

Analyse Krankenversicherung



Vorschlag für

Max Musteranalyse

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

Levelnine

Angaben zur Person

Vorname: Max
Nachname: Musteranalyse
Geburtsdatum: 16.12.1989
Geschlecht: Mann
Berufsgruppe: Selbständige/r
Status: Versicherungsnehmer

Berechnungsvorgaben

Versicherungsbeginn: 01.12.2020
Tarifgebiet: West
Tarifarten: Krankenvollversicherung
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
Arag	K1200 FlexiPro PVN	308,58 €
Süddeutsche	AM31 S3 Z6SB PPN	377,57 €
Hallesche	PRIMO.SB 3 Z URZ JOKER.flex PVN	255,43 €
Universa	uni-introPrivat 300 uni-ZZ PVN	356,58 €
HanseMerkur	KVS3 CLINICA CLINICU PVN	264,41 €
Universa	uni-introPrivat 300 PVN	345,34 €

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.

Arag		Süddeutsche		Hallesche		Universa		HanseMerkur		Universa	
FlexiPro	5,00 €	AM31	168,89 €	JOKER.flex	3,50 €	uni-introPrivat 300	277,85 €	CLINICA	9,00 €	uni-introPrivat 300	277,85 €
Optionstarif für GKV-Versicherte und bei der ARAG Vollversicherte		Ambulanter Tarif mit 30% Selbstbeteiligung, max. 960 EUR p.a. (hälftige SB bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 15. Lebensjahr vollendet wird)		Optionsversicherung für Vollversicherte bis Alter 45 der HALLESCHER.		Kompakttarif: - 100% Erstattung für ambulante Behandlung Hausarztprinzip (75% Erstattung bei Nichteinhaltung) - 75% Heilpraktiker - 75% Heilmittel - 75% Hilfsmittel (Eigenanteil bei größeren Hilfsmitteln auf 1.000 EUR p. a. begrenzt) - 75% Arznei- und Verbandmittel, max. Selbstbeteiligung 625 EUR p. a. - 100% Regelleistungen (Mehrbettzimmer, Belegarzt) - 100% Zahnbehandlung, 60% Zahnersatz u. Kieferorthopädie. 300,- € Selbstbehalt auf den gesamten Tarif p.a.		Stationärer Zusatzbaustein für - 1- o. 2-Bettzimmer - Wahlärztliche Behandlung bei bestimmten schwerwiegenden Erkrankungen. Max. 10 Jahre Versicherungsdauer!		Kompakttarif: - 100% Erstattung für ambulante Behandlung Hausarztprinzip (75% Erstattung bei Nichteinhaltung) - 75% Heilpraktiker - 75% Heilmittel - 75% Hilfsmittel (Eigenanteil bei größeren Hilfsmitteln auf 1.000 EUR p. a. begrenzt) - 75% Arznei- und Verbandmittel, max. Selbstbeteiligung 625 EUR p. a. - 100% Regelleistungen (Mehrbettzimmer, Belegarzt) - 100% Zahnbehandlung, 60% Zahnersatz u. Kieferorthopädie. 300,- € Selbstbehalt auf den gesamten Tarif p.a.	
Tarifstand: 01.01.2011		Beitragsrabatt von 15% für Apotheker und deren in häuslicher Gemeinschaft lebenden Familienangehörigen - bei Verzicht auf Kostenerstattung für Arznei- und Verbandmittel Tarifstand: 01.05.2017		Versicherungsfähig sind Personen, sofern sie bei der HALLESCHER gleichzeitig eine Krankheitskostenvollversicherung oder eine Beihilfe-Restkostenversicherung abschließen. Tarifstand: 01.01.2013		Booklet KVB-800_11.19 Tarifstand: 01.01.2019		Für diesen Tarif fällt kein gesetzlicher Zuschlag (10%) an. Tarifstand: 01.01.2013		Booklet KVB-800_11.19 Tarifstand: 01.01.2019	

Tarifkurzbeschreibungen und Beiträge

Arag	Süddeutsche	Hallesche	Universa	HanseMerkur	Universa
K1200 240,74 €	S3 103,70 €	PRIMO.SB 3 Z 191,67 €	uni-ZZ 10,22 €	CLINICU 9,00 €	
<p>Kompakttarif: - 100% Erstattung für ambulante Behandlung mit Hausarztprinzip (80% Erstattung bei Nichteinhaltung) - 100% Regel- u. Wahlleistungen (1- o. 2-Bettzimmer, Wahlarzt) - 100% Zahnbehandlung - 80% Zahnersatz u. Kieferorthopädie.</p> <p>1.200 EUR Selbstbehalt/SB p.a. auf den gesamten Tarif (Kinder/Jugendliche: 1/2 SB)</p> <p>Tarifstand: 01.01.2018</p>	<p>Stationärer Tarif: - Regelleistungen (Mehrbettzimmer, Belegarzt)</p> <p>Tarifstand: 01.01.2019</p>	<p>Kompakttarif</p> <p>100%: ambulante Behandlung mit Hausarztprinzip (75% bei Nichteinhaltung), Regelleistungen im Krankenhaus, Zahnbehandlung 75%: Zahnersatz und Kieferorthopädie</p> <p>1.200 EUR Selbstbehalt auf den gesamten Tarif p.a.</p> <p>AVB, Teil I (MB/KK 2009) + Teil II (TB/KK 2013)_PM 22u – 11.18_Fassung Februar 2019 PM 63u – 12.18_Fassung Februar 2019</p> <p>Tarifstand: 01.01.2019</p>	<p>Ergänzungstarif für zahnärztliche Heilbehandlung für Versicherte nach Tarifstufe uni-intro Privat 300</p> <p>20% für - zahntechnische Leistungen bei Inlays - zahnärztliche und zahntechnische Leistungen bei Zahnersatz - zahnärztliche bzw. kieferorthopädische und zahntechnische Leistungen zur Beseitigung/Besserung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen - funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen</p> <p>Booklet KVB-800_11.19</p> <p>Tarifstand: 01.01.2019</p>	<p>Stationärer Zusatzbaustein für - 1- o. 2-Bettzimmer - Wahlärztliche Behandlung nach einem Unfall. Max. 10 Jahre Versicherungsdauer!</p> <p>Für diesen Tarif fällt kein gesetzlicher Zuschlag (10%) an.</p> <p>Tarifstand: 01.01.2013</p>	

Analyse Krankenversicherung

Tarifkurzbeschreibungen und Beiträge
















































Arag	Süddeutsche	Hallesche	Universa	HanseMerkur	Universa
	Z6SB 35,17 € Zahntarif: - Zahnbehandlung/Prophylaxe: 100% - Zahnersatz: 60% - Kieferorthopädie: 60% ./ 480 EUR Selbstbeteiligung p. a. (häftige SB bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 15. Lebensjahr vollendet wird) Tarifstand: 01.01.2019	URZ 1,50 € Auslandsreise-Zusatzversicherung: Auslandskrankenschutz bis zu 8 Wochen. Tarifstand: 01.01.2019		KVS3 187,82 € Ambulant: 100% Ambulante Heilbehandlung bei Einhaltung Primärarztprinzip 80% Ambulante Heilbehandlung bei direktem Facharztbesuch 80% Heilpraktiker 70% Psychotherapie (max. 50 Sitzungen p.a.) Stationär: 100% Regelleistungen 100% Mehrbettzimmer Zahn: 100% Zahnbehandlung 80% Zahnersatz 80% Kieferorthopädie Selbstbehalt: Bis Alter 19: kein Selbstbehalt Ab Alter 19: 1.000,- € Selbstbehalt p.a. (im ambulanten und Zahnbereich) Tarifstand: 01.01.2017	
Gesetzlicher Zuschlag: 24,07 €	Gesetzlicher Zuschlag: 30,78 €	Gesetzlicher Zuschlag: 19,17 €	Gesetzlicher Zuschlag: 28,81 €	Gesetzlicher Zuschlag: 18,78 €	Gesetzlicher Zuschlag: 27,79 €
PVN 38,77 €	PPN 39,03 €	PVN 39,59 €	PVN 39,70 €	PVN 39,81 €	PVN 39,70 €
Pflegepflichtversicherung. Tarifstand: 01.01.2020	Pflegepflichtversicherung. Tarifstand: 01.01.2020	Pflegepflichtversicherung. Tarifstand: 01.01.2020	Pflegepflichtversicherung. Tarifstand: 01.01.2020	Pflegepflichtversicherung. Tarifstand: 01.01.2020	Pflegepflichtversicherung. Tarifstand: 01.01.2020
Gesamtbeitrag mtl.: 308,58 €	377,57 €	255,43 €	356,58 €	264,41 €	345,34 €
Arbeitnehmeranteil mtl.: 0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Effektivbeitrag inkl.SB mtl.: 408,58 €	457,57 €	355,43 €	381,58 €	347,75 €	370,34 €

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

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.

	Arag K1200 FlexiPro PVN	Süddeutsche AM31 S3 Z6SB PPN	Hallesche PRIMO.SB 3 Z URZ JOKER.flex PVN	Universa uni-introPrivat 300 uni-ZZ PVN	HanseMerkur KVS3 CLINICA CLINICU PVN	Universa uni-introPrivat 300 PVN
Monatsbeitrag:	308,58 €	377,57 €	255,43 €	356,58 €	264,41 €	345,34 €
Selbstbehalt p.a.:	1.200,00 €	960,00 €	1.200,00 €	300,00 €	1.000,00 €	300,00 €
SB Art *:	ASZ	A %	ASZ	ASZ	AZ	ASZ
Arbeitnehmeranteil:						
Effektivbeitrag **:	408,58 €	457,57 €	355,43 €	381,58 €	347,75 €	370,34 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	80 %	69 %	69 %	67 %	68 %	64 %
GOÄ/GOZ						
Ambulant						
Vorsorge						
Heilpraktiker						
Psychotherapie						
Heil- und Hilfsmittel						
Stationär	 1-Bettzimmer Wahlarzt	 keine Wahlleistungen	 keine Wahlleistungen	 keine Wahlleistungen	 keine Wahlleistungen	 keine Wahlleistungen
Zahn						
Zahnbehandlung	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Zahnersatz	80 %	60 %	75 %	80 %	80 %	60 %
Kieferorthopädie	80 %	60 %	75 %	80 %	80 %	60 %

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	Arag	Süddeutsche	Hallesche	Universa	HanseMerkur	Universa
		K1200 FlexiPro PVN	AM31 S3 Z6SB PPN	PRIMO.SB 3 Z URZ JOKER.flex PVN	uni-introPrivat 300 uni-ZZ PVN	KVS3 CLINICA CLINICU PVN	uni-introPrivat 300 PVN
Monatsbeitrag:		308,58 €	377,57 €	255,43 €	356,58 €	264,41 €	345,34 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		80 %	69 %	69 %	67 %	68 %	64 %
Selbstbeteiligung							
- SB max. ... € p.a. (Erwachsene)		1.200,00 €	960,00 € 	1.200,00 €	300,00 €	1.000,00 €	300,00 €
			Hinweis: Die Selbstbeteiligung gilt nicht für lebenserhaltende Hilfsmittel.				
- Beispielhaft für Erw.: Eigenanteil bei 2.500 € ambulanten Kosten p.a.		1.500,00 €	750,00 €	1.455,00 €	675,00 €	1.020,00 €	675,00 €
- SB nur ambulant (bzw. keine SB)							
						Hinweis: Die Selbstbeteiligung gilt für den ambulanten und zahnärztlichen Bereich.	
- SB prozentual (bzw. keine SB)							
- SB für Kinder reduziert (bzw. keine SB)							
- Vorsorge wird nicht auf Selbstbehalt angerechnet						 	
						Hinweis: Die im Rahmen des Programms für Vorsorgeuntersuchungen durchgeführte Vorsorgeuntersuchungen (freiwillige Leistungen des Versicherers; Art und Umfang der Leistungen werden jedes Jahr neu festgelegt) werden nicht auf den Selbstbehalt angerechnet.	

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	Arag	Süddeutsche	Hallesche	Universona	HanseMerkur	Universona
		K1200 FlexiPro PVN	AM31 S3 Z6SB PPN	PRIMO.SB 3 Z URZ JOKER.flex PVN	uni-introPrivat 300 uni-ZZ PVN	KVS3 CLINICA CLINICU PVN	uni-introPrivat 300 PVN
Monatsbeitrag:		308,58 €	377,57 €	255,43 €	356,58 €	264,41 €	345,34 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		80 %	69 %	69 %	67 %	68 %	64 %
Haus-/Primärarztprinzip							
Verzicht auf Haus-/Primärarztprinzip		 Hinweis: Hausarztprinzip vorhanden: Der Hausarzt ist dem Versicherten bei der ersten Inanspruchnahme von Leistungen zu benennen. Auch ein Wechsel des Hausarztes ist anzuzeigen.		 Hinweis: Hausarztprinzip vorhanden: Der Hausarzt ist bei der ersten Inanspruchnahme von Leistungen aus diesem Tarif – oder bei Wechsel des Hausarztes – dem Versicherten namentlich zu benennen.	 Hinweis: Hausarztprinzip vorhanden: Der Hausarzt ist dem Versicherten spätestens bei der ersten Inanspruchnahme von Leistungen aus diesem Tarif sowie vor einem Wechsel des Hausarztes mit Name und Adresse schriftlich zu benennen.		 Hinweis: Hausarztprinzip vorhanden: Der Hausarzt ist dem Versicherten spätestens bei der ersten Inanspruchnahme von Leistungen aus diesem Tarif sowie vor einem Wechsel des Hausarztes mit Name und Adresse schriftlich zu benennen.
- nachträglich "heilbar" (für Folgebehandlungen)?							
- keine zeitliche Befristung der Haus-/Primärarztüberweisung							
- gilt nicht bei Akutversorgung im Ausland		 Hinweis: Wenn die versicherte Person im grenznahen Gebiet wohnt und einen Arzt im Nachbarland aufsucht (oder bei einer geplanten Behandlung im Ausland) kommt das Hausarztprinzip zur Anwendung.		 Hinweis: Sofern die versicherte Person sich mehr als 100 km von ihrem Wohnsitz entfernt aufhält, gilt jeder Arzt für Allgemeinmedizin oder jeder praktische Arzt auch ohne vorherige namentliche Nennung an den Versicherten als Hausarzt im Sinne dieses Tarifs.	 Hinweis: Im Ausland gilt das Hausarztprinzip nicht, die Vergütung ärztlicher Heilbehandlungen außerhalb der BRD ist jedoch generell auf 75% der erstattungsfähigen Aufwendungen begrenzt.		 Hinweis: Im Ausland gilt das Hausarztprinzip nicht, die Vergütung ärztlicher Heilbehandlungen außerhalb der BRD ist jedoch generell auf 75% der erstattungsfähigen Aufwendungen begrenzt.
- gilt weder für Not- noch Bereitschaftsärzte						 Hinweis: Für die Erstversorgung, wenn in einem akuten Notfall kein Primärarzt zu erreichen ist, gilt das Primärarztprinzip nicht.	
- Maximierung Eigenanteil bei Nichteinhaltung unter 5.000 €							
- Reduzierung Erstattung bei Nichteinhaltung auf ... %		80 %	100 %	75 %	75 %	80 %	75 %
Gebührenordnung ambulant							
- GOÄ mind. bis Höchstsatz (3,5)							



















Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	Arag	Süddeutsche	Hallesche	Univera	HanseMerkur	Univera
		K1200 FlexiPro PVN	AM31 S3 Z6SB PPN	PRIMO.SB 3 Z URZ JOKER.flex PVN	uni-introPrivat 300 uni-ZZ PVN	KVS3 CLINICA CLINICU PVN	uni-introPrivat 300 PVN
Monatsbeitrag:		308,58 €	377,57 €	255,43 €	356,58 €	264,41 €	345,34 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		80 %	69 %	69 %	67 %	68 %	64 %
- 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).			
Heilpraktiker							
Heilpraktiker							
				Hinweis: Psychotherapeutische Behandlungen sind nicht erstattungsfähig.			Hinweis: Psychotherapeutische Behandlungen sind nicht erstattungsfähig.
- xx % Erstattung		80 %		75 %	75 %	80 %	75 %
- xx € Erstattung im Schnitt p.a.		500,00 €		750,00 €	unbegrenzt	800,00 €	unbegrenzt
						Hinweis: Die Erstattung ist im 1. Versicherungsjahr auf 80 EUR und im 2. Versicherungsjahr auf 160 EUR begrenzt.	
- mind. bis Höchstsatz Gebüh							
- erweiterte Naturheilverfahren/ Hufelandlandverzeichnis (über Gebüh hinaus)							

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	Arag K1200 FlexiPro PVN	Süddeutsche AM31 S3 Z6SB PPN	Hallesche PRIMO.SB 3 Z URZ JOKER.flex PVN	Universa uni-introPrivat 300 uni-ZZ PVN	HanseMerkur KVS3 CLINICA CLINICU PVN	Universa uni-introPrivat 300 PVN
Monatsbeitrag:		308,58 €	377,57 €	255,43 €	356,58 €	264,41 €	345,34 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		80 %	69 %	69 %	67 %	68 %	64 %
- alternative Heilmethoden/ Hufeland durch Ärzte		 Hinweis: Laut Flyer "Naturheilverfahren" sind folgende Heilmethoden bei medizinischer Notwendigkeit erstattungsfähig: klinische Homöopathie, Komplexhomöopathie, klassische Homöopathie, potenzierte arzneiliche Lösungen aus sogenannten veraschten Pflanzenextrakten, Nosoden, anthroposophische Medizin, Pflanzenheilkunde, Akupunktur, Neuraltherapie, Enzymtherapie, Osteopathie. Das Infoblatt ist NICHT Bestandteil der Vertragsbedingungen.					
Vorsorge							
- über gesetzliche Programme			  Hinweis: Erstattet werden auch die Kosten für pränatal- diagnostische Maßnahmen als erweiterte Schwangerschaftsvor- sorge (z. B. Dopplersonografie, 3D/4D-Ultraschall, kardiale Echografie, Nackentransparenztes- t, Triple-/Quadruple- Test); jedoch keine genetischen Untersuchungen mit dem Ziel der Klärung einer erst künftig auftretenden Erkrankung oder einer gesundheitlichen Störung bei Nachkommen, ohne dass sich Symptome einer Krankheit zeigen (prädiktive Gen- Tests).				
- Schutzimpfungen							

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	Arag	Süddeutsche	Hallesche	Universa	HanseMerkur	Universa
		K1200 FlexiPro PVN	AM31 S3 Z6SB PPN	PRIMO.SB 3 Z URZ JOKER.flex PVN	uni-introPrivat 300 uni-ZZ PVN	KVS3 CLINICA CLINICU PVN	uni-introPrivat 300 PVN
Monatsbeitrag:		308,58 €	377,57 €	255,43 €	356,58 €	264,41 €	345,34 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		80 %	69 %	69 %	67 %	68 %	64 %
Heilmittel							
Definition Heilmittelkatalog		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Erstattung in %	📄	80 % ✖	100 %	75 % ✖	75 % ✖	90 % ✖	75 % ✖
- max. Selbstbehalt p.a. €	📄	500,00 € ✖ ⚠	0,00 €	unbegrenzt ✖	unbegrenzt ✖	unbegrenzt ✖	unbegrenzt ✖
		Hinweis: Der Eigenanteil für Heilmittel (und Arzneimittel, Verband- und Hilfsmittel (ohne Sehhilfen)) ist auf insgesamt 500 EUR p.a. begrenzt.					
- keine pauschalen Beschränkungen	📄	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Keine Begrenzung auf Preis-/Lstg.verz., Beihilfesätze, angemessene Preise o. ä.					✓		✓
- Logopädie durch Logopäden	📄	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Ergotherapie durch Ergotherapeuten	📄	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Hilfsmittel							
Definition Hilfsmittelkatalog		✓	✓	✓	✓	✓	✓

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	Arag K1200 FlexiPro PVN	Süddeutsche AM31 S3 Z6SB PPN	Hallesche PRIMO.SB 3 Z URZ JOKER.flex PVN	Universa uni-introPrivat 300 uni-ZZ PVN	HanseMercur KVS3 CLINICA CLINICU PVN	Universa uni-introPrivat 300 PVN
Monatsbeitrag:		308,58 €	377,57 €	255,43 €	356,58 €	264,41 €	345,34 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		80 %	69 %	69 %	67 %	68 %	64 %
- Erstattung in %		80 %	100 %	75 %	75 %	100 %	75 %
				Hinweis: Hilfsmittel, die bei Eigenbezug mehr als 350 EUR kosten würden, werden zu 90% erstattet, sofern dem Versicherer vorab die ärztliche Verordnung vorgelegt wird und er beauftragt wird, das Hilfsmittel (Leihgerät/ Kauf) über seine Partner/geeignete Sanitätshäuser auszuliefern. Dies gilt auch bei Hilfsmitteln von jeweils weniger als 350 EUR, sofern sie p. a. mehrfach bezogen werden müssen (z. B. Stoma-Artikel). Höhere Erstattung auch dann, wenn der Versicherer das Hilfsmittel nicht ausliefern lassen kann.			
- max. Selbstbehalt p.a. €		500,00 €	0,00 €	2.500,00 €		0,00 €	
		Hinweis: Der Eigenanteil für Hilfsmittel (und Arznei-, Verband- und Heilmittel, ohne Sehhilfen) ist auf insgesamt 500 EUR p.a. begrenzt (durch den Kauf von Hilfsmitteln mit einem Bezugspreis ab 1.000 EUR ohne vorherige Zusage des Versicherers kann sich die Selbstbeteiligung erhöhen, s. Punkt "keine Beschränkung der Bezugsart/ Zusageerfordernis").			Hinweis: Bei größeren Hilfsmitteln ist der Eigenanteil auf 1.000 EUR pro Kalenderjahr begrenzt.		Hinweis: Bei größeren Hilfsmitteln ist der Eigenanteil auf 1.000 EUR pro Kalenderjahr begrenzt.
- offener Hilfsmittelkatalog							
- offen im Bereich lebenserhaltender Hilfsmittel							
- mindestens funktionale Standardausführung							

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	Arag	Süddeutsche	Hallesche	Universa	HanseMerkur	Universa
		K1200 FlexiPro PVN	AM31 S3 Z6SB PPN	PRIMO.SB 3 Z URZ JOKER.flex PVN	uni-introPrivat 300 uni-ZZ PVN	KVS3 CLINICA CLINICU PVN	uni-introPrivat 300 PVN
Monatsbeitrag:		308,58 €	377,57 €	255,43 €	356,58 €	264,41 €	345,34 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		80 %	69 %	69 %	67 %	68 %	64 %
- keine Beschränkungen der Bezugsart/ Zusageerfordernis			✓	✓	✓		✓
- Atemmonitor (Heimgerät)	📦	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Herzmonitor (Heimgerät)	📦	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Beatmungsgerät (Heimgerät)	📦	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Heimdialysegerät	📦	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Krankenfahrstühle ohne Summenbegrenzung	📦	✓	✓	✓	✓	✖	✓
- Hör-/Sprechgeräte	📦	✓	✓ ⚠	✓ ⚠	✓	✓ ⚠	✓
			Hinweis: Hörgeräte und Tinnitus-Masker/ Noiser werden pro Ohr bis max. 2.500 EUR innerhalb eines Kalenderjahres erstattet, Sprechgeräte ohne betragliche Begrenzung.	Hinweis: Hörgeräte sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500 EUR alle 5 Jahre erstattungsfähig. Teil- bzw. vollimplantierbare Hörsysteme, sofern Hörverluste ausschließlich dadurch ausgeglichen werden können, und elektronische Kehlköpfe sind ohne Begrenzung erstattungsfähig.		Hinweis: Hör- und Sprechhilfen sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.000 EUR je Hilfsmittel erstattungsfähig.	
- Orthopädische Schuhe	📦	✓	✓	✓ ⚠	✓	✓	✓
				Hinweis: Orthopädische Schuhe sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 250 EUR erstattungsfähig.			
- Blindenhund o. Blindenleitgerät	📦	✓	✓	✓	✓	✓ ⚠	✓
						Hinweis: Die Kosten für einen Blindenhund sind erstattungsfähig, sofern der Blindenhund als technisches Mittel vom Versicherer angesehen wird.	
- Blindenlese-/Vorlesegerät	📦	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Körperersatzstücke ohne Summenbegrenzung	📦	✓	✓	✓	✓	✖	✓

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	Arag	Süddeutsche	Hallesche	Univera	HanseMerkur	Univera
		K1200 FlexiPro PVN	AM31 S3 Z6SB PPN	PRIMO.SB 3 Z URZ JOKER.flex PVN	uni-introPrivat 300 uni-ZZ PVN	KVS3 CLINICA CLINICU PVN	uni-introPrivat 300 PVN
Monatsbeitrag:		308,58 €	377,57 €	255,43 €	356,58 €	264,41 €	345,34 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		80 %	69 %	69 %	67 %	68 %	64 %
- Prothesen						 Hinweis: Die Kosten für Prothesen (z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen) sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 15.000 EUR je Hilfsmittel erstattungsfähig.	
- Kunstaugen							
- Orthesen						 Hinweis: Orthesen und orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 15.000 EUR je Hilfsmittel erstattungsfähig.	
Sehhilfen							
- Erstattung xx €		150,00 €	250,00 € Hinweis: Operationen der refraktiven Chirurgie (z. B. Lasik) werden übernommen, sofern die versicherte Person ununterbrochen 36 Monate in der Krankheitskosten-Vollversicherung versichert ist - bis max. 1.500 EUR pro Auge und Versicherungsfall. Sind nach einer solchen Operation andere Sehhilfen (Brille, Kontaktlinsen) nötig, so sind diese im tariflichen Umfang versichert.	100,00 € Hinweis: Aufwendungen im Zusammenhang einer Korrektur von Fehlsichtigkeit mittels refraktiver Chirurgie (z.B. LASIK) werden bis zu einem Rechnungsbetrag von 500 € pro Auge erstattet. Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht für das jeweilige Auge frühestens nach 5 Jahren.	125,00 € Hinweis: Ersetzt werden auch Operationen zur Behebung von Fehlsichtigkeit (Maßnahmen der refraktiven Chirurgie, hierzu gehören z. B. LASIK-Operationen, Femto-LASIK-Behandlungen, LASEK/PRK-Operationen, Clear-Lens-Exchange) einschl. Vor- und Nachuntersuchungen.	100,00 €	125,00 € Hinweis: Ersetzt werden auch Operationen zur Behebung von Fehlsichtigkeit (Maßnahmen der refraktiven Chirurgie, hierzu gehören z. B. LASIK-Operationen, Femto-LASIK-Behandlungen, LASEK/PRK-Operationen, Clear-Lens-Exchange) einschl. Vor- und Nachuntersuchungen.
- Anspruch mind. alle 24 Monate							

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	Arag	Süddeutsche	Hallesche	Universa	HanseMerkur	Universa
		K1200 FlexiPro PVN	AM31 S3 Z6SB PPN	PRIMO.SB 3 Z URZ JOKER.flex PVN	uni-introPrivat 300 uni-ZZ PVN	KVS3 CLINICA CLINICU PVN	uni-introPrivat 300 PVN
Monatsbeitrag:		308,58 €	377,57 €	255,43 €	356,58 €	264,41 €	345,34 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		80 %	69 %	69 %	67 %	68 %	64 %
Psychotherapie							
- Anzahl psychotherap. Sitzungen p.a.		50	unbegrenzt	50	50	50	50
			Hinweis: Behandlungen zur beruflichen, schulischen oder sozialen Anpassung oder Förderung (z. B. Ehe-, Erziehungs- oder Lebensberatung) werden nicht übernommen.				
- ohne besondere Einschränkungen/Selbstbehalte							
- mind. 20 Sitzungen ohne vorherige Zusage							
Ambulant							
Ambulante Transporte							
Ambulante Transporte							
- zur Chemotherapie, Dialyse und Strahlenbehandlung							
- bei Gehunfähigkeit							
			Hinweis: Erstattet werden auch Fahrten und Transporte zum und vom nächsten geeigneten Behandelnden oder Krankenhaus zu ambulanten Operationen, nachoperativen Behandlungen, zur ambulanten Anschlussheilbehandlung oder Rehabilitation; bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs 0,30 EUR pro Kilometer.		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: Transportkosten werden auch erstattet, wenn der Transport wegen der Folgen ambulant durchgeführter Operationen medizinisch notwendig ist.	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.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Kundenwunsch	Arag	Süddeutsche	Hallesche	Universa	HanseMerkur	Universa
		K1200 FlexiPro PVN	AM31 S3 Z6SB PPN	PRIMO.SB 3 Z URZ JOKER.flex PVN	uni-introPrivat 300 uni-ZZ PVN	KVS3 CLINICA CLINICU PVN	uni-introPrivat 300 PVN
Monatsbeitrag:		308,58 €	377,57 €	255,43 €	356,58 €	264,41 €	345,34 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		80 %	69 %	69 %	67 %	68 %	64 %
- bis nächstgeeignetem Behandler (auch wenn gehfähig)			 Hinweis: Fahrten und Transporte zu und von einer ambulanten Heilbehandlung sind bei Gehfähigkeit nur erstattungsfähig, wenn eine Seh- oder Fahruntüchtigkeit, die auf einer Krankheit oder ärztlichen Behandlung beruht, vorliegt (oder zu ambulanten Operationen, nachoperativen Behandlungen, zur ambulanten Anschlussheilbehandlung oder Rehabilitation).				
- ambulante Notfalltransporte							
Arznei-/Verbandmittel							
- ohne zusätzliche SB		 Hinweis: Der Eigenanteil für Arznei- und Verband (und Heil- und Hilfsmittel (ohne Sehhilfen)) ist auf insgesamt 500 EUR p.a. begrenzt.					
- medikamentenähnliche Nährmittel (über enteral/parenteral hinaus)							
sonstiges							
- ambulante Behandlung in mediz. Versorgungszentren (MVZ)							
- Häusliche Behandlungspflege/ Krankenpflege							
- ambulante Palliativversorgung (SAPV)							
Kurleistung ambulant							
Kurleistung ambulant							
- Verzicht auf Kurortklausel							
Ambulant							
sonstiges							

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	Kundenwunsch	Arag	Süddeutsche	Hallesche	Univera	HanseMerkur	Univera
		K1200 FlexiPro PVN	AM31 S3 Z6SB PPN	PRIMO.SB 3 Z URZ JOKER.flex PVN	uni-introPrivat 300 uni-ZZ PVN	KVS3 CLINICA CLINICU PVN	uni-introPrivat 300 PVN
Monatsbeitrag:		308,58 €	377,57 €	255,43 €	356,58 €	264,41 €	345,34 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		80 %	69 %	69 %	67 %	68 %	64 %
Stationär							
1-Bettzimmer							
2-Bettzimmer							
Mehrbettzimmer							
Wahlärztliche Behandlung (Chefarzt/Spezialist)							
- Wahlleistungen nur bei Unfall / bestimmten Krankheiten						<p>Hinweis: CLINICU: clinic U: Dieser Tarif erstattet nur unfallbedingte Kosten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unterkunft im 1- oder 2-Bettzimmer - Wahlärztliche Behandlung <p>Die Leistungspflicht entfällt für Unfälle, die auf die Ausübung folgender Risikosportarten zurückzuführen sind: Skispringen, Drachenfliegen, Paragliding, Motorrennsport, Boxen, Kickboxen, Thaiboxen, Vollkontaktkarate, Rugby oder Freeclimbing</p> <p>CLINICA: Dieser Tarif erstattet bei bestimmten schweren Erkrankungen die Kosten für:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unterkunft im 1- oder 2-Bettzimmer - Wahlärztliche Behandlung 	
Gebührenordnung Stationär							
- GOÄ mind. bis Höchstsatz (3,5)							
- GOÄ keine Begrenzung auf den Höchstsatz (>3,5)							







Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	Kundenwunsch	Arag	Süddeutsche	Hallesche	Universa	HanseMerkur	Universa
		K1200 FlexiPro PVN	AM31 S3 Z6SB PPN	PRIMO.SB 3 Z URZ JOKER.flex PVN	uni-introPrivat 300 uni-ZZ PVN	KVS3 CLINICA CLINICU PVN	uni-introPrivat 300 PVN
Monatsbeitrag:		308,58 €	377,57 €	255,43 €	356,58 €	264,41 €	345,34 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		80 %	69 %	69 %	67 %	68 %	64 %
- 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).			
Privatkliniken							
Privatkliniken							
					Hinweis: Aufwendungen für Krankenhausleistungen in Krankenhäusern, die nicht der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen, sind nicht erstattungsfähig - es sei denn, es handelt sich um eine Notfalleinweisung.		Hinweis: Aufwendungen für Krankenhausleistungen in Krankenhäusern, die nicht der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen, sind nicht erstattungsfähig - es sei denn, es handelt sich um eine Notfalleinweisung.
- allg. Krankenhausleistungen mind. 100% über KHEntgG/BPflV							
				Hinweis: Bei einer Behandlung im Ausland wird bis zum Höchstpreis der allgemeinen Krankenhausleistungen in der Bundesrepublik Deutschland erstattet. Mit diesen Aufwendungen sind auch die Arztkosten und sämtliche Nebenkosten abgegolten.			
- ges. berechenbare Unterkunft ohne Begrenzung (+ Privatarzt)							

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	Kundenwunsch	Arag	Süddeutsche	Hallesche	Universa	HanseMerkur	Universa
		K1200 FlexiPro PVN	AM31 S3 Z6SB PPN	PRIMO.SB 3 Z URZ JOKER.flex PVN	uni-introPrivat 300 uni-ZZ PVN	KVS3 CLINICA CLINICU PVN	uni-introPrivat 300 PVN
Monatsbeitrag:		308,58 €	377,57 €	255,43 €	356,58 €	264,41 €	345,34 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		80 %	69 %	69 %	67 %	68 %	64 %
Stationär							
Krankentransporte bis zum nächstgeeigneten Krankenhaus			  Hinweis: Erstattet werden auch Fahrten und Transporte zu und von einer stationären Heilbehandlung bei einer Geh-, Seh- oder Fahruntüchtigkeit, wenn diese auf einer Krankheit oder ärztlichen Behandlung beruht/beruhen. Der erstattungsfähige Rechnungsbetrag beträgt zusammen mit Leistungen aus anderen Tarifen max. 250 EUR pro Kalenderjahr; bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs werden 0,30 EUR pro Kilometer ersetzt.				
Ersatzkrankenhaustagegeld							
Verzicht auf rechtzeitige Meldung Krankenhausaufenthalt							

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	Kundenwunsch	Arag	Süddeutsche	Hallesche	Universa	HanseMerkur	Universa
		K1200 FlexiPro PVN	AM31 S3 Z6SB PPN	PRIMO.SB 3 Z URZ JOKER.flex PVN	uni-introPrivat 300 uni-ZZ PVN	KVS3 CLINICA CLINICU PVN	uni-introPrivat 300 PVN
Monatsbeitrag:		308,58 €	377,57 €	255,43 €	356,58 €	264,41 €	345,34 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		80 %	69 %	69 %	67 %	68 %	64 %
Gemischte Anstalten - keine Zusageerfordernis Notfall, Versorgungs-KH, Akutversorgung			 Hinweis: Unterliegt die sogenannte "gemischte Krankenanstalt" nicht dem Anwendungsbereich der BpflV oder dem KHEntG, so werden die entstandenen Aufwendungen maximal bis zur Höhe der Kosten einer Behandlung im nächstgelegenen Krankenhaus, das dem Anwendungsbereich der BpflV oder dem KHEntG unterliegt, erstattet.	 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)							
Kurleistung stationär							

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	Kundenwunsch	Arag	Süddeutsche	Hallesche	Univera	HanseMerkur	Univera
		K1200 FlexiPro PVN	AM31 S3 Z6SB PPN	PRIMO.SB 3 Z URZ JOKER.flex PVN	uni-introPrivat 300 uni-ZZ PVN	KVS3 CLINICA CLINICU PVN	uni-introPrivat 300 PVN
Monatsbeitrag:		308,58 €	377,57 €	255,43 €	356,58 €	264,41 €	345,34 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		80 %	69 %	69 %	67 %	68 %	64 %
sonstiges		✓	✓	✓	✓	✓ ⚠ Hinweis: CLINICA: clinic A: Der Tarif bildet keine Alterungsrückstellungen. Der Vertrag endet am 31.12. des 10. Versicherungsjahres, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Versicherungsjahr ist das Kalenderjahr. CLINICU: clinic U: Der Tarif bildet keine Alterungsrückstellungen. Der Vertrag endet am 31.12. des 10. Versicherungsjahres, ohne dass es einer Kündigung bedarf.	✓

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

	Kundenwunsch	Arag	Süddeutsche	Hallesche	Universa	HanseMerkur	Universa
		K1200 FlexiPro PVN	AM31 S3 Z6SB PPN	PRIMO.SB 3 Z URZ JOKER.flex PVN	uni-introPrivat 300 uni-ZZ PVN	KVS3 CLINICA CLINICU PVN	uni-introPrivat 300 PVN
Monatsbeitrag:		308,58 €	377,57 €	255,43 €	356,58 €	264,41 €	345,34 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		80 %	69 %	69 %	67 %	68 %	64 %
Zahn							
Zahnbehandlung %		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		Hinweis: Prophylaktische Leistungen wie Beratung zur Verhütung von Karies und Parodontose sind ab dem vollendeten 21. Lebensjahr nur noch einmal pro Kalenderjahr erstattungsfähig.	Hinweis: Von den tariflichen Leistungen (für Zahnbehandlung/ Prophylaxe, Zahnersatz und Kieferorthopädie) wird eine jährliche Selbstbeteiligung von max. 480 EUR abgezogen (häufige SB bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 15. Lebensjahr vollendet wird). Im Kalenderjahr des Versicherungsbeginns reduziert sich die Selbstbeteiligung für jeden nicht versicherten Monat um 1/12. Das gilt auch, wenn die Versicherung nach Tarif Z6SB im Laufe eines Kalenderjahres endet. Diese Regelung gilt außerdem, wenn sich die Selbstbeteiligung ändert.		Hinweis: uni-ZZ: Zahntechnische Leistungen bei Inlays (Einlagefüllungen aus Metall, Kunststoff oder Keramik) werden zu 20% erstattet. uni-introPrivat 300: Inlays: Zahnärztliche Leistungen werden zu 100% erstattet, zahntechnische Leistungen zu 60%.		Hinweis: Inlays: Zahnärztliche Leistungen werden zu 100% erstattet, zahntechnische Leistungen zu 60%.
Zahnersatz %		80 %	60 %	75 %	80 %	80 %	60 %
					Hinweis: 100% Erstattung für zahntechnische Leistungen, sofern die Versorgung nachweislich aufgrund eines Unfalls notwendig wurde und sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat.		Hinweis: 100% Erstattung für zahntechnische Leistungen, sofern die Versorgung nachweislich aufgrund eines Unfalls notwendig wurde und sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat.
Kieferorthopädie %		80 %	60 %	75 %	80 %	80 %	60 %
					Hinweis: 100% Erstattung für zahntechnische Leistungen, sofern die Versorgung nachweislich aufgrund eines Unfalls notwendig wurde und sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat.		Hinweis: 100% Erstattung für zahntechnische Leistungen, sofern die Versorgung nachweislich aufgrund eines Unfalls notwendig wurde und sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

	Kundenwunsch	Arag	Süddeutsche	Hallesche	Universa	HanseMerkur	Universa
		K1200 FlexiPro PVN	AM31 S3 Z6SB PPN	PRIMO.SB 3 Z URZ JOKER.flex PVN	uni-introPrivat 300 uni-ZZ PVN	KVS3 CLINICA CLINICU PVN	uni-introPrivat 300 PVN
Monatsbeitrag:		308,58 €	377,57 €	255,43 €	356,58 €	264,41 €	345,34 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		80 %	69 %	69 %	67 %	68 %	64 %
- Leistungsanspruch bis Alter xx (bei Behandlungsbeginn)		unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt
Gebührenordnung Zahn							
- GOZ bis Höchstsatz (3,5)							
						Hinweis: Zahnersatz und Kieferorthopädie sind auf die Höchstsätze der GOZ begrenzt.	
- GOZ 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).			
Zahn							
Keine Begrenzung auf Preis-/Lstg.verzeichnis, ortsübl./angemessene Preise o. ä.							
Summenbegrenzung max. ... Jahre		5	4	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt
Summenbegrenzung entfällt bei Unfall							
Heil- u. Kostenplan - keine Kürzung bei Nichtvorlage							

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

	Kundenwunsch	Arag	Süddeutsche	Hallesche	Universa	HanseMerkur	Universa
		K1200 FlexiPro PVN	AM31 S3 Z6SB PPN	PRIMO.SB 3 Z URZ JOKER.flex PVN	uni-introPrivat 300 uni-ZZ PVN	KVS3 CLINICA CLINICU PVN	uni-introPrivat 300 PVN
Monatsbeitrag:		308,58 €	377,57 €	255,43 €	356,58 €	264,41 €	345,34 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		80 %	69 %	69 %	67 %	68 %	64 %
Inlays & Implantate ohne pauschale Begrenzungen							
		<p>Hinweis: Implantologische Aufwendungen sind nur dann erstattungsfähig, wenn keine andere ausreichende und zweckmäßige Behandlungsform besteht und dies mit einem Heil- und Kostenplan + aktueller Röntgenaufnahme vor Behandlungsbeginn nachgewiesen wird (wenn beide angrenzenden Zähne gesund sind, ist die Versorgung mit einem Implantat medizinischer Standard; ist zumindest einer der angrenzenden Zähne überkront oder so stark geschädigt, dass eine Überkronung medizinisch sinnvoll ist, ist eine Implantatversorgung dagegen nicht versichert, s. „Erläuterungen zum Versicherungsschutz Unisex“, Punkt 20 (Bestandteil der Bedingungen)).</p>					
Inlays - Erstattung in gleicher Höhe wie Zahnbehandlung							
					<p>Hinweis: Zahnärztliche Leistungen bei Inlays werden wie Zahnbehandlung zu 100% erstattet.</p>		<p>Hinweis: Zahnärztliche Leistungen bei Inlays werden wie Zahnbehandlung zu 100% erstattet.</p>
- sonstiges							

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Kundenwunsch	Arag	Süddeutsche	Hallesche	Universa	HanseMerkur	Universa
		K1200 FlexiPro PVN	AM31 S3 Z6SB PPN	PRIMO.SB 3 Z URZ JOKER.flex PVN	uni-introPrivat 300 uni-ZZ PVN	KVS3 CLINICA CLINICU PVN	uni-introPrivat 300 PVN
Monatsbeitrag:		308,58 €	377,57 €	255,43 €	356,58 €	264,41 €	345,34 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		80 %	69 %	69 %	67 %	68 %	64 %
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag							
- Markteinführung des Tarifes (Jahr):		2013	2017	2013	2016	2014	2013
- Tarif nicht mehr im Verkauf seit (Jahr):			0		0		0
- Markteinführung BiSex- "Vorgängertarif" (Jahr):		2007	0	2007	2005		2005
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		5		3	2		2
Kinder alleine versicherbar ab Alter		0	0	0	2	0	2

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Kundenwunsch	Arag	Süddeutsche	Hallesche	Universa	HanseMerkur	Universa
		K1200 FlexiPro PVN	AM31 S3 Z6SB PPN	PRIMO.SB 3 Z URZ JOKER.flex PVN	uni-introPrivat 300 uni-ZZ PVN	KVS3 CLINICA CLINICU PVN	uni-introPrivat 300 PVN
Monatsbeitrag:		308,58 €	377,57 €	255,43 €	356,58 €	264,41 €	345,34 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		80 %	69 %	69 %	67 %	68 %	64 %
Ausland							
- Weltweiter Versicherungsschutz mind. ... Monate		3	unbegrenzt	unbegrenzt	3	unbegrenzt	3
					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: Ab Beginn des 2. Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland verringern sich die tariflichen Leistungen um ein Drittel, wenn nicht vor der Ausreise etwas anderes vereinbart wurde. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, so wird der volle Versicherungsschutz so lange gewährt, bis die versicherte Person die Rückreise ohne Gefährdung der Gesundheit antreten kann.	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.
- 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							

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Kundenwunsch	Arag	Süddeutsche	Hallesche	Univerra	HanseMerkur	Univerra
		K1200 FlexiPro PVN	AM31 S3 Z6SB PPN	PRIMO.SB 3 Z URZ JOKER.flex PVN	uni-introPrivat 300 uni-ZZ PVN	KVS3 CLINICA CLINICU PVN	uni-introPrivat 300 PVN
Monatsbeitrag:		308,58 €	377,57 €	255,43 €	356,58 €	264,41 €	345,34 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		80 %	69 %	69 %	67 %	68 %	64 %
Optionsrecht auf Höherversicherung							
Optionsrecht auf Höherversicherung		✓	✓ ⚠ Hinweis: Z6SB: Der Versicherungsnehmer kann die Höhe der Selbstbeteiligung immer zum 1. des nächsten Monats ändern lassen. AM31: Die Höhe der Selbstbeteiligung kann immer zum 1. des nächsten Monats geändert werden - auf Antrag in Textform (Brief, E-Mail, Fax).	✓	✓	✓	✓
- Anzahl feste Optionszeitpunkte		10 ⚠ Hinweis: FlexiPro: Das Optionsrecht kann zum 1. Januar eines Jahres ausgeübt werden; die Umstellung muss vor dem Umstellungstermin in Textform beim Versicherer beantragt werden. Die Versicherung endet zu dem Zeitpunkt, zu dem das Optionsrecht wahrgenommen wird, spätestens jedoch mit Ablauf des 10. Kalenderjahres seit Versicherungsbeginn des Tarifs FlexiPro (bzw. mit Ablauf des Kalendermonats, in dem das 50. Lebensjahr vollendet wird).	5 ⚠ Hinweis: S3, Z6SB, AM31: 5 feste Optionszeitpunkte bei einem Eintrittsalter < 30.	2	unbegrenzt ⚠ Hinweis: Optionszeitpunkte für die Höherversicherung: - einer (altersunabhängig): zum Monatsersten nach Ablauf von 3 Jahren ab Beginn - mehrere (vor Vollendung des 50. Lebensjahres der versicherten Person): zum Monatsersten nach Ablauf von 8 bzw. 13 Jahren ab Beginn und dann kontinuierlich nach jeweils weiteren fünf Jahren.	3	unbegrenzt ⚠ Hinweis: Optionszeitpunkte für die Höherversicherung: - einer (altersunabhängig): zum Monatsersten nach Ablauf von 3 Jahren ab Beginn - mehrere (vor Vollendung des 50. Lebensjahres der versicherten Person): zum Monatsersten nach Ablauf von 8 bzw. 13 Jahren ab Beginn und dann kontinuierlich nach jeweils weiteren fünf Jahren.

Leistungsvergleich Sonstiges

	Kundenwunsch	Arag	Süddeutsche	Hallesche	Universa	HanseMerkur	Universa
		K1200 FlexiPro PVN	AM31 S3 Z6SB PPN	PRIMO.SB 3 Z URZ JOKER.flex PVN	uni-introPrivat 300 uni-ZZ PVN	KVS3 CLINICA CLINICU PVN	uni-introPrivat 300 PVN
Monatsbeitrag:		308,58 €	377,57 €	255,43 €	356,58 €	264,41 €	345,34 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		80 %	69 %	69 %	67 %	68 %	64 %
- anlassbezogenes Optionsrecht		✓	✓ ⚠ Hinweis: S3, Z6SB, AM31: Bei Elternzeit, Altersteilzeit, Pflegezeit, Arbeitslosigkeit oder Sabbatjahr kann auf Antrag der Versicherungsschutz in einen Tarif mit niedrigeren oder weniger Leistungen umgestellt werden - spätestens 2 Monate nach Eintritt des Ereignisses, welches nachgewiesen werden muss. Ist das Ereignis beendet, wird auf Verlangen des Versicherungsnehmers der Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung in den ursprünglichen Tarif umgestellt.				

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Kundenwunsch	Arag	Süddeutsche	Hallesche	Universa	HanseMerkur	Universa
		K1200 FlexiPro PVN	AM31 S3 Z6SB PPN	PRIMO.SB 3 Z URZ JOKER.flex PVN	uni-introPrivat 300 uni-ZZ PVN	KVS3 CLINICA CLINICU PVN	uni-introPrivat 300 PVN
Monatsbeitrag:		308,58 €	377,57 €	255,43 €	356,58 €	264,41 €	345,34 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		80 %	69 %	69 %	67 %	68 %	64 %
- Verzicht auf Risikozuschläge/ Ausschlüsse für neue Erkrankungen		✓	✓	✓	⚠ Hinweis: Der Wechsel zum 1. und 2. Optionstermin (nach Ablauf von 3 bzw. 8 Jahren) ist ohne Gesundheitsprüfung möglich.	⚠ Hinweis: Bei Umstellung im 4. Versicherungsjahr wird auf eine erneute Gesundheitsprüfung und auf Risikozuschläge aufgrund zwischenzeitlich neu aufgetretener Krankheiten verzichtet. Bei Umstellung im 6. Versicherungsjahr kann für hinzukommende Teile des Versicherungsschutzes ein Risikozuschlag von max. 50%, im 8. Jahr max 100% auf die Mehrleistung erhoben werden. Für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes sind keine Wartezeiten einzuhalten.	⚠ Hinweis: Der Wechsel zum 1. und 2. Optionstermin (nach Ablauf von 3 bzw. 8 Jahren) ist ohne Gesundheitsprüfung möglich.
- keine Beschränkung der Zieltarife		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Optionsrecht auch für über Kindernachversicherung versicherte Personen		✓	✓	✓		✓	
- keine Einschränkung des Optionsrechtes durch Vorversicherung		✓ ⚠ Hinweis: FlexiPro: Das Optionsrecht besteht auch, wenn vor Abschluss dieses Tarifs für die versicherte Person eine andere Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer bestanden hat.	✓	✓		✓	




























Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Kundenwunsch	Arag	Süddeutsche	Hallesche	Universa	HanseMerkur	Universa
		K1200 FlexiPro PVN	AM31 S3 Z6SB PPN	PRIMO.SB 3 Z URZ JOKER.flex PVN	uni-introPrivat 300 uni-ZZ PVN	KVS3 CLINICA CLINICU PVN	uni-introPrivat 300 PVN
Monatsbeitrag:		308,58 €	377,57 €	255,43 €	356,58 €	264,41 €	345,34 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		80 %	69 %	69 %	67 %	68 %	64 %
- Optionsrecht besteht mind. bis Alter ...		unbegrenzt ⚠	50 ⚠	50	unbegrenzt ⚠	unbegrenzt	unbegrenzt ⚠
		Hinweis: FlexiPro: Die Versicherung endet spätestens mit Ablauf des Kalendermonats, in dem das 50. Lebensjahr vollendet wird (bzw. mit Ablauf des 10. Kalenderjahres seit Versicherungsbeginn des Tarifs FlexiPro).	Hinweis: S3, Z6SB, AM31: Das anlassbezogene Optionsrecht kann ohne festgelegte Altersgrenze ausgeübt werden.		Hinweis: Das erste Optionsrecht (nach Ablauf von drei Jahren) kann altersunabhängig ausgeübt werden, die weiteren Optionsrechte nur vor Vollendung des 50. Lebensjahres.		Hinweis: Das erste Optionsrecht (nach Ablauf von drei Jahren) kann altersunabhängig ausgeübt werden, die weiteren Optionsrechte nur vor Vollendung des 50. Lebensjahres.
- 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?							
- ambulante Anschlussreha			✓	✓	✓	✓	✓
- stationäre Anschlussreha		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Anschlussreha ohne übliche Einschränkungen			✓	✓	✓		✓
- sonstige ambulante Reha-Maßnahmen			✓			✓	
- sonstige stationäre Reha-Maßnahmen			✓				
- sonstige Reha-Maßnahmen ohne übliche Einschränkungen			✓				
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.		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	Arag	Süddeutsche	Hallesche	Univerra	HanseMerkur	Univerra
		K1200 FlexiPro PVN	AM31 S3 Z6SB PPN	PRIMO.SB 3 Z URZ JOKER.flex PVN	uni-introPrivat 300 uni-ZZ PVN	KVS3 CLINICA CLINICU PVN	uni-introPrivat 300 PVN
Monatsbeitrag:		308,58 €	377,57 €	255,43 €	356,58 €	264,41 €	345,34 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		80 %	69 %	69 %	67 %	68 %	64 %
- Beitragsrückerstattung mind. ... Monatsbeiträge im 1. Jahr		2	3	1	1	0 	1
						Hinweis: Die Beitragsrückerstattung (BRE) beträgt zzt. 200 EUR für ein leistungsfreies Kalenderjahr, 300 EUR nach 2 Jahren, 400 EUR nach 3 Jahren, 500 EUR nach 4 Jahren (Jugendliche hälftig). Maximal werden 50% des Jahresbeitrages zurückerstattet. Die im Rahmen des Programms für Vorsorgeuntersuchungen durchgeführte Vorsorgeuntersuchungen (freiwillige Leistungen des Versicherers; Art und Umfang der Leistungen werden jedes Jahr neu festgelegt) sind BRE-unschädlich.	
- Wartezeiten - genereller Verzicht bei Neuabschluss							
- Kindernachversicherung - Klarstellung angeborener Geburtsschäden/Anomalien							
- Umwandlungsrecht Voll- in gleichwertige Zusatzversicherung							
- Verbesserte Kriegsklausel							
- Mindestvertragsdauer, Kündigungszeitpunkt		2	1	2	2	2	2
sonstiges							

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Arag K1200 FlexiPro PVN	Süddeutsche AM31 S3 Z6SB PPN	Hallesche PRIMO.SB 3 Z URZ JOKER.flex PVN	Universa uni-introPrivat 300 uni-ZZ PVN	HanseMercur KVS3 CLINICA CLINICU PVN	Universa uni-introPrivat 300 PVN
Monatsbeitrag:	308,58 €	377,57 €	255,43 €	356,58 €	264,41 €	345,34 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	80 %	69 %	69 %	67 %	68 %	64 %
Selbstbeteiligung						
- Selbstbehalt pro Jahr für Erwachsene?	✔ Die Selbstbeteiligung ist auf 1.200 EUR pro Kalenderjahr begrenzt.	⚠ Die Selbstbeteiligung beträgt 30% und ist auf 960 EUR pro Kalenderjahr begrenzt. Im Kalenderjahr des Versicherungsbeginns reduziert sich die Selbstbeteiligung für jeden nicht versicherten Monat um 1/12. Das gilt auch, wenn die Versicherung nach diesem Tarif im Laufe eines Kalenderjahres endet. Diese Regelung gilt außerdem, wenn sich die Selbstbeteiligung ändert. Hinweis: Die Selbstbeteiligung gilt nicht für lebenserhaltende Hilfsmittel.	✔ Die Selbstbeteiligung ist auf 1.200,- € pro Kalenderjahr begrenzt.	✔ Die Selbstbeteiligung ist auf 300 EUR pro Kalenderjahr begrenzt.	✔ Die Selbstbeteiligung ist auf 1.000,- € pro Kalenderjahr begrenzt.	✔ Die Selbstbeteiligung ist auf 300 EUR pro Kalenderjahr begrenzt.
- Selbstbehalt bei 2.500 € ambulanten Kosten (Arztbesuche, Medikamente, Heil-/Hilfsmittel) pro Jahr für Erwachsene?	✔ Der Eigenanteil (bei Einhaltung des Primär-/Hausarztprinzips) beträgt im Beispiel pro Kalenderjahr: 1.500 EUR *Erstattet werden: - 10 Arztbesuche je 100 EUR = 1.000 EUR – 100% Erstattung /J. 1.000 EUR SB = 0 EUR - 10 Medikamente je 50 EUR = 500 EUR – 80% Erstattung /J. 200 EUR SB = 200 EUR - 1 Hilfsmittel zu 800 EUR = 800 EUR – 80% Erstattung = 640 EUR - 10 Hilfsmittel je 20 EUR = 200 EUR – 80% Erstattung = 160 EUR Die danach für dasselbe Kalenderjahr max. noch verbleibende Selbstbeteiligung für Medikamente, Hilfsmittel, Heilmittel beträgt insgesamt 200 EUR.	✔ Der Eigenanteil beträgt im Beispiel pro Kalenderjahr: 750 EUR - 10 Arztbesuche je 100 EUR = 1.000 EUR – 70% Erstattung = 700 EUR - 10 Medikamente je 50 EUR = 500 EUR – 70% Erstattung = 350 EUR - 1 Hilfsmittel zu 800 EUR = 800 EUR – 70% Erstattung = 560 EUR - 10 Hilfsmittel je 20 EUR = 200 EUR – 70% Erstattung = 140 EUR Die danach für dasselbe Kalenderjahr max. noch verbleibende Selbstbeteiligung für Arztbesuche, Medikamente, Hilfsmittel, Heilmittel beträgt insgesamt 210 EUR.	✔ Der Eigenanteil (bei Einhaltung des Primär-/Hausarztprinzips) beträgt im Beispiel pro Kalenderjahr: 1.455 EUR - 10 Arztbesuche je 100 EUR = 1.000 EUR – 100% Erstattung /J. 1.000 EUR SB = 0 EUR - 10 Medikamente je 50 EUR = 500 EUR – 75% Erstattung /J. 200 EUR SB = 175 EUR - 1 Hilfsmittel zu 800 EUR = 800 EUR – 90% Erstattung = 720 EUR* - 10 Hilfsmittel je 20 EUR = 200 EUR – 75% Erstattung = 150 EUR Die danach für dasselbe Kalenderjahr max. noch verbleibende Selbstbeteiligung für Medikamente, Hilfsmittel, Heilmittel beträgt insgesamt 3.545 EUR (Medikamente: 375 EUR, Hilfsmittel: 2.420 EUR, Heilmittel: unbegrenzt). Die Summe aller Selbstbehalte für ambulante und stationäre Leistungen ist nach § 193 Abs. 3 VVG auf 5.000 EUR begrenzt. * bei Einschaltung VR	✔ Der Eigenanteil (bei Einhaltung des Primär-/Hausarztprinzips) beträgt im Beispiel pro Kalenderjahr: 675 EUR - 10 Arztbesuche je 100 EUR = 1.000 EUR – 100% Erstattung /J. 300 EUR SB = 700 EUR - 10 Medikamente je 50 EUR = 500 EUR – 75% Erstattung = 375 EUR - 1 Hilfsmittel zu 800 EUR = 800 EUR – 75% Erstattung = 600 EUR - 10 Hilfsmittel je 20 EUR = 200 EUR – 75% Erstattung = 150 EUR Die danach für dasselbe Kalenderjahr max. noch verbleibende Selbstbeteiligung für Medikamente, Hilfsmittel, Heilmittel beträgt insgesamt 4.325 EUR (Medikamente: 500 EUR, Heilmittel und "kleinere" Hilfsmittel: unbegrenzt (bei "größeren" Hilfsmitteln max. 1.000 SB)). Die Summe aller Selbstbehalte für ambulante und stationäre Leistungen ist nach § 193 Abs. 3 VVG auf 5.000 EUR begrenzt.	✔ Der Eigenanteil (bei Einhaltung des Primär-/Hausarztprinzips) beträgt im Beispiel pro Kalenderjahr: 1.020 EUR - 10 Arztbesuche je 100 EUR = 1.000 EUR – 100% Erstattung /J. 1.000 EUR SB = 0 EUR - 10 Medikamente je 50 EUR = 500 EUR – 100% Erstattung = 500 EUR - 1 Hilfsmittel zu 800 EUR = 800 EUR – 100% Erstattung = 800 EUR - 10 Hilfsmittel je 20 EUR = 200 EUR – 90% Erstattung = 180 EUR Die danach für dasselbe Kalenderjahr max. noch verbleibende Selbstbeteiligung für Heilmittel beträgt 3.980 EUR. Die Summe aller Selbstbehalte für ambulante und stationäre Leistungen ist nach § 193 Abs. 3 VVG auf 5.000 EUR begrenzt.	✔ Der Eigenanteil (bei Einhaltung des Primär-/Hausarztprinzips) beträgt im Beispiel pro Kalenderjahr: 675 EUR - 10 Arztbesuche je 100 EUR = 1.000 EUR – 100% Erstattung /J. 300 EUR SB = 700 EUR - 10 Medikamente je 50 EUR = 500 EUR – 75% Erstattung = 375 EUR - 1 Hilfsmittel zu 800 EUR = 800 EUR – 75% Erstattung = 600 EUR - 10 Hilfsmittel je 20 EUR = 200 EUR – 75% Erstattung = 150 EUR Die danach für dasselbe Kalenderjahr max. noch verbleibende Selbstbeteiligung für Medikamente, Hilfsmittel, Heilmittel beträgt insgesamt 4.325 EUR (Medikamente: 500 EUR, Heilmittel und "kleinere" Hilfsmittel: unbegrenzt (bei "größeren" Hilfsmitteln max. 1.000 SB)). Die Summe aller Selbstbehalte für ambulante und stationäre Leistungen ist nach § 193 Abs. 3 VVG auf 5.000 EUR begrenzt.
- Selbstbehalt nur ambulant?	Die Selbstbeteiligung gilt über alle Bereiche (ambulant, stationär, Zahn).	✔ Die Selbstbeteiligung gilt nur für den ambulanten Bereich.	Die Selbstbeteiligung gilt über alle Bereiche (ambulant, stationär, Zahn).	Die Selbstbeteiligung gilt über alle Bereiche (ambulant, stationär, Zahn).	Keine Leistung vorhanden. ⚠ Hinweis: Die Selbstbeteiligung gilt für den ambulanten und zahnärztlichen Bereich.	Die Selbstbeteiligung gilt über alle Bereiche (ambulant, stationär, Zahn).
- prozentualer Selbstbehalt?	Nein, die Selbstbeteiligung wird nicht prozentual angerechnet. Es erfolgt nur eine Erstattung für Rechnungsbeträge oberhalb der Selbstbeteiligung.	✔ Ja, die Selbstbeteiligung wird prozentual angerechnet. Es erfolgt somit eine anteilige Erstattung für Rechnungsbeträge bis zum Erreichen der maximalen Eigenbeteiligung.	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 eine Erstattung für Rechnungsbeträge oberhalb der Selbstbeteiligung.	Nein, die Selbstbeteiligung wird nicht prozentual angerechnet. Es erfolgt nur eine Erstattung für Rechnungsbeträge oberhalb der Selbstbeteiligung.
- Selbstbehalt für Kinder reduziert?	✔ Die Selbstbeteiligung für Kinder und Jugendliche beträgt 600 EUR pro Kalenderjahr. Ab dem Kalenderjahr, in dem die versicherte Person das 21. Lebensjahr vollendet, gilt die Selbstbeteiligung für Erwachsene.	✔ Für Kinder gilt bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 15. Lebensjahr vollendet wird, die hälftige Selbstbeteiligung.	Für Kinder gilt dieselbe Selbstbeteiligung wie für Erwachsene.	Für Kinder gilt die gleich Selbstbeteiligung wie für Erwachsene.	✔ Für Kinder/Jugendliche bis 19 Jahre fällt keine Selbstbeteiligung an.	Für Kinder gilt die gleich Selbstbeteiligung wie für Erwachsene.
- Vorsorgeuntersuchungen ohne Anrechnung auf den Selbstbehalt?	✔ Die Selbstbeteiligung entfällt für die im Verzeichnis für Vorsorgeuntersuchungen (und im Verzeichnis für Schutzimpfungen) des Tarifs K aufgeführten Maßnahmen (gilt nicht für Aufwendungen für weitere Diagnostik bzw. Behandlung, deren Bedarf sich im Rahmen einer solchen Untersuchung ergibt).	❌ Vorsorgeuntersuchungen werden auf die Selbstbeteiligung angerechnet.	❌ Vorsorgeuntersuchungen werden auf die Selbstbeteiligung angerechnet.	❌ Vorsorgeuntersuchungen werden auf die Selbstbeteiligung angerechnet.	❌ Vorsorgeuntersuchungen werden auf die Selbstbeteiligung angerechnet. ⚠ Hinweis: Die im Rahmen des Programms für Vorsorgeuntersuchungen durchgeführte Vorsorgeuntersuchungen (freiwillige Leistungen des Versicherers; Art und Umfang der Leistungen werden jedes Jahr neu festgelegt) werden nicht auf den Selbstbehalt angerechnet.	❌ Vorsorgeuntersuchungen werden auf die Selbstbeteiligung angerechnet.

Leistungsvergleich Ambulant

	Arag K1200 FlexiPro PVN	Süddeutsche AM31 S3 Z6SB PPN	Hallesche PRIMO.SB 3 Z URZ JOKER.flex PVN	Universa uni-introPrivat 300 uni-ZZ PVN	HanseMercur KVS3 CLINICA CLINICU PVN	Universa uni-introPrivat 300 PVN
Monatsbeitrag:	308,58 €	377,57 €	255,43 €	356,58 €	264,41 €	345,34 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	80 %	69 %	69 %	67 %	68 %	64 %
Haus-/Primärarztprinzip						
- volle Erstattung auch bei direkter Facharztkonsultation?	 Die Erstbehandlung muss durch einen der folgenden Ärzte (Primärärzte) nachgewiesen werden: - Hausarzt (Arzt für Allgemeinmedizin/praktischer Arzt) - Internist mit hausärztlicher Versorgung - Facharzt für Kinderheilkunde - Facharzt für Gynäkologie - Facharzt für Augenheilkunde - Not- oder Bereitschaftsarzt. Die Weiterbehandlung durch einen anderen Arzt muss vom Hausarzt, einem Internist mit hausärztlicher Versorgung oder einemm Facharzt für Kinderheilkunde veranlasst und formlos bestätigt werden. Diese Bestätigung ist dem Erstattungsantrag beizufügen. Hinweis: Hausarztprinzip vorhanden: Der Hausarzt ist dem Versicherer bei der ersten Inanspruchnahme von Leistungen zu benennen. Auch ein Wechsel des Hausarztes ist anzuzeigen.	 Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	 Die Erstbehandlung muss durch einen - Hausarzt (Arzt für Allgemeinmedizin oder praktischer Arzt), - Augenarzt, - Gynäkologen, - Kinderarzt ohne Schwerpunktbezeichnung, - Notarzt oder - Bereitschaftsarzt durchgeführt werden. Ausnahmsweise kann auch - mit Zustimmung des Versicherers - ein Internist ohne Schwerpunktbezeichnung als Hausarzt gewählt werden. Weiterbehandlungen durch andere Ärzte müssen vom Hausarzt veranlasst und formlos bestätigt werden. Hinweis: Hausarztprinzip vorhanden: Der Hausarzt ist bei der ersten Inanspruchnahme von Leistungen aus diesem Tarif – oder bei Wechsel des Hausarztes – dem Versicherer namentlich zu benennen.	 Die Heilbehandlung muss durch einen Primärarzt erfolgen oder durch einen nicht als Primärarzt geltenden Facharzt, wenn der Primärarzt dies zuvor veranlasst hat (Überweisung (muss zusammen mit der Facharztrechnung vorgelegt werden)). Als Primärarzt gelten ausschließlich: - Hausarzt (Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin bzw. Facharzt für Allgemeinmedizin bzw. praktischer Arzt – jeweils ohne weitere Facharztbezeichnung), - Augenarzt, - Frauenarzt, - Kinderarzt ohne Schwerpunktbezeichnung, - Notarzt oder - Bereitschaftsarzt. Im besonders begründeten Ausnahmefall kann durch eine schriftliche Vereinbarung mit dem Versicherer abweichend ein hausärztlich tätiger Internist ohne Schwerpunktbezeichnung als Hausarzt festgelegt werden. Hinweis: Hausarztprinzip vorhanden: Der Hausarzt ist dem Versicherer spätestens bei der ersten Inanspruchnahme von Leistungen aus diesem Tarif sowie vor einem Wechsel des Hausarztes mit Name und Adresse schriftlich zu benennen.	 Nein. Primärarztprinzip vorhanden. Die Erstbehandlung muss durch einen - Facharzt für Allgemeinmedizin / praktischen Arzt - Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, der an der hausärztlichen Versorgung teilnimmt, - Facharzt für Frauenheilkunde, - Facharzt für Augenheilkunde oder - Facharzt für Kinderheilkunde durchgeführt und durch die Erstbehandlungsrechnung nachgewiesen werden. Ambulante Operationen, ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen und von der STIKO empfohlene Schutzimpfungen zählen als Primärarztbehandlung.	 Die Heilbehandlung muss durch einen Primärarzt erfolgen oder durch einen nicht als Primärarzt geltenden Facharzt, wenn der Primärarzt dies zuvor veranlasst hat (Überweisung (muss zusammen mit der Facharztrechnung vorgelegt werden)). Als Primärarzt gelten ausschließlich: - Hausarzt (Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin bzw. Facharzt für Allgemeinmedizin bzw. praktischer Arzt – jeweils ohne weitere Facharztbezeichnung), - Augenarzt, - Frauenarzt, - Kinderarzt ohne Schwerpunktbezeichnung, - Notarzt oder - Bereitschaftsarzt. Im besonders begründeten Ausnahmefall kann durch eine schriftliche Vereinbarung mit dem Versicherer abweichend ein hausärztlich tätiger Internist ohne Schwerpunktbezeichnung als Hausarzt festgelegt werden. Hinweis: Hausarztprinzip vorhanden: Der Hausarzt ist dem Versicherer spätestens bei der ersten Inanspruchnahme von Leistungen aus diesem Tarif sowie vor einem Wechsel des Hausarztes mit Name und Adresse schriftlich zu benennen.
- werden die Kosten von Folgebehandlungen zu 100% erstattet, wenn eine nachträgliche Überweisung durch den Haus-/Primärarzt vorgelegt wird?	 Ja. Die Einschränkung (Reduzierung Erstattungssatz auf 80%) gilt nur für die bisherigen Behandlungen. Stellt der Hausarzt, Internist mit hausärztlicher Versorgung oder Facharzt für Kinderheilkunde zu einem späteren Zeitpunkt eine Überweisung aus, so gilt der verminderte Prozentsatz für danach durchgeführte Facharztbesuche nicht mehr, und zwar auch dann, wenn die Behandlung wegen derselben Erkrankung erfolgt.	 Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	 Ja. Veranlasst der Hausarzt nach der (Erst-) Behandlung eine Weiterbehandlung durch den Facharzt und bestätigt dies formlos, wird ab diesem Zeitpunkt eine Erstattung der Folgebehandlungen zu 100% vorgenommen; die Bestätigung ist dem Erstattungsantrag beizufügen.	 Die uniVersa Krankenversicherung a. G. hat am 05.10.2016 folgende verbindliche Erklärung zum Thema „nachträgliche Heilung für Folgebehandlungen im Rahmen des Hausarzt-/Primärarztprinzips“ (gültig für die Tarife: uni-intro/Privat, uni-intro/Privat-Spezial, uni-VE 900 K) abgegeben: Hiermit erklären wir verbindlich, dass eine nachträgliche Heilung für Folgebehandlungen möglich ist. Erfolgt die Erstbehandlung direkt durch den Facharzt ohne Überweisung durch einen Primärarzt so kommt der reduzierte Erstattungsprozentsatz zum Tragen (75 % für uni-intro/Privat bzw. uni-intro/Privat-Spezial und 80 % für uni-VE 900 K). Eine nachträgliche Überweisung für die Erstbehandlung können wir nicht anerkennen. Wird jedoch eine eventuelle Folgebehandlung durch einen Primärarzt durchgeführt bzw. durch einen Facharzt mit Überweisung durch den Primärarzt, werden die Kosten für die Folgebehandlung mit 100 % erstattet.	 Nein. Wurde die Erstbehandlung nicht durch einen Primärarzt durchgeführt und nachgewiesen, werden auch alle Folgebehandlungen mit dem reduzierten Satz erstattet.	 Die uniVersa Krankenversicherung a. G. hat am 05.10.2016 folgende verbindliche Erklärung zum Thema „nachträgliche Heilung für Folgebehandlungen im Rahmen des Hausarzt-/Primärarztprinzips“ (gültig für die Tarife: uni-intro/Privat, uni-intro/Privat-Spezial, uni-VE 900 K) abgegeben: Hiermit erklären wir verbindlich, dass eine nachträgliche Heilung für Folgebehandlungen möglich ist. Erfolgt die Erstbehandlung direkt durch den Facharzt ohne Überweisung durch einen Primärarzt so kommt der reduzierte Erstattungsprozentsatz zum Tragen (75 % für uni-intro/Privat bzw. uni-intro/Privat-Spezial und 80 % für uni-VE 900 K). Eine nachträgliche Überweisung für die Erstbehandlung können wir nicht anerkennen. Wird jedoch eine eventuelle Folgebehandlung durch einen Primärarzt durchgeführt bzw. durch einen Facharzt mit Überweisung durch den Primärarzt, werden die Kosten für die Folgebehandlung mit 100 % erstattet.
- Verzicht auf eine Frist (z.B. 6 Monate), nach der erneut die Überweisung durch einen Haus-/Primärarzt erfolgen muss?	 Ja. Die Überweisung gilt, bis nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit beim Facharzt wegen der entsprechenden Diagnose nicht mehr besteht.	 Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	 Ja, es besteht keine zeitliche Befristung, nach deren Ablauf eine erneute Überweisung durch den Hausarzt erforderlich ist.	 Ja, es besteht keine zeitliche Befristung, nach deren Ablauf eine erneute Überweisung durch den Primärarzt erforderlich ist.	 Ja. Es besteht keine zeitliche Befristung, nach deren Ablauf eine erneute Behandlung (oder eine Überweisung) durch den Primärarzt erforderlich ist.	 Ja, es besteht keine zeitliche Befristung, nach deren Ablauf eine erneute Überweisung durch den Primärarzt erforderlich ist.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Arag K1200 FlexiPro PVN	Süddeutsche AM31 S3 Z6SB PPN	Hallesche PRIMO.SB 3 Z URZ JOKER.flex PVN	Universa uni-introPrivat 300 uni-ZZ PVN	HanseMercur KVS3 CLINICA CLINICU PVN	Universa uni-introPrivat 300 PVN
Monatsbeitrag:	308,58 €	377,57 €	255,43 €	356,58 €	264,41 €	345,34 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	80 %	69 %	69 %	67 %	68 %	64 %
- Verzicht bei akuter Erkrankung im Ausland auf die Einhaltung des Haus-/Primärarztprinzips?	Während einer Auslandsreise (z. B. Urlaubs- oder Geschäftsreise) gilt das Hausarztprinzip nicht. Hinweis: Wenn die versicherte Person im grenznahen Gebiet wohnt und einen Arzt im Nachbarland aufsucht (oder bei einer geplanten Behandlung im Ausland) kommt das Hausarztprinzip zur Anwendung.	Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	Nein, bei akuter Erkrankung im Ausland gilt das Hausarztprinzip wie in Deutschland. Hinweis: Sofern die versicherte Person sich mehr als 100 km von ihrem Wohnsitz entfernt aufhält, gilt jeder Arzt für Allgemeinmedizin oder jeder praktische Arzt auch ohne vorherige namentliche Nennung an den Versicherer als Hausarzt im Sinne dieses Tarifs.	Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Im Ausland gilt das Hausarztprinzip nicht, die Vergütung ärztlicher Heilbehandlungen außerhalb der BRD ist jedoch generell auf 75% der erstattungsfähigen Aufwendungen begrenzt.	Nein, bei akuter Erkrankung im Ausland gilt das Primärarztprinzip wie in Deutschland.	Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Im Ausland gilt das Hausarztprinzip nicht, die Vergütung ärztlicher Heilbehandlungen außerhalb der BRD ist jedoch generell auf 75% der erstattungsfähigen Aufwendungen begrenzt.
- Verzicht bei Not- und Bereitschaftsärzten auf die Einhaltung des Haus-/Primärarztprinzips?	Ja, das Hausarztprinzip gilt nicht bei Behandlungen durch Not- und Bereitschaftsärzte im Rahmen eines Not- oder Bereitschaftsdienstes (muss aus Rechnung ersichtlich sein).	Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	Ja, das Hausarztprinzip gilt nicht bei Behandlungen durch Not- und Bereitschaftsärzte im Rahmen eines Not- oder Bereitschaftsdienstes (muss aus Rechnung ersichtlich sein).	Ja, das Hausarztprinzip gilt nicht bei Behandlungen durch Not- und Bereitschaftsärzte im Rahmen eines Not- oder Bereitschaftsdienstes (muss aus Rechnung ersichtlich sein).	Behandlungen durch Bereitschaftsärzte (außer im Notfall) sind bedingungsgemäß nicht vom Primärarztprinzip ausgenommen. Hinweis: Für die Erstversorgung, wenn in einem akuten Notfall kein Primärarzt zu erreichen ist, gilt das Primärarztprinzip nicht.	Ja, das Hausarztprinzip gilt nicht bei Behandlungen durch Not- und Bereitschaftsärzte im Rahmen eines Not- oder Bereitschaftsdienstes (muss aus Rechnung ersichtlich sein).
- Begrenzung des Eigenanteiles, der bei Verletzung des Haus-/Primärarztprinzips zusätzlich entsteht?	Nein, es besteht keine zeitliche oder summenmäßige Begrenzung des Eigenanteiles, sofern die versicherte Person das Hausarztprinzip nicht eingehalten hat. Nach VVG ist der Eigenanteil jedoch auf 5.000 EUR p.a. maximiert.	Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	Nein, es besteht keine zeitliche oder summenmäßige Begrenzung des Eigenanteiles, sofern die versicherte Person das Hausarztprinzip nicht eingehalten hat. Nach VVG ist der Eigenanteil jedoch auf 5.000 EUR p.a. maximiert.	Nein, es besteht keine zeitliche oder summenmäßige Begrenzung des Eigenanteiles, sofern die versicherte Person das Hausarztprinzip nicht eingehalten hat. Nach VVG ist der Eigenanteil jedoch auf 5.000 EUR p.a. maximiert.	Nein, es besteht keine zeitliche oder summenmäßige Begrenzung des Eigenanteiles, sofern die versicherte Person das Primärarztprinzip nicht eingehalten hat. Nach VVG ist der Eigenanteil jedoch auf 5.000 EUR p.a. maximiert.	Nein, es besteht keine zeitliche oder summenmäßige Begrenzung des Eigenanteiles, sofern die versicherte Person das Hausarztprinzip nicht eingehalten hat. Nach VVG ist der Eigenanteil jedoch auf 5.000 EUR p.a. maximiert.
- Höhe der Erstattung, wenn das Haus-/Primärarztprinzip verletzt wurde	Bei Nichteinhaltung des Hausarztprinzips reduziert sich die Erstattung auf 80%.	Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	Bei Nichteinhaltung des Hausarztprinzips reduziert sich die Erstattung auf 75%.	Bei Nichteinhaltung des Hausarztprinzips reduziert sich die Erstattung auf 75%.	Bei Nichteinhaltung des Primärarztprinzips reduziert sich die Erstattung auf 80%.	Bei Nichteinhaltung des Hausarztprinzips reduziert sich die Erstattung auf 75%.
Gebührenordnung ambulant						
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOÄ?	Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) begrenzt.	Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.	Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) begrenzt.	Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.	Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.	Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.
- Erstattung über die Höchstsätze der GOÄ hinaus?	Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.	Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.	Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.	Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.	Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.	Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt?	Ja, es wird nicht auf deutsches Gebührenrecht abgestellt, wenn das Honorar dem im jeweiligen Aufenthaltsland üblichen Preis entspricht (als üblich gilt im Zweifel der Preis, der am betreffenden Ort für gleiche oder ähnliche Leistungen verlangt wird), s. "Erläuterungen zum Versicherungsschutz Unisex", Punkt 13 (Bestandteil der Bedingungen).	Nein. Bei vorübergehenden Aufenthalten außerhalb Deutschlands sind die Kosten für ärztliche Abrechnungen (Liquidationen) - auch für Entbindungen - versichert, die der geltenden Gebührenordnung für den jeweiligen Behandelnden und/oder den sonstigen Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung entsprechen - max. bis zu dem Betrag, der bei einer Behandlung in Deutschland angefallen wäre; für ärztliche ambulante Behandlung max. bis zum 3,5-fachen GOÄ-Satz. Eine in der ärztlichen Abrechnung enthaltene, der deutschen Umsatzsteuer vergleichbare Steuer wird erstattet.	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).	Nein. Leistungen von Heilbehandlern im Ausland sind nur dann ohne Begrenzung auf die GOÄ erstattungsfähig, sofern der Versicherungsfall akut und unvorhersehbar eingetreten ist und der höhere Rechnungsbetrag in den ortsüblichen Abrechnungsbedingungen und -höhen der Heilbehandler vor Ort begründet liegt.	Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ.	Nein. Leistungen von Heilbehandlern im Ausland sind nur dann ohne Begrenzung auf die GOÄ erstattungsfähig, sofern der Versicherungsfall akut und unvorhersehbar eingetreten ist und der höhere Rechnungsbetrag in den ortsüblichen Abrechnungsbedingungen und -höhen der Heilbehandler vor Ort begründet liegt.
Heilpraktiker						
- Heilpraktiker	Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	Heilpraktikerleistungen sind nicht erstattungsfähig.	Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig. Hinweis: Psychotherapeutische Behandlungen sind nicht erstattungsfähig.	Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig. Hinweis: Psychotherapeutische Behandlungen sind nicht erstattungsfähig.
- Erstattung für Behandlungen durch Heilpraktiker in %?	Leistungen des Heilpraktikers inkl. der von ihm verordneten Arznei-, Heil- und Verbandmittel und in Auftrag gegebenen Laboruntersuchungen werden zu 80% erstattet.	Keine Leistung vorhanden.	Heilpraktikerleistungen sind zu 75% erstattungsfähig.	Heilpraktikerleistungen sind zu 75% erstattungsfähig.	Heilpraktikerleistungen werden zu 80% erstattet.	Heilpraktikerleistungen sind zu 75% erstattungsfähig.
- Höchsterstattung pro Jahr in €?	Heilpraktikerleistungen werden bis max. 500 EUR p.a. erstattet.	Keine Leistung vorhanden.	Heilpraktikerleistungen sind zu 75% bis max. 1.000,- € Rechnungsbetrag p.a. erstattungsfähig.	Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.	Heilpraktikerleistungen werden bis max. 800 EUR p.a. erstattet. Hinweis: Die Erstattung ist im 1. Versicherungsjahr auf 80 EUR und im 2. Versicherungsjahr auf 160 EUR begrenzt.	Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Arag K1200 FlexiPro PVN	Süddeutsche AM31 S3 Z6SB PPN	Hallesche PRIMO.SB 3 Z URZ JOKER.flex PVN	Universa uni-introPrivat 300 uni-ZZ PVN	HanseMerkur KVS3 CLINICA CLINICU PVN	Universa uni-introPrivat 300 PVN
Monatsbeitrag:	308,58 €	377,57 €	255,43 €	356,58 €	264,41 €	345,34 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	80 %	69 %	69 %	67 %	68 %	64 %
- mind. bis zum Höchstsatz Gebüh. erstattungsfähig?	Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind bis zum Mindestsatz des Gebüh erstattungsfähig.	Keine Leistung vorhanden.	Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind bis zum Höchstsatz des Gebüh. erstattungsfähig.	Die nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (Gebüh) in Rechnung gestellten Leistungen eines Heilpraktikers sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die bei einem Arzt für eine vergleichbare Verrichtung bis zum Regelhöchstsatz der GOÄ erstattungsfähig wäre.	Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind im Rahmen des Gebüh erstattungsfähig. Behandlungskosten nach dem Hufeland-Leistungsverzeichnis werden bis zu den Regelhöchstätzen der jeweils geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattet.	Die nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (Gebüh) in Rechnung gestellten Leistungen eines Heilpraktikers sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die bei einem Arzt für eine vergleichbare Verrichtung bis zum Regelhöchstsatz der GOÄ erstattungsfähig wäre.
Sind erweiterte Naturheilverfahren/ Hufelandverzeichnis (über Gebüh hinaus) erstattungsfähig?	Leistungen für alternative Heilmethoden sowie für Methoden nach Hufelandverzeichnis sind in den Vertragsbedingungen nicht genannt. 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 - auf Grundlage des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker. (Bei dem im Flyer "Naturheilkunde" aufgeführten Methoden (z. B. klinische Homöopathie, klassische Homöopathie, Pflanzenheilkunde, Akupunktur, Neuraltherapie, Enzymtherapie, Osteopathie) handelt es sich um allgemeine Informationen. Maßgebend für alle Leistungen sind neben dem Tarif die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbedingungen.)	Keine Leistung vorhanden.	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.	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.	Behandlungskosten nach dem Hufeland-Leistungsverzeichnis sind erstattungsfähig. Der Versicherer behält sich vor, darüber hinaus Erstattungen für neue, den Grundgedanken der Naturheilkunde entsprechenden Therapien vorzusehen, die über das Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen hinausgehen.	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.
Sind alternative Heilmethoden/Hufeland durch Ärzte erstattungsfähig?	Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Laut Flyer "Naturheilverfahren" sind folgende Heilmethoden bei medizinischer Notwendigkeit erstattungsfähig: klinische Homöopathie, Komplexhomöopathie, klassische Homöopathie, potenzierte arzneiliche Lösungen aus sogenannten veraschten Pflanzenextrakten, Nosoden, anthroposophische Medizin, Pflanzenheilkunde, Akupunktur, Neuraltherapie, Enzymtherapie, Osteopathie. Das Infoblatt ist NICHT Bestandteil der Vertragsbedingungen.	Ärztliche 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 naturheilkundliche Behandlungen durch Ärzte.	Versicherungsschutz besteht für folgende Naturheilverfahren durch Ärzte: Hydro- und Balneotherapie (Bäder, Güsse, Druckstrahlmassagen, Wickel, Packungen und Dämpfe), Kälte- und Wärmertherapie, Bewegungstherapie, Atemtherapie, Blutegelbehandlung, Schröpfen, Präparate der Phytotherapie, Chirotherapie, Präparate der Anthroposophie, Klassische Homöopathie, Akupunktur zur Schmerzbehandlung. Erstattet werden: - ärztliche Leistungen zu 100% - Heilmittel bis zu den im Heilmittelverzeichnis genannten Preisen zu 75% - Arzneimittel bis 2.000 EUR p. a. abzgl. einer Selbstbeteiligung von 25%, darüber hinaus zu 100%.	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.	Erstattet werden zu 80% die im Rahmen einer ambulanten Heilbehandlung angewandten naturheilkundlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im jeweils geltenden Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen aufgeführt sind (bis zum Regelhöchstsatz der GOÄ) sowie die in diesem Zusammenhang verordneten naturheilkundlichen Arznei-, Verband- und Heilmittel. Die erstattungsfähigen Rechnungsbeträge sind im 1. Versicherungsjahr auf 100 EUR, im 2. Versicherungsjahr auf 200 EUR und ab dem 3. Versicherungsjahr auf 1.000 EUR begrenzt (incl. Heilpraktikerleistungen). Der Versicherer behält sich vor, darüber hinaus Erstattungen für neue, den Grundgedanken der Naturheilkunde entsprechenden Therapien vorzusehen, die über das Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen hinausgehen.	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.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Arag K1200 FlexiPro PVN	Süddeutsche AM31 S3 Z6SB PPN	Hallesche PRIMO.SB 3 Z URZ JOKER.flex PVN	Universa uni-introPrivat 300 uni-ZZ PVN	HanseMercur KVS3 CLINICA CLINICU PVN	Universa uni-introPrivat 300 PVN
Monatsbeitrag:	308,58 €	377,57 €	255,43 €	356,58 €	264,41 €	345,34 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	80 %	69 %	69 %	67 %	68 %	64 %
Vorsorge						
- über gesetzl. Programme hinaus?	Vorsorgeuntersuchungen sind auch über gesetzlich eingeführte Programme hinaus erstattungsfähig. Die erstattungsfähigen Aufwendungen sind dem Verzeichnis für Vorsorgeuntersuchungen des Tarifs K zu entnehmen.	Ja. Versichert sind ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten und zur Schwangerschaftsvorsorge. Nicht versichert sind Kosten für private und dienstliche Zwecke (z. B. Untersuchungen zur Flugtauglichkeit). Hinweis: Erstattet werden auch die Kosten für pränatal-diagnostische Maßnahmen als erweiterte Schwangerschaftsvorsorge (z. B. Dopplersonografie, 3D/4D-Ultraschall, kardiale Echografie, Nackentransparenztest, Triple-/Quadruple-Test); jedoch keine genetischen Untersuchungen mit dem Ziel der Klärung einer erst künftig auftretenden Erkrankung oder einer gesundheitlichen Störung bei Nachkommen, ohne dass sich Symptome einer Krankheit zeigen (prädiktive Gen-Tests).	Vorsorgeuntersuchungen sind innerhalb gesetzlich eingeführter Programme, jedoch ohne Altersbegrenzung erstattungsfähig.	Erstattungsfähig sind folgende präventive Maßnahmen: - ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen), ohne Altersbegrenzung und ohne festgelegte Zeitabstände - Pränataldiagnostik bei Vorliegen von Risikofaktoren in der Schwangerschaft (- Schutzimpfungen, s. nächsten Leistungspunkt).	Vorsorgeuntersuchungen sind auch über gesetzlich eingeführte Programme hinaus erstattungsfähig, z.B. zusätzl. Kindervorsorgeuntersuchung im Alter von 8, 10, 12 und 14 Jahren; Jugendliche (Alter 15 - 19 Jahre): Eine Jugendvorsorgeuntersuchung (Vergütung analog einer Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten eines Erwachsenen). Für Erwachsene je nach Alter: erweiterte Krebsvorsorge, Lungenfunktionsprüfung, Belastungs-EKG; Blutentnahme; Blutsenkung, Blutbild, Differenzialblutbild; Blutuntersuchung.	Erstattungsfähig sind folgende präventive Maßnahmen: - ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen), ohne Altersbegrenzung und ohne festgelegte Zeitabstände - Pränataldiagnostik bei Vorliegen von Risikofaktoren in der Schwangerschaft (- Schutzimpfungen, s. nächsten Leistungspunkt).
- Schutzimpfungen?	Schutzimpfungen mit Ausnahme von Schutzimpfungen als Prophylaxe für Auslandsreisen sind erstattungsfähig.	Erstattet werden Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission am Robert-Koch-Institut (STIKO) empfiehlt sowie darüber hinaus: - die Gripeschutzimpfung, - die Zeckenschutzimpfung (FSME), - die Malaria-Prophylaxe, - Impfungen für berufsbedingte Aufenthalte im Ausland sowie Reiseimpfungen.	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.	Erstattet werden Schutzimpfungen (einschl. Impfstoff) nach dem jeweils aktuellen Impfkalender (Standardimpfungen) der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene. Schutzimpfungen anlässlich einer Reise, auf Grund von Freizeittätigkeiten oder aus beruflichen Gründen sind nicht erstattungsfähig.	Als Versicherungsfall gelten auch Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) der Bundesrepublik Deutschland nach dem neuesten Stand allein in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht - unabhängig von Beruf, Reisen und Freizeittätigkeiten - für alle empfohlen werden.	Erstattet werden Schutzimpfungen (einschl. Impfstoff) nach dem jeweils aktuellen Impfkalender (Standardimpfungen) der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene. Schutzimpfungen anlässlich einer Reise, auf Grund von Freizeittätigkeiten oder aus beruflichen Gründen sind nicht erstattungsfähig.
Heilmittel						
- Heilmittel-Definition	Als Heilmittel gelten z. B. Inhalationen, Krankengymnastik, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie und andere physikalische Behandlung sowie Logopädie und Ergotherapie. Bei Diabetes mellitus Typ 2 mit diabetischer Angiopathie und/oder Neuropathie sind die Aufwendungen für medizinische Fußpflege (Nagel- und Hornhautbehandlung) im Abstand von mindestens drei Wochen erstattungsfähig, wenn die Behandlung durch einen auf Basis des Podologengesetzes tätigen Therapeuten durchgeführt wird.	Versichert sind z. B. Hydrotherapie, Massagen, Kälte- und Wärmetherapie, Inhalationen, mechanische Behandlung, Lichttherapie, Bestrahlungen und andere Anwendungen des elektrischen Stromes, Atmungsbehandlung, logopädische Behandlung einschließlich Stimmbildungen, Schwangerschaftsgymnastik, Geburtsvorbereitungskurse sowie Rückbildungs- und Wochenbettgymnastik, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Beschäftigungstherapie (Ergotherapie), osteopathische Behandlung, medizinische Fußpflege (Podologie), Therapeutisches Reiten (Hippotherapie), Bewegungstherapie (Heileurythmie). Bei medizinischer Notwendigkeit werden auch die Kosten für einen Hausbesuch ersetzt.	Es besteht Versicherungsschutz für folgende Heilmittel: Inhalationen, Krankengymnastik/ Bewegungsübungen, Massagen, physiotherapeutische Palliativversorgung (soweit sie nicht bereits von der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung umfasst ist), Packungen/ Hydrotherapie/Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie, Logopädie, Beschäftigungstherapie (Ergotherapie), Podologie, Ernährungstherapie (wenn sie in Folge einer Erkrankung medizinisch notwendig ist; durch Diätassistenten, Oecotrophologen, Ernährungswissenschaftler), Geburtsvorbereitung / Schwangerschaftsgymnastik sowie Rückbildungsgymnastik. Nach vorheriger schriftlicher Zusage besteht darüber hinaus Versicherungsschutz für Rehabilitationssport / Funktionstraining in Gruppen durch hierfür anerkannte Leistungserbringer.	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.	Als Heilmittel gelten: Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen, Ergotherapie, Logopädie, Schwangerschaftsgymnastik, Massagen sowie medizinische Bäder jeder Art sowie alle anderen in den Bundesbeihilfevorschriften als beihilfefähig anerkannten Heilmittel.	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.
- Erstattung von Heilmitteln in %?	Erstattungsfähige Heilmittel werden bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.500 EUR zu 80% erstattet, darüber hinaus zu 100%.	Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 100% erstattet.	Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 75% erstattet.	Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 75% erstattet.	Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 90% erstattet.	Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 75% erstattet.
- Selbstbeteiligung bei Heilmitteln p.a. €?	Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Der Eigenanteil für Heilmittel (und Arznei-, Verband- und Hilfsmittel (ohne Sehhilfen)) ist auf insgesamt 500 EUR p.a. begrenzt.	Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	Der Selbstbehalt ist nicht in der Höhe begrenzt.	Der Selbstbehalt ist nicht in der Höhe begrenzt.	Der Selbstbehalt ist nicht in der Höhe begrenzt.	Der Selbstbehalt ist nicht in der Höhe begrenzt.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Arag K1200 FlexiPro PVN	Süddeutsche AM31 S3 Z6SB PPN	Hallesche PRIMO.SB 3 Z URZ JOKER.flex PVN	Universa uni-introPrivat 300 uni-ZZ PVN	HanseMercur KVS3 CLINICA CLINICU PVN	Universa uni-introPrivat 300 PVN
Monatsbeitrag:	308,58 €	377,57 €	255,43 €	356,58 €	264,41 €	345,34 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	80 %	69 %	69 %	67 %	68 %	64 %
- Verzicht auf unübliche Beschränkungen (z.B. max. 10 Behandlungen pro Jahr etc.)?	✔ Keine unüblichen Beschränkungen.	✔ Keine unüblichen Beschränkungen.	✔ Keine unüblichen Beschränkungen.	✔ Keine unüblichen Beschränkungen.	✔ Keine unüblichen Beschränkungen.	✔ Keine unüblichen Beschränkungen.
- Verzicht der Tarif auf ein Preis-/Leistungsverzeichnis, eine Begrenzung auf Beihilfesätze, "ortsübliche" oder "angemessene" Preise o. ä.?	Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	Erstattet werden die tatsächlich entstandenen Kosten, wenn diese für Deutschland üblich sind.	Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	✔ 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 bedingungs-gemäße Begrenzung im Umkehrschluss bedeutet, dass diese Versicherer Preise in jeglicher Höhe akzeptieren.	Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden (da angelehnt an Bundesbeihilfe).	✔ 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 bedingungs-gemäße Begrenzung im Umkehrschluss bedeutet, dass diese Versicherer Preise in jeglicher Höhe akzeptieren.
- Logopädie	✔ Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig.	✔ Logopädische Behandlungen einschließlich Stimmbildungen 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.	✔ Beschäftigungstherapie (Ergotherapie) ist 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.
Hilfsmittel						
Hilfsmittel	✔ Hilfsmittel (ausgenommen Sehhilfen) sind erstattungsfähig, wenn sie aus medizinischer Sicht notwendig sind, um eine körperliche Behinderung zu mildern, zu heilen oder auszugleichen.	✔ Versichert sind ärztlich verordnete Hilfsmittel, die Behinderungen und Folgen einer Krankheit oder eines Unfalls direkt mildern oder ausgleichen und den Erfolg einer Heilbehandlung sichern oder das Leben erhalten sowie Geräte für diagnostische oder therapeutische Zwecke. Neben der Erstattung von Wartungs- und Reparaturkosten werden auch Trainingsmaßnahmen der versicherten Person zum Umgang mit Hilfsmitteln ersetzt.	✔ Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Hilfsmittel (sächliche und technische Mittel sowie Körperersatzstücke) in Standardausführung (einfache Ausführung), die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen (z.B. Krankenfahrstühle, 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.	✔ Erstattungsfähig sind: - kleinere Hilfsmittel: Blutzuckermessgerät, Bruchbänder, Bandagen, Einlagen, Leibbinden, Kompressionsstrümpfe und Verbrauchsartikel im Rahmen einer Stomaversorgung - weitere (größere) Hilfsmittel (jeweils 1x p. a.) wie z. B. orthopädische Schuhe, Hörhilfe (elektronisches Hörgerät), Heimdialysegeräte bei Nierenversagen, Körperersatzstücke, Krankenfahrstühle, elektronische Sprechhilfen nach Kehlkopfoperationen, Blindenführhund, Haarsersatz (Toupetts bzw. Perücken) bei entstehenden Unfall-, Bestrahlungs- oder Operationsnarben, Gehapparate (Rollator, Deltarad, Gehgestell), Gehstützen, Stützapparate einschl. Liegeschalen, Blutgerinnungsmessgerät bei erforderlicher Dauerantikoagulation und künstlichem Herzklappenersatz, lebenserhaltende Hilfsmittel und die Miete von Überwachungsmonitoren für Säuglinge. Anstelle der Anschaffungskosten sind auch die Kosten für die Miete bzw. Instandsetzung erstattungsfähig, soweit sie nicht höher als die Anschaffungskosten sind und sich durch die Miete bzw. Instandsetzung eine Anschaffung erübrigt. Erstattungsfähig sind auch die Kosten für die Unterweisung im Gebrauch und für die Wartung von Hilfsmitteln sowie die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung, z. B. Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscher, sofern dies für die Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist.	✔ Hilfsmittel sind technische Mittel und Körperersatzstücke, die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen ausgleichen oder mildern, sowie lebenserhaltende Hilfsmittel, wenn die lebenserhaltende Funktion durch kein in den Tarifbedingungen genanntes Hilfsmittel gewährleistet werden kann. Zu den erstattungsfähigen Hilfsmitteln gehören u. a. die aus medizinischen Fachgeschäften bezogenen Bandagen und Kompressionsstrümpfe, orthopädischen Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate (bis 15.000 EUR Rechnungsbetrag je Hilfsmittel), Einlagen und Schuhszurichtungen, Blutgerinnungsmessgeräte (wie z. B. „Coagu-Chek“), Insulin- und Medikamentenpumpen, Absauggeräte, Rollatoren, Stoma- und Inkontinenzversorgungsartikel; Sauerstoffkonzentratoren, Flüssigsauerstoff, Pulsoxymeter (werden vom Versicherer zur Verfügung gestellt), Pumpen und technisches Zubehör zur Verabreichung einer künstlichen Ernährung (enterale Ernährung) sowie die entsprechenden medizinischen Nährlösungen.	✔ Erstattungsfähig sind: - kleinere Hilfsmittel: Blutzuckermessgerät, Bruchbänder, Bandagen, Einlagen, Leibbinden, Kompressionsstrümpfe und Verbrauchsartikel im Rahmen einer Stomaversorgung - weitere (größere) Hilfsmittel (jeweils 1x p. a.) wie z. B. orthopädische Schuhe, Hörhilfe (elektronisches Hörgerät), Heimdialysegeräte bei Nierenversagen, Körperersatzstücke, Krankenfahrstühle, elektronische Sprechhilfen nach Kehlkopfoperationen, Blindenführhund, Haarsersatz (Toupetts bzw. Perücken) bei entstehenden Unfall-, Bestrahlungs- oder Operationsnarben, Gehapparate (Rollator, Deltarad, Gehgestell), Gehstützen, Stützapparate einschl. Liegeschalen, Blutgerinnungsmessgerät bei erforderlicher Dauerantikoagulation und künstlichem Herzklappenersatz, lebenserhaltende Hilfsmittel und die Miete von Überwachungsmonitoren für Säuglinge. Anstelle der Anschaffungskosten sind auch die Kosten für die Miete bzw. Instandsetzung erstattungsfähig, soweit sie nicht höher als die Anschaffungskosten sind und sich durch die Miete bzw. Instandsetzung eine Anschaffung erübrigt. Erstattungsfähig sind auch die Kosten für die Unterweisung im Gebrauch und für die Wartung von Hilfsmitteln sowie die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung, z. B. Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscher, sofern dies für die Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Arag K1200 FlexiPro PVN	Süddeutsche AM31 S3 Z6SB PPN	Hallesche PRIMO.SB 3 Z URZ JOKER.flex PVN	Universa uni-introPrivat 300 uni-ZZ PVN	HanseMercur KVS3 CLINICA CLINICU PVN	Universa uni-introPrivat 300 PVN
Monatsbeitrag:	308,58 €	377,57 €	255,43 €	356,58 €	264,41 €	345,34 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	80 %	69 %	69 %	67 %	68 %	64 %
- Erstattung von Hilfsmitteln in %?	Erstattungsfähige Hilfsmittel werden bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.500 EUR zu 80% erstattet, darüber hinaus zu 100%.	Erstattungsfähige Hilfsmittel werden zu 100% erstattet.	Erstattungsfähige Hilfsmittel werden zu 75% erstattet. Hinweis: Hilfsmittel, die bei Eigenbezug mehr als 350 EUR kosten würden, werden zu 90% erstattet, sofern dem Versicherer vorab die ärztliche Verordnung vorgelegt wird und er beauftragt wird, das Hilfsmittel (Leihgerät/Kauf) über seine Partner/ geeignete Sanitätshäuser auszuliefern. Dies gilt auch bei Hilfsmitteln von jeweils weniger als 350 EUR, sofern sie p. a. mehrfach bezogen werden müssen (z. B. Stoma-Artikel). Höhere Erstattung auch dann, wenn der Versicherer das Hilfsmittel nicht ausliefern lassen kann.	Hilfsmittel werden zu 75% erstattet.	Erstattungsfähige Hilfsmittel werden zu 100% erstattet.	Hilfsmittel werden zu 75% erstattet.
- Selbstbeteiligung bei Hilfsmitteln p.a. in €?	Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Der Eigenanteil für Hilfsmittel (und Arznei-, Verband- und Heilmittel, ohne Sehhilfen) ist auf insgesamt 500 EUR p.a. begrenzt (durch den Kauf von Hilfsmitteln mit einem Bezugspreis ab 1.000 EUR ohne vorherige Zusage des Versicherers kann sich die Selbstbeteiligung erhöhen, s. Punkt "keine Beschränkung der Bezugsart/Zusageerfordernis").	Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	Der Eigenanteil für Hilfsmittel ist auf 2.500 EUR p.a. begrenzt (übersteigen die erstattungsfähigen Aufwendungen p. a. 10.000 EUR, wird der übersteigende Teil zu 100% erstattet).	Bei kleineren Hilfsmitteln ist der Selbstbehalt nicht in der Höhe begrenzt. Hinweis: Bei größeren Hilfsmitteln ist der Eigenanteil auf 1.000 EUR pro Kalenderjahr begrenzt.	Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	Bei kleineren Hilfsmitteln ist der Selbstbehalt nicht in der Höhe begrenzt. Hinweis: Bei größeren Hilfsmitteln ist der Eigenanteil auf 1.000 EUR pro Kalenderjahr begrenzt.
- 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.
Wird mind. die funktionale Standardausführung erstattet?	Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Hilfsmittel sind auf funktionale Standardausführungen begrenzt. Lt. "Erläuterungen zum Versicherungsschutz Unisex", Punkt 7 (Bestandteil der Bedingungen) ist damit eine normale Ausführung eines Hilfsmittels gemeint. Der Begriff "Standard" ist mit dem Begriff "Norm" gleichzusetzen, beschreibt also das „übliche“. Ein Patient, der ein Hilfsmittel in funktionaler Standardausführung erhält, bekommt das, was für die Art der Behinderung in der überwiegenden Anzahl an Fällen ebenfalls verordnet wird.	Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die Ausführung vorhanden.	Hilfsmittel sind in Standardausführung (einfache Ausführung) erstattungsfähig.	Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die Ausführung vorhanden.	Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die Ausführung vorhanden.	Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die Ausführung vorhanden.
- Verzicht auf Beschränkungen der Bezugsart (Miete, Leihe, wer liefert)?	Hilfsmittel mit einem Bezugspreis ab 1.000 EUR bedürfen der vorherigen schriftlichen Zusage des Versicherers, ansonsten werden 80% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für die funktionale Standardausführung für die tarifliche Erstattung zugrunde gelegt.	Es ist weder eine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden, noch ist eine Zusage erforderlich. Der Versicherer unterstützt bei der Auswahl und Anschaffung eines geeigneten Hilfsmittels über seinen Hilfsmittelservice. Eine Liste der Hilfsmittel, die über den Hilfsmittelservice beschafft werden können, gibt es unter www.sdk.de .	Es ist weder eine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden, noch ist eine Zusage erforderlich. Wird der Hilfsmittelservice des Versicherers jedoch bei Hilfsmitteln, die mehr als 350 EUR kosten oder im Kalenderjahr mehrfach bezogen werden müssen, vorab eingeschaltet, erhöht sich der Erstattungssatz (s. Punkt "Erstattung in %").	Es ist weder eine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden, noch ist eine Zusage erforderlich.	Sauerstoffkonzentratoren, Flüssigsauerstoff, Beatmungsgeräte, Herz- und Atemmonitore sowie Pulsoxymeter werden vom Versicherer zur Verfügung gestellt.	Es ist weder eine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden, noch ist eine Zusage erforderlich.
- Atemmonitore (Heimgerät)?	Die Kosten für Atemmonitore sind erstattungsfähig.	Atemmonitore sind erstattungsfähig.	Atemmonitore sind erstattungsfähig.	Atemmonitore und die Miete von Überwachungsmonitoren für Säuglinge sind erstattungsfähig.	Die Kosten für Atemmonitore sind erstattungsfähig (werden vom Versicherer zur Verfügung gestellt).	Atemmonitore und die Miete von Überwachungsmonitoren für Säuglinge sind erstattungsfähig.
- Herzmonitore (Heimgerät)?	Die Kosten für Herzmonitore sind erstattungsfähig.	Herzmonitore sind erstattungsfähig.	Herzmonitore sind erstattungsfähig.	Herzmonitore und die Miete von Überwachungsmonitoren für Säuglinge sind erstattungsfähig.	Die Kosten für Herzmonitore sind erstattungsfähig (werden vom Versicherer zur Verfügung gestellt).	Herzmonitore und die Miete von Überwachungsmonitoren für Säuglinge sind erstattungsfähig.
- Beatmungsgeräte (Heimgerät)?	Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig (werden vom Versicherer zur Verfügung gestellt).	Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.
- Heimdialyse?	Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	Heimdialysegeräte bei Nierenversagen sind erstattungsfähig.	Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	Heimdialysegeräte bei Nierenversagen sind erstattungsfähig.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Arag K1200 FlexiPro PVN	Süddeutsche AM31 S3 Z6SB PPN	Hallesche PRIMO.SB 3 Z URZ JOKER.flex PVN	Universa uni-introPrivat 300 uni-ZZ PVN	HanseMercur KVS3 CLINICA CLINICU PVN	Universa uni-introPrivat 300 PVN
Monatsbeitrag:	308,58 €	377,57 €	255,43 €	356,58 €	264,41 €	345,34 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	80 %	69 %	69 %	67 %	68 %	64 %
- Krankenfahrräder ohne Summenbegrenzung?	✔ Krankenfahrräder sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Krankenfahrräder sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Krankenfahrräder sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Krankenfahrräder sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✘ Krankenfahrräder sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 12.000 EUR erstattungsfähig.	✔ Krankenfahrräder sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.
- Hör- u. Sprechgeräte?	✔ Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Hörgeräte und Tinnitus-Masker/Noiser werden pro Ohr bis max. 2.500 EUR innerhalb eines Kalenderjahres erstattet, Sprechgeräte ohne betragliche Begrenzung.	✔ Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Hörgeräte sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500 EUR alle 5 Jahre erstattungsfähig. Teil- bzw. vollimplantierbare Hörsysteme, sofern Hörverluste ausschließlich dadurch ausgeglichen werden können, und elektronische Kehlköpfe sind ohne Begrenzung erstattungsfähig.	✔ Hörhilfen (elektronisches Hörgerät) und elektronische Sprechhilfen nach Kehlkopfoperation sind erstattungsfähig.	✔ Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Hör- und Sprechhilfen sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.000 EUR je Hilfsmittel erstattungsfähig.	✔ Hörhilfen (elektronisches Hörgerät) und elektronische Sprechhilfen nach Kehlkopfoperation sind erstattungsfähig.
- Orthopädische Schuhe?	✔ Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.	✔ Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.	✔ Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Orthopädische Schuhe sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 250 EUR erstattungsfähig.	✔ Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.	✔ Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.	✔ Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.
- Blindenhund/Blindenleitgerät?	✔ Die Kosten für einen Blindenhund (Anschaffung und Ausbildung) sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für die Anschaffung eines Blindenführhundes einschließlich Training zur Orientierung und Mobilität sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für einen Blindenhund (Anschaffung und Ausbildung) sind erstattungsfähig.	✔ Blindenführhunde (Anschaffung und Ausbildung bzw. Einarbeitung) sind erstattungsfähig.	✔ Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Die Kosten für einen Blindenhund sind erstattungsfähig, sofern der Blindenhund als technisches Mittel vom Versicherer angesehen wird.	✔ Blindenführhunde (Anschaffung und Ausbildung bzw. Einarbeitung) sind erstattungsfähig.
- Blindenlese-/Vorlesegerät?	✔ Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Elektrische Lesehilfen sind erstattungsfähig.	✔ Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.
- Körperersatzstücke?	✔ Ja, die Kosten für Körperersatzstücke sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig (z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen, Epithesen, Perücken, Kunstaugen).	✔ Ja, die Kosten für Körperersatzstücke sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig (z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen, Epithesen, Perücken, Kunstaugen).	✔ 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.	✘ Die Kosten für Körperersatzstücke (Prothesen, Epithesen) sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 15.000 EUR je Hilfsmittel erstattungsfähig.	✔ Körperersatzstücke sind - ohne Summenbegrenzung - in den Bedingungen aufgeführt. Erstattungsfähig sind somit z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen und Kunstaugen.
- Prothesen uneingeschränkt (z.B. Arm-, Bein-, Brustprothesen)?	✔ Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, Prothesen sind in den Bedingungen aufgeführt.	✔ Ja, Prothesen sind erstattungsfähig.	✔ Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Die Kosten für Prothesen (z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen) sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 15.000 EUR je Hilfsmittel erstattungsfähig.	✔ Ja, Prothesen sind erstattungsfähig.
- Kunstaugen?	✔ Kunstaugen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Kunstaugen sind erstattungsfähig.	✔ Kunstaugen sind erstattungsfähig.	✔ Kunstaugen sind erstattungsfähig.	✔ Kunstaugen sind erstattungsfähig.	✔ Kunstaugen sind erstattungsfähig.
- Orthesen (z.B. Stützkorsett nach Bandscheiben-OP)?	✔ Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, erstattungsfähig sind Stützapparate einschl. Liegeschalen.	✔ Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Orthesen und orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 15.000 EUR je Hilfsmittel erstattungsfähig.	✔ Ja, erstattungsfähig sind Stützapparate einschl. Liegeschalen.
Sehhilfen						
- Höhe der Erstattung für Sehhilfen in €?	✘ Sehhilfen (Brillengläser, Brillenfassungen, Kontaktlinsen) werden bis 150 EUR erstattet.	✘ Brillengläser, Brillengestelle und Kontaktlinsen einschließlich Reparaturen werden bis max. 250 EUR erstattet. Hinweis: Operationen der refraktiven Chirurgie (z. B. Lasik) werden übernommen, sofern die versicherte Person ununterbrochen 36 Monate in der Krankheitskosten-Vollversicherung versichert ist - bis max. 1.500 EUR pro Auge und Versicherungsfall. Sind nach einer solchen Operation andere Sehhilfen (Brille, Kontaktlinsen) nötig, so sind diese im tariflichen Umfang versichert.	✘ Brillen und Kontaktlinsen: erstattungsfähig sind zu 100% die Aufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 100,00 EUR für eine Sehhilfe. Hinweis: Aufwendungen im Zusammenhang einer Korrektur von Fehlsichtigkeit mittels refraktiver Chirurgie (z.B. LASIK) werden bis zu einem Rechnungsbetrag von 500 € pro Auge erstattet. Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht für das jeweilige Auge frühestens nach 5 Jahren.	✘ Sehhilfen (Brillengläser und Brillengestelle, Kontaktlinsen) werden zu 75% bis max. 125 EUR erstattet. Hinweis: Ersetzt werden auch Operationen zur Behebung von Fehlsichtigkeit (Maßnahmen der refraktiven Chirurgie, hierzu gehören z. B. LASIK-Operationen, Femto-LASIK-Behandlungen, LASEK/PRK-Operationen, Clear-Lens-Exchange) einschl. Vor- und Nachuntersuchungen.	✘ Brillen und Kontaktlinsen werden zu 100% bis zu einem Rechnungsbetrag von 100,00 EUR erstattet.	✘ Sehhilfen (Brillengläser und Brillengestelle, Kontaktlinsen) werden zu 75% bis max. 125 EUR erstattet. Hinweis: Ersetzt werden auch Operationen zur Behebung von Fehlsichtigkeit (Maßnahmen der refraktiven Chirurgie, hierzu gehören z. B. LASIK-Operationen, Femto-LASIK-Behandlungen, LASEK/PRK-Operationen, Clear-Lens-Exchange) einschl. Vor- und Nachuntersuchungen.
- Sehhilfen mind. alle 24 Monate erstattungsfähig?	✘ Ein erneuter Anspruch entsteht frühestens nach Ablauf von 36 Monaten.	✘ Sehhilfen sind innerhalb von jeweils 3 Kalenderjahren ab Versicherungsbeginn erstattungsfähig.	✔ Ein Leistungsanspruch für den erneuten Bezug einer Sehhilfe entsteht nach 2 Jahren seit dem letzten Bezug. Vor Ablauf von 2 Jahren entsteht ein erneuter Anspruch nur bei einer Veränderung der Sehschärfe von mind. 0,5 Dioptrien.	✔ Sehhilfen sind innerhalb von 2 Kalenderjahren erstattungsfähig.	✘ Sehhilfen sind innerhalb von jeweils 36 Monaten erstattungsfähig.	✔ Sehhilfen sind innerhalb von 2 Kalenderjahren erstattungsfähig.





















Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Arag K1200 FlexiPro PVN	Süddeutsche AM31 S3 Z6SB PPN	Hallesche PRIMO.SB 3 Z URZ JOKER.flex PVN	Universa uni-introPrivat 300 uni-ZZ PVN	HanseMercur KVS3 CLINICA CLINICU PVN	Universa uni-introPrivat 300 PVN
Monatsbeitrag:	308,58 €	377,57 €	255,43 €	356,58 €	264,41 €	345,34 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	80 %	69 %	69 %	67 %	68 %	64 %
Psychotherapie						
- Anzahl Sitzungen sind pro Jahr?	✔ Es sind bis zu 50 Behandlungsstunden erstattungsfähig.	✔ Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig. ⚠ Hinweis: Behandlungen zur beruflichen, schulischen oder sozialen Anpassung oder Förderung (z. B. Ehe-, Erziehungs- oder Lebensberatung) werden nicht übernommen.	✔ Es sind bis zu 50 psychotherapeutische Sitzungen erstattungsfähig.	✔ Es sind bis zu 50 psychotherapeutische Sitzungen erstattungsfähig.	✔ Es sind bis zu 50 psychotherapeutische Sitzungen erstattungsfähig.	✔ Es sind bis zu 50 psychotherapeutische Sitzungen erstattungsfähig.
- Verzicht auf pauschalen Einschränkungen?	20% Selbstbeteiligung bei ambulanter Psychotherapie.	✔ Keine unüblichen Einschränkungen.	25% Selbstbeteiligung bei ambulanter Psychotherapie.	25% Selbstbeteiligung bei ambulanter Psychotherapie.	30% Selbstbeteiligung bei ambulanter Psychotherapie.	25% Selbstbeteiligung bei ambulanter Psychotherapie.
- sind mind. 20 Sitzungen ohne vorherige Zusage des Versicherers versichert?	✔ Es sind alle 50 psychotherapeutischen Sitzungen ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	✔ Es sind alle psychotherapeutischen Sitzungen ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	✔ Es sind alle 50 psychotherapeutischen Sitzungen ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	✔ Es sind alle 50 psychotherapeutischen Sitzungen ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	✖ Ambulante Psychotherapie ist nicht ohne vorherige Genehmigung durch den Versicherer erstattungsfähig.	✔ Es sind alle 50 psychotherapeutischen Sitzungen 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.
Ambulante Transporte						
- Fahrten/Transporte (zur Chemo-therapie, Dialyse und Strahlenbehandlung) ohne weitere Voraussetzungen auf z.B. Gehunfähigkeit?	✔ Krankenfahrten und -transporte (auch Taxifahrten) zur Strahlen- oder Chemotherapie und bei Dialysebehandlung sind erstattungsfähig, wenn der Hin- und/oder Rückweg aus medizinischen Gründen nicht mit einem öffentlichen Verkehrsmittel oder eigenem privaten Kraftfahrzeug zurückgelegt werden kann. Eine ärztliche Bescheinigung ist vorzulegen - in Absprache mit dem Versicherer kann darauf verzichtet werden.	✔ Erstattet werden Fahrten und Transporte zum und vom nächsten geeigneten Behandelnden oder Krankenhaus zur Dialyse, Chemotherapie und Strahlentherapie; bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs 0,30 EUR pro Kilometer.	✔ Fahrten (z.B. zur Dialyse-, Strahlenbehandlung, Chemotherapie) sind erstattungsfähig.	✔ 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.	✔ Transportkosten sind erstattungsfähig, wenn der Transport wegen der Folgen ambulant durchgeführter diagnostischer und/oder therapeutischer Maßnahmen (z. B. Dialyse, Chemotherapie, Röntgenbestrahlungen) medizinisch notwendig ist.	✔ 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.
- Fahrten/Transporte bei Gehunfähigkeit?	✔ Krankenfahrten und -transporte (auch Taxifahrten) zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt oder Krankenhaus sind bei Gehunfähigkeit dann erstattungsfähig, wenn der Hin- und/oder Rückweg aus medizinischen Gründen nicht mit einem öffentlichen Verkehrsmittel oder eigenem privaten Kraftfahrzeug zurückgelegt werden kann. Es ist eine ärztliche Bescheinigung vorzulegen (außer bei Unfällen).	✔ Ja, Fahrten und Transporte zu und von einer ambulanten Heilbehandlung bei einer Geh-, Seh- oder Fahruntüchtigkeit sind erstattungsfähig, sofern die Geh-, Seh- oder Fahruntüchtigkeit auf einer Krankheit oder ärztlichen Behandlung beruht. Der erstattungsfähige Rechnungsbetrag beträgt zusammen mit Leistungen aus anderen Tarifen maximal 250 EUR pro Kalenderjahr; bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs werden 0,30 EUR pro Kilometer ersetzt. Hinweis: Erstattet werden auch Fahrten und Transporte zum und vom nächsten geeigneten Behandelnden oder Krankenhaus zu ambulanten Operationen, nachoperativen Behandlungen, zur ambulanten Anschlussheilbehandlung oder Rehabilitation; bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs 0,30 EUR pro Kilometer.	✖ Nein, ambulante Fahrt-/Transportkosten bei Gehunfähigkeit sind nicht erstattungsfähig.	✔ 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.	✔ Transportkosten sind erstattungsfähig, wenn der Transport wegen Gehunfähigkeit medizinisch notwendig ist. ⚠ Hinweis: Transportkosten werden auch erstattet, wenn der Transport wegen der Folgen ambulant durchgeführter Operationen medizinisch notwendig ist.	✔ 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.
- Fahrten/Transporte bis zum nächstgelegenen Behandler (unabhängig, ob der Versicherte gehfähig ist)?	✔ Krankenfahrten und -transporte (auch Taxifahrten) zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt oder Krankenhaus sind auch bei Gehfähigkeit erstattungsfähig, wenn der Hin- und/oder Rückweg aus anderen medizinischen Gründen nicht mit einem öffentlichen Verkehrsmittel oder eigenem privaten Kraftfahrzeug zurückgelegt werden kann. Es ist eine ärztliche Bescheinigung vorzulegen (außer bei Unfällen).	✖ Keine Leistung vorhanden. ⚠ Hinweis: Fahrten und Transporte zu und von einer ambulanten Heilbehandlung sind bei Gehfähigkeit nur erstattungsfähig, wenn eine Seh- oder Fahruntüchtigkeit, die auf einer Krankheit oder ärztlichen Behandlung beruht, vorliegt (oder zu ambulanten Operationen, nachoperativen Behandlungen, zur ambulanten Anschlussheilbehandlung oder Rehabilitation).	✖ Nein, ambulante Transportkosten zum nächstgelegenen Behandler sind nicht erstattungsfähig.	✖ Nein, ambulante Fahrt-/Transportkosten zum nächstgelegenen Behandler sind nur bei Gehunfähigkeit und Pflegebedürftigkeit erstattungsfähig.	✖ Nein, ambulante Transportkosten zum nächstgelegenen Behandler sind nicht erstattungsfähig.	✖ Nein, ambulante Fahrt-/Transportkosten zum nächstgelegenen Behandler sind nur bei Gehunfähigkeit und Pflegebedürftigkeit erstattungsfähig.
- Ambulante Notfalltransporte?	✔ Bei Notfällen sind Krankenfahrten und -transporte (auch Taxifahrten) zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt oder Krankenhaus erstattungsfähig.	✔ Ja. Erstattet werden Fahrten und Transporte zum und vom nächsten geeigneten Behandelnden oder Krankenhaus bei medizinischen Notfällen oder Unfällen; bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs 0,30 EUR pro Kilometer.	✔ Ja, ambulante Rettungstransporte (ohne anschließende stationäre Behandlung) sind erstattungsfähig.	✔ Ja. Fahrten und Transporte in Notfällen zur ambulanten Behandlung in das nächstreichbare und für die Heilbehandlung geeignete Krankenhaus sind erstattungsfähig.	✔ Ja, ambulante Rettungstransporte (ohne anschließende stationäre Behandlung) sind erstattungsfähig.	✔ Ja. Fahrten und Transporte in Notfällen zur ambulanten Behandlung in das nächstreichbare und für die Heilbehandlung geeignete Krankenhaus sind erstattungsfähig.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Arag K1200 FlexiPro PVN	Süddeutsche AM31 S3 Z6SB PPN	Hallesche PRIMO.SB 3 Z URZ JOKER.flex PVN	Universa uni-introPrivat 300 uni-ZZ PVN	HanseMerkur KVS3 CLINICA CLINICU PVN	Universa uni-introPrivat 300 PVN
Monatsbeitrag:	308,58 €	377,57 €	255,43 €	356,58 €	264,41 €	345,34 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	80 %	69 %	69 %	67 %	68 %	64 %
Arznei-/Verbandmittel						
- ohne zusätzliche Selbstbeteiligung?	 Erstattungsfähige Arznei- und Verbandmittel (nur verschreibungspflichtige Medikamente) werden bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.500 EUR zu 80% erstattet, darüber hinaus zu 100%. Hinweis: Der Eigenanteil für Arznei- und Verband (und Heil- und Hilfsmittel (ohne Sehhilfen)) ist auf insgesamt 500 EUR p.a. begrenzt.	 Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.	Arznei- und Verbandmittel (hierzu gehören auch Harn- und Blutteststreifen) werden bis zur Höhe von 2.000 EUR p. a. zu 75% erstattet, darüber hinaus zu 100%. Ovulationshemmer werden nur erstattet, wenn sie zur Behandlung einer Grunderkrankung wie Akne medizinisch notwendig sind.	Arznei-/Verbandmittel werden zu 75% erstattet, wobei der 25%ige Eigenanteil auf max. 625 pro Kalenderjahr begrenzt ist.	 Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig (sofern das Primärarztprinzip eingehalten wird).	Arznei-/Verbandmittel werden zu 75% erstattet, wobei der 25%ige Eigenanteil auf max. 625 pro Kalenderjahr begrenzt ist.
- medikamentenähnliche Nährmittel bei schweren Erkrankungen (über enteral/parenteral hinaus)?	 Im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen sind Nähr- und Stärkungsmittel, insbesondere Nahrungsergänzung (wie Vitamine, Mineralstoffe, Spurenelemente) und Mittel zur künstlichen Ernährung erstattungsfähig.	 Ja. Erstattet werden z. B.: - Nährstofflösungen, - Zubehör und Applikationshilfen für künstlichen Ernährung, - Teststreifen für Blut- und Harnstoffmessungen sowie - Stoma-, Tracheostoma- und Inkontinenz-Artikel, - Nahrungsergänzungsmittel, Stärkungsmittel (auch sexuelle) und Desinfektionsmittel, wenn diese medizinisch notwendig sind.	 Als Arzneimittel gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nährmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z.B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden und die insbesondere enteral oder parenteral verabreicht werden.	 Erstattungsfähig sind Mittel zur enteralen und parenteralen Ernährung (künstliche Ernährung) sowie Mittel, die im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen verabreicht werden.	Als Arzneimittel, auch wenn sie als solche verordnet sind, gelten nicht Nähr- und Stärkungsmittel, Mineralwasser, Desinfektions- und kosmetische Mittel, Diät- und Säuglingskost u. dgl.	 Erstattungsfähig sind Mittel zur enteralen und parenteralen Ernährung (künstliche Ernährung) sowie Mittel, die im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen verabreicht werden.
sonstiges						
- medizinische Versorgungszentren?	 Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.	 Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.	 Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.	 Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.	 Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.	 Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.
- häusliche Behandlungs-/Krankenpflege?	 Die Kosten für häusliche Behandlungspflege sind nach vorheriger Zusage durch den Versicherer bis zu vier Wochen je Versicherungsfall erstattungsfähig. Leistungen anderer Kostenträger (z. B. Pflegepflichtversicherung) werden angerechnet.	 Ja. Versichert ist die medizinisch notwendige und ärztlich angeordnete häusliche Behandlungspflege durch Pflegefachkräfte (medizinische Behandlungspflege), Intensiv-Behandlungspflege (besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege, der die ständige Anwesenheit und Einsatzbereitschaft einer Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle erfordert) wird auch in stationären Einrichtungen (z. B. Pflegeheim) erstattet. Der Versicherer empfiehlt, ab einem voraussichtlichen Pflegebedarf von 5 Stunden pro Tag (Intensiv-Behandlungspflege), Art und Dauer der Behandlungspflege mit ihm abzustimmen. Häusliche Krankenpflege (Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung, medizinische Behandlungspflege), sofern ärztlich verordnet, wird erstattet, wenn eine Behandlung im Krankenhaus nötig, aber nicht durchführbar ist oder dadurch eine Behandlung im Krankenhaus vermieden oder verkürzt wird - pro Versicherungsfall max. 4 Wochen. Kosten, für die ein anderer Kostenträger (vor allem die Pflegepflichtversicherung) leisten muss, werden nicht vergütet.	 Ja, die Kosten für häusliche Behandlungspflege sind erstattungsfähig.	 Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztlich verordnete, medizinisch notwendige häusliche Behandlungspflege (z. B. Verbandswechsel, Wundversorgung, Katheterwechsel, Injektionen) durch staatlich geprüfte Pflegefachkräfte mit dem Ziel, die ärztliche Behandlung zu sichern (Sicherungspflege) 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.	 Ja, die Kosten für häusliche Behandlungspflege sind erstattungsfähig.	 Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztlich verordnete, medizinisch notwendige häusliche Behandlungspflege (z. B. Verbandswechsel, Wundversorgung, Katheterwechsel, Injektionen) durch staatlich geprüfte Pflegefachkräfte mit dem Ziel, die ärztliche Behandlung zu sichern (Sicherungspflege) 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.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Arag K1200 FlexiPro PVN	Süddeutsche AM31 S3 Z6SB PPN	Hallesche PRIMO.SB 3 Z URZ JOKER.flex PVN	Universa uni-introPrivat 300 uni-ZZ PVN	HanseMerkur KVS3 CLINICA CLINICU PVN	Universa uni-introPrivat 300 PVN
Monatsbeitrag:	308,58 €	377,57 €	255,43 €	356,58 €	264,41 €	345,34 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	80 %	69 %	69 %	67 %	68 %	64 %
- Palliativversorgung?	Ambulante Palliativversorgung ist nicht erstattungsfähig.	✔ Ärztlich verordnete spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung ist versichert, vorausgesetzt, es liegt eine unheilbare und fortschreitende Krankheit mit begrenzter Lebenserwartung vor und die Palliativ-Versorgung ermöglicht die Betreuung in der vertrauten häuslichen oder familiären Umgebung der versicherten Person (auch Altersheime, stationäre Pflegeeinrichtungen und Hospize). Erstattet werden ärztliche und pflegerische Leistungen und Organisation bis zu dem Betrag, der auch für einen GKV-Versicherten für die Versorgung abgerechnet wird. Kosten, für die ein anderer Kostenträger (vor allem die Pflegepflichtversicherung) leisten muss, werden nicht vergütet.	✔ 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 Kosten für ambulante Palliativversorgung (gem. § 37b SGB V), sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag (nach § 132d SGB V) verfügen. - 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.	✔ Ambulante Palliativversorgung ist erstattungsfähig, soweit die Aufwendungen über die Leistungen aus der Pflegeversicherung hinausgehen.	✔ Erstattungsfähig sind die Kosten für ambulante Palliativversorgung (gem. § 37b SGB V), sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag (nach § 132d SGB V) verfügen.
Kurleistung ambulant						
- Kuren ambulant?	Ambulante Kuren sind nicht erstattungsfähig.	✔ Erstattet werden bei ambulanten (und stationären) Kuren (auch Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Kuren) Unterbringung, Verpflegung, ärztliche Behandlung sowie Arznei- und Heilmittel - bis insgesamt max. 1.000 EUR innerhalb von jeweils 3 Kalenderjahren ab Versicherungsbeginn.	✔ Bei einer Kur in einem Heilbad oder Kurort, auch bei einem Aufenthalt in einem Sanatorium, sind Aufwendungen (ambulante Behandlung, Arznei-/ Verbandmittel, Heilmittel, Psychotherapie, Strahlen-Diagnostik und -Therapie, Fahrten und Transporte, Vorsorgeuntersuchungen) erstattungsfähig.	Ambulante Kuren sind nicht erstattungsfähig. Es wird ein separater Kurtarif angeboten.	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.	✔ Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.	✔ Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.	✔ 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.	✔ Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.	✔ 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.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	Arag K1200 FlexiPro PVN	Süddeutsche AM31 S3 Z6SB PPN	Hallesche PRIMO.SB 3 Z URZ JOKER.flex PVN	Univera uni-introPrivat 300 uni-ZZ PVN	HanseMerkur KVS3 CLINICA CLINICU PVN	Univera uni-introPrivat 300 PVN
Monatsbeitrag:	308,58 €	377,57 €	255,43 €	356,58 €	264,41 €	345,34 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	80 %	69 %	69 %	67 %	68 %	64 %
Ambulant						
Sonstiges	<p>✔ Geburtsvorbereitungskurse und Rückbildungsgymnastik werden bis zu insgesamt 100 EUR erstattet.</p>	<p>✔ Versichert sind auch: - Frühförderung als Heilbehandlung wegen Krankheit, sofern Sozialhilfeträger nicht leistet - Soziotherapie - max. 120 Stunden pro Versicherungsfall innerhalb von 3 Kalenderjahren - Behandlung in Sozialpädiatrischen Zentren Bei Fachkräften für Soziotherapie werden nur die Kosten erstattet, die für die Versorgung eines GKV-Versicherten abgerechnet werden - Präventionskurse (Kurse zur gesunden Ernährung oder persönlichen Ernährungsberatung, Nichtraucherseminare (Teilnahme von mind. jeweils 80% muss nachgewiesen werden), präventives Rückentraining, Herz-Kreislauf-Training, Rheumaliga/-sport, autogenes Training, progressive Muskelentspannung) – bis zu erstattungsfähigen Rechnungsbeträgen von insgesamt max. 500 EUR innerhalb von 3 Kalenderjahren Keine Erstattung von Mitgliedsbeiträgen in Sportvereinen oder Fitnesszentren - Kinderbetreuungspauschale von 250 EUR p. a. - Kommunikationshilfen (z. B. Gebärdensprache- oder Schriftdolmetscher) zur Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen - medizinische Erst- und Folgeschulungen für chronisch Kranke, bis max. 500 EUR innerhalb von 3 Kalenderjahren - Haushaltshilfen: max. 10 EUR pro Stunde/75 EUR täglich für längstens 28 Tage p. a. Die genaueren/weiteren Voraussetzungen/Leistungen sind den Bedingungen zu entnehmen.</p>	<p>✔ 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 - ab einem Rechnungsbetrag von 500 EUR p. a. 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.</p>	<p>✔ 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.</p>	Keine Leistung vorhanden.	<p>✔ 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.</p>



























Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	Arag K1200 FlexiPro PVN	Süddeutsche AM31 S3 Z6SB PPN	Hallesche PRIMO.SB 3 Z URZ JOKER.flex PVN	Universa uni-introPrivat 300 uni-ZZ PVN	HanseMercur KVS3 CLINICA CLINICU PVN	Universa uni-introPrivat 300 PVN
Monatsbeitrag:	308,58 €	377,57 €	255,43 €	356,58 €	264,41 €	345,34 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	80 %	69 %	69 %	67 %	68 %	64 %
Stationär						
- 1-Bettzimmer?	✔ Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✘ Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.	✘ Keine Leistung vorhanden.	✘ Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.	✘ CLINICU: clinic U: Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind nur nach einem Unfall erstattungsfähig. KVS3: Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig. CLINICA: clinic A: Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind nur bei bestimmten schweren Erkrankungen erstattungsfähig.	✘ Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.
- 2-Bettzimmer?	✔ Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✘ Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.	✘ Keine Leistung vorhanden.	✘ Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.	✘ CLINICA: clinic A: Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind nur bei bestimmten schweren Erkrankungen erstattungsfähig. KVS3: Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig. CLINICU: clinic U: Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind nur nach einem Unfall erstattungsfähig. Die Leistungspflicht entfällt für Unfälle, die auf die Ausübung folgender Risikosportarten zurückzuführen sind: Skispringen, Drachenfliegen, Paragliding, Motorsport, Boxen, Kickboxen, Thaiboxen, Vollkontaktkarate, Rugby oder Freeclimbing	✘ Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.
- Regelleistungen?	✔ 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).	✔ 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.	✘ Nein, privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist nicht erstattungsfähig, aber belegärztliche Leistungen.	✘ Nein, privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist nicht erstattungsfähig, aber belegärztliche Leistungen.	✘ Nein, privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist nicht erstattungsfähig, aber belegärztliche Leistungen.	✘ CLINICU: clinic U: Die Mehrkosten für die wahlärztliche Behandlung sind nur nach einem Unfall erstattungsfähig. CLINICA: clinic A: Die Mehrkosten für die wahlärztliche Behandlung sind nur bei bestimmten schweren Erkrankungen erstattungsfähig. KVS3: Nein, privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist nicht erstattungsfähig, aber belegärztliche Leistungen.	✘ Nein, privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist nicht erstattungsfähig, aber belegärztliche Leistungen.




Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	Arag K1200 FlexiPro PVN	Süddeutsche AM31 S3 Z6SB PPN	Hallesche PRIMO.SB 3 Z URZ JOKER.flex PVN	Universa uni-introPrivat 300 uni-ZZ PVN	HanseMercur KVS3 CLINICA CLINICU PVN	Universa uni-introPrivat 300 PVN
Monatsbeitrag:	308,58 €	377,57 €	255,43 €	356,58 €	264,41 €	345,34 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	80 %	69 %	69 %	67 %	68 %	64 %
Sollen Wahlleistungen nur bei Unfall/bestimmten Erkrankungen versichert sein?					 Die Leistung ist vorhanden.  Hinweis: CLINICU: clinic U: Dieser Tarif erstattet nur unfallbedingte Kosten: - Unterkunft im 1- oder 2-Bettzimmer - Wahlärztliche Behandlung Die Leistungspflicht entfällt für Unfälle, die auf die Ausübung folgender Risikosportarten zurückzuführen sind: Skispringen, Drachenfiegen, Paragliding, Motorsport, Boxen, Kickboxen, Thaiboxen, Vollkontaktkarate, Rugby oder Freedclimbing CLINICA: Dieser Tarif erstattet bei bestimmten schweren Erkrankungen die Kosten für: - Unterkunft im 1- oder 2-Bettzimmer - Wahlärztliche Behandlung	
Gebühreordnung Stationär						
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOÄ?	 Privatärztliche Leistungen sind über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig.	 Belegärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig.	 Belegärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig.	 Belegärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig.	 CLINICA, CLINICU: Im stationären Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt. KVS3: Belegärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig.	 Belegärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig.
- Erstattung über die Höchstsätze der GOÄ hinaus?	 Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	 Die Erstattung für belegärztliche Leistungen ist auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.	 Die Erstattung für belegärztliche Leistungen ist auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.	 Die Erstattung für belegärztliche Leistungen ist auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.	 CLINICA, CLINICU: Im stationären Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt. KVS3: Die Erstattung für belegärztliche Leistungen ist auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.	 Die Erstattung für belegärztliche Leistungen ist auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt?	 Ja, der Versicherer verzichtet bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ. Es werden ortsübliche Honorare akzeptiert.	 Nein. Bei vorübergehenden Aufenthalten außerhalb Deutschlands sind - auch bei Entbindung - die Kosten für ärztliche Abrechnungen (Liquidationen), die den Gebührenordnungen und/oder den sonstigen Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung entsprechen. Die Kostenerstattung ist begrenzt auf den Betrag, der bei einer Behandlung in einem deutschen Krankenhaus mit dem höchsten Landesbasisfallwert, das dem Anwendungsbereich der BPIIV oder dem KHEntG unterliegt, angefallen wäre. Behandlungen durch einen dem deutschen Belegarzt vergleichbaren Arzt werden bis zum Höchstsatz der deutschen GOÄ erstattet (und eine in der ärztlichen Abrechnung enthaltene, der deutschen Umsatzsteuer vergleichbare Steuer).	 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).	 Nein. Leistungen von Heilbehandlern im Ausland sind nur dann ohne Begrenzung auf die GOÄ erstattungsfähig, sofern der Versicherungsfall akut und unvorhersehbar eingetreten ist und der höhere Rechnungsbetrag in den ortsüblichen Abrechnungsbedingungen und -höhen der Heilbehandler vor Ort begründet liegt.	 CLINICA, CLINICU, KVS3: Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ.	 Nein. Leistungen von Heilbehandlern im Ausland sind nur dann ohne Begrenzung auf die GOÄ erstattungsfähig, sofern der Versicherungsfall akut und unvorhersehbar eingetreten ist und der höhere Rechnungsbetrag in den ortsüblichen Abrechnungsbedingungen und -höhen der Heilbehandler vor Ort begründet liegt.
Privatkliniken						
Privatkliniken	 Die Leistung ist vorhanden.	Keine Leistung vorhanden.	 Die Leistung ist vorhanden.	 Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Aufwendungen für Krankenhausleistungen in Krankenhäusern, die nicht der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen, sind nicht erstattungsfähig - es sei denn, es handelt sich um eine Notfallweisung.	 Die Leistung ist vorhanden.	 Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Aufwendungen für Krankenhausleistungen in Krankenhäusern, die nicht der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen, sind nicht erstattungsfähig - es sei denn, es handelt sich um eine Notfallweisung.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	Arag K1200 FlexiPro PVN	Süddeutsche AM31 S3 Z6SB PPN	Hallesche PRIMO.SB 3 Z URZ JOKER.flex PVN	Universa uni-introPrivat 300 uni-ZZ PVN	HanseMercur KVS3 CLINICA CLINICU PVN	Universa uni-introPrivat 300 PVN
Monatsbeitrag:	308,58 €	377,57 €	255,43 €	356,58 €	264,41 €	345,34 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	80 %	69 %	69 %	67 %	68 %	64 %
Sind allg. Krankenhausleistungen in Privatkliniken (gemäß §4 (4) MBKK) uneingeschränkt versichert?	 Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.	Es besteht kein Versicherungsschutz für die Behandlung in Krankenhäusern, die nicht dem Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPIV) unterliegen.	 In Krankenhäusern innerhalb Deutschlands, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPIV) abrechnen, werden als allgemeine Krankenhausleistungen die Aufwendungen für einen Aufenthalt in der preiswertesten Zimmerkategorie einschließlich ärztlicher Leistungen (ohne privatärztliche Leistungen) und Nebenkosten erstattet, soweit sie die nach dem KHEntgG bzw. der BPIV vorgegebenen Entgelte nicht mehr als 50% 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. Hinweis: Bei einer Behandlung im Ausland wird bis zum Höchstpreis der allgemeinen Krankenhausleistungen in der Bundesrepublik Deutschland erstattet. Mit diesen Aufwendungen sind auch die Arztkosten und sämtliche Nebenkosten abgegolten.	Keine Leistung vorhanden.	Soweit Krankenhäuser nicht nach der Bundespflegesatzverordnung (BPIV) oder dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) abrechnen, werden Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen im tariflichen Rahmen bis zu der Höhe erstattet, die gemäß BPIV oder KHEntgG angefallen wäre.	Keine Leistung vorhanden.
Ist die gesondert berechenbare Unterkunft ohne Begrenzung (+ Privatarzt) erstattungsfähig?	 Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.	Es sind keine Wahlleistungen versichert.	Es sind keine Wahlleistungen versichert.		CLINICA: clinic A: Bei bestimmten schweren Erkrankungen werden, soweit Krankenhäuser nicht nach der Bundespflegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz abrechnen, Aufwendungen für Wahlleistungen im tariflichen Rahmen bis zu der Höhe erstattet, die gemäß BPIV oder KHEntgG angefallen wäre. KVS3: Es sind keine Wahlleistungen versichert. CLINICU: clinic U: Soweit Krankenhäuser nicht nach der Bundespflegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz abrechnen, werden unfallbedingte Aufwendungen für Wahlleistungen im tariflichen Rahmen bis zu der Höhe erstattet, die gemäß BPIV oder KHEntgG angefallen wäre.	

Leistungsvergleich Stationär

	Arag K1200 FlexiPro PVN	Süddeutsche AM31 S3 Z6SB PPN	Hallesche PRIMO.SB 3 Z URZ JOKER.flex PVN	Universa uni-introPrivat 300 uni-ZZ PVN	HanseMercur KVS3 CLINICA CLINICU PVN	Universa uni-introPrivat 300 PVN
Monatsbeitrag:	308,58 €	377,57 €	255,43 €	356,58 €	264,41 €	345,34 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	80 %	69 %	69 %	67 %	68 %	64 %
Stationär						
- Krankentransporte stationär uneingeschränkt?	✔ Erstattungsfähig sind Krankenfahrten und -transporte bis 100 km Entfernung zwischen Wohn- oder Aufenthaltsort und Krankenhaus bzw. ohne Begrenzung der Entfernung zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus und zurück.	✔ Ja. Versichert sind: - medizinisch notwendiger Transport zum und vom nächsten, geeigneten und aufnahmebereiten Krankenhaus - medizinisch notwendige Verlegung in ein anderes Krankenhaus sowie für den medizinisch notwendigen Hin- und Rücktransport zu einer auswärtigen ambulanten Untersuchung während einer stationären Behandlung, sofern sie nicht bereits in den allgemeinen Krankenhausleistungen enthalten sind - Bergungskosten bis max. 12.000 EUR pro Versicherungsfall, sofern kein anderer Kostenträger (z. B. private Unfallversicherung) leistungspflichtig ist. Hinweis: Erstattet werden auch Fahrten und Transporte zu und von einer stationären Heilbehandlung bei einer Geh-, Seh- oder Fahruntüchtigkeit, wenn diese auf einer Krankheit oder ärztlichen Behandlung beruht/beruhen. Der erstattungsfähige Rechnungsbetrag beträgt zusammen mit Leistungen aus anderen Tarifen max. 250 EUR pro Kalenderjahr; bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs werden 0,30 EUR pro Kilometer ersetzt.	✔ Der notwendigen Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus ist erstattungsfähig.	✔ Erstattungsfähig sind Krankentransporte zum und vom nächstreichbaren, der Bundespflegegesetzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegendem und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus in einem hierfür vorgesehenen Spezialfahrzeug (einschließlich Rettungshubschrauber).	✔ Der notwendige Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus ist erstattungsfähig.	✔ Erstattungsfähig sind Krankentransporte zum und vom nächstreichbaren, der Bundespflegegesetzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegendem und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus in einem hierfür vorgesehenen Spezialfahrzeug (einschließlich Rettungshubschrauber).
- Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf die Wahlleistungen?	Es ist keine Leistung bei Verzicht auf die Wahlleistungen vorhanden.	Es sind in diesem Tarif keine Wahlleistungen versichert.	Es ist keine Leistung bei Verzicht auf die Wahlleistungen vorhanden.	Es sind in diesem Tarif keine Wahlleistungen versichert. Bei Verzicht auf jegliche Kostenerstattung für die versicherte Leistung zahlt der Versicherte mit Ausnahme des Entlassungstages für jeden Tag einer vollstationären Unterbringung im Krankenhaus ein Krankenhaustagegeld von 125 EUR.	Es sind in diesem Tarif keine Wahlleistungen versichert.	Es sind in diesem Tarif keine Wahlleistungen versichert. Bei Verzicht auf jegliche Kostenerstattung für die versicherte Leistung zahlt der Versicherte mit Ausnahme des Entlassungstages für jeden Tag einer vollstationären Unterbringung im Krankenhaus ein Krankenhaustagegeld von 125 EUR.
- Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhaus-Aufenthaltes (§9 MB/KK)?	✔ Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.	✔ Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.	✔ Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.	✔ Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.	✔ Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.	✔ Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.
Gemischte Krankenanstalten - keine Zusagerfordernis bei Notfall, Versorgungs Krankenhaus, bei Akutversorgung	✔ Die tariflichen Leistungen werden auch ohne vorherige schriftliche Zusage gewährt, wenn - es sich um eine Notfallanweisung handelte - die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten war - während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte - bei einer nachträglichen Prüfung der ärztlichen Berichte festgestellt wird, dass bei fristgerechtem Antrag eine Zusage gegeben worden wäre	✔ Der Versicherte kann sich auf die fehlende Leistungs-Zusage nicht berufen, wenn: - die stationäre Einrichtung an der versicherten Person nur Heilbehandlungen durchführt, für die eine stationäre Behandlung notwendig ist oder - eine Einweisung wegen eines Notfalls erfolgt ist oder - es sich um das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Aufenthaltsortes der versicherten Person handelt oder - während des Aufenthaltes in einer gemischten stationären Einrichtung eine akute Erkrankung auftritt, die eine stationäre Behandlung notwendig macht oder - es sich um eine Anschlussheilbehandlung (Rehabilitation) handelt. Hinweis: Unterliegt die sogenannte "gemischte Krankenanstalt" nicht dem Anwendungsbereich der BPIV oder dem KHEntG, so werden die entstandenen Aufwendungen maximal bis zur Höhe der Kosten einer Behandlung im nächstgelegenen Krankenhaus, das dem Anwendungsbereich der BPIV oder dem KHEntG unterliegt, erstattet.	✔ gültig für Bestands- und Neukunden: Eine schriftliche Leistungs-Zusage 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 Leistungs-Zusage 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.	✔ Eine Leistungs-Zusage 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.	✔ Ja, eine Zusage ist nicht erforderlich, wenn - ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt werden, die eine stationäre Akutbehandlung erfordern, - eine Notfallanweisung (bei Unfällen oder lebensbedrohlichen Zuständen) erfolgte, - es sich um eine medizinisch notwendige stationäre Anschlussheilbehandlung handelt (nur bei bestimmten Diagnosen), - die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes oder gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherten ist oder - während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat. Die Leistungen sind auf den Zeitraum der stationären Behandlung dieser akuten Erkrankung begrenzt.	✔ Eine Leistungs-Zusage 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.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	Arag K1200 FlexiPro PVN	Süddeutsche AM31 S3 Z6SB PPN	Hallesche PRIMO.SB 3 Z URZ JOKER.flex PVN	Universa uni-introPrivat 300 uni-ZZ PVN	HanseMerkur KVS3 CLINICA CLINICU PVN	Universa uni-introPrivat 300 PVN
Monatsbeitrag:	308,58 €	377,57 €	255,43 €	356,58 €	264,41 €	345,34 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	80 %	69 %	69 %	67 %	68 %	64 %
- stationäre Psychotherapie ohne pauschale Beschränkungen?	✔ Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.	✔ Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.	✔ Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.	✔ Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.	✔ Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.	✔ Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.
- Hospiz (zur Sterbebegleitung)?	✔ Ja, bei notwendigem stationärem Hospizaufenthalt wird die Leistung erbracht, die von der hiesigen GKV erbracht würde - Begrenzung auf vier Wochen, Verlängerung ggf. möglich. Leistungen anderer Kostenträger (z. B. Pflegeversicherung) werden angerechnet.	✔ Ja. Versichert ist die stationäre und teilstationäre Versorgung in Hospizen, die palliativ-medizinische Behandlungen durchführen. Es werden die Kosten erstattet, die für die Versorgung eines GKV-Versicherten abgerechnet werden. Kosten, für die ein anderer Kostenträger leisten muss (vor allem die private Pflegepflichtversicherung), werden nicht ersetzt.	✔ Ja, die Kosten für die Unterbringung in einem Hospiz sind bedingungsgemäß erstattungsfähig.	✔ Ja, erstattungsfähig sind nach Vorleistung der Pflegepflichtversicherung 100% der verbleibenden Aufwendungen für stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem von der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Hospiz.	✔ Ja, die Kosten für die Unterbringung in einem Hospiz sind bedingungsgemäß erstattungsfähig.	✔ Ja, erstattungsfähig sind nach Vorleistung der Pflegepflichtversicherung 100% der verbleibenden Aufwendungen für stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem von der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Hospiz.
Sind Kosten für eine Begleitperson von Kindern im Krankenhaus erstattungsfähig?	✔ Bei einer aus medizinischen Gründen notwendigen Mitaufnahme einer Begleitperson sind die Allgemeinen Krankenhausleistungen erstattungsfähig.	"Rooming in" ist nicht versichert.	✔ 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.	✔ 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.	"Rooming in" ist nicht versichert.	✔ 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.
- Kuren stationär?	Stationäre Kuren sind nicht erstattungsfähig.	✔ Erstattet werden bei stationären (und ambulanten) Kuren (auch Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Kuren) Unterbringung, Verpflegung, ärztliche Behandlung sowie Arznei- und Heilmittel - bis insgesamt max. 1.000 EUR innerhalb von jeweils 3 Kalenderjahren ab Versicherungsbeginn.	✔ Laut Versichererankunft sind bei stationären Kuren die ärztlichen Behandlungen, Medikamente, physikalische Maßnahmen und sonstige typische Kurmittel 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.
































Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	Arag K1200 FlexiPro PVN	Süddeutsche AM31 S3 Z6SB PPN	Hallesche PRIMO.SB 3 Z URZ JOKER.flex PVN	Universa uni-introPrivat 300 uni-ZZ PVN	HanseMercur KVS3 CLINICA CLINICU PVN	Universa uni-introPrivat 300 PVN
Monatsbeitrag:	308,58 €	377,57 €	255,43 €	356,58 €	264,41 €	345,34 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	80 %	69 %	69 %	67 %	68 %	64 %
Sonstiges	<p>✔ Zahnärztliche Leistungen bei stationärem Aufenthalt werden entsprechend der unter dem Punkt "Zahn" genannten %-Sätze erstattet.</p>	<p>✔ Versichert sind auch: - ambulante stationsersetzende Operationen bei Vorlage eines Kostenvorschlages vor Behandlungsbeginn + Fahrten und Transporte (bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs 0,30 EUR pro Kilometer); keine Erstattung der Kosten, die indirekt mit der Operation zusammenhängen (z. B. für Übernachtungen und/oder Verpflegung) - Kinderbetreuungspauschale von 250 EUR p. a. - Kommunikationshilfen (z. B. Gebärden- oder Schriftdolmetscher) zur Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen - Haushaltshilfen: max. 10 EUR pro Stunde/75 EUR täglich für längstens 28 Tage p. a.</p> <p>Die genaueren/weiteren Voraussetzungen/Leistungen sind den Bedingungen zu entnehmen.</p>	<p>✔ Stationär durchgeführte Vorsorgeuntersuchungen sind nur dann erstattungsfähig, wenn sie aus medizinischen Gründen stationär durchgeführt werden müssen.</p>	<p>✔ Bei einem Krankenhausaufenthalt außerhalb der BRD gelten Aufwendungen der niedrigsten Preiskategorie für Krankenhaus- und ärztliche Leistungen des Krankenhauses als erstattungsfähig; auch wenn die Aufwendungen dafür höher ausfallen sollten als für in diesem Tarif versicherte stationäre Heilbehandlung in Deutschland.</p>	<p>⚠ CLINICU: Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person können innerhalb von 6 Wochen vor und nach Beendigung des Tarifs clinic U die Umstellung des Versicherungsschutzes in eine Versicherung beantragen, die vollständige stationäre Wahlleistungen umfasst (1- oder 2-Bettzimmer, Chefarztbehandlung). Der Risikozuschlag des neuen Tarifs ist bei Ausübung der Option auf 100% des dann zu zahlenden Beitrags begrenzt. CLINICA: Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person können innerhalb von 6 Wochen vor und nach Beendigung des Tarifs clinic A die Umstellung des Versicherungsschutzes in eine Versicherung beantragen, die vollständige stationäre Wahlleistungen umfasst (1- oder 2-Bettzimmer, Chefarztbehandlung). Der Risikozuschlag des neuen Tarifs ist bei Ausübung der Option auf 100% des dann zu zahlenden Beitrags begrenzt. Neben Tarif clinic A darf bei keinem Unternehmen ein anderer Tarif für Wahlleistungen bestehen, der zumindest gleiche Leistungen wie Tarif clinic A beinhaltet. Hinweis: CLINICA: clinic A: Der Tarif bildet keine Alterungsrückstellungen. Der Vertrag endet am 31.12. des 10. Versicherungsjahres, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Versicherungsjahr ist das Kalenderjahr. CLINICU: clinic U: Der Tarif bildet keine Alterungsrückstellungen. Der Vertrag endet am 31.12. des 10. Versicherungsjahres, ohne dass es einer Kündigung bedarf.</p>	<p>✔ Bei einem Krankenhausaufenthalt außerhalb der BRD gelten Aufwendungen der niedrigsten Preiskategorie für Krankenhaus- und ärztliche Leistungen des Krankenhauses als erstattungsfähig; auch wenn die Aufwendungen dafür höher ausfallen sollten als für in diesem Tarif versicherte stationäre Heilbehandlung in Deutschland.</p>

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

	Arag K1200 FlexiPro PVN	Süddeutsche AM31 53 Z6SB PPN	Hallesche PRIMO.SB 3 Z URZ JOKER.flex PVN	Universon uni-introPrivat 300 uni-ZZ PVN	HanseMerkur KVS3 CLINICA CLINICU PVN	Universon uni-introPrivat 300 PVN
Monatsbeitrag:	308,58 €	377,57 €	255,43 €	356,58 €	264,41 €	345,34 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	80 %	69 %	69 %	67 %	68 %	64 %
Zahn						
Zahnbehandlung (%)?	 Zahnbehandlung (inkl. professionelle Zahnreinigung) ist zu 100% erstattungsfähig.  Hinweis: Prophylaktische Leistungen wie Beratung zur Verhütung von Karies und Parodontose sind ab dem vollendeten 21. Lebensjahr nur noch einmal pro Kalenderjahr erstattungsfähig.	 Zahnbehandlung und Prophylaxemaßnahmen (inkl. professioneller Zahnreinigung, ausgenommen Bleaching) sind zu 100% erstattungsfähig.  Hinweis: Von den tariflichen Leistungen (für Zahnbehandlung/Prophylaxe, Zahnersatz und Kieferorthopädie) wird eine jährliche Selbstbeteiligung von max. 480 EUR abgezogen (häufige SB bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 15. Lebensjahr vollendet wird). Im Kalenderjahr des Versicherungsbeginns reduziert sich die Selbstbeteiligung für jeden nicht versicherten Monat um 1/12. Das gilt auch, wenn die Versicherung nach Tarif Z6SB im Laufe eines Kalenderjahres endet. Diese Regelung gilt außerdem, wenn sich die Selbstbeteiligung ändert.	 Zahnbehandlung ist zu 100% erstattungsfähig.	 Zahnbehandlung ist zu 100% erstattungsfähig.  Erstattet werden auch vorbeugende Maßnahmen (professionelle Zahnreinigung/Zahnprophylaxe, Erstellung eines Mundhygienestatus, Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen). Hinweis: uni-ZZ: Zahntechnische Leistungen bei Inlays (Einlagefüllungen aus Metall, Kunststoff oder Keramik) werden zu 20% erstattet. uni-introPrivat 300: Inlays: Zahnärztliche Leistungen werden zu 100% erstattet, zahntechnische Leistungen zu 60%.	 Zahnbehandlung ist zu 100% erstattungsfähig.	 Zahnbehandlung ist zu 100% erstattungsfähig.  Erstattet werden auch vorbeugende Maßnahmen (professionelle Zahnreinigung/Zahnprophylaxe, Erstellung eines Mundhygienestatus, Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen). Hinweis: Inlays: Zahnärztliche Leistungen werden zu 100% erstattet, zahntechnische Leistungen zu 60%.
Zahnersatz (%)?	 Zahnersatz ist zu 80% erstattungsfähig.	 Zahnersatz ist zu 60% erstattungsfähig.	 Zahnersatz ist zu 75% erstattungsfähig.	 uni-ZZ: Zahnärztliche und zahntechnische Leistungen für Zahnersatz (prothetische Versorgung, orale Implantate, Kronen, Eingliederung von Aufzähbehelfen und Schienen sowie alle damit im Zusammenhang stehenden Maßnahmen und erforderlichen Vor- und Nachbehandlungen) werden zu 20% erstattet. Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (zahnärztliche Maßnahmen zur Diagnose, Behebung oder Besserung einer Störung der Funktion von Kiefergelenken, Kaumuskelatur und Zähnen) werden zu 20% erstattet. uni-introPrivat 300: Zahnersatz ist zu 60% erstattungsfähig. Zum Zahnersatz gehören u. a. auch Kunststoff- und Keramikverblendungen und DROS-Schienen. Hinweis: 100% Erstattung für zahntechnische Leistungen, sofern die Versorgung nachweislich aufgrund eines Unfalls notwendig wurde und sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat.	 Zahnersatz ist zu 80% erstattungsfähig.	 Zahnersatz ist zu 60% erstattungsfähig.  Zum Zahnersatz gehören u. a. auch Kunststoff- und Keramikverblendungen und DROS-Schienen. Hinweis: 100% Erstattung für zahntechnische Leistungen, sofern die Versorgung nachweislich aufgrund eines Unfalls notwendig wurde und sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat.
- Kieferorthopädie (%)?	 Kieferorthopädie ist zu 80% erstattungsfähig.	 Kieferorthopädie ist zu 60% erstattungsfähig.	 Kieferorthopädie ist zu 75% erstattungsfähig.	 uni-introPrivat 300: Kieferorthopädie ist zu 60% erstattungsfähig.  uni-ZZ: Zahnärztliche bzw. kieferorthopädische und zahntechnische Leistungen zur Beseitigung oder Besserung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen werden zu 20% erstattet. Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (zahnärztliche Maßnahmen zur Diagnose, Behebung oder Besserung einer Störung der Funktion von Kiefergelenken, Kaumuskelatur und Zähnen) werden zu 20% erstattet. Hinweis: 100% Erstattung für zahntechnische Leistungen, sofern die Versorgung nachweislich aufgrund eines Unfalls notwendig wurde und sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat.	 Kieferorthopädie ist zu 80% erstattungsfähig.	 Kieferorthopädie ist zu 60% erstattungsfähig.  Hinweis: 100% Erstattung für zahntechnische Leistungen, sofern die Versorgung nachweislich aufgrund eines Unfalls notwendig wurde und sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat.
Bis zu welchem Alter (bei Behandlungsbeginn) sind Kosten für kieferorthopädische Maßnahmen erstattungsfähig?	 Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	 Aufwendungen für Kieferorthopädie sind ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	 Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	 Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	 Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	 Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

	Arag K1200 FlexiPro PVN	Süddeutsche AM31 53 Z6SB PPN	Hallesche PRIMO.SB 3 Z URZ JOKER.flex PVN	Universa uni-introPrivat 300 uni-ZZ PVN	HanseMerkur KVS3 CLINICA CLINICU PVN	Universa uni-introPrivat 300 PVN
Monatsbeitrag:	308,58 €	377,57 €	255,43 €	356,58 €	264,41 €	345,34 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	80 %	69 %	69 %	67 %	68 %	64 %
Gebührenordnung Zahn						
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOZ?	✔ 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.	✔ Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) begrenzt.	✔ uni-introPrivat 300: Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) begrenzt. uni-ZZ: Die Erstattungsfähigkeit von Heilbehandlerhonoraren richtet sich nach der Tarifstufe uni-introPrivat 300.	⚠ Zahnbehandlung ist auf die Regelhöchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) begrenzt. Hinweis: Zahnersatz und Kieferorthopädie sind auf die Höchstsätze der GOZ begrenzt.	✔ Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) begrenzt.
- Erstattung über die Höchstsätze der GOZ hinaus?	⚠ Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOZ begrenzt.	⚠ Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOZ begrenzt.	⚠ Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOZ begrenzt.	⚠ uni-introPrivat 300: Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOZ begrenzt. uni-ZZ: Die Erstattungsfähigkeit von Heilbehandlerhonoraren richtet sich nach der Tarifstufe uni-introPrivat 300.	⚠ Zahnbehandlung ist auf die Regelhöchstsätze, Zahnersatz und Kieferorthopädie auf die Höchstsätze der GOZ begrenzt.	⚠ Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der GOZ begrenzt.
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt?	✔ Ja, es wird nicht auf deutsches Gebührenrecht abgestellt, wenn das Honorar dem im jeweiligen Aufenthaltsland üblichen Preis entspricht (als üblich gilt im Zweifel der Preis, der am betreffenden Ort für gleiche oder ähnliche Leistungen verlangt wird), s. "Erläuterungen zum Versicherungsschutz Unisex", Punkt 13 (Bestandteil der Bedingungen).	⚠ Nein. Bei vorübergehenden Aufenthalten außerhalb Deutschlands sind die Kosten für ärztliche Abrechnungen (Liquidationen) versichert, die der geltenden Gebührenordnung für den jeweiligen Behandelnden und/oder den sonstigen Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung entsprechen - max. bis zu den Höchstsätzen der deutschen GOÄ und GOZ. Eine in der ärztlichen Abrechnung enthaltene, der deutschen Umsatzsteuer vergleichbare Steuer wird erstattet.	⚠ 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).	⚠ uni-introPrivat 300: Nein. Leistungen von Heilbehandlern im Ausland sind nur dann ohne Begrenzung auf die GOZ erstattungsfähig, sofern der Versicherungsfall akut und unvorhersehbar eingetreten ist und der höhere Rechnungsbetrag in den ortsüblichen Abrechnungsbedingungen und -höhen der Heilbehandler vor Ort begründet liegt. uni-ZZ: Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOZ.	⚠	⚠ Nein. Leistungen von Heilbehandlern im Ausland sind nur dann ohne Begrenzung auf die GOZ erstattungsfähig, sofern der Versicherungsfall akut und unvorhersehbar eingetreten ist und der höhere Rechnungsbetrag in den ortsüblichen Abrechnungsbedingungen und -höhen der Heilbehandler vor Ort begründet liegt.
Zahn						
Verzichtet der Tarif auf ein Preis-/Leistungsverzeichnis oder eine Begrenzung auf z. B. "ortsübliche" oder "angemessene" Preise?	Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	✔ 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.	Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	✔ uni-introPrivat 300, uni-ZZ: 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.	Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	✔ 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.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

	Arag K1200 FlexiPro PVN	Süddeutsche AM31 S3 Z6SB PPN	Hallesche PRIMO.SB 3 Z URZ JOKER.flex PVN	Universon uni-introPrivat 300 uni-ZZ PVN	HanseMerkur KVS3 CLINICA CLINICU PVN	Universon uni-introPrivat 300 PVN
Monatsbeitrag:	308,58 €	377,57 €	255,43 €	356,58 €	264,41 €	345,34 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	80 %	69 %	69 %	67 %	68 %	64 %
- Summenbegrenzung in den ersten Jahren?	Die maximale Erstattung ist begrenzt auf: - 1.000 Euro im ersten Jahr - 2.000 Euro im zweiten Jahr - 3.000 Euro im dritten Jahr - 4.000 Euro im vierten Jahr - 5.000 Euro im fünften Jahr jeweils ab Versicherungsbeginn gerechnet.	Für Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlung gelten folgende erstattungsfähige Rechnungsbeträge: - 3.000 EUR vom 1. bis zum 2. Kalenderjahr - 5.000 EUR vom 1. bis zum 3. Kalenderjahr - 7.500 EUR vom 1. bis zum 4. Kalenderjahr.	Für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie gelten folgende Rechnungshöchstbeträge: insgesamt - 1.000 EUR im 1. Kalenderjahr, - 2.000 EUR im 1. bis 2. Kalenderjahr, - 3.000 EUR im 1. bis 3. Kalenderjahr, - 4.000 EUR im 1. bis 4. Kalenderjahr, - 5.000 EUR im 1. bis 5. Kalenderjahr, - 5.000 EUR jährlich ab dem 6. Kalenderjahr.	uni-introPrivat 300, uni-ZZ: Erstattungsfähiger Höchstbetrag: - 1.000 EUR im 1. Kalenderjahr - 2.000 EUR im 1. bis 2. Kalenderjahr - 3.000 EUR im 1. bis 3. Kalenderjahr - 4.000 EUR im 1. bis 4. Kalenderjahr - 5.000 EUR im 1. bis 5. Kalenderjahr - 5.000 EUR jährlich ab dem 6. Kalenderjahr. Auf den jeweiligen Höchstbetrag werden - zuerst die für zahnärztliche Leistungen erstattungsfähigen Beträge für vorbeugende Maßnahmen, Zahnbehandlung und Inlays und - danach die erstattungsfähigen Beträge für Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen sowie für zahntechnische Leistungen für Inlays angerechnet.	Erstattungshöchstbeträge für Zahnersatz und Kieferorthopädie: - insgesamt 600 EUR bis zum Ende des 2. Versicherungsjahres - insgesamt 1.200 EUR bis zum Ende des 4. Versicherungsjahres - insgesamt 2.400 EUR bis zum Ende des 6. Versicherungsjahres - 4.000 EUR ab dem 7. Versicherungsjahr pro Jahr.	Erstattungsfähiger Höchstbetrag: - 1.000 EUR im 1. Kalenderjahr - 2.000 EUR im 1. bis 2. Kalenderjahr - 3.000 EUR im 1. bis 3. Kalenderjahr - 4.000 EUR im 1. bis 4. Kalenderjahr - 5.000 EUR im 1. bis 5. Kalenderjahr - 5.000 EUR jährlich ab dem 6. Kalenderjahr. Auf den jeweiligen Höchstbetrag werden - zuerst die für zahnärztliche Leistungen erstattungsfähigen Beträge für vorbeugende Maßnahmen, Zahnbehandlung und Inlays und - danach die erstattungsfähigen Beträge für Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen sowie für zahntechnische Leistungen für Inlays angerechnet.
- entfällt die Summenbegrenzung bei Unfall?	Die Summenbegrenzungen entfallen, wenn die erstattungsfähigen Aufwendungen nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.	Die Höchstbeträge gelten nicht, wenn die Kosten durch einen Unfall entstanden sind.	Die Summenbegrenzung entfällt bei Unfall.	uni-introPrivat 300, uni-ZZ: Die Höchstbeträge gelten nicht für einen nachweislich durch Unfall verursachten Versicherungsfall, sofern sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat.	Die Summenbegrenzung entfällt bei Unfall.	Die Höchstbeträge gelten nicht für einen nachweislich durch Unfall verursachten Versicherungsfall, sofern sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat.
- Heil- u. Kostenplan vorgeschrieben?	- Implantologische Maßnahmen, Versorgung mit Teleskopkronen oder kieferorthopädische Behandlung: grundsätzliche Vorlage eines Heil- und Kostenplanes mit vollständiger Befundangabe und detaillierter Aufstellung der Material- und Laborkosten des zahntechnischen Labors - ansonsten werden alle erstattungsfähigen Aufwendungen nur zur Hälfte des tariflichen Erstattungsprozentsatzes erstattet. - sonstige Zahnersatzmaßnahmen sowie Inlays: Vorlage nur erforderlich, falls die voraussichtlichen Gesamtkosten 2.000 EUR übersteigen - ansonsten werden die 2.000 EUR übersteigenden erstattungsfähigen Aufwendungen nur zur Hälfte des jeweiligen tariflichen Erstattungsprozentsatzes erstattet.	Wenn die voraussichtlichen Kosten für Zahnersatz höher sind als 3.000 EUR, muss dem Versicherer ein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden, ansonsten werden von dem 3.000 EUR übersteigenden erstattungsfähigen Rechnungsbetrag nur 40% erstattet.	Bei Zahnersatz mit einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von mehr als 2.500 EUR ist dem Versicherer vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan (incl. Kostenvorschlags 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%.	uni-introPrivat 300, uni-ZZ: Für Inlays, Zahnersatz sowie Zahn- und Kieferregulierung wird nur geleistet, wenn und soweit der Versicherer vor Beginn der Behandlung aufgrund eines Heil- und Kostenplanes des Behandlers dies schriftlich zugesagt hat.	Ein Heil- und Kostenplan ist nicht zwingend vorgeschrieben, wird jedoch empfohlen.	Für Inlays, Zahnersatz sowie Zahn- und Kieferregulierung wird nur geleistet, wenn und soweit der Versicherer vor Beginn der Behandlung aufgrund eines Heil- und Kostenplanes des Behandlers dies schriftlich zugesagt hat.
- Inlays & Implantate ohne pauschale Begrenzungen?	Erstattungsfähig sind (nach Prüfung/Zusage) maximal vier Implantate oder Teleskopkronen je Kiefer einschließlich bereits bestehender Implantate oder Teleskopkronen. Hinweis: Implantologische Aufwendungen sind nur dann erstattungsfähig, wenn keine andere ausreichende und zweckmäßige Behandlungsform besteht und dies mit einem Heil- und Kostenplan + aktueller Röntgenaufnahme vor Behandlungsbeginn nachgewiesen wird (wenn beide angrenzenden Zähne gesund sind, ist die Versorgung mit einem Implantat medizinischer Standard; ist zumindest einer der angrenzenden Zähne überkront oder so stark geschädigt, dass eine Überkronung medizinisch sinnvoll ist, ist eine Implantatversorgung dagegen nicht versichert, s. „Erläuterungen zum Versicherungsschutz Unisex“, Punkt 20 (Bestandteil der Bedingungen)).	Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

	Arag K1200 FlexiPro PVN	Süddeutsche AM31 S3 Z6SB PPN	Hallesche PRIMO.SB 3 Z URZ JOKER.flex PVN	Universon uni-introPrivat 300 uni-ZZ PVN	HanseMercur KVS3 CLINICA CLINICU PVN	Universon uni-introPrivat 300 PVN
Monatsbeitrag:	308,58 €	377,57 €	255,43 €	356,58 €	264,41 €	345,34 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	80 %	69 %	69 %	67 %	68 %	64 %
- werden Inlays in gleicher Höhe wie Zahnbehandlung erstattet?	✔ Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet.	✔ Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet. "Anfertigen und Eingliedern von Aufbissbehelfen (beispielsweise Schienen)" und "funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen (Gnathologie)" zählen ebenfalls zur Zahnbehandlung.	Inlays werden wie Zahnersatz erstattet.	Zahntechnische Leistungen bei Inlays werden zu 60% erstattet. ⚠ Hinweis: Zahnärztliche Leistungen bei Inlays werden wie Zahnbehandlung zu 100% erstattet.	Inlays werden wie Zahnersatz erstattet.	Zahntechnische Leistungen bei Inlays werden zu 60% erstattet. ⚠ Hinweis: Zahnärztliche Leistungen bei Inlays werden wie Zahnbehandlung zu 100% erstattet.
Sonstiges		✔ Wenn Leistungsansprüche bei anderen Kostenträgern bestehen, werden diese auf den Erstattungsbetrag angerechnet. Auf Verlangen muss die andere Leistung nachgewiesen werden. Erstattungsfähig sind auch Fahrten und Transporte zu und von einer ambulanten Heilbehandlung bei einer Geh-, Seh- oder Fahruntüchtigkeit, sofern diese auf einer Krankheit oder ärztlichen Behandlung beruht/beruhen. Der erstattungsfähige Rechnungsbetrag beträgt zusammen mit Leistungen aus anderen Tarifen maximal 250 EUR pro Kalenderjahr.		✔ uni-ZZ: Solange die versicherte Person im Anschluss an eine Entbindung keine Erwerbstätigkeit ausübt, wird der Tarif für die versicherte Person beitragsfrei weitergeführt - längstens jedoch für sechs Monate. Der Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ändert sich in dieser Zeit nicht. Diese Regelung gilt sinngemäß für den in Tarif uni-ZZ versicherten Vater, wenn er anstelle der Mutter in den ersten sechs Lebensmonaten des Kindes keine Erwerbstätigkeit ausübt.	✔ Ist für eine Zahnersatz- oder Kieferorthopädiemaßnahme eine stationäre Behandlung medizinisch notwendig, so werden Material- und Laborkosten zu 80% erstattet.	Keine Leistung vorhanden.














Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Arag K1200 FlexiPro PVN	Süddeutsche AM31 S3 Z6SB PPN	Hallesche PRIMO.SB 3 Z URZ JOKER.flex PVN	Universa uni-introPrivat 300 uni-ZZ PVN	HanseMerkur KVS3 CLINICA CLINICU PVN	Universa uni-introPrivat 300 PVN
Monatsbeitrag:	308,58 €	377,57 €	255,43 €	356,58 €	264,41 €	345,34 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	80 %	69 %	69 %	67 %	68 %	64 %
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag						
Markteinführung des Tarifes (Jahr):	✔ K1200: Markteinführung: 01.2013 FlexiPro: Markteinführung: 07.2011	✔ S3, Z6SB, AM31: Markteinführung: 03.2017 PPN: Markteinführung: 1995	✔ JOKER.flex, PRIMO.SB 3 Z, URZ: Markteinführung: 01.2013	✔ uni-introPrivat 300: Markteinführung: 01.2013 uni-ZZ: Markteinführung: 10.2016	✔ KVS3: Markteinführung: 01.2014 CLINICA, CLINICU: Markteinführung: 2009	✔ Markteinführung: 01.2013
Tarif nicht mehr im Verkauf seit (Jahr):	Keine Leistung vorhanden.	✔ S3, Z6SB, AM31: Tarif ist aktuell.		✔ uni-introPrivat 300, uni-ZZ: Tarif ist aktuell.		✔ Tarif ist aktuell.
Markteinführung BiSex-"Vorgängertarif" (Jahr):	✔ Markteinführung Vorgängertarif "K1200": 03.2007	✔ S3, Z6SB, AM31: Kein Vorgängertarif.	✔ JOKER.flex: Markteinführung Vorgängertarif "JOKERflex": 2009 URZ: Markteinführung Vorgängertarif "URZ": 2003 PRIMO.SB 3 Z: Markteinführung Vorgängertarif "PRIMO SB 3 Z": 07.2007	✔ uni-introPrivat 300: Markteinführung Vorgängertarif "introPrivat 300": 05.2005 uni-ZZ: Kein Vorgängertarif vorhanden.		✔ Markteinführung Vorgängertarif "introPrivat 300": 05.2005
Antragsfragen/Annahmerichtlinien						
- Rückfragezeitraum im Antrag bei ambulanten Behandlungen max. 3 Jahre rückwirkend?	✔ Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre.	Nein. Bei Beobachtungen/Untersuchungen/Behandlungen z. B. in einem Krankenhaus und bei ambulanten Operationen beträgt der Abfragezeitraum 5 Jahre, bei Sucht-/Kinderwunschbehandlung, Essstörung 10 Jahre (in allen anderen Fällen 3 Jahre).	✔ Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre	✔ Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre.	✔ Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre.	✔ Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre.
- Rückfragezeitraum im Antrag bei psychotherapeutischen Behandlungen max. 3 Jahre rückwirkend?	Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 10 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 5 Jahre.	Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 10 Jahre.
- Rückfragezeitraum im Antrag bei stationären Behandlungen max. 5 Jahre rückwirkend?	✔ Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.	✔ Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.	Nein, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 10 Jahre (bis Alter 32: 5 Jahre).	✔ Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 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: "Bestanden in den letzten drei Jahren oder bestehen zur Zeit Krankheiten, Unfallfolgen, Beschwerden, Fehlbildungen oder sonstige Gesundheitsstörungen?"	Nein. Im Antrag wird gefragt: "Bestehen (...) andauernde oder wiederkehrende Beschwerden (...), die in den oben abgefragten Zeiträumen nicht behandelt oder untersucht wurden?".		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 oder bestanden in den letzten 3 Jahren – auch nicht behandelte – Beschwerden, Krankheiten, Anomalien oder liegt eine Beeinträchtigung des Sehvermögens vor?"
- bis wie viele fehlende Zähne ist ggf. eine Annahme möglich?	✔ - bis zu 4 fehlenden Zähnen: Annahme mit Risikozuschlag (alternativ: Leistungsausschluss, dann aber Vorlage eines Zahnstatus) - bei 5 fehlenden Zähnen: Vorlage eines Zahnstatus - ab 6 fehlenden Zähnen: Ablehnung	Keine Leistung vorhanden.	✔ Bis 3 fehlende Zähne: Leistungsausschluss (Vereinbarung VG27) Ab 4 fehlende Zähne: Ablehnung Ab 11 ersetzten/überkronten Zähnen: Ablehnung	✔ Einzelfallprüfung bei mehr als 2 fehlenden Zähnen (ggf. zahnärztlicher Untersuchungsbericht, Vereinbarung eines Leistungsausschlusses erforderlich).	Angaben/Infos lt. Versicherer nicht erwünscht	✔ Einzelfallprüfung bei mehr als 2 fehlenden Zähnen (ggf. zahnärztlicher Untersuchungsbericht, Vereinbarung eines Leistungsausschlusses erforderlich).
- sind Kinder alleine (ohne Elternteil) versicherbar?	✔ Kinder sind auch alleine versicherbar.	✔ Kinder sind auch alleine versicherbar, sofern mind. ein Elternteil in einer PKV vollversichert ist.	✔ Kinder sind auch alleine versicherbar.	✔ Kinder sind ab vollendetem 2. Lebensjahr auch alleine versicherbar.	✔ Kinder sind auch alleine versicherbar.	✔ Kinder sind ab vollendetem 2. Lebensjahr auch alleine versicherbar.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Arag K1200 FlexiPro PVN	Süddeutsche AM31 S3 Z6SB PPN	Hallesche PRIMO.SB 3 Z URZ JOKER.flex PVN	Universa uni-introPrivat 300 uni-ZZ PVN	HanseMerkur KVS3 CLINICA CLINICU PVN	Universa uni-introPrivat 300 PVN
Monatsbeitrag:	308,58 €	377,57 €	255,43 €	356,58 €	264,41 €	345,34 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	80 %	69 %	69 %	67 %	68 %	64 %
Ausland						
- Dauer des weltweiten Versicherungsschutzes?	 Versicherungsschutz besteht für die ersten drei Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über drei Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann. Bei längeren vorübergehenden Aufenthalten ist Versicherungsschutz gegen Beitragszuschlag möglich (s. auch "Wohnsitzverlegung ins außereuropäische Ausland").	 S3, Z6SB, AM31: Es besteht - zeitlich unbegrenzt - weltweiter Versicherungsschutz für Heilbehandlung.	 URZ: Der Versicherungsschutz gilt für alle Auslandsreisen, bei denen jeder einzelne Auslandsaufenthalt eine ununterbrochene Verweildauer von 8 Wochen nicht übersteigt. Tritt der Versicherungsfall während der ersten 8 Wochen ein und erfordert eine leistungspflichtige Krankheit oder Unfallfolge aus medizinischen Gründen einen Auslandsaufenthalt über 8 Wochen hinaus, so verlängert sich die Leistungspflicht für diese Krankheit oder Unfallfolge bis zur Wiederherstellung der Rückreisefähigkeit. PRIMO.SB 3 Z: Der Versicherungsschutz erstreckt sich, ohne dass es einer besonderen Vereinbarung bedarf, auf weltweite Heilbehandlung.	 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.	 Der Versicherungsschutz ist zeitlich nicht begrenzt.  Bei vorübergehendem Aufenthalt im europäischen oder außereuropäischen Ausland kann durch Besondere Bedingungen (angemessener Beitragszuschlag) die volle tarifliche Leistung ohne Begrenzung auf die Bundespflegegesetzverordnung (BPFV), auf das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) oder auf die deutschen amtlichen Gebührenordnungen vereinbart werden. Ansonsten ist der Versicherer nur zu den Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte. Hinweis: Ab Beginn des 2. Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland verringern sich die tariflichen Leistungen um ein Drittel, wenn nicht vor der Ausreise etwas anderes vereinbart wurde. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, so wird der volle Versicherungsschutz so lange gewährt, bis die versicherte Person die Rückreise ohne Gefährdung der Gesundheit antreten kann.	 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.
- med. notwendige Rücktransport aus dem Ausland?	 Rücktransport aus dem Ausland ist erstattungsfähig. Erstattet werden auch Kosten für die Überführung an den Heimatwohnsitz oder für die Bestattung am Sterbeort im Ausland - bis zu 10.000 EUR.	 S3: Versichert ist der medizinisch notwendige Rücktransport zur stationären Weiterbehandlung im Heimatland bei Krankheit oder Unfall: - bei einem versicherten Elternteil: inkl. der entstehenden Kosten für die Rückreise mitreisender minderjähriger Kinder, sofern kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist - bei versicherten minderjährigen Kindern: inkl. der Kosten einer notwendigen Begleitperson Der Versicherer organisiert den Transport. Im Todesfall sind die Kosten für die Überführung der versicherten Person an ihren ständigen Wohnsitz oder die notwendigen Kosten einer Bestattung im Ausland bis maximal 12.000 EUR versichert. Bergungskosten werden bis max. 12.000 EUR pro Versicherungsfall erstattet, wenn kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist (z. B. private Unfallversicherung). AM31: Rücktransporte aus dem Ausland sind nicht erstattungsfähig.	 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. PRIMO.SB 3 Z: Rücktransport aus dem Ausland ist nicht erstattungsfähig.	 Rücktransport aus dem Ausland ist nicht erstattungsfähig.	 Bei maximal 6-wöchigen Auslandsreisen werden, unabhängig vom Vorliegen eines Unfalls, folgende Leistungen erstattet: - die über die bei planmäßiger Rückreise hinaus entstehenden Kosten für einen medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport nach Deutschland. Die Aufwendungen für den Rücktransport werden nicht erstattet, wenn eine ausreichende ärztliche Versorgung im Ausland sichergestellt ist - im Falle des Todes einer versicherten Person deren Überführungskosten nach Deutschland; - im Falle des Todes einer versicherten Person deren Bestattungskosten im Ausland bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären.	 Rücktransport aus dem Ausland ist nicht erstattungsfähig.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Arag K1200 FlexiPro PVN	Süddeutsche AM31 S3 Z6SB PPN	Hallesche PRIMO.SB 3 Z URZ JOKER.flex PVN	Universa uni-introPrivat 300 uni-ZZ PVN	HanseMerkur KVS3 CLINICA CLINICU PVN	Universa uni-introPrivat 300 PVN
Monatsbeitrag:	308,58 €	377,57 €	255,43 €	356,58 €	264,41 €	345,34 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	80 %	69 %	69 %	67 %	68 %	64 %
- besteht bei vorübergehender Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa volle tarifl. Leistung? (Keine Begrenzung auf Kosten wie in Deutschland)	<p>✔ Die ARAG wird sich bei einer Verlegung des Aufenthalts innerhalb der EU nicht auf das Kürzungsrecht auf das inländische Kostenniveau berufen (da das deutsche Gesundheitssystem mit das teuerste und aufwändigste innerhalb der EU ist (Punkt 15 der Erläuterungen zum Versicherungsschutz Unisex - Bestandteil der Bedingungen)).</p>	<p>✘ AM31: Nein. Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU/des EWR sind die Kosten für ärztliche Abrechnungen (Liquidationen) versichert, die der geltenden Gebührenordnung für den jeweiligen Behandelnden und/oder den sonstigen Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung entsprechen - max. bis zu dem Betrag, der bei einer Behandlung in Deutschland angefallen wäre; für ärztliche ambulante Behandlung max. bis zum 3,5-fachen GOÄ-Satz. Eine in der ärztlichen Abrechnung enthaltene, der deutschen Umsatzsteuer vergleichbare Steuer wird erstattet. Z6SB: Nein. Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU/des EWR sind die Kosten für ärztliche Abrechnungen (Liquidationen) versichert, die der geltenden Gebührenordnung für den jeweiligen Behandelnden und/oder den sonstigen Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung entsprechen - max. bis zu den Höchstsätzen der deutschen GOÄ und GOZ. Eine in der ärztlichen Abrechnung enthaltene, der deutschen Umsatzsteuer vergleichbare Steuer wird erstattet. S3: Nein. Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU/des EWR sind - auch bei Entbindung - die Kosten für ärztliche Abrechnungen (Liquidationen), versichert, die den Gebührenordnungen und/oder den sonstigen Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung entsprechen. Die Kostenerstattung ist begrenzt auf den Betrag, der bei einer Behandlung in einem deutschen Krankenhaus mit dem höchsten Landesbasisfallwert, das dem Anwendungsbereich der BPIV oder dem KHEntG unterliegt, angefallen wäre. Behandlungen durch einen dem deutschen Belegarzt vergleichbaren Arzt werden bis zum Höchstsatz der deutschen GOÄ erstattet (und eine in der ärztlichen Abrechnung enthaltene, der deutschen Umsatzsteuer vergleichbare Steuer).</p>	<p>✔ Bei vorübergehendem Aufenthalt innerhalb der EU/ des EWR oder der Schweiz kann für die Dauer des Aufenthalts der Wegfall der Begrenzung auf den Höchstpreis der allgemeinen Krankenhausleistungen in Deutschland und auf die deutschen amtlichen Gebührenordnungen (wie GOÄ/GOZ) - ggf. gegen Zahlung eines Beitragszuschlages - vereinbart werden. Der Versicherer verpflichtet sich zum Abschluss dieser Vereinbarung, wenn sie spätestens innerhalb von 6 Monaten nach Antritt des Auslandsaufenthaltes beantragt wird. Wird dieser Antrag nach Antritt des Auslandsaufenthaltes gestellt, beginnt die Vereinbarung zum Ersten des auf den Antrag folgenden Monats, es sei denn, der Versicherungsnehmer beantragt einen späteren Beginn.</p>	<p>✘ Nein, bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ist die Fortsetzung möglich, Leistung max. wie in Deutschland.</p>	<p>✔ Bei Wohnsitzverlegung in einen anderen Staat Europas (hierzu werden auch die außereuropäischen Teile der Türkei und Russlands gezählt) kann durch Besondere Bedingungen (angemessener Beitragszuschlag) die volle tarifliche Leistung ohne Begrenzung auf die Bundespflegesatzverordnung (BPIV), auf das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) oder auf die deutschen amtlichen Gebührenordnungen gemäß der Tarifbedingung vereinbart werden. Ansonsten ist der Versicherer höchstens zu den Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.</p>	<p>✘ Nein, bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ist die Fortsetzung möglich, Leistung max. wie in Deutschland.</p>

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Arag K1200 FlexiPro PVN	Süddeutsche AM31 S3 Z6SB PPN	Hallesche PRIMO.SB 3 Z URZ JOKER.flex PVN	Universa uni-introPrivat 300 uni-ZZ PVN	HanseMerkur KVS3 CLINICA CLINICU PVN	Universa uni-introPrivat 300 PVN
Monatsbeitrag:	308,58 €	377,57 €	255,43 €	356,58 €	264,41 €	345,34 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	80 %	69 %	69 %	67 %	68 %	64 %
- besteht bei dauerhafter Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa volle tarifl. Leistung? (Keine Begrenzung auf Kosten wie in Deutschland)	<p>✔ Die ARAG wird sich bei einer Verlegung des Aufenthaltes innerhalb der EU nicht auf das Kürzungsrecht auf das inländische Kostenniveau berufen (da das deutsche Gesundheitssystem mit das teuerste und aufwändigste innerhalb der EU ist (Punkt 15 der Erläuterungen zum Versicherungsschutz Unisex - Bestandteil der Bedingungen)).</p>	<p>✘ AM31: Nein. Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU/des EWR sind die Kosten für ärztliche Abrechnungen (Liquidationen) versichert, die der geltenden Gebührenordnung für den jeweiligen Behandelnden und/oder den sonstigen Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung entsprechen - max. bis zu dem Betrag, der bei einer Behandlung in Deutschland angefallen wäre; für ärztliche ambulante Behandlung max. bis zum 3,5-fachen GOÄ-Satz. Eine in der ärztlichen Abrechnung enthaltene, der deutschen Umsatzsteuer vergleichbare Steuer wird erstattet. Z6SB: Nein. Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU/des EWR sind die Kosten für ärztliche Abrechnungen (Liquidationen) versichert, die der geltenden Gebührenordnung für den jeweiligen Behandelnden und/oder den sonstigen Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung entsprechen - max. bis zu den Höchstsätzen der deutschen GOÄ und GOZ. Eine in der ärztlichen Abrechnung enthaltene, der deutschen Umsatzsteuer vergleichbare Steuer wird erstattet. S3: Nein. Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU/des EWR sind - auch bei Entbindung - die Kosten für ärztliche Abrechnungen (Liquidationen), versichert, die den Gebührenordnungen und/oder den sonstigen Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung entsprechen. Die Kostenerstattung ist begrenzt auf den Betrag, der bei einer Behandlung in einem deutschen Krankenhaus mit dem höchsten Landesbasisfallwert, das dem Anwendungsbereich der BPIV oder dem KHEntG unterliegt, angefallen wäre. Behandlungen durch einen dem deutschen Belegarzt vergleichbaren Arzt werden bis zum Höchstsatz der deutschen GOÄ erstattet (und eine in der ärztlichen Abrechnung enthaltene, der deutschen Umsatzsteuer vergleichbare Steuer).</p>	<p>✔ Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU/des EWR oder der Schweiz kann auf Antrag die Vereinbarung (s. vorheriger Punkt) für die Dauer des gewöhnlichen Aufenthaltes fortgeführt oder erstmals – rückwirkend zum Zeitpunkt der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes – vereinbart werden. Dabei erfolgt keine Begrenzung auf die Leistungen, die der Versicherer bei einem Aufenthalt in Inland zu erbringen hätte. Der Antrag ist spätestens innerhalb von 6 Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes beim Versicherer zu stellen.</p>	<p>✘ Nein, bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ist die Fortsetzung möglich, Leistung max. wie in Deutschland.</p>	<p>✔ Bei Wohnsitzverlegung in einen anderen Staat Europas (hierzu werden auch die außereuropäischen Teile der Türkei und Russlands gezählt) kann durch Besondere Bedingungen (angemessener Beitragszuschlag) die volle tarifliche Leistung ohne Begrenzung auf die Bundespflegesatzverordnung (BPIV), auf das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) oder auf die deutschen amtlichen Gebührenordnungen gemäß der Tarifbedingung vereinbart werden. Ansonsten ist der Versicherer höchstens zu den Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.</p>	<p>✘ Nein, bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ist die Fortsetzung möglich, Leistung max. wie in Deutschland.</p>

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Arag K1200 FlexiPro PVN	Süddeutsche AM31 S3 Z6SB PPN	Hallesche PRIMO.SB 3 Z URZ JOKER.flex PVN	Universa uni-introPrivat 300 uni-ZZ PVN	HanseMerkur KVS3 CLINICA CLINICU PVN	Universa uni-introPrivat 300 PVN
Monatsbeitrag:	308,58 €	377,57 €	255,43 €	356,58 €	264,41 €	345,34 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	80 %	69 %	69 %	67 %	68 %	64 %
- Wohnsitzverlegung in das außereuropäische Ausland möglich?	<p>✔ Bei vorübergehenden Aufenthalten (vier Monate bis fünf Jahre) kann der Vertrag (in eine Anwartschaft umgewandelt oder) mit Beitragszuschlag fortgeführt werden - ein entsprechender Antrag ist spätestens 14 Tage vor Beginn der Auslandsreise schriftlich zu stellen. Der Versicherungsschutz kann durch eine anders lautende Vereinbarung über die Dauer hinaus fortgesetzt werden.</p> <p>Bei dauerhafter Verlegung endet das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es auf Grund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.</p>	<p>✔ Z6SB: Ja. Bei Wohnsitzverlegung (es werden mehr als 182 Tage zusammenhängend in einem Staat außerhalb der EU/des EWR verbracht (vorübergehende Unterbrechungen zählen dabei mit zu dem Aufenthalt im Ausland)) kann das Vertragsverhältnis fortgesetzt werden; der Versicherer darf dann aber ab dem 183. Tag einen länderspezifischen Beitragszuschlag erheben, ansonsten endet das Versicherungsverhältnis oder kann in eine Anwartschaft umgestellt werden.</p> <p>Versichert sind die Kosten für ärztliche Abrechnungen (Liquidationen) versichert, die der geltenden Gebührenordnung für den jeweiligen Behandelnden und/oder den sonstigen Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung entsprechen - max. bis zu den Höchstsätzen der deutschen GOÄ und GOZ.</p> <p>S3: Ja. Bei Wohnsitzverlegung (es werden mehr als 182 Tage zusammenhängend in einem Staat außerhalb der EU/des EWR verbracht (vorübergehende Unterbrechungen zählen dabei mit zu dem Aufenthalt im Ausland)) kann das Vertragsverhältnis fortgesetzt werden; der Versicherer darf dann aber ab dem 183. Tag einen länderspezifischen Beitragszuschlag erheben, ansonsten endet das Versicherungsverhältnis oder kann in eine Anwartschaft umgestellt werden.</p> <p>Versichert sind - auch bei Entbindung - die Kosten für ärztliche Abrechnungen (Liquidationen), die den Gebührenordnungen und/oder den sonstigen Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung entsprechen. Die Kostenerstattung ist begrenzt auf den Betrag, der bei einer Behandlung in einem deutschen Krankenhaus mit dem höchsten Landesbasisfallwert, das dem Anwendungsbereich der BPIV oder dem KHEntG unterliegt, angefallen wäre. Behandlungen durch einen dem deutschen Belegarzt vergleichbaren Arzt werden bis zum Höchstsatz der deutschen GOÄ erstattet.</p> <p>AM31: Ja. Bei Wohnsitzverlegung (es werden mehr als 182 Tage zusammenhängend in einem Staat außerhalb der EU/des EWR verbracht (vorübergehende Unterbrechungen zählen dabei mit zu dem Aufenthalt im Ausland)) kann das Vertragsverhältnis fortgesetzt werden; der Versicherer darf dann aber ab dem 183. Tag einen länderspezifischen Beitragszuschlag erheben, ansonsten endet das Versicherungsverhältnis oder kann in eine Anwartschaft umgestellt werden.</p> <p>Versichert sind die Kosten für ärztliche Abrechnungen (Liquidationen), die der geltenden Gebührenordnung für den jeweiligen Behandelnden und/oder den sonstigen Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung entsprechen - max. bis zu dem Betrag, der bei einer Behandlung in Deutschland angefallen wäre; für ärztliche ambulante Behandlung max. bis zum 3,5-fachen GOÄ-Satz.</p>	<p>Nur unter Vorbehalt: Bei Verlegung kann der Vertrag aufgrund besonderer Vereinbarung - ggf. mit angemessenem Beitragszuschlag - fortgesetzt werden. Bei nur vorübergehender Verlegung kann die Umwandlung in eine Anwartschaft verlangt werden.</p>	<p>✔ s. Leistungspunkt "Weltweiter Versicherungsschutz mind. Monate" (Vertragsfortführung möglich, ggf. gegen Beitragszuschlag/mit Befristung der Verlängerung; ohne Vereinbarung 50% der tariflichen Leistungen).</p> <p>Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.</p>	<p>Nur unter Vorbehalt: Bei Verlegung kann der Vertrag aufgrund besonderer Vereinbarung - ggf. mit angemessenem Beitragszuschlag - fortgesetzt werden. Bei nur vorübergehender Verlegung kann die Umwandlung in Anwartschaft verlangt werden.</p>	<p>✔ s. Leistungspunkt "Weltweiter Versicherungsschutz mind. Monate" (Vertragsfortführung möglich, ggf. gegen Beitragszuschlag/mit Befristung der Verlängerung; ohne Vereinbarung 50% der tariflichen Leistungen).</p> <p>Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.</p>









Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Arag K1200 FlexiPro PVN	Süddeutsche AM31 S3 Z6SB PPN	Hallesche PRIMO.SB 3 Z URZ JOKER.flex PVN	Univera uni-introPrivat 300 uni-ZZ PVN	HanseMerkur KVS3 CLINICA CLINICU PVN	Univera uni-introPrivat 300 PVN
Monatsbeitrag:	308,58 €	377,57 €	255,43 €	356,58 €	264,41 €	345,34 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	80 %	69 %	69 %	67 %	68 %	64 %
Optionsrecht auf Höhrversicherung						
- Optionsrecht auf Höhrversicherung in bessere Tarife?	<p>✔ FlexiPro: Optionsrecht auf Umstellung in andere Tarife der Krankheitskostenvollversicherung mit höherwertigem Leistungsversprechen enthalten. K1200: Optionsrecht auf Höhrversicherung enthalten.</p>	<p>✔ S3, Z6SB, AM31: Optionsrecht auf Höhrversicherung enthalten. Hinweis: Z6SB: Der Versicherungsnehmer kann die Höhe der Selbstbeteiligung immer zum 1. des nächsten Monats ändern lassen. AM31: Die Höhe der Selbstbeteiligung kann immer zum 1. des nächsten Monats geändert werden - auf Antrag in Textform (Brief, E-Mail, Fax).</p>	<p>✔ JOKER.flex: Versicherungsfähig sind Personen, sofern sie bei der Halleschen gleichzeitig eine Krankheitskostenvollversicherung oder der Beihilfe-Restkostenversicherung abschließen. PRIMOSB 3 Z: Die versicherte Person hat nach Ablauf des dritten Versicherungsjahres seit Versicherungsbeginn in Tarif PRIMO zum 1. Januar des folgenden Kalenderjahres folgende Optionen innerhalb des Tarifs PRIMO: - Der Versicherungsschutz kann auf eine niedrigere Selbstbehaltstufe umgestellt werden. - Besteht die Tarifstufe PRIMO (Allgemeine Krankenhausleistungen), so kann auf die Tarifstufe PRIMO plus mit Privatarzt und Zweibettzimmer umgestellt werden. Bei Umstellung innerhalb der Elternzeit auf eine höhere SB-Stufe, kann innerhalb von 2 Monaten nach Ende der Elternzeit auf Antrag der Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung u. Wartezeiten in die alte SB-Stufe zurückgestellt werden.</p>	<p>✔ Ja, es besteht ein Optionsrecht auf Höhrversicherung (und ein Optionsrecht auf Nachversicherung wahlweise eines Tarifes für eine Krankenhaustagegeldversicherung oder eine Pflegegeldversicherung mit max. 60 EUR Tagegeldleistung ohne erneute Wartezeiten/ Gesundheitsprüfung, sofern das Optionsrecht auf Höhrversicherung nicht wahrgenommen wird).</p>	<p>✔ Der Tarif ermöglicht einen einmaligen Wechsel in einen höheren Versicherungsschutz zu festgelegten Zeitpunkten. Auf eventuelle Risikozuschläge ist zu achten.</p>	<p>✔ Ja, es besteht ein Optionsrecht auf Höhrversicherung (und ein Optionsrecht auf Nachversicherung wahlweise eines Tarifes für eine Krankenhaustagegeldversicherung oder eine Pflegegeldversicherung mit max. 60 EUR Tagegeldleistung ohne erneute Wartezeiten/ Gesundheitsprüfung, sofern das Optionsrecht auf Höhrversicherung nicht wahrgenommen wird).</p>
Option - Anzahl der Zeitpunkte, an denen das Optionsrecht ausgeübt werden kann (ohne bestimmte Anlässe)?	<p>✔ Zum 01.01. des 6. Versicherungsjahres hat die versicherte Person das Recht auf Umstellung ihres Versicherungsschutzes in höherwertige Kostentariife des Versicherers ohne Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten, sofern sie im Jahr des Abschlusses von Tarif K bereits ihr 21. Lebensjahr vollendet hat. Für jüngere Personen (Kinder und Jugendliche bei Abschluss des Tarifs K) besteht die Möglichkeit zur Umstellung nur gleichzeitig mit der Ausübung der Option mindestens eines Elternteils. Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Hinweis: FlexiPro: Das Optionsrecht kann zum 1. Januar eines Jahres ausgeübt werden; die Umstellung muss vor dem Umstellungstermin in Textform beim Versicherer beantragt werden. Die Versicherung endet zu dem Zeitpunkt, zu dem das Optionsrecht wahrgenommen wird, spätestens jedoch mit Ablauf des 10. Kalenderjahres seit Versicherungsbeginn des Tarifs FlexiPro (bzw. mit Ablauf des Kalendermonats, in dem das 50. Lebensjahr vollendet wird).</p>	<p>✔ S3, Z6SB, AM31: Bei Erreichen des 30., 35., 40., 45. oder 50. Lebensjahres kann der Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung in einen Tarif mit höheren oder umfassenderen Leistungen umgestellt werden. Termin der Umstellung ist der 1. des Geburtsmonats; Antragsstellung mindestens 6 Monate vor dem gewünschten Termin. Der höhere oder umfassendere Versicherungsschutz wird auch für laufende Versicherungsfälle zum Termin der Umstellung wirksam. Hinweis: S3, Z6SB, AM31: 5 feste Optionszeitpunkte bei einem Eintrittsalter < 30.</p>	<p>✔ PRIMOSB 3 Z: Die versicherte Person hat nach Ablauf des dritten Versicherungsjahres seit Versicherungsbeginn in Tarif PRIMO zum 1. Januar des folgenden Kalenderjahres folgende Optionen innerhalb des Tarifs PRIMO: - Der Versicherungsschutz kann auf eine niedrigere Selbstbehaltstufe umgestellt werden. - Besteht die Tarifstufe PRIMO (Allgemeine Krankenhausleistungen), so kann auf die Tarifstufe PRIMO plus mit Privatarzt und Zweibettzimmer umgestellt werden. JOKER.flex: Das Optionsrecht kann im Basistarif 18 Monate nach Versicherungsbeginn, ansonsten nach Ablauf des 3 oder 5 vollen Kalenderjahres zum 1. des Folgejahres ausgeübt werden.</p>	<p>✔ (Optionszeitpunkte für die Nachversicherung: - zum Monatsersten nach Ablauf von 3 Jahren ab Beginn, sofern dieser Stichtag nach Vollendung des 50. Lebensjahres der versicherten Person liegt - zum Monatsersten nach Ablauf von 8 oder 13 Jahren oder danach kontinuierlich nach jeweils weiteren fünf Jahren, je nachdem, welcher Terminer als letzter vor der Vollendung des 50. Lebensjahres der versicherten Person liegt.) Hinweis: Optionszeitpunkte für die Höhrversicherung: - einer (altersunabhängig): zum Monatsersten nach Ablauf von 3 Jahren ab Beginn - mehrere (vor Vollendung des 50. Lebensjahres der versicherten Person): zum Monatsersten nach Ablauf von 8 bzw. 13 Jahren ab Beginn und dann kontinuierlich nach jeweils weiteren fünf Jahren.</p>	<p>✔ Der Versicherte darf einmalig entweder im 4., 6., oder 8. Versicherungsjahr - gerechnet ab Versicherungsbeginn - zu erleichterten Bedingungen in einen höherwertigen Versicherungsschutz wechseln.</p>	<p>✔ (Optionszeitpunkte für die Nachversicherung: - zum Monatsersten nach Ablauf von 3 Jahren ab Beginn, sofern dieser Stichtag nach Vollendung des 50. Lebensjahres der versicherten Person liegt - zum Monatsersten nach Ablauf von 8 oder 13 Jahren oder danach kontinuierlich nach jeweils weiteren fünf Jahren, je nachdem, welcher Terminer als letzter vor der Vollendung des 50. Lebensjahres der versicherten Person liegt.) Hinweis: Optionszeitpunkte für die Höhrversicherung: - einer (altersunabhängig): zum Monatsersten nach Ablauf von 3 Jahren ab Beginn - mehrere (vor Vollendung des 50. Lebensjahres der versicherten Person): zum Monatsersten nach Ablauf von 8 bzw. 13 Jahren ab Beginn und dann kontinuierlich nach jeweils weiteren fünf Jahren.</p>

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Arag K1200 FlexiPro PVN	Süddeutsche AM31 S3 Z6SB PPN	Hallesche PRIMO.SB 3 Z URZ JOKER.flex PVN	Universa uni-introPrivat 300 uni-ZZ PVN	HanseMerkur KVS3 CLINICA CLINICU PVN	Universa uni-introPrivat 300 PVN
Monatsbeitrag:	308,58 €	377,57 €	255,43 €	356,58 €	264,41 €	345,34 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	80 %	69 %	69 %	67 %	68 %	64 %
Option - beinhaltet der Tarif ein anlassbezogenes Optionsrecht (z.B. bei Heirat, Ausbildungsende)?	 FlexiPro: Es ist kein anlassbezogenes Optionsrecht auf Höherversicherung enthalten. K1200: Ein während der Elternzeit reduzierter Versicherungsschutz kann nach deren Beendigung wieder bis zum ursprünglichen Umfang erhöht werden – ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne erneute Wartezeiten (Beantragung innerhalb von zwei Monaten nach Ende Elternzeit).	 S3, Z6SB, AM31: Ja, das Optionsrecht kann auch zu folgenden Ereignissen ausgeübt werden: <ul style="list-style-type: none"> - bei Entsendung ins Ausland, wenn der Auslandsaufenthalt an die berufliche Tätigkeit gebunden ist, - bei Aufenthalt im Ausland, die länger als 182 Tage zusammenhängend dauern, - einmalig bei einem Wechsel zwischen einem Angestelltenverhältnis und einer selbständigen Tätigkeit, - je einmalig bei Beginn oder Abschluss der Berufsausbildung oder eines Studiums eines mitversicherten Kindes der versicherten Person, - bei Abschluss einer akademischen Weiterqualifizierung (z. B. Facharzt Ausbildung, Bachelor, Master, Staatsexamen), sofern eine der Ausbildung entsprechende berufliche Tätigkeit ausgeübt wird. - bei Heirat/Eintragung einer Lebenspartnerschaft, - bei Scheidung/Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, - bei Aufnahme einer Berufstätigkeit durch einen der Ehepartner/Lebenspartner, wenn beide Partner nach diesem Tarif versichert sind. Beide Partner haben das Recht auf eine Umwandlung des Tarifs, - bei einer Einkommenserhöhung von mindestens 20% innerhalb eines Kalenderjahres aus nichtselbständiger oder selbständiger Tätigkeit (bei Selbstständigen: Einkommensnachweis der letzten 3 Jahre erforderlich). Die Umstellung muss spätestens 2 Monate nach Eintritt des jeweiligen Ereignisses, welches nachzuweisen ist, beantragt werden. Der höhere oder umfassendere Versicherungsschutz wird auch für laufende Versicherungsfälle zum Termin der Umstellung wirksam. Hinweis: S3, Z6SB, AM31: Bei Elternzeit, Altersteilzeit, Pflegezeit, Arbeitslosigkeit oder Sabbatjahr kann auf Antrag der Versicherungsschutz in einen Tarif mit niedrigeren oder weniger Leistungen umgestellt werden - spätestens 2 Monate nach Eintritt des Ereignisses, welches nachgewiesen werden muss. Ist das Ereignis beendet, wird auf Verlangen des Versicherungsnehmers der Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung in den ursprünglichen Tarif umgestellt.	JOKER.flex, PRIMO.SB 3 Z: Es ist kein anlassbezogenes Optionsrecht auf Höherversicherung enthalten.	Nein, es besteht kein anlassbezogenes Optionsrecht.	Nein, es besteht kein anlassbezogenes Optionsrecht.	Nein, es besteht kein anlassbezogenes Optionsrecht.
Option - verzichtet der Tarif auf zusätzliche Risikozuschläge/Ausschlüsse für nach Versicherungsbeginn aufgetretene Erkrankungen?	 FlexiPro, K1200: Für Erkrankungen, die nach Versicherungsbeginn dieses Tarifes auftreten, werden bei Ausübung des Optionsrechtes keine zusätzlichen Risikozuschläge oder Ausschlüsse vereinbart.	 S3, Z6SB, AM31: Für Erkrankungen, die nach Versicherungsbeginn dieses Tarifes auftreten, werden bei Ausübung des Optionsrechtes keine zusätzlichen Risikozuschläge oder Ausschlüsse vereinbart.	 JOKER.flex, PRIMO.SB 3 Z: Für Erkrankungen, die nach Versicherungsbeginn dieses Tarifes auftreten, werden bei Ausübung des Optionsrechtes keine zusätzlichen Risikozuschläge oder Ausschlüsse vereinbart.	 Bei einem Wechsel zum 3. Optionstermin (nach Ablauf von 13 Jahren) kann der Versicherer einen Risikozuschlag von max. von 40% verlangen. Ab dem 4. Optionstermin ist ein Risikozuschlag von max. 60% möglich. Hinweis: Der Wechsel zum 1. und 2. Optionstermin (nach Ablauf von 3 bzw. 8 Jahren) ist ohne Gesundheitsprüfung möglich.	 Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Bei Umstellung im 4. Versicherungsjahr wird auf eine erneute Gesundheitsprüfung und auf Risikozuschläge aufgrund zwischenzeitlich neu aufgetretener Krankheiten verzichtet. Bei Umstellung im 6. Versicherungsjahr kann für hinzukommende Teile des Versicherungsschutzes ein Risikozuschlag von max. 50%, im 8. Jahr max 100% auf die Mehrleistung erhoben werden. Für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes sind keine Wartezeiten einzuhalten.	 Bei einem Wechsel zum 3. Optionstermin (nach Ablauf von 13 Jahren) kann der Versicherer einen Risikozuschlag von max. von 40% verlangen. Ab dem 4. Optionstermin ist ein Risikozuschlag von max. 60% möglich. Hinweis: Der Wechsel zum 1. und 2. Optionstermin (nach Ablauf von 3 bzw. 8 Jahren) ist ohne Gesundheitsprüfung möglich.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Arag K1200 FlexiPro PVN	Süddeutsche AM31 S3 Z6SB PPN	Hallesche PRIMO.SB 3 Z URZ JOKER.flex PVN	Universa uni-introPrivat 300 uni-ZZ PVN	HanseMerkur KVS3 CLINICA CLINICU PVN	Universa uni-introPrivat 300 PVN
Monatsbeitrag:	308,58 €	377,57 €	255,43 €	356,58 €	264,41 €	345,34 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	80 %	69 %	69 %	67 %	68 %	64 %
Option - gilt das Optionsrecht für die versicherte Person uneingeschränkt in alle möglichen Zieltarife des Versicherers?	✔ K1200: Ja, es gibt keine Beschränkung hinsichtlich der Zieltarife bei Ausübung der Option. FlexiPro: Ja, es gibt keine Beschränkung hinsichtlich der Zieltarife bei Ausübung der Option. (zum Ausübungszeitpunkt muss lediglich Versicherungsfähigkeit für die Zieltarife bestehen)	✔ S3: Ja, es gibt keine Beschränkung hinsichtlich der Zieltarife bei Ausübung der Option. Z6SB: Ja, es gibt keine grundsätzlichen Beschränkungen hinsichtlich der Zieltarife bei Ausübung der Option, nur allgemeine Voraussetzungen: - der gewünschte Tarif ist zu dem Wechselzeitpunkt für neue Versicherte geöffnet oder - der gewünschte Tarif ist im Teil IIz der allgemeinen Versicherungsbedingungen enthalten, - und die versicherte Person ist im gewünschten Tarif versicherungsfähig. AM31: Ja, es gibt keine grundsätzlichen Beschränkungen hinsichtlich der Zieltarife bei Ausübung der Option, nur allgemeine Voraussetzungen: - der gewünschte Tarif ist zu dem Wechselzeitpunkt für neue Versicherte geöffnet oder - der gewünschte Tarif ist im Teil IIa der allgemeinen Versicherungsbedingungen enthalten, - und die versicherte Person ist im gewünschten Tarif versicherungsfähig.	✔ JOKER.flex: Ja, es gibt keine Beschränkung hinsichtlich der Zieltarife bei Ausübung der Option. PRIMO.SB 3 Z: Die Option beinhaltet nur den Wechsel innerhalb der PRIMO-Tarife.	✔ Eine Umstellung ist in alle verkaufsoffenen Tarife möglich (Stand 04.2014).	✔ Ja, es gibt keine Beschränkung hinsichtlich der Zieltarife bei Ausübung der Option.	✔ Eine Umstellung ist in alle verkaufsoffenen Tarife möglich (Stand 04.2014).
Option - gilt das Optionsrecht auch für über Kindermachversicherung versicherte Personen?	✔ K1200: Ja, das Optionsrecht gilt auch für eine im Rahmen einer Kindermachversicherung versicherten Person, aber nur gleichzeitig mit der Ausübung der Option mindestens eines Elternteils. FlexiPro: Ja, für mitversicherte Personen (z. B. mitversicherte Kinder) gelten die gleichen Optionsrechte wie für die erste versicherte Person.	✔ S3, Z6SB, AM31: Ja, der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass auch ein mitversichertes Kind in einen Tarif mit höheren oder umfassenderen Leistungen ohne Gesundheitsprüfung umgestellt wird. - gemeinsam mit einem versicherten Elternteil, - einmalig bei Abschluss der Schulausbildung, - je einmalig bei Beginn oder Abschluss einer Berufsausbildung oder eines Studiums. Die Umstellung muss spätestens 2 Monate nach Eintritt des Ereignisses beantragt werden.	✔ JOKER.flex, PRIMO.SB 3 Z: Ja, für mitversicherte Personen (z.B. mitversicherte Kinder) gelten die gleichen Optionsrechte wie für die erste versicherte Person.	Nein. Das Optionsrecht gilt nicht für Personen, die im Rahmen der Kindermachversicherung versichert wurden.	✔ Ja, für mitversicherte Personen (z.B. mitversicherte Kinder) gelten die gleichen Optionsrechte wie für die erste versicherte Person.	Nein. Das Optionsrecht gilt nicht für Personen, die im Rahmen der Kindermachversicherung versichert wurden.
Option - gilt die Option uneingeschränkt auch dann, sofern die VP bereits vorher in einem anderen Tarif des VR versichert war?	⚠ Nein. Vor Abschluss von Tarif K darf für die versicherte Person, mit Ausnahme von Tarif E, keine andere Krankheitskosten-Vollversicherung beim Versicherer bestanden haben. Hinweis: FlexiPro: Das Optionsrecht besteht auch, wenn vor Abschluss dieses Tarifs für die versicherte Person eine andere Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer bestanden hat.	✔ S3, Z6SB, AM31: Das Optionsrecht besteht auch, wenn vor Abschluss dieses Tarifs für die versicherte Person eine andere Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer bestanden hat.	✔ JOKER.flex, PRIMO.SB 3 Z: Das Optionsrecht besteht auch, wenn vor Abschluss dieses Tarifs für die versicherte Person eine andere Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer bestanden hat.	Sofern vor Abschluss dieses Tarifs für die versicherte Person eine andere Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer bestanden hat, gilt das Optionsrecht nicht (eine Krankheitskostenvollversicherung, die zuvor beim Versicherer ausschließlich in Form einer Anwartschaftsversicherung geführt wurde oder ein anderer Tarif mit Anrecht auf eine substitutive Krankheitskostenvollversicherung zählt nicht als Vorversicherung).	✔ Das Optionsrecht besteht auch, wenn vor Abschluss dieses Tarifs für die versicherte Person eine andere Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer bestanden hat.	Sofern vor Abschluss dieses Tarifs für die versicherte Person eine andere Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer bestanden hat, gilt das Optionsrecht nicht (eine Krankheitskostenvollversicherung, die zuvor beim Versicherer ausschließlich in Form einer Anwartschaftsversicherung geführt wurde oder ein anderer Tarif mit Anrecht auf eine substitutive Krankheitskostenvollversicherung zählt nicht als Vorversicherung).
Option - bis zu welchem Alter besteht das Optionsrecht?	✔ Das Optionsrecht kann ohne festgelegte Altersgrenze ausgeübt werden. Hinweis: FlexiPro: Die Versicherung endet spätestens mit Ablauf des Kalendermonats, in dem das 50. Lebensjahr vollendet wird (bzw. mit Ablauf des 10. Kalenderjahres seit Versicherungsbeginn des Tarifs FlexiPro).	✔ S3, Z6SB, AM31: Das "normale" Optionsrecht muss spätestens zum 50. Lebensjahr ausgeübt werden. Hinweis: S3, Z6SB, AM31: Das anlassbezogene Optionsrecht kann ohne festgelegte Altersgrenze ausgeübt werden.	✔ JOKER.flex: Das Optionsrecht kann bis zum 50. Lebensjahr ausgeübt werden. Diese Option kann ausgeübt werden bei bestehendem Versicherungsschutz im Basistarif der HALLESCHER 18 Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes im Basistarif. PRIMO.SB 3 Z: Das Optionsrecht kann ohne festgelegte Altersgrenze ausgeübt werden.	⚠ Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Das erste Optionsrecht (nach Ablauf von drei Jahren) kann altersunabhängig ausgeübt werden, die weiteren Optionsrechte nur vor Vollendung des 50. Lebensjahres.	✔ Das Optionsrecht kann ohne festgelegte Altersgrenze ausgeübt werden.	⚠ Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Das erste Optionsrecht (nach Ablauf von drei Jahren) kann altersunabhängig ausgeübt werden, die weiteren Optionsrechte nur vor Vollendung des 50. Lebensjahres.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Arag K1200 FlexiPro PVN	Süddeutsche AM31 S3 Z6SB PPN	Hallesche PRIMO.SB 3 Z URZ JOKER.flex PVN	Universa uni-introPrivat 300 uni-ZZ PVN	HanseMerkur KVS3 CLINICA CLINICU PVN	Universa uni-introPrivat 300 PVN
Monatsbeitrag:	308,58 €	377,57 €	255,43 €	356,58 €	264,41 €	345,34 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	80 %	69 %	69 %	67 %	68 %	64 %
- Reha / Anschlussreha (Anschlussheilbehandlung (AHB), Anschlussgesundheitsmaßnahme (AGM))						
Reha-/AHB-Regelungen (Leistungen) des VR gem. Bedingungen	<p>✔ "Erläuterungen zum Versicherungsschutz Unisex", Punkt 10 (Bestandteil der Bedingungen): Bei bestimmten Krankheitsbildern schließen sich an die akute Krankenhausbehandlung weitere stat. Behandlungsmaßnahmen an, die erforderlich sind, um die Krankheit zu heilen/zu bessern/eine Verschlimmerung zu verhindern. Solche AHB können in darauf spezialisierten Häusern oft besser und ggf. auch kostengünstiger durchgeführt werden als in der Akutklinik. Zumeist handelt es sich um "gemischte Krankenanstalten".</p> <p>Eine AHB kann in die Leistungspflicht des Versicherers fallen, wenn diese im unmittelbaren Anschluss an einen stat. Aufenthalt in einer Akutklinik erfolgt und es aus medizinischen Gründen notwendig ist, die Maßnahme unter stat. Bedingungen durchzuführen. Es muss ein enger zeitlicher Bezug zum Klinikaufenthalt gegeben sein (max. 2 Wochen, je nach medizinischer Indikation ggf. auch länger).</p> <p>Entscheidend für die Leistungspflicht ist der Inhalt der Behandlung: Überwiegt der Charakter der Heilbehandlung, so ist der Versicherer leistungspflichtig.</p> <p>Für eine vom Krankenhausarzt veranlasste medizinisch notwendige AHB, die im Anschluss an eine leistungspflichtige Krankenhausbehandlung erfolgt und die oben beschriebenen Anforderungen erfüllt, werden die tariflichen Leistungen für stat. Heilbehandlung gewährt. Weitere Voraussetzung: Es muss vor AHB-Beginn bei einem gesetzlichen Rehabilitationsträger, sofern dieser dem Grunde nach leistungspflichtig ist, ein Leistungsantrag gestellt und beschieden werden. Bewilligte Leistungen sind vorrangig in Anspruch zu nehmen; in diesem Fall besteht kein darüber hinausgehender Leistungsanspruch gegenüber der ARAG.</p> <p>Weil die Abgrenzung einer AHB gegenüber einer Kurbehandlung für den Laien nicht ohne Weiteres erkennbar ist, empfiehlt die ARAG, ihre vorherige schriftliche Leistungszusage einzuholen; andernfalls prüft sie den Erstattungsanspruch auch im Nachhinein.</p>	<p>✔ S3: Versichert ist die medizinisch notwendige stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB), sofern sie innerhalb von 28 Tagen nach einer Behandlung im Krankenhaus beginnt. Ist ein Beginn innerhalb dieser Zeit aus medizinischen Gründen nicht möglich, prüft der Versicherer die Gründe und sagt bei einer medizinisch notwendigen AHB die Leistungen auch für einen späteren Beginn zu.</p> <p>Dauert die AHB voraussichtlich länger als 4 Wochen, gilt: Für die Leistung ab der 5. Woche ist eine schriftliche Zusage des Versicherers erforderlich; er empfiehlt, die Zusage vor Ablauf der ersten 4 Wochen einzuholen. Wenn die Verlängerung medizinisch notwendig ist, sagt der Versicherer die Leistung zu.</p> <p>Versichert sind auch stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation.</p> <p>Keine Kostenerstattung, wenn andere Kostenträger (z. B. ein Rentenversicherungsträger) leisten müssen.</p> <p>AM31: Versichert ist die medizinisch notwendige ambulante Anschlussheilbehandlung (AHB), sofern sie innerhalb von 28 Tagen nach einer Behandlung im Krankenhaus beginnt. Ist ein Beginn innerhalb dieser Zeit aus medizinischen Gründen nicht möglich, prüft der Versicherer die Gründe und sagt bei einer medizinisch notwendigen AHB die Leistungen auch für einen späteren Beginn zu.</p> <p>Dauert die AHB voraussichtlich länger als 4 Wochen, gilt: Für die Leistung ab der 5. Woche ist eine schriftliche Zusage des Versicherers erforderlich; er empfiehlt, die Zusage vor Ablauf der ersten 4 Wochen einzuholen. Wenn die Verlängerung medizinisch notwendig ist, sagt der Versicherer die Leistung zu.</p> <p>Versichert sind auch ambulante Maßnahmen zur Rehabilitation.</p> <p>Keine Kostenerstattung, wenn andere Kostenträger (z. B. ein Rentenversicherungsträger) leisten müssen.</p>	<p>✔ Teil II der AVB (§ 5 II 7) TB/KK 2013) Ambulante und stationäre medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlungen (AHB): Tariflicher Leistungsanspruch</p> <p>- wenn der Versicherer vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Zusage erteilt hat oder</p> <p>- 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/zu bewilligende Leistungen sind vorrangig in Anspruch zu nehmen/ werden angerechnet).</p>	<p>✔ Aufwendungen für Anschlussheilbehandlungen (AHB) sind im tariflichen Rahmen erstattungsfähig, wenn hinsichtlich der Maßnahme kein gesetzlicher Rehabilitationsträger in Anspruch genommen werden kann.</p> <p>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.</p>	<p>✔ zu § 4 (5) MB/KK 2009: b) Abweichend von § 4 Abs. 5 MB/KK 2009 werden Leistungen für dort beschriebene Krankenanstalten auch ohne vorherige Zusage des Versicherers in vertraglichem Umfang erbracht, (...)</p> <p>3. wenn es sich um eine medizinisch notwendige stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB) handelt, die innerhalb von 2 Wochen nach der stationären Akutbehandlung angetreten wurde und die aufgrund einer der folgenden Indikationen medizinisch notwendig war:</p> <p>Bypass-Operation am Herzen, akuter Herzinfarkt, Operation am offenen Herzen, Wirbelsäulen-Operation, Schlaganfall, Gelenkersatz mit Knie- oder Hüftgelenkprothesen, Nagelung von Oberschenkelhalsbrüchen oder bösartige Neubildung (AHB nach Operation, Chemotherapie bzw. Strahlentherapie), sofern kein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger besteht.</p> <p>Sofern der Tarif nichts anderes vorsieht, können die in Tarifbedingung b) Nummer 3 zu § 4 Abs. 5 MB/KK 2009 genannten Leistungen unter den dort genannten Voraussetzungen auch ambulante oder teilstationär erbracht werden. Zusätzlich werden ambulante Rehabilitationsmaßnahmen bei einer Polyneuropathie, einer Multiplen Sklerose und Gefäßoperationen tariflich erstattet. Leistungen anderer Kostenträger, die zunächst in Anspruch zu nehmen sind, werden bei allen Rehabilitationsmaßnahmen in Abzug gebracht. Besteht eine medizinische Notwendigkeit für einen Transport, werden die hierdurch entstehenden Aufwendungen für eine ambulante oder teilstationäre Rehabilitation im tariflichen Umfang bis zu einem Gesamtbetrag von 1.000 EUR anerkannt; bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen sind diese Aufwendungen auf den Betrag beschränkt, der für die Fahrt in die nächstgelegene geeignete Einrichtung und zurück anfällt.</p>	<p>✔ Aufwendungen für Anschlussheilbehandlungen (AHB) sind im tariflichen Rahmen erstattungsfähig, wenn hinsichtlich der Maßnahme kein gesetzlicher Rehabilitationsträger in Anspruch genommen werden kann.</p> <p>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.</p>
Erstattung verbleibender stationärer Wahlleistungen unabhängig von evtl. Kostenübernahme durch Rehaträger?	Nein. Ein Erstattungsanspruch besteht nur, wenn kein gesetzlicher Rehaträger in Anspruch genommen werden kann.	S3: Nein. In diesem Tarif sind keine Wahlleistungen versichert. AM31: ambulanter Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	Nein. In diesem Tarif sind keine Wahlleistungen versichert.	Nein. In diesem Tarif sind keine Wahlleistungen versichert.	Nein. In diesem Tarif sind keine Wahlleistungen versichert.	Nein. In diesem Tarif sind keine Wahlleistungen versichert.
Ambulante Anschlussreha/ (AHB / AGM) mitversichert?	Nein. Keine Leistung vorhanden.	✔ AM31: Ja. Leistung vorhanden, s. o. S3: stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.
Stationäre Anschlussreha/ (AHB / AGM) mitversichert?	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ S3: Ja. Leistung vorhanden, s. o. AM31: ambulanter Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Arag K1200 FlexiPro PVN	Süddeutsche AM31 S3 Z6SB PPN	Hallesche PRIMO.SB 3 Z URZ JOKER.flex PVN	Universa uni-introPrivat 300 uni-ZZ PVN	HanseMercur KVS3 CLINICA CLINICU PVN	Universa uni-introPrivat 300 PVN
Monatsbeitrag:	308,58 €	377,57 €	255,43 €	356,58 €	264,41 €	345,34 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	80 %	69 %	69 %	67 %	68 %	64 %
Anschlussreha (AHB / AGM) ohne übliche Einschränkungen?	Nein. Es werden nur stationäre AHB erstattet, und auch die nur, wenn es aus medizinischen Gründen notwendig ist, die Maßnahme unter stationären Bedingungen durchzuführen.	✔ S3, AM31: Ja. Keine üblichen Einschränkungen.	✔ Ja. Keine üblichen Einschränkungen.	✔ Ja. Keine üblichen Einschränkungen.	Nein. Ambulante und (teil-)stationäre AHB (in "gemischten Krankenanstalten") sind nur bei bestimmten Diagnosen erstattungsfähig.	✔ Ja. Keine üblichen Einschränkungen.
Sonstige ambulante Reha-Maßnahmen mitversichert?	Nein. Keine Leistung vorhanden.	✔ AM31: Ja. Leistung vorhanden, s. o. S3: stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	Nein. Keine Leistung vorhanden.	Nein. Keine Leistung vorhanden.	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.	Nein. Keine Leistung vorhanden.
Sonstige stationäre Reha-Maßnahmen mitversichert?	Nein. Keine Leistung vorhanden.	✔ S3: Ja. Leistung vorhanden, s. o. AM31: ambulanter Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	Nein. Keine Leistung vorhanden.	Nein. Keine Leistung vorhanden.	Nein. Keine Leistung vorhanden.	Nein. Keine Leistung vorhanden.
Sonstige ambulante und stationäre Reha-Maßnahmen ohne übliche Einschränkungen?	Nein. Sonstige Reha-Maßnahmen sind nicht mitversichert.	✔ S3, AM31: Ja. Keine üblichen Einschränkungen.	Nein. Sonstige Reha-Maßnahmen sind nicht mitversichert.	Nein. Sonstige Reha-Maßnahmen sind nicht mitversichert.	Nein. Es werden nur ambulante Reha-Maßnahmen - bei bestimmten Diagnosen - erstattet.	Nein. Sonstige Reha-Maßnahmen sind nicht mitversichert.
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag						
- Entziehungsmaßnahmen - 100% Erstattung/mind. 3 Maßnahmen?	Erstattet werden während der gesamten Vertragslaufzeit insgesamt höchstens drei ambulante/stationäre Entwöhnungsbehandlungen (ausgenommen Nikotinsucht) abzüglich einer Selbstbeteiligung von 30%, soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist und vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Leistungszusage erteilt wurde. Bei stationären Maßnahmen werden max. die allgemeinen Krankenhausleistungen übernommen (abzgl. Selbstbeteiligung).	✔ S3: Versichert sind insgesamt drei stationäre (und ambulante) Maßnahmen zur Entwöhnung - pro Diagnose (keine Nikotinsucht), sofern kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist (z. B. Rentenversicherungsträger). AM31: Versichert sind insgesamt drei ambulante (und stationäre) Maßnahmen zur Entwöhnung - pro Diagnose (keine Nikotinsucht), sofern kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist (z. B. Rentenversicherungsträger).	✔ Nach vorheriger schriftlicher Zusage wird bei den ersten drei ambulanten oder stationären Entziehungsmaßnahmen für stoffgebundene Suchterkrankungen (keine Nikotinsucht) geleistet, wenn - 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. 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.	⚠ 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 - im stationären Rahmen bis zu einer Dauer von 3 Monaten - der Versicherte hat vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Leistungszusage erteilt, - die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 70% erstattet. Hinweis: Entziehungsmaßnahmen in Krankenhäusern, die nicht der Bundespflegegesetzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen, sind nicht erstattungsfähig.	Ambulant: Erstattungsfähig sind nach vorheriger schriftlicher Zusage 70% der ärztlichen, psychotherapeutischen und medikamentösen Kosten von zwei, max. jeweils 6 Monate dauernden, Entwöhnungsbehandlungen bei stoffgebundener Abhängigkeit (keine Nikotinsucht), soweit kein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger besteht. Vollständig durch andere Kostenträger finanzierte ambulante Entwöhnungsbehandlungen werden angerechnet. Stationär: Erstattungsfähig sind nach vorheriger schriftlicher Zusage 70% der allgemeinen Krankenhausleistungen für eine max. 6-wöchige Entwöhnungsbehandlung bei stoffgebundener Abhängigkeit (keine Nikotinsucht) in einem entsprechend qualifizierten Krankenhaus, das von der GKV dafür zugelassen ist, soweit kein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger besteht und bisher noch keine stationäre Entwöhnungsbehandlung erfolgt ist (auch nicht durch Finanzierung eines anderen Kostenträgers).	⚠ 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 - im stationären Rahmen bis zu einer Dauer von 3 Monaten - der Versicherte hat vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Leistungszusage erteilt, - die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 70% erstattet. Hinweis: Entziehungsmaßnahmen in Krankenhäusern, die nicht der Bundespflegegesetzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen, sind nicht erstattungsfähig.

Leistungsvergleich Sonstiges

	Arag K1200 FlexiPro PVN	Süddeutsche AM31 S3 Z6SB PPN	Hallesche PRIMO.SB 3 Z URZ JOKER.flex PVN	Universa uni-introPrivat 300 uni-ZZ PVN	HanseMerkur KVS3 CLINICA CLINICU PVN	Universa uni-introPrivat 300 PVN
Monatsbeitrag:	308,58 €	377,57 €	255,43 €	356,58 €	264,41 €	345,34 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	80 %	69 %	69 %	67 %	68 %	64 %
- Kinderwunschbehandlung nicht ausgeschlossen	Behandlungen (einschließlich Arzneien) bei unerfülltem Kinderwunsch und Maßnahmen der künstlichen Befruchtung sind nicht erstattungsfähig.	✔ Maßnahmen der Kinderwunschbehandlung (künstliche Befruchtung) sind versichert, wenn - bei Behandlungsbeginn die Frau das 40. und der Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und - eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person besteht, die allein durch künstliche Befruchtung überwunden werden kann und - die Behandlung bei verheirateten oder in eheähnlicher Gemeinschaft lebenden Paaren erfolgt und - eine hinreichende Erfolgsaussicht für die gewählte Behandlungsmethode besteht und - nur Ei- und Samenzellen der jeweiligen Paare verwendet werden. Erstattungsfähig sind während der gesamten Vertragslaufzeit bis zu 8 Inseminationen sowie 8 Versuche der In-vitro-Fertilisation/IVF und/oder Intracytoplasmatischen Spermieninjektion/ICSI. Hat eine an der Behandlung beteiligte, aber nicht bei uns versicherte Person einen Anspruch auf Leistung bei einem anderen Kostenträger, müssen nur die nach Vorleistung des anderen Kostenträgers (z. B. GKV) verbleibenden Kosten erstattet werden. Der Versicherer empfiehlt zur Vermeidung möglicher Leistungskürzungen, vorab Art und Umfang der Behandlung über ihn zu klären.	Kosten einer künstlichen Befruchtung sind nicht erstattungsfähig.	Aufwendungen für assistierte Reproduktion („künstliche Befruchtung“) bei unerfülltem Kinderwunsch sind nicht erstattungsfähig.	Inseminationen und künstliche Befruchtungen einschließlich der Maßnahmen, die im Rahmen dieser Therapien durchgeführt werden, sind nicht versichert.	Aufwendungen für assistierte Reproduktion („künstliche Befruchtung“) bei unerfülltem Kinderwunsch sind nicht erstattungsfähig.
- Zusatzleistungen bei Entbindung?	Keine Beitragsfreiheit/Zusatzleistung nach Entbindung.	Keine Beitragsfreiheit/Zusatzleistung nach Entbindung.		✔ Solange die versicherte Person im Anschluss an eine Entbindung keine Erwerbstätigkeit ausübt, wird der Tarif für die versicherte Person beitragsfrei weitergeführt - längstens jedoch für sechs Monate. Der Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ändert sich in dieser Zeit nicht. Diese Regelung gilt sinngemäß für den in Tarif uni-introPrivat versicherten Vater, wenn er anstelle der Mutter in den ersten sechs Lebensmonaten des Kindes keine Erwerbstätigkeit ausübt.	✔ Bei Hausentbindungen wird neben der Kostenerstattung zur Abgeltung anderweitiger Aufwendungen (z. B. Haushaltshilfe, häusliche Krankenpflege) ein Betrag von 500 EUR gezahlt.	✔ Solange die versicherte Person im Anschluss an eine Entbindung keine Erwerbstätigkeit ausübt, wird der Tarif für die versicherte Person beitragsfrei weitergeführt - längstens jedoch für sechs Monate. Der Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ändert sich in dieser Zeit nicht. Diese Regelung gilt sinngemäß für den in Tarif uni-introPrivat versicherten Vater, wenn er anstelle der Mutter in den ersten sechs Lebensmonaten des Kindes keine Erwerbstätigkeit ausübt.
Garantierte Beitragsrückerstattung?	Die Beitragsrückerstattung (BRE) ist nicht vertraglich garantiert.	Z6SB, AM31: Die Beitragsrückerstattung (BRE) ist nicht vertraglich garantiert.	Die Beitragsrückerstattung ist nicht vertraglich garantiert.	Die Beitragsrückerstattung ist nicht vertraglich garantiert.	Die Beitragsrückerstattung ist nicht vertraglich garantiert.	Die Beitragsrückerstattung ist nicht vertraglich garantiert.
- Höhe der Beitragsrückerstattung nach 1 leistungsfreien Jahr?	✔ BRE ab 2019 (Auszahlung in 2020 ff.): 2,5 Monatsbeiträge ab 1 leistungsfreien Kalenderjahr (anteilige BRE bei unterjährigem Beginn). Vorsorgeleistungen und/oder Schutzimpfungen, die nicht gemäß Tarifbeschreibung auf Selbstbehalte angerechnet werden, sind BRE-unschädlich.	✔ S3: Es wird keine Beitragsrückerstattung aus diesem Tarif gezahlt. AM31: Die BRE beträgt zzt. 3 Monatsbeiträge für ein - im ambulanten Bereich - leistungsfreies Kalenderjahr (anteilige BRE bei unterjährigem Beginn). Z6SB: Die BRE beträgt zzt. 3 Monatsbeiträge für ein - im Zahnbereich - leistungsfreies Kalenderjahr (anteilige BRE bei unterjährigem Beginn). Zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen bis zu Rechnungsbeträgen von insgesamt 250 EUR pro Kalenderjahr sind BRE-unschädlich, vorausgesetzt, diese Leistungen sind in den Rechnungen als eigenständige Vorsorgeleistungen ausgewiesen (separate Rechnung).	✔ 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	✔ Die Beitragsrückerstattung* bei Leistungsfreiheit beträgt zzt.: 1,0 Monatsbeitrag (MB) für 1 bis 2 Kalenderjahre (KJ) 1,5 MB für 3 bis 4 KJ 2,0 MB für 5 KJ 2,5 MB für 6 KJ 3,0 MB für 7 KJ 3,5 MB für 8 KJ 4 MB für 9 oder mehr KJ * anteilig bei unterjährigem Beginn	✔ Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Die Beitragsrückerstattung (BRE) beträgt zzt. 200 EUR für ein leistungsfreies Kalenderjahr, 300 EUR nach 2 Jahren, 400 EUR nach 3 Jahren, 500 EUR nach 4 Jahren (Jugendliche hälftig). Maximal werden 50% des Jahresbeitrages zurückerstattet. Die im Rahmen des Programms für Vorsorgeuntersuchungen durchgeführte Vorsorgeuntersuchungen (freiwillige Leistungen des Versicherers; Art und Umfang der Leistungen werden jedes Jahr neu festgelegt) sind BRE-unschädlich.	✔ Die Beitragsrückerstattung* bei Leistungsfreiheit beträgt zzt.: 1,0 Monatsbeitrag (MB) für 1 bis 2 Kalenderjahre (KJ) 1,5 MB für 3 bis 4 KJ 2,0 MB für 5 KJ 2,5 MB für 6 KJ 3,0 MB für 7 KJ 3,5 MB für 8 KJ 4 MB für 9 oder mehr KJ * anteilig bei unterjährigem Beginn




Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Arag K1200 FlexiPro PVN	Süddeutsche AM31 53 Z6SB PPN	Hallesche PRIMO.SB 3 Z URZ JOKER.flex PVN	Universa uni-introPrivat 300 uni-ZZ PVN	HanseMerkur KVS3 CLINICA CLINICU PVN	Universa uni-introPrivat 300 PVN
Monatsbeitrag:	308,58 €	377,57 €	255,43 €	356,58 €	264,41 €	345,34 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	80 %	69 %	69 %	67 %	68 %	64 %
Allgemeines - Verzicht auf die Einhaltung der Wartezeiten bei Neuabschluss?	✔ Bei erstmaligem Abschluss einer Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer entfallen die allgemeinen und besonderen Wartezeiten. Ansonsten gelten die allgemeinen Wartezeiten von drei Monaten (auch für Zahnbehandlung) und die besonderen von acht Monaten für Entbindung, Psychotherapie, Zahnersatz und Kieferorthopädie; sie entfallen bei Unfällen oder bei Übertritt aus GKV/PKV bzw. Vorlage eines ärztlichen Untersuchungsberichtes.	✔ Wartezeiten bestehen nicht.	Kein genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten. Bei Übertritt aus GKV oder PKV oder Vorlage eines ärztl. Untersuchungsberichtes können die Wartezeiten entfallen.	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.	Kein genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten. Bei Übertritt aus GKV oder PKV oder Vorlage eines ärztl. Untersuchungsberichtes können die Wartezeiten entfallen. Die allgemeine Wartezeit entfällt zusätzlich bei folgenden akuten Infektionskrankheiten: Röteln, Masern, Windpocken, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Ziegenpeter (Mumps), spinale Kinderlähmung, epidemische Genickstarre, Ruhr, Paratyphus, Typhus, Flecktyphus, Cholera, Pocken, Wechselfieber und Rückfallfieber. Die besondere Wartezeit für Zahnbehandlung, Zahnersatz (Zahnprothetik, Stützähne, Brücken, Überkronungen sowie Implantate) und Kieferorthopädie verkürzt sich auf 6 Monate.	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.
- bedingungsgemäße Klarstellung hinsichtlich angeborener Anomalien/Geburtsschäden?	✔ Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindermacherversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden sowie für angeborene Krankheiten und Gebrechen.	✔ Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindermacherversicherung ab Geburt mitversichert werden, umfasst der Versicherungsschutz auch Geburtsschäden, angeborene Krankheiten und andere körperliche Beeinträchtigungen (z. B. Behinderungen).	✔ Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindermacherversicherung 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 Kindermacherversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden sowie für angeborene Krankheiten und Gebrechen.	✔ Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindermacherversicherung 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 Kindermacherversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden sowie für angeborene Krankheiten und Gebrechen.
- garantiertes Recht auf Umwandlung bei Beendigung der Vollversicherung in eine gleichwertige Zusatzversicherung?	✔ Bei Kündigung aufgrund Versicherungspflicht in der GKV besteht das Recht, ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten den nicht durch die Pflichtversicherung ersetzten Teil des bisherigen Versicherungsschutzes als Krankheitskostenteilversicherung im unmittelbaren Anschluss fortzuführen, wenn der Fortsetzungswunsch zugleich mit der Kündigung erklärt wird.	✔ Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt.	✔ 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 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).
- Ausschluss Krieg/Terror (§5 1.a MB/KK)?	✔ Ja, die Leistungseinschränkung für durch Kriegereignisse verursachte Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie durch Kriegereignisse verursachte Folgen von Unfällen und für Todesfälle entfällt, wenn die versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt eines solchen Ereignisses überrascht wird und objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes gehindert ist.	✔ Ja, die Leistungspflicht besteht für Folgen von Kriegereignissen außerhalb Deutschlands, wenn das Auswärtige Amt für das betreffende Land vor Beginn des Aufenthalts im Ausland keine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird eine Reisewarnung während des Aufenthalts im Ausland ausgesprochen, besteht solange Versicherungsschutz, bis die Ausreise aus dem Kriegsgebiet möglich ist. Durch Terrorereignisse verursachte Krankheiten und Folgen eines Unfalls sind weltweit versichert. Für durch Kriegereignisse in Deutschland verursachte oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannte Krankheiten sowie deren Folgen und Folgen von Unfällen und Todesfälle wird nicht geleistet.	✔ Die Leistungseinschränkung gilt nicht bei Kriegereignissen 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 Kriegereignissen im Sinne des § 5 (1)a MB/KK 2009.	✔ 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 Kriegereignisse verursacht worden sind, und für Terroranschläge. Für Wehrdienstbeschädigungen, die nach Versicherungsbeginn eintreten, wird ebenfalls geleistet (Leistungsansprüche gegenüber anderen Kostenträgern werden angerechnet).	✔ Ja, Leistungspflicht besteht auch für Krankheiten, Unfälle und Todesfälle, die durch Kriegereignisse im Ausland verursacht sind, geleistet, wenn das Auswärtige Amt für das betreffende Land vor Beginn des Auslandsaufenthaltes keine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird eine Reisewarnung während des Auslandsaufenthaltes ausgesprochen, besteht so lange Versicherungsschutz, bis die Ausreise aus dem Kriegsgebiet möglich ist.	✔ 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 Kriegereignisse verursacht worden sind, und für Terroranschläge. Für Wehrdienstbeschädigungen, die nach Versicherungsbeginn eintreten, wird ebenfalls geleistet (Leistungsansprüche gegenüber anderen Kostenträgern werden angerechnet).
Allgemeines - wie ist die Mindestvertragsdauer geregelt?	✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 24 Monate. Danach kann das Versicherungsverhältnis immer zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden.	✔ Der Vertrag wird in der Regel für ein Versicherungsjahr abgeschlossen. Als Versicherungsjahr gilt die Zeit vom 1. Juli eines Jahres bis 30. Juni des Folgejahres. Das erste Versicherungsjahr ist die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 30. Juni.	✔ 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 identisch mit dem Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31.12. des Beginnjahres.	✔ 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.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	Arag K1200 FlexiPro PVN	Süddeutsche AM31 S3 Z6SB PPN	Hallesche PRIMO.SB 3 Z URZ JOKER.flex PVN	Universa uni-introPrivat 300 uni-ZZ PVN	HanseMerkur KVS3 CLINICA CLINICU PVN	Universa uni-introPrivat 300 PVN
Monatsbeitrag:	308,58 €	377,57 €	255,43 €	356,58 €	264,41 €	345,34 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	80 %	69 %	69 %	67 %	68 %	64 %
Sonstiges	 Es besteht die Möglichkeit, flexibel zwischen einzelnen Selbstbehaltstufen innerhalb der einzelnen Tarife der Komfortklasse ohne Risikoprüfung zu wechseln. Im Falle einer Reduzierung des Selbstbehalts gelten die Wartezeiten für die Mehrleistungen neu (s. „Erläuterungen zum Versicherungsschutz Unisex“, Punkt 18 (Bestandteil der Bedingungen)).	 Der Versicherer bietet Gesundheitsdienstleistungen zur Vorbeugung und im Krankheitsfall, beispielsweise medizinische Beratung oder Assistenzleistungen (Hilfs- und Unterstützungsleistungen), zu finden unter: www.sdk.de .		Keine Leistung vorhanden.	 Der Versicherer räumt ab dem 2. Monat nach Versicherungsbeginn bis zum 30.06. des 2. Versicherungsjahres jeder versicherten Person ab dem versicherungstechnischen Alter 20 einen Gesundheitsrabatt in Höhe von 10 % ein, falls die versicherte Person die vom Versicherer festgelegten Kriterien eines Gesundheits-Checks erfüllt. Der Gesundheits-Check muss spätestens sechs Wochen nach Policierung durchgeführt werden.	Keine Leistung vorhanden.