aufgeführt ist.
- Häusliche Behandlungspflege/Krankenpflege	✓		In den Bereich der Behandlungspflege fällt die Unterstützung bei der Medikamenten- oder Wundversorgung, bei Blutzuckerkontrollen oder der Pflege von Kathetern. Das muss in der Regel von der Krankenversicherung und nicht aus der Pflegeversicherung finanziert werden.
Stationär			
1-Bettzimmer	✓		Wenn nicht versichert, sind Mehrkosten für die Unterkunft im 1-Bettzimmer nicht erstattungsfähig.
2-Bettzimmer	✓		Wenn nicht versichert, sind Mehrkosten für die Unterkunft im 2-Bettzimmer nicht erstattungsfähig.
Wahlärztliche Behandlung (Chefarzt/Spezialist)	✓		Ist die wahlärztliche Behandlung (Spezialist, Chefarzt etc.) nicht versichert, werden nur die Kosten einer Behandlung durch den diensthabenden Arzt erstattet.
Gemischte Anstalten - bessere Regelung als MB/KK (mind. Notfall)	✓		Wenn nicht anders geregelt, wird bei einem Krankenhausaufenthalt in einer sog. "gemischten Anstalt" (Krankenhaus, welches auch Reha durchführt) nur geleistet, wenn der Versicherer vorher schriftlich zugesagt hat.
Stationäre Psychotherapie uneingeschränkt	✓		Wenn die Kosten einer stationären Psychotherapie nicht oder nur eingeschränkt erstattungsfähig (z.B. max. 30 Behandlungstage) sind, kann sich der Eigenanteil des Versicherten pro Behandlungstag auf 500-1.000 € belaufen.
Hospizkosten	✓		Sollen die Kosten für die Unterbringung in einem Hospiz (zur Sterbebegleitung) erstattungsfähig sein?
Gebührenordnung Stationär			
- GOÄ mind. bis Höchststz (3,5)	✓		Wenn der Tarif max. bis zum Regelhöchststz der Gebührenordnung (2,3 facher Satz) erstattet, können erhebliche Eigenbeteiligungen entstehen, da Ärzte auch ohne Einverständnis des Patienten ihre Leistungen bis zum Höchststz (Faktor 3,5) in Rechnung stellen können.
- GOÄ keine Begrenzung auf den Höchststz (>3,5)	✓		Sofern die tarifliche Leistung auf die Höchstsätze (Faktor 3,5) der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) begrenzt ist, sind Mehrkosten durch individuelle Honorarvereinbarungen (z.B. Inanspruchnahme von Spezialisten) nicht versichert.
- GOÄ Übernahme der ortsüblichen Kosten im Ausland	✓		Wenn bedingungsgemäß Mehrkosten bei gezielten Behandlungen im Ausland (z.B. Herzspezialist in der Schweiz) nicht übernommen werden, sind diese vom Versicherten selbst zu tragen.
Anschlussreha (AHB)			
- AHB nach Zusage versichert	✓		Wenn nicht in den AVB genannt, sind Kosten für Anschlussheilbehandlungen/Anschlussreha nur - sofern vorhanden - durch andere Sozialversicherungsträger versichert.
Zahn			
Zahnbehandlung %	100 %		Höhe der Erstattung für Zahnbehandlung (%)
Zahnersatz %	85 %		Höhe der Erstattung für Zahnersatz (%)
Kieferorthopädie %	85 %		Höhe der Erstattung für Kieferorthopädie (%)
- Kieferorthopädie ohne Altersbeschränkung	✓		Sieht der Tarif eine Beschränkung vor, werden die Kosten kieferorthopädischer Behandlungen nur bis zu einem bestimmten Alter (siehe Tarif) erstattet. Danach sind die Kosten vom Versicherten selbst zu tragen (in einigen Tarifen sind Unfälle von dieser Regelung ausgenommen).
Gebührenordnung Zahn			
- GOZ bis Höchststz (3,5)	✓		Wenn der Tarif max. bis zum Regelhöchststz der Gebührenordnung (2,3 facher Satz) erstattet, können erhebliche Eigenbeteiligungen entstehen, da Zahnärzte auch ohne Einverständnis des Patienten ihre Leistungen bis zum Höchststz (Faktor 3,5) in Rechnung stellen können.
- GOZ keine Begrenzung auf den Höchststz (>3,5)	✓		Sofern die tarifliche Leistung auf die Höchstsätze (Faktor 3,5) der GOZ (Gebührenordnung für Ärzte) begrenzt ist, sind Mehrkosten durch individuelle Honorarvereinbarungen (z.B. Inanspruchnahme von Spezialisten) nicht versichert.

Versicherer:		Tarif(e):	
Barmenia		VHV1A+ PVN TM42+	
		Erfüllt?	Mögliche Leistungseinschränkung
- GOZ Übernahme der ortsüblichen Kosten im Ausland		✓	Wenn bedingungsgemäß Mehrkosten bei gezielten Behandlungen im Ausland (z.B. Herzspezialist in der Schweiz) nicht übernommen werden, sind diese vom Versicherten selbst zu tragen.
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag			
Umwandlungsrecht Voll- in Zusatzversicherung		✓	Besteht kein vertraglicher Anspruch, dass bei Beendigung der Kranken-Vollversicherung in eine Zusatzversicherung umgestellt werden kann (z.B. bei der Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung), kann der Abschluss nur mit erneuter Risikoprüfung erfolgen.
Kindernachversicherung - Klarstellung angeborener Geburtsschäden/Anomalien		✓	In vielen Tarifen ist keine zusätzliche Klarstellung aufgeführt, dass bei einer Kindernachversicherung ab Geburt die Kosten angeborener Anomalien/Geburtsschäden mitversichert sind.
Optionsrecht auf Höherversicherung			
- Anzahl feste Optionszeitpunkte		3	Anzahl der Zeitpunkte, an denen das Optionsrecht ausgeübt werden kann (ohne bestimmte Anlässe).
- anlassbezogenes Optionsrecht		✓	Die Umstellung in höherwertige Tarife ist nicht bei bestimmten Anlässen (z.B. bei Heirat, Ausbildungsende) ohne Risikoprüfung möglich, wenn kein anlassbezogenes Optionsrecht enthalten ist.
Ausland			
- Weltweiter Versicherungsschutz mind. ... Monate		unbegrenzt	Wie viele Monate soll der Versicherungsschutz weltweit mind. betragen? (laut MB/KK besteht 1 Monat weltweiter Versicherungsschutz + max. 2 Monate, wenn keine Rückreise möglich ist)
- Rücktransport aus dem Ausland		✓	Sind Kosten eines medizinisch notwendigen Rücktransport aus dem Ausland nicht versichert, können Kosten von 100.000 € und mehr entstehen.
Krankentagegeld			
Rückfallerkrankung - Karenzzeiten werden zusammengezählt		✓	Sollen Karenzzeiten bei wiederholter Arbeitsunfähigkeit zusammengezählt werden?
Begrenzung ordentl. Kündigungsrecht (KT ohne PKV-Voll)		✓	Sofern das Krankentagegeld nicht zusammen mit einer Vollversicherung beim gleichen Versicherer abgeschlossen wird: Verzichtet der Versicherer nicht auf sein ordentliches Kündigungsrecht, kann er den Vertrag innerhalb der ersten drei Jahre kündigen.
Begrenzung ordentl. Kündigungsrecht (KT mit PKV-Voll)		✓	Soll das ordentl. Kündigungsrecht (KT mit PKV-Voll) begrenzt sein?
Alkoholgenuss: kein Ausschluss		✓	Soll kein Ausschluss wegen Alkoholgenuss vorh. sein?

Produktsteckbrief zum gewählten Versicherungsschutz

Versicherer:		Tarif(e):	
Hallesche		MAS.Bonus URZ JOKER.flex PVN MKT.43	
		Erfüllt?	Mögliche Leistungseinschränkung
Gebührenordnung ambulant			
- GOÄ mind. bis Höchststz (3,5)	✓	Wenn der Tarif max. bis zum Regelhöchststz der Gebührenordnung (2,3 facher Satz) erstattet, können erhebliche Eigenbeteiligungen entstehen, da Ärzte auch ohne Einverständnis des Patienten ihre Leistungen bis zum Höchststz (Faktor 3,5) in Rechnung stellen können.	
- GOÄ keine Begrenzung auf die Höchstsätze (>3,5)	✓	Sofern die tarifliche Leistung auf die Höchstsätze (Faktor 3,5) der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) begrenzt ist, sind Mehrkosten durch individuelle Honorarvereinbarungen (z.B. Inanspruchnahme von Spezialisten) nicht versichert.	
- GOÄ Übernahme der ortsüblichen Kosten im Ausland	✓	Wenn bedingungsgemäß Mehrkosten bei gezielten Behandlungen im Ausland (z.B. Herzspezialist in der Schweiz) nicht übernommen werden, sind diese vom Versicherten selbst zu tragen.	
Haus-/Primärarztprinzip (HAP)			
Verzicht auf Hausarzt-/Primärarztprinzip	✓	Ist tariflich das Haus-/Primärarztprinzip vorgesehen, muss die Erstbehandlung von dem Haus-/Primärarzt durchgeführt werden. Hält der Versicherte sich nicht daran, werden die Kosten der Behandlung (und ggf. auch Folgebehandlungen) meist nur zu 70-80% erstattet.	
Ambulante Transporte			
- zur Chemotherapie, Dialyse und Strahlenbehandlung	✓	Sind Kosten für Fahrten/Transporte (zur Chemotherapie, Strahlen- u. Dialysebehandlung) nicht oder nur eingeschränkt versichert, können auf den Versicherten Kosten von mehreren tausend Euro pro Jahr zukommen.	
- ambulante Notfalltransporte	✓	Sollen ambulante Notfalltransporte erstattungsfähig sein? (z.B. Transport ins Krankenhaus nach Kreislaufschwäche, Entlassung am gleichen Tag - gilt nicht als stationärer Transport, daher häufig nicht versichert)	
Heilpraktiker			
Heilpraktiker	✓	Sofern der Tarif Behandlungen durch Heilpraktiker ausschließt, sind diese Kosten einschl. Arzneimittel vom Versicherten selbst zu tragen.	
- Hufeland u.o. alternative Heilmethoden	✓	Ist das sog. Hufeland-Leistungsverzeichnis (umfasst viele spez. Naturheilverfahren) oder ein erweiterter Naturheilkatalog nicht im Versicherungsschutz enthalten, werden Behandlungskosten häufig nicht übernommen.	
Sehhilfen			
- Erstattung xx €	310,00 €	Kosten für Sehhilfen, welche die tarifliche Höchstgrenze überschreiten, werden nicht erstattet.	
Hilfsmittel			
- offener Hilfsmittelkatalog	✓	Es werden nur die im Hilfsmittelkatalog genannten Hilfsmittel erstattet, wenn kein offener Hilfsmittelkatalog vorhanden ist.	
- offen im Bereich lebenserhaltender Hilfsmittel	✓	Sieht der Tarif keine generelle Erstattung aller lebenserhaltenden Hilfsmittel vor, besteht ein Anspruch nur auf die in den Bedingungen genannten.	
Heilmittel			
- Logopädie durch Logopäden	✓	Sind Kosten logopädischer Behandlungen (z.B. bei Kindern mit Sprachschwierigkeiten oder Schlaganfallpatienten mit Schluckbeschwerden, Kosten pro Behandlung ca. 45 €) nicht erstattungsfähig, müssen die Kosten vom Versicherten selbst getragen werden.	
- Ergotherapie durch Ergotherapeuten	✓	Sind Kosten ergotherapeutischer Behandlungen (z.B. bei Menschen mit motorisch-funktionellen, sensomotorisch-perzeptiven, neuropsychologischen, neurophysiologischen oder psychosozialen Störungen) nicht erstattungsfähig, müssen die Kosten vom Versicherten selbst getragen werden.	
Vorsorge			
- über gesetzliche Programme	✓	Sofern der Tarif Vorsorgeuntersuchungen nur im Rahmen gesetzlicher Programme ("GKV-Kassenniveau") vorsieht, müssen Kosten für darüber hinaus gehende Untersuchungen selbst gezahlt werden.	
Psychotherapie			
- Anzahl psychotherap. Sitzungen p.a.	unbegrenzt	Anzahl der maximal erstattungsfähigen psychotherapeutischen Sitzungen (bei einigen Tarifen Behandlungstage) pro Jahr.	

Analyse Krankenversicherung

Produktsteckbrief zum gewählten Versicherungsschutz

Versicherer:		Tarif(e):	
Hallesche		MAS.Bonus URZ JOKER.flex PVN MKT.43	
		Erfüllt?	Mögliche Leistungseinschränkung
Sonstiges			
- ambulante Behandlung in mediz. Versorgungszentren (MVZ)	✓	Die Erstattung von Behandlungskosten in sog. medizinischen Versorgungszentren sind nur dann erstattungsfähig, wenn dies in den Bedingungen aufgeführt ist.	
- Häusliche Behandlungspflege/Krankenpflege	✓	In den Bereich der Behandlungspflege fällt die Unterstützung bei der Medikamenten- oder Wundversorgung, bei Blutzuckerkontrollen oder der Pflege von Kathetern. Das muss in der Regel von der Krankenversicherung und nicht aus der Pflegeversicherung finanziert werden.	
Stationär			
1-Bettzimmer	✗	Wenn nicht versichert, sind Mehrkosten für die Unterkunft im 1-Bettzimmer nicht erstattungsfähig.	
2-Bettzimmer	✓	Wenn nicht versichert, sind Mehrkosten für die Unterkunft im 2-Bettzimmer nicht erstattungsfähig.	
Wahlärztliche Behandlung (Chefarzt/Spezialist)	✓	Ist die wahlärztliche Behandlung (Spezialist, Chefarzt etc.) nicht versichert, werden nur die Kosten einer Behandlung durch den diensthabenden Arzt erstattet.	
Gemischte Anstalten - bessere Regelung als MB/KK (mind. Notfall)	✓	Wenn nicht anders geregelt, wird bei einem Krankenhausaufenthalt in einer sog. "gemischten Anstalt" (Krankenhaus, welches auch Reha durchführt) nur geleistet, wenn der Versicherer vorher schriftlich zugesagt hat.	
Stationäre Psychotherapie uneingeschränkt	✓	Wenn die Kosten einer stationären Psychotherapie nicht oder nur eingeschränkt erstattungsfähig (z.B. max. 30 Behandlungstage) sind, kann sich der Eigenanteil des Versicherten pro Behandlungstag auf 500-1.000 € belaufen.	
Hospizkosten	✓	Sollen die Kosten für die Unterbringung in einem Hospiz (zur Sterbebegleitung) erstattungsfähig sein?	
Gebührenordnung Stationär			
- GOÄ mind. bis Höchststz (3,5)	✓	Wenn der Tarif max. bis zum Regelhöchststz der Gebührenordnung (2,3 facher Satz) erstattet, können erhebliche Eigenbeteiligungen entstehen, da Ärzte auch ohne Einverständnis des Patienten ihre Leistungen bis zum Höchststz (Faktor 3,5) in Rechnung stellen können.	
- GOÄ keine Begrenzung auf den Höchststz (>3,5)	✓	Sofern die tarifliche Leistung auf die Höchstsätze (Faktor 3,5) der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) begrenzt ist, sind Mehrkosten durch individuelle Honorarvereinbarungen (z.B. Inanspruchnahme von Spezialisten) nicht versichert.	
- GOÄ Übernahme der ortsüblichen Kosten im Ausland	✓	Wenn bedingungsgemäß Mehrkosten bei gezielten Behandlungen im Ausland (z.B. Herzspezialist in der Schweiz) nicht übernommen werden, sind diese vom Versicherten selbst zu tragen.	
Anschlussreha (AHB)			
- AHB nach Zusage versichert	✓	Wenn nicht in den AVB genannt, sind Kosten für Anschlussheilbehandlungen/Anschlussreha nur - sofern vorhanden - durch andere Sozialversicherungsträger versichert.	
Zahn			
Zahnbehandlung %	100 %	Höhe der Erstattung für Zahnbehandlung (%)	
Zahnersatz %	75 %	Höhe der Erstattung für Zahnersatz (%)	
Kieferorthopädie %	75 %	Höhe der Erstattung für Kieferorthopädie (%)	
- Kieferorthopädie ohne Altersbeschränkung	✓	Sieht der Tarif eine Beschränkung vor, werden die Kosten kieferorthopädischer Behandlungen nur bis zu einem bestimmten Alter (siehe Tarif) erstattet. Danach sind die Kosten vom Versicherten selbst zu tragen (in einigen Tarifen sind Unfälle von dieser Regelung ausgenommen).	
Gebührenordnung Zahn			
- GOZ bis Höchststz (3,5)	✓	Wenn der Tarif max. bis zum Regelhöchststz der Gebührenordnung (2,3 facher Satz) erstattet, können erhebliche Eigenbeteiligungen entstehen, da Zahnärzte auch ohne Einverständnis des Patienten ihre Leistungen bis zum Höchststz (Faktor 3,5) in Rechnung stellen können.	
- GOZ keine Begrenzung auf den Höchststz (>3,5)	✓	Sofern die tarifliche Leistung auf die Höchstsätze (Faktor 3,5) der GOZ (Gebührenordnung für Ärzte) begrenzt ist, sind Mehrkosten durch individuelle Honorarvereinbarungen (z.B. Inanspruchnahme von Spezialisten) nicht versichert.	

Produktsteckbrief zum gewählten Versicherungsschutz

Versicherer:	Tarif(e):	
Hallesche	MAS.Bonus URZ JOKER.flex PVN MKT.43	
	Erfüllt?	Mögliche Leistungseinschränkung
- GOZ Übernahme der ortsüblichen Kosten im Ausland	✓	Wenn bedingungsgemäß Mehrkosten bei gezielten Behandlungen im Ausland (z.B. Herzspezialist in der Schweiz) nicht übernommen werden, sind diese vom Versicherten selbst zu tragen.
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag		
Umwandlungsrecht Voll- in Zusatzversicherung	✓	Besteht kein vertraglicher Anspruch, dass bei Beendigung der Kranken-Vollversicherung in eine Zusatzversicherung umgestellt werden kann (z.B. bei der Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung), kann der Abschluss nur mit erneuter Risikoprüfung erfolgen.
Kindernachversicherung - Klarstellung angeborener Geburtsschäden/Anomalien	✓	In vielen Tarifen ist keine zusätzliche Klarstellung aufgeführt, dass bei einer Kindernachversicherung ab Geburt die Kosten angeborener Anomalien/Geburtsschäden mitversichert sind.
Optionsrecht auf Höherversicherung		
- Anzahl feste Optionszeitpunkte	2	Anzahl der Zeitpunkte, an denen das Optionsrecht ausgeübt werden kann (ohne bestimmte Anlässe).
- anlassbezogenes Optionsrecht	✗	Die Umstellung in höherwertige Tarife ist nicht bei bestimmten Anlässen (z.B. bei Heirat, Ausbildungsende) ohne Risikoprüfung möglich, wenn kein anlassbezogenes Optionsrecht enthalten ist.
Ausland		
- Weltweiter Versicherungsschutz mind. ... Monate	unbegrenzt	Wie viele Monate soll der Versicherungsschutz weltweit mind. betragen? (laut MB/KK besteht 1 Monat weltweiter Versicherungsschutz + max. 2 Monate, wenn keine Rückreise möglich ist)
- Rücktransport aus dem Ausland	✓	Sind Kosten eines medizinisch notwendigen Rücktransport aus dem Ausland nicht versichert, können Kosten von 100.000 € und mehr entstehen.
Krankentagegeld		
Rückfallerkrankung - Karenzzeiten werden zusammengezählt	✓	Sollen Karenzzeiten bei wiederholter Arbeitsunfähigkeit zusammengezählt werden?
Begrenzung ordentl. Kündigungsrecht (KT ohne PKV-Voll)	✓	Sofern das Krankentagegeld nicht zusammen mit einer Vollversicherung beim gleichen Versicherer abgeschlossen wird: Verzichtet der Versicherer nicht auf sein ordentliches Kündigungsrecht, kann er den Vertrag innerhalb der ersten drei Jahre kündigen.
Begrenzung ordentl. Kündigungsrecht (KT mit PKV-Voll)	✓	Soll das ordentl. Kündigungsrecht (KT mit PKV-Voll) begrenzt sein?
Alkoholgenuss: kein Ausschluss	✓	Soll kein Ausschluss wegen Alkoholgenuss vorh. sein?

Produktsteckbrief zum gewählten Versicherungsschutz

Versicherer:	Tarif(e):	
Universa	uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PV N uni-KT 43	
	Erfüllt?	Mögliche Leistungseinschränkung
Gebührenordnung ambulant		
- GOÄ mind. bis Höchststz (3,5)	✓	Wenn der Tarif max. bis zum Regelhöchststz der Gebührenordnung (2,3 facher Satz) erstattet, können erhebliche Eigenbeteiligungen entstehen, da Ärzte auch ohne Einverständnis des Patienten ihre Leistungen bis zum Höchststz (Faktor 3,5) in Rechnung stellen können.
- GOÄ keine Begrenzung auf die Höchstsätze (>3,5)	✓	Sofern die tarifliche Leistung auf die Höchstsätze (Faktor 3,5) der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) begrenzt ist, sind Mehrkosten durch individuelle Honorarvereinbarungen (z.B. Inanspruchnahme von Spezialisten) nicht versichert.
- GOÄ Übernahme der ortsüblichen Kosten im Ausland	✓	Wenn bedingungsgemäß Mehrkosten bei gezielten Behandlungen im Ausland (z.B. Herzspezialist in der Schweiz) nicht übernommen werden, sind diese vom Versicherten selbst zu tragen.
Haus-/Primärarztprinzip (HAP)		
Verzicht auf Hausarzt-/Primärarztprinzip	✓	Ist tariflich das Haus-/Primärarztprinzip vorgesehen, muss die Erstbehandlung von dem Haus-/Primärarzt durchgeführt werden. Hält der Versicherte sich nicht daran, werden die Kosten der Behandlung (und ggf. auch Folgebehandlungen) meist nur zu 70-80% erstattet.
Ambulante Transporte		
- zur Chemotherapie, Dialyse und Strahlenbehandlung	✓	Sind Kosten für Fahrten/Transporte (zur Chemotherapie, Strahlen- u. Dialysebehandlung) nicht oder nur eingeschränkt versichert, können auf den Versicherten Kosten von mehreren tausend Euro pro Jahr zukommen.
- ambulante Notfalltransporte	✓	Sollen ambulante Notfalltransporte erstattungsfähig sein? (z.B. Transport ins Krankenhaus nach Kreislaufschwäche, Entlassung am gleichen Tag - gilt nicht als stationärer Transport, daher häufig nicht versichert)
Heilpraktiker		
Heilpraktiker	✓	Sofern der Tarif Behandlungen durch Heilpraktiker ausschließt, sind diese Kosten einschl. Arzneimittel vom Versicherten selbst zu tragen.
- Hufeland u.o. alternative Heilmethoden	✗	Ist das sog. Hufeland-Leistungsverzeichnis (umfasst viele spez. Naturheilverfahren) oder ein erweiterter Naturheilkatalog nicht im Versicherungsschutz enthalten, werden Behandlungskosten häufig nicht übernommen.
Sehhilfen		
- Erstattung xx €	435,00 €	Kosten für Sehhilfen, welche die tarifliche Höchstgrenze überschreiten, werden nicht erstattet.
Hilfsmittel		
- offener Hilfsmittelkatalog	✓	Es werden nur die im Hilfsmittelkatalog genannten Hilfsmittel erstattet, wenn kein offener Hilfsmittelkatalog vorhanden ist.
- offen im Bereich lebenserhaltender Hilfsmittel	✓	Sieht der Tarif keine generelle Erstattung aller lebenserhaltenden Hilfsmittel vor, besteht ein Anspruch nur auf die in den Bedingungen genannten.
Heilmittel		
- Logopädie durch Logopäden	✓	Sind Kosten logopädischer Behandlungen (z.B. bei Kindern mit Sprachschwierigkeiten oder Schlaganfallpatienten mit Schluckbeschwerden, Kosten pro Behandlung ca. 45 €) nicht erstattungsfähig, müssen die Kosten vom Versicherten selbst getragen werden.
- Ergotherapie durch Ergotherapeuten	✓	Sind Kosten ergotherapeutischer Behandlungen (z.B. bei Menschen mit motorisch-funktionellen, sensomotorisch-perzeptiven, neuropsychologischen, neurophysiologischen oder psychosozialen Störungen) nicht erstattungsfähig, müssen die Kosten vom Versicherten selbst getragen werden.
Vorsorge		
- über gesetzliche Programme	✓	Sofern der Tarif Vorsorgeuntersuchungen nur im Rahmen gesetzlicher Programme ("GKV-Kassenniveau") vorsieht, müssen Kosten für darüber hinaus gehende Untersuchungen selbst gezahlt werden.
Psychotherapie		
- Anzahl psychotherap. Sitzungen p.a.	unbegrenzt	Anzahl der maximal erstattungsfähigen psychotherapeutischen Sitzungen (bei einigen Tarifen Behandlungstage) pro Jahr.

Analyse Krankenversicherung

Produktsteckbrief zum gewählten Versicherungsschutz

Versicherer:		Tarif(e):	
Universa		uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PV N uni-KT 43	
		Erfüllt?	Mögliche Leistungseinschränkung
Sonstiges			
- ambulante Behandlung in mediz. Versorgungszentren (MVZ)	✓	Die Erstattung von Behandlungskosten in sog. medizinischen Versorgungszentren sind nur dann erstattungsfähig, wenn dies in den Bedingungen aufgeführt ist.	
- Häusliche Behandlungspflege/Krankenpflege	✗	In den Bereich der Behandlungspflege fällt die Unterstützung bei der Medikamenten- oder Wundversorgung, bei Blutzuckerkontrollen oder der Pflege von Kathetern. Das muss in der Regel von der Krankenversicherung und nicht aus der Pflegeversicherung finanziert werden.	
Stationär			
1-Bettzimmer	✓	Wenn nicht versichert, sind Mehrkosten für die Unterkunft im 1-Bettzimmer nicht erstattungsfähig.	
2-Bettzimmer	✓	Wenn nicht versichert, sind Mehrkosten für die Unterkunft im 2-Bettzimmer nicht erstattungsfähig.	
Wahlärztliche Behandlung (Chefarzt/Spezialist)	✓	Ist die wahlärztliche Behandlung (Spezialist, Chefarzt etc.) nicht versichert, werden nur die Kosten einer Behandlung durch den diensthabenden Arzt erstattet.	
Gemischte Anstalten - bessere Regelung als MB/KK (mind. Notfall)	✓	Wenn nicht anders geregelt, wird bei einem Krankenhausaufenthalt in einer sog. "gemischten Anstalt" (Krankenhaus, welches auch Reha durchführt) nur geleistet, wenn der Versicherer vorher schriftlich zugesagt hat.	
Stationäre Psychotherapie uneingeschränkt	✓	Wenn die Kosten einer stationären Psychotherapie nicht oder nur eingeschränkt erstattungsfähig (z.B. max. 30 Behandlungstage) sind, kann sich der Eigenanteil des Versicherten pro Behandlungstag auf 500-1.000 € belaufen.	
Hospizkosten	✓	Sollen die Kosten für die Unterbringung in einem Hospiz (zur Sterbebegleitung) erstattungsfähig sein?	
Gebührenordnung Stationär			
- GOÄ mind. bis Höchstsatz (3,5)	✓	Wenn der Tarif max. bis zum Regelhöchstsatz der Gebührenordnung (2,3 facher Satz) erstattet, können erhebliche Eigenbeteiligungen entstehen, da Ärzte auch ohne Einverständnis des Patienten ihre Leistungen bis zum Höchstsatz (Faktor 3,5) in Rechnung stellen können.	
- GOÄ keine Begrenzung auf den Höchstsatz (>3,5)	✓	Sofern die tarifliche Leistung auf die Höchstsätze (Faktor 3,5) der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) begrenzt ist, sind Mehrkosten durch individuelle Honorarvereinbarungen (z.B. Inanspruchnahme von Spezialisten) nicht versichert.	
- GOÄ Übernahme der ortsüblichen Kosten im Ausland	✓	Wenn bedingungsgemäß Mehrkosten bei gezielten Behandlungen im Ausland (z.B. Herzspezialist in der Schweiz) nicht übernommen werden, sind diese vom Versicherten selbst zu tragen.	
Anschlussreha (AHB)			
- AHB nach Zusage versichert	✓	Wenn nicht in den AVB genannt, sind Kosten für Anschlussheilbehandlungen/Anschlussreha nur - sofern vorhanden - durch andere Sozialversicherungsträger versichert.	
Zahn			
Zahnbehandlung %	100 %	Höhe der Erstattung für Zahnbehandlung (%)	
Zahnersatz %	80 %	Höhe der Erstattung für Zahnersatz (%)	
Kieferorthopädie %	100 %	Höhe der Erstattung für Kieferorthopädie (%)	
- Kieferorthopädie ohne Altersbeschränkung	✓	Sieht der Tarif eine Beschränkung vor, werden die Kosten kieferorthopädischer Behandlungen nur bis zu einem bestimmten Alter (siehe Tarif) erstattet. Danach sind die Kosten vom Versicherten selbst zu tragen (in einigen Tarifen sind Unfälle von dieser Regelung ausgenommen).	
Gebührenordnung Zahn			
- GOZ bis Höchstsatz (3,5)	✓	Wenn der Tarif max. bis zum Regelhöchstsatz der Gebührenordnung (2,3 facher Satz) erstattet, können erhebliche Eigenbeteiligungen entstehen, da Zahnärzte auch ohne Einverständnis des Patienten ihre Leistungen bis zum Höchstsatz (Faktor 3,5) in Rechnung stellen können.	
- GOZ keine Begrenzung auf den Höchstsatz (>3,5)	✗	Sofern die tarifliche Leistung auf die Höchstsätze (Faktor 3,5) der GOZ (Gebührenordnung für Ärzte) begrenzt ist, sind Mehrkosten durch individuelle Honorarvereinbarungen (z.B. Inanspruchnahme von Spezialisten) nicht versichert.	

Produktsteckbrief zum gewählten Versicherungsschutz

Versicherer:	Tarif(e):	
Universa	uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PV N uni-KT 43	
	Erfüllt?	Mögliche Leistungseinschränkung
- GOZ Übernahme der ortsüblichen Kosten im Ausland	✓	Wenn bedingungsgemäß Mehrkosten bei gezielten Behandlungen im Ausland (z.B. Herzspezialist in der Schweiz) nicht übernommen werden, sind diese vom Versicherten selbst zu tragen.
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag		
Umwandlungsrecht Voll- in Zusatzversicherung	✓	Besteht kein vertraglicher Anspruch, dass bei Beendigung der Kranken-Vollversicherung in eine Zusatzversicherung umgestellt werden kann (z.B. bei der Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung), kann der Abschluss nur mit erneuter Risikoprüfung erfolgen.
Kindernachversicherung - Klarstellung angeborener Geburtsschäden/Anomalien	✓	In vielen Tarifen ist keine zusätzliche Klarstellung aufgeführt, dass bei einer Kindernachversicherung ab Geburt die Kosten angeborener Anomalien/Geburtsschäden mitversichert sind.
Optionsrecht auf Höherversicherung		
- Anzahl feste Optionszeitpunkte	unbegrenzt	Anzahl der Zeitpunkte, an denen das Optionsrecht ausgeübt werden kann (ohne bestimmte Anlässe).
- anlassbezogenes Optionsrecht	✓	Die Umstellung in höherwertige Tarife ist nicht bei bestimmten Anlässen (z.B. bei Heirat, Ausbildungsende) ohne Risikoprüfung möglich, wenn kein anlassbezogenes Optionsrecht enthalten ist.
Ausland		
- Weltweiter Versicherungsschutz mind. ... Monate	3	Wie viele Monate soll der Versicherungsschutz weltweit mind. betragen? (laut MB/KK besteht 1 Monat weltweiter Versicherungsschutz + max. 2 Monate, wenn keine Rückreise möglich ist)
- Rücktransport aus dem Ausland	✓	Sind Kosten eines medizinisch notwendigen Rücktransport aus dem Ausland nicht versichert, können Kosten von 100.000 € und mehr entstehen.
Krankentagegeld		
Rückfallerkrankung - Karenzzeiten werden zusammengezählt	✓	Sollen Karenzzeiten bei wiederholter Arbeitsunfähigkeit zusammengezählt werden?
Begrenzung ordentl. Kündigungsrecht (KT ohne PKV-Voll)	✗	Sofern das Krankentagegeld nicht zusammen mit einer Vollversicherung beim gleichen Versicherer abgeschlossen wird: Verzichtet der Versicherer nicht auf sein ordentliches Kündigungsrecht, kann er den Vertrag innerhalb der ersten drei Jahre kündigen.
Begrenzung ordentl. Kündigungsrecht (KT mit PKV-Voll)	✓	Soll das ordentl. Kündigungsrecht (KT mit PKV-Voll) begrenzt sein?
Alkoholgenuss: kein Ausschluss	✓	Soll kein Ausschluss wegen Alkoholgenuss vorh. sein?

Produktsteckbrief zum gewählten Versicherungsschutz

Versicherer:		Tarif(e):	
AXA - DBV		VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	
		Erfüllt?	Mögliche Leistungseinschränkung
Gebührenordnung ambulant			
- GOÄ mind. bis Höchststz (3,5)		✓	Wenn der Tarif max. bis zum Regelhöchststz der Gebührenordnung (2,3 facher Satz) erstattet, können erhebliche Eigenbeteiligungen entstehen, da Ärzte auch ohne Einverständnis des Patienten ihre Leistungen bis zum Höchststz (Faktor 3,5) in Rechnung stellen können.
- GOÄ keine Begrenzung auf die Höchstsätze (>3,5)		✓	Sofern die tarifliche Leistung auf die Höchstsätze (Faktor 3,5) der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) begrenzt ist, sind Mehrkosten durch individuelle Honorarvereinbarungen (z.B. Inanspruchnahme von Spezialisten) nicht versichert.
- GOÄ Übernahme der ortsüblichen Kosten im Ausland		✓	Wenn bedingungsgemäß Mehrkosten bei gezielten Behandlungen im Ausland (z.B. Herzspezialist in der Schweiz) nicht übernommen werden, sind diese vom Versicherten selbst zu tragen.
Haus-/Primärarztprinzip (HAP)			
Verzicht auf Hausarzt-/Primärarztprinzip		✓	Ist tariflich das Haus-/Primärarztprinzip vorgesehen, muss die Erstbehandlung von dem Haus-/Primärarzt durchgeführt werden. Hält der Versicherte sich nicht daran, werden die Kosten der Behandlung (und ggf. auch Folgebehandlungen) meist nur zu 70-80% erstattet.
Ambulante Transporte			
- zur Chemotherapie, Dialyse und Strahlenbehandlung		✓	Sind Kosten für Fahrten/Transporte (zur Chemotherapie, Strahlen- u. Dialysebehandlung) nicht oder nur eingeschränkt versichert, können auf den Versicherten Kosten von mehreren tausend Euro pro Jahr zukommen.
- ambulante Notfalltransporte		✓	Sollen ambulante Notfalltransporte erstattungsfähig sein? (z.B. Transport ins Krankenhaus nach Kreislaufschwäche, Entlassung am gleichen Tag - gilt nicht als stationärer Transport, daher häufig nicht versichert)
Heilpraktiker			
Heilpraktiker		✓	Sofern der Tarif Behandlungen durch Heilpraktiker ausschließt, sind diese Kosten einschl. Arzneimittel vom Versicherten selbst zu tragen.
- Hufeland u.o. alternative Heilmethoden		✗	Ist das sog. Hufeland-Leistungsverzeichnis (umfasst viele spez. Naturheilverfahren) oder ein erweiterter Naturheilkatalog nicht im Versicherungsschutz enthalten, werden Behandlungskosten häufig nicht übernommen.
Sehhilfen			
- Erstattung xx €	300,00 €		Kosten für Sehhilfen, welche die tarifliche Höchstgrenze überschreiten, werden nicht erstattet.
Hilfsmittel			
- offener Hilfsmittelkatalog		✓	Es werden nur die im Hilfsmittelkatalog genannten Hilfsmittel erstattet, wenn kein offener Hilfsmittelkatalog vorhanden ist.
- offen im Bereich lebenserhaltender Hilfsmittel		✓	Sieht der Tarif keine generelle Erstattung aller lebenserhaltenden Hilfsmittel vor, besteht ein Anspruch nur auf die in den Bedingungen genannten.
Heilmittel			
- Logopädie durch Logopäden		✓	Sind Kosten logopädischer Behandlungen (z.B. bei Kindern mit Sprachschwierigkeiten oder Schlaganfallpatienten mit Schluckbeschwerden, Kosten pro Behandlung ca. 45 €) nicht erstattungsfähig, müssen die Kosten vom Versicherten selbst getragen werden.
- Ergotherapie durch Ergotherapeuten		✓	Sind Kosten ergotherapeutischer Behandlungen (z.B. bei Menschen mit motorisch-funktionellen, sensomotorisch-perzeptiven, neuropsychologischen, neurophysiologischen oder psychosozialen Störungen) nicht erstattungsfähig, müssen die Kosten vom Versicherten selbst getragen werden.
Vorsorge			
- über gesetzliche Programme		✓	Sofern der Tarif Vorsorgeuntersuchungen nur im Rahmen gesetzlicher Programme ("GKV-Kassenniveau") vorsieht, müssen Kosten für darüber hinaus gehende Untersuchungen selbst gezahlt werden.
Psychotherapie			
- Anzahl psychotherap. Sitzungen p.a.	unbegrenzt		Anzahl der maximal erstattungsfähigen psychotherapeutischen Sitzungen (bei einigen Tarifen Behandlungstage) pro Jahr.

Analyse Krankenversicherung

Produktsteckbrief zum gewählten Versicherungsschutz

Versicherer:		Tarif(e):	
AXA - DBV		VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	
		Erfüllt?	Mögliche Leistungseinschränkung
Sonstiges			
- ambulante Behandlung in mediz. Versorgungszentren (MVZ)	✓	Die Erstattung von Behandlungskosten in sog. medizinischen Versorgungszentren sind nur dann erstattungsfähig, wenn dies in den Bedingungen aufgeführt ist.	
- Häusliche Behandlungspflege/Krankenpflege	✓	In den Bereich der Behandlungspflege fällt die Unterstützung bei der Medikamenten- oder Wundversorgung, bei Blutzuckerkontrollen oder der Pflege von Kathetern. Das muss in der Regel von der Krankenversicherung und nicht aus der Pflegeversicherung finanziert werden.	
Stationär			
1-Bettzimmer	✓	Wenn nicht versichert, sind Mehrkosten für die Unterkunft im 1-Bettzimmer nicht erstattungsfähig.	
2-Bettzimmer	✓	Wenn nicht versichert, sind Mehrkosten für die Unterkunft im 2-Bettzimmer nicht erstattungsfähig.	
Wahlärztliche Behandlung (Chefarzt/Spezialist)	✓	Ist die wahlärztliche Behandlung (Spezialist, Chefarzt etc.) nicht versichert, werden nur die Kosten einer Behandlung durch den diensthabenden Arzt erstattet.	
Gemischte Anstalten - bessere Regelung als MB/KK (mind. Notfall)	✓	Wenn nicht anders geregelt, wird bei einem Krankenhausaufenthalt in einer sog. "gemischten Anstalt" (Krankenhaus, welches auch Reha durchführt) nur geleistet, wenn der Versicherer vorher schriftlich zugesagt hat.	
Stationäre Psychotherapie uneingeschränkt	✓	Wenn die Kosten einer stationären Psychotherapie nicht oder nur eingeschränkt erstattungsfähig (z.B. max. 30 Behandlungstage) sind, kann sich der Eigenanteil des Versicherten pro Behandlungstag auf 500-1.000 € belaufen.	
Hospizkosten	✓	Sollen die Kosten für die Unterbringung in einem Hospiz (zur Sterbebegleitung) erstattungsfähig sein?	
Gebührenordnung Stationär			
- GOÄ mind. bis Höchststz (3,5)	✓	Wenn der Tarif max. bis zum Regelhöchststz der Gebührenordnung (2,3 facher Satz) erstattet, können erhebliche Eigenbeteiligungen entstehen, da Ärzte auch ohne Einverständnis des Patienten ihre Leistungen bis zum Höchststz (Faktor 3,5) in Rechnung stellen können.	
- GOÄ keine Begrenzung auf den Höchststz (>3,5)	✓	Sofern die tarifliche Leistung auf die Höchstsätze (Faktor 3,5) der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) begrenzt ist, sind Mehrkosten durch individuelle Honorarvereinbarungen (z.B. Inanspruchnahme von Spezialisten) nicht versichert.	
- GOÄ Übernahme der ortsüblichen Kosten im Ausland	✓	Wenn bedingungsgemäß Mehrkosten bei gezielten Behandlungen im Ausland (z.B. Herzspezialist in der Schweiz) nicht übernommen werden, sind diese vom Versicherten selbst zu tragen.	
Anschlussreha (AHB)			
- AHB nach Zusage versichert	✓	Wenn nicht in den AVB genannt, sind Kosten für Anschlussheilbehandlungen/Anschlussreha nur - sofern vorhanden - durch andere Sozialversicherungsträger versichert.	
Zahn			
Zahnbehandlung %	100 %	Höhe der Erstattung für Zahnbehandlung (%)	
Zahnersatz %	90 %	Höhe der Erstattung für Zahnersatz (%)	
Kieferorthopädie %	90 %	Höhe der Erstattung für Kieferorthopädie (%)	
- Kieferorthopädie ohne Altersbeschränkung	✓	Sieht der Tarif eine Beschränkung vor, werden die Kosten kieferorthopädischer Behandlungen nur bis zu einem bestimmten Alter (siehe Tarif) erstattet. Danach sind die Kosten vom Versicherten selbst zu tragen (in einigen Tarifen sind Unfälle von dieser Regelung ausgenommen).	
Gebührenordnung Zahn			
- GOZ bis Höchststz (3,5)	✓	Wenn der Tarif max. bis zum Regelhöchststz der Gebührenordnung (2,3 facher Satz) erstattet, können erhebliche Eigenbeteiligungen entstehen, da Zahnärzte auch ohne Einverständnis des Patienten ihre Leistungen bis zum Höchststz (Faktor 3,5) in Rechnung stellen können.	
- GOZ keine Begrenzung auf den Höchststz (>3,5)	✗	Sofern die tarifliche Leistung auf die Höchstsätze (Faktor 3,5) der GOZ (Gebührenordnung für Ärzte) begrenzt ist, sind Mehrkosten durch individuelle Honorarvereinbarungen (z.B. Inanspruchnahme von Spezialisten) nicht versichert.	

Produktsteckbrief zum gewählten Versicherungsschutz

Versicherer:	Tarif(e):	
AXA - DBV	VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	
	Erfüllt?	Mögliche Leistungseinschränkung
- GOZ Übernahme der ortsüblichen Kosten im Ausland	✓	Wenn bedingungsgemäß Mehrkosten bei gezielten Behandlungen im Ausland (z.B. Herzspezialist in der Schweiz) nicht übernommen werden, sind diese vom Versicherten selbst zu tragen.
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag		
Umwandlungsrecht Voll- in Zusatzversicherung	✓	Besteht kein vertraglicher Anspruch, dass bei Beendigung der Kranken-Vollversicherung in eine Zusatzversicherung umgestellt werden kann (z.B. bei der Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung), kann der Abschluss nur mit erneuter Risikoprüfung erfolgen.
Kindernachversicherung - Klarstellung angeborener Geburtsschäden/Anomalien	✓	In vielen Tarifen ist keine zusätzliche Klarstellung aufgeführt, dass bei einer Kindernachversicherung ab Geburt die Kosten angeborener Anomalien/Geburtsschäden mitversichert sind.
Optionsrecht auf Höherversicherung		
- Anzahl feste Optionszeitpunkte	1	Anzahl der Zeitpunkte, an denen das Optionsrecht ausgeübt werden kann (ohne bestimmte Anlässe).
- anlassbezogenes Optionsrecht	✓	Die Umstellung in höherwertige Tarife ist nicht bei bestimmten Anlässen (z.B. bei Heirat, Ausbildungsende) ohne Risikoprüfung möglich, wenn kein anlassbezogenes Optionsrecht enthalten ist.
Ausland		
- Weltweiter Versicherungsschutz mind. ... Monate	6	Wie viele Monate soll der Versicherungsschutz weltweit mind. betragen? (laut MB/KK besteht 1 Monat weltweiter Versicherungsschutz + max. 2 Monate, wenn keine Rückreise möglich ist)
- Rücktransport aus dem Ausland	✓	Sind Kosten eines medizinisch notwendigen Rücktransport aus dem Ausland nicht versichert, können Kosten von 100.000 € und mehr entstehen.
Krankentagegeld		
Rückfallerkrankung - Karenzzeiten werden zusammengezählt	✓	Sollen Karenzzeiten bei wiederholter Arbeitsunfähigkeit zusammengezählt werden?
Begrenzung ordentl. Kündigungsrecht (KT ohne PKV-Voll)	✗	Sofern das Krankentagegeld nicht zusammen mit einer Vollversicherung beim gleichen Versicherer abgeschlossen wird: Verzichtet der Versicherer nicht auf sein ordentliches Kündigungsrecht, kann er den Vertrag innerhalb der ersten drei Jahre kündigen.
Begrenzung ordentl. Kündigungsrecht (KT mit PKV-Voll)	✓	Soll das ordentl. Kündigungsrecht (KT mit PKV-Voll) begrenzt sein?
Alkoholgenuss: kein Ausschluss	✓	Soll kein Ausschluss wegen Alkoholgenuss vorh. sein?

Produktsteckbrief zum gewählten Versicherungsschutz

Versicherer:	Tarif(e):	
Inter	JA U JE U PVN TMA 6 U	
	Erfüllt?	Mögliche Leistungseinschränkung
Gebührenordnung ambulant		
- GOÄ mind. bis Höchststz (3,5)	✓	Wenn der Tarif max. bis zum Regelhöchststz der Gebührenordnung (2,3 facher Satz) erstattet, können erhebliche Eigenbeteiligungen entstehen, da Ärzte auch ohne Einverständnis des Patienten ihre Leistungen bis zum Höchststz (Faktor 3,5) in Rechnung stellen können.
- GOÄ keine Begrenzung auf die Höchstsätze (>3,5)	✓	Sofern die tarifliche Leistung auf die Höchstsätze (Faktor 3,5) der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) begrenzt ist, sind Mehrkosten durch individuelle Honorarvereinbarungen (z.B. Inanspruchnahme von Spezialisten) nicht versichert.
- GOÄ Übernahme der ortsüblichen Kosten im Ausland	✗	Wenn bedingungsgemäß Mehrkosten bei gezielten Behandlungen im Ausland (z.B. Herzspezialist in der Schweiz) nicht übernommen werden, sind diese vom Versicherten selbst zu tragen.
Haus-/Primärarztprinzip (HAP)		
Verzicht auf Hausarzt-/Primärarztprinzip	✓	Ist tariflich das Haus-/Primärarztprinzip vorgesehen, muss die Erstbehandlung von dem Haus-/Primärarzt durchgeführt werden. Hält der Versicherte sich nicht daran, werden die Kosten der Behandlung (und ggf. auch Folgebehandlungen) meist nur zu 70-80% erstattet.
Ambulante Transporte		
- zur Chemotherapie, Dialyse und Strahlenbehandlung	✓	Sind Kosten für Fahrten/Transporte (zur Chemotherapie, Strahlen- u. Dialysebehandlung) nicht oder nur eingeschränkt versichert, können auf den Versicherten Kosten von mehreren tausend Euro pro Jahr zukommen.
- ambulante Notfalltransporte	✓	Sollen ambulante Notfalltransporte erstattungsfähig sein? (z.B. Transport ins Krankenhaus nach Kreislaufschwäche, Entlassung am gleichen Tag - gilt nicht als stationärer Transport, daher häufig nicht versichert)
Heilpraktiker		
Heilpraktiker	✗	Sofern der Tarif Behandlungen durch Heilpraktiker ausschließt, sind diese Kosten einschl. Arzneimittel vom Versicherten selbst zu tragen.
- Hufeland u.o. alternative Heilmethoden	✗	Ist das sog. Hufeland-Leistungsverzeichnis (umfasst viele spez. Naturheilverfahren) oder ein erweiterter Naturheilkatalog nicht im Versicherungsschutz enthalten, werden Behandlungskosten häufig nicht übernommen.
Sehhilfen		
- Erstattung xx €	260,00 €	Kosten für Sehhilfen, welche die tarifliche Höchstgrenze überschreiten, werden nicht erstattet.
Hilfsmittel		
- offener Hilfsmittelkatalog	✓	Es werden nur die im Hilfsmittelkatalog genannten Hilfsmittel erstattet, wenn kein offener Hilfsmittelkatalog vorhanden ist.
- offen im Bereich lebenserhaltender Hilfsmittel	✓	Sieht der Tarif keine generelle Erstattung aller lebenserhaltenden Hilfsmittel vor, besteht ein Anspruch nur auf die in den Bedingungen genannten.
Heilmittel		
- Logopädie durch Logopäden	✓	Sind Kosten logopädischer Behandlungen (z.B. bei Kindern mit Sprachschwierigkeiten oder Schlaganfallpatienten mit Schluckbeschwerden, Kosten pro Behandlung ca. 45 €) nicht erstattungsfähig, müssen die Kosten vom Versicherten selbst getragen werden.
- Ergotherapie durch Ergotherapeuten	✓	Sind Kosten ergotherapeutischer Behandlungen (z.B. bei Menschen mit motorisch-funktionellen, sensomotorisch-perzeptiven, neuropsychologischen, neurophysiologischen oder psychosozialen Störungen) nicht erstattungsfähig, müssen die Kosten vom Versicherten selbst getragen werden.
Vorsorge		
- über gesetzliche Programme	✗	Sofern der Tarif Vorsorgeuntersuchungen nur im Rahmen gesetzlicher Programme ("GKV-Kassenniveau") vorsieht, müssen Kosten für darüber hinaus gehende Untersuchungen selbst gezahlt werden.
Psychotherapie		
- Anzahl psychotherap. Sitzungen p.a.	unbegrenzt	Anzahl der maximal erstattungsfähigen psychotherapeutischen Sitzungen (bei einigen Tarifen Behandlungstage) pro Jahr.

Analyse Krankenversicherung

Produktsteckbrief zum gewählten Versicherungsschutz

Versicherer:		Tarif(e):	
Inter		JA U JE U PVN TMA 6 U	
		Erfüllt?	Mögliche Leistungseinschränkung
Sonstiges			
- ambulante Behandlung in mediz. Versorgungszentren (MVZ)	✓	Die Erstattung von Behandlungskosten in sog. medizinischen Versorgungszentren sind nur dann erstattungsfähig, wenn dies in den Bedingungen aufgeführt ist.	
- Häusliche Behandlungspflege/Krankenpflege	✓	In den Bereich der Behandlungspflege fällt die Unterstützung bei der Medikamenten- oder Wundversorgung, bei Blutzuckerkontrollen oder der Pflege von Kathetern. Das muss in der Regel von der Krankenversicherung und nicht aus der Pflegeversicherung finanziert werden.	
Stationär			
1-Bettzimmer	✓	Wenn nicht versichert, sind Mehrkosten für die Unterkunft im 1-Bettzimmer nicht erstattungsfähig.	
2-Bettzimmer	✓	Wenn nicht versichert, sind Mehrkosten für die Unterkunft im 2-Bettzimmer nicht erstattungsfähig.	
Wahlärztliche Behandlung (Chefarzt/Spezialist)	✓	Ist die wahlärztliche Behandlung (Spezialist, Chefarzt etc.) nicht versichert, werden nur die Kosten einer Behandlung durch den diensthabenden Arzt erstattet.	
Gemischte Anstalten - bessere Regelung als MB/KK (mind. Notfall)	✓	Wenn nicht anders geregelt, wird bei einem Krankenhausaufenthalt in einer sog. "gemischten Anstalt" (Krankenhaus, welches auch Reha durchführt) nur geleistet, wenn der Versicherer vorher schriftlich zugesagt hat.	
Stationäre Psychotherapie uneingeschränkt	✓	Wenn die Kosten einer stationären Psychotherapie nicht oder nur eingeschränkt erstattungsfähig (z.B. max. 30 Behandlungstage) sind, kann sich der Eigenanteil des Versicherten pro Behandlungstag auf 500-1.000 € belaufen.	
Hospizkosten	✓	Sollen die Kosten für die Unterbringung in einem Hospiz (zur Sterbebegleitung) erstattungsfähig sein?	
Gebührenordnung Stationär			
- GOÄ mind. bis Höchststz (3,5)	✓	Wenn der Tarif max. bis zum Regelhöchststz der Gebührenordnung (2,3 facher Satz) erstattet, können erhebliche Eigenbeteiligungen entstehen, da Ärzte auch ohne Einverständnis des Patienten ihre Leistungen bis zum Höchststz (Faktor 3,5) in Rechnung stellen können.	
- GOÄ keine Begrenzung auf den Höchststz (>3,5)	✓	Sofern die tarifliche Leistung auf die Höchstsätze (Faktor 3,5) der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) begrenzt ist, sind Mehrkosten durch individuelle Honorarvereinbarungen (z.B. Inanspruchnahme von Spezialisten) nicht versichert.	
- GOÄ Übernahme der ortsüblichen Kosten im Ausland	✗	Wenn bedingungsgemäß Mehrkosten bei gezielten Behandlungen im Ausland (z.B. Herzspezialist in der Schweiz) nicht übernommen werden, sind diese vom Versicherten selbst zu tragen.	
Anschlussreha (AHB)			
- AHB nach Zusage versichert	✓	Wenn nicht in den AVB genannt, sind Kosten für Anschlussheilbehandlungen/Anschlussreha nur - sofern vorhanden - durch andere Sozialversicherungsträger versichert.	
Zahn			
Zahnbehandlung %	100 %	Höhe der Erstattung für Zahnbehandlung (%)	
Zahnersatz %	80 %	Höhe der Erstattung für Zahnersatz (%)	
Kieferorthopädie %	80 %	Höhe der Erstattung für Kieferorthopädie (%)	
- Kieferorthopädie ohne Altersbeschränkung	✓	Sieht der Tarif eine Beschränkung vor, werden die Kosten kieferorthopädischer Behandlungen nur bis zu einem bestimmten Alter (siehe Tarif) erstattet. Danach sind die Kosten vom Versicherten selbst zu tragen (in einigen Tarifen sind Unfälle von dieser Regelung ausgenommen).	
Gebührenordnung Zahn			
- GOZ bis Höchststz (3,5)	✓	Wenn der Tarif max. bis zum Regelhöchststz der Gebührenordnung (2,3 facher Satz) erstattet, können erhebliche Eigenbeteiligungen entstehen, da Zahnärzte auch ohne Einverständnis des Patienten ihre Leistungen bis zum Höchststz (Faktor 3,5) in Rechnung stellen können.	
- GOZ keine Begrenzung auf den Höchststz (>3,5)	✓	Sofern die tarifliche Leistung auf die Höchstsätze (Faktor 3,5) der GOZ (Gebührenordnung für Ärzte) begrenzt ist, sind Mehrkosten durch individuelle Honorarvereinbarungen (z.B. Inanspruchnahme von Spezialisten) nicht versichert.	

Produktsteckbrief zum gewählten Versicherungsschutz

Versicherer:		Tarif(e):	
Inter		JA U JE U PVN TMA 6 U	
		Erfüllt?	Mögliche Leistungseinschränkung
- GOZ Übernahme der ortsüblichen Kosten im Ausland		✗	Wenn bedingungsgemäß Mehrkosten bei gezielten Behandlungen im Ausland (z.B. Herzspezialist in der Schweiz) nicht übernommen werden, sind diese vom Versicherten selbst zu tragen.
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag			
Umwandlungsrecht Voll- in Zusatzversicherung		✓	Besteht kein vertraglicher Anspruch, dass bei Beendigung der Kranken-Vollversicherung in eine Zusatzversicherung umgestellt werden kann (z.B. bei der Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung), kann der Abschluss nur mit erneuter Risikoprüfung erfolgen.
Kindernachversicherung - Klarstellung angeborener Geburtsschäden/Anomalien		✗	In vielen Tarifen ist keine zusätzliche Klarstellung aufgeführt, dass bei einer Kindernachversicherung ab Geburt die Kosten angeborener Anomalien/Geburtsschäden mitversichert sind.
Optionsrecht auf Höherversicherung			
- Anzahl feste Optionszeitpunkte		0	Anzahl der Zeitpunkte, an denen das Optionsrecht ausgeübt werden kann (ohne bestimmte Anlässe).
- anlassbezogenes Optionsrecht		✗	Die Umstellung in höherwertige Tarife ist nicht bei bestimmten Anlässen (z.B. bei Heirat, Ausbildungsende) ohne Risikoprüfung möglich, wenn kein anlassbezogenes Optionsrecht enthalten ist.
Ausland			
- Weltweiter Versicherungsschutz mind. ... Monate		1	Wie viele Monate soll der Versicherungsschutz weltweit mind. betragen? (laut MB/KK besteht 1 Monat weltweiter Versicherungsschutz + max. 2 Monate, wenn keine Rückreise möglich ist)
- Rücktransport aus dem Ausland		✓	Sind Kosten eines medizinisch notwendigen Rücktransport aus dem Ausland nicht versichert, können Kosten von 100.000 € und mehr entstehen.
Krankentagegeld			
Rückfallerkrankung - Karenzzeiten werden zusammengezählt		✓	Sollen Karenzzeiten bei wiederholter Arbeitsunfähigkeit zusammengezählt werden?
Begrenzung ordentl. Kündigungsrecht (KT ohne PKV-Voll)		✗	Sofern das Krankentagegeld nicht zusammen mit einer Vollversicherung beim gleichen Versicherer abgeschlossen wird: Verzichtet der Versicherer nicht auf sein ordentliches Kündigungsrecht, kann er den Vertrag innerhalb der ersten drei Jahre kündigen.
Begrenzung ordentl. Kündigungsrecht (KT mit PKV-Voll)		✓	Soll das ordentl. Kündigungsrecht (KT mit PKV-Voll) begrenzt sein?
Alkoholgenuss: kein Ausschluss		✓	Soll kein Ausschluss wegen Alkoholgenuss vorh. sein?

Analyse Krankenversicherung

Produktsteckbrief zum gewählten Versicherungsschutz

Versicherer:	Tarif(e):	
Allianz	Ärzte Best100 PVN KTM07W	
	Erfüllt?	Mögliche Leistungseinschränkung
Gebührenordnung ambulant		
- GOÄ mind. bis Höchststz (3,5)	✓	Wenn der Tarif max. bis zum Regelhöchststz der Gebührenordnung (2,3 facher Satz) erstattet, können erhebliche Eigenbeteiligungen entstehen, da Ärzte auch ohne Einverständnis des Patienten ihre Leistungen bis zum Höchststz (Faktor 3,5) in Rechnung stellen können.
- GOÄ keine Begrenzung auf die Höchstsätze (>3,5)	✓	Sofern die tarifliche Leistung auf die Höchstsätze (Faktor 3,5) der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) begrenzt ist, sind Mehrkosten durch individuelle Honorarvereinbarungen (z.B. Inanspruchnahme von Spezialisten) nicht versichert.
- GOÄ Übernahme der ortsüblichen Kosten im Ausland	✓	Wenn bedingungsgemäß Mehrkosten bei gezielten Behandlungen im Ausland (z.B. Herzspezialist in der Schweiz) nicht übernommen werden, sind diese vom Versicherten selbst zu tragen.
Haus-/Primärarztprinzip (HAP)		
Verzicht auf Hausarzt-/Primärarztprinzip	✓	Ist tariflich das Haus-/Primärarztprinzip vorgesehen, muss die Erstbehandlung von dem Haus-/Primärarzt durchgeführt werden. Hält der Versicherte sich nicht daran, werden die Kosten der Behandlung (und ggf. auch Folgebehandlungen) meist nur zu 70-80% erstattet.
Ambulante Transporte		
- zur Chemotherapie, Dialyse und Strahlenbehandlung	✓	Sind Kosten für Fahrten/Transporte (zur Chemotherapie, Strahlen- u. Dialysebehandlung) nicht oder nur eingeschränkt versichert, können auf den Versicherten Kosten von mehreren tausend Euro pro Jahr zukommen.
- ambulante Notfalltransporte	✓	Sollen ambulante Notfalltransporte erstattungsfähig sein? (z.B. Transport ins Krankenhaus nach Kreislaufschwäche, Entlassung am gleichen Tag - gilt nicht als stationärer Transport, daher häufig nicht versichert)
Heilpraktiker		
Heilpraktiker	✗	Sofern der Tarif Behandlungen durch Heilpraktiker ausschließt, sind diese Kosten einschl. Arzneimittel vom Versicherten selbst zu tragen.
- Hufeland u.o. alternative Heilmethoden	✓	Ist das sog. Hufeland-Leistungsverzeichnis (umfasst viele spez. Naturheilverfahren) oder ein erweiterter Naturheilkatalog nicht im Versicherungsschutz enthalten, werden Behandlungskosten häufig nicht übernommen.
Sehhilfen		
- Erstattung xx €	400,00 €	Kosten für Sehhilfen, welche die tarifliche Höchstgrenze überschreiten, werden nicht erstattet.
Hilfsmittel		
- offener Hilfsmittelkatalog	✓	Es werden nur die im Hilfsmittelkatalog genannten Hilfsmittel erstattet, wenn kein offener Hilfsmittelkatalog vorhanden ist.
- offen im Bereich lebenserhaltender Hilfsmittel	✓	Sieht der Tarif keine generelle Erstattung aller lebenserhaltenden Hilfsmittel vor, besteht ein Anspruch nur auf die in den Bedingungen genannten.
Heilmittel		
- Logopädie durch Logopäden	✓	Sind Kosten logopädischer Behandlungen (z.B. bei Kindern mit Sprachschwierigkeiten oder Schlaganfallpatienten mit Schluckbeschwerden, Kosten pro Behandlung ca. 45 €) nicht erstattungsfähig, müssen die Kosten vom Versicherten selbst getragen werden.
- Ergotherapie durch Ergotherapeuten	✓	Sind Kosten ergotherapeutischer Behandlungen (z.B. bei Menschen mit motorisch-funktionellen, sensomotorisch-perzeptiven, neuropsychologischen, neurophysiologischen oder psychosozialen Störungen) nicht erstattungsfähig, müssen die Kosten vom Versicherten selbst getragen werden.
Vorsorge		
- über gesetzliche Programme	✓	Sofern der Tarif Vorsorgeuntersuchungen nur im Rahmen gesetzlicher Programme ("GKV-Kassenniveau") vorsieht, müssen Kosten für darüber hinaus gehende Untersuchungen selbst gezahlt werden.
Psychotherapie		
- Anzahl psychotherap. Sitzungen p.a.	unbegrenzt	Anzahl der maximal erstattungsfähigen psychotherapeutischen Sitzungen (bei einigen Tarifen Behandlungstage) pro Jahr.

Analyse Krankenversicherung

Produktsteckbrief zum gewählten Versicherungsschutz

Versicherer:		Tarif(e):	
Allianz		Ärzte Best100 PVN KTM07W	
		Erfüllt?	Mögliche Leistungseinschränkung
Sonstiges			
- ambulante Behandlung in mediz. Versorgungszentren (MVZ)	✓	Die Erstattung von Behandlungskosten in sog. medizinischen Versorgungszentren sind nur dann erstattungsfähig, wenn dies in den Bedingungen aufgeführt ist.	
- Häusliche Behandlungspflege/Krankenpflege	✓	In den Bereich der Behandlungspflege fällt die Unterstützung bei der Medikamenten- oder Wundversorgung, bei Blutzuckerkontrollen oder der Pflege von Kathetern. Das muss in der Regel von der Krankenversicherung und nicht aus der Pflegeversicherung finanziert werden.	
Stationär			
1-Bettzimmer	✓	Wenn nicht versichert, sind Mehrkosten für die Unterkunft im 1-Bettzimmer nicht erstattungsfähig.	
2-Bettzimmer	✓	Wenn nicht versichert, sind Mehrkosten für die Unterkunft im 2-Bettzimmer nicht erstattungsfähig.	
Wahlärztliche Behandlung (Chefarzt/Spezialist)	✓	Ist die wahlärztliche Behandlung (Spezialist, Chefarzt etc.) nicht versichert, werden nur die Kosten einer Behandlung durch den diensthabenden Arzt erstattet.	
Gemischte Anstalten - bessere Regelung als MB/KK (mind. Notfall)	✓	Wenn nicht anders geregelt, wird bei einem Krankenhausaufenthalt in einer sog. "gemischten Anstalt" (Krankenhaus, welches auch Reha durchführt) nur geleistet, wenn der Versicherer vorher schriftlich zugesagt hat.	
Stationäre Psychotherapie uneingeschränkt	✓	Wenn die Kosten einer stationären Psychotherapie nicht oder nur eingeschränkt erstattungsfähig (z.B. max. 30 Behandlungstage) sind, kann sich der Eigenanteil des Versicherten pro Behandlungstag auf 500-1.000 € belaufen.	
Hospizkosten	✓	Sollen die Kosten für die Unterbringung in einem Hospiz (zur Sterbebegleitung) erstattungsfähig sein?	
Gebührenordnung Stationär			
- GOÄ mind. bis Höchststz (3,5)	✓	Wenn der Tarif max. bis zum Regelhöchststz der Gebührenordnung (2,3 facher Satz) erstattet, können erhebliche Eigenbeteiligungen entstehen, da Ärzte auch ohne Einverständnis des Patienten ihre Leistungen bis zum Höchststz (Faktor 3,5) in Rechnung stellen können.	
- GOÄ keine Begrenzung auf den Höchststz (>3,5)	✓	Sofern die tarifliche Leistung auf die Höchstsätze (Faktor 3,5) der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) begrenzt ist, sind Mehrkosten durch individuelle Honorarvereinbarungen (z.B. Inanspruchnahme von Spezialisten) nicht versichert.	
- GOÄ Übernahme der ortsüblichen Kosten im Ausland	✓	Wenn bedingungsgemäß Mehrkosten bei gezielten Behandlungen im Ausland (z.B. Herzspezialist in der Schweiz) nicht übernommen werden, sind diese vom Versicherten selbst zu tragen.	
Anschlussreha (AHB)			
- AHB nach Zusage versichert	✓	Wenn nicht in den AVB genannt, sind Kosten für Anschlussheilbehandlungen/Anschlussreha nur - sofern vorhanden - durch andere Sozialversicherungsträger versichert.	
Zahn			
Zahnbehandlung %	100 %	Höhe der Erstattung für Zahnbehandlung (%)	
Zahnersatz %	85 %	Höhe der Erstattung für Zahnersatz (%)	
Kieferorthopädie %	85 %	Höhe der Erstattung für Kieferorthopädie (%)	
- Kieferorthopädie ohne Altersbeschränkung	✗	Sieht der Tarif eine Beschränkung vor, werden die Kosten kieferorthopädischer Behandlungen nur bis zu einem bestimmten Alter (siehe Tarif) erstattet. Danach sind die Kosten vom Versicherten selbst zu tragen (in einigen Tarifen sind Unfälle von dieser Regelung ausgenommen).	
Gebührenordnung Zahn			
- GOZ bis Höchststz (3,5)	✓	Wenn der Tarif max. bis zum Regelhöchststz der Gebührenordnung (2,3 facher Satz) erstattet, können erhebliche Eigenbeteiligungen entstehen, da Zahnärzte auch ohne Einverständnis des Patienten ihre Leistungen bis zum Höchststz (Faktor 3,5) in Rechnung stellen können.	
- GOZ keine Begrenzung auf den Höchststz (>3,5)	✓	Sofern die tarifliche Leistung auf die Höchstsätze (Faktor 3,5) der GOZ (Gebührenordnung für Ärzte) begrenzt ist, sind Mehrkosten durch individuelle Honorarvereinbarungen (z.B. Inanspruchnahme von Spezialisten) nicht versichert.	

Produktsteckbrief zum gewählten Versicherungsschutz

Versicherer:	Tarif(e):	
Allianz	Ärzte Best100 PVN KTM07W	
	Erfüllt?	Mögliche Leistungseinschränkung
- GOZ Übernahme der ortsüblichen Kosten im Ausland	✓	Wenn bedingungsgemäß Mehrkosten bei gezielten Behandlungen im Ausland (z.B. Herzspezialist in der Schweiz) nicht übernommen werden, sind diese vom Versicherten selbst zu tragen.
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag		
Umwandlungsrecht Voll- in Zusatzversicherung	✓	Besteht kein vertraglicher Anspruch, dass bei Beendigung der Kranken-Vollversicherung in eine Zusatzversicherung umgestellt werden kann (z.B. bei der Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung), kann der Abschluss nur mit erneuter Risikoprüfung erfolgen.
Kindernachversicherung - Klarstellung angeborener Geburtsschäden/Anomalien	✓	In vielen Tarifen ist keine zusätzliche Klarstellung aufgeführt, dass bei einer Kindernachversicherung ab Geburt die Kosten angeborener Anomalien/Geburtsschäden mitversichert sind.
Optionsrecht auf Höherversicherung		
- Anzahl feste Optionszeitpunkte	0	Anzahl der Zeitpunkte, an denen das Optionsrecht ausgeübt werden kann (ohne bestimmte Anlässe).
- anlassbezogenes Optionsrecht	✗	Die Umstellung in höherwertige Tarife ist nicht bei bestimmten Anlässen (z.B. bei Heirat, Ausbildungsende) ohne Risikoprüfung möglich, wenn kein anlassbezogenes Optionsrecht enthalten ist.
Ausland		
- Weltweiter Versicherungsschutz mind. ... Monate	12	Wie viele Monate soll der Versicherungsschutz weltweit mind. betragen? (laut MB/KK besteht 1 Monat weltweiter Versicherungsschutz + max. 2 Monate, wenn keine Rückreise möglich ist)
- Rücktransport aus dem Ausland	✓	Sind Kosten eines medizinisch notwendigen Rücktransport aus dem Ausland nicht versichert, können Kosten von 100.000 € und mehr entstehen.
Krankentagegeld		
Rückfallerkrankung - Karenzzeiten werden zusammengezählt	✓	Sollen Karenzzeiten bei wiederholter Arbeitsunfähigkeit zusammengezählt werden?
Begrenzung ordentl. Kündigungsrecht (KT ohne PKV-Voll)	✗	Sofern das Krankentagegeld nicht zusammen mit einer Vollversicherung beim gleichen Versicherer abgeschlossen wird: Verzichtet der Versicherer nicht auf sein ordentliches Kündigungsrecht, kann er den Vertrag innerhalb der ersten drei Jahre kündigen.
Begrenzung ordentl. Kündigungsrecht (KT mit PKV-Voll)	✓	Soll das ordentl. Kündigungsrecht (KT mit PKV-Voll) begrenzt sein?
Alkoholgenuss: kein Ausschluss	✓	Soll kein Ausschluss wegen Alkoholgenuss vorh. sein?

Rat und Begründung des Vermittlers

Der Vermittler stützt seinen Rat auf die objektive, ausgewogene Marktuntersuchung folgender Anbieter und deren Risikoprodukte in der gewünschten Tarifart.

AXA - DBV, Allianz, Alte Oldenburger, Arag, BBKK, Barmenia, Concordia, Continentale, DKV, Debeka, Deutscher Ring, GKV, Hallesche, HanseMerkur, Huk-Coburg, Inter, LKH, LVM, Mannheimer, Münchener Verein, Nürnberger, R+V, Signal Iduna, Süddeutsche, Universa, Württembergische

Aus diesen Angeboten empfiehlt der Vermittler (unter Berücksichtigung der Vorgaben des Kunden) folgende(n) Tarif(e):

Versicherer:

Tarif:

Begründung:

.....

Versicherer:

Tarif:

Begründung:

.....

Entscheidung des Kunden

Unter Abwägung der Vor- und Nachteile der verglichenen Anbieter und Tarife

- folgt der Kunde der Empfehlung des Vermittlers und beauftragt diesen, den Abschluss des folgenden Tarifes vorzubereiten:

Versicherer:

Tarif:

- folgt der Empfehlung des Vermittler nicht und entscheidet sich wie folgt:

Begründung:

.....

.....

.....

.....

Anlagen zur Beratungsdokumentation

Dem Kunden wurden detaillierte Leistungsbeschreibungen sowie die bewerteten Vertragsbedingungen folgender Anbieter und Tarife überreicht.

	Druckstücke	Ausgehändigt an Kunden?
Barmenia VHV1A+ PVN TM42+	AVB PPV K3902, MB KK Teil I+II K4601, MB KT K4602, Tarif PVN K3901, Tarif TM+ K4648, Tarif VHV+ K4622, Antrag VV ZV K30110601 01.2013	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hallesche MAS.Bonus URZ JOKER.flex PVN MKT.43	MB KK Teil I+II PM_22u, MB KT PM_25u, Tarif JOKERflex PM_78u, Tarif MAS PM_5u, Tarif MKT PM_24u, Tarif PPV PM_38u, Antrag_VV_ZV VG_10 08.13, Empfangsbestaetigung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Universa uni-AM 155 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PV N uni-KT 43	Bedingungen gesamt 315-800 07.2013, Antrag_Anfrage KV-Voll 315-895 01.2013	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN KTGA 42-U	AVB PVN VG243, MB KK Teil+II VG001 07.2013, MB KT Teil I+II VG002 07.2013, KTGA VG057, PPV_Anhang, PVN PVB VG244, Prem Zahn-U VG038, VA6 VG034, Antrag VV ZV AXA E 21001479 10.2013	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Inter JA U JE U PVN TMA 6 U	AVB KV-Voll Teil I, MB KT, PVN_PVB_2013_01, PVN_PVB_Anhang_2012_10, PVN_PVB_Bedingungsteil_2013_01, PVN_PVB_Tarif_2013_01, JA_U_Teil_II, JE_U_Teil_II, TMA_U_Teil_II, Antrag VV 10.2013	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Allianz Ärzte Best100 PVN KTM07W	AVB PPV 01.2013, Tarif KTM07W 01.2013, Tarif PVN PVB 01.2013, Tarif Ärzte Best 01.2013, Antrag VV ZV 11.2012	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Wichtige Hinweise zum Leistungsanspruch und zur vorvertraglichen Anzeigepflicht:

Der Kunde wurde darüber informiert, dass für die Leistungsverpflichtung des Versicherungsunternehmens neben den einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen (BGB, VVG und VAG) ausschließlich die für den jeweiligen Vertrag maßgeblichen Vertragsbedingungen (z.B. allgemeine und besondere Versicherungsbedingungen sowie bei Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit die Vereinsatzung) maßgebend sind.

Die Bedeutung der Antragsfragen in Bezug auf die zu erfüllende vorvertragliche Anzeigepflicht wurde erläutert.

Alle Antragsfragen (z.B. zur Person, zum Beruf, zum Gesundheitszustand, zu Vorversicherungen und früheren Anträgen) sind von der versicherten Person und dem Versicherungsnehmer vollständig und korrekt zu beantworten. Auf die Konsequenzen bei Nichterfüllung durch den Versicherungsnehmer und die versicherte Person (Rücktritts- Kündigungs- oder Vertragsanpassungsrecht des Versicherers) wurde ausdrücklich hingewiesen.

Sofern der Vermittler das Antragsformular ausfüllt/ausgefüllt hat, bestätigt der Versicherungsnehmer ausdrücklich, dass er und die versicherte Person alle Fragen selber gelesen und verstanden haben und der Vermittler alle Angaben zur Beantwortung der Fragen korrekt und vollständig im Antrag eingetragen hat.

Ich bestätige außerdem,

1. dass die in dieser Beratungsdokumentation aufgeführten Themen Inhalt des Beratungsgesprächs waren. Die zu erfüllenden Leistungspunkte wurden individuell nach Vorgabe des Kunden ausgewählt. Insbesondere wurden neben den „nicht erfüllten Leistungspunkten“ auch die ausgewiesenen „wichtigen Hinweise“ zu einzelnen Leistungspunkten eingehend vom Berater erläutert. Die sich daraus ggf. im konkreten Einzelfall ergebenden Einschränkungen des Versicherungsschutzes des gewählten Tarifes wurden vom Kunden verstanden und werden, nach Abwägung der Vor- und Nachteile des Gesamtleistungsangebotes, vom Kunden in Kauf genommen.

und

2. den Erhalt einer Kopie dieser Beratungsdokumentation und der aufgeführten Anlagen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift beratene Person/Kunde und ggf. weitere Gesprächsteilnehmer

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Berater