

Analyse Krankenversicherung



Vorschlag für

Manfred Zahnarzt

Dieser Vorschlag wurde Ihnen überreicht durch:

finanz-profil GmbH & Co. KG, finanz-profil GmbH & Co. KG Carl Gitter
Liebknechtstraße 28, 99510 Apolda
Telefon: 03644 / 51 80 18, Mobil: 0173 / 57 15 099, Telefax: 03644 / 51 80 19
Email: info@finanz-profil.de, Internet: www.versicherung-rechner.de

Analyse Krankenversicherung

Angaben zur Person

Vorname: Manfred
Nachname: Zahnarzt
Geburtsdatum: 08.12.1982
Geschlecht: Mann
Berufsgruppe: Zahnmediziner/in angestellt
Status: Versicherungsnehmer

Berechnungsvorgaben

Versicherungsbeginn: 01.02.2020
Tarifgebiet: West
Tarifarten: Krankenvollversicherung
Krankentagegeld 150 € ab 43. Tag
Kurtagegeld: Nein

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
Hallesche	MAS.1 URZ PVN MKT.43	715,27 €
Barmenia	VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	705,91 €
Inter	ZAMBest 1 PVN KTMA 6	680,86 €
Universa	uni-AM 620 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	596,71 €
Continental	COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	416,38 €
AXA - DBV	VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U	620,41 €

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.

Hallesche		Barmenia		Inter		Universa		Continentrale		AXA - DBV	
MAS.1	559,45 €	VZK1D+	517,81 €	ZAMLBest 1	502,51 €	uni-AM 620	216,89 €	COMFORT-MED	254,09 €	VZ600-U	459,42 €
Kompakttarif		Kompakttarif für Zahnärzte + deren Ehegatten/Kinder		Kompakttarif für Zahnmediziner, deren Ehegatten/Lebenspartner und Kinder		100% Erstattung für ambulante Behandlung. 620,- € Selbstbeteiligung.		Kompakttarif		Ambulant: 100% Ambulante Heilbehandlung 100% Heilpraktiker 80-100% Psychotherapie	
100%: ambulante Behandlung, Regel- u. Wahlleistungen (2-Bettzimmer, Wahlarzt), Zahnbehandlung 75%: Zahnersatz und Kieferorthopädie		Ambulant: 100% Ambulante Heilbehandlung 100% Heilpraktiker 85% Psychotherapie		100%: ambulante Behandlungen 100%: Regel- u. Wahlleistungen (1-Bettzimmer, Wahlarzt) 100%: Material- u. Laborkosten für Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie (KEIN Honorar)		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 solange diese Familienangehörigen mit dem Versicherungsnehmer im selben Haushalt wohnen.		100% Ambulante Heilbehandlung 100% Heilpraktiker 100% Psychotherapie (max. 50 Sitzungen p.a.)		Stationär: 100% 1- o. 2-Bettzimmer 100% Wahlärztliche Behandlung 100% Regelleistungen	
600 EUR Selbstbehalt p.a.		Stationär: 100% Regel- u. Wahlleistungen 100% 1- o. 2-Bettzimmer 100% Wahlärztliche Behandlung		550 EUR SB p. a. im ambulanten Bereich (für Kinder (0 - 15 Jahre) hälftige SB)		- Lebenspartner oder - Partner in der nichtehelichen Lebensgemeinschaft und - ihre nicht verheirateten Kinder, längstens bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres solange diese Familienangehörigen mit dem Versicherungsnehmer im selben Haushalt wohnen.		100% Mehrbettzimmer + Belegarzt (bis Regelhöchststanz)		600 EUR Selbstbeteiligung p. a. (300 EUR für Kinder/Jugendliche bis 31.12. des KJ, in dem sie das 19. LJ vollenden)	
Tarif für Ärzte/Zahnärzte, deren Ehegatten und Kinder		Zahn: Keine Leistung		Tarifstand: 01.01.2020		Booklet KVB-800_11.19		100% Zahnbehandlung 80% Zahnersatz 80% Kieferorthopädie		Tarif für Zahnärzte und deren Familienangehörige	
AVB, Teil I (MB/KK 2009) + Teil II (TB/KK 2013)_PM 22u – 11.18_Fassung Februar 2019 PM 5u – 12.18_Fassung Februar 2019		Selbstbehalt: 600 € Selbsthalt p.a.				Tarifstand: 01.01.2017		Fallbezogene Selbstbeteiligung (z.B. 20 € je Arztbesuch/Behandlung, 50 € je Hilfsmittel, 20 € je Medikament (außer Generika))		Tarifstand: 01.01.2018	
Tarifstand: 01.01.2018		Tarifstand: 01.01.2020						Tarif für Humanmediziner, Zahnmediziner, jeweiliger Ehepartner und Kinder			
								AVB: Teil I (MB/KK 2009), Stand: 1.7.18 - 7e.10500/06.18; Teil II (Tarif mit Tarifbedingungen), Stand 1.7.18 - 7e.10109/07.18			
								Tarifstand: 01.01.2019			

Analyse Krankenversicherung

Tarifkurzbeschreibungen und Beiträge

Hallesche		Barmenia		Inter	Universa		Continentale		AXA - DBV	
URZ	1,50 €	VZN+	9,86 €		uni-STM 100	156,89 €	SP1	48,12 €	VZ Zahn-U	13,55 €
Auslandsreise-Zusatzversicherung: Auslandskrankenschutz bis zu 8 Wochen. Tarifstand: 01.01.2019		Ergänzungstarif für Naturheilverfahren. Tarifstand: 01.01.2018			Stationärer Tarif mit 100% Erstattung der Regel- u. Wahlleistungen (1- oder 2 Bettzimmer, Privatarzt). Versicherungsfähig sind Ärzte mit Ausnahme von Tierärzten, die ihren ständigen Wohnsitz im Tätigkeitsgebiet des Versicherten haben sowie - deren unterhaltsberechtigter Ehegatte oder - Lebenspartner oder - Partner in der nichtehelichen Lebensgemeinschaft und - ihre nicht verheirateten Kinder, längstens bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres solange diese Familienangehörigen mit dem Versicherungsnehmer im selben Haushalt wohnen. Booklet KVB-800_11.19 Tarifstand: 01.01.2020		Stationäre Zusatzversicherung: - 1- oder 2-Bettzimmer - wahlärztliche Behandlung AVB: Teil I (MB/KK 2009), Stand: 1.7.18 - 7e.10500/06.18; Teil II (Tarif mit Tarifbedingungen), Stand 1.7.18 - 7e.10100/07.18 Tarifstand: 01.01.2019		Zahnentarif: Aufwendungen für ärztl. Honorare sind nicht erstattungsfähig! (nur 100% Material- und Laborkosten) Tarif für Zahnärzte und deren Familienangehörige Tarifstand: 01.01.2018	

Analyse Krankenversicherung

Tarifkurzbeschreibungen und Beiträge

Hallesche		Barmenia		Inter		Universa		Continentale		AXA - DBV	
		VZD2+	17,62 €			uni-ZAM 100	65,52 €				
		Zahntarif für Zahnärzte. 100% Erstattung der Material- u. Laborkosten bei zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie. Tarifstand: 01.01.2019				Zahntarif: 100% Zahnbehandlung 80% Zahnersatz 100% Kieferorthopädie 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 solange diese Familienangehörigen mit dem Versicherungsnehmer im selben Haushalt wohnen. Booklet KVB-800_11.19 Tarifstand: 01.01.2020					
Gesetzlicher Zuschlag:	55,95 €	Gesetzlicher Zuschlag:	54,53 €	Gesetzlicher Zuschlag:	50,25 €	Gesetzlicher Zuschlag:	43,93 €	Gesetzlicher Zuschlag:	30,22 €	Gesetzlicher Zuschlag:	47,30 €
PVN	47,67 €	PVN	47,59 €	PVN	47,55 €	PVN	47,78 €	PVN	48,25 €	PVN	47,49 €
Pflegepflichtversicherung.		Pflegepflichtversicherung.		Pflegepflichtversicherung.		Pflegepflichtversicherung.		Pflegepflichtversicherung.		Pflegepflichtversicherung.	
Tarifstand: 01.01.2020		Tarifstand: 01.01.2020		Tarifstand: 01.01.2020		Tarifstand: 01.01.2020		Tarifstand: 01.01.2020		Tarifstand: 01.01.2020	

Tarifkurzbeschreibungen und Beiträge

Hallesche		Barmenia		Inter		Universa		Continentrale		AXA - DBV	
MKT.43	50,70 €	TM42+	58,50 €	KTMA 6	80,55 €	uni-KT 43	65,70 €	VA43-U	35,70 €	KTGA 42-U	52,65 €
Krankentagegeld für Ärzte u. Zahnärzte ab dem 43. Tag. Fassung Januar 2018 (Teil I (MB/KT 2009) + Teil II (TB/KT 2013) - PM 25u_08.17, Teil III - PM 24u_08.17) Der Tarif ist nur für Hallesche- und GKV-Versicherte versicherbar. Darf nicht mit einer anderen PKV abgeschlossen werden! Tarifstand: 01.01.2018		Krankentagegeld für Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte ab dem 43. Tag. max. versicherbarer Tagessatz: - angestellt: 750 EUR - mit eigener Praxis: 750 EUR - freiberuflich (ohne eigene Praxis): 400 EUR Tarifstand: 01.01.2018		Krankentagegeld ab dem 43. Tag für angestellte Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte max. versicherbarer Tagessatz: - 500 EUR insgesamt/für alle Tarifstufen zusammen (mit Vollversicherung bei der INTER) - 300 EUR insgesamt/für alle Tarifstufen zusammen (ohne Vollversicherung bei der INTER) AVB Teil I, Rahmenbedingungen 2019 für die Krankentagegeldversicherung_Stand: 01.04.2019 Teil II, Krankentagegeldtarif KTMA_Stand 01.04.2019 Tarifstand: 03.04.2019		Krankentagegeld ab dem 43. Tag ! ! ! nur mit/heben KV Voll bei der universa abschließbar/versicherbar oder als Zusatzversicherung für GKV versicherte Arbeitnehmer ! ! ! Booklet KVB-800_11.19 Tarifstand: 01.01.2020		Krankentagegeld für Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte ab dem 43. Tag. Stand 01.01.2018: AVB, Teil I (MB/KT 2009), 7e.10513/01.18 und Teil II (Tarif mit Tarifbedingungen), 7e.10091/01.18 Tarifstand: 01.01.2018		Krankentagegeldtarife ab dem 43. Tag für Ärzte und Zahnärzte AVB, Teil I (MB/KT 2009) und Teil II (TB 2012) - 09.17 (Vertragsgrundlage 002 (VK934 11.07.2017 21010439)) Tarifstand: 01.01.2018	
Gesamtbeitrag mtl.:	715,27 €		705,91 €		680,86 €		596,71 €		416,38 €		620,41 €
Arbeitnehmeranteil mtl.:	368,40 €		359,08 €		340,43 €		298,35 €		208,19 €		310,20 €
Effektivbeitrag inkl.SB mtl.:	418,40 €		409,08 €		386,26 €		350,02 €		245,69 €		360,20 €

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.

	Hallesche MAS.1 URZ PVN MKT.43	Barmenia VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	Inter ZAMLBest 1 PVN KTMA 6	Universa uni-AM 620 uni- STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	Continentale COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	AXA - DBV VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U
Monatsbeitrag:	715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Selbstbehalt p.a.:	600,00 €	600,00 €	550,00 €	620,00 €	450,00 €	600,00 €
SB Art *:	ASZ	AS	A	A	ASZ F	AS
Arbeitnehmeranteil:	368,40 €	359,08 €	340,43 €	298,35 €	208,19 €	310,20 €
Effektivbeitrag **:	418,40 €	409,08 €	386,26 €	350,02 €	245,69 €	360,20 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
GOÄ/GOZ						
Ambulant						
Vorsorge						
Heilpraktiker						
Psychotherapie						
Heil- und Hilfsmittel						
Stationär						
	2-Bettzimmer Wahlarzt	1-Bettzimmer Wahlarzt	1-Bettzimmer Wahlarzt	1-Bettzimmer Wahlarzt	1-Bettzimmer Wahlarzt	1-Bettzimmer Wahlarzt
Zahn						
Zahnbehandlung	100 %	0 %	0 %	100 %	100 %	0 %
Zahnersatz	75 %	0 %	0 %	80 %	80 %	0 %
Kieferorthopädie	75 %	0 %	0 %	100 %	80 %	0 %
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	Hallesche	Barmenia	Inter	Universa	Continentale	AXA - DBV
		MAS.1 URZ PVN MKT.43	VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	ZAMBest 1 PVN KTMA 6	uni-AM 620 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U
Monatsbeitrag:		715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
Selbstbeteiligung							
- SB max. ... € p.a. (Erwachsene)		600,00 €	600,00 €	550,00 €	620,00 €	450,00 € 	600,00 €
						Hinweis: Da der Tarif eine leistungsdynamische statt einer pauschalen Selbstbeteiligung vorsieht, wurden beispielhaft 450 EUR Selbstbehalt pro Jahr zugrunde gelegt. 20 EUR Selbstbehalt je medizinischer Leistung (z. B. Arztbesuch, Massage, verordnete Arznei). Die Summe aller Selbstbehalte für ambulante und stationäre Leistungen ist pro Kalenderjahr so begrenzt, dass dieser Tarif die seit dem 1. Januar 2009 geltenden Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung nach § 193 Abs. 3 VVG erfüllt (max. 5.000 EUR).	
- Beispielhaft für Erw.: Eigenanteil bei 2.500 € ambulanten Kosten p.a.		600,00 €	600,00 €	550,00 €	620,00 €	450,00 €	600,00 €
- SB nur ambulant (bzw. keine SB)							
- SB prozentual (bzw. keine SB)							
- SB für Kinder reduziert (bzw. keine SB)							
- Vorsorge wird nicht auf Selbstbehalt angerechnet							
Haus-/Primärarztprinzip							
Verzicht auf Haus-/Primärarztprinzip							
- nachträglich "heilbar" (für Folgebehandlungen)?							
- keine zeitliche Befristung der Haus-/Primärarztüberweisung							

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

		Hallesche	Barmenia	Inter	Universa	Continentale	AXA - DBV
	Kundenwunsch	MAS.1 URZ PVN MKT.43	VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	ZAMLBest 1 PVN KTMA 6	uni-AM 620 uni- STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U
Monatsbeitrag:		715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
- gilt nicht bei Akutversorgung im Ausland							
- gilt weder für Not- noch Bereitschaftsärzte							
- Maximierung Eigenanteil bei Nichteinhaltung unter 5.000 €							
- Reduzierung Erstattung bei Nichteinhaltung auf ... %		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Gebührenordnung ambulant							
- GOÄ mind. bis Höchstsatz (3,5)							
- GOÄ keine Begrenzung auf die Höchstsätze (>3,5)							
- Übernahme der ortsüblichen Kosten b. gezielter Auslandsbehandlung		 					
		Hinweis: 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).					Hinweis: innerhalb EU/EWR: Der Versicherer verzichtet bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung auf eine tarifliche Bindung an die GOÄ. außerhalb EU/EWR: Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat (oder wenn im Rahmen einer notfallmäßigen Einweisung die Behandlung in einem ausländischen Krankenhaus erfolgt), wird auf eine tarifliche Bindung an die GOÄ verzichtet.
Heilpraktiker							
Heilpraktiker							

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

		Hallesche	Barmenia	Inter	Universa	Continentale	AXA - DBV
	Kundenwunsch	MAS.1 URZ PVN MKT.43	VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	ZAMBest 1 PVN KTMA 6	uni-AM 620 uni- STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U
Monatsbeitrag:		715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
- xx % Erstattung		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
						Hinweis: Heilpraktikerleistung n werden zu 100% abzüglich einer Selbstbeteiligung von max. 20 EUR je Behandlungstag erstattet.	
- xx € Erstattung im Schnitt p.a.		unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	2.000,00 €
- mind. bis Höchstsatz GebüH							
					Hinweis: In den Vertragsbedingungen ist keine Begrenzung festgelegt. Lt. Highlightblatt der Universa (Druckstück 075-204 01.2020; KEIN Bestandteil der Bedingungen) werden Heilpraktikerleistunge n bis zum vergleichbaren Honorar für Ärzte erstattet.		
- erweiterte Naturheilverfahren/ Hufelandlandverzeichnis (über GebüH hinaus)							
				Hinweis: Die Leistung ist nicht!! auf die in den AVB Teil 1 beschriebenen Methoden und Arzneimittel (= von der Schulmedizin überwiegend anerkannt; andere Methoden/ Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder angewendet werden, weil nichts Schulmedizinisches zur Verfügung steht) beschränkt. Die Behandlungen müssen aber im GebüH aufgeführt sein.			Hinweis: Arzneimittel der klassischen Homöopathie, der Phytotherapie und der anthroposophischen Medizin sind im Rahmen der alternativen Medizin erstattungsfähig.

Leistungsvergleich Ambulant

		Hallesche	Barmenia	Inter	Univera	Continentale	AXA - DBV
	Kundenwunsch	MAS.1 URZ PVN MKT.43	VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	ZAMLBest 1 PVN KTMA 6	uni-AM 620 uni- STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U
Monatsbeitrag:		715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
- alternative Heilmethoden/ Hufeland durch Ärzte			✓	✓		✓	⚠ Hinweis: Über die Allgemeinen Versicherungsbeding- ungen hinaus sind nur Arzneimittel der klassischen Homöopathie, der Phytotherapie und der anthroposophischen Medizin im Rahmen der alternativen Medizin erstattungsfähig.
Vorsorge							
- über gesetzliche Programme	📄	✓	✓	✓	✓ ⚠ Hinweis: Schriftliche Klarstellung der Univera vom 11.02.2020 zum Thema „Gezielte Vorsorgeuntersuchun- gen ohne Altersbegrenzungen und ohne festgelegte Zeitabstände“: Hiermit erklären wir, dass es der ständigen Leistungspraxis der uniVersa Krankenversicherung a. G. entspricht, die Aufwendungen für die ambulante Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchun- gen) gemäß § 1 Abs. 2b) MB/KK 2009 ohne Berücksichtigung von Altersgrenzen und ohne festgelegte Zeitabstände im tariflichen Umfang unserer Vollversicherungstarif e zu erstatten.	✓	✓
- Schutzimpfungen	📄	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

		Hallesche	Barmenia	Inter	Univera	Continentale	AXA - DBV
	Kundenwunsch	MAS.1 URZ PVN MKT.43	VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	ZAMBest 1 PVN KTMA 6	uni-AM 620 uni- STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U
Monatsbeitrag:		715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
Heilmittel							
Definition Heilmittelkatalog		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Erstattung in %	📄	100 %	100 %	100 %	100 %	100 % ⚠️	100 %
						Hinweis: Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 100% abzüglich einer Selbstbeteiligung von max. 20 EUR je Heilmittel und Behandlungstag übernommen.	
- max. Selbstbehalt p.a. €	📄	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	unbegrenzt 🚫	0,00 €
- keine pauschalen Beschränkungen	📄	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Keine Begrenzung auf Preis-/Lstg.verz., Beihilfesätze, angemessene Preise o. ä.			✓	✓	✓	✓	
- Logopädie durch Logopäden	📄	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Ergotherapie durch Ergotherapeuten	📄	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Hilfsmittel							
Definition Hilfsmittelkatalog		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Erstattung in %	📄	100 %	100 %	100 %	100 %	100 % ⚠️	100 %
						Hinweis: Erstattungsfähige Hilfsmittel werden zu 100% abzüglich einer Selbstbeteiligung von max. 50 EUR je Hilfsmittel übernommen.	
- max. Selbstbehalt p.a. €	📄	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	unbegrenzt 🚫	0,00 €
- offener Hilfsmittelkatalog	📄	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- offen im Bereich lebenserhaltender Hilfsmittel	📄	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	Hallesche MAS.1 URZ PVN MKT.43	Barmenia VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	Inter ZAMLBest 1 PVN KTMA 6	Universa uni-AM 620 uni- STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	Continentale COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	AXA - DBV VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U
Monatsbeitrag:		715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
- keine Begrenzung auf einfache/funktionale Standardausführung							
							Hinweis: Hilfsmittel, die nicht in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannt und im Einzelfall medizinisch notwendig sind, um schwere gesundheitliche Schäden zu begrenzen oder zu vermeiden, werden in funktioneller Standardausführung übernommen.
- keine Beschränkungen der Bezugsart/ Zusageerfordernis							
- Atemmonitor (Heimgerät)							
- Herzmonitor (Heimgerät)							
- Beatmungsgerät (Heimgerät)							
- Heimdialysegerät							
- Krankenfahrräder ohne Summenbegrenzung							
- Hör-/Sprechgeräte							
							Hinweis: Hörgeräte (inklusive Otoplastik und Erstausrüstung mit Batterien) sind bis max. 1.450 EUR pro Hörgerät erstattungsfähig.
- Orthopädische Schuhe							
			Hinweis: Orthopädische Schuhe (und Schuhzurichtungen) sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500 EUR p. a. erstattungsfähig.	Hinweis: Orthopädische Schuhe und Schuhzurichtungen werden bis 1.500 EUR pro Kalenderjahr erstattet.			
- Blindenhund o. Blindenleitgerät							
- Blindenlese-/Vorlesegerät							
							Hinweis: Elektronische Lesegeräte sind bis maximal 2.450 EUR erstattungsfähig.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	Hallesche MAS.1 URZ PVN MKT.43	Barmenia VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	Inter ZAMLBEST 1 PVN KTMA 6	Universon uni-AM 620 uni- STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	Continental COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	AXA - DBV VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U
Monatsbeitrag:		715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
- Körperersatzstücke ohne Summenbegrenzung							
- Prothesen							
- Kunstaugen							
- Orthesen							
Sehhilfen							
- Erstattung xx €		unbegrenzt	400,00 €	500,00 €	425,00 €	300,00 €	300,00 €
		Hinweis: Lt. Infoblatt 01.14 (nicht Bestandteil der Vertragsbedingungen) : Erstattung von Brillen und Kontaktlinsen, jedoch nicht in Luxusausführung. Derzeit sind dies 180 EUR für Brillengestelle, Gläser zu 100%, Kontaktlinsen 300 EUR – bei medizinischer Notwendigkeit zu 100%. Aufwendungen im Zusammenhang einer Korrektur von Fehlsichtigkeit mittels refraktiver Chirurgie (z.B. LASIK) werden bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500 EUR pro Auge erstattet. Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht für das jeweilige Auge frühestens nach 5 Jahren.	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: Erstattet werden alle refraktiven chirurgischen Maßnahmen (inkl. Vor- und Nachuntersuchung) zur Behebung der Fehlsichtigkeit (z. B. durch LASIK, LASEK, Linsenimplantate) bis 2.500 EUR pro Auge innerhalb von 24 Monaten.	Hinweis: In den Vertragsbedingungen ist kein Erstattungs (höchst-)betrag für Sehhilfen festgelegt. Lt. Highlightblatt der Universon (Druckstück 075-204 01.2020; KEIN Bestandteil der Bedingungen) werden - Brillengestelle bis 125 EUR, Einstärkengläser bis 300 EUR und Mehrstärkengläser bis 600 EUR - Kontaktlinsen bis 410 EUR erstattet. Ersetzt werden auch Operationen zur Behebung von Fehlsichtigkeit (Maßnahmen der refraktiven Chirurgie) einschl. Vor- und Nachuntersuchungen (hierzu gehören z. B. LASIK-Operationen, Femto-LASIK-Behandlungen, LASEK/PRK-Operationen, Clear-Lens-Exchange).	Hinweis: Beitragszuschlag von 7,50 EUR monatlich, sofern bei Vertragsabschluss eine Sehschwäche vorliegt (alternativ kann ein Leistungsausschluss vereinbart werden).	Hinweis: Sehhilfen (Brillengläser einschließlich Brillengestelle oder Kontaktlinsen) werden wir folgt erstattet: - Einstärkengläser/ Einstärkenlinsen bis 6 Dioptrien bis 300 EUR, bei stärkerer Fehlsichtigkeit bis 600 EUR - Mehrstärkengläser/ Mehrstärkenlinsen 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.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	Hallesche	Barmenia	Inter	Universa	Continentale	AXA - DBV
		MAS.1 URZ PVN MKT.43	VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	ZAMLBest 1 PVN KTMA 6	uni-AM 620 uni- STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U
Monatsbeitrag:		715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
- Anspruch mind. alle 24 Monate							
					Hinweis: In den Vertragsbedingungen ist keine zeitliche Begrenzung festgelegt. Lt. Highlightblatt der Universa (Druckstück 075-204 01.2020; KEIN Bestandteil der Bedingungen) werden - Brillen alle 2 Jahre - Kontaktlinsen in einjährigen Abständen erstattet.		
Psychotherapie							
- Anzahl psychotherap. Sitzungen p.a.		unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	50	unbegrenzt
- 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.
- mind. 20 Sitzungen ohne vorherige Zusage							
Ambulant							
Ambulante Transporte							
Ambulante Transporte							
- zur Chemotherapie, Dialyse und Strahlenbehandlung							

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	Hallesche MAS.1 URZ PVN MKT.43	Barmenia VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	Inter ZAMBest 1 PVN KTMA 6	Universa uni-AM 620 uni- STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	Continentale COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	AXA - DBV VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U
Monatsbeitrag:		715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
- bei Gehunfähigkeit							
			Hinweis: Erstattungsfähig sind Fahrten bei: - ambulanten Operationen (am Tag der Operation) - ambulanten Behandlungen, wenn eine Schwerbehinderung mit dem Zusatz aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), BI (Blindheit) bzw. H (Hilflosigkeit) vorliegt - bei Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 3.	Hinweis: Erstattungsfähig sind Fahrten (Taxi, öffentliches Verkehrsmittel, privates Kraftfahrzeug (hin und zurück)): - im Zusammenhang mit einer ambulanten Anschlussrehabilitation - zum und vom Arzt/ Facharzt oder Krankenhaus am Tag einer (im Katalog nach § 115b SGB V genannten) ambulanten Operation - für Untersuchungen, welche die Fahrtauglichkeit einschränken (z.B. Magen- oder Darmspiegelung). Bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs werden für jeden gefahrenen Kilometer 0,30 EUR erstattet.	Hinweis: Erstattungsfähig ist auch der medizinisch notwendige Hin- und Rücktransport zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt, wenn die versicherte Person pflegebedürftig nach Pflegegrad 3, 4 oder 5 ist.	Hinweis: Erstattungsfähig sind - nach einem Unfall (oder Notfall) notwendige Transporte zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt oder Krankenhaus, mit einem speziellen Krankenfahrzeug (Land-, Luft- und Wasserfahrzeuge) sowie - ärztlich verordnete Fahrten zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt, wenn eine Schwerbehinderung mit dem Zusatz aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), BI (Blindheit) bzw. H (Hilflosigkeit) vorliegt oder die versicherte Person pflegebedürftig nach Pflegegrad (PG) 3, 4 oder 5 ist (PG 3: es muss eine dauerhafte Beeinträchtigung der Mobilität vorliegen, die die Beförderung notwendig macht; ist ggf. nachzuweisen).	
- bis nächstgeeignetem Behandler (auch wenn gefähig)							
							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.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

		Hallesche	Barmenia	Inter	Univerra	Continentale	AXA - DBV
	Kundenwunsch	MAS.1 URZ PVN MKT.43	VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	ZAMBest 1 PVN KTMA 6	uni-AM 620 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U
Monatsbeitrag:		715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
- 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).	Hinweis: Harn- und Blutteststreifen gehören zu den erstattungsfähigen Arznei- und Verbandmitteln. Verschreibungspflichtige Verhütungsmittel werden bis 150 EUR pro Kalenderjahr erstattet.			
- medikamentenähnliche Nährmittel (über enteral/parenteral hinaus)		✓	✓	✓	✓		
							Hinweis: Vitaminmonopräparate 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.
sonstiges							
- ambulante Behandlung in mediz. Versorgungszentren (MVZ)		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Häusliche Behandlungspflege/ Krankenpflege		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- ambulante Palliativversorgung (SAPV)		✓	✓	✓	✓	✓	✓

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

		Hallesche	Barmenia	Inter	Univera	Continental	AXA - DBV
	Kundenwunsch	MAS.1 URZ PVN MKT.43	VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	ZAMBest 1 PVN KTMA 6	uni-AM 620 uni- STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U
Monatsbeitrag:		715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
Kurleistung ambulant							
Kurleistung ambulant		✓	✓	✓	⚠ Hinweis: Vorsorgekuren sind im Rahmen der Vorsorgemaßnahmen außerhalb gesetzlicher Programme mit der Pauschale von 500 EUR abgegolten (s. Leistungspunkt "Vorsorge - über gesetzliche Programme").		
- Verzicht auf Kurortklausel	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ambulant							
sonstiges		✓	✓	✓	✓		✓

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	Kundenwunsch	Hallesche	Barmenia	Inter	Universa	Continentale	AXA - DBV
		MAS.1 URZ PVN MKT.43	VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	ZAMBest 1 PVN KTMA 6	uni-AM 620 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U
Monatsbeitrag:		715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
Stationär							
1-Bettzimmer							
2-Bettzimmer							
Mehrbettzimmer							
Wahlärztliche Behandlung (Chefarzt/Spezialist)							
- Wahlleistungen nur bei Unfall / bestimmten Krankheiten							
Gebührenordnung Stationär							
- GOÄ mind. bis Höchstsatz (3,5)							
- GOÄ keine Begrenzung auf den Höchstsatz (>3,5)							
- Übernahme der ortsüblichen Kosten b. gezielter Auslandsbehandlung							
		Hinweis: 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).					Hinweis: innerhalb EU/EWR: Der Versicherer verzichtet bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung auf eine tarifliche Bindung an die GOÄ. außerhalb EU/EWR: Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat (oder wenn im Rahmen einer notfallmäßigen Einweisung die Behandlung in einem ausländischen Krankenhaus erfolgt), wird auf eine tarifliche Bindung an die GOÄ verzichtet.
Privatkliniken							
Privatkliniken							
- allg. Krankenhausleistungen mind. 100% über KHEntgG/BPflV							











Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

		Hallesche	Barmenia	Inter	Universona	Continentale	AXA - DBV
	Kundenwunsch	MAS.1 URZ PVN MKT.43	VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	ZAMBest 1 PVN KTMA 6	uni-AM 620 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U
Monatsbeitrag:		715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
- ges. berechenbare Unterkunft ohne Begrenzung (+ Privatarzt)		✓	✓	✓		✓	
Stationär							
Krankentransporte bis zum nächstgeeigneten Krankenhaus	🚑	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ersatzkrankenhaustagegeld			✓	✓	✓	✓	✓
Verzicht auf rechtzeitige Meldung Krankenhausaufenthalt	🚑	✓	✓	✓	✓	✓ ⚠️	✓
						Hinweis: Krankenhausbehandlungen im Ausland müssen innerhalb von 10 Tagen angezeigt werden.	
Gemischte Anstalten - keine Zusageerfordernis Notfall, Versorgungs-KH, Akutversorgung	🚑	✓ ⚠️	✓	✖️	✓	✓	✓
		Hinweis: gültig für Neukunden mit Beginn 01.2018 und später (Teil I (MB/KK 2009), Teil II (TB/KK 2013) - Fassung Januar 2018 (PM 22u – 08.17)): Eine schriftliche Leistungszusage ist auch nicht erforderlich, - wenn während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt ein Unfall oder eine akute Erkrankung eintritt, solange dieses Ereignis unabhängig vom eigentlichen Behandlungszweck eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung erfordert, oder - wenn es sich um eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung zum Zwecke eines operativen Eingriffs handelt.					
Stationäre Psychotherapie uneingeschränkt	🚑	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Hospizkosten	🚑	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Begleitperson für Kinder im Krankenhaus (Rooming in)		✓	✓	✓	✓	✓	✓

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

		Hallesche	Barmenia	Inter	Universa	Continentale	AXA - DBV
	Kundenwunsch	MAS.1 URZ PVN MKT.43	VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	ZAMBest 1 PVN KTMA 6	uni-AM 620 uni- STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U
Monatsbeitrag:		715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
Kurleistung stationär							
sonstiges						  Hinweis: Die Selbstbeteiligung beträgt für Krankenhausleistungen max. 20 EUR je Kalendertag für höchstens 14 Kalendertage je vollstationärem Aufenthalt.	

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

		Hallesche	Barmenia	Inter	Univera	Continentale	AXA - DBV
	Kundenwunsch	MAS.1 URZ PVN MKT.43	VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	ZAMBest 1 PVN KTMA 6	uni-AM 620 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U
Monatsbeitrag:		715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
Zahn							
Zahnbehandlung %		100 %	 Hinweis: Es werden nur Material- und Laborkosten - zu 100% - ersetzt.	0 % Hinweis: Erstattungsfähig sind nur Material- und Laborkosten - zu 100% (kein zahnärztliches Honorar!).	100 %	100 % Hinweis: Zahnbehandlung ist zu 100% erstattungsfähig abzüglich einer Selbstbeteiligung von max. 20 EUR je Behandlungstag bei einem Zahnarzt.	 Hinweis: Aufwendungen für Honorare sind nicht erstattungsfähig.
Zahnersatz %		75 %	 Hinweis: Es werden nur Material- und Laborkosten - zu 100% - ersetzt.	0 % Hinweis: Erstattungsfähig sind nur Material- und Laborkosten - zu 100% (kein zahnärztliches Honorar!). Aufwendungen für Keramikverblendungen sind bis einschließlich Zahnacht erstattungsfähig.	80 %	80 % Hinweis: Zahnersatz ist zu 80% erstattungsfähig abzüglich einer Selbstbeteiligung von max. 20 EUR je Behandlungstag bei einem Zahnarzt.	 Hinweis: Aufwendungen für Honorare sind nicht erstattungsfähig.
Kieferorthopädie %		75 %	 Hinweis: Es werden nur Material- und Laborkosten - zu 100% - ersetzt.	0 % Hinweis: Erstattungsfähig sind nur Material- und Laborkosten - zu 100% (kein zahnärztliches Honorar!).	100 %	80 % Hinweis: Kieferorthopädie ist zu 80% erstattungsfähig abzüglich einer Selbstbeteiligung von max. 20 EUR je Behandlungstag bei einem Zahnarzt.	 Hinweis: Aufwendungen für Honorare sind nicht erstattungsfähig.
- Leistungsanspruch bis Alter xx (bei Behandlungsbeginn)		unbegrenzt	 Hinweis: Es werden nur Material- und Laborkosten ersetzt (altersunabhängig).	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	
Gebührenordnung Zahn							
- GOZ bis Höchstsatz (3,5)							
- GOZ keine Begrenzung auf den Höchstsatz (>3,5)							












Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

		Hallesche	Barmenia	Inter	Universa	Continentale	AXA - DBV	
	Kundenwunsch	MAS.1 URZ PVN MKT.43	VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	ZAMLBEST 1 PVN KTMA 6	uni-AM 620 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U	
Monatsbeitrag:		715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €	
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %	
- Übernahme der ortsüblichen Kosten b. gezielter Auslandsbehandlung								
		<p>Hinweis: 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).</p>					<p>Hinweis: innerhalb EU/EWR: Der Versicherer verzichtet bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung auf eine tarifliche Bindung an die GOÄ.</p> <p>außerhalb EU/EWR: Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat (oder wenn im Rahmen einer notfallmäßigen Einweisung die Behandlung in einem ausländischen Krankenhaus erfolgt), wird auf eine tarifliche Bindung an die GOÄ verzichtet.</p>	
Zahn								
Keine Begrenzung auf Preis-/Lstg.verzeichnis, ortsübl./angemessene Preise o. ä.								
Summenbegrenzung max. ... Jahre		10	0	0	3	unbegrenzt	0	
			<p>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</p>					
Summenbegrenzung entfällt bei Unfall								
Heil- u. Kostenplan - keine Kürzung bei Nichtvorlage								

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

		Hallesche	Barmenia	Inter	Universa	Continental	AXA - DBV
	Kundenwunsch	MAS.1 URZ PVN MKT.43	VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	ZAMBest 1 PVN KTMA 6	uni-AM 620 uni- STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U
Monatsbeitrag:		715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
Inlays & Implantate ohne pauschale Begrenzungen						  Hinweis: Inlays sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	
Inlays - Erstattung in gleicher Höhe wie Zahnbehandlung							
- sonstiges							 Hinweis: Während der ersten 6 Monate des Bezuges von Elterngeld besteht beitragsfreier Versicherungsschutz.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Kundenwunsch	Hallesche	Barmenia	Inter	Universa	Continentale	AXA - DBV
		MAS.1 URZ PVN MKT.43	VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	ZAMLBest 1 PVN KTMA 6	uni-AM 620 uni- STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U
Monatsbeitrag:		715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag							
- Markteinführung des Tarifes (Jahr):		2013	2013	2019	2013	2015	0
- Tarif nicht mehr im Verkauf seit (Jahr):				0			
- Markteinführung BiSex- "Vorgängertarif" (Jahr):		1992	2002	0	1985	0	
Antragsfragen/Annahmerichtlinien							
- Fragezeitraum ambulante Behandlungen: max. 3 Jahre		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Fragezeitraum Psychotherapie: max. 3 Jahre							
- Fragezeitraum stationäre Behandlungen: max. 5 Jahre			✓	✓	✓	✓	✓
- Keine Frage nach "unbehandelten Beschwerden/Krankheiten"							
Zahn: fehlende Zähne - Annahme soll möglich sein bis xx Zähne		0	3	5	2	9	
Kinder alleine versicherbar ab Alter		0	0	1	16		16

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

		Hallesche	Barmenia	Inter	Univerva	Continentale	AXA - DBV
	Kundenwunsch	MAS.1 URZ PVN MKT.43	VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	ZAMBest 1 PVN KTMA 6	uni-AM 620 uni- STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U
Monatsbeitrag:		715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
Ausland							
- Weltweiter Versicherungsschutz mind. ... Monate		unbegrenzt	unbegrenzt	12	3	6	6
					Hinweis: Während eines Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht Versicherungsschutz bis zu 36 Monaten, sofern der Versicherungsbeginn der Krankheitskostenvollversicherung mindestens 36 Monate zurückliegt oder bis zu 3 Monaten in allen anderen Fällen. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über die jeweils geltende Leistungsdauer hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.		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).				

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Kundenwunsch	Hallesche	Barmenia	Inter	Univera	Continental	AXA - DBV
		MAS.1 URZ PVN MKT.43	VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	ZAMBest 1 PVN KTMA 6	uni-AM 620 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U
Monatsbeitrag:		715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
Optionsrecht auf Höherversicherung							
Optionsrecht auf Höherversicherung			✓				✓
- Anzahl feste Optionszeitpunkte			3				1
- anlassbezogenes Optionsrecht			✓				✓
- Verzicht auf Risikozuschläge/ Ausschlüsse für neue Erkrankungen			✓				✓
- keine Beschränkung der Zieltarife			✓				✓ ⚠ Hinweis: VZ600-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.
- Optionsrecht auch für über Kindernachversicherung versicherte Personen			✓				✓ ⚠ Hinweis: Für im Rahmen der Kindernachversicherung mitversicherte Personen gilt das Optionsrecht zu Beginn des 6. Versicherungsjahres nicht.
- keine Einschränkung des Optionsrechtes durch Vorversicherung							✓ ⚠ Hinweis: Das Optionsrecht zu Beginn des 6. Versicherungsjahres darf nur ausgeübt werden, wenn mit diesem Tarif erstmalig eine Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer abgeschlossen wurde.
- Optionsrecht besteht mind. bis Alter ...			unbegrenzt				unbegrenzt

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Kundenwunsch	Hallesche	Barmenia	Inter	Univerra	Continentale	AXA - DBV
		MAS.1 URZ PVN MKT.43	VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	ZAMBest 1 PVN KTMA 6	uni-AM 620 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U
Monatsbeitrag:		715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
- Reha / Anschlussreha (Anschlussheilbehandlung (AHB), Anschlussgesundheitsmaßnahme (AGM))							
- Regelungen (Leistungen) des VR gem. Bedingungen (ggf. gekürzt wiedergegeben)		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Erstattung verbleibender stationärer Wahlleistungen unabhängig von evtl. Kostenübernahme durch Rehaträger?		✓				⚠ Hinweis: Leistungen nur im Rahmen einer AHB.	
- ambulante Anschlussreha		✓	✓	✓	✓		✓
- stationäre Anschlussreha		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Anschlussreha ohne übliche Einschränkungen		✓	✓ ⚠ Hinweis: Stationäre AHB werden erstattet, wenn die stationäre Durchführung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.	✓	✓		
- sonstige ambulante Reha-Maßnahmen			✓				✓
- sonstige stationäre Reha-Maßnahmen			✓				
- sonstige Reha-Maßnahmen ohne übliche Einschränkungen			✓ ⚠ Hinweis: Stationäre Reha-Maßnahmen werden erstattet, wenn die stationäre Durchführung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.				
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag							
- Entziehungsmaßnahmen - 100% Erstattung/mind. 3 Maßnahmen		✓	✓		⚠ Hinweis: Entziehungsmaßnahmen in Krankenhäusern, die nicht der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen, sind nicht erstattungsfähig.	✓	
- Kinderwunschbehandlung - nicht ausgeschlossen		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Beitragsfreiheit/ Zusatzleistung nach Entbindung		✓	✓	✓			✓
- Beitragsrückerstattung garantiert						✓	

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Kundenwunsch	Hallesche MAS.1 URZ PVN MKT.43	Barmenia VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	Inter ZAMLBest 1 PVN KTMA 6	Universon uni-AM 620 uni- STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	Continentale COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	AXA - DBV VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U
Monatsbeitrag:		715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
- Beitragsrückerstattung mind. ... Monatsbeiträge im 1. Jahr		1	2	1	1	2	1
				Hinweis: Regelung für Neukunden: Bei ununterbrochener Leistungsfreiheit seit Beginn des Versicherungsverhältnisses werden für das 1. bzw. das 1. und 2. bzw. das 1.-3. Kalenderjahr jeweils 3 MMB gezahlt (ab dem 4. KJ bzw. bei Unterbrechung der Leistungsfreiheit erfolgt die Auszahlung wie oben beschrieben). Bei unterjährigem Versicherungsbeginn wird für das 1. KJ für jeden vollen versicherten Monat 1/4 des MMB gezahlt. Die erhöhte BRE gilt auch bei der Nachversicherung von z. B. Ehegatten und Kindern; sie entfällt, wenn die Versicherung in Ruhe gesetzt wird.			Hinweis: ab Alter 20: 700 EUR bei 1-4 leistungsfreien Jahren, 1.000 EUR ab 5 leistungsfreien Jahren; bis Alter 19: 200 EUR (ab 1 leistungsfreien Jahr) jährlicher Verhaltensbonus (ab Alter 20): BMI (zwischen 18,5 und 25): 25 EUR / Nichtraucher: 25 EUR / Fitness: 50 EUR
- Wartezeiten - genereller Verzicht bei Neuabschluss							
				Hinweis: Bei Vertragsänderungen gelten für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes die allgemeine Wartezeit von drei Monaten und (für Entbindung, Erkrankungen des psychischen oder psychiatrischen Formenkreises, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie) die besonderen Wartezeiten von acht Monaten; sie entfallen für unfallbedingte Aufwendungen.			
- Kindernachversicherung - Klarstellung angeborener Geburtsschäden/Anomalien							

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

		Hallesche	Barmenia	Inter	Universa	Continentale	AXA - DBV
	Kundenwunsch	MAS.1 URZ PVN MKT.43	VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	ZAMLBest 1 PVN KTMA 6	uni-AM 620 uni- STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U
Monatsbeitrag:		715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
- Umwandlungsrecht Voll- in gleichwertige Zusatzversicherung							
- Verbesserte Kriegsklausel							
- Mindestvertragsdauer, Kündigungszeitpunkt		2	2	2	2	2	2
sonstiges							
							Hinweis: Die Aufwendungen für Heilbehandlungen und sonst vereinbarte Leistungen werden - soweit sich aus § 4 MB/KK 2008 einschließlich der Nummern 9 bis 13 TB nichts anderes ergibt und/oder Leistungshöchstgrenzen nicht vereinbart werden - bis zu angemessenen Beträgen anerkannt. Die Angemessenheit ist überschritten wenn die Aufwendungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

	Kundenwunsch	Hallesche MAS.1 URZ PVN MKT.43	Barmenia VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	Inter ZAMBest 1 PVN KTMA 6	Universa uni-AM 620 uni- STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	Continentale COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	AXA - DBV VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U	
Monatsbeitrag:		715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €	
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %	
Krankentagegeld								
Tagegeld auch über Netto Gehalt versicherbar (Arbeitnehmer)			⚠ Hinweis: Besteht bei dem Versicherer auch eine Krankheitskostenvollversicherung, sind bei Arbeitnehmern zusätzlich zum Nettoeinkommen die Beiträge zur privaten Krankheitskostenvollversicherung/ Pflegepflichtversicherung und gesetzlichen Rentenversicherung absicherbar.	✓	✓	✓	✓	
bei Wechsel in Selbstständigkeit keine Risikoprüfung/Wartezeiten		✓	✓	✓ ⚠ Hinweis: Zusätzliche (einmalige) Option - ohne Gesundheitsprüfung - auf Verdopplung des Tagessatzes bei Wechsel in eine niedergelassene ärztliche, zahnärztliche oder tierärztliche Tätigkeit in einer eigenen Praxis; ggf. Nachweis über die Höhe der Praxiseinnahmen erforderlich. Option kann bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres wahrgenommen werden, sofern die Erhöhung spätestens 2 Monate nach der Niederlassung zum Zeitpunkt der Niederlassung beantragt wird. Für zum Zeitpunkt der Vertragsänderung noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle bleibt der Versicherungsschutz in Höhe des vor der Änderung geltenden Krankentagegeldes bis zum endgültigen Abschluss des Versicherungsfalles unverändert bestehen.				

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

		Hallesche	Barmenia	Inter	Univera	Continentale	AXA - DBV
	Kundenwunsch	MAS.1 URZ PVN MKT.43	VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	ZAMLBest 1 PVN KTMA 6	uni-AM 620 uni- STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U
Monatsbeitrag:		715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
Arbeitslosigkeit: Versicherungsschutz über MB/KT hinaus							
Tagegeld auch über Nettoeinkommen versicherbar (Selbstständige)			 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 (Betriebsinnahmen 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.			 Hinweis: lt. Info des Versicherers gelten als Nettoeinkommen bei Ärzten/Zahnärzten 75% der Betriebseinnahmen ohne Fremdlaborkosten und bei Tierärzten 75% der Betriebseinnahmen ohne Fremdlaborkosten, Umsatzsteuer und ggf. Medikamentenumsatz - vor Kürzung um die Betriebsausgaben. Diese Regelungen sind nicht!! Bestandteil der Versicherungsbedingungen.	










Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

		Hallesche	Barmenia	Inter	Universa	Continentale	AXA - DBV
	Kundenwunsch	MAS.1 URZ PVN MKT.43	VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	ZAMBest 1 PVN KTMA 6	uni-AM 620 uni- STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U
Monatsbeitrag:		715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
Existenzgründer geschätzter vor. Gewinn versicherbar?			✓			⚠ Hinweis: lt. Info des Versicherers wird bei Praxisneugründungen (keine Praxisübernahmen) ein Tagessatz von maximal 300 EUR akzeptiert, sofern eine Krankheitskostenvoll- versicherung (PKV oder GKV) besteht. Anderweitig bestehende Krankengelder und/ oder Krankentagegelder werden angerechnet. Nach Ablauf des ersten vollen Kalenderjahres wird geprüft, ob eine Neuordnung/ Anpassung des Vertrages (Anpassung) erforderlich ist. Diese Regelung ist nicht!! Bestandteil der Versicherungsbedingu- ngen.	✓
Leistung bei BU über MB/ KT hinaus	👍	✓	✓	✓	✖	✖	✖
BU: KT-Anspruch endet nicht automatisch bei Bezug einer BU-Rente	👍	✖	✓	✖	✓	✖	✖
Übergang KT zur BU nahtlos (KT & BU beim gleichen VR versichert)			✓	✓	✓	✓	✓

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

		Hallesche	Barmenia	Inter	Universa	Continentale	AXA - DBV
	Kundenwunsch	MAS.1 URZ PVN MKT.43	VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	ZAMBest 1 PVN KTMA 6	uni-AM 620 uni- STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U
Monatsbeitrag:		715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
Leistung auch bei Kur-/ Rehamaßnahme eines gesetzlichen Trägers				 Hinweis: Während einer medizinisch notwendigen stationären Rehabilitationsmaßna hme wird nach Ablauf der Karenzzeit das Krankentagegeld gezahlt, wenn die Notwendigkeit sowie die erforderliche Dauer zuvor durch ein begründetes ärztliches Attest gegenüber der INTER nachgewiesen wurde, der Versicherer die Leistung schriftlich zugesagt hat (ggf. von vorheriger ärztlicher Untersuchung abhängig) und die Arbeitsunfähigkeit seit Beginn der Maßnahme besteht.			
Alkoholgenuss: kein Ausschluss							
Entziehungsmaßnahmen mitversichert							

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

	Kundenwunsch	Hallesche MAS.1 URZ PVN MKT.43	Barmenia VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	Inter ZAMLBest 1 PVN KTMA 6	Universa uni-AM 620 uni- STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	Continentale COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	AXA - DBV VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U
Monatsbeitrag:		715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
Gemischte Anstalten - schriftl. Zusage nicht generell notwendig							
		Hinweis: gültig für Neukunden mit Beginn 01.2018 und später (Teil I (MB/KT 2009), Teil II (TB/KT 2013) - Fassung Januar 2018 (PM 25u – 08.17)): Eine schriftliche Leistungszusage ist auch nicht erforderlich, - wenn während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt ein Unfall oder eine akute Erkrankung eintritt, solange dieses Ereignis unabhängig vom eigentlichen Behandlungszweck eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung erfordert, oder - wenn es sich um eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung zum Zwecke eines operativen Eingriffs handelt.					
Leistung bei Erkrankung eines Kindes							
Schwangerschaft: Leistung bei Arbeitsunfähigkeit							
Entbindungspauschale							
KT Anspruch innerhalb EU nicht auf stationäre 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. Krankenhausbehandlung und vorheriger schriftl. Zusage.			Hinweis: Kein genereller Verzicht auf Kurortklausel, nur Aufweichung für med. notw. stat. Krankenhausbehandlung.	Hinweis: Kein genereller Verzicht auf Kurortklausel, nur Aufweichung für stationäre Kur- und Sanatoriumsbehandlungen bzw. Rehabilitationsmaßnahmen des gesetzlichen Rehabilitationsträgers.	

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

		Hallesche	Barmenia	Inter	Univerra	Continentale	AXA - DBV
	Kundenwunsch	MAS.1 URZ PVN MKT.43	VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	ZAMBest 1 PVN KTMA 6	uni-AM 620 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U
Monatsbeitrag:		715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
Rückfallerkrankung - Karenzzeiten werden zusammengezählt							
					Hinweis: Selbstständige: Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit werden nicht zusammengerechnet.	Hinweis: Bei Selbstständigen werden Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Erkrankung nicht zusammengerechnet.	
Leistung bei Teil-Arbeitsunfähigkeit/ Wiedereingliederungsversuch							
		Hinweis: Der Leistungsanspruch besteht nur für Arbeitnehmer mit einem festen Anstellungsverhältnis, für die beim Versicherer eine Krankheitskostenvollversicherung für ambulante und stationäre Behandlung besteht.					
Erhöhung Tagegeld bei Einkommenserhöhung ohne Gesundheitsprüfung							
Stationärer KH-Aufenthalt: früherer Leistungsbeginn							
Begrenzung ordentliches Kündigungsrecht							
- GKV-Versicherte (KT-Zusatz bei PKV)							
						Hinweis: Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht, wenn bei ihm gleichzeitig Versicherungsschutz für ambulante und stationäre Heilbehandlung besteht.	
- Selbstständige: KT + PKV-Voll nicht beim selben VR							
						Hinweis: Wenn eine Vorversicherung in der GKV (nach § 3 Abs. 5 MB/KT 2009) berücksichtigt wurde, verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht in Höhe des angerechneten Krankengeldanspruchs.	

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

	Kundenwunsch	Hallesche	Barmenia	Inter	Universa	Continental	AXA - DBV
		MAS.1 URZ PVN MKT.43	VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	ZAMLBest 1 PVN KTMA 6	uni-AM 620 uni- STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U
Monatsbeitrag:		715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
- Selbstständige: KT + PKV- Voll beim selben VR							
Krankentagegeld							
Abschluss mit PKV bei anderem VU versicherbar							
Mindestvertragsdauer		1	2	2	1	1	2
sonstiges							
		Hinweis: Der Tarif ist nur für Hallesche- und GKV-Versicherte versicherbar. Darf nicht mit einer anderen PKV abgeschlossen werden!					

Leistungsvergleich Ambulant

	Hallesche MAS.1 URZ PVN MKT.43	Barmenia VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	Inter ZAMLBest 1 PVN KTMA 6	Universa uni-AM 620 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	Continentale COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	AXA - DBV VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U
Monatsbeitrag:	715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
Selbstbeteiligung						
- Selbstbehalt pro Jahr für Erwachsene?	✔ Die Selbstbeteiligung ist auf 600,- € pro Kalenderjahr begrenzt.	✔ Die Selbstbeteiligung ist auf 600 EUR pro Kalenderjahr begrenzt.	✔ Die Selbstbeteiligung ist auf 550 EUR pro Kalenderjahr begrenzt.	✔ Die Selbstbeteiligung ist auf 620 EUR pro Kalenderjahr begrenzt.	✔ Die Selbstbeteiligung beträgt für: ⚠ - ärztliche Leistungen je Behandlungstag bei einem Arzt max. 20 EUR. Das gleiche gilt für gesondert berechnete Leistungen von Ärzten, die von dem behandelnden Arzt beauftragt werden (z. B. Laboruntersuchungen). - psychotherapeutische Leistungen je Sitzung max. 20 EUR, jedoch nicht mehr als 30 % vom erstattungsfähigen Rechnungsbetrag. - häusliche Behandlungspflege durch geeignete Pflegekräfte, Heilpraktikerleistungen bei einem Heilpraktiker oder Arzt, Leistungen von Hebammen und Entbindungspflegern je Behandlungstag max. 20 EUR. - spezialisierte ambulante Palliativversorgung max. 20 EUR je Behandlungstag. - je Arzneimittel, je Verbandmittel und je Impfstoff max. 20 EUR (entfällt für Arzneimittel, die als Generika bezogen werden). - je Heilmittel an einem Behandlungstag max. 20 EUR. - je Hilfsmittel max. 50 EUR. - je Krankentransport/Krankenfahrt max. 20 EUR (ärztlich verordnete Hin- und Rückfahrt gelten als 1 Transport). - zahnärztliche Leistungen je Behandlungstag bei einem Zahnarzt max. 20 EUR. - Krankenhausleistungen je Kalendertag max. 20 EUR für höchstens 14 Kalendertage je vollstationärem Aufenthalt. Hinweis: Da der Tarif eine leistungsdynamische statt einer pauschalen Selbstbeteiligung vorsieht, wurden beispielhaft 450 EUR Selbstbehalt pro Jahr zugrunde gelegt. 20 EUR Selbstbehalt je medizinischer Leistung (z. B. Arztbesuch, Massage, verordnete Arznei). Die Summe aller Selbstbehalte für ambulante und stationäre Leistungen ist pro Kalenderjahr so begrenzt, dass dieser Tarif die seit dem 1. Januar 2009 geltenden Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung nach § 193 Abs. 3 VVG erfüllt (max. 5.000 EUR).	✔ Die Selbstbeteiligung ist auf 600 EUR pro Kalenderjahr begrenzt.
- Selbstbehalt bei 2.500 € ambulanten Kosten (Arztbesuche, Medikamente, Heil-/Hilfsmittel) pro Jahr für Erwachsene?	✔ Der Eigenanteil beträgt im Beispiel pro Kalenderjahr: 600 EUR - 10 Arztbesuche je 100 EUR = 1.000 EUR – 100% Erstattung /, 600 EUR SB = 400 EUR - 10 Medikamente je 50 EUR = 500 EUR – 100% Erstattung = 500 EUR - 1 Hilfsmittel zu 800 EUR = 800 EUR – 100% Erstattung = 800 EUR - 10 Heilmittel je 20 EUR = 200 EUR – 100% Erstattung = 200 EUR Die danach für dasselbe Kalenderjahr max. noch verbleibende Selbstbeteiligung für Arztbesuche, Medikamente, Hilfsmittel, Heilmittel beträgt insgesamt 0 EUR.	✔ Der Eigenanteil beträgt im Beispiel pro Kalenderjahr: 600 EUR - 10 Arztbesuche je 100 EUR = 1.000 EUR – 100% Erstattung /, 600 EUR SB = 400 EUR - 10 Medikamente je 50 EUR = 500 EUR – 100% Erstattung = 500 EUR - 1 Hilfsmittel zu 800 EUR = 800 EUR – 100% Erstattung = 800 EUR - 10 Heilmittel je 20 EUR = 200 EUR – 100% Erstattung = 200 EUR Die danach für dasselbe Kalenderjahr max. noch verbleibende Selbstbeteiligung für Arztbesuche, Medikamente, Hilfsmittel, Heilmittel beträgt insgesamt 0 EUR.	✔ Der Eigenanteil beträgt im Beispiel pro Kalenderjahr: 550 EUR - 10 Arztbesuche je 100 EUR = 1.000 EUR – 100% Erstattung /, 550 EUR SB = 450 EUR - 10 Medikamente je 50 EUR = 500 EUR – 100% Erstattung = 500 EUR - 1 Hilfsmittel zu 800 EUR = 800 EUR – 100% Erstattung = 800 EUR* - 10 Heilmittel je 20 EUR = 200 EUR – 100% Erstattung = 200 EUR Die danach für dasselbe Kalenderjahr max. noch verbleibende Selbstbeteiligung für Arztbesuche, Medikamente, Hilfsmittel*, Heilmittel beträgt insgesamt 0 EUR. * bei Einschaltung VR	✔ Der Eigenanteil beträgt im Beispiel pro Kalenderjahr: 620 EUR - 10 Arztbesuche je 100 EUR = 1.000 EUR – 100% Erstattung /, 620 EUR SB = 380 EUR - 10 Medikamente je 50 EUR = 500 EUR – 100% Erstattung = 500 EUR - 1 Hilfsmittel zu 800 EUR = 800 EUR – 100% Erstattung = 800 EUR - 10 Heilmittel je 20 EUR = 200 EUR – 100% Erstattung = 200 EUR Die danach für dasselbe Kalenderjahr max. noch verbleibende Selbstbeteiligung für Arztbesuche, Medikamente, Hilfsmittel, Heilmittel beträgt insgesamt 0 EUR.	✔ Der Eigenanteil beträgt im Beispiel pro Kalenderjahr: 450 EUR - 10 Arztbesuche je 100 EUR = 1.000 EUR – 100% Erstattung /, 200 EUR SB = 800 EUR - 10 Medikamente je 50 EUR = 500 EUR – 100% Erstattung = 500 EUR* - 1 Hilfsmittel zu 800 EUR = 800 EUR – 100% Erstattung /, 50 EUR SB = 750 EUR - 10 Heilmittel je 20 EUR = 200 EUR – 100% Erstattung /, 200 EUR SB = 0 EUR Die danach für dasselbe Kalenderjahr max. noch verbleibende Selbstbeteiligung für Arztbesuche, Medikamente*, Hilfsmittel, Heilmittel beträgt insgesamt 4.550 EUR. Die Summe aller Selbstbehalte für ambulante und stationäre Leistungen ist nach § 193 Abs. 3 VVG auf 5.000 EUR begrenzt. * bei Bezug von Generika	✔ Der Eigenanteil beträgt im Beispiel pro Kalenderjahr: 600 EUR - 10 Arztbesuche je 100 EUR = 1.000 EUR – 100% Erstattung /, 600 EUR SB = 400 EUR - 10 Medikamente je 50 EUR = 500 EUR – 100% Erstattung = 500 EUR - 1 Hilfsmittel zu 800 EUR = 800 EUR – 100% Erstattung = 800 EUR (bei Einschaltung VR) - 10 Heilmittel je 20 EUR = 200 EUR – 100% Erstattung = 200 EUR Die danach für dasselbe Kalenderjahr max. noch verbleibende Selbstbeteiligung für Arztbesuche, Medikamente, Hilfsmittel, Heilmittel beträgt insgesamt 0 EUR.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Hallesche MAS.1 URZ PVN MKT.43	Barmenia VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	Inter ZAMLBest 1 PVN KTMA 6	Universa uni-AM 620 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	Continentale COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	AXA - DBV VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U
Monatsbeitrag:	715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
- Selbstbehalt nur ambulant?	Die Selbstbeteiligung gilt über alle Bereiche (ambulant, stationär, Zahn).	Die Selbstbeteiligung gilt für den ambulanten und stationären Bereich.	✔ Die Selbstbeteiligung gilt nur für den ambulanten Bereich.	✔ Die Selbstbeteiligung gilt nur für den ambulanten Bereich.	Die Selbstbeteiligung gilt über alle Bereiche (ambulant, stationär, Zahn).	Die Selbstbeteiligung gilt für den ambulanten und stationären Bereich.
- prozentualer Selbstbehalt?	Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	Nein, die Selbstbeteiligung wird nicht prozentual angerechnet. Es erfolgt nur eine Erstattung für Rechnungsbeträge oberhalb der Selbstbeteiligung.	Nein, die Selbstbeteiligung wird nicht prozentual angerechnet. Es erfolgt nur eine Erstattung für Rechnungsbeträge oberhalb der Selbstbeteiligung.	Nein, die Selbstbeteiligung wird nicht prozentual angerechnet. Es erfolgt nur eine Erstattung für Rechnungsbeträge oberhalb der Selbstbeteiligung.	Es besteht eine fallbezogene Selbstbeteiligung.	Nein, die Selbstbeteiligung wird nicht prozentual angerechnet. Es erfolgt nur eine Erstattung für Rechnungsbeträge oberhalb der Selbstbeteiligung.
- Selbstbehalt für Kinder reduziert?	Für Kinder gilt die gleiche Selbstbeteiligung wie für Erwachsene.	Für Kinder gilt die gleiche Selbstbeteiligung wie für Erwachsene.	✔ Für Kinder gilt bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem sie das 15. Lebensjahr vollenden, die hälftige Selbstbeteiligung.	Für Kinder gilt die gleiche Selbstbeteiligung wie für Erwachsene.	Für Kinder gilt die gleiche Selbstbeteiligung wie für Erwachsene.	✔ Die Selbstbeteiligung für Kinder und Jugendliche beträgt bis zum 31.12. des Kalenderjahres, in dem sie das 19. Lebensjahr vollenden, pro Versicherungsjahr 300 EUR.
- Vorsorgeuntersuchungen ohne Anrechnung auf den Selbstbehalt?	✘ Vorsorgeuntersuchungen werden auf die Selbstbeteiligung angerechnet.	✔ Die Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen fallen nicht unter den Selbstbehalt, sofern sie in den jeweiligen Rechnungen ausdrücklich als Vorsorgeleistungen bzw. Schutzimpfungen bezeichnet werden.	✔ Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen werden nicht auf die Selbstbeteiligung angerechnet, sofern für sie eine eigenständige Rechnung ausgestellt wird.	✘ Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen gesetzlicher Programme werden auf die Selbstbeteiligung angerechnet. Vorsorgemaßnahmen außerhalb gesetzlicher Programme werden - lt. Highlightblatt der Universa (Druckstück 075-204 01.2020; KEIN Bestandteil der Bedingungen) - ohne Anrechnung auf die Selbstbeteiligung erstattet.	✘ Die leistungsdynamische Selbstbeteiligung umfasst auch Vorsorgeuntersuchungen.	✔ Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlichen Programmen (und Schutzimpfungen) werden nicht auf die Selbstbeteiligung angerechnet.
Haus-/Primärarztprinzip						
- volle Erstattung auch bei direkter Facharztkonsultation?	✔ 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.
- werden die Kosten von Folgebehandlungen zu 100% erstattet, wenn eine nachträgliche Überweisung durch den Haus-/Primärarzt vorgelegt wird?	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
- Verzicht auf eine Frist (z.B. 6 Monate), nach der erneut die Überweisung durch einen Haus-/Primärarzt erfolgen muss?	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
- Verzicht bei akuter Erkrankung im Ausland auf die Einhaltung des Haus-/Primärarztprinzips?	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
- Verzicht bei Not- und Bereitschaftsärzten auf die Einhaltung des Haus-/Primärarztprinzips?	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
- Begrenzung des Eigenanteiles, der bei Verletzung des Haus-/Primärarztprinzips zusätzlich entsteht?	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
- Höhe der Erstattung, wenn das Haus-/Primärarztprinzip verletzt wurde	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
Gebühreordnung ambulant						
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOÄ?	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vorhanden.	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vorhanden.	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vorhanden.	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vorhanden.	✔ Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) begrenzt.	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vorhanden.
- Erstattung über die Höchstsätze der GOÄ hinaus?	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden (soweit eine gültige Honorarvereinbarung zugrunde liegt).	✔ Aufwendungen werden auch über den Höchstsätzen der GOÄ erstattet, sofern sie durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwerisse begründet sind und den Anforderungen der Gebührenordnung entsprechen.	✘ Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Hallesche MAS.1 URZ PVN MKT.43	Barmenia VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	Inter ZAMLBest 1 PVN KTMA 6	Universa uni-AM 620 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	Continentale COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	AXA - DBV VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U
Monatsbeitrag:	715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt?	Keine Leistung vorhanden. Hinweis: 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. Gebühren sind im tariflichen Umfang auch über die Höchstsätze der in dem jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen, sonstigen Preisverzeichnisse, preislichen Regelwerke oder Preislisten hinaus erstattungsfähig.	Ja. Bei Heilbehandlung im Ausland sind die tariflich vorgesehenen Leistungen erstattungsfähig. Sofern für eine versicherte Leistung im Ausland keine Abrechnungsbestimmungen existieren, ist das ortsübliche Kostenniveau heranzuziehen.	Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ.	Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ.	außerhalb EU/EWR: Keine Leistungspflicht besteht für Mehrkosten einer Heilbehandlung, sofern der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung ins Ausland gereist ist. Als Mehrkosten gelten dabei die Kostenanteile der Behandlung im Ausland, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland übersteigen (gilt auch bei Entbindung, es sei denn, ein Elternteil ist Staatsangehöriger des Aufenthaltslandes und die Staatsbürgerschaft wird nachgewiesen). Hinweis: innerhalb EU/EWR: Der Versicherer verzichtet bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung auf eine tarifliche Bindung an die GOÄ. außerhalb EU/EWR: Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat (oder wenn im Rahmen einer notfallmäßigen Einweisung die Behandlung in einem ausländischen Krankenhaus erfolgt), wird auf eine tarifliche Bindung an die GOÄ verzichtet.
Heilpraktiker						
- Heilpraktiker	Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	VZK1D plus, VZN plus: Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.
- Erstattung für Behandlungen durch Heilpraktiker in %?	Heilpraktikerleistungen sind zu 100% erstattungsfähig.	Heilpraktikerleistungen werden zu 100% erstattet.	Behandlungen durch Heilpraktiker einschließlich dazugehöriger Arznei- und Verbandmittel werden zu 100% erstattet.	Heilpraktikerleistungen sind zu 100% erstattungsfähig.	Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Heilpraktikerleistungen werden zu 100% abzüglich einer Selbstbeteiligung von max. 20 EUR je Behandlungstag erstattet.	Heilpraktikerleistungen - außer Psychotherapie - werden zu 100% erstattet.
- Höchsterstattung pro Jahr in €?	Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.	Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.	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.
- mind. bis zum Höchstsatz Gebüh. erstattungsfähig?	Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind bis zum Höchstsatz des Gebüh. erstattungsfähig.	VZK1D plus: Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind über die Höchstsätze des Gebüh. erstattungsfähig. VZN plus: Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind bis zum Höchstsatz des Gebüh. erstattungsfähig.	Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind bis zu den im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (Gebüh.) genannten Höchstbeträgen erstattungsfähig.	Keine Leistung vorhanden. Hinweis: In den Vertragsbedingungen ist keine Begrenzung festgelegt. Lt. Highlightblatt der Universa (Druckstück 075-204 01.2020; KEIN Bestandteil der Bedingungen) werden Heilpraktikerleistungen bis zum vergleichbaren Honorar für Ärzte erstattet.	Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind bis zum Mindestsatz des Gebüh. erstattungsfähig.	Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind bis zum Höchstsatz des Gebüh. erstattungsfähig.
Sind erweiterte Naturheilverfahren/ Hufelandverzeichnis (über Gebüh. hinaus) erstattungsfähig?	Nein, es sind keine Leistungen über das Gebüh. hinaus vorgesehen. Der Versicherer erstattet Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben wie die von der Schulmedizin überwiegend anerkannten Methoden/Arzneimittel oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden/Arzneimittel zur Verfügung stehen - er kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.	VZK1D plus: Keine Leistung vorhanden. Es wird ein separater Zusatz-Ergänzungstarif für Naturheilverfahren angeboten, sofern VZD1+ oder VZD2+ versichert ist. VZN plus: Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen und die in diesem Zusammenhang verordneten naturheilkundlichen Arzneimittel und Heilmittel sind im Rahmen der im Hufeland-Verzeichnis aufgeführten Behandlungs- und Untersuchungsmethoden erstattungsfähig.	Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Die Leistung ist nicht!! auf die in den AVB Teil 1 beschriebenen Methoden und Arzneimittel (= von der Schulmedizin überwiegend anerkannt; andere Methoden/Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder angewendet werden, weil nichts Schulmedizinisches zur Verfügung steht) beschränkt. Die Behandlungen müssen aber im Gebüh. aufgeführt sein.	Nein, es sind keine Leistungen über das Gebüh. hinaus vorgesehen. Der Versicherer erstattet Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben wie die von der Schulmedizin überwiegend anerkannten Methoden/Arzneimittel oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden/Arzneimittel zur Verfügung stehen - er kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.	Heilpraktikerleistungen umfassen sämtliche Verrichtungen von Heilpraktikern nach dem Gebüh. und darüber hinaus auch die Kosten sonstiger von Heilpraktikern üblicherweise durchgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, soweit sie sich aus dem den Tarifbedingungen angehangenen Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren ergeben (bis zu den Mindestsätzen der dort genannten Gebüh.ziffern und Höchstleistungsbeträgen).	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.



Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Hallesche MAS.1 URZ PVN MKT.43	Barmenia VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	Inter ZAMLBest 1 PVN KTMA 6	Universa uni-AM 620 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	Continentale COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	AXA - DBV VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U
Monatsbeitrag:	715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
Sind alternative Heilmethoden/Hufeland durch Ärzte 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 sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben wie die von der Schulmedizin überwiegend anerkannten Methoden/Arzneimittel oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden/Arzneimittel zur Verfügung stehen.	✔ VZN plus: Unter den Versicherungsschutz fallen die im Rahmen einer ambulanten Heilbehandlung, stationären Heilbehandlung und Kurbehandlung sowie bei Zahnbehandlung, zahnprophylaktischen Leistungen, Zahnersatz und Zahn- und Kieferregulierung angewandten naturheilkundlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen (Stand 2009) aufgeführt sind und die in diesem Zusammenhang verordneten naturheilkundlichen Arzneimittel und Heilmittel. VZK1D plus: Keine Leistung vorhanden. Es wird ein separater Zusatz-Ergänzungstarif für Naturheilverfahren angeboten, sofern VZD1+ oder VZD2+ versichert ist.	✔ Aufwendungen für Methoden der besonderen Therapierichtungen nach dem Hufelandverzeichnis durch Ärzte werden einschließlich Arznei- und Verbandmittel zu 100% erstattet.	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 sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben wie die von der Schulmedizin überwiegend anerkannten Methoden/Arzneimittel oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden/Arzneimittel zur Verfügung stehen.	✔ Erstattungsfähig sind ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, soweit sie in dem GebÜH in der jeweils gültigen Fassung oder dem den Tarifbedingungen angehangenen "Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren" aufgeführt und nicht im Gebührenverzeichnis der GOÄ enthalten sind - bis zu den Mindestsätzen des im Verzeichnis genannten Gebührenziffern und Höchsterstattungsbeträgen.	Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Über die Allgemeinen Versicherungsbedingungen hinaus sind nur Arzneimittel der klassischen Homöopathie, der Phytotherapie und der anthroposophischen Medizin im Rahmen der alternativen Medizin erstattungsfähig.
Vorsorge						
- über gesetzl. Programme hinaus?	✔ Vorsorgeuntersuchungen sind auch über gesetzlich eingeführte Programme hinaus erstattungsfähig.	✔ Erstattungsfähig sind Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten sowie im Rahmen der "Mutterschafts-Richtlinien".	✔ Ja, Vorsorgeuntersuchungen sind nicht auf gesetzlich eingeführte Programme begrenzt. Erstattungsfähig sind ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur gezielten Früherkennung von Erkrankungen.	✔ Erstattet werden auch Vorsorgemaßnahmen außerhalb gesetzlicher Programme (hierzu gehören z. B. Schutzimpfungen, Kurse und Gymnastik zur Geburtsvorbereitung und Rückbildung, Vorsorgekuren) - bis 500 EUR innerhalb von 2 Kalenderjahren. Aufwendungen für Pränataldiagnostik werden bei Vorliegen von Risikofaktoren in der Schwangerschaft übernommen. Hinweis: Schriftliche Klarstellung der Universa vom 11.02.2020 zum Thema „Gezielte Vorsorgeuntersuchungen ohne Altersbegrenzungen und ohne festgelegte Zeitabstände“: Hiermit erklären wir, dass es der ständigen Leistungspraxis der uniVersa Krankenversicherung a. G. entspricht, die Aufwendungen für die ambulante Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen) gemäß § 1 Abs. 2b) MB/ KK 2009 ohne Berücksichtigung von Altersgrenzen und ohne festgelegte Zeitabstände im tariflichen Umfang unserer Vollversicherungstarife zu erstatten.	✔ Vorsorgeuntersuchungen sind innerhalb gesetzlich eingeführter Programme, jedoch ohne Altersbegrenzung und Untersuchungsintervalle erstattungsfähig.	✔ Vorsorgeuntersuchungen sind im Rahmen gesetzlich eingeführter Programme, jedoch ohne Beschränkung auf Altersgrenzen erstattungsfähig.
- Schutzimpfungen?	✔ 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.	✔ 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 Empfehlungen der STIKO in Verbindung mit 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.	✔ Erstattet werden staatlich empfohlene Kinderschutzimpfungen sowie Impfungen, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut bzw. von den zuständigen Behörden der Bundesländer empfohlen werden sowie Reiseimpfungen - auch über die Empfehlungen der STIKO hinaus, wie z. B. Malaria.	✔ Erstattet werden Schutzimpfungen (einschl. Impfstoff) nach dem jeweils aktuellen Impfkalender (Standardimpfungen) der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut (STIKO) für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene. Darüber hinaus werden auch Vorsorgemaßnahmen außerhalb gesetzlicher Programme (hierzu gehören z. B. Schutzimpfungen gegen gegen Hepatitis, Tollwut bei Tierhaltern und Jägern, Cholera, Typhus, Gelbfieber, Malaria und andere Tropenkrankheiten) vergütet - bis insgesamt 500 EUR innerhalb von 2 Kalenderjahren.	✔ Erstattet werden die Kosten für Schutzimpfungen einschließlich Impfstoffe, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlen werden. Schutzimpfungen anlässlich einer Reise oder aus beruflichen Gründen sind nicht erstattungsfähig.	✔ 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.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Hallesche MAS.1 URZ PVN MKT.43	Barmenia VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	Inter ZAMLBest 1 PVN KTMA 6	Universa uni-AM 620 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	Continentale COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	AXA - DBV VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U
Monatsbeitrag:	715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
Heilmittel						
- Heilmittel-Definition	<p>✔ Es besteht Versicherungsschutz für folgende Heilmittel: Krankengymnastik/Bewegungsübungen, Heilgymnastik, Massagen, physiotherapeutische Palliativversorgung (soweit sie nicht bereits von der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung umfasst ist), Packungen/Hydrotherapie/Bäder, Inhalationen, Kälte- und Wärmebehandlung, elektrische und physikalische Heilbehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie, Bestrahlungen, Logopädie, Beschäftigungstherapie (Ergotherapie), Podologie, Ernährungstherapie (wenn sie in Folge einer Erkrankung medizinisch notwendig ist; durch Diätassistenten, Oecotrophologen, Ernährungswissenschaftler), Geburtsvorbereitung / Schwangerschaftsgymnastik sowie Rückbildungsgymnastik.</p> <p>Nach vorheriger schriftlicher Zusage besteht darüber hinaus Versicherungsschutz für Rehabilitationssport / Funktionstraining in Gruppen durch hierfür anerkannte Leistungserbringer.</p>	<p>✔ Als Heilmittel gelten medizinische Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische sowie logopädische, ergotherapeutische und podologische Behandlungen.</p>	<p>✔ Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Heilmittel, d.h. Heilmaßnahmen, die von staatlich geprüften Angehörigen von Gesundheitsfachberufen durchgeführt werden. Hierzu gehören Inhalationen, Physiotherapie (z.B. Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Übungsbehandlung, Traktionsbehandlung, manuelle Lymphdrainage, Massagen, Hydrotherapie, Packungen und Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie), Logopädie, Ergotherapie, Podologie. Erstattungsfähig sind auch Mehraufwendungen für die Behandlung außerhalb der Praxis des Leistungserbringers (Hausbesuch), sofern sie ärztlich verordnet wurden.</p> <p>Bei einer Schwangerschaft werden Geburtsvorbereitungskurse und Schwangerschafts- sowie Rückbildungsgymnastik vergütet.</p>	<p>✔ Zu den Heilmitteln gehören insbesondere Inhalationen, Übungsbehandlungen (z.B. Krankengymnastik, medizinische Trainingstherapie), Osteopathie bei orthopädischen Erkrankungen, Massagen, Hydrotherapie, Packungen und medizinische Bäder, Kälte- und Wärmebehandlungen, Elektro- und Lichttherapie, Stimm-, Sprech- und Sprachübungen (Logopädie), Ergotherapie, Hippotherapie, medizinische Fußpflege (Podologie), einschl. ärztlich verordneter medizinisch notwendiger Hausbesuche und Fahrtkosten bei ärztlich verordneten medizinisch notwendigen Hausbesuchen.</p>	<p>✔ Heilmittel sind die zur Beseitigung oder Linderung von Krankheiten oder Unfallfolgen dienenden Anwendungen oder Behandlungen durch staatlich geprüfte Angehörige von Heilhilfsberufen (z. B. Masseur).</p>	<p>✔ Als Heilmittel gelten die Anwendungen der physikalischen Medizin (z. B. Krankengymnastik, Massagen und Bäder), Ergotherapie und Logopädie.</p>
- 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.	<p>✔ Die Leistung ist vorhanden.  Hinweis: Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 100% abzüglich einer Selbstbeteiligung von max. 20 EUR je Heilmittel und Behandlungstag übernommen.</p>	✔ 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.	 Der Eigenanteil für Heilmittel p.a. ist nicht in der Höhe begrenzt.	✔ 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.
- Verzichtet der Tarif auf ein Preis-/Leistungsverzeichnis, eine Begrenzung auf Behilfessätze, "ortsübliche" oder "angemessene" Preise o. ä.?	Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	<p>✔ Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.</p> <p>Wichtige allgemeine Information: Es kann sein, dass Versicherer, die kein tarifliches Preis-/Leistungsverzeichnis haben oder die in ihren Bedingungen nicht von einer „Begrenzung auf ortsübliche oder in Deutschland übliche oder angemessene Preise oder Erstattung in angemessener Höhe o. ä.“ sprechen, dennoch ein „intern“ erstelltes Preis-/Leistungsverzeichnis oder sonstiges Richtlinien bei der Leistungsabwicklung nutzen. Man kann daher nicht zwingend davon ausgehen, dass keine bedingungsgemäße Begrenzung im Umkehrschluss bedeutet, dass diese Versicherer Preise in jeglicher Höhe akzeptieren.</p>	<p>✔ Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.</p> <p>Wichtige allgemeine Information: Es kann sein, dass Versicherer, die kein tarifliches Preis-/Leistungsverzeichnis haben oder die in ihren Bedingungen nicht von einer „Begrenzung auf ortsübliche oder in Deutschland übliche oder angemessene Preise oder Erstattung in angemessener Höhe o. ä.“ sprechen, dennoch ein „intern“ erstelltes Preis-/Leistungsverzeichnis oder sonstiges Richtlinien bei der Leistungsabwicklung nutzen. Man kann daher nicht zwingend davon ausgehen, dass keine bedingungsgemäße Begrenzung im Umkehrschluss bedeutet, dass diese Versicherer Preise in jeglicher Höhe akzeptieren.</p>	<p>✔ Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.</p> <p>Wichtige allgemeine Information: Es kann sein, dass Versicherer, die kein tarifliches Preis-/Leistungsverzeichnis haben oder die in ihren Bedingungen nicht von einer „Begrenzung auf ortsübliche oder in Deutschland übliche oder angemessene Preise oder Erstattung in angemessener Höhe o. ä.“ sprechen, dennoch ein „intern“ erstelltes Preis-/Leistungsverzeichnis oder sonstiges Richtlinien bei der Leistungsabwicklung nutzen. Man kann daher nicht zwingend davon ausgehen, dass keine bedingungsgemäße Begrenzung im Umkehrschluss bedeutet, dass diese Versicherer Preise in jeglicher Höhe akzeptieren.</p>	<p>✔ Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.</p> <p>Wichtige allgemeine Information: Es kann sein, dass Versicherer, die kein tarifliches Preis-/Leistungsverzeichnis haben oder die in ihren Bedingungen nicht von einer „Begrenzung auf ortsübliche oder in Deutschland übliche oder angemessene Preise oder Erstattung in angemessener Höhe o. ä.“ sprechen, dennoch ein „intern“ erstelltes Preis-/Leistungsverzeichnis oder sonstiges Richtlinien bei der Leistungsabwicklung nutzen. Man kann daher nicht zwingend davon ausgehen, dass keine bedingungsgemäße Begrenzung im Umkehrschluss bedeutet, dass diese Versicherer Preise in jeglicher Höhe akzeptieren.</p>	Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.
- 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 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 erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für Ergotherapie sind erstattungsfähig.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Hallesche MAS.1 URZ PVN MKT.43	Barmenia VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	Inter ZAMLBest 1 PVN KTMA 6	Universa uni-AM 620 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	Continentale COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	AXA - DBV VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U
Monatsbeitrag:	715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
Hilfsmittel						
Hilfsmittel	<p>✔ Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Hilfsmittel (sächliche und technische Mittel sowie Körperersatzstücke), die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen (z.B. Krankenfahrräder, Prothesen), die zur Therapie und Diagnostik erforderlich sind (z.B. Blutdruckmessgeräte), die zur Lebenserhaltung erforderlich sind (lebenserhaltende Hilfsmittel wie z. B. Beatmungsgeräte). Erstattungsfähig ist ferner die Anschaffung und Ausbildung eines Blindenhundes. Ebenfalls erstattungsfähig sind Aufwendungen für die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung (z.B. Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscher), sofern dies für die Inanspruchnahme für Leistungen nach diesem Tarif erforderlich ist.</p>	<p>✔ Erstattungsfähig sind Aufwendungen für technische Mittel und Körperersatzstücke, die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen, sowie für Behandlungs- und Kontrollgeräte. Dazu zählen auch Aufwendungen für orthopädische Schuhzurichtungen, Einlagen, Bandagen, Kompressionsstrümpfe, Kommunikationshilfen (inklusive Gebärdendolmetscher) und künstliche Ernährung. Unter Versicherungsschutz fallen auch lebenserhaltende Hilfsmittel.</p>	<p>✔ Erstattungsfähig sind Hilfsmittel, die Krankheits- oder Unfallfolgen sowie Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen. Erstattungsfähig sind auch medizinisch notwendige Hilfsmittel zur Therapie, Überwachung und Diagnostik (z.B. motorische Bewegungsschienen, Blutzuckermessgeräte, TENS-Geräte), sowie lebenserhaltende Hilfsmittel.</p>	<p>✔ Erstattungsfähig:</p> <ul style="list-style-type: none"> - kleinere Hilfsmittel: Brillen, Blutzuckermessgerät, Bruchbänder, Bandagen, Einlagen, Leibbinden, Kompressionsstrümpfe und Verbrauchsartikel im Rahmen einer Stomaversorgung - weitere (größere) Hilfsmittel (in einjährigen Abständen) wie z. B. orthopädische Schuhe, Hörhilfen (elektronische Hörgeräte), Heimdialysegeräte bei Nierenversagen, Körperersatzstücke, Krankenfahrräder, elektronische Sprechhilfen nach Kehlkopfoperationen, Blindenhund, Haarsatz (Toupets bzw. Perücken) bei entstehenden Unfall-, Bestrahlungs- oder Operationsnarben, Kontaktlinsen, Gehapparate (Rollator, Deltarad, Gehgestell), Gehstützen, Stützapparate einschl. Liegeschalen, Blutgerinnungsmessgerät bei erforderlicher Dauerantikoagulation und künstlichem Herzklappenersatz, lebenserhaltende Hilfsmittel - Reparatur, Wartung und Unterweisung im Gebrauch von Hilfsmitteln - die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung, z. B. Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscher, sofern dies für die Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist. 	<p>✔ Hilfsmittel sind technische Mittel oder Körperersatzstücke (kein Zahnersatz), die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen, ausgenommen Sehhilfen, Heilapparate und sonstige sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfartikel.</p>	<p>✔ Als Hilfsmittel gelten technische Mittel und Körperersatzstücke, die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen mildern oder ausgleichen sowie lebenserhaltende Hilfsmittel.</p>

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Hallesche MAS.1 URZ PVN MKT.43	Barmenia VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	Inter ZAMLBest 1 PVN KTMA 6	Universa uni-AM 620 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	Continentale COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	AXA - DBV VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U
Monatsbeitrag:	715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
- Erstattung von Hilfsmitteln in %?	✔ Erstattungsfähige Hilfsmittel werden zu 100% erstattet.	✔ Erstattungsfähige Hilfsmittel werden zu 100% erstattet.	✔ Hilfsmittel* werden zu 100% erstattet, wenn sie im Rahmen einer unfall- oder notfallbedingten Erstversorgung bezogen werden und/oder nicht mehr als 500 EUR kosten. Teurere Hilfsmittel* werden entsprechend erstattet, wenn sie über das Hilfsmittelmanagement der INTER bzw. nach vorheriger Zusage bezogen werden, andernfalls werden 80% vergütet. * Sehhilfen und orthopädische Schuhe werden generell zu 100% erstattet, es gelten aber Erstattungshöchstbeträge (s. nachfolgende Leistungspunkte).	✔ Erstattungsfähige Hilfsmittel werden zu 100% erstattet.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Erstattungsfähige Hilfsmittel werden zu 100% abzüglich einer Selbstbeteiligung von max. 50 EUR je Hilfsmittel übernommen.	✔ 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, Krankenfahrstühle, 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 - Bettnässertherapiegerät 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.
- Selbstbeteiligung bei Hilfsmitteln p.a. in €?	✔ Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	✔ Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	✔ Für ein Hilfsmittel fällt nur dann eine Selbstbeteiligung - von 20% - an, wenn es mehr als 500 EUR kostet und nicht über die INTER bzw. ohne vorherige Zusage bezogen wird (gilt nicht für Sehhilfen und orthopädische Schuhe, s. nachfolgende Leistungspunkte). Für Hilfsmittel, die im Rahmen einer unfall- oder notfallbedingten Erstversorgung bezogen werden, fällt grundsätzlich keine Selbstbeteiligung an.	✔ Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	⚠ Der Eigenanteil für Hilfsmittel p.a. ist nicht in der Höhe begrenzt.	✔ Es fällt nur dann eine separate Selbstbeteiligung - von 25% - an bei Hilfsmitteln, die nicht über den Versicherer oder im Rahmen einer unfallbedingten Behandlung bezogen werden und nicht summenmäßig begrenzt sind (außer orthopädische Schuhzurichtungen, Schuheinlagen, Bandagen).
- 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.	✔ 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.
Besteht eine Begrenzung auf einfache/funktionale Standardausführung?	✔ Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die einfache Ausführung o.ä. vorhanden.	✔ Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die einfache Ausführung o.ä. vorhanden.	✔ Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die einfache Ausführung o.ä. vorhanden.	✔ Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die einfache Ausführung o.ä. vorhanden.	⚠ Hilfsmittel sind in einfacher Ausführung erstattungsfähig.	⚠ Keine Leistung vorhanden. ⚠ Hinweis: Hilfsmittel, die nicht in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannt und im Einzelfall medizinisch notwendig sind, um schwere gesundheitliche Schäden zu begrenzen oder zu vermeiden, werden in funktioneller Standardausführung übernommen.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Hallesche MAS.1 URZ PVN MKT.43	Barmenia VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	Inter ZAMLBest 1 PVN KTMA 6	Universa uni-AM 620 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	Continentale COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	AXA - DBV VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U
Monatsbeitrag:	715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
- Verzicht auf Beschränkungen der Bezugsart (Miete, Leihe, wer liefert)?	✔ Es ist weder eine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden, noch ist eine Zusage erforderlich (allerdings sollen Hilfsmittel, die für einen eingrenzenden Zeitraum benötigt werden, vorrangig mietweise bezogen werden). Generell bietet der Versicherer Unterstützung bei der Auswahl/Anschaffung oder Anmietung des geeigneten Hilfsmittels über den Hilfsmittelservice und empfiehlt vor Bezug eines Hilfsmittels ab 350 EUR die ärztliche Verordnung vorzulegen.	✔ Es ist keine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden.	✘ Hilfsmittel, die mehr als 500 EUR kosten, müssen über den Versicherer bezogen oder von ihm vorab zugesagt werden (gilt nicht für Hilfsmittel im Rahmen einer unfall- oder notfallbedingten Erstversorgung, Sehhilfen und orthopädische Schuhe).	✔ Es ist weder eine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden, noch ist eine Zusage erforderlich.	✘ Übersteigen die Kosten für ein Hilfsmittel 1.000 EUR, ist vor Kauf ein Kostenvoranschlag einzureichen. Wird kein Kostenvoranschlag eingereicht oder das Hilfsmittel vor der Mitteilung der zu erwartenden Versicherungsleistung gekauft, werden die tariflichen Leistungen zu 80% erbracht.	✘ 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.
- Atemmonitore (Heimgerät)?	✔ Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Atemmonitore und die Miete von Überwachungsmonitoren für Säuglinge sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für Atemmonitore sind erstattungsfähig.
- Herzmonitore (Heimgerät)?	✔ Herzfrequenzmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für Herzmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für Herzmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Herzmonitore und die Miete von Überwachungsmonitoren für Säuglinge sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für Herzmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für Herzmonitore sind erstattungsfähig.
- Beatmungsgeräte (Heimgerät)?	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.
- Heimdialyse?	✔ 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 sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Heimdialysegeräte bei Nierenversagen sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.
- Krankenfahrstühle ohne Summenbegrenzung?	✔ Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Krankenfahrstühle sind in einfacher Ausstattung ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.
- Hör- u. Sprechgeräte?	✔ Hörgeräte und künstliche Kehlköpfe sind erstattungsfähig.	✔ Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Hörhilfen (elektronisches Hörgerät) und elektronische Sprechhilfen nach Kehlkopfoperation sind erstattungsfähig.	✔ Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Sprechhilfen (inklusive Erstausrüstung mit Batterien) sind ohne Begrenzung erstattungsfähig. ⚠ Hinweis: Hörgeräte (inklusive Otoplastik und Erstausrüstung mit Batterien) sind bis max. 1.450 EUR pro Hörgerät erstattungsfähig.
- Orthopädische Schuhe?	✔ Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.	⚠ Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Orthopädische Schuhe (und Schuhzurichtungen) sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500 EUR p. a. erstattungsfähig.	⚠ Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Orthopädische Schuhe und Schuhzurichtungen werden bis 1.500 EUR pro Kalenderjahr erstattet.	✔ Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.	✔ Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.	✔ Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig. Pro Schuh fällt ein Eigenanteil von 25 EUR an.
- Blindenhund/Blindenleitgerät?	✔ Die Kosten für einen Blindenhund (Anschaffung und Ausbildung) sind erstattungsfähig.	✔ 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.	✔ Die Kosten für die Anschaffung eines Blindenführhundes einschließlich der erforderlichen Trainingsmaßnahmen für den Blindenführhund und die sehunfähige versicherte Person sind erstattungsfähig.	✔ Anschaffung und Ausbildung - nicht aber der Unterhalt eines Blindenhundes - sind erstattungsfähig.
- Blindenlese-/Vorlesegerät?	✔ Elektrische Lesehilfen sind erstattungsfähig.	✔ Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Elektronische Lesegeräte sind bis maximal 2.450 EUR erstattungsfähig.
- Körperersatzstücke?	✔ Körperersatzstücke sind - ohne Summenbegrenzung - in den Bedingungen aufgeführt. Erstattungsfähig sind somit z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen und Kunstaugen.	✔ Ja, die Kosten für Körperersatzstücke sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig (z.B. Prothesen, Epithesen, Haarsersatz).	✔ Ja, die Kosten für Körperersatzstücke sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig (z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen, Epithesen, Perücken, Kunstaugen).	✔ Körperersatzstücke sind - ohne Summenbegrenzung - in den Bedingungen aufgeführt. Erstattungsfähig sind somit z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen und Kunstaugen.	✔ Ja, die Kosten für Körperersatzstücke sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig (z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen, Epithesen, Perücken, Kunstaugen).	✔ Körperersatzstücke sind in den Bedingungen aufgeführt. Erstattungsfähig sind somit z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen und Kunstaugen.
- Prothesen uneingeschränkt (z.B. Arm-, Bein-, Brustprothesen)?	✔ Ja, Prothesen sind in den Bedingungen aufgeführt.	✔ Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, 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.	✔ Ja, die Kosten für Kunstaugen sind erstattungsfähig.	✔ Kunstaugen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Kunstaugen sind erstattungsfähig.	✔ Kunstaugen sind erstattungsfähig.
- Orthesen (z.B. Stützkorsett nach Bandscheiben-OP)?	✔ Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, erstattungsfähig sind Geh- und Stützapparate.	✔ Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, erstattungsfähig sind Stützapparate einschl. Liegeschalen.	✔ Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Hallesche MAS.1 URZ PVN MKT.43	Barmenia VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	Inter ZAMLBest 1 PVN KTMA 6	Universa uni-AM 620 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	Continentale COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	AXA - DBV VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U
Monatsbeitrag:	715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
Sehhilfen						
- Höhe der Erstattung für Sehhilfen in €?	Brillen (keine Luxusausführung) und Kontaktlinsen werden ohne Summenbegrenzung erstattet. Der jeweils gültige Betrag, bis zu dem ein Brillengestell nicht als Luxusausführung angesehen wird, wird in der Mitgliederzeitschrift ausgewiesen, kann aber auch beim Versicherer erfragt werden. Werden anstelle einer medizinisch notwendigen Brille medizinisch nicht notwendige Kontaktlinsen bezogen, so werden die erstattungsfähigen Kosten auf den Betrag begrenzt, der bei Bezug der Brille angefallen wäre. Hinweis: Lt. Infoblatt 01.14 (nicht Bestandteil der Vertragsbedingungen): Erstattung von Brillen und Kontaktlinsen, jedoch nicht in Luxusausführung. Derzeit sind dies 180 EUR für Brillengestelle, Gläser zu 100%, Kontaktlinsen 300 EUR – bei medizinischer Notwendigkeit zu 100%. Aufwendungen im Zusammenhang einer Korrektur von Fehlsichtigkeit mittels refraktiver Chirurgie (z.B. LASIK) werden bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500 EUR pro Auge erstattet. Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht für das jeweilige Auge frühestens nach 5 Jahren.	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.	Sehhilfen (z. B. Brillen, Kontaktlinsen, Arbeitsbrillen) werden bis 500 EUR erstattet. Hinweis: Erstattet werden alle refraktiven chirurgischen Maßnahmen (inkl. Vor- und Nachuntersuchung) zur Behebung der Fehlsichtigkeit (z. B. durch LASIK, LASEK, Linsenimplantate) bis 2.500 EUR pro Auge innerhalb von 24 Monaten.	Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: In den Vertragsbedingungen ist kein Erstattungs(höchst-)betrag für Sehhilfen festgelegt. Lt. Highlightblatt der Universa (Druckstück 075-204 01.2020; KEIN Bestandteil der Bedingungen) werden - Brillengestelle bis 125 EUR, Einstärkengläser bis 300 EUR und Mehrstärkengläser bis 600 EUR - Kontaktlinsen bis 410 EUR erstattet. Ersetzt werden auch Operationen zur Behebung von Fehlsichtigkeit (Maßnahmen der refraktiven Chirurgie) einschl. Vor- und Nachuntersuchungen (hierzu gehören z. B. LASIK-Operationen, Femto-LASIK-Behandlungen, LASEK/PRK-Operationen, Clear-Lens-Exchange).	Sehhilfen (Brillengläser und Brillengestell, Kontaktlinsen) werden bis 300 EUR erstattet. Der Erstbezug muss ärztlich verordnet sein (Verzicht auf Verordnung evtl. möglich; Voraussetzungen beim Versicherer erfragen). Hinweis: Beitragszuschlag von 7,50 EUR monatlich, sofern bei Vertragsabschluss eine Sehschwäche vorliegt (alternativ kann ein Leistungsausschluss vereinbart werden).	Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Sehhilfen (Brillengläser einschließlich Brillengestelle oder Kontaktlinsen) werden wir folgt erstattet: - Einstärkengläser/Einstärkenlinsen bis 6 Dioptrien bis 300 EUR, bei stärkerer Fehlsichtigkeit bis 600 EUR - Mehrstärkengläser/Mehrstärkenlinsen 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.
- Sehhilfen mind. alle 24 Monate erstattungsfähig?	Sehhilfen sind ohne zeitliche Begrenzung erstattungsfähig.	Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht nach zwei Jahren seit dem letzten Bezug oder bei Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien.	Sehhilfen sind innerhalb von 24 Monaten erstattungsfähig.	Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: In den Vertragsbedingungen ist keine zeitliche Begrenzung festgelegt. Lt. Highlightblatt der Universa (Druckstück 075-204 01.2020; KEIN Bestandteil der Bedingungen) werden - Brillen alle 2 Jahre - Kontaktlinsen in einjährigen Abständen erstattet.	Sehhilfen sind je Leistungsperiode, diese umfasst zwei aufeinander folgende Kalenderjahre, erstattungsfähig. Das Jahr des Versicherungsbeginns gilt als erstes Kalenderjahr der ersten Leistungsperiode.	Sehhilfen sind innerhalb von 2 Kalenderjahren oder bei dauerhafter Änderung der Sehschärfe seit dem Bezug der letzten Sehhilfe erstattungsfähig.
Psychotherapie						
- 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.	Erstattet werden bis zu 50 Sitzungen je Kalenderjahr (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie und Verhaltenstherapie).	Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig.
- Verzicht auf pauschalen Einschränkungen?	Keine unüblichen Einschränkungen.	15% Selbstbeteiligung bei ambulanter Psychotherapie.	Keine unüblichen Einschränkungen.	Keine unüblichen Einschränkungen.	Max. 20 EUR Selbstbeteiligung je Sitzung, jedoch nicht mehr als 30% vom erstattungsfähigen Rechnungsbetrag.	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.
- sind mind. 20 Sitzungen ohne vorherige Zusage des Versicherers versichert?	Es sind alle psychotherapeutischen Sitzungen ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	Es sind alle psychotherapeutischen Sitzungen ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	Es sind alle psychotherapeutischen Sitzungen ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	Es sind alle psychotherapeutischen Sitzungen ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	30 Sitzungen sind ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig, für die weiteren 20 Sitzungen ist eine vorherige Zusage des Versicherers erforderlich.	Psychotherapie ist ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.
Ambulant						
- 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.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Hallesche MAS.1 URZ PVN MKT.43	Barmenia VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	Inter ZAMLBest 1 PVN KTMA 6	Universa uni-AM 620 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	Continentale COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	AXA - DBV VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U
Monatsbeitrag:	715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
Ambulante Transporte						
- Fahrten/Transporte (zur Chemotherapie, Dialyse und Strahlenbehandlung) ohne weitere Voraussetzungen auf z.B. Gehunfähigkeit?	✔ Fahrten (z.B. zur Dialyse-, Strahlenbehandlung, Chemotherapie) sind erstattungsfähig.	✔ Fahrten bei Dialyse, Strahlen- und Chemotherapie sind erstattungsfähig.	✔ Erstattungsfähig sind Fahrten mit einem Taxi, einem öffentlichen Verkehrsmittel oder einem privaten Kraftfahrzeug (hin und zurück) zur: - ambulanten Chemotherapie oder - ambulanten Strahlenbehandlung oder - Dialysebehandlung. Bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs werden für jeden gefahrenen Kilometer 0,30 EUR vergütet.	✔ Erstattungsfähig sind der medizinisch notwendige Hin- und Rücktransport zu einer Dialysebehandlung, einer Chemo- oder Strahlenbehandlung, wenn der Versicherer vor Beginn des Transports eine schriftliche Zusage erteilt hat.	✔ Erstattungsfähig sind ärztlich verordnete Fahrten zur und von der Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapie in der nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Einrichtung (abzüglich einer Selbstbeteiligung von max. 20 EUR für Hin- und Rückfahrt zusammen).	✔ Transporte (Serienfahrten bei Strahlentherapie/ Chemotherapie oder Nierendialyse) werden zu 100% erstattet, wenn diese durch den Versicherer organisiert werden (ansonsten zu 75%).
- Fahrten/Transporte bei Gehunfähigkeit?	✔ Ja, ambulante Fahrt-/Transportkosten bei Gehunfähigkeit sind erstattungsfähig.	✘ Ambulante Transportkosten bei Gehunfähigkeit sind nicht erstattungsfähig. Hinweis: Erstattungsfähig sind Fahrten bei: - ambulanten Operationen (am Tag der Operation) - ambulanten Behandlungen, wenn eine Schwerbehinderung mit dem Zusatz aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), BI (Blindheit) bzw. H (Hilfflosigkeit) vorliegt - bei Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 3.	✘ Ambulante Transportkosten bei Gehunfähigkeit sind nicht erstattungsfähig. Hinweis: Erstattungsfähig sind Fahrten (Taxi, öffentliches Verkehrsmittel, privates Kraftfahrzeug (hin und zurück)): - im Zusammenhang mit einer ambulanten Anschlussrehabilitation - zum und vom Arzt/Facharzt oder Krankenhaus am Tag einer (im Katalog nach § 115b SGB V genannten) ambulanten Operation - für Untersuchungen, welche die Fahrttauglichkeit einschränken (z.B. Magen- oder Darmspiegelung). Bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs werden für jeden gefahrenen Kilometer 0,30 EUR erstattet.	✔ Ja. Fahrten und Transporte bei ärztlich attestierter Gehunfähigkeit zum nächstreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Arzt bzw. Heilpraktiker sind erstattungsfähig. Hinweis: Erstattungsfähig ist auch der medizinisch notwendige Hin- und Rücktransport zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt, wenn die versicherte Person pflegebedürftig nach Pflegegrad 3, 4 oder 5 ist.	✘ Ambulante Transportkosten sind nur bei unfallbedingter Gehunfähigkeit erstattungsfähig. Hinweis: Erstattungsfähig sind - nach einem Unfall (oder Notfall) notwendige Transporte zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt oder Krankenhaus, mit einem speziellen Krankenfahrzeug (Land-, Luft- und Wasserfahrzeuge) sowie - ärztlich verordnete Fahrten zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt, wenn eine Schwerbehinderung mit dem Zusatz aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), BI (Blindheit) bzw. H (Hilfflosigkeit) vorliegt oder die versicherte Person pflegebedürftig nach Pflegegrad (PG) 3, 4 oder 5 ist (PG 3: es muss eine dauerhafte Beeinträchtigung der Mobilität vorliegen, die die Beförderung notwendig macht; ist ggf. nachzuweisen).	✔ Transportkosten zu oder von der nächstreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung/ Therapieeinrichtung werden bei ärztlich bestätigter Gehunfähigkeit zu 100% erstattet.
- Fahrten/Transporte bis zum nächstgeeignetem Behandler (unabhängig, ob der Versicherte gehfähig 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.	✘ Nein, ambulante Fahrt-/Transportkosten zum nächstgeeignetem Behandler sind nur bei Gehunfähigkeit und Pflegebedürftigkeit erstattungsfähig.	✘ s. vorherigen Leistungspunkt	✘ Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Transportkosten zu oder von der nächstreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung/Therapieeinrichtung sind bei Gehfähigkeit nur erstattungsfähig, wenn eine ärztlich bestätigte Sehunfähigkeit vorliegt – die Kosten werden dann zu 100% übernommen.
- Ambulante Notfalltransporte?	✔ Ja, ambulante Rettungstransporte (ohne anschließende stationäre Behandlung) sind erstattungsfähig.	✔ Ja, erstattungsfähig sind der notwendige Transport zum und vom Arzt oder Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Notfall oder Unfall.	✔ Erstattungsfähig sind medizinisch notwendige Fahrten/Transporte (Krankenwagen, Feuerwehr, Rettungshubschrauber, Taxi, privates Kraftfahrzeug) zum Arzt/Facharzt oder Krankenhaus bei Unfällen (am Unfalltag) bzw. zur Erstversorgung bei akuten Zuständen. Bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs werden für jeden gefahrenen Kilometer 0,30 EUR vergütet.	✔ Ja. Fahrten und Transporte in Notfällen zur ambulanten Behandlung in das nächstreichbare und für die Heilbehandlung geeignete Krankenhaus sind erstattungsfähig.	✔ Erstattungsfähig sind nach einem Notfall (oder Unfall) notwendige Transporte zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt oder Krankenhaus, mit einem speziellen Krankenfahrzeug (Land-, Luft- und Wasserfahrzeuge, abzüglich einer Selbstbeteiligung von max. 20 EUR.	✔ 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.
Arznei-/Verbandmittel						
- ohne zusätzliche Selbstbeteiligung?	✔ Arznei-/Verbandmittel (hierzu gehören auch Harn- und Blutteststreifen) sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.	✔ 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. Hinweis: Harn- und Blutteststreifen gehören zu den erstattungsfähigen Arznei- und Verbandmitteln. Verschreibungspflichtige Verhütungsmittel werden bis 150 EUR pro Kalenderjahr erstattet.	✔ Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.	✘ Die Selbstbeteiligung beträgt max. 20 EUR je Arzneimittel, je Verbandmittel und je Impfstoff; sie entfällt für Arzneimittel (einschließlich Impfstoffe), die als Generika bezogen werden. Generika sind Arzneimittel, die in ihrem Wirkstoff, in ihrer Zusammensetzung und in ihrer Darreichungsform einem bereits unter einem Markennamen auf dem Markt befindlichem Medikament gleichen.	✔ Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.

Leistungsvergleich Ambulant

	Hallesche MAS.1 URZ PVN MKT.43	Barmenia VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	Inter ZAMLBest 1 PVN KTMA 6	Universa uni-AM 620 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	Continentale COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	AXA - DBV VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U
Monatsbeitrag:	715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
- medikamentenähnliche Nahrungsmittel bei schweren Erkrankungen (über enteral/parenteral hinaus)?	✔ Als Arzneimittel gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, 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.	✔ Als Arzneimittel gelten auch medikamentenähnliche Nahrungsmittel, 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.	✔ Versichert sind Vitaminpräparate und Nahrungsergänzungsmittel (als Monopräparate), die zur Behandlung von Mangelkrankungen medizinisch notwendig sind. Bestimmte zwingend erforderliche medikamentenähnliche Präparate zur enteralen und parenteralen Ernährung sowie medikamentenähnliche Präparate, die im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen verabreicht werden, sind ebenfalls erstattungsfähig.	✔ Erstattungsfähig sind Mittel zur enteralen und parenteralen Ernährung (künstliche Ernährung) sowie Mittel, die im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen verabreicht werden.	✘ Medikamentenähnliche Nahrungsmittel sind nicht erstattungsfähig. Präparate und Mittel für die enterale Ernährung (Sondenernährung) und parenterale Ernährung sind erstattungsfähig, wenn eine Nahrungsaufnahme auf natürlichem Weg aufgrund medizinischer Indikation nicht möglich ist.	✘ Nahrungsmittel 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.
sonstiges						
- medizinische Versorgungszentren?	✔ Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.	✔ 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.
- häusliche Behandlungs-/Krankenpflege?	✔ Ja, die Kosten für häusliche Behandlungspflege sind erstattungsfähig.	✔ Ja, erstattungsfähig sind die Kosten für häusliche Krankenpflege (Behandlungs- und Grundpflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung von bis zu vier Wochen Dauer).	✔ Ärztlich verordnete häusliche Behandlungspflege (auch psychiatrische Pflege sowie Intensiv-Behandlungspflege) wird nach vorheriger schriftlicher Zusage zu 100% erstattet, sofern der Leistungserbringer (z. B. ambulanter Pflegedienst, Sozialstation) einen entsprechenden Versorgungsvertrag mit den Trägern der gesetzlichen Krankenkassen abgeschlossen hat und die Leistungen entsprechend des Versorgungsvertrages berechnet werden. Erstattungsfähig unter bestimmten Voraussetzungen sind auch Aufwendungen für: - Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in häuslicher Umgebung; bis zu vier Wochen, sofern keine Pflegebedürftigkeit nach SGB XI besteht - stationäre Kurzzeitpflege in einer zugelassenen Einrichtung nach SGB XI oder einer anderen geeigneten Einrichtung, sofern keine Pflegebedürftigkeit nach dem Tarif der Pflegepflichtversicherung besteht (Unterbringungs-, Verpflegungs- und Investitionskosten werden nicht vergütet).	✔ Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztlich verordnete, medizinisch notwendige häusliche Behandlungspflege (z. B. Verbandswechsel, Wundversorgung, Katheterwechsel, Injektionen) durch staatlich geprüfte Pflegefachkräften mit dem Ziel, die ärztliche Behandlung zu sichern (Sicherungs- und Investitionskosten werden nicht vergütet) oder eine Krankenhausbehandlung zu vermeiden bzw. zu verkürzen (Krankenhausvermeidungspflege). Versichert sind dabei alle Verrichtungen, die auch ein Arzt nach der GOÄ erbringen darf. Die Aufwendungen für einzelne Verrichtungen dürfen nicht höher sein als vergleichbare ärztliche Leistungen.	✔ Die Kosten der häuslichen Behandlungspflege sind erstattungsfähig (abzüglich einer Selbstbeteiligung von max. 20 EUR je Behandlungstag), sofern die Leistungen von geeigneten Pflegefachkräften im Rahmen ihrer regionalen Verträge mit öffentlichen Versicherungsträgern erbracht werden und soweit der Versicherte dem Grunde und der Höhe nach eine vorherige schriftliche Zusage erteilt hat.	✔ Ja, die Kosten für häusliche Krankenpflege sind erstattungsfähig (betragsmäßige/zeitliche Begrenzungen beachten). Der Versicherte bittet um Kontaktaufnahme vor Inanspruchnahme der Leistung.
- Palliativversorgung?	✔ Erstattet werden 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen durch Ärzte und durch Fachkräfte für spezialisierte ambulante Palliativversorgung bis zu der Höhe des Betrags, der für die Versorgung eines GKV-Versicherten aufzuwenden wäre, wenn - die versicherte Person an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet, - eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten – bei Kindern auch Jahren – zu erwarten ist, und - eine besonders aufwändige Versorgung notwendig ist. Anspruch auf Erstattung unter den o. g. Voraussetzungen haben auch Versicherte in Altersheimen, stationären Pflegeeinrichtungen und Hospizen.	✔ Erstattungsfähig sind die über die Leistungen der Pflegeversicherung hinausgehenden Aufwendungen für spezialisierte ambulante ärztliche Palliativversorgung (SAPV) entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person unter einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung leidet und eine besonders aufwändige Versorgung benötigt. Die Gebühren sind zu 100% bis zu der Höhe erstattungsfähig, die für die Versorgung eines GKV-Versicherten aufzuwenden wären. Ein Leistungsanspruch besteht auch für Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen und Altersheimen.	✔ Ja. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird erstattet - gemäß den jeweils abgeschlossenen Verträgen zwischen den Palliativ-Teams und den Trägern der gesetzlichen Krankenkassen.	✔ Erstattungsfähig sind die Kosten für ambulante Palliativversorgung (gem. § 37b SGB V), sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag (nach § 132d SGB V) verfügen.	✔ Ja, ärztlich verordnete spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) ist erstattungsfähig, sofern - sie durch geeignete Leistungserbringer durchgeführt wird, die einen Vertrag nach § 132 d SGB V geschlossen haben, - die versicherte Person bei Vorliegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwändige Versorgung benötigt und - eine Spezifikation der im Rahmen der SAPV erbrachten Leistungen mit Datum, Uhrzeit und Dauer sowie der Eignungsnachweis des Leistungserbringers einschließlich des Medikamentenplans dem Versicherten zur Prüfung vorgelegt werden. Ansprüche auf Erstattung der Leistungen gegenüber der sozialen Pflegeversicherung, der privaten Pflegepflichtversicherung oder anderen Kostenträgern werden angerechnet.	✔ Erstattungsfähig sind zu 100% ärztlich verordnete Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person unter einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung leidet und eine besonders aufwändige Versorgung benötigt. Anspruch auf Erstattung der Leistungen haben auch Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen. Leistungen der Pflegepflichtversicherung werden angerechnet. Nach Ablauf eines Zeitraumes von vier Wochen kann der Versicherte jederzeit die medizinische Notwendigkeit einer Verlängerung durch einen von ihm beauftragten Arzt überprüfen lassen.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant






















	Hallesche MAS.1 URZ PVN MKT.43	Barmenia VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	Inter ZAMLBest 1 PVN KTMA 6	Universa uni-AM 620 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	Continentale COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	AXA - DBV VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U
Monatsbeitrag:	715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
Kurleistung ambulant						
- Kuren ambulant?	✔ Ambulante Kuren sind nicht erstattungsfähig. Laut Versichererinfo sind bei ambulanten Kuren die ärztlichen Behandlungen, Medikamente, physikalische Maßnahmen und sonstige typische Kurmittel erstattungsfähig.	✔ 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. 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. Bei einer Genesungskur wird zusätzlich ein Genesungsgeld von 200 EUR pro Tag für längstens vier Wochen gezahlt.	✔ Bei einer ärztlich verordneten, unter ärztlicher Leitung stehenden und nach einem Kurplan durchgeführten Kur bis zu einer Dauer von 28 Tagen sind ärztliche Leistungen, Arznei- und Heilmittel erstattungsfähig, nicht jedoch Aufwendungen für Unterbringung und Verpflegung. Ein Anspruch auf eine erneute Erstattung einer Kur entsteht nach Ablauf von zwei Jahren nach der letzten Kur.	Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Vorsorgekuren sind im Rahmen der Vorsorgemaßnahmen außerhalb gesetzlicher Programme mit der Pauschale von 500 EUR abgegolten (s. Leistungspunkt "Vorsorge - über gesetzliche Programme").	Ambulante Kuren sind nicht erstattungsfähig. Es wird ein separater Kurtarif angeboten.	Ambulante Kuren sind nicht erstattungsfähig. Es wird ein separater Kurtarif angeboten.
- Verzicht auf die Anwendung der Kurortklausel?	✔ Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.	✔ 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.	✔ 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.	✔ 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.	✔ 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.	✔ Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.
Ambulant						
Sonstiges	✔ Erstattet werden auch: - Sozialpädiatrie und Frühförderung in sozialpädiatrischen Zentren bis zur Höhe der mit den gesetzlichen Kostenträgern vereinbarten Pauschalen, sofern kein Anspruch gegen andere Kostenträger besteht - medizinische Schulungen für chronisch Kranke, insbesondere bei Diabetes, Asthma oder Neurodermitis - bis 500 EUR p. a., darüber hinaus nur nach schriftlicher Zusage - Soziotherapie, max. 120 Stunden innerhalb von drei Jahren je Versicherungsfall (ärztliche Leistungen: im Rahmen GOÄ / Fachkräfte für Soziotherapie: max. bis zu dem Betrag, der für die Versorgung eines GKV-Versicherten aufzuwenden wäre.	✔ Erstattet werden auch: - Geburtsvorbereitungskurse, Rückbildungsgymnastik - Soziotherapie - Kinderbetreuungspauschale von 200 EUR p. a. - bis Alter 11 - ab dem 4. Tag der Erkrankung Die genauen Leistungsvoraussetzungen sind den Tarifbedingungen zu entnehmen.	✔ Erstattungsfähig zu 100% sind auch: - Frühförderungsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen: Medizinisch-therapeutische Leistungen in sozialpädiatrischen Zentren und interdisziplinär besetzten Frühförderstellen. Soziotherapie nach vorheriger schriftlicher Zusage: Max. 120 Behandlungseinheiten innerhalb von drei Jahren je Versicherungsfall. Die genauen/weiteren Leistungsvoraussetzungen sind den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Teil II zu entnehmen.	✔ Erstattungsfähig sind auch: - Hausgeburten durch Ärzte, Hebammen bzw. Entbindungspfleger - sozialpädiatrische Behandlungen sowie Frühförderungsbehandlungen in Einrichtungen, die über einen Vertrag mit der PKV oder GKV verfügen; bis zu den Beträgen, die die GKV oder der PKV-Verband mit den Leistungserbringern vereinbart hat - die im Rahmen einer ambulanten telemedizinischen Behandlung erbrachten ärztlichen Leistungen.	✔ Erstattet werden auch: - Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik sowie Geburtsvorbereitungskurse durch Hebammen - Sozialpädiatrie und Frühförderung - Soziotherapie und Haushaltshilfe nach vorheriger Zusage Die genauen Leistungsvoraussetzungen sind den Tarifbedingungen/Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu entnehmen.	

Leistungsvergleich Stationär

	Hallesche MAS.1 URZ PVN MKT.43	Barmenia VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	Inter ZAMLBest 1 PVN KTMA 6	Universa uni-AM 620 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	Continentale COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	AXA - DBV VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U
Monatsbeitrag:	715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
Stationär						
- 1-Bettzimmer?	Keine Leistung vorhanden.	Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	COMFORT-MED: Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig. SP1: Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind erstattungsfähig.
- 2-Bettzimmer?	Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	SP1: Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig. COMFORT-MED: Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.	Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.
- Regelleistungen?	Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).	Ja, erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).	Ja, erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).	Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).	Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).	Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).
- Wahlärztliche Behandlung (Freie Arztwahl, Spezialisten)?	Ja, privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.	Ja, privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.	Ja, privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.	Ja, privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.	SP1: Ja, die gesondert berechnete wahlärztliche Behandlung ist erstattungsfähig. COMFORT-MED: Nein, privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist nicht erstattungsfähig, aber belegärztliche Leistungen.	Ja, privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.
Sollen Wahlleistungen nur bei Unfall/bestimmten Erkrankungen versichert sein?						
Gebührenordnung Stationär						
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOÄ?	Privatärztliche Leistungen sind über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig.	Privatärztliche Leistungen sind über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig.	Privatärztliche Leistungen sind über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig.	Privatärztliche Leistungen sind über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig.	COMFORT-MED: Belegärztliche Leistungen sind bis zu den Regelhöchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig. SP1: Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	Privatärztliche Leistungen sind über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig.
- Erstattung über die Höchstsätze der GOÄ hinaus?	Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	Es ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden (soweit eine gültige Honorarvereinbarung zugrunde liegt).	Aufwendungen werden auch über den Höchstsätzen der GOÄ erstattet, sofern sie durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwerisse begründet sind und den Anforderungen der Gebührenordnung entsprechen.	COMFORT-MED: Die Erstattung für belegärztliche Leistungen ist auf die Regelhöchstsätze der GOÄ begrenzt. SP1: Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	Hallesche MAS.1 URZ PVN MKT.43	Barmenia VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	Inter ZAMLBest 1 PVN KTMA 6	Universa uni-AM 620 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	Continentale COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	AXA - DBV VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U
Monatsbeitrag:	715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt ?	 Keine Leistung vorhanden. Hinweis: 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. Gebühren sind im tariflichen Umfang auch über die Höchstsätze der in dem jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen, sonstigen Preisverzeichnisse, preislichen Regelwerke oder Preislisten hinaus erstattungsfähig.	 Ja. Bei Heilbehandlung im Ausland sind die tariflich vorgesehenen Leistungen erstattungsfähig. Sofern für eine versicherte Leistung im Ausland keine Abrechnungsbestimmungen existieren, ist das ortsübliche Kostenniveau heranzuziehen.	 Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ.	 Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ.	 außerhalb EU/EWR: Keine Leistungspflicht besteht für Mehrkosten einer Heilbehandlung, sofern der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung ins Ausland gereist ist. Als Mehrkosten gelten dabei die Kostenanteile der Behandlung im Ausland, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland übersteigen (gilt auch bei Entbindung, es sei denn, ein Elternteil ist Staatsangehöriger des Aufenthaltslandes und die Staatsbürgerschaft wird nachgewiesen). Hinweis: innerhalb EU/EWR: Der Versicherer verzichtet bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung auf eine tarifliche Bindung an die GOÄ. außerhalb EU/EWR: Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat (oder wenn im Rahmen einer notfallmäßigen Einweisung die Behandlung in einem ausländischen Krankenhaus erfolgt), wird auf eine tarifliche Bindung an die GOÄ verzichtet.
Privatkliniken						
Privatkliniken	 Die Leistung ist vorhanden.	 Die Leistung ist vorhanden.	 Die Leistung ist vorhanden.	 Die Leistung ist vorhanden.	 Die Leistung ist vorhanden.	
Sind allg. Krankenhausleistungen in Privatkliniken (gemäß §4 (4) MBKK) uneingeschränkt versichert?	 In Krankenhäusern innerhalb Deutschlands, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) abrechnen, werden als allgemeine Krankenhausleistungen die Aufwendungen für einen Aufenthalt im Drei- oder Mehrbettzimmer (Allgemeine Pflegeklasse) einschließlich ärztlicher Leistungen und Nebenkosten erstattet, soweit sie die nach dem KHEntG bzw. der BpflV vorgegebenen Entgelte nicht mehr als 100% übersteigen (maßgeblich für die Berechnung ist der Landesbasisfallwert des Bundeslandes, in dem die versicherte Person behandelt worden ist). Die Begrenzung gilt nicht, wenn im Rahmen eines Notfalles/einer nicht planbaren Behandlung das Krankenhaus die nächstgelegene geeignete Behandlungsstätte darstellt.	 Sind die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht nach den Grundsätzen des Krankenhausentgeltgesetzes, der Bundespflegesatzverordnung und der Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser berechneten Fallpauschalen, Zuschläge und sonstigen Entgelte berechnet, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Inanspruchnahme von Drei- und Mehrbettzimmern (einschließlich medizinisch begründeter Nebenkosten und ärztlicher Leistungen, soweit sie ohne besondere Vereinbarung berechnet werden dürfen).	 In Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) abrechnen, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Aufwendungen für einen Aufenthalt im Mehrbettzimmer (ohne gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen) und Krankenhausnebenkosten. Sofern Krankenhäuser nach dem KHG/KHEntG bzw. der BpflV abrechnen, obwohl sie hierzu nicht verpflichtet sind, erfolgt die Erstattung nach Maßgabe des KHG/KHEntG bzw. der BpflV.	 Erstattet werden nur vom Krankenhaus berechnete Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen gemäß Bundespflegesatzverordnung bzw. Krankenhausentgeltgesetz.	 Ja. Erstattet werden auch die Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen im Sinne der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntG) von Krankenhäusern, die nicht der BpflV bzw. dem KHEntG unterliegen.	Entgelte, die nicht nach der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) zu berechnen sind, unterliegen der Leistungspflicht, soweit sie die im Vergleich zu den durch die BpflV bzw. dem KHEntG vorgegebenen Entgelte um nicht mehr als 50% überschreiten. Verfügt die Klinik nicht über eine mit einer Hauptabteilung eines Plankrankenhauses vergleichbaren Abteilung, gilt als Vergleichsmaßstab der reduzierte Erstattungssatz nach dem KHEntG. Bei Krankenhausaufenthalten im Ausland wird auf die Einschränkung verzichtet.
Ist die gesondert berechenbare Unterkunft ohne Begrenzung (+ Privatarzt) erstattungsfähig?	 Wahlleistungen (2-Bettzimmer und privatärztliche Behandlung) sind erstattungsfähig.	 Ja, Unterbringung im 1- oder 2-Bettzimmer und wahlärztliche Leistungen werden erstattet.	 In Krankenhäusern, die nicht nach dem KHG/KHEntG bzw. nach der BpflV abrechnen, gelten als Wahlleistungen die gesondert berechenbaren privatärztlichen Leistungen und die Unterkunft im 1- oder 2-Bettzimmer.	 Erstattet werden nur vom Krankenhaus berechnete Kosten für Wahlleistungen gemäß Bundespflegesatzverordnung bzw. Krankenhausentgeltgesetz + Arzthonorare.	 COMFORT-MED: Es sind keine Wahlleistungen versichert. SP1: Ja. Erstattet werden auch die Kosten für die gesondert berechnete Unterkunft im 1- oder 2-Bettzimmer in einem Krankenhaus, das nicht der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegt + privatärztliche Leistungen.	

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	Hallesche MAS.1 URZ PVN MKT.43	Barmenia VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	Inter ZAMLBest 1 PVN KTMA 6	Universa uni-AM 620 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	Continentale COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	AXA - DBV VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U
Monatsbeitrag:	715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
Stationär						
- Krankentransporte stationär uneingeschränkt?	✔ Der notwendigen Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus ist erstattungsfähig.	✔ Der notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus ist erstattungsfähig.	✔ Erstattungsfähig sind medizinisch notwendige Fahrten/Transporte (Krankenwagen, Feuerwehr, Rettungshubschrauber, Taxi, öffentliches Verkehrsmittel, privates Kraftfahrzeug) zum und vom Krankenhaus bis zu jeweils 100 km, mindestens jedoch bis zum nächst erreichbaren, geeigneten Krankenhaus oder ein Verlegungstransport in ein anderes Krankenhaus. Bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs werden für jeden gefahrenen Kilometer 0,30 EUR erstattet.	✔ Transportkosten zum und vom nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus in einem hierfür vorgesehenen Spezialfahrzeug (einschließlich Rettungshubschrauber) sind erstattungsfähig.	✔ Erstattet werden die Kosten für notwendige Transporte mit einem speziellen Krankenfahrzeug (Land-, Luft- und Wasserfahrzeuge) zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Krankenhaus.	✔ Der notwendigen Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus ist erstattungsfähig.
- Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf die Wahlleistungen?	Keine Leistung vorhanden.	✔ 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.	✔ Bei Verzicht auf gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen werden 25 EUR pro Tag (einschließlich Entlassungstag) gezahlt, bei Unterbringung in einem Mehrbettzimmer ebenfalls täglich 25 EUR (ohne Entlassungstag). Für Kinder bis 15 Jahre werden jeweils 12,50 EUR gezahlt. Bei teilstationären Behandlung und Anschlussrehabilitationen besteht kein Anspruch auf Ersatz-Krankenhaustagegeld.	✔ Bei Verzicht auf gesondert berechenbare Unterbringung im 1- oder 2-Bettzimmer werden 40 EUR, bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung 60 EUR pro Tag gezahlt. Bei Verzicht auf jegliche Kostenerstattung besteht Anspruch auf Krankenhaustagegeld von 225 EUR.	✔ SP1: Verzicht auf Kostenerstattung für das Ein-Bettzimmer werden 20 EUR gezahlt. Verzicht auf Kostenerstattung für das Ein- und Zweibettzimmer werden 40 EUR gezahlt. Verzicht auf die privatärztliche Behandlung werden 50 EUR gezahlt. COMFORT-MED: Es sind in diesem Tarif keine Wahlleistungen versichert.	✔ Bei Verzicht auf gesondert berechenbare Unterkunft im 1- oder 2-Bettzimmer werden 30 EUR pro Tag gezahlt.
- 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. Der Aufenthalt in sog. "gemischten 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 in Deutschland. Der Aufenthalt in sog. "gemischten Anstalten" bleibt hiervon unberührt. Hinweis: Krankenhausbehandlungen im Ausland müssen innerhalb von 10 Tagen angezeigt werden.	✔ Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.
Gemischte Krankenanstalten - keine Zusagerfordernis bei Notfall, Versorgungs Krankenhaus, bei Akutversorgung	✔ gültig für Bestands- und Neukunden: Eine schriftliche Leistungszusage ist nicht erforderlich, wenn es sich um eine Notfallanweisung handelt bzw. - wenn die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Versicherten ist und ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt werden sollen, die eine stationäre Aufnahme und Therapie erfordern, oder - im Falle einer Anschlussheilbehandlung (Besonderheiten/Voraussetzungen s. Leistungspunkt "AHB"). Hinweis: gültig für Neukunden mit Beginn 01.2018 und später (Teil I (MB/KK 2009), Teil II (TB/KK 2013) - Fassung Januar 2018 (PM 22u – 08.17)); Eine schriftliche Leistungszusage ist auch nicht erforderlich, - wenn während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt ein Unfall oder eine akute Erkrankung eintritt, solange dieses Ereignis unabhängig vom eigentlichen Behandlungszweck eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung erfordert, oder - wenn es sich um eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung zum Zwecke eines operativen Eingriffs handelt.	✔ 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	✘ Eine vorherige schriftliche Leistungszusage ist nicht erforderlich, wenn - es sich um eine akut stationäre Behandlung handelt. - es sich um eine Anschlussrehabilitation handelt.	✔ Eine Leistungszusage ist nicht erforderlich, wenn - es sich um eine Notfallanweisung handelte oder - die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten war oder - während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte oder - sich innerhalb von zwei Wochen nach Beendigung einer leistungspflichtigen Krankenhausbehandlung eine Anschlussheilbehandlung anschließt.	✔ COMFORT-MED, SP1: Ja. Eine schriftliche Zusage des Versicherers ist nicht erforderlich, wenn - es sich um eine Notfallanweisung handelt oder - die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes der versicherten Person ist oder - während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung eintritt, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert.	✔ Ja. Es wird sich nicht auf die fehlende vorherige schriftlich Leistungszusage berufen, wenn es sich um eine Notfallanweisung handelte oder die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus 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 Behandlung erfordert, leistet der Versicherer auch ohne vorherige Leistungszusage für die medizinisch notwendige Behandlungsdauer dieser Erkrankung.
- 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

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	Hallesche MAS.1 URZ PVN MKT.43	Barmenia VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	Inter ZAMLBest 1 PVN KTMA 6	Universa uni-AM 620 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	Continentale COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	AXA - DBV VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U
Monatsbeitrag:	715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
- Hospiz (zur Sterbebegleitung)?	✔ Ja, die Kosten für die stationäre Versorgung in einem Hospiz sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für die Unterbringung in einem Hospiz sind bedingungsgemäß erstattungsfähig.	✔ Für eine notwendige stationäre Versorgung in einem Hospiz wird geleistet, wenn - die versicherte Person an einer schweren, unheilbaren und weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet, - die Lebenserwartung voraussichtlich auf Wochen oder wenige Monaten begrenzt ist, - eine ärztliche Verordnung vorliegt und - das Hospiz von der GKV durch Versorgungsvertrag zugelassen ist. Erstattungsfähig sind - einschließlich der Leistungen der Pflegepflichtversicherung - 100% der Aufwendungen bis zu der Höhe, die für die Versorgung eines GKV-Versicherten aufzuwenden wäre.	✔ Ja, erstattungsfähig sind nach Vorleistung der Pflegepflichtversicherung 100% der verbleibenden Aufwendungen für stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem von der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Hospiz.	✔ SP1: Nein, die Kosten für die Unterbringung in einem Hospiz sind bedingungsgemäß nicht erstattungsfähig. COMFORT-MED: Erstattungsfähig sind nach schriftlicher Zusage die Kosten für stationäre Versorgung in einem zugelassenen Hospiz, in dem palliativ-medizinische Behandlungen erbracht werden. Bestehen Ansprüche auf Erstattung der Leistungen gegenüber der soziale Pflegeversicherung, der privaten Pflegepflichtversicherung oder anderen Kostenträgern, ist der Versicherer ausschließlich für darüber hinausgehende Aufwendungen leistungspflichtig.	✔ Ja, die Aufwendungen für eine stationäre oder teilstationäre Hospizversorgung sind erstattungsfähig.
Sind Kosten für eine Begleitperson von Kindern im Krankenhaus erstattungsfähig?	✔ Als Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen gilt auch die medizinisch notwendige Aufnahme einer Begleitperson (Rooming-in); hat die versicherte Person zu Beginn der stationären Heilbehandlung das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet, gilt die Aufnahme einer Begleitperson stets als medizinisch notwendig.	✔ Bis zum vollendeten 10. Lebensjahr eines nach diesem Tarif versicherten Kindes werden Unterbringung und Verpflegung für ein Elternteil als Begleitperson zu 100% erstattet.	✔ Ja. Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die gesondert berechenbare Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson, wenn ein nach diesem Tarif versichertes Kind bis zum vollendeten 13. Lebensjahr während einer stationären Heilbehandlung von einer Begleitperson stationär begleitet wird.	✔ Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen gehören auch die Kosten für die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten. Eine aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme liegt in der Regel dann vor, wenn der Patient zu Beginn der stationären Heilbehandlung das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.	✔ SP1: "Rooming in" ist nicht versichert. COMFORT-MED: Die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten ist im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistungen erstattungsfähig.	✔ Aus der Versicherung eines Kindes, das das 5. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, werden die Unterbringungskosten für eine Begleitperson erstattet, sofern sie nicht mit den allgemeinen Krankenhausleistungen gemäß des Bundespflegegesetzverordnung abgegolten sind. Die Kosten werden für längstens 5 Tage gezahlt und werden je Tag bis zum zweifachen Satz der Wahlleistung für ein Zweibettzimmer des aufgesuchten Krankenhauses erstattet.
- Kuren stationär?	✔ Stationäre Kuren sind bedingungsgemäß nicht erstattungsfähig. Laut Versichererinfo sind bei ambulanten Kuren die ärztlichen Behandlungen, Medikamente, physikalische Maßnahmen und sonstige typische Kurmittel erstattungsfähig.	✔ 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. 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. Bei einer Genesungskur wird zusätzlich ein Genesungsgeld von 200 EUR pro Tag für längstens vier Wochen gezahlt.	✘ Stationäre Kuren sind nicht erstattungsfähig.	✘ Stationäre Kuren sind nicht erstattungsfähig. Es wird ein separater Kurtarif angeboten.	✘ Stationäre Kuren sind nicht erstattungsfähig. Es wird ein separater Kurtarif angeboten.	✘ Stationäre Kuren sind nicht erstattungsfähig. Es wird ein separater Kurtarif angeboten.
Sonstiges	✔ Stationär durchgeführte Vorsorgeuntersuchungen sind nur dann erstattungsfähig, wenn sie aus medizinischen Gründen stationär durchgeführt werden müssen.	Keine Leistung vorhanden.			✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Die Selbstbeteiligung beträgt für Krankenhausleistungen max. 20 EUR je Kalendertag für höchstens 14 Kalendertage je vollstationärem Aufenthalt.	Keine Leistung vorhanden.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

	Hallesche MAS.1 URZ PVN MKT.43	Barmenia VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	Inter ZAMLBest 1 PVN KTMA 6	Universa uni-AM 620 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	Continentale COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	AXA - DBV VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U
Monatsbeitrag:	715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
Zahn						
Zahnbehandlung (%)?	✔ Zahnbehandlung ist zu 100% erstattungsfähig.	⚠ Die Kosten für Zahnbehandlung sind aus diesem Tarif nicht erstattungsfähig. Hinweis: Es werden nur Material- und Laborkosten - zu 100% - ersetzt.	✔ Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Erstattungsfähig sind nur Material- und Laborkosten - zu 100% (kein zahnärztliches Honorar!).	✔ Zahnbehandlung ist zu 100% erstattungsfähig. Mitversichert sind auch vorbeugende zahnärztliche Maßnahmen (Gebühren zur Erstellung eines Mundhygienestatus, Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen (professionelle Zahnreinigung/Zahnprophylaxe)).	✔ Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Zahnbehandlung ist zu 100% erstattungsfähig abzüglich einer Selbstbeteiligung von max. 20 EUR je Behandlungstag bei einem Zahnarzt.	⚠ Erstattungsfähig sind 100% des Rechnungsbetrages für Material- und Laborkosten bei ambulanter zahnärztlicher Behandlung. Aufwendungen für Honorare sind nicht erstattungsfähig. Hinweis: Aufwendungen für Honorare sind nicht erstattungsfähig.
Zahnersatz (%)?	✔ Zahnersatz ist zu 75% erstattungsfähig.	⚠ Die Kosten für Zahnersatz sind aus diesem Tarif nicht erstattungsfähig. Hinweis: Es werden nur Material- und Laborkosten - zu 100% - ersetzt.	✔ Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Erstattungsfähig sind nur Material- und Laborkosten - zu 100% (kein zahnärztliches Honorar!). Aufwendungen für Keramikverblendungen sind bis einschließlich Zahn acht erstattungsfähig.	✔ Zahnersatz ist zu 80% erstattungsfähig. Zum Zahnersatz gehören u. a. auch Kunststoff- und Keramikverblendungen und DROS-Schienen.	✔ Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Zahnersatz ist zu 80% erstattungsfähig abzüglich einer Selbstbeteiligung von max. 20 EUR je Behandlungstag bei einem Zahnarzt.	⚠ Erstattungsfähig sind 100% des Rechnungsbetrages für Material- und Laborkosten bei ambulanter zahnärztlicher Behandlung. Aufwendungen für Honorare sind nicht erstattungsfähig. Hinweis: Aufwendungen für Honorare sind nicht erstattungsfähig.
- Kieferorthopädie (%)?	✔ Kieferorthopädie ist zu 75% erstattungsfähig.	⚠ Die Kosten für Kieferorthopädie sind aus diesem Tarif nicht erstattungsfähig. Hinweis: Es werden nur Material- und Laborkosten - zu 100% - ersetzt.	✔ Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Erstattungsfähig sind nur Material- und Laborkosten - zu 100% (kein zahnärztliches Honorar!).	✔ Kieferorthopädie ist zu 100% erstattungsfähig.	✔ Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Kieferorthopädie ist zu 80% erstattungsfähig abzüglich einer Selbstbeteiligung von max. 20 EUR je Behandlungstag bei einem Zahnarzt.	⚠ Erstattungsfähig sind 100% des Rechnungsbetrages für Material- und Laborkosten bei ambulanter zahnärztlicher Behandlung. Aufwendungen für Honorare sind nicht erstattungsfähig. Hinweis: Aufwendungen für Honorare sind nicht erstattungsfähig.
Bis zu welchem Alter (bei Behandlungsbeginn) sind Kosten für kieferorthopädische Maßnahmen erstattungsfähig?	✔ Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	⚠ Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Es werden nur Material- und Laborkosten ersetzt (altersunabhängig).	✔ Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	✔ Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	✔ Aufwendungen für Kieferorthopädie sind ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	⚠ Behandlungskosten sind aus diesem Tarif nicht erstattungsfähig.
Gebühreordnung Zahn						
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOZ?	✔ Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vorhanden.	⚠ Es sind nur die Material- u. Laborkosten erstattungsfähig.	⚠ Es sind nur Material- und Laborkosten erstattungsfähig.	✔ Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) begrenzt.	✔ Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) begrenzt.	⚠ Behandlungskosten sind aus diesem Tarif nicht erstattungsfähig.
- Erstattung über die Höchstsätze der GOZ hinaus?	✔ Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOZ vorhanden.	⚠ Es sind nur die Material- u. Laborkosten erstattungsfähig.	⚠ Es sind nur Material- und Laborkosten erstattungsfähig.	⚠ Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOZ begrenzt.	⚠ Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOZ begrenzt.	⚠ Behandlungskosten sind aus diesem Tarif nicht erstattungsfähig.
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt ?	⚠ Keine Leistung vorhanden. Hinweis: 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).	⚠ Es sind nur die Material- u. Laborkosten erstattungsfähig - ohne Begrenzung auf Preisverzeichnisse, preisliche Regelwerke oder Preislisten.	⚠ Es sind nur Material- und Laborkosten erstattungsfähig (sofern im Ausland keine Abrechnungsbestimmungen existieren, ist das örtliche Kostenniveau heranzuziehen).	⚠ Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ.	⚠ Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOZ.	⚠ außerhalb EU/EWR: Keine Leistungspflicht besteht für Mehrkosten einer Heilbehandlung, sofern der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung ins Ausland gereist ist. Als Mehrkosten gelten dabei die Kostenanteile der Behandlung im Ausland, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland übersteigen (gilt auch bei Entbindung, es sei denn, ein Elternteil ist Staatsangehöriger des Aufenthaltslandes und die Staatsbürgerschaft wird nachgewiesen). Hinweis: innerhalb EU/EWR: Der Versicherer verzichtet bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung auf eine tarifliche Bindung an die GOÄ. außerhalb EU/EWR: Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat (oder wenn im Rahmen einer notfallmäßigen Einweisung die Behandlung in einem ausländischen Krankenhaus erfolgt), wird auf eine tarifliche Bindung an die GOÄ verzichtet.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

	Hallesche MAS.1 URZ PVN MKT.43	Barmenia VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	Inter ZAMLBest 1 PVN KTMA 6	Universa uni-AM 620 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	Continentale COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	AXA - DBV VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U
Monatsbeitrag:	715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
Zahn						
Verzichtet der Tarif auf ein Preis-/Leistungsverzeichnis oder eine Begrenzung auf z. B. "ortsübliche" oder "angemessene" Preise?	Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden. Wichtige allgemeine Information: Es kann sein, dass Versicherer, die kein tarifliches Preis-/Leistungsverzeichnis haben oder die in ihren Bedingungen nicht von einer „Begrenzung auf ortsübliche oder in Deutschland übliche oder angemessene Preise oder Erstattung in angemessener Höhe o. ä.“ sprechen, dennoch ein „intern“ erstelltes Preis-/Leistungsverzeichnis oder sonstiges Richtlinien bei der Leistungsabwicklung nutzen. Man kann daher nicht zwingend davon ausgehen, dass keine bedingungsgemäße Begrenzung im Umkehrschluss bedeutet, dass diese Versicherer Preise in jeglicher Höhe akzeptieren.	Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden. Wichtige allgemeine Information: Es kann sein, dass Versicherer, die kein tarifliches Preis-/Leistungsverzeichnis haben oder die in ihren Bedingungen nicht von einer „Begrenzung auf ortsübliche oder in Deutschland übliche oder angemessene Preise oder Erstattung in angemessener Höhe o. ä.“ sprechen, dennoch ein „intern“ erstelltes Preis-/Leistungsverzeichnis oder sonstiges Richtlinien bei der Leistungsabwicklung nutzen. Man kann daher nicht zwingend davon ausgehen, dass keine bedingungsgemäße Begrenzung im Umkehrschluss bedeutet, dass diese Versicherer Preise in jeglicher Höhe akzeptieren.	Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden. Wichtige allgemeine Information: Es kann sein, dass Versicherer, die kein tarifliches Preis-/Leistungsverzeichnis haben oder die in ihren Bedingungen nicht von einer „Begrenzung auf ortsübliche oder in Deutschland übliche oder angemessene Preise oder Erstattung in angemessener Höhe o. ä.“ sprechen, dennoch ein „intern“ erstelltes Preis-/Leistungsverzeichnis oder sonstiges Richtlinien bei der Leistungsabwicklung nutzen. Man kann daher nicht zwingend davon ausgehen, dass keine bedingungsgemäße Begrenzung im Umkehrschluss bedeutet, dass diese Versicherer Preise in jeglicher Höhe akzeptieren.	Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden. Wichtige allgemeine Information: Es kann sein, dass Versicherer, die kein tarifliches Preis-/Leistungsverzeichnis haben oder die in ihren Bedingungen nicht von einer „Begrenzung auf ortsübliche oder in Deutschland übliche oder angemessene Preise oder Erstattung in angemessener Höhe o. ä.“ sprechen, dennoch ein „intern“ erstelltes Preis-/Leistungsverzeichnis oder sonstiges Richtlinien bei der Leistungsabwicklung nutzen. Man kann daher nicht zwingend davon ausgehen, dass keine bedingungsgemäße Begrenzung im Umkehrschluss bedeutet, dass diese Versicherer Preise in jeglicher Höhe akzeptieren.	Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden. Wichtige allgemeine Information: Es kann sein, dass Versicherer, die kein tarifliches Preis-/Leistungsverzeichnis haben oder die in ihren Bedingungen nicht von einer „Begrenzung auf ortsübliche oder in Deutschland übliche oder angemessene Preise oder Erstattung in angemessener Höhe o. ä.“ sprechen, dennoch ein „intern“ erstelltes Preis-/Leistungsverzeichnis oder sonstiges Richtlinien bei der Leistungsabwicklung nutzen. Man kann daher nicht zwingend davon ausgehen, dass keine bedingungsgemäße Begrenzung im Umkehrschluss bedeutet, dass diese Versicherer Preise in jeglicher Höhe akzeptieren.	Begrenzung der Erstattung von Material- u. Laborkosten laut Sachkostenliste.
- Summenbegrenzung in den ersten Jahren?	Für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie gelten folgende Rechnungshöchstbeträge: insgesamt - 1.800 EUR im 1. und 2. Kalenderjahr - 2.600 EUR im 3. und 4. Kalenderjahr - 3.900 EUR im 5. und 6. Kalenderjahr - 5.200 EUR im 7. und 8. Kalenderjahr - 7.800 EUR im 9. und 10. Kalenderjahr	Keine Summenbegrenzung in den ersten Jahren, sofern keine Zähne fehlen. Hinweis: Zahnstafel: - 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	Keine Summenbegrenzung in den ersten Jahren.	Erstattungsfähiger Höchstbetrag: - 1.550 EUR im ersten Versicherungsjahr, - 3.100 EUR in den ersten zwei Versicherungsjahren, - 4.650 EUR in den ersten drei Versicherungsjahre. Bei unterschiedlichen Erstattungsprozentsätzen werden auf die Höchstsätze der jeweiligen Versicherungsjahre zuerst die erstattungsfähigen Beträge für Zahnbehandlung/vorbeugende Maßnahmen/Zahn- und Kieferregulierung und danach die erstattungsfähigen Beträge für Zahnersatz/funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen angerechnet.	Für Zahnersatz, Kieferorthopädie, Funktionsdiagnostik, Implantate und augmentative Behandlungen gelten folgende Erstattungshöchstbeträge: - im ersten Kalenderjahr (KJ) max. 1.000 EUR - in den ersten beiden KJ max. 2.000 EUR - in den ersten drei KJ max. 3.000 EUR - in den ersten vier KJ max. 4.000 EUR - in den ersten fünf KJ max. 5.000 EUR - ab dem 6. KJ max. 10.000 EUR je Leistungsperiode (= zwei aufeinander folgende KJ); das 6. KJ gilt als 1. KJ der ersten Leistungsperiode.	Keine Summenbegrenzung in den ersten Jahren.
- entfällt die Summenbegrenzung bei Unfall?	Die Summenbegrenzung entfällt bei Unfall.	Keine Summenbegrenzung ist den ersten Jahren.	Keine Summenbegrenzung in den ersten Jahren.	Die Summenbegrenzung entfällt bei Unfall.	Bei einem Versicherungsfall infolge eines Unfalls entfallen die maximalen Erstattungsbeträge. Als Unfall gilt nicht, wenn der Versicherungsfall durch die Nahrungsaufnahme eintritt.	Keine Summenbegrenzung in den ersten Jahren.
- Heil- u. Kostenplan vorgeschrieben?	Bei Zahnersatz mit einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von mehr als 2.500 EUR ist dem Versicherer vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan (incl. Kostenvoranschlags des zahntechnischen Labors) vorzulegen, ansonsten besteht für die über 2.500 EUR hinausgehenden erstattungsfähigen Aufwendungen nur Anspruch auf die Hälfte der tariflichen Leistung. Bei Implantaten ist generell vorab ein Heil- u. Kostenplan (mit Material- und Laborkostennachweis) erforderlich, andernfalls erfolgt eine Kürzung der tariflichen Leistung um 50%.	Bei Nichtvorlage des Heil- und Kostenplans bei Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung vor Behandlungsbeginn wird der 1.500 EUR übersteigende Teil der erstattungsfähigen Aufwendungen zu 50% ersetzt.	Bei Zahnersatz mit einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von 5.000 EUR oder mehr ist rechtzeitig vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme einzureichen, andernfalls wird die Tarifleistung für den 5.000 EUR übersteigenden Teil des Rechnungsbetrages (der Material- und Laborkosten) auf 50% gekürzt.	Für Zahnersatz (einschließlich Kronen, nicht jedoch für die Anfertigung einer Einzelkrone) wird nur rechtzeitig vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme einzureichen, andernfalls wird die Tarifleistung für den 5.000 EUR übersteigenden Teil des Rechnungsbetrages (der Material- und Laborkosten) auf 50% gekürzt.	Bei Zahnersatz, Kieferorthopädie, Funktionsdiagnostik, oralen Implantaten und augmentativen Behandlungen ist vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan einzureichen, ansonsten werden die tariflichen Leistungen zur Hälfte erbracht.	Ein Heil- und Kostenplan ist nicht zwingend vorgeschrieben.
- Inlays & Implantate ohne pauschale Begrenzungen?	Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	Es werden nur Material- und Laborkosten zu 100% ersetzt.	Es sind nur Material- und Laborkosten erstattungsfähig.	Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	Erstattungsfähig sind max. 6 orale Implantate je Kiefer. Hinweis: Inlays sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	Erstattungsfähig sind lediglich Material- und Laborkosten.
- werden Inlays in gleicher Höhe wie Zahnbehandlung erstattet?	Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet.	Es werden nur Material- und Laborkosten zu 100% ersetzt.	Es sind nur Material- und Laborkosten erstattungsfähig.	Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet.	Inlays werden wie Zahnersatz erstattet.	Erstattungsfähig sind lediglich Material- und Laborkosten.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

	Hallesche MAS.1 URZ PVN MKT.43	Barmenia VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	Inter ZAMLBest 1 PVN KTMA 6	Universa uni-AM 620 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	Continental COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	AXA - DBV VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U
Monatsbeitrag:	715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
Sonstiges			Keine Leistung vorhanden.			Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Während der ersten 6 Monate des Bezuges von Elterngeld besteht beitragsfreier Versicherungsschutz.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Hallesche MAS.1 URZ PVN MKT.43	Barmenia VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	Inter ZAMLBest 1 PVN KTMA 6	Universa uni-AM 620 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	Continentale COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	AXA - DBV VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U
Monatsbeitrag:	715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag						
Markteinführung des Tarifes (Jahr):	✔ MAS.1, MKT.43, URZ: Markteinführung: 01.2013	✔ VZK1D plus, VZN plus, VZD2plus, TM42 plus: Markteinführung: 01.2013	✔ KTMA 6: Markteinführung: 04.2019 ZAMLBest 1: Markteinführung: 01.2017	✔ uni-STM 100, uni-ZAM 100, uni-AM 620, uni-KT 43: Markteinführung: 01.2013	✔ SP1, VA43-U: Markteinführung: 01.2013 COMFORT-MED: Markteinführung: 01.10.2015	✔ VZ600-U: Markteinführung: 09.2013 KTGA 42-U: Markteinführung: 01.2013
Tarif nicht mehr im Verkauf seit (Jahr):			✔ Tarif ist aktuell.			
Markteinführung BiSex-"Vorgängertarif" (Jahr):	✔ MAS.1: Markteinführung Vorgängertarif "MAS 1": 02.1992 URZ: Markteinführung Vorgängertarif "URZ": 2003 MKT.43: Markteinführung Vorgängertarif "MKT 43": 1980	✔ VZD2plus: Markteinführung Vorgängertarif "VZD2": 1990 VZN plus: Markteinführung Vorgängertarif "VZN": 2002 VZK1D plus: Markteinführung Vorgängertarif "VZK1D": 04.1994	✔ Kein (Bisex)-Vorgängertarif bekannt.	✔ uni-AM 620: Markteinführung Vorgängertarif "AM 620": 12.1985 uni-ZAM 100: Markteinführung Vorgängertarif "ZAM 100": 1985 uni-STM 100: Markteinführung Vorgängertarif "STM 100": 1987	✔ COMFORT-MED: Kein BiSex-Vorgängertarif bekannt. VA43-U: Markteinführung Vorgängertarif "VA43": 1983	
Antragsfragen/Annahmerichtlinien						
- 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 (Kinderwunschbehandlung zeitlich unbegrenzt).	✔ 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 (bei Behandlungen/ Untersuchungen usw. aufgrund psychischer/ psychosomatischer Erkrankungen 5 Jahre).
- 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.	Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 10 Jahre.	Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 5 Jahre.	Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 5 Jahre.
- Rückfragezeitraum im Antrag bei stationären Behandlungen max. 5 Jahre rückwirkend?	Nein, 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.	✔ Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.	✔ Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.
- Verzichtet der Versicherer auf Fragen nach "unbehandelten Beschwerden/Krankheiten"?		Nein. Im Antrag wird gefragt "(...) oder bestanden Krankheiten, Behinderungen oder Beschwerden, die nicht behandelt worden sind?"	ZAMLBest 1: Nein. Im Antrag wird gefragt "(...) oder liegen zzt. gesundheitliche Beschwerden vor?" und "Bestehen (...) wiederkehrende Beschwerden (...)?" PVN: Nein. Im Antrag wird gefragt "(...) oder liegen zzt. gesundheitliche Beschwerden vor?"	Nein. Im Antrag wird gefragt: "Bestehen oder bestanden in den letzten 3 Jahren – auch nicht behandelte – Beschwerden, Krankheiten, Anomalien oder liegt eine Beeinträchtigung des Sehvermögens vor?"	Nein. Im Antrag wird gefragt: "Bestehen Krankheiten oder Beschwerden, die nicht behandelt wurden (auch unerfüllter Kinderwunsch) oder sind Maßnahmen (...)?"	
- bis wie viele fehlende Zähne ist ggf. eine Annahme möglich?	✔ Es liegen leider keine Informationen vor.	✔ 1 fehlender Zahn: ohne Auswirkung 2 und 3 fehlende Zähne: Zahnstaffel (s. Punkt "Summenbegrenzung max. ...Jahre") ab 4 fehlende Zähne: Ablehnung (im Regelfall)	✔ 1-3 fehlende/nicht ersetzte Zähne: 5 EUR Risikozuschlag für jeden fehlenden/nicht ersetzten Zahn 4-5 fehlende/nicht ersetzte Zähne: aktueller Zahnstatus erforderlich mehr als 5 ersetzte Zähne mit Zahnersatz älter als 5 Jahre: aktueller Zahnstatus erforderlich 6 und mehr fehlende/nicht ersetzte Zähne: Ablehnung	✔ Einzelfallprüfung bei mehr als 2 fehlenden Zähnen (ggf. zahnärztliche Untersuchungsbericht, Vereinbarung eines Leistungsauschlusses erforderlich).	✔ - bis 2 Zähne mit Zahnersatz älter als 10 Jahre und/ oder 1 fehlender Zahn: ohne Erschweris - 3-8 Zähne mit Zahnersatz älter als 10 Jahre oder 2-4 fehlende Zähne: Angebot Leistungsstaffel - 9 Zähne mit Zahnersatz älter als 10 Jahre oder 5-9 fehlende Zähne: zahnärztliches Zeugnis erforderlich (Leistungsauschluss für alle betroffenen Zähne) - ab 10 Zähne mit Zahnersatz älter als 10 Jahre oder ab 10 fehlenden Zähnen: Ablehnung (auf Kundenwunsch Leistungsauschluss des kompletten Leistungsbereichs Zahnersatz, KFO, Gebissfunktionsprüfung und orale Implantate; Überprüfung möglich bei Änderung des Risikoverhältnisses).	Es liegen keine Informationen vor.
- sind Kinder alleine (ohne Elternteil) versicherbar?	✔ Kinder sind auch alleine versicherbar.	✔ Kinder sind auch alleine versicherbar.	✔ Kinder sind ab Vollendung des 1. Lebensjahres auch alleine versicherbar, VN muss aber mindestens einen Krankentagegeld- oder Krankenhaustagegeldtarif beim Versicherer abschließen/abgeschlossen haben.	✔ Kinder sind ab Vollendung des 16. Lebensjahres auch alleine versicherbar.	Nein, Kinder sind nicht alleine versicherbar.	✔ Kinder sind erst ab dem 16. Lebensjahr alleine versicherbar.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Hallesche MAS.1 URZ PVN MKT.43	Barmenia VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	Inter ZAMLBest 1 PVN KTMA 6	Universa uni-AM 620 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	Continentale COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	AXA - DBV VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U
Monatsbeitrag:	715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
Ausland						
- Dauer des weltweiten Versicherungsschutzes?	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 Rückreisefähigkeit. MAS.1: Der Versicherungsschutz erstreckt sich, ohne dass es einer besonderen Vereinbarung bedarf, auf weltweite Heilbehandlung.	Bei vorübergehenden Aufenthalten besteht zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz.	Weltweiter Versicherungsschutz besteht für 12 Monate. Kann die versicherte Person aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, nicht bis zum Ablauf von 12 Monaten nach Beginn des Aufenthalts im Ausland zurückreisen, gilt als Zeitpunkt der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts der Tag, an dem die Rückreise möglich ist.	Dauert der Aufenthalt über die jeweils geltende Leistungsdauer von 3 bzw. 36 Monaten 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 geltenden Leistungsdauer beim Versicherer eingeht. Der Versicherer ist jedoch berechtigt, einen angemessenen Beitragszuschlag zu verlangen und/oder die Verlängerung des Versicherungsschutzes zu befristen. Während der Leistungsdauer und solange eine besondere Vereinbarung besteht, ist eine Beendigung der Versicherung ausgeschlossen. Wird vor einem Aufenthalt im außereuropäischen Ausland, der die Leistungsdauer überschreitet, keine Vereinbarung getroffen, so bleiben 50% der tariflichen Leistungen erhalten. Hinweis: Während eines Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht Versicherungsschutz bis zu 36 Monaten, sofern der Versicherungsbeginn der Krankheitskostenvollversicherung mindestens 36 Monate zurückliegt oder bis zu 3 Monaten in allen anderen Fällen. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über die jeweils geltende Leistungsdauer hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.	Weltweiter Versicherungsschutz besteht für sechs Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland ohne besondere Vereinbarung. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über sechs Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz für den Zeitraum, in dem die versicherte Person nicht transportfähig ist.	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.
- med. notwendige Rücktransport aus dem Ausland?	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.1: Rücktransport aus dem Ausland ist nicht erstattungsfähig.	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.	Nach vorheriger Leistungszusage werden Mehrkosten für einen medizinisch sinnvollen Krankenrücktransport aus dem Ausland (ggf. auch für eine mitversicherte Begleitperson) zu 100% vergütet, ohne Zusage max. 5.000 EUR bei Rücktransport aus dem europäischen Ausland und 10.000 EUR bei Rücktransport aus dem außereuropäischen Ausland. Überführungskosten werden zu 100% ersetzt, ebenso wie Bestattungskosten im Ausland, max. jedoch bis zu der Höhe der Aufwendungen, die für eine Überführung an den Ort entstanden wären, an dem die versicherte Person zuletzt ihren gewöhnlichen Aufenthalt hatte. Erstattungsfähig sind auch unter bestimmten Voraussetzungen Mehrkosten bis zu 5.000 EUR je Versicherungsfall für die Rückführung mitreisender minderjähriger - bei der INTER versicherten - Kinder (einschließlich Begleitperson) des nach Tarif ZAMLBest versicherten Erwachsenen aus dem Ausland an den Wohnsitz - bei Tod oder Rücktransport.	uni-STM 100: Bei akut eintretender Behandlungsbedürftigkeit während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes sind die Mehrkosten eines medizinisch sinnvollen und wirtschaftlich vertretbaren Krankenrücktransports erstattungsfähig. uni-AM 620: Rücktransport aus dem Ausland ist nicht erstattungsfähig.	Die Kosten für einen medizinischen Rücktransport sind erstattungsfähig. Im Todesfall durch Krankheit oder Unfall im Ausland werden bei einer Überführung des Verstorbenen an seinen Wohnsitz im Inland die nachweislich notwendigerweise entstandenen Kosten erstattet.	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.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Hallesche MAS.1 URZ PVN MKT.43	Barmenia VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	Inter ZAMLBest 1 PVN KTMA 6	Universa uni-AM 620 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	Continentale COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	AXA - DBV VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U
Monatsbeitrag:	715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
- besteht bei vorübergehender Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa volle tarifl. Leistung? (Keine Begrenzung auf Kosten wie in Deutschland)	✔ Bei einem vorübergehenden Aufenthalt innerhalb der EU/des EWR oder der Schweiz besteht Versicherungsschutz im vollen Umfang (Aufenthalte bis zu 6 Monate (inkl. vorübergehender Unterbrechungen) werden immer als vorübergehend angesehen).	✔ Verlegt die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt innerhalb der EU, des EWR oder der Schweiz sind die Leistungen nicht auf die Inlandsleistungen begrenzt.	✔ Ja. Bei vorübergehender Verlegung von bis zu 12 Monaten (Aufenthalte, die mit einer Unterbrechung von weniger als zwei Monaten aufeinander folgen, werden zusammengezählt) innerhalb der EWR-Vertragsstaaten/in die Schweiz bleibt der volle tarifliche Leistungsumfang erhalten.	✘ Nein, bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ist die Fortsetzung möglich, Leistung max. wie in Deutschland.	✘ Nein, bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb EU/EWR/Schweiz ist die Fortsetzung möglich, tarifliche Leistung jedoch max. wie in Deutschland.	✔ Ja, bei vorübergehender Verlegung (bis zu 6 Monate) besteht Versicherungsschutz, ohne dass die Kosten im Inland leistungsbegrenzend zugrunde gelegt werden.
- besteht bei dauerhafter Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa volle tarifl. Leistung? (Keine Begrenzung auf Kosten wie in Deutschland)	✔ Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU/des EWR oder der Schweiz erhält die versicherte Person die volle tarifliche Erstattung, sofern der Versicherer darüber innerhalb von 6 Monaten nach Verlegung informiert wurde. Ggf. kann ein Beitragszuschlag für die Dauer des gewöhnlichen Aufenthaltes erhoben werden. Bei Ablehnung des Zuschlages seitens des Versicherungsnehmers oder nicht fristgerechter Meldung der Verlegung, ist der Versicherer höchstens zu den Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte. Bei nur vorübergehender Verlegung kann die Umwandlung in eine Anwartschaft beantragt werden.	✔ Verlegt die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt innerhalb der EU, des EWR oder der Schweiz sind die Leistungen nicht auf die Inlandsleistungen begrenzt.	✔ Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb des EWR/in die Schweiz kann der Versicherungsnehmer gegen Zahlung eines Beitragszuschlages den vollen tariflichen Leistungsumfang beibehalten, wenn dies innerhalb von zwei Monaten nach Verlegung beantragt wird. Anderenfalls ist der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt in Deutschland zu erbringen hätte. Es kann auch die Umstellung in eine Anwartschaft verlangt werden.	✘ Nein, bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ist die Fortsetzung möglich, Leistung max. wie in Deutschland.	✘ Nein, bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb EU/EWR/Schweiz ist die Fortsetzung möglich, tarifliche Leistung jedoch 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.
- Wohnsitzverlegung in das außereuropäische Ausland möglich?	✔ Bei Verlegung verpflichtet sich der Versicherer, eine anderweitige Vereinbarung zu treffen, wenn dies spätestens innerhalb von 6 Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes beantragt wird. Die anderweitige Vereinbarung kann einen Tarifwechsel in einen anderen Tarif vorsehen und beginnt in unmittelbarem Anschluss an das bisherige Versicherungsverhältnis. Zum Erhalt der erworbenen Rechte und Alterungsrückstellungen bei einer späteren Rückverlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes nach Deutschland kann dabei zusätzlich eine Anwartschaftsversicherung für das bisherige Versicherungsverhältnis vereinbart werden. Bei einem vorübergehenden Aufenthalt besteht Versicherungsschutz im vollen Umfang (Aufenthalte bis zu 6 Monate (inkl. vorübergehender Unterbrechungen) werden immer als vorübergehend angesehen).	✔ 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).	✔ Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes (> 12 Monate Dauer) verpflichtet sich die INTER zur Fortführung des Versicherungsschutzes (ggf. gegen Beitragszuschlag, mit Ausschluss oder Begrenzung der Leistungen für Krankenrücktransport aus dem Ausland sowie Überführung oder Bestattung im Todesfall), wenn der Versicherungsnehmer dies bis zum Ablauf des sechsten Monats des Aufenthaltes beantragt und wenn und solange die versicherte Person über eine Bankverbindung in Deutschland verfügt. Wird die Vereinbarung befristet und beantragt der Versicherungsnehmer vor Fristablauf eine weitere Fortsetzung des Versicherungsschutzes, verpflichtet sich der Versicherer erneut, eine anderweitige Vereinbarung anzubieten. Ohne Vereinbarung besteht auch seitens des Versicherers das Recht, außerordentlich zu kündigen. Der Versicherungsnehmer kann aber auch die Umstellung in eine Anwartschaft verlangen.	✔ s. Leistungspunkt "Weltweiter Versicherungsschutz mind. ... Monate" (Vertragsfortführung möglich, ggf. gegen Beitragszuschlag/mit Befristung der Verlängerung; ohne Vereinbarung 50% der tariflichen Leistungen). Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.	Nein. 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. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.	✔ VZ600-U: 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 Auslandsaufenthaltes 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. VZ Zahn-U: Ja, während der ersten 6 Monate eines Auslandsaufenthaltes besteht weltweit Versicherungsschutz sofern der versicherte Tarif nichts anderes vorsieht. Über die Frist von 6 Monaten hinaus besteht nur dann erweiterter Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsnehmer mit dem Versicherer insoweit eine besondere Vereinbarung getroffen hat. Der Versicherer verpflichtet sich, die Vereinbarung mit dem Versicherungsnehmer für den Fall zu treffen, wenn der Antrag innerhalb einer Frist eingeht. Der Versicherer kann einen Beitragszuschlag verlangen. Bei Ablauf der Vereinbarung kann der VN eine Fortführung (ggf. mit anderem Zuschlag/Frist) verlangen.










Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Hallesche MAS.1 URZ PVN MKT.43	Barmenia VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	Inter ZAMLBest 1 PVN KTMA 6	Universa uni-AM 620 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	Continentale COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	AXA - DBV VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U
Monatsbeitrag:	715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
Optionsrecht auf Höherversicherung						
- Optionsrecht auf Höherversicherung in bessere Tarife?	Kein Optionsrecht auf Höherversicherung.	✔ Die Leistung ist vorhanden.	Es ist kein Optionsrecht auf Höherversicherung enthalten.	Es ist kein Optionsrecht auf Höherversicherung in den Vertragsbedingungen (AVB, Teil II und III) enthalten. Nach § 1 (6.3) der AVB, Teil I hat der Versicherer bei einer Tarifumwandlung in Zieltarife mit höherem oder umfassenderem Versicherungsschutz das Recht, für die Mehrleistungen Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse zu verlangen. Ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten einzuhalten.	Kein Optionsrecht auf Höherversicherung. Es kann ein separater Optionstarif zur Höherversicherung vereinbart werden (AV-P1).	✔ Optionsrecht auf Höherversicherung enthalten.
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.	Keine Leistung vorhanden.	Keine Leistung vorhanden.		✔ 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.
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.		Keine Leistung vorhanden.		✔ 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.		Keine Leistung vorhanden.		✔ 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.		Keine Leistung vorhanden.		✔ Es kann sowohl die Umstellung in einen bestehenden Tarif des Versicherers mit höheren als auch mit umfassenderen Leistungen verlangt werden. Hinweis: VZ600-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 auch für über Kindernachversicherung versicherte Personen?		✔ Ja, für mitversicherte Personen (z.B. mitversicherte Kinder) gelten die gleichen Optionsrechte wie für die erste versicherte Person.		Keine Leistung vorhanden.		✔ 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

	Hallesche MAS.1 URZ PVN MKT.43	Barmenia VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	Inter ZAMLBest 1 PVN KTMA 6	Universa uni-AM 620 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	Continentale COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	AXA - DBV VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U
Monatsbeitrag:	715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
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.		Keine Leistung vorhanden.		 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.		Keine Leistung vorhanden.		 Das Optionsrecht kann ohne festgelegte Altersgrenze ausgeübt werden.
- Reha / Anschlussreha (Anschlussheilbehandlung (AHB), Anschlussgesundheitsmaßnahme (AGM))						
Reha-/AHB-Regelungen (Leistungen) des VR gem. Bedingungen	 Teil II der AVB (§ 5 II (7) TB/KK 2013) Ambulante und stationäre medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlungen (AHB): Tariflicher Leistungsanspruch - wenn der Versicherer vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Zusage erteilt hat oder - für die ersten 3 Wochen (Verlängerungsantrag möglich) einer innerhalb von 28 Tagen (aus medizinischen Gründen / mangels Bettenverfügbarkeit ggf. auch später) nach einer stationären Akutbehandlung begonnenen AHB, wenn sie in einer von einem gesetzlichen Rehaträger anerkannten Einrichtung erfolgt (sofern Rehaträger dem Grunde nach leistungspflichtig ist, muss dort vor AHB-Beginn ein schriftlicher Leistungsantrag gestellt und beschieden werden; bewilligte/zubewilligende Leistungen sind vorrangig in Anspruch zu nehmen/ werden angerechnet).	 Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen bzw. Anschlussheilbehandlungen (AHB) fallen unter den Versicherungsschutz, wenn und soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist. Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen bzw. AHB fallen unter den Versicherungsschutz, wenn und soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist und eine stationäre Durchführung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Eine vorherige Zusage des Versicherers ist nicht erforderlich. Der Versicherer wird in geeigneten Fällen auf eventuelle Kooperationen mit Rehabilitationskliniken hinweisen. Bei Nutzung der entsprechenden Kooperationen zahlt der Versicherer für die Dauer des Krankenhausaufenthaltes, längstens jedoch für 3 Wochen ein Krankenhaustagegeld von 25 EUR.	 AVB Teil I, § 4 (7) Aufwendungen bzw. nach Vorleistung eines gesetzlichen Rehabilitationsträgers verbleibende Aufwendungen (mit Ausnahme von Zuzahlungen) für die medizinisch notwendige Weiterbehandlung nach einem Aufenthalt im Akutkrankenhaus (Anschlussrehabilitation) sind erstattungsfähig, soweit für diese bei einem gesetzlichen Rehabilitationsträger dem Grunde nach kein Anspruch geltend gemacht werden kann. Voraussetzung ist, dass die Anschlussrehabilitation spätestens 28 Tage nach der Entlassung aus dem Akutkrankenhaus beginnt. Sofern aus medizinischen Gründen ein späterer Beginn der Anschlussrehabilitation indiziert ist, ist auch ein späterer Beginn möglich. Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in "gemischten Krankenanstalten" ist eine vorherige Leistungszusage nicht erforderlich, wenn es sich um eine Anschlussrehabilitation unter den Voraussetzungen von Absatz 7 handelt. AVB, Teil II Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für eine sich an eine Krankenhausbehandlung anschließende weitere ambulante oder stationäre Behandlung zur Rehabilitation (Anschlussrehabilitation) unter den Voraussetzungen von Teil I § 4 Abs. 7. Es besteht kein Anspruch auf Ersatz-Krankenhaustagegeld.	 uni-AM 620: Aufwendungen für Anschlussheilbehandlungen (AHB) sind im tariflichen Rahmen erstattungsfähig, wenn hinsichtlich der Maßnahme kein gesetzlicher Rehabilitationsträger in Anspruch genommen werden kann. Eine AHB in diesem Sinne liegt vor, wenn sich innerhalb von 2 Wochen nach Beendigung einer Krankenhausbehandlung, für die Leistungspflicht besteht, eine vom Krankenhausarzt verordnete weitere Heilbehandlung in einer anderen Krankenanstalt oder im ambulanten Rahmen anschließt und diese Heilbehandlung notwendig ist, um die zuvor im Krankenhaus behandelte Krankheit zu heilen oder zu bessern. uni-STM 100: s. ambulanten Tarif	 SP1: Erstattet werden die Kosten für eine stationäre Anschlussrehabilitation nach Nr. 1 und 2 (Teil II der Bedingungen (gesondert berechnete Unterkunft, privatärztliche Behandlung)), soweit - für die vorausgegangene Akutbehandlung im Krankenhaus Leistungspflicht bestand und - die Anschlussrehabilitation vom Krankenhausarzt veranlasst wird und - die Erkrankung nach Verlegung aus der Akutbehandlung weiterhin krankenhaustypischer Behandlung bedarf und - zwischen Entlassung aus dem Akutkrankenhaus und Aufnahme in der Krankenanstalt, in der die Anschlussrehabilitation durchgeführt werden soll, nicht mehr als 2 Wochen liegen. Ein Ersatz-Krankenhaustagegeld (bei Nichtinanspruchnahme von Wahlleistungen) wird nicht gezahlt. Bestehen Ansprüche auf Erstattung der Kosten gegenüber anderen Kostenträgern, ist der Versicherer im Rahmen des tariflichen Leistungsumfanges ausschließlich für darüber hinausgehende Aufwendungen leistungspflichtig. COMFORT-MED: Erstattet werden die Kosten für eine stationäre Anschlussrehabilitation nach Nr. 1 (Teil II der Bedingungen (Krankenhausleistungen)), soweit - für die vorausgegangene Akutbehandlung im Krankenhaus Leistungspflicht bestand und - die Anschlussrehabilitation vom Krankenhausarzt veranlasst wird und - die Erkrankung nach Verlegung aus der Akutbehandlung weiterhin krankenhaustypischer Behandlung bedarf und - zwischen Entlassung aus dem Akutkrankenhaus und Aufnahme in der Krankenanstalt, in der die Anschlussrehabilitation durchgeführt werden soll, nicht mehr als 2 Wochen liegen. Keine Leistungspflicht besteht für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht.	 Nr. 27 TB 2012 (Teil II) - AHB (stat.) Eine medizinisch notwendige Weiterbehandlung im Anschluss an die stat. Behandlung wird bei nachstehenden Diagnosen/Behandlungen ohne vorherige schriftliche Leistungszusage erstattet, wenn die Anschlussheilbehandlung (AHB) innerhalb von 4 Wochen (in medizinisch begründeten Einzelfällen ggf. auch später) nach der Entlassung aus dem Akutkrankenhaus beginnt: Herztransplantationen, Bypass-OP, akuter Herzinfarkt und/oder Reinfarkt, Bandscheiben-OP, Gelenkersatz-OP, Hirninfarkt und -blutung (Schlaganfall), schwere Schädel-Hirnverletzungen, Nierentransplantation, Krebsoperationen bzw. -bestrahlungen. Voraussetzung der Leistung ist, dass Leistungen durch den gesetzlichen Rehaträger nicht übernommen werden, obwohl der Antrag auf Übernahme der Leistungen fristgerecht gestellt wurde. Die Leistung ist in diesen Fällen auf die Regelleistung begrenzt. AHB (amb.) Anstelle einer stat. AHB ist eine amb. Reha-Maßnahme (ärztl. Beratung/Betreuung, medikamentöse Therapie, Bewegungstherapie, Physiotherapie, psychologische Betreuung, Ernährungsberatung) erstattungsfähig, vorausgesetzt, die amb. Rehabilitationseinrichtung steht unter ständiger Leitung und Verantwortung eines Facharztes und es besteht dem Grunde nach kein Anspruch gegen einen gesetzlichen Rehaträger. Erbringt ein Arzt die Leistungen, richtet sich die Erstattung nach der GOÄ. Zusätzlich zu den ärztlichen Leistungen sind Gebühren der Einrichtung bis zu der Höhe erstattungsfähig, die für die Versorgung eines GKV-Versicherten aufzuwenden wären.

Leistungsvergleich Sonstiges

	Hallesche MAS.1 URZ PVN MKT.43	Barmenia VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	Inter ZAMLBest 1 PVN KTMA 6	Universa uni-AM 620 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	Continentale COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	AXA - DBV VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42- U
Monatsbeitrag:	715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
Erstattung verbleibender stationärer Wahlleistungen unabhängig von evtl. Kostenübernahme durch Rehaträger?	✔ Ja. Sofern ein gesetzlicher Rehabilitationsträger dem Grunde nach leistungspflichtig ist, wird bei diesem vor Beginn der AHB ein Antrag auf Leistungen schriftlich gestellt und beschieden. Soweit dabei Leistungen bewilligt werden, sind diese vorrangig in Anspruch zu nehmen. Werden diese Voraussetzungen aus Gründen, welche die versicherte Person zu vertreten hat, nicht erfüllt, ist der Versicherer nur in Höhe der erstattungsfähigen Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Abzug der vom gesetzlichen Rehabilitationsträger sonst bewilligten Leistungen verbleiben würden.	Nein. Ein Erstattungsanspruch besteht nur, wenn und soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist.	Nein. Wahlleistungen sind nur erstattungsfähig, soweit für Aufwendungen einer Anschlussreha bei einem gesetzlichen Rehabilitationsträger dem Grunde nach kein Anspruch geltend gemacht werden kann.	uni-STM 100: Nein. Ein Erstattungsanspruch besteht nur, wenn kein gesetzlicher Rehaträger in Anspruch genommen werden kann. uni-AM 620: ambulanter Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	COMFORT-MED: Nein. In diesem Tarif sind keine Wahlleistungen versichert. SP1: Bestehen Erstattungsansprüche gegenüber anderen Kostenträgern, ist der Versicherer für darüber hinausgehende Aufwendungen leistungspflichtig. Hinweis: Leistungen nur im Rahmen einer AHB.	Nein. Wahlleistungen werden nicht erstattet.
Ambulante Anschlussreha/ (AHB / AGM) mitversichert?	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ uni-AM 620: Ja. Leistung vorhanden, s. o. uni-STM 100: stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	SP1: stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant COMFORT-MED: Nein. Keine Leistung vorhanden.	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.
Stationäre Anschlussreha/ (AHB / AGM) mitversichert?	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ uni-STM 100: Ja. Leistung vorhanden, s. o. uni-AM 620: ambulanter Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	✔ COMFORT-MED, SP1: Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.
Anschlussreha (AHB / AGM) ohne übliche Einschränkungen?	✔ Ja. Keine üblichen Einschränkungen.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Stationäre AHB werden erstattet, wenn die stationäre Durchführung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.	✔ Ja. Keine üblichen Einschränkungen.	✔ uni-STM 100, uni-AM 620: Ja. Keine üblichen Einschränkungen.	SP1: s. Kompakttarif COMFORT-MED: Nein. Es wird nur stationäre Anschlussrehabilitation erstattet und auch die nur, wenn die Erkrankung nach Verlegung aus der Akutbehandlung weiterhin krankenhaustypischer Behandlung bedarf.	Nein. stationäre AHB: nur bei bestimmten Diagnosen/ Behandlungen ambulante AHB, bei Leistungserbringung durch einen Arzt: ärztliche Leistungen + Einrichtungsgebühren bis zur Höhe, die für die Versorgung eines GKV-Versicherten aufzuwenden wären).
Sonstige ambulante Reha-Maßnahmen mitversichert?	Nein. Keine Leistung vorhanden.	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.	Nein. Keine Leistung vorhanden.	uni-STM 100: stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant uni-AM 620: Nein. Keine Leistung vorhanden.	SP1: stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant COMFORT-MED: Nein. Keine Leistung vorhanden.	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.
Sonstige stationäre Reha-Maßnahmen mitversichert?	Nein. Keine Leistung vorhanden.	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.	Nein. Keine Leistung vorhanden.	uni-AM 620: ambulanter Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant uni-STM 100: Nein. Keine Leistung vorhanden.	COMFORT-MED, SP1: Nein. Keine Leistung vorhanden.	Nein. Keine Leistung vorhanden.
Sonstige ambulante und stationäre Reha-Maßnahmen ohne übliche Einschränkungen?	Nein. Sonstige Reha-Maßnahmen sind nicht mitversichert.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Stationäre Reha-Maßnahmen werden erstattet, wenn die stationäre Durchführung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.	Nein. Sonstige Reha-Maßnahmen sind nicht mitversichert.	uni-STM 100, uni-AM 620: Nein. Sonstige Reha-Maßnahmen sind nicht mitversichert.	COMFORT-MED, SP1: Nein. Sonstige Reha-Maßnahmen sind nicht mitversichert.	Nein. Erstattet werden nur ambulante AHB/ ambulante Reha-Maßnahmen (bei Leistungserbringung durch einen Arzt: ärztliche Leistungen + Einrichtungsgebühren bis zur Höhe, die für die Versorgung eines GKV-Versicherten aufzuwenden wären).

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Hallesche MAS.1 URZ PVN MKT.43	Barmenia VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	Inter ZAMLBest 1 PVN KTMA 6	Universa uni-AM 620 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	Continentale COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	AXA - DBV VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U
Monatsbeitrag:	715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag						
- Entziehungsmaßnahmen - 100% Erstattung/mind. 3 Maßnahmen?	<p>✔ Nach vorheriger schriftlicher Zusage wird bei den ersten drei ambulanten oder stationären Entziehungsmaßnahmen für stoffgebundene Suchterkrankungen (keine Nikotinsucht) geleistet, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> - kein anderweitiger Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung besteht, - 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. <p>Bei der ersten Entziehungsmaßnahme sind 100% erstattungsfähig, bei der zweiten und dritten 80%. Die verbleibenden 20% sind nach Beendigung der Maßnahme erstattungsfähig, wenn die Beendigung weder aus disziplinarischen Gründen noch vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis erfolgte. Bei stationären Maßnahmen werden nur die allgemeinen Krankenhausleistungen erstattet.</p>	<p>✔ Erstattet werden insgesamt drei ambulante/stationäre Entziehungsmaßnahmen, sofern die versicherte Person keinen anderweitigen Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung hat und Erfolgsaussichten bestehen. Bei stationären Maßnahmen werden max. die allgemeinen Krankenhausleistungen übernommen. Ansprüche gegenüber anderen Kostenträger werden angerechnet.</p>	<p>Nach vorheriger schriftlicher Leistungszusage sind ambulante oder stationäre Entwöhnungsmaßnahmen (außer für Nikotinsucht) im tariflichen Rahmen erstattungsfähig, soweit kein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger (z. B. gesetzlicher Rehabilitationsträger, Ärzteversorgungswerke) und eine hinreichende Erfolgsaussicht bestehen. Bei einer ambulanten Entziehungsmaßnahme werden 80% der erstattungsfähigen Aufwendungen übernommen (keine Fahrtkosten). Bei stationären Maßnahmen werden die allgemeinen Krankenhausleistungen sowie die Fahrtkosten zum und vom Krankenhaus erstattet.</p>	<p>uni-STM 100: Aufwendungen für die Behandlung von stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen (Suchterkrankungen) mit Ausnahme von Nikotinsucht sind nach folgenden Maßgaben erstattungsfähig: - Anspruch besteht für insgesamt bis zu 3 stationäre (und ambulante) Entwöhnungsbehandlungen während der gesamten Vertragslaufzeit, - es kann kein gesetzlicher Rehabilitationsträger oder sonstige Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, - im stationären Rahmen bis zu einer Dauer von 3 Monaten (keine Wahlleistungen) - der Versicherer hat vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Leistungszusage erteilt, - die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 70% erstattet.</p> <p>uni-AM 620: Aufwendungen für die Behandlung von stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen (Suchterkrankungen) mit Ausnahme von Nikotinsucht sind nach folgenden Maßgaben erstattungsfähig: - Anspruch besteht für insgesamt bis zu 3 ambulante (und stationäre) Entwöhnungsbehandlungen während der gesamten Vertragslaufzeit, - es kann kein gesetzlicher Rehabilitationsträger oder sonstige Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, - im ambulanten Rahmen bis zu einer Dauer von 6 Monaten - der Versicherer hat vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Leistungszusage erteilt, - die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 70% erstattet.</p> <p>Hinweis: Entziehungsmaßnahmen in Krankenhäusern, die nicht der Bundespflegeverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen, sind nicht erstattungsfähig.</p>	<p>✔ Erstattet werden nach vorheriger schriftlicher Zusage insgesamt max. drei ambulante/stationäre Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren (außer bei Nikotinsucht), soweit kein Anspruch bei einem anderen Kostenträger besteht und die Maßnahmen in einer entsprechend qualifizierten Einrichtung durchgeführt werden. Bei stationären Maßnahmen werden max. die Allgemeinen Krankenhausleistungen erstattet.</p>	<p>Erstattet werden während der gesamten Vertragslaufzeit insgesamt höchstens drei ambulante/stationäre Entziehungsmaßnahmen (außer bei Nikotinsucht) zu 80%, sofern</p> <ul style="list-style-type: none"> - der Versicherer vorab eine Leistungszusage erteilt hat - es sich um keine Rehabilitationsmaßnahme der gesetzlichen Rehabilitationsträger handelt - kein anderweitiger Anspruch auf Kostenerstattung bzw. Sachleistung besteht - hinreichende Erfolgsaussicht gegeben ist <p>Bei der Erstattung von stationären Maßnahmen werden nur die allgemeinen Krankenhausleistungen zugrunde gelegt (abzgl. Selbstbeteiligung).</p>

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Hallesche MAS.1 URZ PVN MKT.43	Barmenia VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	Inter ZAMLBest 1 PVN KTMA 6	Universa uni-AM 620 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	Continentale COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	AXA - DBV VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U
Monatsbeitrag:	715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
- Kinderwunschbehandlung nicht ausgeschlossen	<p>✔ Erstattungsfähig sind Aufwendungen für künstliche Befruchtung (Maßnahmen der assistierten Reproduktionsmedizin zur Kinderwunschbehandlung) nach vorheriger schriftlicher Zusage, die erteilt wird, wenn über die medizinische Notwendigkeit der Heilbehandlung hinaus folgende weitere Voraussetzungen erfüllt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei der versicherten Person besteht eine organisch bedingte Sterilität, die nur mittels reproduktionsmedizinischer Maßnahmen überwunden werden kann, - die Frau hat zum Zeitpunkt der Behandlung das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet, - die Behandlung wird bei Ehepaaren oder Paaren in eheähnlicher Gemeinschaft durchgeführt und es werden ausschließlich Ei- und Samenzellen des Paares verwendet (homologe Befruchtung), - die Behandlung entspricht deutschem Recht, - vor Behandlungsbeginn wird ein Therapie- und Kostenplan vorgelegt. <p>Tariflich erstattet werden bis zu 8 Inseminationszyklen im Spontanzklus und 3 Inseminationszyklen nach hormoneller Stimulation sowie höchstens insgesamt bis zu 3 Versuche aus In-vitro-Fertilisation (IVF), intracytoplasmatischen Spermieninjektion (einschl. der dabei erforderlichen IVF), intratubaren Gametentransfer (hiervon max. 2 Versuche).</p> <p>Die Anzahl der erstattungsfähigen Versuche erhöht sich um die Anzahl der Versuche, in denen eine klinisch nachgewiesene Schwangerschaft eintrat, diese aufgrund von Komplikationen (z.B. wegen Abort) jedoch erfolglos verlaufen ist. Bei erfolgreicher Geburt nach künstlicher Befruchtung besteht erneuter Anspruch auf die tariflichen Leistungen für künstliche Befruchtung, solange die o. g. erfüllt sind. Leistungsansprüche der versicherten Person oder deren Partner bei einem anderen Leistungsträger (z.B. Staat, GKV) haben Vorrang und werden angerechnet.</p>	<p>✔ In den Allgemeinen Versicherungsbedingungen/Tarifbedingungen ist kein Ausschluss geregelt.</p>	<p>✔ Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Kinderwunschbehandlungen (künstliche Befruchtung), wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei der versicherten Person eine organisch bedingte Sterilität besteht, die ausschließlich mittels reproduktionsmedizinischer Maßnahmen überwunden werden kann, - zum Zeitpunkt der Behandlung die Frau das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, - eine hinreichende Erfolgsaussicht für die Kinderwunschbehandlung gegeben ist, - die Behandlung bei Ehepaaren/Partnern in eheähnlicher Lebensgemeinschaft durchgeführt wird, - eine Befruchtung ausschließlich mit Ei- und Samenzellen des Ehepartners/der Partnerin in eheähnlicher Gemeinschaft (homologe Befruchtung) erfolgt. <p>Folgende Maßnahmen zählen hierbei zu einer künstlichen Befruchtung: Insemination, In-vitro-Fertilisation (IVF), intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) sowie die hormonelle Stimulation mit Arzneimitteln.</p> <p>Besteht für die Behandlung des nicht bei der INTER versicherten Ehe- oder Lebenspartners ein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger (z. B. GKV oder PKV), sind die Aufwendungen erstattungsfähig, die vom Anspruch gegen den anderen Kostenträger nicht umfasst sind.</p>	<p>✔ Leistungspflicht besteht für künstliche oder extrakorporale Befruchtung, wenn eine organbedingte Sterilität der versicherten Person vorliegt und die Befruchtung nach objektiver medizinischer Feststellung das einzige Mittel zur Herbeiführung einer Schwangerschaft ist. Erstattungsfähig sind bei begründeter Erfolgsaussicht die Aufwendungen für bis zu 5 Behandlungen.</p>	<p>✔ Erstattungsfähig sind nach vorheriger schriftlicher Zusage ärztliche Leistungen und Arznei- und Verbandmittel für maximal drei Versuche (unabhängig vom jeweils gewählten Verfahren), wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Maßnahme nach ärztlicher Feststellung medizinisch erforderlich ist und für die versicherte Person ein entsprechender krankhafter Organbefund vorliegt, - eine deutliche Erfolgsaussicht besteht und – die Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland stattfindet. <p>Die Behandlungskosten eines Partners ohne entsprechenden krankhaften Befund sind nur dann erstattungsfähig, wenn für diesen (bei der Continentale oder einer anderen PKV) eine Krankheitskostenvollversicherung besteht und dort kein Leistungsanspruch geltend gemacht werden kann.</p>	<p>✔ Künstliche Befruchtung ist erstattungsfähig, sofern</p> <ul style="list-style-type: none"> - zum Zeitpunkt der Behandlung die Frau das 40. und der Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben - eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person besteht, die allein mittels künstlicher Befruchtung/Insemination überwunden werden kann, - die Behandlung bei verheirateten bzw. in eheähnlicher Gemeinschaft lebenden Paaren erfolgt und - eine deutliche Erfolgsaussicht (größer 15%) besteht. <p>Ein Leistungsanspruch besteht für:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bis zu 6 Inseminationszyklen sowie entweder - bis zu 4 Versuche nach der In-vitro-Fertilisation (IVF) oder - bis zu 4 Versuche nach der intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) (einschließlich der dabei erforderlichen IVF). <p>Besteht für den Partner der versicherten Person bei einem anderen Kostenträger (z. B. GKV, PKV) Anspruch auf Leistungen, werden nur die nach Vorleistungen verbleibenden Aufwendungen erstattet.</p>
- Zusatzleistungen bei Entbindung?	<p>✔ Bei einer Hausgeburt wird neben der Kostenersatzung eine Geburtspauschale von 600 EUR zur Abgeltung anderweitiger Aufwendungen gezahlt (ohne Anrechnung auf die Selbstbeteiligung).</p>	<p>✔ Beitragsbefreiung für max. 6 Monate, wenn die versicherte Person Elterngeld bezieht und sie zum Zeitpunkt des erstmaligen Bezugs unmittelbar zuvor mindestens 8 Monate im Tarif VZK+ versichert ist.</p> <p>Bei einer Hausentbindung (muss ausdrücklich als solche in der Rechnung bezeichnet werden) wird einmalig eine Pauschale von 500 EUR gezahlt (keine Anrechnung auf die Selbstbeteiligung).</p> <p>Aufwendungen für eine Haushaltshilfe werden erstattet, sofern nach ärztlichem Attest wegen Schwangerschaft und Entbindung der Haushalt nicht weitergeführt werden kann (bis zu 10 EUR pro Stunde, max. 75 EUR pro Tag für bis zu 90 Tage).</p>	<p>✔ Bezieht die versicherte Person Elterngeld im Sinne des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes, besteht Anspruch auf die Zahlung einer Leistung von einem Monatsbeitrag für jeden Lebensmonat des Kindes, für den Elterngeld bezogen wurde, maximal für 6 Monate.</p> <p>Gezahlt wird - auf Vorlage des Elterngeldbescheids - nach Beendigung des Elterngeldbezuges (bzw. nach Ablauf von 6 Monaten bei ununterbrochenem Elterngeldbezug > 6 Monate), sofern die versicherte Person zum Zeitpunkt der Leistungsbeantragung mindestens 12 Monaten im ZAMLBest versichert ist und seit Beginn der Elternzeit kein Zahlungsverzug besteht. Der Anspruch muss spätestens 6 Monate nach Ende des Bezugs von Elterngeld angezeigt werden.</p> <p>Die Leistung fällt nicht unter die Selbstbeteiligung von 550 EUR.</p>	Keine Beitragsfreiheit/Zusatzleistung nach Entbindung.	Keine Beitragsfreiheit/Zusatzleistung nach Entbindung.	<p>✔ 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 VZ600-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>

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Hallesche MAS.1 URZ PVN MKT.43	Barmenia VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	Inter ZAMLBest 1 PVN KTMA 6	Universa uni-AM 620 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	Continentale COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	AXA - DBV VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U
Monatsbeitrag:	715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
Garantierte Beitragsrückerstattung?	Die Beitragsrückerstattung ist nicht vertraglich garantiert.	VZK1D plus, VZN plus, VZD2plus: Die Beitragsrückerstattung ist nicht vertraglich garantiert.	Die Beitragsrückerstattung (BRE) ist nicht vertraglich garantiert.	Die Beitragsrückerstattung ist nicht vertraglich garantiert.	✔ Der Versicherungsnehmer erhält für jede nach diesem Tarif versicherte Person, für die keine Versicherungsleistungen im abzurechnenden Geschäftsjahr beantragt wurden, im Folgejahr eine garantierte Beitragsrückerstattung von 2/12 der im Vorjahr für die versicherte Person entrichteten Beiträge.	Die Beitragsrückerstattung (BRE) ist nicht vertraglich garantiert.
- Höhe der Beitragsrückerstattung nach 1 leistungsfreien Jahr?	✔ Die Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit beträgt zzt.: - 1 MB (Monatsbeitrag) für 1 KJ (Kalenderjahr) - 1,5 MB für 2 KJ - 2 MB für 3 KJ - 2,5 MB für 4 KJ - 3 MB für 5 KJ	✔ VZD2plus: Die Beitragsrückerstattung beträgt zzt.: 2 Monatsbeiträge für 1 leistungsfreies Jahr 3 Monatsbeiträge für 2 leistungsfreie Jahre 4 Monatsbeiträge für 3 leistungsfreie Jahre 5 Monatsbeiträge für 4 leistungsfreie Jahre 6 Monatsbeiträge für 5 und mehr leistungsfreie Jahre Zahnprophylaktische Leistungen sind BRE-unschädlich, sofern sie in den jeweiligen Rechnungen entsprechend bezeichnet sind. VZK1D plus: 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 und Schutzimpfungen 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. VZN plus: Die Beitragsrückerstattung beträgt zzt.: 2 Monatsbeiträge für 1 leistungsfreies Jahr 3 Monatsbeiträge für 2 leistungsfreie Jahre 4 Monatsbeiträge für 3 leistungsfreie Jahre 5 Monatsbeiträge für 4 leistungsfreie Jahre 6 Monatsbeiträge für 5 und mehr leistungsfreie Jahre	✔ Die BRE bei Leistungsfreiheit beträgt zzt.: 1,5 MMB* für 1 Kalenderjahr (KJ) # 2 MMB* für 2 KJ # 2,5 MMB* für 3 KJ # 3 MMB* für 4 KJ # 4 MMB* für 5 KJ # 5 MMB* für 6 KJ # 6 MMB* für 7 KJ. *MMB = maßgeblicher Monatsbeitrag - errechnet sich aus dem ambulanten und zahnärztlichen Anteil des Monatsbeitrags (ohne gesetzlichen Zuschlag) zum 01.07. des für die BRE zu Grunde liegenden Jahres. Der Anteil beträgt für ambulante und zahnärztliche Behandlung 2/3 des gesamten Monatsbeitrags. Ambulante Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen sind BRE-unschädlich. Hinweis: Regelung für Neukunden: Bei ununterbrochener Leistungsfreiheit seit Beginn des Versicherungsverhältnisses werden für das 1. bzw. das 1. und 2. bzw. das 1.-3. Kalenderjahr jeweils 3 MMB gezahlt (ab dem 4. KJ bzw. bei Unterbrechung der Leistungsfreiheit erfolgt die Auszahlung wie oben beschrieben). Bei unterjährigem Versicherungsbeginn wird für das 1. KJ für jeden vollen versicherten Monat 1/4 des MMB gezahlt. Die erhöhte BRE gilt auch bei der Nachversicherung von z. B. Ehegatten und Kindern; sie entfällt, wenn die Versicherung in Ruhe gesetzt wird.	✔ Die Beitragsrückerstattung* bei Leistungsfreiheit beträgt zzt.: 1,0 Monatsbeitrag (MB) für 1 bis 3 Kalenderjahre (KJ) 1,25 MB für 4 KJ 1,5 MB für 5 KJ 1,75 MB für 6 KJ 2,0 MB für 7 und mehr KJ * anteilig bei unterjährigem Beginn Bei Umstellung aus der Produktlinie CLASSIC (Tarif A/AM) in eine andere Produktlinie werden zur Bestimmung des leistungsfreien Zeitraumes auch die Leistungen der Tarife ZA/ZAM und ST/STM sowie deren Vertragsverlauf mit einbezogen.	✔ Zusätzlich zur garantieren Beitragsrückerstattung von zwei Monatsbeiträgen wird eine erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gezahlt: - nach 2 leistungsfreien Jahren: 1 Monatsbeitrag - nach 3 leistungsfreien Jahren: 2 Monatsbeiträge - nach 4 leistungsfreien Jahren: 3 Monatsbeiträge - nach 5 und mehr leistungsfreien Jahren: 4 Monatsbeiträge.	✔ BRE: beitragsunabhängige Festbeträge (+ ggf. Verhaltensboni), s. Hinweis Bei unterjährigem Beginn wird im 1. Jahr keine anteilige BRE gezahlt. Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlichen Programmen und Rechnungen unterhalb des absoluten Selbstbehaltes sind BRE-unschädlich. Hinweis: ab Alter 20: 700 EUR bei 1-4 leistungsfreien Jahren, 1.000 EUR ab 5 leistungsfreien Jahren; bis Alter 19: 200 EUR (ab 1 leistungsfreien Jahr) jährlicher Verhaltensbonus (ab Alter 20): BMI (zwischen 18,5 und 25): 25 EUR / Nichtraucher: 25 EUR / Fitness: 50 EUR
Allgemeines - Verzicht auf die Einhaltung der Wartezeiten bei Neuabschluss?	Kein genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten. Bei Übertritt aus GKV oder PKV oder Vorlage eines ärztl. Untersuchungsberichtes können die Wartezeiten entfallen.	✔ Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten.	✔ Bei Neuabschluss wird auf die Einhaltung sämtlicher Wartezeiten verzichtet. Hinweis: Bei Vertragsänderungen gelten für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes die allgemeine Wartezeit von drei Monaten und (für Entbindung, Erkrankungen des psychischen oder psychiatrischen Formenkreises, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie) die besonderen Wartezeiten von acht Monaten; sie entfallen für unfallbedingte Aufwendungen.	Kein genereller Verzicht auf die Wartezeiten. Die besonderen Wartezeiten für Zahnbehandlung und Zahnersatz entfallen, wenn die Zahnbehandlung bzw. der Zahnersatz aufgrund eines nach Vertragsabschluss eingetretenen Unfalles notwendig wird. Bei Übertritt/Wechsel aus der GKV oder einer anderen PKV oder bei Vorlage eines (zahn-)ärztlichen Zeugnisses können die Wartezeiten erlassen/angerechnet werden.	✔ Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten.	✔ Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten bei erstmaliger Versicherung.
- bedingungsgemäße Klarstellung hinsichtlich angeborener Anomalien/Geburtsschäden?	✔ 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.	✔ 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.	✔ Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht auch Versicherungsschutz für Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Gebrechen.	✔ Ja. Wird ein Kind im Rahmen der Kindernachversicherung mitversichert, besteht auch Versicherungsschutz für Geburtsschäden sowie für angeborene Krankheiten und Gebrechen.	✔ 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, Behinderungen, Gebrechen, Geburtsschäden, Anomalien, angeborenen Krankheiten und Erbkrankheiten.	✔ Der Versicherer versichert im Rahmen der Kindernachversicherung das Neugeborene wie geboren.


Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Hallesche MAS.1 URZ PVN MKT.43	Barmenia VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	Inter ZAMLBest 1 PVN KTMA 6	Universa uni-AM 620 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	Continentale COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	AXA - DBV VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42- U
Monatsbeitrag:	715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
- garantiertes Recht auf Umwandlung bei Beendigung der Vollversicherung in eine gleichwertige Zusatzversicherung?	✔ Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).	✔ Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).	✔ Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).	✔ Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).	✘ Nein, das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ohne Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten ist nicht vertraglich geregelt.	✔ Versicherte Personen haben das Recht, ohne erneute Risikoprüfung den nicht durch die Pflichtversicherung ersetzten Teil des bisherigen Versicherungsschutzes als Krankheitskostenteilverversicherung fortzuführen, wenn der Fortsetzungswunsch zugleich mit der Kündigung erklärt wird.
- Ausschluss Krieg/Terror (§5 1. a MB/KK)?	✔ Die Leistungseinschränkung gilt nicht bei Kriegsereignissen im Ausland, wenn a) für das betroffene Aufenthaltsgebiet keine Reisewarnung durch das Auswärtige Amt besteht oder b) eine Reisewarnung für das Aufenthaltsgebiet erst während des Aufenthaltes ausgesprochen wird, und die versicherte Person das Aufenthaltsgebiet unverzüglich verlässt oder aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes gehindert wird. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 (1a) MB/KK 2009.	✔ 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.	✔ Für Kriegsereignisse im Ausland besteht Leistungspflicht, sofern - bei der Einreise der versicherten Person keine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes für das Aufenthaltsgebiet bestand oder - eine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes für das Aufenthaltsgebiet nach der Einreise ausgesprochen wurde, die versicherte Person aber durch Gefahr für Leib und Leben daran gehindert ist, das betroffene Gebiet zu verlassen.	✔ Leistungspflicht besteht während der ersten beiden Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland für solche Krankheiten einschl. ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen, die durch Kriegsereignisse verursacht worden sind, und für Terroranschläge, Für Wehrdienstbeschädigungen, die nach Versicherungsbeginn eintreten, wird ebenfalls geleistet (Leistungsansprüche gegenüber anderen Kostenträgern werden angerechnet).	✔ Im Ausland gilt die Leistungseinschränkung für Kriegs-, Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen nur dann, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land vor Beginn des Auslandsaufenthaltes eine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird die Reisewarnung erst während des Auslandsaufenthaltes ausgesprochen, besteht solange Versicherungsschutz, bis eine Ausreise aus dem Gebiet möglich ist. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen, für die keine Leistungspflicht besteht.	✔ Unter bestimmten Voraussetzungen besteht Leistungspflicht auch für solche Krankheiten einschließlich Folgen & für Folgen von Unfällen und 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).
Allgemeines - wie ist die Mindestvertragsdauer geregelt?	✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Das Versicherungsjahr ist nicht identisch mit dem Kalenderjahr. Es beginnt mit dem Versicherungsbeginn laut Versicherungsschein.	✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Das Versicherungsjahr ist nicht identisch mit dem Kalenderjahr. Es beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt.	✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Das Versicherungsjahr ist nicht identisch mit dem Kalenderjahr. Es beginnt mit dem Versicherungsbeginn laut Versicherungsschein.	✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Versicherungsjahre. Das Versicherungsjahr ist nicht identisch mit dem Kalenderjahr. Es beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt. Bestehen beim Versicherer bereits Krankenversicherungsverträge, so endet das erste Versicherungsjahr mit dem Schluss des Versicherungsjahres des zuerst abgeschlossenen Vertrags, das zur Zeit des Vertragsabschlusses läuft. Vertragsänderungen oder nachträgliche Mitversicherung von Personen haben keinen Einfluss auf Beginn und Ende des Versicherungsjahres.	✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Das Versicherungsjahr ist nicht identisch mit dem Kalenderjahr. Es beginnt mit dem Versicherungsbeginn laut Versicherungsschein.	✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Das Versicherungsjahr ist identisch mit dem Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31.12. des Beginnjahres.









Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Hallesche MAS.1 URZ PVN MKT.43	Barmenia VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	Inter ZAMLBest 1 PVN KTMA 6	Universa uni-AM 620 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	Continentale COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	AXA - DBV VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U
Monatsbeitrag:	715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
Sonstiges		<p>✔ VZK1D plus, VZD2plus: Beitragsbefreiung - bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 oder 5 für die Dauer der Pflegebedürftigkeit - ab dem 91. Tag eines ununterbrochenen medizinisch notwendigen stationären Krankenhausaufenthalts für die weitere Verweildauer bis zur Beendigung des Krankenhausaufenthalts (jedoch nicht bei Anschlussheilbehandlungen sowie bei Aufhalten, die schwerpunktmäßig Rehabilitations- oder Kurcharakter haben)</p>	<p>✔ Serviceleistungen: Medizinische Informationen (zu z. B. allgemeinen Gesundheitsfragen, Krankheiten, Arzneimitteln, geplanten Krankenhausaufenthalten), Unterstützung und Betreuung (durch z. B. Benennung von ärztlichen, zahnärztlichen und Apotheken-Notdiensten, Kontaktaufnahme zum Hausarzt, Einholen einer Zweitmeinung), Betreuung bei Auslandsreisen (z. B. 24-Stunden-Service mit Benennung von Ärzten, Dolmetschern, Krankenhäusern, Organisation von Transporten/ Verlegung zum nächsterreichbaren Arzt/ Krankenhaus).</p> <p>Außerdem bietet das INTER Gesundheitsmanagement über das Service Center auf Wunsch weitere Beratungs- und Organisationsleistungen: Unterstützung bei der Beschaffung von Hilfsmitteln / Betreuung und Organisation von Therapie und Pflege sowie Hilfe bei der Gestaltung des Umfelds des Patienten bei schweren Erkrankungen.</p>	Keine Leistung vorhanden.		<p>✔ VZ Zahn-U:  Auslandsaufenthalt zum Zwecke einer Heilbehandlung: Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherte die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat, wird für Mehrkosten einer Heilbehandlung im Ausland außerhalb der EU bzw. des EWR geleistet.</p> <p>VZ600-U: Medizinischer Service ist Vertragsbestandteil - u. a.: telefonische Gesundheitsberatung, Infos zu Medikamenten, Vorsorge, Nennung von Leistungserbringern, Hilfe bei Terminvereinbarung bei Ärzten.</p> <p>Für Krankheiten, die sich die versicherte Person bei einem von ihr begangenen Verbrechen des Mordes, des Totschlages oder der Vergewaltigung zugezogen hat, besteht kein Versicherungsschutz. Hinweis: Die Aufwendungen für Heilbehandlungen und sonst vereinbarte Leistungen werden - soweit sich aus § 4 MB/KK 2008 einschließlich der Nummern 9 bis 13 TB nichts anderes ergibt und/oder Leistungshöchstgrenzen nicht vereinbart werden - bis zu angemessenen Beträgen anerkannt. Die Angemessenheit ist überschritten wenn die Aufwendungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen.</p>

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

	Hallesche MAS.1 URZ PVN MKT.43	Barmenia VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	Inter ZAMLBest 1 PVN KTMA 6	Universa uni-AM 620 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	Continentale COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	AXA - DBV VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U
Monatsbeitrag:	715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
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 der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, sofern der Tarif keinen anderen Zeitraum vorsieht.	 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 Krankentagegeldern und Entgeltsersatzleistungen der Sozialversicherungsträger das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende durchschnittliche Nettoeinkommen nicht übersteigen. Als durchschnittliches Nettoeinkommen gelten 80% des Bruttoentgelts aus der unselbstständigen Tätigkeit. Zu dem Bruttoentgelt zählen auch Urlaubs- und Weihnachtsgeld, vermögenswirksame Leistungen, regelmäßige Sonderzahlungen und Zulagen. Als maßgeblicher Zeitraum für die Berechnung des durchschnittlichen Nettoeinkommens wird bei Antragstellung der Zeitraum der kommenden 12 Monate ab Antragstellung zugrunde gelegt.	 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.	 Das Krankentagegeld darf das aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen - zuzüglich - der von GKV-versicherten Arbeitnehmern während der Arbeitsunfähigkeit zu tragenden Anteile für die gesetzliche Rentenversicherung bzw. das berufsständische Versorgungswerk, der Arbeitslosen- und sozialen Pflegeversicherung bzw. - des Arbeitgeberzuschusses zur privaten Krankheitskosten- und Pflegepflichtversicherung sowie der vom Arbeitnehmer im Versicherungsfall zu tragenden Beiträge an die gesetzliche Rentenversicherung bzw. das berufsständische Versorgungswerk (bei privat krankenversicherten Arbeitnehmern) nicht übersteigen. Das Nettoeinkommen ist das aus der beruflichen Tätigkeit erzielte regelmäßig wiederkehrende arbeitsvertraglich vereinbarte Bruttoeinkommen abzüglich Steuern und Sozialversicherungsbeiträge; Darüber hinaus können gesonderte schriftliche Vereinbarung getroffen werden. Ansprüche auf anderweitige Krankentagegelder und Krankengelder (vor Abzug von Sozialabgaben) werden zur Berechnung der Höchstgrenze des versicherbaren Krankentagegeldes angerechnet.	 Bei Arbeitnehmern sind 80% des regelmäßigen Bruttoentgelts als Nettoeinkommen versicherbar.
Arbeitnehmer: bei Wechsel in Selbstständigkeit keine Risikoprüfung/Wartezeiten (bei Verkürzung der Karenzzeit)?	 Bei Wechsel in die Selbstständigkeit sind für Verkürzungen der Karenzzeit keine Wartezeiten einzuhalten (in Verbindung mit einer Vollversicherung bei der HALLESCHER). Eine Gesundheitsprüfung ist nicht erforderlich.	 Wird bei Wechsel in die Selbstständigkeit 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 Selbstständigkeit beantragt wird und die Vertragsänderung zum Ersten des auf die Antragstellung folgenden Monats erfolgen soll.	 Ja. Bei Wechsel in eine selbstständige, ärztliche, zahnärztliche oder tierärztliche Tätigkeit in einer Praxis oder einem Krankenhaus, kann der Versicherungsnehmer die Weiterversicherung in einer Tarifstufe mit kürzerer Karenzzeit verlangen; der Antrag muss innerhalb von 6 Monaten nach Beendigung der Versicherung wegen Wegfalls der Versicherungsfähigkeit gestellt werden. Für einen laufenden Versicherungsfall wird das Krankentagegeld jedoch erst nach Ablauf der ursprünglich vereinbarten Karenzzeit gezahlt. Hinweis: Zusätzliche (einmalige) Option - ohne Gesundheitsprüfung - auf Verdopplung des Tagessatzes bei Wechsel in eine niedergelassene ärztliche, zahnärztliche oder tierärztliche Tätigkeit in einer eigenen Praxis; ggf. Nachweis über die Höhe der Praxiseinnahmen erforderlich. Option kann bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres wahrgenommen werden, sofern die Erhöhung spätestens 2 Monate nach der Niederlassung zum Zeitpunkt der Niederlassung beantragt wird. Für zum Zeitpunkt der Vertragsänderung noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle bleibt der Versicherungsschutz in Höhe des vor der Änderung geltenden Krankentagegeldes bis zum endgültigen Abschluss des Versicherungsfalles unverändert bestehen.	Bei Wechsel in die Selbstständigkeit sind für Leistungserhöhungen (Verkürzung der Karenzzeit, Erhöhung des versicherten Tagessatzes) bedingungsgemäße Wartezeiten einzuhalten und eine Gesundheitsprüfung ist erforderlich.	Bei Wechsel in die Selbstständigkeit sind für Leistungserhöhungen (Verkürzung der Karenzzeit, Erhöhung des versicherten Tagessatzes) bedingungsgemäße Wartezeiten einzuhalten und eine Gesundheitsprüfung ist erforderlich.	Bei Wechsel in die Selbstständigkeit sind für Leistungserhöhungen (Verkürzung der Karenzzeit, Erhöhung des versicherten Tagessatzes) bedingungsgemäße Wartezeiten einzuhalten und eine Gesundheitsprüfung ist erforderlich.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

	Hallesche MAS.1 URZ PVN MKT.43	Barmenia VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	Inter ZAMLBest 1 PVN KTMA 6	Universa uni-AM 620 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	Continentale COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	AXA - DBV VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U
Monatsbeitrag:	715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
Wird bei Arbeitslosigkeit über MB/KT hinaus geleistet?	<p>✔ 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.</p>	<p>✔ 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.</p> <p>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.</p>	<p>✔ Das Versicherungsverhältnis endet bei Eintritt von Arbeitslosigkeit zu dem Zeitpunkt, für den feststeht, dass die versicherte Person eine neue Tätigkeit als Arbeitnehmer nicht mehr aufnehmen will oder aufgrund objektiver Umstände festgestellt werden kann, dass die Arbeitssuche trotz ernsthafter Bemühungen ohne Erfolg bleiben wird. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem die INTER ihre im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber 6 Monate nach Wegfall der Voraussetzung.</p>	<p>✔ 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).</p>	<p>✘ 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.</p>	<p>✔ Tritt Arbeitslosigkeit ein oder wird eine selbstständige Tätigkeit aufgegeben, so entfällt die Versicherungsfähigkeit zu dem Zeitpunkt, für den feststeht, dass eine neue Erwerbstätigkeit nicht angestrebt wird oder aufgrund objektiver Umstände festgestellt werden kann, dass die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit trotz Bemühungen ohne Erfolg bleiben wird, spätestens 12 Monate nach Beendigung der letzten Erwerbstätigkeit (sofern bis dahin keine neue Tätigkeit aufgenommen wird; Umstellung in Anwartschaft möglich). Tritt innerhalb der 12 Monate eine Arbeitsunfähigkeit ein, so wird die Frist um die Zeit der Arbeitsunfähigkeit gehemmt.</p> <p>Liegt während der Arbeitslosigkeit im Sinne des SGB III eine Befreiung von der Versicherungspflicht (nach § 8 Abs. 1 Nr. 1a SGB V) vor, wird das Krankentagegeld über zuvor genannte Frist hinaus nur in geminderter Höhe geleistet. Maßgeblich als versicherbares Einkommen ist das zuletzt bezogene Arbeitslosengeld (ALG I). Das Krankentagegeld wird nach Ablauf der 6. Woche einer im Verlauf der Arbeitslosigkeit eintretenden vollständigen und ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit an Stelle der wegfallenden Leistungen der Bundesagentur für Arbeit gezahlt, für längstens 78 Wochen innerhalb von je 3 Jahren (wegen derselben Krankheit).</p> <p>Weitere Voraussetzungen/Details sind den Versicherungsbedingungen zu entnehmen.</p>
Ist das Tagegeld bei Selbstständigen auch über Nettoeinkommen versicherbar?	<p>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.</p>	<p>⚠ 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.</p> <p>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 (Betriebsinnahmen der letzten zwölf Monate vor Antragstellung bzw. vor der Arbeitsunfähigkeit abzüglich Betriebsausgaben) absicherbar.</p> <p>Bei Freiberuflern sind die Betriebs- bzw. Praxiseinnahmen der letzten zwölf Monate vor Antragstellung bzw. vor der Arbeitsunfähigkeit zu 75% absicherbar.</p>	<p>Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant.</p>	<p>✔ Als Nettoeinkommen gilt bei Selbstständigen 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.</p>	<p>⚠ Das Krankentagegeld darf das aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen.</p> <p>Das Nettoeinkommen ist 75 % der Praxiseinnahmen (Betriebsinnahmen ohne Betriebsinnahmen aus der Inanspruchnahme von Fremdlaboren) vor Kürzung um die Betriebsausgaben. Darüber hinaus können gesonderte schriftliche Vereinbarungen getroffen werden.</p> <p>Ansprüche auf anderweitige Krankentagegelder und Krankengelder (vor Abzug von Sozialabgaben) werden zur Berechnung der Höchstgrenze des versicherbaren Krankentagegeldes angerechnet.</p> <p>Hinweis: It. Info des Versicherers gelten als Nettoeinkommen bei Ärzten/Zahnärzten 75% der Betriebsinnahmen ohne Fremdlaborkosten und bei Tierärzten 75% der Betriebsinnahmen ohne Fremdlaborkosten, Umsatzsteuer und ggf. Medikamentenumsatz - vor Kürzung um die Betriebsausgaben.</p> <p>Diese Regelungen sind nicht!! Bestandteil der Versicherungsbedingungen.</p>	<p>✔ Bei Selbstständigen und Freiberuflern sind 80% des Gewinns vor Steuern gemäß § 2 Abs. 2 Nr. 1 Einkommensteuergesetz aus der angegebenen Tätigkeit als Nettoeinkommen versicherbar.</p>

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld









	Hallesche MAS.1 URZ PVN MKT.43	Barmenia VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	Inter ZAMLBest 1 PVN KTMA 6	Universa uni-AM 620 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	Continentale COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	AXA - DBV VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U
Monatsbeitrag:	715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
Können Existenzgründer auch den voraussichtlich geschätzten Gewinn versichern, wenn keine anderen Daten vorliegen?	Nein, bedingungsgemäß gibt es keine Sonderregelung für Existenzgründer hinsichtlich der Höhe des zu versichernden Einkommens.	✔ 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.	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant	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. Hinweis: lt. Info des Versicherers wird bei Praxisneugründungen (keine Praxisübernahmen) ein Tagessatz von maximal 300 EUR akzeptiert, sofern eine Krankheitskostenvollversicherung (PKV oder GKV) besteht. Anderweitig bestehende Krankengelder und/oder Krankentagegelder werden angerechnet. Nach Ablauf des ersten vollen Kalenderjahres wird geprüft, ob eine Neuordnung/Anpassung des Vertrages (Anpassung) erforderlich ist. Diese Regelung ist nicht!! Bestandteil der Versicherungsbedingungen.	✔ Wenn das Nettoeinkommen bei Aufnahme einer selbstständigen 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.
Wird bei Berufsunfähigkeit über MB/KT hinaus geleistet?	✔ 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 sechs Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit.	✔ Das Versicherungsverhältnis endet 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 nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem die INTER ihre im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber 6 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 drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit.
Endet der KT-Anspruch nicht automatisch bei Bezug einer BU-Rente?	✖ Bei Bezug einer Berufsunfähigkeitsrente endet Leistungsanspruch	✔ Ja, der Tarif sieht keine Einschränkung vor.	✖ Nein. Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Bezug einer gesetzlichen oder privaten Rente wegen voller Erwerbsminderung, Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit.	✔ Ja, der Tarif sieht keine Einschränkung vor.	✖ Bei Bezug einer Berufsunfähigkeitsrente endet Leistungsanspruch	✖ Bei Bezug einer Berufsunfähigkeitsrente endet Leistungsanspruch
Leistet die BU bei Einstellung des KT-Zahlung sofort? (wenn KT & BU beim gleichen VR abgeschlossen)	Der nahtlose Übergang Krankentagegeld-Berufsunfähigkeitsversicherung ist nicht mehr vertraglich geregelt (Stand 03.2012).	✔ 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 Vorstand der INTER Krankenversicherung AG garantiert bei gleichzeitigem bei der INTER Versicherungsgruppe bestehender Krankentagegeld- und Berufsunfähigkeits(Zusatz)versicherung eine optimale Leistungsbearbeitung, mit folgenden Vorteilen: - kein Zeitraum ohne Leistungen zwischen Krankentagegeld und Berufsunfähigkeitsrente - zur Prüfung, ob Anspruch auf Leistung aus der Berufsunfähigkeits(Zusatz)versicherung besteht, muss kein zusätzlicher Antrag gestellt werden - durch den frühen Leistungsanspruch aus der Berufsunfähigkeits(Zusatz)versicherung kann zusätzlich zum Krankentagegeld eine doppelte Leistung entstehen (voller Leistungsanspruch). Stand 07.2019	✔ 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, die Continentale garantiert im Leistungsfall den nahtlosen Übergang von Krankentagegeld zur Berufsunfähigkeits-Rente, vorausgesetzt, dass beim Versicherer gleichzeitig folgende Verträge bestehen und er hieraus grundsätzlich leistungsberechtigt ist: - Krankentagegeld-/Verdiensausfall-Versicherung (gilt für die Tarife V / VA) und - Berufsunfähigkeits-Versicherung (gilt für die Tarife der Selbständigen Berufsunfähigkeits-Versicherung ohne Karenzzeiten ab Juli 2000; ausgenommen sind Tarife zur BU-Vorsorge Classic).	✔ Ja, ein nahtloser Übergang Krankentagegeld - Berufsunfähigkeitsversicherung vertraglich geregelt (sofern BU-Versicherung auch beim gleichen Versicherer besteht).

Leistungsvergleich Krankentagegeld

	Hallesche MAS.1 URZ PVN MKT.43	Barmenia VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	Inter ZAMLBest 1 PVN KTMA 6	Universa uni-AM 620 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	Continentale COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	AXA - DBV VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U
Monatsbeitrag:	715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
Kur/Reha: Leistung auch bei Kur-/Rehamaßnahme gesetzlichen Trägers?	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.	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 gesetzlichen Rehabilitationsträgers werden auf das Krankentagegeld angerechnet.	Bei Kur- und Sanatoriumsbehandlungen wird nicht geleistet. Hinweis: Während einer medizinisch notwendigen stationären Rehabilitationsmaßnahme wird nach Ablauf der Karenzzeit das Krankentagegeld gezahlt, wenn die Notwendigkeit sowie die erforderliche Dauer zuvor durch ein begründetes ärztliches Attest gegenüber der INTER nachgewiesen wurde, der Versicherer die Leistung schriftlich zugesagt hat (ggf. von vorheriger ärztlicher Untersuchung abhängig) und die Arbeitsunfähigkeit seit Beginn der Maßnahme besteht.	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 Versicherer vorher eine schriftliche Zusage gegeben hat. Dies gilt auch für Schonzeiten im Anschluss an eine Kur- oder Sanatoriumsbehandlung.	Leistungspflicht besteht, soweit - die Kur- und Sanatoriumsbehandlung bzw. die Rehabilitationsmaßnahme des gesetzlichen Rehabilitationsträger stationär erfolgt und - unmittelbar vor Beginn der Kur- und Sanatoriumsbehandlung bzw. der Rehabilitationsmaßnahme des gesetzlichen Rehabilitationsträger eine ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit von mind. 4 Wochen nachgewiesen wird.	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 Versicherer aufgrund eines ausführlich begründeten ärztlichen Attestes zuvor eine schriftliche Zusage gegeben hat. Der Anspruch besteht für längstens 28 Tage je Versicherungsfall.
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.	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.
Sind Entziehungsmassnahmen mitversichert?	Leistungen für Entziehungsmassnahmen werden nach schriftl. Zusage erbracht.	Leistungen werden bei den ersten drei Entziehungsmassnahmen erbracht.	Nach vorheriger schriftlicher Zusage wird das vereinbarte Krankentagegeld bei Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Suchterkrankungen (außer Nikotinsucht) im Rahmen einer ambulanten oder stationären Entwöhnungsmaßnahme zu 80% gezahlt (für max. 3 Entwöhnungsmaßnahmen während der gesamten Vertragslaufzeit). Die Zusage wird erteilt, soweit kein Anspruch auf Entgeltersatzleistungen bei einem anderen Kostenträger (z. B. gesetzlicher Rehabilitationsträger, berufsständische Versorgungswerke) besteht und eine hinreichende Erfolgsaussicht gegeben ist.	Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit wegen Entziehungsmaßnahmen.	Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit wegen Entziehungsmaßnahmen.	Leistungen für Entziehungsmassnahmen werden nach schriftl. Zusage erbracht.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

	Hallesche MAS.1 URZ PVN MKT.43	Barmenia VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	Inter ZAMLBest 1 PVN KTMA 6	Universa uni-AM 620 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	Continentale COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	AXA - DBV VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U
Monatsbeitrag:	715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
Gemischte Anstalten - schriftl. Zusage nicht generell notwendig	<p> gültig für Bestands- und Neukunden:  Eine schriftliche Leistungszusage ist nicht erforderlich, - wenn es sich um eine Notfallanweisung handelt bzw. - wenn die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Versicherten ist und ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt werden sollen, die eine stationäre Aufnahme und Therapie erfordern, oder - im Falle einer Anschlussheilbehandlung (Besonderheiten/Voraussetzungen s. Leistungspunkt "AHB"). Hinweis: gültig für Neukunden mit Beginn 01.2018 und später (Teil I (MB/KT 2009), Teil II (TB/KT 2013) - Fassung Januar 2018 (PM 25u - 08.17)): Eine schriftliche Leistungszusage ist auch nicht erforderlich, - wenn während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt ein Unfall oder eine akute Erkrankung eintritt, solange dieses Ereignis unabhängig vom eigentlichen Behandlungszweck eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung erfordert, oder - wenn es sich um eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung zum Zwecke eines operativen Eingriffs handelt.</p>	<p> "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 Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat Zusage ist nicht erforderlich bei: - med. notw. Heilbehandlung - Notfallbehandlung - Akute Behandlung während Aufenthalt"</p>	<p> Eine vorherige schriftliche Leistungszusage ist nicht erforderlich, wenn - zu einer unverzüglich medizinisch notwendigen Notfallbehandlung einzig eine gemischte Anstalt zur Verfügung steht oder - eine medizinisch notwendige Heilbehandlung nur in einer gemischten Anstalt angeboten wird und diese Behandlung als einzig erfolgversprechende Behandlung angesehen werden muss oder - eine medizinisch notwendige stationäre Weiterbehandlung nach einem Aufenthalt im Akutkrankenhaus (Anschlussrehabilitation) durchgeführt wird. Voraussetzung ist, dass die Anschlussrehabilitation spätestens 14 Tage nach der Entlassung aus dem Akutkrankenhaus beginnt.</p>	<p> Eine Leistungszusage ist nicht erforderlich, wenn - es sich um eine Notfallanweisung handelt oder - die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten war oder - während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte oder - sich innerhalb von 2 Wochen nach Beendigung einer Krankenhausbehandlung, für die Leistungspflicht besteht, eine vom Krankenhausarzt verordnete weitere Heilbehandlung in einer anderen Krankenanstalt anschließt und diese Heilbehandlung notwendig ist, um die zuvor im Krankenhaus behandelte Krankheit zu heilen oder zu bessern (Anschlussheilbehandlung).</p>	<p> 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 Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat</p>	<p> "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 Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat Zusage ist nicht erforderlich bei: - med. notw. Heilbehandlung"</p>
Erfolgt bei Erkrankung eines Kindes eine Leistung?		Nein, es besteht kein Leistungsanspruch bei Erkrankung eines eigenen Kindes.	<p> Bei Erkrankung eines bei der INTER krankheitskostenvollversicherten, höchstens 11 Jahre alten, Kindes, wird ein Kinderkrankentagegeld (entspricht dem vereinbarten Krankentagegeld) gezahlt, beträgt höchstens 1/30 von 70% der in der GKV zu der Zeit geltenden Beitragsbemessungsgrenze; einmaliger Anspruch unabhängig von der Anzahl der versicherten Tarifstufen) ohne Berücksichtigung der Karenzzeit gezahlt, sofern - für den nach diesem Tarif versicherten Elternteil (= VP) auch eine KV Voll bei der INTER besteht und - die VP zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des Kindes zu Hause bleiben muss (ärztliche Bescheinigung erforderlich) und - keine weitere mit im Haushalt lebende Person das Kind beaufsichtigen, betreuen oder pflegen kann und - die Erkrankung des Kindes nach Versicherungsbeginn im Krankentagegeldtarif eintritt und - für die VP gegen den Arbeitgeber keinen Anspruch auf bezahlte Freistellung von der Arbeitsleistung hat (Nachweis erforderlich).</p> <p>Der Anspruch besteht in jedem Kalenderjahr und für jedes Kind längstens für 10 Arbeitstage (Alleinerziehende: 20 Tage), jedoch für nicht mehr als insgesamt 25 Arbeitstage (Alleinerziehende: 50 Tage) für alle Kinder pro Kalenderjahr.</p>		Nein, es besteht kein Leistungsanspruch bei Erkrankung eines eigenen Kindes.	Nein, es besteht kein Leistungsanspruch bei Erkrankung eines eigenen Kindes.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

	Hallesche MAS.1 URZ PVN MKT.43	Barmenia VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	Inter ZAMLBest 1 PVN KTMA 6	Universa uni-AM 620 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	Continentale COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	AXA - DBV VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U
Monatsbeitrag:	715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
Wird auch bei Arbeitsunfähigkeit wg. Schwangerschaft geleistet?	<p>✔ außerhalb der gesetzlichen Mutterschutzfristen: Bei Arbeitsunfähigkeit wegen Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt, Entbindung wird in tariflichem Umfang geleistet.</p> <p>während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag: Der Versicherer zahlt - nach Ablauf der Karenzzeit - das vereinbarte Krankentagegeld, wenn die Versicherte in diesem Zeitraum nicht oder nur eingeschränkt beruflich tätig ist (Verdienstausfall), anderweitige Leistungen (Mutterschaftsgeld, Elterngeld o. ä.) werden angerechnet; alle Leistungen zusammen dürfen das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen (Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Beginn der Mutterschutzfrist) nicht übersteigen. Ist/Wird die Versicherte während der Mutterschutzfristen/am Entbindungstag arbeitsunfähig mit Anspruch auf Bezug von Krankentagegeld, wird das Krankentagegeld nur einmal bis zur vereinbarten Höhe gezahlt. Eintritt und Dauer der Schutzfristen und der Entbindungstag sind durch den Versicherungsnehmer - auf seine Kosten - nachzuweisen. Die Wartezeit beträgt acht Monate ab Versicherungsbeginn.</p> <p>Bestandskunden wurden über die AVB-Änderungen (zum § 192 Abs. 5 VVG) im Kundenmagazin November 2017 informiert.</p>	<p>✔ 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.</p>	<p>✔ außerhalb der gesetzlichen Mutterschutzfristen: Als Versicherungsfall zählt auch eine Arbeitsunfähigkeit, die aufgrund schwangerschaftsbedingter Krankheiten eintritt.</p> <p>während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag: Der Versicherer zahlt - nach Ablauf der Karenzzeit - das vereinbarte Krankentagegeld, wenn die Versicherte in diesem Zeitraum nicht oder nur eingeschränkt beruflich tätig ist (Verdienstausfall), anderweitige Leistungen (Mutterschaftsgeld, Elterngeld o. ä.) werden angerechnet; alle Leistungen zusammen dürfen das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen (Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Beginn der Mutterschutzfrist) nicht übersteigen. Ist/Wird die Versicherte während der Mutterschutzfristen/am Entbindungstag arbeitsunfähig mit Anspruch auf Bezug von Krankentagegeld, wird das Krankentagegeld nur einmal bis zur vereinbarten Höhe gezahlt. Eintritt und Dauer der Schutzfristen und der Entbindungstag sind durch den Versicherungsnehmer - auf seine Kosten - nachzuweisen. Die Wartezeit beträgt 8 Monate ab Versicherungsbeginn.</p>	<p>✔ 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.</p>	<p>✔ Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit wegen der durch Schwangerschaft bedingten Krankheiten, Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung außerhalb der gesetzlichen Mutterschutzfristen und bei stationärer Unterbringung in einem Krankenhaus oder einem Entbindungsheim während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis (gilt sinngemäß auch für selbstständig Tätige).</p> <p>Während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag zahlt der Versicherer - nach Ablauf der Karenzzeit - das vereinbarte Krankentagegeld, wenn die Versicherte in diesem Zeitraum nicht oder nur eingeschränkt beruflich tätig ist (Verdienstausfall), anderweitige Leistungen (Mutterschaftsgeld, Elterngeld o. ä.) werden angerechnet; alle Leistungen zusammen dürfen das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen (Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Beginn der Mutterschutzfrist) nicht übersteigen. Ist/Wird die Versicherte während der Mutterschutzfristen/am Entbindungstag arbeitsunfähig mit Anspruch auf Bezug von Krankentagegeld, wird das Krankentagegeld nur einmal bis zur vereinbarten Höhe gezahlt. Eintritt und Dauer der Schutzfristen und der Entbindungstag sind durch den Versicherungsnehmer - auf seine Kosten - nachzuweisen. Die Wartezeit beträgt acht Monate ab Versicherungsbeginn.</p> <p>gültig für alle Unisex-Kunden (Bestand, Neugeschäft ab 01.2018 und später)</p>	<p>✔ außerhalb der gesetzlichen Mutterschutzfristen: Es besteht Leistungspflicht, wenn vollständige Arbeitsunfähigkeit wegen durch Schwangerschaft bedingten Krankheiten oder Beschwerden eintritt. Dies gilt auch für Frauen, die keine Leistungen nach dem Mutterschutzgesetz erhalten.</p> <p>während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag: Der Versicherer zahlt - nach Ablauf der Karenzzeit - das vereinbarte Krankentagegeld, wenn die Versicherte in diesem Zeitraum nicht oder nur eingeschränkt beruflich tätig ist (Verdienstausfall), anderweitige Leistungen (Mutterschaftsgeld, Elterngeld o. ä.) werden angerechnet; alle Leistungen zusammen dürfen das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen (Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Beginn der Mutterschutzfrist) nicht übersteigen. Ist/Wird die Versicherte während der Mutterschutzfristen/am Entbindungstag arbeitsunfähig mit Anspruch auf Bezug von Krankentagegeld, wird das Krankentagegeld nur einmal bis zur vereinbarten Höhe gezahlt. Eintritt und Dauer der Schutzfristen und der Entbindungstag sind durch den Versicherungsnehmer - auf seine Kosten - nachzuweisen. Die Wartezeit beträgt acht Monate ab Versicherungsbeginn.</p> <p>Keine Leistungspflicht besteht während der Elternzeit oder eines Sabbatical, wenn ein Verdienstausfall aus der beruflichen Tätigkeit infolge einer Arbeitsunfähigkeit nicht eintreten kann. Die Versicherung kann als Anwartschaft fortgeführt werden.</p>
Wird eine Entbindungspauschale gezahlt?			Keine Leistung.	✔ Entbindungspauschale in Höhe des zehnfachen Krankentagegeldes.		













Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

	Hallesche MAS.1 URZ PVN MKT.43	Barmenia VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	Inter ZAMLBest 1 PVN KTMA 6	Universa uni-AM 620 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	Continentale COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	AXA - DBV VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U
Monatsbeitrag:	715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
Gelten Bedingungsverbesserungen hinsichtlich des Geltungsbereiches?	Nein, außerhalb Deutschlands wird bei ambulanter Arbeitsunfähigkeit keine Leistung erbracht.	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.	Der Versicherungsschutz besteht innerhalb des europäischen Wirtschaftsraums (EWR- Vertragsstaaten) und der Schweiz. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland wird das Krankentagegeld gezahlt, wenn die versicherte Person von einem in dem jeweiligen Land für die Heilbehandlung zugelassenen Arzt, Zahnarzt oder im Krankenhaus behandelt wird. Bei vorübergehendem Aufenthalt (bis 12 Monate) außerhalb des EWR/der Schweiz: Leistungen für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen oder privaten Krankenhaus.	Nein, außerhalb Deutschlands wird bei ambulanter Arbeitsunfähigkeit keine Leistung erbracht.	In Erweiterung von § 1 Abs. 7 Satz 1 MB/KT 2009 erstreckt sich für Versicherungsverträge mit Leistungsbeginn ab dem 43. Tag oder später bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten der Versicherungsschutz auf das europäische Ausland.	(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 nach Ablauf der vereinbarten Karenzzeit, frühestens jedoch ab dem 22. Tag einer im europäischen Ausland eingetretenen Arbeitsunfähigkeit und längstens für 30 Tage gezahlt.
Anspruch auch außerhalb des Wohnortes (wenn kein Krankenhausaufenthalt/Rückreise mgl.)	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 Aufweicheung für med. notw. stat. Krankenhausbehandlung und vorheriger schriftl. Zusage.	Ja, der Tarif sieht keine Einschränkung vor.	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 Aufweicheung für med. notw. stat. Krankenhausbehandlung.	Keine Leistung für Arbeitsunfähigkeit, wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Wohnort aufhält. Hinweis: Kein genereller Verzicht auf Kurortklausel, nur Aufweicheung für stationäre Kur- und Sanatoriumsbehandlungen bzw. Rehabilitationsmaßnahmen des gesetzlichen Rehabilitationsträgers.	Keine Leistung für Arbeitsunfähigkeit, wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Wohnort aufhält.
Werden Karenzzeiten bei wiederholter Arbeitsunfähigkeit zusammengezählt?	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.	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.	Ja. Sofern der Arbeitgeber Zeiten einer erneuten Arbeitsunfähigkeit für die Fortsetzung des Arbeitsentgelts berechtigterweise zusammenrechnet, werden diese Zeiten für die Regelung des Leistungsbeginns der INTER zusammengefasst, auch wenn ein neuer Versicherungsfall entstanden ist.	Hat der Arbeitgeber Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit bei der Gehalts- oder Lohnfortzahlung berechtigterweise zusammengerechnet, werden diese Zeiten ab Beginn der Krankentagegeldleistungen ebenfalls zusammengefasst. Hinweis: Selbstständige: Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit werden nicht zusammengerechnet.	Sofern der Arbeitgeber Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit bei seiner Fortzahlung des Arbeitsentgelts berechtigterweise zusammengerechnet hat, werden diese Zeiten auch für die Bestimmung des Leistungsbeginns des Versicherers zusammengefasst. Hinweis: Bei Selbstständigen werden Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Erkrankung nicht zusammengerechnet.	Bei selbstständigen 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.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

	Hallesche MAS.1 URZ PVN MKT.43	Barmenia VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	Inter ZAMLBest 1 PVN KTMA 6	Universa uni-AM 620 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	Continentale COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	AXA - DBV VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U
Monatsbeitrag:	715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
Leistet der Versicherer auch bei Teil-Arbeitsunfähigkeit/Wiedereingliederungsversuch?	 Der Versicherer leistet auch bei Teilarbeitsunfähigkeit im Rahmen einer Wiedereingliederung in das Erwerbsleben von Arbeitnehmern für bis zu 8 Wochen, wenn im unmittelbaren Anschluss an eine vollständige Arbeitsunfähigkeit von mindestens zwölfwöchiger Dauer die berufliche Tätigkeit wieder stufenweise aufgenommen wird und solange eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 50%, welche vom Arzt zu bescheinigen ist, besteht. Das vom Arbeitgeber gezahlte Entgelt wird auf das Krankentagegeld angerechnet. Hinweis: Der Leistungsanspruch besteht nur für Arbeitnehmer mit einem festen Anstellungsverhältnis, für die beim Versicherer eine Krankheitskostenvollversicherung für ambulante und stationäre Behandlung besteht.	 Bei Teil-Arbeitsunfähigkeit besteht keine Leistungspflicht aus diesem Tarif.	 Ja. Der Versicherer zahlt während einer Wiedereingliederungsmaßnahme/ Teilarbeitsunfähigkeit nach Ablauf der vereinbarten Karenzzeit ein Krankentagegeld für maximal 3 Monate, sofern - die teilweise Aufnahme der beruflichen Tätigkeit nach ärztlichem Befund medizinisch angezeigt ist und sie in einem Wiedereingliederungsplan dokumentiert wird (ist vor Beginn der Wiedereingliederung vorzulegen) und - unmittelbar vor Beginn der Wiedereingliederung eine 100%ige ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit von mindestens 6 Wochen bestand. Die Höhe der während der Wiedereingliederung erzielten Nettoeinkünfte aus selbstständiger Tätigkeit ist nachzuweisen. Die Krankentagegeldzahlung erfolgt im gleichen prozentualen Verhältnis, wie die reduzierte Gehaltszahlung während der Wiedereingliederung. Wird im Rahmen eines Versicherungsfalles die Wiedereingliederung unterbrochen und in einem weiteren Versuch später fortgeführt, werden die Zeiten der Wiedereingliederung zusammengerechnet. Die Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit ist der INTER unverzüglich anzuzeigen.	 Bei Teil-Arbeitsunfähigkeit besteht keine Leistungspflicht aus diesem Tarif.	 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.
Ist eine Erhöhung d. Tagegeldes ohne Gesundheitsprüfung bei Einkommenserhöhung möglich?	 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.	 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. 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.	 Allgemeine Anpassung für Versicherte mit einem Tagessatz von mindestens 25 EUR: Angebot erfolgt erstmals im auf den Ablauf von 2 Versicherungsjahren folgenden Kalenderjahr und danach in jedem 2. Kalenderjahr (Maßstab ist die allgemeine Einkommensentwicklung (muss mindestens 10% betragen); durchschnittliches Nettoeinkommen der versicherten Person darf nicht überschritten werden). Mehrleistung ab Vertragsänderung auch für einen laufenden Versicherungsfall, soweit hierfür im Rahmen des bisherigen Versicherungsschutzes Leistungspflicht besteht. Werden 2 Angebote hintereinander nicht angenommen, erfolgen keine weiteren Erhöhungsangebote. Kein Angebot für Versicherte, deren Tagessumme in den letzten 12 Monaten durch individuelle Höherstufung angepasst worden ist. Individuelle Anpassung (Karriereklause): Krankentagegeld wird bei Erhöhung des durchschnittlichen Nettoeinkommens auf Antrag des Versicherungsnehmers angepasst (entsprechend der prozentualen Erhöhung des Einkommens), wenn die Veränderung nicht nur vorübergehend ist. Der Antrag muss innerhalb von 2 Monaten ab Einkommenserhöhung gestellt werden, Erhöhung ist nachzuweisen. Für zum Zeitpunkt der Vertragsänderung noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle bleibt der Versicherungsschutz in Höhe des vor der Änderung geltenden Krankentagegeldes bis zum endgültigen Abschluss des Versicherungsfalles unverändert bestehen.	 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 Arbeitsentgelts, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung des Versicherungsschutzes (Erhöhung des versicherten Krankentagegeldes oder Wechsel der Tarifstufe, wenn diese spät. 2 Monate nach Änderung beantragt wird)	 Erhöht sich das Nettoeinkommen oder ändert sich die Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgelts, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Erhöhung des Versicherungsschutzes ohne Wartezeiten und ohne erneute Gesundheitsprüfung.	 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.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Krankentagegeld

	Hallesche MAS.1 URZ PVN MKT.43	Barmenia VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	Inter ZAMLBest 1 PVN KTMA 6	Universa uni-AM 620 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	Continentale COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	AXA - DBV VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U
Monatsbeitrag:	715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
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.
Begrenzung ordentliches Kündigungsrecht						
Verzichtet der Versicherer auf sein ordentliches Kündigungsrecht bei GKV-Versicherten?	✔ Ja. Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.	✔ Ja. Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.	✔ Ja. Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.	Nein. Der Versicherer verzichtet nicht auf das ordentliche Kündigungsrecht.	Keine Leistung vorhanden. ⚠ Hinweis: Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht, wenn bei ihm gleichzeitig Versicherungsschutz für ambulante und stationäre Heilbehandlung besteht.	Nein. Der Versicherer verzichtet nicht auf das ordentliche Kündigungsrecht.
Verzichtet der Versicherer bei Selbstständigen (Freiberuflern) auf sein ordentliches Kündigungsrecht, wenn die Krankenvollversicherung bei einer anderer PKV besteht?	Tarif nur in Verbindung mit PKV-Voll beim selben Versicherer versicherbar (oder für GKV-Versicherte) - Leistungsmerkmal nicht relevant	✔ Ja. Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.	Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant	Tarif nur in Verbindung mit PKV-Voll beim selben Versicherer versicherbar - Leistungsmerkmal nicht relevant	Keine Leistung vorhanden. ⚠ Hinweis: Wenn eine Vorversicherung in der GKV (nach § 3 Abs. 5 MB/KT 2009) berücksichtigt wurde, verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht in Höhe des angerechneten Krankengeldanspruchs.	Nein. Der Versicherer verzichtet nicht auf das ordentliche Kündigungsrecht.
Verzichtet der Versicherer bei Selbstständigen (Freiberuflern) auf sein ordentliches Kündigungsrecht, wenn die Krankenvollversicherung bei ihm besteht?	✔ Ja. Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.	✔ Ja. Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.	⚠ Tarif für Arbeitnehmer - Leistungsmerkmal nicht relevant	✔ Ja. Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.	✔ Ja. Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.	✔ Ja. Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.
Krankentagegeld						
Ist ein Abschluss möglich, wenn die PKV bei einem anderen Versicherer besteht?	Nein, dieser Krankentagegeldtarif darf nur in Verbindung mit einer Krankheitskosten-Vollversicherung bei einem anderen Versicherer abgeschlossen werden (oder für GKV-Versicherte).	✔ Ja, dieser Krankentagegeldtarif kann auch in Verbindung mit einer Krankheitskosten-Vollversicherung bei einem anderen Versicherer abgeschlossen werden.	✔ Ja, dieser Krankentagegeldtarif kann auch in Verbindung mit einer Krankheitskosten-Vollversicherung bei einem anderen Versicherer abgeschlossen werden.	Nein, dieser Krankentagegeldtarif darf nur in Verbindung mit einer Krankheitskosten-Vollversicherung beim selben Versicherer abgeschlossen werden (oder für GKV versicherte Arbeitnehmer).	✔ Ja, dieser Krankentagegeldtarif kann auch in Verbindung mit einer Krankheitskosten-Vollversicherung bei einem anderen Versicherer abgeschlossen werden.	✔ Ja, dieser Krankentagegeldtarif kann auch in Verbindung mit einer Krankheitskosten-Vollversicherung bei einem anderen Versicherer abgeschlossen werden.
Mindestvertragsdauer	✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 1 Jahr. Das Versicherungsjahr ist nicht identisch mit dem Kalenderjahr. Es beginnt mit dem Versicherungsbeginn laut Versicherungsschein.	✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Das Versicherungsjahr ist nicht identisch mit dem Kalenderjahr. Es beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt.	✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Versicherungsjahre. Das Versicherungsjahr ist nicht identisch mit dem Kalenderjahr. Es beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt. Das Versicherungsjahr ist für alle im Vertrag versicherten Personen gleich. Durch spätere Vertragsänderungen und Mitversicherung weiterer Personen ändert sich das Versicherungsjahr nicht.	✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 1 Jahr. Das Versicherungsjahr ist nicht identisch mit dem Kalenderjahr. Es beginnt mit dem Versicherungsbeginn laut Versicherungsschein.	✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 1 Jahr. Das Versicherungsjahr ist nicht identisch mit dem Kalenderjahr. Es beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt.	✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Das Versicherungsjahr ist identisch mit dem Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31.12. des Beginnjahres.

Analyse Krankenversicherung

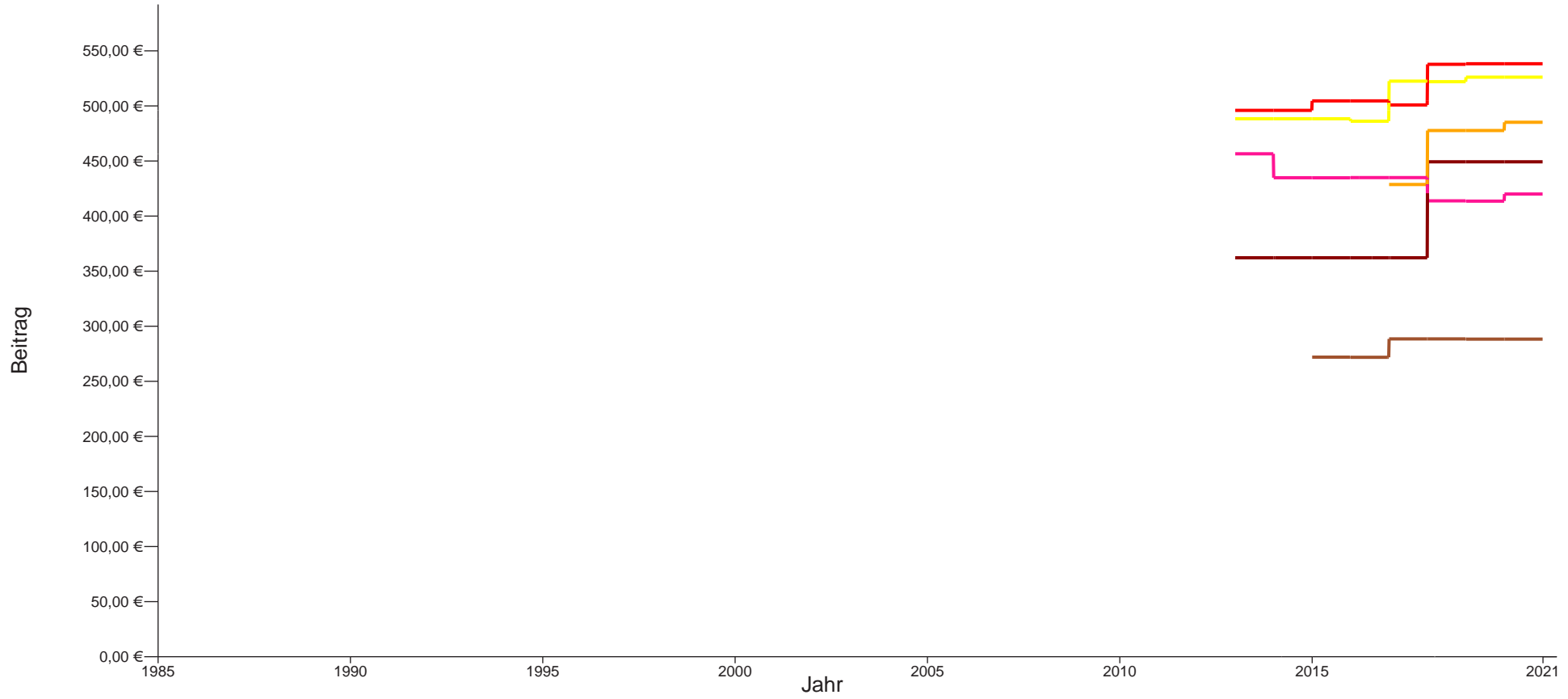
Leistungsvergleich Krankentagegeld

	Hallesche MAS.1 URZ PVN MKT.43	Barmenia VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+	Inter ZAMLBest 1 PVN KTMA 6	Universa uni-AM 620 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43	Continentale COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U	AXA - DBV VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U
Monatsbeitrag:	715,27 €	705,91 €	680,86 €	596,71 €	416,38 €	620,41 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	89 %	88 %	86 %	83 %	69 %	81 %
Sonstiges?	<p>⚠ Bei Arbeitnehmern wird im Falle einer im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen durchgeführten Kurzarbeit das Krankentagegeld bei Arbeitsunfähigkeit auch während der im Tarif vereinbarten Karenzzeit gezahlt, jedoch begrenzt auf den Betrag des bei Arbeitsunfähigkeit wegfallenden und nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommenen Kurzarbeitergeldes, dessen Höhe nachzuweisen ist. Nach Ablauf der Karenzzeit erfolgt die Zahlung des Krankentagegeldes in der versicherten Höhe. Hinweis: Der Tarif ist nur für Hallesche- und GKV-Versicherte versicherbar. Darf nicht mit einer anderen PKV abgeschlossen werden!</p>	<p>✔ Besteht für einen Arbeitnehmer während der ersten vier Wochen eines Arbeitsverhältnisses kein Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgeltes, wird das vereinbarte Krankentagegeld auch nach einer Karenzzeit von drei Tagen für jeden Tag einer völligen Arbeitsunfähigkeit längstens bis zum Ablauf der vierten Woche des Arbeitsverhältnisses gezahlt.</p>	<p>✔ Auf die Einhaltung von Wartezeiten wird verzichtet (gilt nicht für Krankentagegeld während der Mutterschutzfristen/am Entbindungstag).</p> <p>Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld darf nur mit Einwilligung der INTER vorgenommen werden.</p> <p>Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes außerhalb des EWR/der Schweiz sind sowohl der Versicherungsnehmer als auch der Versicherer zu einer außerordentlichen Kündigung hinsichtlich des Vertragsteils der versicherten Person berechtigt, sofern keine Anwartschaftsversicherung abgeschlossen wurde.</p> <p>Individuelle Anpassung der Karenzzeit Verkürzt sich die Dauer des Anspruchs auf Entgeltfortzahlung im Fall der Arbeitsunfähigkeit (muss dem Versicherer unverzüglich mitgeteilt werden), wird auf Antrag des Versicherungsnehmers eine Umstellung auf eine Tarifstufe mit entsprechend kürzerer Karenzzeit vorgenommen, sofern der Antrag innerhalb von 2 Monaten seit der Veränderung zum nächsten Monatsersten gestellt und die Verkürzung der Dauer der Entgeltfortzahlung nachgewiesen wird. Vom Zeitpunkt der Vertragsänderung an wird die Mehrleistung auch für einen laufenden Versicherungsfall gezahlt, soweit hierfür im Rahmen des bisherigen Versicherungsschutzes Leistungspflicht besteht.</p>	<p>✔ Bei Entbindungen erhalten weibliche Versicherte gegen Vorlage einer Geburtsurkunde ein pauschales Tagegeld in Höhe des zehnfachen des versicherten Krankentagegeldes (Entbindungsgeld).</p>		

Analyse Krankenversicherung

Beitragshistorie (grafisch)

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



- Hallesche - MAS.1 URZ PVN MKT.43
- Barmenia - VZK1D+ VZD2+ VZN+ PVN TM42+
- Inter - ZAMLBest 1 PVN KTMA 6
- Universa - uni-AM 620 uni-STM 100 uni-ZAM 100 PVN uni-KT 43
- Continentale - COMFORT-MED SP1 PVN VA43-U
- AXA - DBV - VZ600-U VZ Zahn-U PVN KTGA 42-U